

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES (CRFD) HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES EDUCATIVES ET
INGENIERIE EDUCATIVE

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION SPECIALISEE



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATE SCHOOL FOR HUMAN,
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL UNIT OF RESEARCH AND
TRAINING IN SCIENCE OF EDUCATION
AND EDUCATIONAL ENGINEERING

THE FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIAL EDUCATION

**SÉCURITÉ SANITAIRE ET GESTION DES PERSONNELS DE
SANTÉ EN TEMPS DE PANDÉMIE : CAS DE LA COVID-19 AU
SEIN DU CSIE DU DISCRIT DE DJOUNGOLO.**

*Mémoire présenté et soutenu le 27 Juillet 2023 en vue de l'obtention du diplôme de Master en
Sciences de l'éducation*

Option : Intervention, Orientation et Education Extrascolaire

Spécialité : Intervention et Action Communautaire

Par

MVONDO MVONDO Joseph Sylvain

Matricule : 20V3117

Licenciée en Philosophie



jury

Qualité	Noms et grade	Universités
Président	EVOUNA Jacques, MC	UYI
Rapporteur	ONAMBELE Lucine, CC	UYI
Membre	MEZO'O Gaston Lebeau, CC	UYI

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
DÉDICACE	2
REMERCIEMENTS	3
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ	5
ABSTRACT	5
INTRODUCTION	6
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	8
1-1-CONTEXTE ET JUSTIFICATION	9
1-2-FORMULATION ET POSITION DU PROBLEME	10
1-3-QUESTIONS DE RECHERCHE.....	12
1-4- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	12
1-5- HYPOTHÈSES DE L'ETUDE	12
1-6- INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE	13
1-7-DÉLIMITATION DES CHAMPS THÉORIQUES ET EMPIRIQUE DE L'ÉTUDE.....	14
CHAPITRE 2 : ENCRAGE THEORIQUE OU INSERTION THEORIQUE	15
2-1- DEFINITION DES CONCEPTS CLES	15
2-2-REVUE DE LITTERATURE.....	19
2-3- THEORIE(S) EXPLICATIVE(S).....	63
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	82
3-1-MÉTHODES ET TYPE DE RECHERCHE	82
3-2-DESCRIPTION DES VARIABLES DE L'ETUDE	84
3-3-LES INDICATEURS	85
3-4- PLANIFICATION DE L'ENQUETE	87
3-5- METHODES DE RECHERCHE	87
3-6- TYPES DE RECHERCHE	88
3-7- LA ZONE D'ÉTUDE	88
3-8-POPULATION ET ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE	90
3-9- DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	97
CHAPITRE 4 : CADRE OPERATOIRE ET DISCUSSION	98
4-1- PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	98
4-2- VALIDATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	109
4.3. INTERPRETATION , DISCUSSION DES RESULTATS.....	115
CONCLUSION GENERALE	120
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	123
ANNEXES	125
TABLE DES MATIERES	133

DÉDICACE

A

Mon Père EVEQUE de l'archidiocèse de Yaoundé.

REMERCIEMENTS

Ce travail est l'occasion d'exprimer notre profonde gratitude à tous ceux qui, de loin ou de près ont contribué à sa réalisation. Particulièrement, ces remerciements s'adressent :

A notre encadreur le **Dr. ONAMBELE Ngonu Lucine**, qui malgré ses multiples occupations, s'est engagé sans réserve à diriger ce travail. Son amour pour le travail bien fait et le sens des relations humaines qui lui sont reconnus ont le mérite d'une admiration. Qu'il me soit permis de lui exprimer ici, tout le respect et une profonde gratitude.

A tous les enseignants du Département d'éducation spécialisée de l'université de Yaoundé I pour leur dynamisme et la volonté incessante de faire de leurs étudiants, des modèles à suivre. A toute la promotion, et plus particulièrement à Luc Bertrand ABESSOLO MENGOUNOU, BILOA, OTU MENGUE Balbine Carine, pour le soutien inconditionnel et pour l'esprit d'équipe qui a prévalu tout au long du parcours. Merci pour le soutien constant et les encouragements.

A tout le personnel du centre de Santé Intégré d'émana, pour leur appui sans relâche dans le cadre du stage de fin de formation.

A tous les intervenants dans les structures de prise en charge de la COVID-19 dans l'aire de santé, merci pour avoir permis la réalisation de cette étude.

À feu mon père et ma mère, à ma sœur Elisabeth qui est tout pour moi, pour sa tendresse et son soutien pluriel ;

A toute la famille et mes ami(es), je dis merci pour les multiples conseils et le soutien de toute nature. Que chacun se reconnaisse dans ce travail et en fasse un motif de satisfaction.

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CC	:	coefficient de contingence
CENAME	:	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CMA	:	Centres médicaux d'arrondissements
COGEDI	:	Comité de gestion de district
COSA	:	comité de santé
COSADI	:	Comité de santé de district
CSI	:	Centre de Santé Intégré
CSIE	:	Centre de Santé Intégré d'Emana
CTA	:	Centre de Traitement Agréé
DRSP	:	Délégation Régionale de la Santé Publique
GTP	:	groupes techniques provinciaux
H0	:	Hypothèse nulle
HA	:	Hypothèse alternative
HG	:	Hypothèse Générale
HR1	:	Hypothèse de recherche n°1.
ISO	:	Organisation Internationale de la Normalisation.
IST	:	Infection sexuellement Transmissible.
MINSANTE	:	Ministère de la Santé Publique
MIO	:	Médicaments des Infections opportunistes.
MSP	:	Ministère de la Santé Publique.
nddl	:	détermination du nombre de degré de liberté
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé.
PEC	:	prise En Charge.
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
SSS	:	Stratégie Sectorielle de la Santé
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPEC	:	Unité de Prise en Charge des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine.
VD	:	Variable Dépendante.
VI	:	Variable Indépendante.

RÉSUMÉ

La prise en charge des personnes atteintes de la COVID-19 au sein des structures est confiée à une équipe multidisciplinaire regroupée en comité thérapeutique. Pour parvenir à une prise en charge optimale, celle-ci se devrait de respecter les normes de qualité recommandées. C'est pourquoi notre étude se propose d'analyser la qualité de prise en charge des patients atteints de la COVID-19 dans l'aire de santé du district d'émana plus précisément au CSIE à travers une évaluation de l'influence de la conduite du personnel de santé du CSIE sur la qualité de la PEC des patients COVID-19.

Ce travail se propose de façon globale d'étudier l'influence de la conduite du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des patients COVID-19 dans l'aire de santé d'émana. De façon spécifique, il s'agit ; mesurer le degré d'influence de l'attitude du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des patients COVID-19 et mesurer le degré d'influence de l'expérience pratique du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des patients COVID-19.

Pour aborder l'objet de notre sujet, nous avons utilisé des données primaires et secondaires. Les données primaires ont été collectées à l'aide d'un questionnaire et du guide d'entretien tandis que les données secondaires sont issues de la documentation. Le traitement statistique des données s'est fait à l'aide du logiciel SPSS version 17.0 et la méthode du khi deux.

La validation de nos hypothèses grâce au test de Khi deux ainsi que le coefficient de contingence nous a permis d'aboutir à la conclusion selon laquelle, la conduite du personnel du CSIE a une influence sur la qualité de la PEC des patients COVID-19.

Par ailleurs, certains facteurs observés pourraient avoir une influence significative sur la qualité de cette PEC. Il s'agit entre autres des ruptures fréquentes en traitements et des difficultés financières qui constituent un obstacle pour les patients démunis et les empêchent de pouvoir accéder aux structures de PEC. La sous-alimentation de certains patients en rapport avec ces difficultés financières ne leur permet pas une régularité dans le traitement. Parfois, la négligence et le manque de sérieux de certains patients conduisent à un arrêt du traitement. Vouloir améliorer la qualité de cette PEC serait principalement apporter des solutions à tous ces problèmes.

ABSTRACT

The care of people with COVID-19 within the structures is entrusted to a multidisciplinary team grouped together in a therapeutic committee. To achieve optimal care, it should meet the

recommended quality standards. This is why our study proposes to analyze the quality of care for patients with COVID-19 in the health area of the Emana district, more specifically at the CSIE through an evaluation of the influence of the conduct of CSIE health staff on the quality of care for COVID-19 patients.

This work proposes in a global way to study the influence of the behavior of CSIE staff on the quality of the PEC of COVID-19 patients in the émana health area. Specifically, these are; to measure the degree of influence of CSIE staff's attitude on the quality of care of COVID-19 patients and to measure the degree of influence of CSIE staff's practical experience on the quality of care of COVID patients -19.

To approach the object of our subject, we used primary and secondary data. The primary data was collected using a questionnaire and the interview guide while the secondary data came from the documentation. Statistical processing of the data was done using SPSS version 17.0 software and the chi-square method.

The validation of our hypotheses thanks to the Chi-square test as well as the contingency coefficient allowed us to reach the conclusion that the conduct of CSIE staff has an influence on the quality of the PEC of COVID-19 patients.

Moreover, some observed factors could have a significant influence on the quality of this PEC. These include frequent interruptions in treatment and financial difficulties which constitute an obstacle for poor patients and prevent them from being able to access CEP structures. The undernourishment of some patients in connection with these financial difficulties does not allow them regular treatment. Sometimes, the negligence and the lack of seriousness of certain patients lead to a discontinuation of treatment. Wanting to improve the quality of this PEC would mainly provide solutions to all these problems.

INTRODUCTION

Devant l'impact négatif de cette pandémie sur le développement humain, social et économique et la menace sur l'avenir de la nation, les pouvoirs publics ont mis en place des plans d'urgence. Selon ce plan, plusieurs axes stratégiques d'intervention ont été définis parmi

lesquels le renforcement de l'accès aux soins et au traitement de qualité pour tous. Dans les structures sanitaires, et des centres de traitement agréés (CTA) ont été créés à cet effet., le coût des examens biologiques y étant également réduit de manière considérable et le dépistage est gratuit des symptômes pour les sujets. L'objectif visé à travers ces mesures prises est d'améliorer la qualité de vie des patients COVID-19 grâce à un meilleur accès à une prise en charge médicale de qualité au niveau des structures de santé et au niveau communautaire.

Malgré ces dispositions destinées à faciliter l'accès à la prise en charge, celle-ci était confrontée à une faible rétention des patients retenus pour le traitement. En effet, on assistait à une augmentation importante des cas dans l'Aire de santé d'Emana plus précisément au CSIE. le contexte économique actuel par une forte mobilité des populations à la quête d'un mieux-être. Sur le plan géopolitique, l'actualité, c'est aussi celle de l'arrivée de la nouvelle technologie et les réseaux sociaux» qui sont à l'origine d'une émancipation plus ou moins positives .Ces contextes économique et géopolitique ainsi décrits ont été propices au brassage important des populations et de promiscuité, facteurs favorisant la propagation de la maladie.

Perdre des patients de vue dans ces conditions était une situation préoccupante car ces derniers pouvaient être des vecteurs dans la survenue des nouveaux cas. Il s'imposait donc une nécessité urgente non seulement de fidéliser la file active, mais aussi et surtout de sensibiliser, dépister et prendre en charge le maximum de patients potentiels dans le but de réduire la transmission, la vulnérabilité et le risque lié aux nouveaux cas et nouvelles infections.

Face à cette faible rétention des patients dont les conséquences sont multiples, il y a lieu de rechercher les voies et moyens pour trouver des solutions rapides et durables. La recherche de ces solutions passe nécessairement par la connaissance des origines du problème. Il paraît important de savoir s'il existe des facteurs qui entravent la qualité de la prise en charge médicale des patients COVID-19 dans l'aire de santé d'où le choix de notre Thème « Intervention et prévention dans la lutte contre la COVID-19» de ce thème découle le sujet de recherche : sécurité sanitaire et gestion des personnels de santé en temps de pandémie : cas de la Covid-19 au sein CSIE du Discrit de djoungolo.. Sujet d'étude à travers lequel nous cherchons à surmonter les difficultés liées à la PEC des patients COVID-19 par une analyse de la conduite du personnel du Centre de Sante Intégré d'Emana.

De façon générale, la principale interrogation est la suivante : la conduite du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC des patients COVID-19 ? De cette interrogation découlent d'autres questions spécifiques qui sont:

- **QS1** : L'attitude du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC des patients COVID-19?
- **QS2** :L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC des patients COVID-19 ?

Pour conduire ce travail, l'hypothèse générale de recherche retenue est la suivante : la conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19. Dans l'aire de santé du District de Djoungolo. deux hypothèses spécifiques ont été également formulées, à savoir:

- **HR₁** L'attitude du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19.
- **HR₂**. L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19.

Notre objectif général dans cette étude est de mesurer le degré d'influence de la conduite du personnel du CSIE et la qualité de la prise en charge des patients COVID-19 du centre de santé intégré d'Emana une structure de santé publique située dans le District de santé de Djoungolo.

De façon spécifique, il s'agit de

- Mesurer le degré d'influence de l'attitude du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des patients COVID-19;
- Mesurer le degré d'influence de l'expérience pratique du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des patients COVID-19.

Le contenu de ce travail est subdivisé en quatre chapitres :

- chapitre 1 : problématique de l'étude ;
- chapitre2 : Encrage théorique ou insertion théorique ;
- chapitre3 : méthodologie de l'étude
- chapitre4 : cadre opératoire et discussion.

.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Cette partie est consacrée à la construction et à la précision de l'objet de recherche. Pour se faire le chercheur doit mettre en place une série d'opérations permettant la représentation

conceptuelle de celui-ci. Nous avons entre autre: la détermination du contexte de l'étude et sa justification, la formulation et la position du problème, l'énonciation des questions de recherche, la détermination des objectifs de l'étude, l'intérêt et pertinence de l'étude, détermination des hypothèses de recherche et la délimitation de l'étude.

1-1-CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1-1-1-Contexte

On sait bien que depuis plusieurs décennies les soignants tentent d'exercer leur métier tant bien que mal ; leur dévouement est mis à l'épreuve dans une pratique quotidienne, répétitive, épuisante, et des conditions d'exercice de plus en plus précaires et difficiles. La loi Kouchner de 2002 avait permis une importante avancée dans la reconnaissance du respect et de l'information auquel chaque patient a droit , mais le contrôle des pratiques professionnelles a entraîné parfois non plus leur amélioration, mais souvent la satisfaction des instruments qui prétendaient les évaluer initialement ; le partage du savoir médical, amplement facilité par l'accès à l'information sur Internet est aujourd'hui la règle ; les patients plus ou moins experts s'approprient leur maladie, s'imposent de plus en plus comme acteurs de santé. Au minimum, le système de soins invite donc les médecins et les malades à se situer dans une relation d'égalité. Insidieusement, c'est une voix de dénigrement, de méfiance, voire de violence, qui s'est ouverte à l'encontre des professionnels de santé et une diminution importante et régulière de leur statut, de leur considération et de la reconnaissance dans l'exercice de leur métier au regard de tout cela que penser en temps de Covid-19 ?

1-1-2- Justification

Les états unies représente le pays le plus touchés par le nombre brut de décès liés au Covid-19 au sein de ce continent d'une part mais également à l'échelle mondiale d'autre part avec un taux de mortalité très élevés soit 500 084 morts depuis le 24 /02/2021 j'jusqu'à nos jours, soit un ratio de 1,77% sur les 28,1 millions de cas détectés positifs, qui est bel et bien en deçà du taux de mortalité mondiale lié à la Covid-19 qui est estimé à 2,29%.

Le Brésil et le Mexique suivent directement les USA avec respectivement 248 529 et 173 789 décès, mais la particularité de ces deux pays est que leur taux de mortalités sont situés au-dessus de la moyenne mondiale soit 2,4% pour le Brésil et 8,7% pour le Mexique qui bat le record des morts au sein de sa population.

Le Canada suivre avec 20 000 décès, une exception est faite sur le Groenland qui n'enregistre aucun décès pour une vingtaine de cas testés positifs, sa proximité avec le pôle nord ne joue pas en faveur de la propagation du virus.

Les pays et les îles d'Amérique centrale situés entre le Mexique et le Brésil sont également peu touchés ainsi que certains pays d'Amérique du Sud.

La situation des décès en Afrique présente une tendance géographique assez claire. Les pays d'Afrique du Nord et ceux d'Afrique du Sud sont les plus touchés au sein du continent. Ils sont également accompagnés à leur suite par d'autres pays comme le Nigeria, le Kenya et l'Éthiopie.

En Afrique du Sud la barre des 50 000 morts est franchie avec un taux de mortalité de 3,2%. L'Égypte est le second pays le plus touché avec 10 443 morts avec un TM=5,8%, en le Maroc, la Tunisie qui atteignent approximativement les 8 000 décès chacun et un TM estimé entre 1,7% et 3,8%.

L'Algérie, la Libye, le Nigeria, l'Éthiopie, le Kenya et le Zimbabwe sont rangés dans les pays ayant une position relativement moyenne située entre 1 000 et 3 000 décès.

L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale sont relativement épargnées avec moins de 1 000 décès par pays en date du 24/02/21.

Nous remarquerons que la Tanzanie ne présente plus de chiffre car elle est restée dans une position sceptique face à la Covid-19 depuis 2020.

En Europe et en Asie les chiffres battent également le record comme aux États-Unis.

Au Cameroun le pays a connu une première vague d'augmentation des cas de Covid-19 en Avril et Juin 2020 avec un pic de décès durant les mois de mai 2020 (soit plus de 120 décès /mille patients et personnels de santé y compris), une brève accalmie s'est ensuite installée entre les mois d'août 2020 et Janvier 2021. Depuis le début du mois de février 2021, le nombre de cas confirmés et de décès est monté de façon exponentielle. Cette seconde vague de contamination de la Covid-19 apparaît au moment où les gestes barrières étaient de moins en moins respectés par les populations (du fait que la population vit dans une précarité économique, les gens sont obligés de sortir car vivant au jour le jour, il faut donc se livrer à la mort si on ne veut pas mourir de faim). Cette nouvelle tendance exponentielle de la Covid-19 inquiète les autorités et les pouvoirs publics qui demandent à nouveau aux populations de redoubler de vigilance.

1-2-FORMULATION ET POSITION DU PROBLEME

Le problème qui se pose et devant être analysé tout au long de ce travail est celui de l'impact du COVID-19 sur le développement socio-économique du Cameroun en générale et dans le district de santé de Djoungolo en particulier lié à la carence qualitative et quantitative en personnel et l'absence d'harmonisation de la prise en charge sur le plan national, ceci a conduit à des disparités dans la qualité des services offerts. L'avenir incertain auquel s'ajoutent les réformes et la violence du contexte sanitaire, mettent donc à mal l'idéal des personnels soignants soumis aux tensions d'un environnement pathogène. Car au-delà des satisfactions immenses du soin humaniste apporté aux patients, les témoignages affluent, soulignant découragement, souffrance, impuissance, désillusion des soignants face à la crise du Covid-19. L'autre tension fondamentale est indéniablement en lien avec la « familiarité dysphonique », difficulté à appréhender toute notion du temps de ces soignants surtout pour les plus jeunes d'entre eux à l'égard de la mort : en temps ordinaire, dans certains services hospitaliers survient le décès de certains patients incurables. Les soignants peuvent ressentir à la fois impuissance, confrontation aux limites, culpabilité et anxiété. Ce sont des données classiques sur le deuil des soignants.

Combien d'entre eux présenteront des symptômes de souffrance psychique en raison de la pandémie à Covid-19 ? Il est à craindre qu'ils soient nombreux notamment ceux qui exercent en première ligne dans les services de réanimation à présenter des symptômes psychiatriques divers tels que l'anxiété, les symptômes dépressifs, les troubles de stress post-traumatiques. Situations de détresse ultime, rencontres dramatiques d'un sujet et d'un environnement pathogène... Quand l'accomplissement professionnel aura cédé la place à l'épuisement, et au désespoir, combien de soignants mettront-ils fin à leurs jours au décours et du fait de cette crise ?

Des études doivent être menées sur ces difficiles questions et il faudra y être particulièrement attentif pour en tirer les conséquences nécessaires. Quels soins apporter aux soignants ?

Le monde de la santé surtout en temps de crise sanitaire peut être un lieu de pouvoir, de puissance, voire de maltraitance ; mais ce système s'il évolue comme un miroir de la société en épousant globalement ses évolutions garde des valeurs fondamentales comme l'entraide, la cohésion, la solidarité, la connaissance au sein du groupe, l'esprit de corps, et possède des atouts indéniables pour aider ses membres. Il nous semble nécessaire de réaffirmer constamment les valeurs de bienveillance, d'empathie, de considération, de reconnaissance, et de déstigmatiser la souffrance des soignants qui reste malgré la médiatisation récente un sujet tabou, indicible, honteux d'abord pour les individus eux-mêmes.

1-3-QUESTIONS DE RECHERCHE

Elles sont subdivisées en deux parties à savoir : Une question générale et des questions spécifiques

1-3-1- Question générale

La conduite du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC des patients COVID-19 ? Cette interrogation fait appel à d'autres questions spécifiques.

1-3-2- Questions spécifiques

QS1 : L'attitude du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC des patients COVID-19 ?

QS2 : L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC des patients COVID-19 ?

1-4- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1-4-1-Objectif Général :

Notre objectif général dans cette étude est de mesurer le degré d'influence de la conduite du personnel du CSIE sur la qualité de la prise en charge des patients COVID-19 du centre de santé intégré d'Emana une structure de santé publique située dans le District de santé de Djoungolo.

1-4-2-Objectifs spécifiques :

- Mesurer le degré d'influence de l'attitude du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des patients COVID-19 ;
- Mesurer le degré d'influence de l'expérience pratique du personnel du CSIE sur la qualité de la PEC des patients COVID-19 .

1-5- HYPOTHÈSES DE L'ETUDE

1-5-1-Hypothèse générale :

La conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19.

1-5-2-Hypothèses de recherche

HR₁- L'attitude du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID19;

HR2. L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19.

1-6- INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE

Pour mieux appréhender ce sujet, nous allons l'étendre sur un triple aspect : biologique, social et psychologique.

1.6.1. Sur le plan biologique

D'après le Petit Larousse 1989, la maladie est l'altération de la santé, de l'équilibre des êtres vivants. Les causes sur le plan biologique sont d'après Koch et Pasteur somatique c'est-à-dire dans le corps. Bactéries, virus, toxines, champignons ou dysfonctionnement métabolique. Ici, les facteurs suffisent pour expliquer le processus pathogène de la maladie se déroulant de façon indépendante du patient et de son milieu social, et selon les lois des facteurs somatiques inhérentes à l'individu.

1.6.2. Sur le plan sociologique

Les services sociaux, surtout les recherches sur la déviance sociale des auteurs de la théorie de l'étiquetage ont critiqué l'approche unilatéralement somatique.

D'après Gabriel Tarde (1967 : 70), « la société est une collection d'êtres en tant qu'ils sont en train de s'imiter entre eux ou tant que sans s'imiter actuellement, ils se ressemblent et que leurs traits communs sont des copies anciennes d'un même modèle. »

Pour Georges Simmel « il y a société au sens large du mot partout action réciproque des individus. L'homme est donc à appréhender comme un être relationnel. Des lors, une dimension essentielle de la vie sociale et des relations entre autrui réside dans le fait que le social est traversé et structuré par un jeu d'influence dont la dynamique est strictement conflictuelle, conflit débouchant aux représentations sociales d'où découleront la catégorisation sociale, les conditions de socialisations troubles c'est-à-dire celle dans lesquelles s'opèrent l'apprentissage social dont le contenu peut être extrêmement divers : lutte, hostilité, amour sexuel, amitié, pitié, échange commercial, exécution, esquive, rétraction, etc.

Dans cette théorie basée sur la théorie d'apprentissage, les pathologies qui en découlent sont des troubles psychiques conçus d'après Ullman et Krasner (1969) comme celle d'un milieu et de processus d'apprentissage défavorables.

1.6.3. Sur le plan psychologique

La maladie sur le plan psychologique concerne essentiellement des troubles de comportements, et des états émotionnels négatifs (anxiété, dépression, irritabilité, sentiment de culpabilité, etc.).

1-7-DÉLIMITATION DES CHAMPS THÉORIQUES ET EMPIRIQUE DE L'ÉTUDE

1-7-1-Délimitation théorique

La présente étude est délimitée suivant les plans spatial, temporel et social.

- Sur le plan spatial, notre étude est menée à Yaoundé, dans le département du Mfoundi, région du Centre. Ce choix se justifie par la relative stabilité et disponibilité de la plupart du personnel du CSIE ainsi que de son accessibilité, ce qui nous a permis de recueillir davantage de données nécessaires à notre étude.
- Sur le plan temporel, cette étude porte sur une période allant de mai 2021 à juillet 2022, intervalle requis pour la constitution d'une banque des données et la rédaction de notre travail.
- Sur le plan social, notre recherche s'inscrit dans le domaine des sciences humaines et sociales appliquées au domaine de la santé. A ce titre, elle appréhende les mécanismes de coexistences entre la psychologie de la santé, la psychologie clique et pathologique et enfin la psychologie sociale.

1-7-2-Délimitations du sujet

Elle comprend deux volets : la délimitation spatiale et la délimitation temporelle dans lesquels les faits nécessaires à l'analyse sont prélevés.

-Délimitation spatiale

La délimitation géographique pose le problème du théâtre d'action concerné par notre étude. À cet égard, nos analyses porteront sur le CSIE.

-Délimitation temporelle

Compte tenu des exigences liées à notre formation et à l'impartialité du temps, la collecte des données s'étendra sur la période (académique) de 2021-2022. L'étude que nous envisageons

s'inscrit dans les logiques des crises sanitaires qui affectent presque tous les aires géopolitiques et géoculturels.

CHAPITRE 2 : ENCRAGE THEORIQUE OU INSERTION THEORIQUE

Cette partie du travail de recherche traite tout d'abord des connaissances générales sur la PEC des patients COVID-19 et le système de santé . Ensuite, quelques travaux descriptifs et expérimentaux seront mis en exergue pour pouvoir donner un aperçu sur les connaissances en rapport avec le sujet traité.

2-1- DEFINITION DES CONCEPTS CLES

Sécurité sanitaire

Forgée au début des années 90 .elle s'est rapidement imposée et symbolise aujourd'hui une étape nouvelle dans le traitement des questions de santé publique. la sécurité sanitaire se définit ainsi come l'ensemble de décision, programmes et actions visant a protéger la population contre tout les danger et les risques notamment (le personnel de santé) pour la santé considérés comme échappant au contrôle de individus et relevant donc de la responsabilité des pouvoirs publics. En effet, lorsqu'un événement émergent inhabituel dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité ou de son caractère médiatique, le ministère chargé de la santé met en place une organisation spécifique et proportionnée afin d'assurer le suivi et la gestion de l'événement en objet

Covid-19

La rapidité de la diffusion du coronavirus « SRAS-CoV-2 » (coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère), lié à la maladie appelée « Covid-19 » à l'origine de la pandémie actuelle, a bouleversé la santé et l'économie mondiales, amenant à prendre des dispositions visant à limiter le nombre de personnes atteintes et à traiter efficacement celles qui le nécessitent, dans un contexte de gestion de crise. Celle-ci a conduit à adopter, sur la base de données scientifique, des mesures médicales et politiques concernant la santé publique. Une seconde vague a accompagné la fin de l'été et l'automne et a fait ressurgir l'état d'urgence sanitaire et le confinement. De nouveaux tests diagnostiques sont disponibles.

Maladie

La maladie est une altération ou une absence de santé. Elle est un trouble de l'organisme, une perturbation de l'équilibre physique, biologique et/ou mental de l'individu.

Pour Sillamy (1991), la maladie est « altération de la santé par suite de l'incapacité du corps à utiliser des défenses organiques contre, par exemple, la toxi-infection ou pour résoudre ses conflits psychologiques ».

Le concept de maladie renvoie à :

- Une expérience subjective de malaise, d'indisposition et de handicap ;
- Une modification du corps et de la personne en ce qui concerne le bien-être, le comportement et le niveau de performance dans un rôle social comportant des droits et des devoirs. On parlera donc de maladies pour désigner l'état objectif et l'expérience vécue.

Le Larousse Médical (1958 : 653) la définit comme étant un processus morbide envisagé dans son évolution depuis sa cause initiale jusqu'à ses dernières conséquences.

Sillamy (1991) précise que c'est l'altération de la santé par suite de l'incapacité du corps à utiliser ses défenses organiques contre une agression extérieure (traumatisme, toxi-infection,

etc.) ou pour résoudre ses conflits psychologiques. Par conséquent, c'est un état du corps ou du psychisme qui provoque de l'inconfort, un dysfonctionnement ou une détresse chez la personne touchée ou chez ceux qui sont en contact avec elle.

Santé

On ne saurait parler de la maladie sans parler de la notion antithétique qui est celle de la santé : Pour Robert (1995), c'est le : « Bon état physiologique d'un être vivant, fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme, sur une période assez longue. »

Dans le Larousse (1999) on y définit la santé comme étant l' « État de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien », « État de l'organisme, bon ou mauvais ».

Pour l'OMS (1948) : « La santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état complet de bien-être physique, mental et social »

L'OMS (1986) : « La santé est une ressource de la vie quotidienne et non un but de la vie, (...), la santé est ce qui permet à un groupe ou à un individu d'une part de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins, et d'autre part d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci »

Pour BritanicaMicropaedia (1992) : « La santé, chez les êtres humains, est la capacité prolongée d'un individu à faire face à son environnement physiquement, émotionnellement, mentalement et socialement ».

Plus spécifiquement on peut parler de :

- **La Santé Publique** (new public health) qui est l'organisation ordonnée des efforts locaux et globaux pour la promotion et la protection de la santé des populations et la réduction des inégalités en matière de santé.
- **Santé physique** qui est le maintien physiologique de l'homéostasie en cas de changement.
- **Santé mentale** qui est le sens de la cohérence qui contribue à la capacité de faire face à un grand stress psychologique et de prévenir les troubles post-traumatiques en cas de stress
- **Santé sociale** quant à elle, est la capacité qu'a un individu de gérer sa vie avec une certaine indépendance malgré les conditions cliniques précaires ; et l'aptitude à participer aux activités sociales et avoir un travail décent.

Epidémiologie

L'épidémiologie est une science qui étudie la fréquence des maladies (incidence et prévalence), sur la répartition dans la population, sur leurs facteurs de risque, et sur la morbidité et la létalité dont elles sont responsables.

L'épidémiologie est un ensemble de méthodes de recherche procédant par enquêtes et également un outil de décision qui prend de plus en plus d'importance pour le choix d'une politique de santé. Par rapport à la médecine clinique, l'épidémiologie s'intéresse à des groupes d'individus et non aux individus eux-mêmes. Ceci implique une approche des événements de santé, des outils de description et des outils de mesure différents de ceux de la médecine clinique. L'épidémiologie étudie la fréquence et la répartition dans le temps et dans l'espace des phénomènes de santé, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent. Elle contribue à la connaissance des maladies, des facteurs de risque, des comportements, dans un objectif d'aide à la décision en santé.

Epidémie

Selon l'Encyclopédie médicale de la famille (1991), une maladie épidémique est une maladie qui n'est pas présente de façon permanente, mais qui apparaît de façon occasionnelle dans un groupe de population très important. Autrement dit, terme médical désignant une maladie en général rare dans une population, mais qui soudain s'étend pour affecter un grand nombre d'individus, c'est-à-dire faire accroître l'incidence (elle correspond au nombre de nouveaux cas survenant pendant une période donnée). La grippe en est l'exemple le plus connu, etc.

Initialement, le terme d'épidémie ne concernait que les maladies infectieuses, comme la variole autrefois, la fièvre hémorragique due au virus Ebola et la grippe tous les ans depuis fort longtemps. Depuis le début du XXI^{ème} siècle on assiste à l'émergence d'épidémies dues à un nouveau type de virus, les coronavirus-COVID-19. L'épidémie se propage du fait de la grande contagiosité de la maladie transmissible incriminée (rappelons que toutes les maladies infectieuses ne sont contagieuses). L'adjectif épidémique a deux contraires : endémique, que nous allons voir, et sporadique, qui signifie occasionnel, ou mieux au cas par cas.

Pandémie

Selon l'Encyclopédie médicale de la famille (1991), ce terme qualifie une maladie répandue sur une zone géographiquement étendue (le monde entier parfois) et touchant une importante proportion de la population ; une maladie pandémique est une épidémie étendue. La COVID 19 en est un exemple depuis un certain temps.

L'OMS admet actuellement que pour parler de pandémie, la maladie doit toucher au moins deux continents. Actuellement les infections virales pandémiques concernent essentiellement

la Covid19 et la grippe saisonnière. Et, depuis 2019, les trois pandémies provoquées par des coronavirus : le SRAS, le MERS et le COVID-19, la dernière en date.

En ce qui concerne la Covid-19, elle représente la pandémie la plus redoutée jusqu'ici parce que, après sa découverte à Houhoun en chine elle s'est vite généralisée dans tout le globe faisant d'elle la pandémie la plus effrayante du faite de sa voie de contamination « beaucoup plus respiratoire et par contact » et qui en Afrique reste un sujet tabou.

Endémie

L'endémie se définit par la présence habituelle d'une maladie, en générale infectieuse, dans une population déterminée ou une région précise, avec une incidence stable : comme par exemple le paludisme est endémique en Afrique subsaharienne ; les maladies infectieuses également. Ce qui implique la nécessité de se faire vacciner avant de se rendre dans ce pays.

Compte tenu de l'incidence élevée du paludisme par exemple dans le monde, on comprend qu'une maladie endémique puisse concerner plus de personnes qu'une maladie épidémique, et même qu'une pandémie.

2-2-REVUE DE LITTERATURE

2-2-1-Dépersonnalisation

C'est un trouble subjectif de conscience de soi initialement décrit par P. Janet (1911) dans la personnalité psychasthénique qui associe des sentiments d'étrangeté, de vide intérieur, de doute sur l'identité de soi, d'indécision dans l'action pouvant aller jusqu'à ses sentiments de pensée automatique et d'anéantissement. (Doron et Parot, 2017)

Réalise un syndrome clinique comportant une altération des sentiments d'être et d'avoir un corps, d'être une personne ayant une identité psychique et sociale. S'y ajoutent un sentiment douloureux de non reconnaissance de l'intégrité de soi et un sentiment de déréalisation et de perte du caractère familier du monde extérieur habituel et vécu comme déréel. Ce trouble s'observe chez le sujet normal lors de certaines modifications de la vigilance et dans de nombreux états pathologiques. Parmi ceux-ci, les états schizophréniques, les expériences délirantes aiguës, les expériences psychodysleptiques, les états crépusculaires, mais aussi certains états dépressifs. (Doron et Parot, 2017)

En fin, la dépersonnalisation est considérée comme une complication évolutive caractéristique de certaines transformations des systèmes défensifs chez des sujets encours de psychothérapie analytique surtout lors de cures types. (Doron et Parot, 2017)

Si ce phénomène se retrouve de plus en plus fréquemment en consultation de nos jours, nous soulignons qu'il n'en est pas moins isolé depuis longtemps. Ce terme prend naissance dans le journal intime d'Amiel où nous pouvons lire : Tout m'est étrange ; je puis être en dehors de mon corps et de mon individu ; je suis dépersonnalisé, détaché, envolé.

Partant de là puisqu'il n'y a pas meilleure ligne de départ que celle tracée par la clinique. Le dépersonnalisé se dit envahi par un sentiment de changement produisant une certaine étrangeté de lui-même et du monde extérieur. Le sujet ne se reconnaît plus lui-même ni le monde qui l'entoure, il se sent modifié. Ce sentiment qui affecte la perception que le sujet a de lui-même est la dépersonnalisation et celle qu'il a du monde, Mapother l'appellera la déréalisation. La dépersonnalisation et la déréalisation sont, en général, concomitantes.

Lorsque nous abordons la clinique de la dépersonnalisation nous sommes rapidement confrontés à une multitude de symptômes divers et variés. En effet, le terme est aussi bien attribué à certains effets sporadiques et brefs que l'on peut rencontrer lors d'une cure analytique qu'à des moments féconds et intenses qui signent l'avènement d'une décompensation psychotique.

La difficulté est immense pour les personnes dépersonnalisées de trouver les mots justes pour expliquer, décrire, ce qu'ils ressentent. La dépersonnalisation ouvre une brèche dans l'unité première du sujet.

L'expression la plus couramment utilisée et faisant le plus consensus est comme dans un rêve. Cette expression vient préciser tant le rapport du sujet à lui-même dans son sentiment d'exister qu'à l'environnement dans la conscience qu'il a du monde extérieur. Selon Amiel cette expression est la plus satisfaisante et pour Dugas et Moutier (1911) : Le rêve explique la dépersonnalisation car il la réalise en partie, il en est l'image.

Le sujet a l'impression d'un effacement de lui-même et de la réalité lui donnant le sentiment d'avoir ouvert les yeux à une nouvelle réalité qu'il ne reconnaît plus et où ses marques et repères antérieurs ne sont plus que des souvenirs auxquels il est incapable d'adhérer. Mouvement radical ou progressif qui balaie les certitudes et plonge le sujet dans la perplexité et le doute.

Devant l'indicible de ce sentiment, le dépersonnalisé tente de rendre compte de son vécu par des métaphores, il illustre ainsi son expérience comme la vision du monde à travers un voile ou la sensation de vivre comme dans un film et le comme si devient la ponctuation de ses phrases.

Le dépersonnalisé vit dans l'étrangeté à soi-même jusqu'au doute d'exister comme le décrivait déjà Sollier il y a plus de cent ans : Le sujet dit qu'il voit, qu'il entend, qu'il sent mais c'est comme si il ne voyait pas, s'il n'entendait pas, s'il ne sentait pas ; et, de fait, l'examen de ses appareils sensoriels et de ses diverses sensibilités, même de la cénesthésie, montre qu'il n'y a de ce côté aucun trouble.

Il manifeste des réactions émotionnelles et prétend cependant n'avoir plus ni émotions ni sentiments ; il se meut, mange, boit, accomplit normalement toutes ses fonctions organiques et viscérales, et il affirme n'éprouver aucun besoin et agir comme un automate, il sait que ce sont ses sens qui fonctionnent, que se sont ses muscles qui se meuvent, il sait que c'est lui qui agit ; et il lui semble que c'est un autre qui sent, qui se meut, qui agit ; il sait qu'il existe, qu'il vit et cependant c'est comme si il était mort. C'est le doute perpétuel sur la réalité extérieure, sur sa propre réalité.

Dugas et Moutier (1911) ajouterons : Il faut se placer à son point de vue, entrer dans sa conscience ; on comprendra alors qu'il ne peut pas se soustraire au doute sur la réalité extérieure et sur lui-même, et que ce doute est fondé, est la conséquence naturelle ou mieux la traduction exactes de ses impressions discordantes. Notons surtout, et ce en toute logique, que le rapport du sujet à son corps devient dès lors aussi étranger à la réalité que le reste de ses sensations.

Une personne souffrant de ce trouble a l'impression qu'elle a changé, qu'elle est détachée de son corps : Je me demande si je rêve ou si c'est bien la réalité, si j'existe ou si je ne suis que le personnage d'un rêve, si les mains que je vois manipuler ma cliente sont bien les miennes car elles me semblent étrangères... Ou peut-être suis-je étrangère à ces mains comme je le suis à moi-même. Le dépersonnalisé est conscient et convaincu de la nature morbide de son trouble.

En effet, il dit avoir parfaitement conscience de ce changement et sait que ce sentiment subjectif ne correspond à aucune réalité objectivable. Le sujet perçoit ce changement comme tel, de manière objective, le dépersonnalisé est conscient de son trouble, dit-on classiquement.

Cependant, s'il en est conscient, le sujet reste perplexe face à ce trouble, il ne croit pas à ce qu'il ressent. Cette perception de son trouble et la perplexité qui l'accompagne est un bon élément diagnostique mais aussi un repère structural : en effet lorsque cette perplexité cède c'est en général soit pour marquer la fin de l'accès de dépersonnalisation, soit pour signer l'avènement du délire et mettre au jour une structure psychotique. Dans ce dernier cas le sujet croit alors que son ressenti correspond à une réalité objective alors que jusque-là son vécu était hors du sens, la conviction délirante venant mettre un terme à la perplexité.

A cette première description s'ajoute un ensemble de ressentis, contingent au fond commun précédemment énoncé, qui vient enrichir le tableau clinique de la dépersonnalisation et le rendre encore plus confus.

Parmi ceux-ci nous pouvons relever que la perte de contact avec la certitude d'une réalité tangible et le manque de sens qui en découle peut conduire le sujet à une apathie et une baisse du désir. Ce que Maurice Bouvet (1972) avait repéré lorsqu'il faisait allusion à une sorte de dessèchement de l'affectivité.

Nous pouvons noter aussi que ce doute d'exister instaure une compulsion d'auto-observation. La difficulté que le sujet a de se reconnaître l'oblige à devenir observateur de sa propre personne ce qui amorce une quête angoissante sur ce qu'il est en tant que sujet avec une auto-analyse et une introspection importante.

La compulsion d'auto-observation amène le sujet à se poser une quantité importante de questions existentielles. Le sujet devient un observateur des choses, et principalement de ses propres mécanismes de pensée : il s'auto-observe sans cesse cherchant à retrouver le sens et l'ordre des choses pour unifier sa vision de la réalité et être de nouveau un acteur. En ce sens, nous pouvons considérer la dépersonnalisation comme une profondeur soudaine face aux choses mêmes les plus banales. Le sujet est obnubilé par des questionnements métaphysiques irrésolus, comme s'il lui fallait éprouver la solidité de la réalité à tout instant. Cette quête anxieuse de son trouble ne faisant qu'aggraver celui-ci.

Signalons également que le sentiment d'être démuné face à ce trouble et au désordre qu'il produit conduit souvent le sujet à une crainte intense de la folie. Il ne semble pas capable de se considérer comme normal. La crainte la plus fréquente est celle de la schizophrénie du fait de cette perception intense d'une division au cœur du sujet. Ce décentrement radical que fait vivre la dépersonnalisation évoque, pour le sujet, l'idée même de la folie.

Retenons alors, avec un peu d'humour, ce que soulignent encore Dugas et Moutier (1911) : « Lefou, pour cesser de l'être, n'a besoin que de savoir qu'il l'est ». La lucidité étant le jugement normal et sain qu'un sujet porte sur ses impressions morbides.

Pour finir ajoutons que cette crainte de la folie conduit le sujet à redouter des passages à l'acte, phobie d'impulsion qui se manifeste souvent par la peur de se suicider et le retrait du lien social. Le sujet dépersonnalisé se sent seul dans un monde de personnes goûtant la vie et n'étant pas effrayées par le néant.

Voilà le phénomène posé dans toute sa singularité, tel que les dépersonnalisés essaient de le décrire ; il peut s'exprimer par l'altération du moi de la personne dépersonnalisée (moi psychique et moi corporel).

2-2-1-1-Altération de la conscience du moi psychique

Sous le prisme de la Covid-19, elle est vécue comme une perte de l'identité et de la personnalité avec sentiment de transformation en un autre que soi, voire en un dédoublement et peut confiner à un sentiment d'anéantissement psychique imminent. Des sentiments d'étrangeté et de transformation vont généralement de pair ainsi que les doutes sur l'identité de soi. Parfois, les malades gardent la conscience de leur personnalité antérieure mais certains pensent être, depuis leur naissance, confrontés à ce phénomène d'étrangeté de leur personnalité. Cette transformation de la personnalité se manifeste principalement par un sentiment de vide intérieur allant jusqu'à la perte de volonté ou à la sensation de vivre comme un automate. Parfois, il s'agit d'un sentiment d'irréalité des souvenirs, d'altération de l'activité intellectuelle ou de perte de l'intelligence accompagné de doutes, de scrupules et de perplexité.

Enfin, on peut noter une sensation de transformation des affects : indifférence, abrasion voire disparition des émotions, phénomène remarquable car servant de base à un modèle neurobiologique actuel de la dépersonnalisation ; des éléments de la lignée dépressive comme une dévalorisation ont aussi été signalés. Deux aspects cliniques sont fréquents : d'une part le sentiment de dédoublement (sentiment d'être le spectateur de soi-même pouvant confiner à l'héautoscopie ou, plus rarement, à un tableau de personnalité multiple) ; d'autre part, le sentiment de néant, d'anéantissement et de mort psychique ; au minimum, il s'agit d'un simple sentiment de vide de la pensée ou de vie au ralenti. Ce dernier élément traduirait un aspect fondamental du syndrome qui est le sentiment d'une baisse de l'intensité de la vie correspondant à la désanimation.

2-2-1-2-Altération du moi corporel

Classiquement, la dépersonnalisation somatique n'est jamais dissociée de la dépersonnalisation psychique. La dépersonnalisation est totale et porte sur l'unité de l' « être soi ». Les nuances cliniques du sentiment d'altération du moi corporel sont telles que chaque malade à sa propre façon de l'exprimer. Elles sont variables d'un moment à l'autre. On note des sensations de lourdeurs du poids corporel, ou au contraire d'une immatérialité, de modification de limite et de volume du corps, d'être en dehors de son propre corps, ou encore le sentiment d'avoir une enveloppe corporelle inadaptée. L'altération du moi corporel peut se localiser sur toutes les parties du corps mais avec une localisation préférentielle sur le cerveau (vide, changé, éclaté, serré ou étrange), le cœur (petit, ne bat plus) les intestins (bouchés, resserrés). Les parties du corps reflétant le mieux la personne sont fréquemment transformées : le visage et les yeux sont changés, étranges voir déformés et non reconnus dans la glace. Le dépersonnalisé exprime le doute angoissant d'être et d'avoir un corps transformé ne lui appartenant plus, aux limites floues et imprécises ou comparable à un objet sur le point de s'anéantir comme si toute vie lui était retirée. Parfois, la dépersonnalisation peut se limiter à un sentiment d'asthénie, de fatigue et d'épuisement. (Soladini ; Luauté, 2003).

2-2-1-3- Approche neurobiologique de la dépersonnalisation

L'approche neurobiologique de la dépersonnalisation et de la déréalisation considère que ces phénomènes résultent d'un processus non spécifique d'adaptation de l'organisme en réaction à un danger imminent ou vital. Cette thèse remonte à Mayer Gross (1935), qui avait suggéré que la dépersonnalisation serait une réponse archaïque du cerveau à des situations de survie. Mayer Gross (1935), pensait même qu'il s'agissait d'une expression clinique analogue au phénomène de delirium ou de catatonie. De la même manière, Roth (1959) va interpréter la fréquence élevée de la dépersonnalisation dans les états anxieux comme une réponse protectrice du cerveau façonnée par l'évolution, au cours de laquelle un état d'éveil accru, servant de mécanisme adaptatif, augmenterait les chances de survie et de réponse adaptée en cas de danger aigu. Noyes et Kletti (1977), suggèrent que ce mécanisme adaptatif combine deux types de réactions, les unes renforçant les systèmes d'alerte et les autres enrayant la composante émotionnelle potentiellement désorganisatrice. Enfin, la présence d'épisodes de dépersonnalisation concomitants de crises partielles complexes et plus généralement son association à des pathologies organiques neurologiques donne la base d'une modélisation lésionnelle à la dépersonnalisation.

2-2-1-4-Études neuropsychologiques

Peu de travaux neuropsychologiques se sont intéressés à la dépersonnalisation, par rapport à l'importance de ceux étudiant les troubles dissociatifs de l'identité. Ces travaux concernent les difficultés de mémoire et de concentration exprimées par certains patients dépersonnalisés. L'étude la plus récente celle de Soladini et Luauté en 2003, met en évidence dans une série de 15 patients comparés à des sujets contrôles, un profil cognitif particulier dans lequel les difficultés prédominent à la fois au niveau des tâches attentionnelles et perceptuelles (mémoire verbale et visuospatiale) conduisant à un déficit précoce de l'encodage de l'information impliquant la mémoire à court terme. Les tâches de performance (conceptualisation et traitement d'une information correctement encodée) n'étaient pas altérées. (Soladini et Luauté, 2003).

2-2-2-Déréalisation

Introduit par Mayer Gross et Mapother (1935), le terme de déréalisation rend compte d'un sentiment d'étrangeté du monde extérieur. Elle accompagne le plus souvent le sentiment de dépersonnalisation. Elle est parfois conçue comme un trouble distinct mais cette notion est discutée. Dans la tradition psychiatrique française, la déréalisation n'est jamais un phénomène isolé mais est toujours étroitement intriquée à la dépersonnalisation car liée au sentiment d'irréalité de soi-même. La déréalisation englobe les aspects les plus familiers et les plus personnels de la réalité avec des sentiments de séparation, d'étrangeté de la réalité. Les objets sont perçus comme modifiés dans leurs dimensions, parfois réduits en taille. Souvent, le détail domine et le malade a le sentiment de ne pas percevoir l'objet dans sa synthèse. Les gens sont également perçus comme bizarres, donnant l'impression de figures de rêves ou de marionnettes. Les visages peuvent être perçus comme déformés. À l'extrême, le néant englobe tout, ce qui s'exprime par des formules métaphoriques : « je suis enfermée dans un tombeau, quelle horreur, il n'y a personne autour de moi ».

La dépersonnalisation peut aussi porter sur les rapports entre l'espace et l'orientation. Le malade a le sentiment de ne pas pouvoir s'imaginer les péripéties d'un trajet qu'il est cependant capable d'effectuer sans encombre donc sans désorientation objective. Au maximum, c'est la sensation d'être perdu dans l'espace. De la même manière qu'il peut exister un trouble de l'orientation dans l'espace, il existerait une perturbation subjective du temps s'exprimant de façon diverse. Certains malades ont l'impression de ne plus percevoir l'écoulement du temps parfois avec un décalage entre temps présent et le temps passé. Il n'existe ici paradoxalement aucune altération de l'activité de perception, mais en revanche une altération du sentiment de réalité. Parfois, il s'agit seulement d'un sentiment d'étrangeté des

choses qui sont perçues comme fausses, artificielles et factices. Les sensations de déjà-vu entreraient également dans ce cadre.

La déréalisation peut, parfois, s'autonomiser et s'objectiver par rapport à la dépersonnalisation. Le sujet, malgré ses efforts, n'aura pas l'impression d'interagir avec le monde qui l'entoure, tout lui semblera absurde et il aura le sentiment de faire semblant de vivre.

2-2-3- travaux expérimentaux sur la résilience dans un contexte de riposte national contre la Covid-19

Le terme de résilience est issu du latin (Tisseron, 2007 *resiliore* ; et *salio*), qui indique l'idée de sauter en arrière puis de rebondir. Le concept est apparu récemment dans la littérature scientifique, mais la réalité qu'il traduit existe depuis bien longtemps, ainsi que le fait remarquer Manciaux (2001) : « La résilience constitue-t-elle une nouveauté, une avancé dans le domaine des sciences humaines ? Ou bien n'est-elle que des habits neufs pour de l'ancien ? » Il fait le constat selon lequel, certains individus résistent mieux que d'autres aux aléas de existence, à l'adversité, à la maladie. Il aboutit à la conclusion selon laquelle ce phénomène est reconnu depuis des siècles, bien qu'il soit resté longtemps inexpliqué.

A l'origine le terme de résilience a été utilisé dans la physique des matériaux. L'Encyclopédie de l'Agora (2012) la désigne comme « *une qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité et de la fragilité, et qui se manifeste par leur capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue* ». Transposée dans le domaine de la psychologie, la résilience dépasse la capacité de résister et de traverser les épreuves de la vie hautement risquées, en incluant une dynamique de vie positive qui associe souplesse et adaptation et qui permet d'aller de l'avant (Cyrulnik, 1999 ; Vanistendael et Lecomte, 2000).

Les chercheurs se sont réappropriés le concept et en ont donné diverses définitions selon les domaines et les thématiques étudiés. Pour Malone (2009), « *elle intégré des facteurs environnementaux, sociaux, économiques, politiques, démographiques, culturels et de genre dans la description de la capacité à récupérer, à s'adapter et à évoluer dans le sillage des chocs périodiques.* »

Selon Gubbels (2011), « la résilience a trait à la résistance ou au fait de se remettre d'un mal. » Les Anglo-Saxons utilisent le terme de « *system resiliency* », que l'on traduit, selon le contexte, par tolérance aux failles, aux anomalies, insensibilités aux défaillances. Les pisciculteurs l'expriment par une idée voisine, « *celle de la résistance naturelle d'une race de poissons en fonction de sa fécondité* » (Encyclopédie de l'Agora, 2012).

Dans le domaine de l'écologie, Holling (1973), cité par Dauphiné et Provitolo (2007), montrent qu'un « *système résilient est capable d'absorber les effets d'une perturbation ; il persiste sans changement qualitatif de sa structure.* » Il précise cependant que l'écosystème met un certain temps pour retourner à son état d'équilibre après avoir été perturbé. La résilience écologique est donc aussi assimilable au temps à l'état d'équilibre ou à la vitesse mise pour revenir à cet état antérieur.

La résilience a ensuite été introduite, par analogie, dans la réduction des risques de catastrophe (Disaster Risk Reduction) : il s'agissait de décrire la réaction des populations et les mécanismes d'adaptation engendrés par les catastrophes naturelles (comme les cyclones, des pluies diluviennes ...). Pour Maty (2013), la définition la plus largement reprise de la résilience est celle de l'United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR), adoptée en 2009 : « *La capacité d'un système, une communauté ou une société exposée aux risques de résister, d'absorber, d'accueillir et de corriger les effets d'un danger, en temps opportun et de manière efficace, notamment par la préservation et la restauration de ses ressources essentielles et de ses fonctions de base.* »

Selon la DFID (2012) entendu Department For International Development, « *La résilience vis-à-vis des catastrophes est la capacité des pays, des communautés et des ménages à s'adapter au changement, en conservant ou en transformant leur niveau de vie (living standards) face à des chocs ou des stress-comme un tremblement de terre, une sécheresse ou un conflit, sans compromettre leur perspectives à long terme.* » il s'agit de définitions suffisamment englobantes pour susciter une forme de consensus parmi les acteurs du développement et de l'humanitaire ainsi que les populations concernées.

Dans leurs recherches sur le développement durable, Cantoni et Lallau (2010) mettent en évidence une interconnexion entre le social et l'écologique. C'est ce qu'ils appellent les « systèmes socio-écologiques – SSE ». Selon eux, « la résilience écologique est la capacité d'un écosystème à s'adapter à des situations nouvelles. Et la résilience sociale est la capacité des communautés humaines à affronter et dépasser des chocs de diverses natures. »

En dehors de cette articulation écologie-société, la résilience a été plus récemment étudiée par des économistes dans le cadre de la microéconomie. Pour Lallau et Mbétid (2010), « elle représente la capacité de petites économies ouvertes à faire face à des chocs exogènes, tels que des fluctuations de prix des produits primaires. » En macroéconomie, Richemond (2003) fait remarquer que : « La croissance économique est loin d'être linéaire. L'économie est faite de cycle plus ou moins longs d'expansion et de récession, de période de faste et de déclin. »

La richesse des nations n'est pas acquise, elle est encore moins réversible. » L'auteur critique le capitalisme à outrance, le développement technologique qui désengage une part importante des travailleurs salariés. Il recommande aux acteurs de s'adapter aux ruptures qui marquent la croissance, les technologies et le travail.

Appliquée à l'homme la résilience est « l'habileté de la personne à trouver son niveau d'adaptation antérieur ou même à l'améliorer après avoir subi un stress » (Dufour et al., 2000).

Masten et Garnezy (1990) rappellent trois phénomènes liés à la résilience :

- Un niveau de fonctionnement adéquat en dépit de la présence des facteurs de risques, tels la pauvreté ou l'instabilité familiale ;
- Des moyens de coping (stratégies d'adaptation) efficace pour restaurer ou maintenir un équilibre interne ou externe alors que l'individu fait face à une menace significative, tels le divorce des parents, une maladie grave (Covid-19), etc... ;
- Le rétablissement à la suite d'un trauma prolongé ou sévère (ex. : abus sexuel) lorsque le danger immédiat s'est estompé.

Cette définition laisse entrevoir que malgré une adaptation réussie, certaines victimes résilientes peuvent faire l'expérience d'une certaine souffrance, voire de certains symptômes de traumatisme (Chambers et Belicki, 1998 ; Luthar, 1991). Ces auteurs concluent qu' « être résilient ne signifie donc pas être exempt de problèmes, mais être capable de retrouver un niveau d'adaptation comparable à celui antérieur à l'événement traumatique »

La résilience décrit donc les processus, les capacités et les niveaux de fonctionnement liés à une adaptation réussie en dépit de circonstances adverses (Masten et al. 1990). Ainsi, comme le dit Military N. O. (2014), pour les veuves du génocide Rwandais par exemple, la résilience est leur capacité à se remettre du traumatisme, à entreprendre des activités socio-économiques pour leur survie, et à cohabiter avec le reste de la population y compris avec ceux qui ont tué les leurs. Parfois, et dans une logique d'adaptation, il s'agit pour les femmes d'effectuer les travaux autrefois réservé aux hommes (gérer seule le ménage, pratiquer l'élevage, le commerce...). Ou encore pour les personnes vivant avec la Covid19 il s'agit de s'adapter à la maladie, d'apprendre à vivre désormais avec cette infection, à gérer les effets secondaires liés au traitement tout en gardant la tête haute de l'opprobre que la maladie peut jeter sur nous eu égard à la discrimination et à la stigmatisation sociale.

En définitive, la résilience n'est pas acquise de manière absolue, c'est un processus, une trajectoire au cours de laquelle les personnes résilientes peuvent retomber dans la vulnérabilité à la suite d'une nouvelle crise (la mort d'un proche, d'un tuteur, la survenue d'une nouvelle

séquence dans la manifestation de la Covid19, les effets secondaires liés à la prise des médicaments, ...). La personne résiliente doit s'évertuer continuellement à surpasser son adversité. C'est pour quoi, elle se comprend comme un néo-développement après un fracas traumatique selon Boris Cyrulnick, 2001.

➤ Origine et évolution de la notion de résilience

Le terme de résilience a tout d'abord été utilisé dans le domaine des métaux : on appelle résilient un métal qui reprend sa forme initiale après avoir été chauffé et déformé (Tredgold, 1824, cité par Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2010). Les premières descriptions d'un phénomène de résilience psychologique datent des 17^{ème} et 18^{ème} siècles : More à propos de la résilience face à la misère (1688) et Johnson à propos de la résilience de l'esprit (1751) (Simpson et Weiner, 1989, cités par Ionescu, 2011).

Le premier à introduire ce terme tel qu'on l'entend aujourd'hui dans le champ de la psychologie est Scoville, qui souligne en 1942 « l'étonnante résilience des enfants face aux situations dangereuses pour leur vie » pendant la Seconde Guerre Mondiale (Scoville, 1942, cité par Ionescu, 2004).

Le psychologue viennois Fritz Redl, émigré aux Etats-Unis après 1936, est également considéré comme l'un des premiers pionniers à appliquer à la psychologie des enfants ce terme, utilisé jusque-là en physique des matériaux. C'est à lui que l'on doit les travaux sur ce qu'il appelait les enfants invulnérables. Deux psychologues américaines, Werner et Smith, avaient également publié des études sur un certain nombre d'enfants à risque psychopathologique, qu'elles avaient suivis pendant trente ans ; elles avaient noté que certains « s'en sortaient », un tiers environ, tant du fait de leurs ressources intérieures que des aides apportées par leur environnement.

Dans les années 90, de nombreux auteurs comme Rutter (1987), Manciaux (2001),... ouvrent la voie aux recherches sur la résilience pour répondre tout à la fois aux modèles de la vulnérabilité (Anthony, Chiland et Koupernik, 1982 ; Werner et Smith, 1982) et de l'invulnérabilité de l'enfant par rapport à un traumatisme (Anthony et Cohler, 1987). Par la suite, la résilience a été progressivement étudiée chez l'adulte, puis au niveau familial (McCubbin, 1996 ; Patterson 2000 ; 2002) et ethnique, ou encore face à des stress spécifiques catastrophes naturelles, terrorisme, génocide rwandais... (Ionescu, 2006).

De nombreuses recherches sur la résilience individuelle se portent actuellement sur un versant génétique et biologique, avec notamment des travaux sur la neuroplasticité cérébrale et ses liens avec la résilience psychologique (Cyrulnick, 2010 ; Bowes et Jaffee, 2013).

Depuis quelques décennies, on parle en outre de résilience économique (Hopkins, 2008), urbaine (Jebrak, 2009), sociétale (Ionescu, 2014), ou encore des écosystèmes (Holling, 1973 ; Gunderson, 2000), la résilience étant dans tous ces champs la capacité d'un système, vivant ou abstrait, à absorber un choc, à se réorganiser et à retrouver un état d'équilibre dynamique après une phase d'instabilité et malgré une intégrité dégradée.

Concept largement utilisé dans de nombreuses disciplines scientifiques, la résilience est cependant très diversement comprise. Tandis que certains la considèrent comme une qualité, d'autres l'appréhendent comme un processus de mobilisation d'une force insoupçonnée pour surmonter un traumatisme. On remarque cependant que la dimension sociale est de plus en plus au centre de son analyse. Les écologistes se penchent sur les systèmes socio-écologiques, les psychologues l'appréhendent sous l'angle psychosociale, la socio-économie en ausculte les implications sur la vie des populations et la cohésion sociale.

L'émergence de la résilience comme un concept phare en ce début de XXI^e siècle n'est pas fortuite, comme voudrait le faire croire une certaine tendance à réduire le terme à un effet de mode. La résilience est avant tout un concept scientifique, emprunté comme on l'a dit à l'origine à la physique des matériaux. Dans la langue française ce mot était jusqu'à récemment réservé au vocabulaire de la métallurgie. Les nombreux dictionnaires d'usage courant ne font référence qu'à la physique des matériaux : « Rapport de l'énergie cinétique absorbée nécessaire pour provoquer la rupture d'un métal, à la surface de la section brisée. La résilience (en Kg par cm²) caractérise la résistance au choc. ». Cette définition insiste essentiellement sur l'idée de résistance, mais si nous restons dans ce même domaine et que nous consultons un dictionnaire de la langue anglaise, une seconde idée apparaît, celle d'élasticité, de souplesse, de rétablissement : « The physical property of a material that can return to its original shape or position after deformation that does not exceed its elastic limit. » (La propriété physique d'un matériau, qui peut revenir à sa position initiale après une déformation ne dépassant pas sa limite d'élasticité).

Au-delà de la physique, nous voyons émerger une multitude de définitions dans des domaines variés tels que la zoologie, l'informatique, l'écologie, la psychologie, etc. C'est sur le site Internet l'Encyclopédie de l'Agora que l'on peut trouver nombre de ces définitions, comme en informatique, où l'on parle de « system resiliency », ou dans le secteur de l'économie, où l'on utilise les expressions de « resilient business », « resilient community ». Le dictionnaire le Trésor de la Langue Française (1990), rajoute à la définition initiale, celle concernant la discipline de la zoologie. « Capacité de reproduction d'une espèce animale

inemployée en raison d'une ambiance hostile, mais susceptible d'une expansion soudaine si cette ambiance s'améliore ». Mais également au sens figuré, « Force morale ; qualité de quelqu'un qui ne se décourage pas, ne se laisse pas abattre. » Cette définition renvoyant à une traduction de résilience (en anglais), ce terme possédant les notions de robustesse corporelle, de résistance de caractère et de ressort moral.

Sa transposition dans d'autres domaines n'est certes qu'une métaphore (Carpenter et al., 2001 ; Norris et al. 2007 ; Tisseron, 2008), mais cela traduit aussi des situations homothétiques liées à l'exposition prononcée à divers types de chocs. C'est aussi ce que tend à traduire le langage courant, avec une appréciation parfois très élastique de la notion de choc, et une propension marquée à considérer la résilience comme un trait caractéristique de personnalité dont certains seraient dotés et d'autres pas. L'équation n'est pas si simple, ce qui implique de tirer la sonnette d'alarme sur le fait de vouloir manger la résilience à toutes les sauces (Tisseron, 2007), au risque d'en faire un terme « galvaudé » (Vanoyé, 2007). En fait, analyser la résilience, c'est comprendre la complexité de deux réalités, certes distinctes, mais imbriquées du fait de leur complémentarité. La résilience est en effet un concept scientifique dont le contexte même d'émergence, en coïncidant avec une exigence sociétale nouvelle, en fait un construit social. Cela renvoie aussi au fait que pour le psychologue Michel Manciaux (2005, p.37), la résilience est « une réalité de vie », ce qui concourt à la réalisation sociale.

Les décennies 1970 et 1980 par exemple, ont été en effet marquées par les publications pionnières tant en écologie qu'en psychologie. Or, cette période consacre la fin des trente glorieuses et de l'Etat-providence, et le début de l'ère des politiques libérales suite aux chocs pétroliers de 1973 et 1979. Cette période de transition fut chargée de bouleversements paradigmatiques et sociétaux, ce qui interrogeait du coup la capacité des sociétés à surmonter les vulnérabilités qu'elle induisait. Résilience et société sont de ce point de vue étroitement liées, notamment en ce qui concerne le partage de valeurs éthiques communes qui peuvent fonder le rebond (estime de soi, solidarité, cohésion sociale, ...), qui sont favorables au vivre-ensemble, et qui peuvent se transmettre de génération en génération.

Les évolutions contextuelles sont retracées à travers les années 1970 et 1980, marquant l'émergence du concept. Du point de vue conceptuel, il est question des variations analytiques autour du concept de résilience. Cet aperçu se centre sur la résilience des écosystèmes et la résilience humaine et sociale. Du point de vue empirique, il est question de la variété de situations dans divers contextes géographiques.

Dans chacun de ces acceptions il question en premier lieu de résistance, tout comme pour la définition première, mais elles prennent un sens différent, puisqu'elles ajoutent un caractère dynamique (Manciaux, 1998) qui implique que l'individu, la communauté, le système qui subit un choc retrouve son état antérieur – homéostasie – voire le dépasse si les conditions externes s'améliorent. Il n'est alors plus question de matière inerte, mais bien d'une entité vivante qui est actrice dans son retour à l'équilibre.

L'étymologie du mot résilience aide à une meilleure compréhension. D'origine latine, résilience vient du verbe *resilio* [re + salio], le préfixe *re* indiquant un mouvement en arrière et le verbe *salire* signifiant sauter, bondir (Manciaux, 1999). Le dictionnaire latin-français (internet) donne la définition suivante de *resilio* : « 1- sauter en arrière 2- reculer (pour fuir), se dérober à, s'éloigner de, éviter 3- rebondir, rejaillir, être repoussé, être refoulé 4- se retirer sur soi, rentrer, se réduire, se replier 5- Se dédire, résilier ». Résilier signifie mettre fin à un contrat, à un engagement. » Pour Angelo Gianfrancesco (1999), *resilio* comporte deux conceptions « celle de contraction, de retour sur soi, et celle de rebondissement, de mouvement dynamique vers l'avant. »

Ce retour à l'étymologie nous permet de préciser que la résilience est une capacité de résistance, impliquant de mettre fin à quelque chose et qui oblige à un retour sur soi-même, résistance à laquelle s'ajoute un caractère dynamique permettant de dépasser le choc initial.

C'est pour caractériser le tempérament américain que la résilience a été attribuée à l'humain. En effet, au cours de ses lectures, Michel Manciaux a découvert dans un livre de Paul Claudel (1933) un passage où il évoque le tempérament des américains possédant une qualité résilients-resiliency -réunissant « les idées d'élasticité, de ressort, de ressource et de bonne humeur. ». Comme nous l'avons vu précédemment, ce terme fut transposé dans le champ de la psychologie par Emmy Werner (1989), puis par les spécialistes de la recherche sur le risque, pour qualifier les enfants qui ont maintenu leur équilibre malgré l'exposition à un environnement pathogène.

Mais c'est Boris Cyrulnik qui a élargi et popularisé en France le concept de résilience dans toute une série d'ouvrages qui connaissent un grand succès. Environ une personne sur deux, dit-il, subit un traumatisme au cours de son existence, inceste, viol, perte d'un être cher, maladie grave, drame de guerre, terrorisme, accident de la route, catastrophe naturelle, etc. Il aborde en particulier la question des troubles dont souffrent encore ceux qui ont survécu aux camps de la mort pendant la seconde guerre mondiale. C'est pourquoi il dit également que, la résilience invite à une métamorphose qui transforme la déchirure en force, la honte en fierté (Cyrulnik, 2004).

2-2-3- 1-approches theoriques de la resilience

❖ *Approche notionnelle*

Il existe plusieurs définitions de la notion de résilience, qui vont de la simple absence de pathologie développée face à des traumatismes significatifs (Robinson, 2000), à des définitions extrêmement exigeantes, presque impossibles à observer dans la réalité. La bonne définition se situe sans doute dans un juste milieu, décrit ainsi par Vanistendael (1996) : « *La résilience est la capacité à réussir de manière acceptable pour la société en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* ». La résilience peut décrire un trait de caractère, un état face à un stress, ou encore un processus.

La résilience – trait est souvent étudiée en amont, pour développer des actions de politique sociale dans des milieux à haut risque en mettant en place des « facteurs de protection » connus pour développer la résilience des individus, mais aussi pour identifier les personnes plus aptes que d'autres à faire face à certains types de stress ou métiers risqués, ou encore pour développer des outils et procédures pour « devenir résilient » dans le cas d'une catastrophe naturelle. Une autre utilisation possible dans le champ de la psychologie est celle de l'étude de l'évolution de cette résilience – trait sur des populations ayant souffert d'un traumatisme, avant ou après un traitement ou une psychothérapie par exemple, à des fins d'évaluation de ces traitements.

Quant à *la résilience – état*, elle décrit la résistance à un trauma, et s'apparente plus, à l'instant t, à l'utilisation de divers modes de coping, ou « faire-face » (Anaut, 2003). Ce type de résilience momentanée ne peut décrire une résilience structurelle (Lighezzolo et de Tychev, 2004). De plus, la résilience n'est pas toujours globale chez un même individu, qui peut exprimer une forme de résilience dans un domaine mais pas dans un autre, par exemple en termes d'intégration scolaire mais pas dans la sphère de l'acceptation par les pairs (Luthar, 1993).

Il apparaît en fait que le modèle le plus intéressant pour considérer la résilience d'un individu est le modèle psycho-dynamique et développemental. Il correspond actuellement à un consensus de nombreux auteurs sur le sujet, qu'ils soient chercheurs sur le développement de l'enfant (Vanistendael, 1996 ; Manciaux, 2001 ; Masten, 2001 ; Lecomte, 2002 ; Theis, 2006) ou psychanalystes (Bessoles, 2001 ; de Tychev, 2001). Il traduit le fait que la résilience est un processus qui dure toute une vie, avec différents stades qui vont de la stratégie de survie du

premier instant, au retour ultérieur à un équilibre (Luthar, Cicchetti et Becker, 2000 ; Lecomte, 2002 ; Lighezzolo et de Tychey, 2004 ; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2010).

Cette définition de la résilience permet en outre d'expliquer les « ruptures » de résilience qui ont pu être observées chez des figures aussi célèbres que Bettelheim et Primo Levi : si la résilience est un processus et non une caractéristique de personnalité, un même sujet ne peut être résilient un nombre indéfini de fois, ni non plus affronter tous les traumatismes possibles, d'abord parce que l'on est différemment armé face à différents traumatismes, ensuite parce qu'il y a un « prix à payer » pour être résilient, une dépense accrue d'énergie psychique qui défend l'individu autant qu'elle le fragilise (Fua, 2002).

L'idée de résilience en tant que processus permet également de comprendre pourquoi un individu est capable de réussir sa vie parfois mieux après qu'avant un traumatisme, en reprenant son développement. C'est ce que Boris Cyrulnik décrit comme un « *néo-développement après le fracas traumatique* » (Cyrulnik, 2001), soit la reprise d'un développement, potentiellement plus riche qu'auparavant.

Bonanno, s'appuyant sur une étude longitudinale sur le deuil et le traumatisme portant sur un grand nombre d'individus, parle de « *trajectoires* » de résilience, ce qui implique un mouvement dans le temps et également l'existence de multiples façons d'être résilient (Bonanno, 2004).

Rejoignant l'idée de « *néo-développement* », il distingue la résilience, pouvant s'accompagner d'un renouveau dans le domaine des expériences personnelles et dans la capacité à éprouver des émotions positives, du simple rétablissement, qui permet à l'individu de retrouver sa stabilité préalable à l'événement traumatique.

Ce phénomène est particulièrement bien explicité de la façon suivante : « *La résilience est la capacité d'une personne à surmonter des difficultés ; elle ne se réfère pas tant au retour à un état antérieur qu'à l'ouverture vers une nouvelle étape de vie qui intègre les conséquences de problèmes vécus antérieurement, selon des stratégies qui varient selon les cas. C'est davantage une réelle capacité de croissance vers autre chose à travers les difficultés...* » (Wintgens et Hayez, 2003).

Comme le dit très bien Froma Walsh, la résilience se forge dans l'adversité, et non pas contre l'adversité. Elle utilise pour illustrer sa compréhension du concept de résilience le pictogramme chinois correspondant au mot crise : celui-ci est composé de deux symboles, «

danger » et « *opportunité* » (Walsh, 1996). C'est le paradoxe de la résilience : parfois les moments les plus difficiles offrent aussi les meilleures opportunités (Wolin et Wolin, 1993).

Nous pouvons rapprocher de cette vision de la résilience en tant que « *néo-développement* » le concept de croissance post-traumatique (*post-traumatic growth*), qui s'oppose à celui de désordre post-traumatique (*post-traumatic disorder*) et inspire actuellement de nombreuses recherches. Selon cette théorie (*Post-traumatic Growth Theory*), les efforts d'adaptation d'un individu face à une crise majeure feraient naître en ce dernier des changements positifs sur le plan de la vie cognitive et émotionnelle, et l'amèneraient à dépasser son niveau de fonctionnement psychologique pré-traumatique (Tedeschi et Calhoun, 2003).

❖ **Perspectives théoriques en rapport avec la Covid-19 : *Emergence du concept de résilience dans un contexte de transition***

Le concept de résilience a véritablement pris son essor dans un contexte de transition entre deux ères : passage de l'Etat-providence à la régulation par les marchés. Trois évènements majeurs caractérisent cette période : la conférence de Stockholm sur le développement humain tenu en 1972 en Suède, et les deux chocs pétroliers (1973 et 1979). Jusqu'au XXe siècle, les problèmes d'environnement n'étaient pas une préoccupation majeure pour les communautés humaines. A partir de 1970, plusieurs évènements se produisent. En 1972, il y a le déclin du club de Rome. Le rapport Meadows préconise une « halte à la croissance » via la croissance zéro.

En effet, jusqu'en 1970, en passant par la crise de 1929 et l'après deuxième guerre mondiale, l'on ne parlait que de croissance. Les préoccupations des décideurs et des économistes étaient d'identifier clairement les facteurs qui augmentent la croissance de manière ininterrompue. Dans un tel contexte, c'était un choc de parler de croissance zéro. L'arrêt de la croissance était préconisé pour répondre à l'augmentation de la pollution, à l'insuffisance des ressources naturelles, et à l'augmentation de la croissance démographique. La conférence de Stockholm qui constatait déjà le fossé entre le Nord et le Sud, s'appuyait sur l'idée de croissance zéro en reconnaissant la forte interaction entre l'environnement et le développement. Il en émergea alors l'idée forte qu'il fallait désormais adapter le développement aux conditions sociales et économiques des pays, principalement des pays en développement, et surtout tenir compte de l'écologie. En 1973, lorsque survint le premier choc pétrolier, l'embargo qui s'en suivit provoqua une rareté sur le marché. L'on prenait alors conscience que la croissance économique pouvait tout à coup s'arrêter pour insuffisance des ressources naturelles, notamment le pétrole.

C'est dans ce contexte que le concept de résilience, forgé aux Etats-Unis dans les années 1950, a véritablement pris son élan dans la littérature scientifique contemporaine. Concept mécanique à l'origine emprunté à la physique des matériaux on l'a dit, la résilience est depuis lors très utilisée dans des champs disciplinaires très variés, allant de l'écologie aux sciences humaines et sociales. Elle est largement débattue depuis ces cinquante dernières années dans le domaine des systèmes écologiques (Holling, 1973 ; Pimm, 1984, 1991 ; Holling, 1996 ; Adger, 2000; Holling, 2001 ; Gunderson& Holling, 2002 ; Walker et al., 2004, 2006 ; Folke, 2006, pour ne citer que ces principaux auteurs.). C'est aussi le cas en sciences humaines et sociales, notamment en psychologie, avec les penseurs américains pionniers du concept que sont Emmy werner (1982), Michael Rutter (1993, 1998), et Norman Garnezy (1993). La psychologie analyse la résilience sous une optique positive qui valorise la force du lien social ; ce qui en fait un concept psychosocial (Lecomte, 2006).

Le début des années 1970 marque la fin des trente glorieuses et de l'Etat-providence, ce qui ouvre le début des années 1980 sur une ère de libéralisme renouvelé, via l'implantation de la mondialisation des échanges et de la globalisation financière. L'économie ne se construisant plus par une impulsion venant du côté de la demande, mais désormais du côté de l'offre, la maîtrise du contrôle des barrières de proximité ne se justifiait plus. Le nouveau paradigme économique imposait alors la déréglementation accélérée des marchés notamment avec le retrait de l'Etat de l'appareil de production, l'ouverture des frontières à la concurrence et à la libre circulation des biens et des personnes. Un des effets durement ressentis fut l'accroissement du chômage, de la pauvreté et des exclusions sociales. Ces nouveaux repères constituent un contexte d'incertitudes qui vient brouiller les repères anciens associés au contexte de paix et de sécurité ressenti comme socialement protecteur par les populations.

La fin de l'Etat-providence et le passage à la régulation économique par les marchés constituent pour la majorité des populations, les classes populaires et moyennes, une rupture brutale et un choc social fort. Les perspectives du plein-emploi s'éloignant, l'accès au travail rémunéré est devenu plus contingent, alors que dans le même temps le risque de perdre son emploi s'élevait. Combinés à la récurrence des catastrophes naturelles et aux conflits émergents dans de nombreux endroits du monde (sécheresse, inondations, séisme, ...), des arguments comme l'adéquation formation-emploi, la formation continue, ou le débat sur la flexibilité du marché du travail, sont venus renforcer le sentiment d'insécurité et de vulnérabilité sociale des populations.

La déréglementation vient détricoter les droits sociaux considérés comme acquis, de même que le filet de sécurité sociale que constituait l'Etat-Providence, pour lui substituer un cadre perçu comme moins protecteur, car livrant souvent les populations au repli communautaire et à la débrouillardise du secteur informel. La désindustrialisation et la tendance actuelle à remplacer les chômeurs par des travailleurs pauvres dans les pays développés témoignent de cet environnement d'incertitudes croissantes. L'état d'incertitudes est aussi présent dans les économies agricoles soumises aux aléas hydro-météorologiques et à l'instabilité des cours internationaux des productions agricoles. C'est l'émergence dans un tel contexte de crise et de questionnement sociétal, d'incertitudes et de transition, qui donne à la résilience sa résonance sociétale prégnante. Cela lui donne une connotation particulière de concept transitionnel fort qui peut permettre de rebondir vers une autre possibilité de vie socialement viable ; ce qui dans la conscience collective humanise les difficultés majeures et ouvre l'espoir d'un rebond possible, même dans de graves circonstances de la vie.

- **Variations analytiques autour du concept de résilience**

La littérature scientifique sur la résilience est dominée par deux grandes variations analytiques autour du concept : la résilience des systèmes écologiques et socio-écologiques, et la résilience humaine et sociale.

- **La résilience des systèmes écologiques et socio-écologiques**

La conception physique de la résilience comme résistance a profondément structuré les réflexions initiales sur la résilience, notamment en écologie, concernant la dynamique des systèmes complexes adaptatifs comme l'écosystème. Issue de l'analyse des systèmes, la résilience en écologie est étroitement associée à la théorie de la stabilité écologique, au regard des réponses fonctionnelles observées dans les interactions entre les populations de prédateurs et leurs proies (Folke, 2006). La complexité et l'adaptabilité des systèmes écologiques tiennent à deux caractéristiques. D'une part, il y a leur diversité de composition et la multiplicité de leurs interactions, ce qui implique des échelles d'imbrication (modèle de panarchie). D'autre part, un écosystème, en produisant lui-même les nutriments qui l'alimentent, est le lieu d'un cycle interactionnel de ses propres éléments de structures ; ce qui favorise alors la circulation des nutriments en consolidant les liens de cohésion structurelle du système. Les éléments de structures interagissant les uns sur les autres, la structure et ses fonctions ne tiennent que par la

solidité du tout, ce qui ne peut être garanti que par une solidarité certes non intentionnelle, mais suffisamment organisée pour éviter la rupture des liens systémiques en cas de choc brutal.

• **La résilience humaine et sociale**

La résilience analysée sous l'angle physique et écologique s'attache à la qualité d'un système pour désigner une réalité mécanique (physique) et biologique. Cela ne prend pas en compte la dimension psychologique qui contribue à structurer sociologiquement les représentations sociales. Celles-ci naissent dans l'interaction sociale, et rajoutent au réel d'un choc, la représentation de ce réel en termes d'interprétation via le regard des autres ; ce qui donne au choc un caractère traumatique. Cyrulnik (2003, p.19) souligne en ce sens, qu'« on ne peut parler de résilience que s'il y a eu un traumatisme suivi de la reprise d'un type de développement, une déchirure raccommodée. Il ne s'agit pas du développement normal puisque le traumatisme inscrit dans la mémoire fait désormais partie de l'histoire du sujet comme un fantôme qui l'accompagne. Le blessé de l'âme pourra reprendre un développement, dorénavant infléchi par l'effraction dans sa personnalité antérieure ». Dès lors, les normes humaines et sociales prennent une dimension importante dans la résilience psychologique. Etant assimilée par les approches pionnières à des traits caractéristiques de personnalité, ce qui revient au critère de qualité intrinsèque valorisée par les approches physique et écologique, la résilience est désormais analysée en psychologie comme un processus qui permet de mobiliser des forces internes insoupçonnées au moyen du lien social (ce qu'on ne voit pas). Cela en fait un processus psychosocial (Lecomte, 2006 ; Tisseron, 2008 ; Koffi, 2010).

Pour Boris Cyrulnik, le processus de résilience ne peut se construire que dans le lien social, à travers une main tendue qui joue le rôle d'un tuteur de résilience (Gonnet & Koffi, 2010), ce qui renvoie à l'idée d'une co-construction sociale, mobilisant à minima une certaine capacité d'action individuelle et collective. Certes, le statut de tuteur de résilience ne se décrète pas, puisque la main tendue relève notamment d'une empathie dans le rapport d'altérité. Cependant, il requiert une certaine capacité d'action du tuteur, qui lui permet d'apporter une réponse appropriée à la souffrance de l'autre, qui dans le même temps doit être en mesure de saisir la main tendue.

La résilience processuelle ne convoque pas ex nihilo la capacité cognitive et d'action. Selon le triangle de la résilience (Lecomte, 2006), un jeune se construit socialement en donnant du sens à la norme sociale. Dans une société intergénérationnelle, cette norme est transmise au jeune par l'adulte. En donnant du sens à la loi sociale, le jeune devient le lieu de transformation de valeurs éthiques qui seront transmises à la génération suivante. Il est de ce fait un acteur social, du fait qu'il est reconnu par sa communauté et participe à la vie de cette communauté.

Lorsque le système social est impacté par une forte information exogène, l'onde de choc traumatique crée un clivage qui affecte son intégrité. Le lien social endogène se déchire, et certains se réfugient en infra court terme dans la déviance (pillage, viol, ...) par instinct de survie, d'autres dans le déni en choisissant la fuite en avant tout en se refusant de faire face à la réalité. Bien d'autres, en revanche, ne se résigneront pas et choisiront de s'élever pour faire face à la nouvelle situation. Leur rébellion par le refus de l'ordre de la fatalité, les conduira à la recherche d'une aide extérieure (lien social exogène), qui viendra les appuyer pour permettre aux autres de relever la tête en prenant « conscience de leur dignité inaliénable d'êtres humains » (Manciaux, 2005, p.381). C'est notamment pour cette catégorie de personnes que Stefan Vanistendael (1996) désigne la résilience comme « le réalisme de l'espérance », pour signifier que dans des situations extrêmes où la personne est réduite à une situation infra humaine (déportation, persécution extrême, maladie chronique, etc.), l'espérance loin d'être une utopie, peut jouer un rôle moteur de soutien psychologique pour résister, en dépit de la forte adversité.

La résignation à l'ordre de la fatalité s'opposant à la possibilité de démarrer un parcours de résilience, la résistance et le dépassement sont des étapes préalables indispensables (Koffi, 2010). Ceux qui sont soumis à la force d'inertie introduite par la violence du choc traumatique et qui restent piégés dans la résignation ont peu de chances de survivre et d'initier un développement renouvelé dans la société.

Ce processus de résistance et de dépassement du traumatisme qui met en marche la résilience par petits pas, correspond au tricotage de la résilience selon Boris Cyrulnik ; ce qui permet de raccommodez la déchirure (Gonnet & Koffi, 2010) afin de vivre le mieux possible malgré la souffrance inscrite dans la mémoire individuelle et collective.

• **Résilience et sociétés : synthèse des articulations**

Plus haut on a vu que la résilience était une notion polysémique, du fait de la variété de ses champs d'application, présente certes des points de différenciations, mais aussi de nombreux points d'articulations possibles. La grille de lecture comparative adoptée montre qu'il est essentiel de bien distinguer l'objet d'analyse selon que la résilience s'analyse du point de vue écologique ou psychologique. D'une part, il s'agit de l'écosystème naturel (milieu physique, êtres vivants et non vivants), et d'autre part, il s'agit de l'humain en interaction avec le milieu et la société. Les mécanismes de fonctionnement ne sont pas les mêmes, bien que plusieurs points de similitudes soient possibles, l'homme restant dans tous les cas un élément de la nature. C'est ainsi à « une réalité de vie » (Manciaux, 2005, p.371), qu'il faut d'abord s'intéresser, au-delà du concept en construction évolutive. La résilience comme « une réalité de vie » ou comme « le réalisme de l'espérance » se construit donc au sein de la société.

Dans ce registre de responsabilité, Manciaux (2001b, 2005), évoque le tuteur de résilience par exemple aidé l'autre à reprendre pied à la suite de la main tendue. Reprendre pied, ce n'est pas revenir à la situation antérieure au choc. C'est faire autrement mais aussi bien que possible de sorte à pouvoir envisager sereinement une vie sociale à venir, respectueuse des valeurs éthiques partagée par la collectivité. Cette définition psychosociale de Manciaux (2001b, p.645) apparaît de ce point de vue assez englobant : « la résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères.

Il est primordial à ce jour de rattacher le modèle de la résilience à un substrat théorique explicatif, offrant alors une formalisation susceptible de nous éclairer quant aux processus venant fonder la résilience.

Joëlle Lighezzolo et Claude de Tychey (2004), dans leur ouvrage de synthèse présente trois approches que sont le modèle théorique cognitivo-comportementaliste, l'approche médicale en santé publique et le modèle théorique psychodynamique.

Rappelons brièvement avec ces deux auteurs que le modèle « met l'accent d'une part sur l'importance des mécanismes ou processus de nature prioritairement cognitive, d'autre part sur les stratégies de comportement observables, pour rendre compte de l'état de résilience ». Cette approche fait ainsi référence à deux concepts centraux : le stress et le coping. Il n'est pas question de traumatisme, mais plutôt de situations stressantes auxquelles le sujet doit faire face en mettant en place des stratégies d'adaptation, qui sont de nature cognitive et donc conscientes.

En ce qui concerne le modèle théorique qui se dégage en santé publique, il privilégie une approche compensatoire « où la résilience serait fonction de l'équilibre entre un certain nombre de facteurs de risque et la balance structurée par la présence de facteurs simultanés de protection. ». La résilience est ici définie comme un processus dynamique qui n'est jamais totalement acquis et qui se construit dans l'interaction sujet-environnement.

La majeure partie des travaux scientifiques portant sur la résilience font référence à ces deux approches. Ce n'est que récemment que des cliniciens d'orientation psychanalytique se sont intéressés à cette nouvelle notion qui recouvre en fait des phénomènes qui ont été repérés et étudiés depuis longtemps par la psychanalyse,... (Kreislner, 1996, 2000 ; Guedeney, 1998 ; Lemay, 1999 ; Cramer, 1999 ; Bacque et al., 2000 ; Bourguignon, 2000 ; De Tychey, 2001 ; Lighezzolo et De Tychey, 2004, 2005 ; Anaut, 2002, 2003 ; etc.). L'intérêt majeur, selon nous, d'une lecture de la résilience par la psychanalyse et par la psychologie clinique psychanalytique

est de permettre d'identifier et d'analyser les processus en jeu dans la résilience. Ainsi, le concept de traumatisme se situe toujours en amont de la résilience, son processus d'élaboration fait appel aux mécanismes de défense et d'élaboration mentale que le sujet est capable de mettre en œuvre, parallèlement aux relations psychoaffectives, aux soutiens extérieurs qui contribuent également à l'établissement d'une résilience chez l'individu.

❖ *Résilience comme problématique de recherche en santé au Cameroun et dans les formations sanitaires*

Les travaux de recherche sur la résilience soulèvent des préoccupations à la fois de types épistémologiques et d'implications de politiques publiques. Ces travaux interrogent globalement la soutenabilité de diverses pratiques sociétales à travers les formes de vulnérabilités et de résiliences contextuellement observées.

Dans certains cas, il s'agit de problématiques de conflits et de réconciliation (Côte d'Ivoire, Rwanda par exemple). Dans d'autres cas, ce sont les systèmes de production agricoles et la sécurité alimentaire qui sont questionnés. Plus globalement la problématique des souffrances humaines en lien avec les pandémies, drépanocytose, maladies rares, etc.), les maladies non curables et les maladies rares sont questionnable.

Par ailleurs la problématique des territoires soumis à des « vulnérabilités contemporaines », de type hydrométéorologique (inondations des habitations en milieu urbain), ou en lien avec le changement climatique en termes d'aménagements hydro-agricoles de certaines vallées, est aussi questionnable.

Ainsi, vue sous le prisme de *la résilience et des sociétés*, sachant que la porte d'entrée pour analyser la résilience est le choc. L'intensité du choc, son ampleur et les circonstances de son occurrence sont essentielles, notamment lorsqu'il s'agit de déterminer l'exposition en termes de sensibilité de l'objet analysé à l'aléa. Autrement dit, la vulnérabilité par rapport à un type spécifique de choc est importante à établir avant d'analyser la résilience. Le « choc de résilience » est donc important à caractériser avant tout ; ce que Cyrulnik (2003, p.19) souligne sans ambiguïté lorsqu'il dit : « on ne peut parler de résilience que s'il y a eu un traumatisme suivi de la reprise d'un type de développement, une déchirure raccommodée ». Walker et al. (2004) ne sont pas en contradiction lorsqu'ils commencent par définir la résilience des systèmes complexes adaptatifs comme étant leur capacité à absorber une perturbation et à se réorganiser de manière à conserver leurs fonctions essentielles. Une première catégorie aborde le choc sous

l'angle des conflits sociaux. Une seconde catégorie aborde le choc sous l'angle de la perturbation des systèmes de production et de leurs effets en termes de sécurité alimentaire. La troisième catégorie a choisi l'angle d'analyse du choc comme impact territorial en lien avec les aléas hydro-climatiques, et les effets de changement climatique. Une quatrième catégorie l'appréhende sous l'angle de la résilience face aux fléaux des maladies pandémiques.

- **Les analyses en termes de conflits**

Du point de vue des conflits sociopolitiques, Garenne M. et Gakusi E., questionnent dans une perspective démographique, la résilience du Rwanda aux chocs des années 1990. Ce pays africain a souffert de plusieurs crises politiques depuis son indépendance, qui se sont cristallisées pour culminer au cours de la décennie 1990-1999 avec le génocide de 1994. Cette longue période de conflit s'est soldée par une perte de capacités tant au niveau économique, que démographique et sanitaire (baisse des revenus, augmentation de la mortalité, diminution de la taille des femmes adultes, baisse du niveau d'instruction, séquelles physiques énormes chez les rescapés, etc.).

En ce qui concerne la Côte d'Ivoire, Koffi K.J.M, Ouattara M., Ballet J. et Mahieu FR.-R., analysent la conflictualité qui s'y est insidieusement et progressivement installée, comme la résultante d'une succession dans le temps de différents types de chocs (économiques, sociaux, sociopolitiques et militaires). Il en a résulté des vulnérabilités multidimensionnelles qui se présentent comme une perte généralisée de capacités (endettement, chômage, lien social, ...).

La résilience de la société ivoirienne peut alors être analysée au regard de trois conditions d'équilibre (justice, cohésion sociale, communauté), qui peuvent permettre de surmonter la souffrance des populations définie au sens de Ricoeur (1992) comme une perte de leur capacité.

- **Les analyses en termes de perturbation des systèmes de production**

Du point de vue de la perturbation des systèmes de production, Penot E., Benz H. et Bar M., brasse les concepts de vulnérabilité, de résilience, de durabilité et de viabilité au niveau de l'exploitation agricole dans la région du lac Alaotra à Madagascar, pour identifier les stratégies de prévention utilisées par les ménages pour faire face au défi de l'agriculture traditionnelle en économie ouverte, notamment en ce qui concerne la faiblesse de la productivité agricole, la pauvreté rurale, les faibles possibilités de diversification agricole, le faible niveau d'éducation, etc. L'étude de cas menée à partir de la base de données du Réseau des Observatoires Ruraux (ROR), souligne une très forte résilience globale des exploitations agricoles liée à une forte diversification des activités agricoles et non agricoles.

Au Cameroun avec la crise sanitaire qu'occasionne la COVID 19, on a observé pendant la période de restriction du mouvement social, une augmentation de la disponibilité de certains aliments de première nécessité telle que la tomate dont le prix subit de plein fouille les affres de ce choc sanitaire interne qui a des répercussions paradoxalement au plan économique. Ceci n'est pas sans dommage chez les producteurs qui doivent se montrer beaucoup plus résilient s'ils veulent continuer d'exister dans cette filière d'activité.

- **Les analyses en termes du choc territorial**

Du point de vue du choc territorial, qui peut être évalué à différentes échelles (le bâti, le quartier, la localité, ou même l'ensemble d'un territoire), l'analyse d'une problématique urbanistique de la reconquête de l'espace post-industriel procède d'une adaptation qui conserve la mémoire d'un patrimoine contemporain en revalorisant les friches industrielles pour le renouvellement urbain (attractivité renouvelée) ; ce qui alimente la transmission de valeurs intra et intergénérationnelles (économiques, technologiques, environnementales, sociales, culturelles, image renouvelée).

Dans les pays subsaharien où l'agriculture est essentiellement pluviale, les aléas climatiques tels que les déficits pluviométriques sévères entraînent une forte diminution de la production agricole et des revenus des paysans, ce qui constituent un choc et une réelle source de vulnérabilités.

Au Cameroun avec le changement climatique, on observe de plus en plus des périodes de sécheresses qui sont très contraignant pour la population du septentrion et beaucoup plus de l'extrême-nord ; ce qui entraîne une rareté du céréale et créant ainsi de famine chez la population. Pour surmonter ce phénomène on observe au sein de la population de l'exode vers les métropoles que sont Douala et Yaoundé. La population qui y reste est contraint à une sorte de résilience en diminuant leur capacité de consommation ou en limitant leur niveau de consommation à la stricte capacité de survit.

- **Les analyses en termes de résilience des patients face à leurs états santés**

Nous sommes tous confrontés d'une manière quasi permanente à des événements potentiellement traumatisants susceptibles de bouleverser le parcours de notre vie, comme les catastrophes naturelles, la perte d'un proche, une maladie chronique, etc.

En ce qui concerne les maladies pandémiques qui entrent en droite ligne de la problématique de notre travail, disons que ce sont des maladies qui se développent lentement et s'aggravent au fil du temps.

Le traumatisme est invisible, et se déroule au niveau de la scène intérieure de l'individu, même lorsqu'il est physique, le « choc » a inévitablement des répercussions psychiques lourdes (Tomasella, 2017). Dans cette situation dramatique la résilience joue un rôle primordial, elle désigne l'art de s'adapter aux situations adverses, a des conditions biologiques et socio psychologiques ou pathogènes (Anaut, 2015). Pour que la personne reprenne le parcours de sa vie et s'adapte à la maladie et ses conséquences malgré sa gravité.

Plusieurs personnes âgées ou non sont résilientes lorsqu'elles font face à cette situation (Hack et al., 2010). Toutefois, certaines personnes vont aussi vivre des souffrances psychologiques, plus ou moins intenses, apaisées, entendues ou même reconnues et ce, jusqu'à la fin de leur vie. Plusieurs personnes vont faire face à cette maladie et aux divers bouleversements qui l'accompagnent souvent.

En ce qui concerne spécifiquement la personne adulte et souffrant de la Covid-19, comment est-ce qu'elle réagit face à cette souffrance ? C'est cette capacité à résister, à dépasser l'adversité de la maladie que notre travail interroge. Il voudrait savoir comment une personne adulte vivant avec la Covid-19 s'organise pour dépasser cette adversité et dompter sa maladie malgré sa complexité.

2-2-3- 2-résilience et approches psychocliniques

En psychologie, la résilience est un processus dynamique, à la fois mental, biologique, social et culturel, qui se met en place après des événements délétères de la vie. L'individu acquiert des capacités de résilience au moyen de facteurs de protection familiaux ou extrafamiliaux et de mécanismes de défense. Il devient plus solide en ayant surmonté l'expérience traumatogène (Anaut, 2015). Les facteurs de protection individuels sont composés des différents traits de caractère recensés chez le sujet résilient. Ceux-ci déterminent l'entrée dans le processus et forment les compétences pour l'activer (Ionescu, 2011 ; Anaut, 2015). Au niveau extrafamilial, il s'agit du « réseau de soutien social (pairs, communauté d'appartenance idéologique, religieuse, spirituelle, etc.) » et du conjoint ou thérapeute. Ce sont également des « expériences de succès scolaires [ou d'autres réussites extrascolaires] » (Anaut, 2015). Tous ces facteurs de protections environnementaux peuvent jouer un rôle affectif lorsque la personne ne dispose pas assez de ce soutien dans sa vie privée par une posture relationnelle chaleureuse, empathique et sécurisante.

Ces facteurs de protections aident à comprendre ce qui a été douloureux grâce à un regard extérieur, et par une vision positive ou des connaissances théoriques qui accompagnent

le processus de mentalisation (Lighezzolo et de Tychey, 2004 ; Anaut, 2015). Le terme de tuteur de résilience permet de qualifier les personnes de l'environnement des sujets fragilisés, dont les traits de caractère ou les attitudes aident inconsciemment ceux-ci à surmonter l'adversité. (Anaut, 2015).

Les mécanismes de défense tiennent également un rôle majeur dans le processus résilient. Ce sont « des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception des dangers ou de facteurs de stress internes ou externes » (Ionescu et al., 2012). Ils servent donc à préserver le Moi de l'angoisse. Dans la première phase de la résilience, ils aident le sujet à se protéger de l'adversité ou du trauma (Lighezzolo et de Tychey, 2004). Dans la deuxième phase, ces mécanismes ont un rôle dans le processus de mentalisation. La personne accède ensuite à la compréhension de ce qu'il a vécu et elle transforme l'adversité en compétence pour affronter de futurs contextes délétères. (Lighezzolo et de Tychey, 2004)

❖ *la résilience individuelle et la résilience familiale*

Le concept de résilience est en travail dans la communauté scientifique depuis quelques décennies. Ainsi, dans les pays anglo-saxons des travaux sur la résilience ont cours depuis une cinquantaine d'années et ont donné lieu à des publications scientifiques reconnues depuis plus de trente-cinq ans. Avec notamment des auteurs comme : Emmy Werner, Michael Rutter, Robert Haggerty, Leonnie Sherrod, Norman Garnezy... En revanche, pour la France elle a pris son essor depuis les années 1990 avec des auteurs et praticiens comme : Boris Cyrulnik, Michel Manciaux, Stanislas Tomkiewick, Stehpane Vanistendael ...

La résilience est sans doute encore en cours de développement et les applications cliniques qui en découlent dans les pratiques de soins sont encore à construire, à valider et à délimiter. La résilience peut concerner ainsi des individus, des familles, des communautés ou des sociétés. En effet, un certain nombre de caractéristiques associées au processus de résilience, ont été identifiées et constituent des facteurs de résilience individuelle, familiale ou communautaire selon les approches. Ces facteurs peuvent être sommairement :

1. A partir de l'étude des individus réputés résilients, on peut retenir un certain nombre de caractéristiques qui contribuent à faciliter la résilience : l'habilité à résoudre des problèmes, l'autonomie, la compétence sociale, l'empathie, l'altruisme, la sociabilité, la popularité ...
2. Les caractéristiques de la structure familiale telles que : la spiritualité, l'idéologie, la discipline éducative, ou certaines qualités de la dynamiques familiales comme : la qualité de la

communication, les interactions chaleureuses et positives, le support et l'affection sont considérées comme des facteurs de résilience familiale.

3. Parmi les niveaux de résilience sociale, on peut citer : la communauté sociale comme le milieu professionnel, le quartier. Les communautés religieuses et idéologiques, la société et la culture peuvent être considérées comme des facteurs de résilience communautaire. Dans ce même groupe, on peut également ranger les facteurs comme : la solidarité, l'attente élevée, l'implication active, la valeur d'entraide et de tolérance sociale et la diversité des supports et des ressources sociales.

❖ *La résilience individuelle*

La résilience individuelle est généralement définie selon trois perspectives, qui peuvent être transposées à l'étude de la résilience familiale. Il s'agit de la résilience en tant que trait(s), processus et résultat.

- **Trait(s)**

Les chercheurs pionniers sur la résilience se sont intéressés à définir les caractéristiques inhérentes aux enfants « atypiques » qui se développent positivement malgré des circonstances adverses importantes qui porteraient à prédire le contraire (Luthar, 2006 ; Michallet, 2010). Ces études initiales sur l'ego-resiliency (Block et Block, 1980) ont ainsi permis de définir les traits de personnalité ou de caractère propres à ces enfants qui étaient nommés résilients ou encore invulnérables, robustes ou résistants au stress (Earvolino-Ramirez, 2007 ; Masten, 2007 ; Waller, 2001). Les principales limites de ces premiers modèles centrés sur les caractéristiques individuelles sont le danger de blâmer les victimes d'une « mauvaise » adaptation et d'ignorer les contextes sociaux influençant le développement humain et la résilience (Erensaht et Tousignant, 2001 ; Tousignant, 2004 ; Kirmayer et al., 2011).

- **Résultat**

En attribuant un caractère plutôt fixe à la résilience et afin d'opérationnaliser le concept, les chercheurs l'ont plus fréquemment défini comme le résultat (outcome) d'une adaptation positive après l'expérience de conditions adverses (Luthar et Cicchetti, 2000). Dans cette perspective, l'adversité réfère généralement à des événements ou des situations spécifiques et davantage limités dans le temps. De plus, à l'instar de l'approche décrite précédemment, les individus sont généralement considérés comme résilients ou non : ceux qui obtiennent des résultats psychométriques positifs face à l'adversité et ceux qui obtiennent des résultats négatifs vis-à-vis des mêmes conditions adverses (Anaut, 2008 ; Rutter, 1987). Bien que la notion de

résultat ne soit pas toujours présentée clairement, la résilience peut être définie par l'absence de psychopathologie ou par la réussite des tâches développementales majeures selon l'âge et le genre (Masten, 2001).

- **Processus**

Le concept de résilience comme un processus apparaît plus récemment à l'intérieur des écrits scientifiques. Dans cette perspective, elle est généralement définie comme un processus dynamique et modulable de l'adaptation positive ou d'un fonctionnement adaptatif qui se déploie dans un contexte adverse et souvent chronique (Genest, 2012 ; Luthar et al., 2000 ; Masten, 2007 ; Tousignant et Sioui, 2009). Au lieu de définir les variables (qu'est-ce?) qui sont associées à l'adaptation ou qui en résultent, les recherches ont plutôt pour but de comprendre comment les individus arrivent à s'adapter à l'adversité ou à la surmonter dans un contexte donné.

Ainsi, grâce à des études longitudinales et en développant des modèles plus complexes, les auteurs pionniers de cette approche mettent en lumière les mécanismes par lesquels les facteurs de protection amortissent l'impact des facteurs de risque au fil du temps. Par ailleurs, les études qualitatives issues de cette approche ont l'avantage d'explorer plus finement les trajectoires de vie et les modalités expérientielles qui favorisent le développement des individus avant, pendant et après les difficultés.

Tel que le soutient Anaut (2008), se centrer uniquement sur le résultat risque de réduire la résilience à un caractère figé. « Elle n'est jamais absolue, totale et acquise une fois pour toutes » (Manciaux et al., 2001, p.17). Elle est variable selon les circonstances, la nature des expériences adverses, les traumatismes, les étapes de vie, les contextes et les cultures (Cicchetti et Toth, 1996 ; Manciaux et al., 2001 ; O'Dougherty Wright et al., 2013 ; Walsh, 2006). Un individu peut ainsi témoigner de la résilience à une période de la vie et moins ou pas à une autre (O'Dougherty Wright et al., 2013).

Par ailleurs, les définitions réfèrent souvent à un mouvement « de rebondissement » associé à une trajectoire développementale positive, faisant en sorte que la personne ou le système retrouve ou surpasse son niveau de fonctionnement après une période de difficulté (Bonanno, 2008 ; Davidson et al., 2005 ; De Haan et al. , 2002). Pour Theis (2001), la résilience « ne signifie pas de rebondir, au sens strict du terme, mais de croître vers quelque chose de nouveau (...) rebondir vers un état initial est impossible, il s'agit plutôt de bondir vers l'avant (..), la résilience conduit à une métamorphose de l'individu ».

Tout compte fait, certains auteurs définissent la résilience à la fois comme la capacité (ou les traits), le processus et le résultat de l'adaptation positive en dépit de circonstances adverses (Masten et al., 1990). En effet, selon Michallet (2010), ces distinctions semblent plutôt arbitraires : plusieurs chercheurs utilisent de façon interchangeable les termes « processus » et « résultat » de l'adaptation. Bien que de plus en plus d'auteurs optent pour la perspective du processus, il n'en demeure pas moins qu'il réside toujours une confusion considérable dans sa conceptualisation.

Dans le cadre de cette recherche, nous partons du fait que les conditions d'adversité sont soit le vécu psychologique douloureux dû à certaines considérations psychosociales à répétition au décours de la vie avec la maladie et la chronicité symptomatologique qu'impose la Covid-19. Nous concevons donc davantage la résilience comme un ou des processus adaptatifs face à la maladie, plutôt que l'aboutissement ou le résultat de l'adaptation en réponse aux conditions adverses qu'impose ce virus.

❖ *Résilience familiale et communautaire*

Actuellement, au sein de la psychologie psycho-dynamique, une conceptualisation de la résilience comme processus (plutôt comme trait, ou comme état) fait consensus parmi la communauté des chercheurs en psychologie clinique et pathologique. Cette conceptualisation permet de considérer la résilience dans l'ensemble de ses composantes et de ses déterminants, tant sur le plan intrapsychique (mentalisation, mécanismes de défense, etc.), que sur le plan intersubjectif (modèles identificatoires, ressources de l'environnement, etc.).

La perspective systémique qui met l'accent sur une juxtaposition de facteurs favorables et défavorables, souligne l'interaction complexe et dynamique à l'œuvre dans les articulations transactionnelles entre les sphères du psychologique, du social, et du culturel que tissent chez tout sujet une façon d'être au monde.

❖ *L'appropriation du concept de résilience par l'éducation*

De cet état des lieux qu'a permis l'analyse conceptuelle, se dégage un certain nombre de constats sur les énoncés qui délimitent le concept. D'abord, la résilience apparaît comme un phénomène répandu qui touche à plusieurs sphères du développement, en ce qu'elle traduit une adaptation positive qui n'a d'existence qu'en opposition au risque de l'environnement. Ensuite, sa compréhension passe par la dynamique des interactions entre le risque et l'adaptation positive dans le temps. En troisième lieu, l'adaptation positive qu'elle décrit dépasse le

recouvrement et implique que l'action des stressseurs sur le développement peut être positive, en permettant sous certaines conditions à certains individus de bien se développer.

Associée en éducation à l'échec et à l'abandon et aux milieux défavorisés, à la toxicomanie et à la maltraitance des familles, à la souffrance et au stress, la résilience est sans contredit un terme répandu, particulièrement dans le domaine de la prévention de ces problèmes. Parmi d'autres, Masten (1994) illustre la psychopathologie et la résilience comme deux pôles d'un même construit, l'un négatif, l'autre positif. La résilience se situerait ainsi près de la mission éducative et Rigsby (1994) affirme que le concept de résilience reflète l'idéal américain d'un accomplissement possible pour chacun, peu importe son origine sociale. Mais en dépit de l'intérêt des chercheurs et des intervenants pour la résilience qui ne s'est guère démenti depuis plus de cinquante ans, on trouve des critiques du concept qui viennent relativiser son intérêt pour l'éducation.

La première critique pertinente pour notre champ questionne l'assimilation d'un terme dont la provenance est d'un autre domaine, initialement ici en ce qui concerne la résilience, de la science des matériaux aux sciences humaines et sociales. Ainsi, Tarter et Vanyukov (1999), en signalant la provenance du terme issu des sciences appliquées et de l'ingénierie, montrent que l'usage du concept en sciences humaines et sociales ne correspond pas au concept initial ; en effet, en physique, la résilience d'un matériau est une propriété mesurée en termes du temps et de l'ampleur par rapport au retour à la forme initiale, tandis qu'en psychologie, ce retour à l'état initial n'est pas suffisant pour parler de la résilience d'un individu soumis à un stressseur. Selon ces derniers, l'analogie de la résilience apparaît impropre ici pour trois raisons : tout d'abord, le processus de résilience implique une résultante positive en dépit de la présence du stressseur, et non de son retrait. Ce dire que la personne malade réussit sa vie tout domestiquant l'infection et en se surpassant et non en éliminant.

Ensuite, l'expérience de stress ne détermine pas seulement la qualité future de la réponse de l'individu au même stressseur, mais elle influence aussi la sélection future des stimuli de l'environnement, stressseurs ou autres. À la différence des matériaux, les humains ne sont pas des récepteurs passifs des stimuli de l'environnement (comme les stressseurs) mais vont plutôt chercher activement les environnements conséquents à leur expérience.

Enfin, les déterminants de la résilience sont connus pour les matériaux, mais demeurent plus obscurs pour les humains. On n'a encore identifié aucun facteur qui covarie négativement et de manière systématique avec la résultante (Kaplan, 1999).

En somme, si la résistance et la compétence sont proposées pour expliquer les différences individuelles dans les réactions au stress, leur validité prédictive n'a pas été bien démontrée et les facteurs qui déterminent la variation des réactions au stress sont encore inconnus (Masten, Best et Garmezy, 1990). Un même stressor peut augmenter ou atténuer la déviation à la norme du comportement attendu, de manière contingente à l'interaction d'autres facteurs que ceux proposés. Bartelt (1994) ajoute sa voix aux critiques en rejetant, pour l'éducation, l'aspect intrapersonnel de la résilience, qui ressemble trop à un trait de personnalité. Plus récemment, Wachs (2000) accumule les indices probants qui permettent de consolider le modèle des influences des environnements proches sur diverses caractéristiques telles la compétence scolaire et cognitive, le comportement social, la personnalité et la résilience. Sur cette dernière caractéristique, sa recension indique que les variations dans ces caractéristiques montrent l'influence des contextes environnementaux comme autant de variables nécessaires à la variation. De plus, cette covariation des aspects environnementaux et non environnementaux fait en sorte de rendre caduques les interprétations en termes d'effets principaux, comme celle de Kaplan (1999).

Au sens formel, on peut admettre que l'emploi du terme soit discutable et ne rende pas justice au concept initial, tout en créant une certaine confusion. Bien que la confusion soit moins grande lorsqu'il s'agit de champs bien distincts, elle se trouve cependant amplifiée lorsque l'on constate une grande étendue du réseau conceptuel par les différences d'usage à l'intérieur même d'un champ. Le champ d'application de la résilience éducationnelle étant plus restreint que celui de la résilience humaine, sa définition s'en trouve d'autant circonscrite. Depuis l'entrée de la résilience en éducation, deux termes se côtoient. La résilience académique revêt un sens restreint et se réfère à la résistance des enfants ou des apprenants dans leur vie d'étudiants, donc à une forme spécifique de résilience contextualisée au domaine scolaire. Cependant, ce terme présente aussi les limites imparties aux traits de personnalité, qui mènent souvent à blâmer les victimes, c'est-à-dire ici les apprenants en échec (Bartlet, 1994). La résilience scolaire est donc critiquable au même titre que la résilience psychologique, entendue au sens intrapersonnel. En revanche, la résilience éducationnelle implique l'école dans son ensemble et se réfère à la résilience d'une équipe composée des enseignants, des membres de la direction, des autres employés tout comme à celle des apprenants dans l'organisation académique. Si la transposition de la résilience psychologique à la résilience éducative est assimilée à un transfert de domaine de la résilience, à l'image de celui de la résilience familiale, la résilience éducationnelle implique un changement plus fondamental, par la référence à un nouvel objet résilient, qui

transite de la personne vers le milieu, comme à un ensemble de systèmes qui la contient et la dépasse. En considérant ces distinctions, la résilience revêt toutefois la même connotation axiologique pour les éducateurs que pour les psychologues et conjugue un risque majeur avec une adaptation positive (Pianta et Walsh, 1998).

On décèle la polysémie dans le réseau de concepts, qui soit décrivent le phénomène comme un produit, soit interviennent dans le modèle explicatif du processus de la résilience. Garmezy (1974), reconnu comme le fondateur de ce courant de recherche, parle d'abord d'invulnérabilité et ensuite de résistance au stress en référence à la résilience. Pour Loesel, Bliesener et Kofler (1989), invulnérabilité équivaut à résilience, résistance, adaptation, ajustement, maîtrise, plasticité, concordance personne-environnement et soutien social. Dans le champ de la psychopathologie et de la maltraitance, Masten et Garmezy (1985) réfèrent à la vulnérabilité et au stress ainsi qu'à la compétence.

Dans le réseau de concepts du modèle explicatif, on catégorise les termes en facteurs de risque et facteurs de protection, particulièrement autour de la résistance hardiness, c'est-à-dire la capacité de s'opposer à une situation, souvent circonscrite dans le temps qui recouvre un univers plus restreint que la résilience, mais qui en est très proche, sinon parente. On retrouve, dans l'emprunt au domaine du stress, les stratégies d'adaptation ou de coping, et particulièrement celles que l'on désigne comme des stratégies actives, c'est-à-dire celles qui permettent à l'individu d'affronter un problème. La résilience pourrait englober la réaction de coping et l'adaptation qui vont suivre la situation difficile (Manciaux, 2001).

Toujours en ce qui concerne le réseau conceptuel, Kaplan (1999) identifie dans sa recension des sources de divergences qui contribuent à la confusion conceptuelle autour du construit de résilience. L'une de ces sources de divergence touche à la conception de la résilience comme un résultat ou un processus. La référence faite au construit révèle soit un produit identifié par des indicateurs de résistance au stress, ou encore une cause ou le facteur déterminant d'un processus causal qui, en interagissant avec les stressors, conduit à certains résultats, qu'on appellera la résilience. Ces divergences conduisent à des questions fort différentes. Par exemple, la réussite exemplaire des élèves d'une école de milieu défavorisé peut-elle être qualifiée de résilience lorsque le seul examen des facteurs de risques présents mène à prédire l'échec du plus grand nombre ? Ou alors, la résilience est-elle définie par l'interaction du soutien social fourni par l'équipe scolaire et des compétences intellectuelles de ces élèves qui ont contrecarré la pauvreté financière et les ressources limitées de l'école et des familles et même la survenue d'une pathologie ? Si, dans cette alternative, on opte pour la

résilience comme un produit, il reste alors à le rendre opératoire pour parvenir à une mesure unifiée. Si on opte pour le processus, alors chaque facteur mérite d'être mieux cerné et son rôle mieux décrit pour parvenir à comprendre comment les facteurs de risque et de protection interagissent pour provoquer la résilience.

Une seconde faiblesse tient dans la variation autour de la nature du résultat ; la résilience n'est plus guère conçue comme une qualité générale mais comme une adaptation spécifique à certaines conditions scolaires, sociales ou émotives, c'est-à-dire là où les individus résilients montrent les plus grandes vulnérabilités (Luthar, 1993). Ainsi, dans certaines définitions tant en éducation qu'en psychologie, la résilience désigne l'atteinte d'un développement adéquat en dépit de l'adversité (Rutter, 1990). Par exemple, pour Radke-Yarrow et Sherman (1990), quand des enfants éduqués dans des conditions chaotiques par des parents émotionnellement instables se retrouvent sans diagnostic psychiatrique, qu'ils ont des relations positives avec leurs pairs et les adultes de la famille et de l'école, un concept de soi positif tout en n'étant pas en retard scolaire, ils sont alors appelés résilients. Ce n'est pas tant ici la compétence de l'individu, somme toute normale, que l'état adverse de l'environnement qui compte.

Par contre, dans d'autres études, la résilience n'est pas vue comme un simple maintien ou un retour à la norme, mais implique un développement positif qui dépasse l'état que l'individu aurait atteint s'il n'avait pas rencontré le stressor, comme pour Richardson, Neiger, Jensen et Kumpfer (1990) et Shaefer et Moos (1992) pour qui la résilience procure des habiletés d'adaptation supplémentaires, auparavant absentes du répertoire, ce qui signifierait ainsi que le stress favorise la résilience. Ramener dans le cadre de notre étude, on comprendrais comme quoi une personne séropositive qui une fois au parfum de sa séropositivité développerais des aptitudes et des habiletés susceptibles d'induire chez lui un développement tel qu'il ne se serais jamais réalisé si n'avait pas été malade. Dans ce sens, on soutient que la résilience doit embrasser le spectre du développement jusqu'à son point optimal (Linley et Joseph, 2004). Cette conception semble actuellement dominante et s'avère pertinente pour le champ de l'éducation, dont toute l'action est orientée vers l'apprentissage, la compétence et le développement.

En prenant un peu de recul, on doit considérer que la perspective théorique voire paradigmatique adoptée vient nuancer ces critiques plutôt négatives. En réalité, plusieurs praticiens et chercheurs apparaissent particulièrement suspicieux en l'absence de difficultés ou de stress en situation difficile, et font de réactions inadaptées la norme de réaction humaine face aux stressors, ce que de plus en plus de recherches remettent en question. Dans cette ligne de

pensée, on a récemment constaté que la résilience, vue au sens d'une meilleure adaptation au stress, n'était pas rare. Wolin et Wolin (1995) rapportent dans leur étude que les deux tiers des enfants survivent au risque présent dans les familles toxicomanes sans aucune manifestation de problème de développement.

Dans le même sens, Bonnano (2004), dans ses études sur le deuil, soutient que l'on a sous-estimé la capacité humaine d'adaptation positive et de développement face aux stressseurs, en raison même du regard psychopathologique, inspiré du modèle médical, qui se concentre sur l'anormalité et la détresse. De leur côté, Lopez, Snyder et Rasmussen (2003) élaborent des instruments de mesure et d'évaluation sur les aspects positifs du développement afin de contrebalancer la mesure des faiblesses humaines. Pour l'éducation, l'adoption du concept de résilience éducationnelle pourrait permettre d'atténuer la vision négative et défaitiste sur les milieux à risque au profit d'une vision positive. L'encadrement des personnes victime de la Covid-19 (conseling, aide à l'observance, etc.) pourrait mieux atténuer en eux l'idée de voir tout leur futur en noir mais plutôt à booster leur capacité de résilience face à cette pathologie.

Sous l'angle de l'Endogeneisation

2-2-3- 3ethnopsychologie et covid-19

Pour comprendre le concept de l'endogeneisation de la prise en charge des patients victime de la Covid-19 , il est important de l'analyser sous le prisme de l'ethnopsychiatrie, à cet effet il faut se rappeler qu'il est composé d'interculturalité, d'introculturalité(Devereux, 1977).

Du point de vue de la structure linguistique, l'accent est mis doublement sur « l'ethnicité », « le culturel », « l'anthropologie culturelle » et sur « la psychiatrie » comme composante de la médecine permettant de réduire les troubles chez les patients.

Devereux qui en est à l'origine par ce concept à penser une approche spécifique « métaculturelle » puisqu'elle part de la compréhension possible de ce qui est universel en l'humain non seulement pour fonder une démarche psychiatrique spécifique, mais aussi pour restituer les cheminements par lesquels les patients des sociétés non européennes peuvent devenir accessibles à la clinique psychanalytique.

❖ L'ethnopsychiatrie

Devereux est ainsi à l'origine d'un domaine de recherche et de pratiques thérapeutiques susceptibles parce qu'il tient compte des axes de comportement de la personnalité

historiquement et culturellement située d'admettre des entités nosologiques auxquels la psychologie clinique occidentale et européenne n'est pas habitué. C'est le cas des classifications exotiques qui sont intraduisibles dans les cultures européennes comme la névrose du chasseur, la psychose du scalpeur ou du tueur de sorcier. Dans ce cas, la psychopathologie occidentale apporte des arguments. Elle soutient par exemple que ces maladies découlent du refus d'assurer ses pouvoirs chamaniques, celles provenant des impuretés des étrangers et celles des données par la fréquentation des fantômes ennemis, alors que les axes névrotiques sont constitués de symptômes qui sont à considérer comme des tentatives inefficaces pour concilier les expériences du monde et des modes d'organisation comportement, biologique, psychologique et culturel. C'est l'idée que chaque culture possède sa manière d'appeler et d'épeler les troubles que ses populations vivent. Et en cas de choc de civilisations, plus d'interactions constantes entre elles, l'ethnopsychiatrie désigne une psychothérapie pour les émigrants et les réfugiés qui refusent de prendre en compte la variable culturelle dans leurs différentes prises en charge thérapeutiques. Il s'agit d'une discipline qui pratique l'art de décrire les maladies et de proposer les traitements de la psyché de l'autre, d'un autre « éthos », d'un autre peuple, de soigner l'âme des peuples.

Devereux propose de considérer l'ethnopsychiatrie comme « une pensée psychologique qui a délibérément pris le parti d'envisager les personnes, leur fonctionnement psychologique individuel, les modalités de leur interaction, à partir de leur attachement, attachement multiple à des langues, des divinités, des ancêtres, des mânes de faire. La notion d'attachement est à entendre ici au sens de l'attachement social, autrement dit, de ce qui « fabrique » l'appartenance d'une personne ».

L'ethnopsychiatrie se constitue donc comme une l'étude du rapport entre comportement psychopathologique, des services thérapeutiques et les cultures d'origine du patient et de celle de son thérapeute. De ce point de vue théorique, l'ethnopsychiatrie est admise comme une forme de psychothérapie individuelle et/ou du groupe fondée sur l'étude de relations d'inclusion et de disjonction entre quatre termes quoi sont :

- Le psychisme,
- La culture,
- La sublimation et la pathologie.

Selon (Moro, 2004) en substance l'ethnopsychiatrie est le traitement des pathologies mentales et assimilées selon les potentiels du patient ou de sa culture ethnique débouchant sur un élément qui est la psychiatrie, perçue comme un cadre physique et pratique des soins.

❖ Les Formes de thérapies ethnopsychiatriques

Le champ ethnopsychiatrie obéit à trois formes de thérapies à savoir la thérapie intra culturelle, la thérapie interculturelle et la thérapie métaculturelle.

✓ *La forme intra culturelle.*

C'est une approche de traitement qui renvoie à l'intra culturalité : le thérapeute et le patient ont une même appartenance culturelle d'origine, se connaissent dans une certaine mesure avant la survenance de la maladie et de sa prise en charge. Le thérapeute dans les pratiques diagnostiques et de prise en charge tient compte des dimensions socioculturelles de son patient ou du groupe patient.

✓ *La forme interculturelle*

Cette forme de traitement se fonde sur la somme des connaissances, des savoirs spécifiques et propres à un groupe donné ainsi que des comportements relevant d'une société qui intègre l'existence de plusieurs cultures au sein des organisations thérapeutiques qui sont les leurs. Le patient et le thérapeute ne sont pas de la même culture de base, ce pendant ils appartiennent tous au même référent culturel global. Le thérapeute a le potentiel nécessaire pour prendre en charge le patient toutefois, il a connaissance de la culture de son patient et tient compte dans la pratique des dimensions socioculturelles du patient ou du groupe pendant le processus thérapeutique. Cette forme de thérapie nous renvoie à une approche de l'ethnopsychiatrie qui est dite interculturelle et s'inscrivant dans une mouvance appelé dimension inter culturalité. On parle de l'inter culturalité du fait que deux cultures perçues comme deux sous-groupes culturels existent et orientent les engagements thérapeutiques sans que cela handicape ou inhibe la cure.

✓ *La forme de thérapie métaculturelle*

Dans la forme métaculturelle, on intègre les réalités interculturelles et intra culturelle.

Le thérapeute et le patient ne partagent pas les mêmes cultures, mais sont attachés au concept de « culture » selon les indicateurs de sa culture ou d'une culture quelconque qu'il maîtrise et dont dans sa posture de thérapeute fait nécessairement appelle à cette culture dans le fait diagnostic et dans la conduite thérapeutique. Il est conscient de l'interaction qui existe entre les systèmes de pensée susceptible de produire du transculturel. Dans ce contexte, il est question

de la transculturalité, entendu comme technique de superposition de cultures; les unes sur les autres pour venir à bout des disharmonies, de l'individu, des familles ou des groupes ethniques.

2-2-3-4-inconscient en ethnopsychiatrie

L'inconscient est l'ensemble de processus mentaux qui agissent sur la conduite, mais qui échappent à la conscience. D'après la théorie psychanalytique freudienne, il est le domaine du psychisme latent, fait de désirs et de processus psychologiques dynamiques dont on ne peut disposer, car ils échappent à la connaissance. Refoulées hors du champ de la conscience par une puissance de contrôle ethnique (la censure, le refoulement), les forces inconscientes arrivent cependant à se manifester dans certains actes de la vie quotidienne (lapses, oublie), dans les rêves et les symptômes névrotiques. C'est dans l'inconscient que naissent les désirs et les fantasmes. La connaissance des phénomènes inconscients est indispensable pour la compréhension et la guérison des névroses.

Dans la théorie ethnopsychiatrie, l'on considère que l'inconscient est composé de deux éléments : ce qui n'a jamais été conscient, dont les représentants psychiques du ça, des forces pulsionnelles; et ce qui, ayant d'abord été conscient, a été refoulé par la suite. Ce matériel refoulé est constitué à la fois par les traces d'empreintes mnésiques laissées tant par les expériences objectives extérieures que par les expériences subjectives intérieures à savoir émotions, fantasmes, état somatique antérieur. Il est aussi constitué des mécanismes de défense et de la majeure partie du surmoi.

Dans notre analyse, nous n'envisagerons que le matériel refoulé d'origine consciente qui lui aussi du point de vue ethno psychiatrique se divise en deux segments :

- l'inconscient ethnique ;
- l'inconscient idiosyncrasique.

❖ Les deux types d'inconscient

✓ *L'inconscient ethnique*

L'inconscient ethnique ou culturel est bien différent de « l'inconscient racial » de C. G. Jung (1875-1961) avec lequel nous ne devons pas confondre. Il est la part de l'inconscient total

qu'un individu possède avec la majorité des membres de sa culture. Il est totalement lié à la culture et se transmet avec celle-ci, par une sorte « d'enseignement » oral ou écrit et non biologiquement comme est sensé se transmettre l'inconscient racial de Jung. Il peut donc changer avec les changements opérés au sein d'une culture, car il se transmet de la même manière que celle-ci.

L'inconscient ethnique est donc formé de tout ce que d'après les exigences d'une culture, chaque génération sous la pression de celle qui la précède apprend elle-même à refouler, puis à son tour oblige celle qui la suit à refouler aussi. Car chacune des structures du caractère ethnique a sa phase consciente et sa phase inconsciente. Or l'inconscient ethnique s'acquière de la même manière que le caractère ethnique. C'est dans ce sens que (Devereux, 1977 p.5) affirme: « chaque culture permet à certains fantasmes, pulsions et autres manifestations du psychisme d'accéder et de demeurer au niveau conscient et exige que d'autres soient refoulés. C'est pourquoi tous les membres d'une même culture possèdent en commun un certain nombre de conflits inconscients ».

Ainsi, ce matériel qui constitue l'inconscient ethnique des individus d'une société donnée est maintenu à l'état refoulé, par certains mécanismes de défense généralement fournis et renforcés par les pressions culturelles. Mais ces moyens défensifs offerts par la culture pour permettre à l'individu de refouler ses pulsions. Culturellement dystoniques et déviantes s'avèrent parfois insuffisants. Pour ces cas de figure, les victimes n'arrivent plus à cacher leurs conflits, ils manifestent des comportements dystoniques. Toutefois, c'est toujours la culture qui leur offre bien qu'à contrecœur, certains moyens culturels qui permettent à ces pulsions de s'exprimer bien que de façon marginale. On en arrive alors à avoir dans la société des comportements déviants, mais culturellement admis, alors qu'ils se trouvent en opposition flagrante avec l'idéal ethnique du groupe. Ces comportements atypiques et dystoniques sont reconnus officiellement, quoiqu'ils soient marginaux parce qu'ils sont inévitables, la culture étant incapable de les endiguer.

Suite à cette faiblesse de la culture à refouler un certain nombre de pulsions dystoniques, on peut voir apparaître un certain nombre de troubles de la personnalité dont :

- les désordres sacrés ou chamaniques (objet de notre étude) les désordres ethniques ;
- les désordres types.

Tous ces désordres de la personnalité naissent dans le segment ethnique de l'inconscient, contrairement à d'autres troubles bien différents qui naissent dans le segment idiosyncrasique de l'inconscient.

✓ *L'inconscient idiosyncrasique*

Le terme idiosyncrasie rappelle le mode de réaction propre de chaque individu à l'égard d'un agent étranger dans l'organisme, par exemple un médicament. La didactique le considère comme le tempérament propre à chaque individu et nous parlerons de ce segment de l'inconscient comme étant « privé », « personnel », « individuel », différent d'une personne à l'autre, tandis que l'inconscient ethnique (culturel) est commun aux membres d'une même culture. Ce segment de l'inconscient est formé des éléments que l'individu a été contraint de refouler sous l'action des stress uniques et spécifiques qu'il a subis personnellement. Ces stress peuvent avoir deux sources différentes

La première source est faite d'expériences qui ne sont pas typiques d'une culture donnée, c'est-à-dire qui ne reflètent pas le modèle culturel de base mais qui surviennent très régulièrement et tendent à être reconnues et reformulées culturellement. Etant donné la fréquence et la répétition de ces expériences stressantes, l'individu finit par adopter un comportement déviant du genre (névrose ethnique).

Deuxièmement, il y a les expériences qui ne sont ni caractéristiques d'une culture, ni numériquement fréquentes et qui atteignent certains individus particulièrement malheureux. Le fait que ces derniers soient singuliers et très souvent isolés et introvertis au sein du groupe auquel ils appartiennent les expose aux traumatismes idiosyncrasiques, dues aux conflits localisés de manière permanente dans leur inconscient « privé » (individuel). On parle alors de déviant « privé » ou « idiosyncrasique ».

Il importe ici de retenir que les principaux conflits du chaman par exemple sont localisés dans son inconscient ethnique alors que ceux du déviant privé qui ne répondent à aucune norme sont localisés dans son inconscient idiosyncrasique. Pour ce dernier, ils sont liés à sa personnalité, comme nous verrons par la suite dans notre présentation des désordres de la personnalité.

2-2-3-5-typologie ethnopsychiatrique des desordres de la personnalite

Dans la classification ethnopsychiatrique des désordres de la personnalité on distingue deux grands groupes de troubles: les désordres pré structurés et ceux qui ne le sont pas. Le premier groupe étant formé de tous les troubles dont la source est localisée dans l'inconscient ethnique, ce sont les troubles ethniques; le second groupe est constitué de tous les désordres idiosyncrasiques dont l'origine est localisée dans l'inconscient privé (idiosyncrasique). Il existe alors quatre catégories de désordres de la personnalité, selon la classification ethnopsychiatrique: d'abord les troubles chamaniques, ensuite les troubles ethniques et les troubles types, puis les troubles idiosyncrasiques.

❖ **Les désordres idiosyncrasiques**

Le terme idiosyncrasique a trait au tempérament propre à chaque individu. Il constitue l'inconscient privé. Les désordres idiosyncrasiques proviennent des traumatismes dont la culture ne tient pas compte et par conséquent n'offre aucun moyen de pouvoir les contourner, aucun moyen de défense, ni de symptômes permettant de fixer l'angoisse et d'affronter les conflits que ces traumatismes provoquent. « Celui qui subit ce type de traumatisme présentera une névrose ou une psychose « ordinaire » non ethnique, c'est-à-dire idiosyncrasique. Ce genre de désordre est caractérisé par l'improvisation des défenses et symptômes, improvisation qui s'opère d'habitude à partir de la formation de certains items culturels qui à l'origine ne sont nullement destinés à fournir une défense contre l'angoisse » ((Devereux 1977, p.75).).

Les désordres idiosyncrasiques ont la particularité de ne pas être prévus dans le schéma culturel de vie d'une communauté. Ils sont intimement liés à l'histoire personnelle du sujet et non à l'histoire de la communauté à laquelle il appartient ou dont il est issu. L'individu qui subit un tel désordre a été exposé à des traumatismes atypiques, généralement statistiquement rares et donc ignorés par la communauté. Puisque la culture n'offre aucun moyen de défense pour les affronter, l'individu qui en est victime se trouve impuissant devant ses conflits et angoisses d'où la maladie (désordre).

Parfois, ce type de désordre est provoqué par une déformation à des fins symptomatiques des matériaux culturels. Mais dans certaines conditions, « les matériaux culturels qui reflètent les désaveux de la société à l'égard d'elle-même peuvent servir de symptômes sans avoir de déformation préalable et figurent en bonne place en tant que symptôme dans les désordres « modèles » d'une culture donnée c'est-à-dire dans ces « modèles » que même les psychotiques idiosyncrasiques ne manquent d'imiter. Toutefois, en dernière

analyse, les similitudes entre les désordres conventionnels ou « modèles » et les désordres idiosyncrasiques ne sont dues principalement ni à l'imitation, ni même à cette relative uniformité de caractère ethnique qui marque tous les membres d'un même groupe. La cause essentielle tient au fait que les matériaux culturels de ce type se prêtent particulièrement bien à une utilisation symptomatique » ((Devereux1977, p.74).

Une telle complexité rend la tâche de l'ethnopsychiatre, celle de déterminer si un désordre est idiosyncrasique ou pas très difficile. Mais cette complexité ne saurait être un prétexte pour escamoter des différences fondamentales entre les désordres idiosyncrasiques et ceux qui ne le sont pas. Le diagnosticien devrait donc être patient et pouvoir examiner tous les aspects des symptômes liés à la personnalité du patient en question. Il devrait relever minutieusement chaque détail et pouvoir l'examiner pour parvenir à faire des applications cliniques de ce schéma théorique.

Telle est la démarche que nous propose la théorie ethnopsychiatrie et la façon dont elle envisage la classification des désordres ou troubles de la personnalité. Mais dans le contexte négro-africain, on trouverait quelques différences dans la manière de considérer le couple conceptuel normalité-anormalité. Or, il est possible que ces différences proviennent de la façon dont est envisagé d'une part la maladie et d'autre part le thérapeute dans ce contexte.

❖ **Les tendances de l'ethnopsychiatrie**

Deux grandes tendances domineraient le domaine de l'ethnopsychiatrie.

✓ *Une pratique clinique liée aux différences socioculturelles*

Les cliniciens considèrent la différence socioculturelle comme relativement négligeable par rapport à une pathologie mentale étant globalement identique d'un groupe à l'autre. Dans cette perspective, la pratique de l'ethnopsychiatrie viserait la façon sincère de l'individu malade se serait approprié une réalité sociale extérieure à lui au moyen de ses propres déterminants psychiques.

✓ *L'acceptation des diversités ethniques et sociales*

L'ethnopsychiatrie est considérée comme une science autonome, mais s'ouvrant ou débouchant sur une trajectoire de pluridisciplinaire. Selon Nathan en substance, les identifications successives qui ont formé un individu ne se font qu'en intériorisant des modèles

culturels par la société. L'individu dans la mesure où il se socialise, participe forcément au monde dans lequel il s'exprime.

Ces deux tendances semblent antagonistes mais complémentaires et tend à converger sur la question incontournable des rapports du psychisme au culturel. D'après Laplantine, il faut éviter d'un côté « une conception monadique et délibérément anti sociologique de l'individu » et de l'autre « une conception réificatrice et délibérément antipsychologique du social, double dogmatisme qui ne peut conduire qu'à prendre parti, dans une espèce de jeu parfaitement stérile, soit pour prééminence de l'individu sur la société, soit pour la prééminence de la société sur l'individu ». Or, nous pensons en s'appuyant sur les thèses ethnopsychanalyse que cet antagonisme a été levé lorsque Devereux a montré que tout fait humain doit être rendu compréhensible par deux approches, psychologique d'un côté, socioculturel de l'autre dans un complémentarisme qui n'est pas forcément simultané et qui n'a pas à tenir compte d'une succession particulière. Il ressort ainsi que de ces deux tendances que les deux discours explicatifs ne peuvent et ne doivent être tenus simultanément, ils doivent être tenus consécutivement, l'ordre dans lequel ils sont tenus étant sans importance.

✓ *En réserve les suggestions de la psychiatrie dynamique africaine*

Pour Mayi, chez les psychologues et psychiatres africains antiques et modernes, les « état(s) de conscience affaissée » sont antérieures à ceux habituels, ce qui peut expliquer qu'ils soient génétiquement programmés, et plus singulièrement des appels (des inclinations, des tendances) à ce que certains faits soient.

La notion d « états de conscience affaissée » correspond à celle d'« inconscient » très utile à la psychologie pathologique et clinique contemporaine. On utilise ce mot en français pour signifier :

-des effets qui vont bien au-delà de ce dont pense préalablement une personne. Elle est inconsciente des conséquences de ses actes. « Science sans conscience, n'est que ruine de l'homme » dit le sage ;

-des causes auxquelles le sujet ne pense pas et/ou qu'il ne peut pas imaginer mais qui ont une efficacité dans la dynamique de son acte, et qui plus est, qu'il doit assumer. Ici, tout comme dans le point précédent, l'inconscient est à définir selon les logiques du savoir et de la morale. « Le commun des mortels est le préconscient du sage, tout comme l'ignorant est son

inconscient », laisse comprendre la sagesse africaine. On met aussi l'accent ici sur les causalités à abrégir dans le cadre de la cure psychologique ;

-un ensemble de scénarios psychiques dont les formes générales, voire spécifiques, sont bio, socio et psychogénétiquement programmées et que les perspectives métapsychologiques (points de vue économique, topique et dynamique) permettent d'analyser. Ces scénarios psychiques sont des aspects de la vie du sujet qui en elle-même est toujours dramatique, et qu'on peut se représenter sous une forme par ailleurs théâtralisée. Les ramener à la conscience du sujet aurait une incidence thérapeutique ; ce sur quoi insistent les psychanalystes qui rappellent la dextérité qui s'impose en approche ; car la psychanalyse est aussi un type de thérapie avec ses pratiques, ses paradigmes, ses maîtres et ses disciples. En effet, au-delà d'une simple information sur les apports de la psychanalyse à la connaissance de l'homme et à la pratique de la psychothérapie, une connaissance certaine de la métapsychologie freudienne s'impose ;

-des causalités psychiques qui chez Carl Gustav Jung ont des spécificités énergétiques : les complexes, les archétypes, les symboles, les imagos, l'ombre, l'anima, l'animus, etc. Le sujet ignore ces faits qui agissent et conditionnent son action. Certains d'entre eux sont personnels car procédant de l'histoire et du vécu du sujet, d'autres sont dits collectifs parce qu'ils seraient d'origine paléogénétique.

✓ *Le mode d'être inconscient et les scénarios psychiques*

Le mode d'être dit « inconscient » dans les deux premiers points de vue reflète le développement social de l'humain dans la dynamique des échanges sociaux. Ce n'est pas qu'un animal ne voit pas, mais que sa vue peut être très perçante, son ouïe très fine pour un humain, son flair plus développé que celui de la majorité des hommes, etc. Mais c'est que l'homme perçoit des choses qui prennent un sens pour lui et les siens, un sens qu'il peut échanger avec d'autres, et plus singulièrement qu'il peut et/ou doit assumer. C'est pour cela que lui seul peut réellement être dit conscient ou inconscient. Car la conscience et l'inconscience, de même que le conscient et l'inconscient sont des adaptations sociales en liaison avec la dynamique des échanges sociaux.

Le point de vue des scénarios psychiques suppose le psychisme de description freudienne avec son énergétisme et qui implique des faits de phylogénèse et d'ontogénèse susceptibles de déterminer la personnalité et le comportement du sujet.

Pour être bien rendu, le point de vue des scénarios implique une bonne connaissance des contributions de Freud au développement des sciences psychiatriques et psychologiques et à la connaissance de l'humain. S'il est de grande utilisation de nos jours, c'est doublement à cause de sa valeur heuristique (il permet d'aboutir à des conclusions heureuses en matière de recherche scientifique) et pratique (il constitue une bonne grille de conduites sur laquelle les psychologues et les psychiatres se fondent).

L'appareil psychique renvoie à l'inconscient de répression freudien d'âge œdipien et qui est lié à la répression de l'inceste. Ceci veut dire qu'il est contemporain dans son fonctionnement et son exercice de l'émergence de la culpabilité et de la moralité aussi bien chez le sujet historique, que paléontologiquement, pense Freud, chez l'humain. C'est donc un inconscient apparu pour permettre une meilleure humanisation du sujet.

2-3- THEORIE(S) EXPLICATIVE(S)

Étymologiquement, le mot théorie vient du grec « *theorein* » qui signifie observer avec émerveillement ce qui se passe pour le décrire, l'identifier et le comprendre. Karl Popper définissait les théories comme « *des filets dont on se sert pour saisir la réalité* ». Ce sont des lentilles, des grilles de lecture permettant de mieux appréhender le domaine d'action du chercheur. Dans ce sens, Pierre Dagneault définira la théorie comme « une lentille conceptuelle qui permet de simplifier le réel en distinguant ce qui est important de ce qui ne l'est pas »

Mieux, comme le pense François Depelteau, « les théories sont des constructions intellectuelles prenant la forme de systèmes de concepts et servant à expliquer les phénomènes réels »¹ C'est dire qu'elles sont indispensables à toute entreprise scientifique.

Dans le cadre de notre recherche, nous mobiliserons les théories suivantes :

2-3-1-théorie de la relation sociale

Dans le cadre de notre étude, l'intervention sociale sera de temps à autre considérée comme travail social. Le travail social est un travail salarié d'aide ou d'accompagnement. L'accompagnement, l'aide, tout comme l'intervention sociale peut être fait à but non lucratif, sans pour autant être confondu à un emploi.

Le travail social s'est structuré autour de trois professions : Le service social, l'éducation spécialisée et l'animation socioculturelle. Aux origines prévalait un travail social construit sur l'idéal pédagogique et éducatif. Au 19^{ème} siècle, au regard des mutations sociales et plus ou moins environnementales, le travail social est centré sur la charité, l'assistance sociale, et des œuvres philanthropiques auprès des personnes à l'instar des réfugiés de notre étude. C'est ainsi que pendant la première moitié du 20^{ème} siècle précisément après la première guerre mondiale qui d'ailleurs occasionne de nombreuses pertes en vie humaine, on voit naître les centres de formation sociale dont le but était la formation massive des femmes dans plusieurs domaines de l'assistance sociale. Dès cette époque, ce sont ces centres de formation qui théorisent en quelque sorte l'intervention sociale, enseignent les principes de méthode et de morale professionnelle, conçoivent une formation en alternance sur plusieurs années. Ils s'appuient également sur les connaissances qu'apportent les sciences sociales en expansion. Selon (Bouquet ; Jovelin,2005) il y a à cette époque interpénétration de la scientificité et de l'action. Cette scientificité emprunte à la science statistique, à la sociologie, et à la psychologie sociale. Avant, mais surtout après la deuxième guerre mondiale, le terme intervention sociale substitue progressivement l'expression travail social permettant ainsi la prise en compte des changements en cours. D'après Castel (1998), ce travail social s'est édifié concomitamment d'un système de protection sociale généralisé. Ces données n'ont pas été discutées par la communauté scientifique qui voit en intervention sociale une transformation de la situation existante, voire de la réalité sociale. Jusqu'en 1960, le sanitaire ne se différencie pas du social (assistance, bienfaisance) et a une double mission à savoir soigner les malades, accueillir les vieillards indigents, les fous, les enfants trouvés, et veiller à leur redressement

moral. Dans les années 1970, la critique du contrôle social a conduit à développer une intervention sociale émancipatrice à visée politique. En 1980, les politiques sociales ont mis en avant la lutte contre l'exclusion sociale et ceci a permis à l'intervention sociale d'empêcher le processus de désaffiliation.

Depuis les années 1980, l'intervention sociale a été appliquée dans plusieurs domaines de la vie courante de l'homme. Elle s'est imposée tant en Europe, en Amérique, en Asie qu'en Afrique et par conséquent est devenue universelle.

L'analyse détaillée de la théorie de la relation sociale, montre qu'il existe un lien significatif entre les violences morales en milieu hospitalier et /ou social et la construction du lien social des personnes souffrants de la Covid-19. Pour étayer cette hypothèse nous nous sommes appuyés sur la théorie de la relation sociale. Le but de cette théorie étant de faire ressortir de manière claire et visible la relation qui existe entre les deux variables afin de montrer comment le psychologue professionnel en intervention s'y prend pour agir, accompagner et assister des personnes vulnérables dans le cadre de cette étude des malades à Covid-19. Pour cela différents aspects entreront en jeu pour expliquer cette théorie, il s'agit entre autres de : la formation des relations sociales, facteurs psycho sociaux de la relation, relation sociale et influence sociale, relation sociale et dynamique de groupe. La relation sociale ou lien social est un trait à la sociabilité de l'être humain, dans la mesure où celui-ci s'insère dans le tissu social qui l'intègre et oriente son action. A la notion de relation sociale sont liés quelques concepts, tels que l'interaction ou la communication, l'attraction, l'affiliation.

Dans le cadre de notre étude l'attention sera portée sur deux aspects : l'attraction et l'affiliation. L'attraction selon Moser (1994) se définit comme étant « la dimension émotionnelle à l'égard des autres qui se caractérise par l'expression d'une attitude positive envers autrui (la sympathie) et le désir de se rapprocher d'autrui ». À travers l'attraction les relations sociales sont abordées en fonction de ce que nous éprouvons à l'égard des autres. Vu que la relation ne se manifeste qu'en présence de gratifications possibles. Chez les personnes issues des foyers de haute tension, ces gratifications, lorsqu'elles leurs sont accordées pourraient leur permettre de maintenir leur relation positive, laquelle est renforcée par les sentiments d'attraction.

Si l'attraction correspond à l'expression d'affinités Manœuvre (1966) et d'un désir d'affiliation Oberlé (1995) Cette dernière est une forme de sociabilité de l'être humain qui s'exprime par un besoin fondamental de pouvoir compter sur les autres en s'appuyant sur eux.

L'interdépendance qui a été définie par Fisher comme étant : « l'ensemble des situations où la présence d'autrui est nécessaire à chacun pour poursuivre ses propres buts », est un des mécanismes essentiels de l'affiliation. Le constat a été fait à partir de certaines expériences que le contact social est recherché quand les individus sont dans des situations qu'ils ne comprennent pas. Ce qui peut expliquer le fait que l'affiliation s'exprime quand les individus sont sujets à l'anxiété. L'enfance, comme fondement des relations sociales s'explique par la tendance qu'a l'individu de donner à ses relations à l'adolescence des connotations négatives ou positives issues de cette période. Deux aspects sont à l'origine de la relation sociale : l'attachement et la socialisation, l'attachement Fisher la définit comme un « lien affectif privilégié qui représente les formes premières du lien social entre deux personnes et qui exprime un désir de proximité à travers la recherche de protection et d'affection ».

L'attachement apparaît donc comme un rapport interactif entre l'entourage et les réfugiés et l'attention portée sur ceux-ci. Deux grandes tendances ont abordé la notion d'attachement, la première comme étant une relation sociale astructurelle, la seconde plutôt comme une relation acquise en réponse aux soins apportés à autrui. L'approche de Bowlby constitue la synthèse des deux points de vue selon sa théorie, le contact entre deux sujets (Individus) empêche toute séparation qui pourrait être dangereuse pour la survie de l'un comme l'autre. Il considère l'attachement comme une relation sociale instinctuelle à des dispositions innées qui se reflète au départ chez l'enfant en réponse à des sollicitations de la mère à son égard. Les personnes ayant une apparence physique belle et attirante seraient considérées comme étant plus sociables, ceci dû au fait que leur apparence physique influence le jugement que les autres peuvent porter à leur égard. Ce qui soulève la problématique de l'apparence des réfugiés. Fisher décrit la socialisation comme étant « le processus d'apprentissage des études, des normes et des valeurs propres à un groupe, à travers lequel s'opère l'intégration sociale ». Le sujet malade entre dans la relation sociale à partir de ses interactions avec les autres membres de son environnement, et réussi de ce fait à se forger une autre personnalité différente de celle avant de contracter la maladie. Pour Simmel (1917), la socialisation implique toujours une influence réciproque des uns sur les autres. La socialisation construit l'enfant à travers les relations qu'il établit avec les autres, avec son entourage, en même temps qu'il se découvre progressivement lui-même et qu'il affirme son propre moi et par transposition du malade à travers la relation qu'il établit avec les autres. Les facteurs psycho sociaux de la relation sont les éléments qui déterminent les relations des individus les uns avec les autres dans la vie sociale. La proximité territoriale et sociale a été identifiée comme les deux ingrédients

constitutifs du lien social. Selon Fisher, la notion de proximité traduit le fait que les relations sociales ou humaines ont une tendance à augmenter à mesure que la distance géographique diminue. Elle comporte deux caractéristiques la familiarité (qui même lorsqu'elle n'apparaît pas de façon évidente au sujet, la familiarité avec un objet, une situation, des personnes crée un sentiment positif probable à leur égard), la distance (les individus n'entrent donc pas en relation lorsqu'ils se sentent menacés par la violence de leur espace personnel).

La relation sociale se construit autour de la formation des relations sociales, des facteurs psychosociaux, de l'influence sociale et même des dynamiques de groupe. Ainsi le comportement socioculturel de l'adolescent dépendra étroitement de sa manière à construire le lien social, mais aussi et surtout de la situation familiale dans laquelle ce dernier se trouve. Voilà pourquoi nous nous sommes appesantis à étayer ses propos grâce la théorie de la relation sociale qui est une illustration parfaite du comportement que peut exister entre une personne et une autre, une personne et un groupe.

L'intervention sociale se distingue particulièrement par la diversité et la variété des lieux où elle s'exerce. C'est pourquoi il est probablement plus juste de recourir au terme « dispositif » plutôt qu'à celui de « cadre » lorsqu'il s'agit d'expliquer le déploiement de l'intervention sociale. Essentiellement, le ou les dispositifs mis en place en intervention sociale s'inscrivent, eux aussi, dans un paradigme interactionniste et constructiviste. Ils sont privilégiés selon la situation de la personne, ses besoins, ses conditions de vie et les particularités de son environnement. Pour cette raison, les dispositifs mis en place doivent être flexibles, évolutifs, variés et permettre des actions ciblant tant la personne (interventions directes) que son environnement (interventions indirectes). Ils sont aussi discutés et convenus avec la personne à la lumière des objectifs de l'intervention. Ainsi, l'intervention sociale peut se déployer dans le milieu de vie de la personne, que ce soit à son domicile ou encore dans son lieu d'hébergement. Elle peut aussi se faire dans les lieux où exerce le travailleur social, à ciel ouvert, dans les espaces publics, dans un organisme ou encore dans toutes autres ressources dans la communauté. Selon la situation et les particularités de la personne et de son environnement, les dispositifs peuvent varier à travers le processus d'intervention ou demeurer les mêmes. Par exemple, l'intervention sociale pourra se déployer en rencontres individuelles au bureau du travailleur social pour des interventions directes auprès de la personne et en rencontres à domicile pour des interventions auprès des proches ou du voisinage. Pour une autre personne, l'intervention se déroulera dans son milieu de vie pour des rencontres individuelles et familiales et dans le quartier pour un accompagnement dans certaines démarches afin de lui permettre de

mieux connaître les ressources disponibles dans sa communauté, d'y obtenir du soutien au plan social ou encore, y recevoir des services particuliers au plan personnel.

Enfin, l'intervention sociale est planifiée et structurée. Encore là, selon le contexte, la situation de la personne, ses besoins, les changements souhaités de sa part, les objectifs d'intervention ciblés et les approches privilégiées par le travailleur social, l'intervention sociale pourra soit s'inscrire dans un suivi à court, moyen ou long terme ou se déployer sur une base ponctuelle. Les paramètres du suivi sont discutés et convenus avec la personne visée par l'intervention sociale afin que celle-ci puisse consentir de façon éclairée à l'aide et aux dispositifs qui lui sont proposés.

La nouvelle orientation visant l'intégration des trois méthodologies d'intervention dans la formation théorique et pratique des étudiantes répond bien aux principes véhiculés par cette nouvelle définition des activités professionnelles.

Certaines approches ont déjà souligné la pertinence d'intégrer les trois méthodes d'intervention dans la formation des futurs travailleurs sociaux. Dans la littérature, mais aussi dans la pratique, il existe différents types d'approches qui permettent plus facilement cette intégration. Elles peuvent être regroupées sous l'appellation des approches intégrées. L'approche de réseau, l'approche holistique, l'approche systémique, l'approche structurelle, les pratiques de conscientisation et l'intervention féministe en sont des exemples éloquentes. Leur point de convergence réside dans le refus d'appréhender la pratique sous l'angle de la division traditionnelle entre l'intervention individuelle, l'intervention auprès des petits groupes et l'intervention collective. Pour les tenants de l'approche intégrée, « chaque mode d'intervention, en prenant comme perspective d'analyse et d'action soit la personne, soit le groupe, soit la communauté, néglige l'interrelation qui existe entre ces différentes entités. Il en résulte donc une vision réduite des problèmes sociaux », Auclair(1987).

Les approches intégrées impliquent donc une perception globale des situations-problèmes. L'intervention se situe sur un continuum. Le processus d'intervention peut, par exemple, être orienté à la fois vers des objectifs de changement d'ordre individuel ou familial tout en visant auprès d'un même système-client la création d'un réseau d'entraide avec des individus vivant une situation similaire et conduire à des actions provoquant des changements dans les structures sociales. Les approches intégrées requièrent donc des intervenantes la capacité de mettre en place des interventions adaptées aux facteurs individuels, familiaux ou

sociaux en lien avec les situations problématiques. Dans la réalité quotidienne des stages, on ne pourra toutefois pas parler d'une approche intégrée puisque l'intégration des trois méthodes d'intervention ne visera pas nécessairement un même système-client mais cherche plutôt à développer les habiletés et les connaissances de base pour intervenir avec les trois méthodes.

Différentes définitions de l'intervention individuelle, de l'intervention auprès des petits groupes et de l'intervention collective ont été proposées par différents auteurs, mais celles présentées dans le dit exposé sont celles contenues dans l'ouvrage « Introduction en travail social » de (Deslauriers ; Hurtubise,2007).

L'intervention individuelle de même que l'intervention auprès des familles et des couples peuvent prendre différentes couleurs selon la perspective théorique dans laquelle la travailleuse sociale s'inscrit. Actuellement, trois approches dominent la pratique du travail social en intervention individuelle, Carignan(2011). L'approche systémique, l'approche bioécologique, et l'approche structurelle.

2-3-2-La théorie de l'adaptation : adaptation biologique, psychique, sociale et psychologique

Selon le Trésor de la langue française : « Le terme adaptation, qui fit son entrée en sciences naturelles dans la seconde moitié du 19 siècle, pour désigner l'appropriation d'un organe ou d'un organisme à l'accomplissement d'une fonction vitale dans des conditions données notamment l'état structuro-fonctionnel de cette adaptation, résultant de ce processus, est un calque de l'anglais adaptation, employé dès 1859 par Charles Darwin dans la première édition de *The Origin of species*.

L'adaptation favorise l'accommodation ou l'acclimatation des organismes à leur environnement. Les adaptations découlent de la sélection naturelle, c'est-à-dire que les individus sont pourvus de caractères héréditaires qui leur permettent de survivre et de se reproduire. Les adaptations provoquent, ainsi, un ajustement apparent entre un organisme et son milieu. Elles sont souvent complexes et aident les organismes à accomplir des fonctions fondamentales, telles que la capture de la nourriture, l'attraction du partenaire, la reproduction et la défense contre les prédateurs. L'évolution adaptative ne crée pas des organismes parfaits. Elle peut être limitée par des contraintes génétiques, des exigences liées au développement et des compensations écologiques. »

Avant de penser à ce que signifie l'adaptation, il faut se rappeler la signification de « apte ». Apte signifie « habile » et « propre à quelque chose », emprunté au latin aptus. Signifiant :

1) celui qui détient naturellement ou juridiquement une capacité, un droit ;

2) celui qui est propre à quelque chose, qui a des dispositions naturelles pour faire quelque chose ;

3) ceux qui résistent à la sélection naturelle, depuis les traductions de Darwin (Ray, 2005). La notion d'« apte » renvoie à son contraire « inepte » ou « inapte » et à sa signification toute particulière en santé mentale où les inaptes n'ont plus certaines capacités.

L'adaptation « être adapté en vue de » nécessite donc de prendre en considération un point de référentiel, à partir duquel se rapporte l'habileté. Être adapté au milieu ou être adapté à l'individu est donc différent. Au niveau de l'individu, nous pouvons distinguer, entre autres, une adaptation psychique, une adaptation biologique et une adaptation sociale. Les neurosciences s'intéressent à ces trois formes d'adaptation.

❖ **Adaptation biologique, adaptation psychique et neurosciences**

Trois acceptions de l'adaptation des êtres vivants sont dégagées par Ricqlès (2015). Premièrement, l'adaptation recouvre un ensemble de constatations structuro-fonctionnelles propres aux êtres vivants et rendant compte de leur survie dans un environnement donné. Il s'agit en quelque sorte de conditions d'existence statiques. Deuxièmement, l'adaptation représente les transformations physiologiquement bénéfiques que subit un organisme individuel soumis à de nouvelles conditions de vie et qui lui permettent de répondre de façon plus efficace à ces conditions nouvelles. Il s'agit en quelque sorte d'un processus « dynamique », contrairement au précédent, mais phénomène « individuel », conduisant les termes somation et acclimatation à être probablement préférables. Troisièmement, l'adaptation constitue un mécanisme par lequel des transformations entre espèces peuvent intervenir au cours de l'évolution. Il s'agit ici aussi de processus dynamique et c'est à la faveur d'adaptations que les organismes se transforment.

Ricqlès rappelle que les trois acceptions d'adaptation ont tenu une place variable au sein des théories évolutionnistes depuis le début du 19^e siècle. La vision suivant Lamarck s'appuie plus sur les deux premières acceptions. La vision suivant Darwin s'appuie plus sur la première et surtout la troisième acception (Ricqlès, 2015).

L'adaptation biologique a été conceptualisée par des théoriciens de la physiologie d'abord sous le terme d'homéostasie puis sous le terme d'allostasie. L'homéostasie a été le modèle dominant de régulation physiologique durant les 100 dernières années (Ganzel et al., 2010) et proposait que les paramètres physiologiques du corps aient un point de consigne idéal sous le contrôle de mécanismes biologiques locaux (Cannon, 1932) permettant un retour à l'équilibre après une perturbation sans la nécessité d'un médiateur central. Cependant, cette notion classique d'un équilibre physiologique pouvant s'adapter aux contraintes environnementales par une mécanique biologique locale ne correspondait pas aux preuves empiriques suggérant que la réponse au stress, elle-même, n'est pas statique et qu'elle évolue tout au long de la vie d'un individu, en fonction de son histoire et de ses expériences (Ganzel et al. 2010). Ainsi, la notion d'allostasie a été proposée afin de tenir compte d'un médiateur central, le cerveau, qui permet d'ajuster de nombreux systèmes physiologiques aux demandes environnementales (Sterling & Eyer, 1988). Dans cette perspective, la charge allostatique vient désigner ce qui dans l'environnement (externe au sujet ou interne au sujet) va nécessiter une adaptation du médiateur central et diriger l'équilibre vers un autre équilibre (c'est-à-dire l'allostasie).

D'un point de vue strictement biologique, et répondant à la première acception de l'adaptation dégagée par Ricqlès, l'adaptation se retrouve déjà au niveau moléculaire et cellulaire. Ainsi, la consommation chronique d'alcool va-t-elle créer une modification de l'homéostasie, donc de la physiologie vers un état d'allostasie dans lequel le corps (et le psychisme) s'adapte à la présence du toxique à tous niveaux, que ce soit moléculaire ou cellulaire. Les mécanismes de tolérance puis de dépendance viennent montrer un nouvel état d'équilibre (allostatique) entre l'individu et son milieu, qui inclut le toxique. L'adaptation sensorielle est également très rapide et permet aux cellules réceptrices de l'information extérieure d'être sensibles rapidement à toute nouvelle information présentant une signification potentiellement importante, pour le pronostic vital par exemple. Ainsi, tous les récepteurs sensoriels s'adaptent et nous ne verrions plus le monde autour de nous si nos muscles oculaires ne bougeaient en permanence, faisant en sorte que les photons, traversant notre cornée pour aller sur notre rétine, atteignent des cellules réceptrices différentes, nous permettant de continuer à percevoir notre environnement. Cette adaptation est également très pratique en ce qui concerne les odeurs dérangeantes que nous rencontrons éventuellement sur notre lieu de travail. En effet, comme les autres récepteurs sensoriels, nous sentirons une nouvelle odeur au début de son apparition puis nous nous y habituerons très rapidement et serons donc adaptés à

recevoir une nouvelle information potentiellement signifiante. L'adaptation prend donc un sens tout à fait spécifique au sens de l'évolution et de la capacité à permettre à l'organisme de continuer à percevoir des éléments nouveaux de son environnement.

Au-delà de cette adaptation en tant qu'acclimatation, les neurosciences fournissent tous les jours de nouvelles explications biologiques à des mécanismes d'adaptation biologique. Cependant, malgré la multiplicité des études réalisées, celles-ci se situent souvent dans deux voies de l'évolution de la conception de la physiologie du système nerveux.

La première acception de l'adaptation selon Ricqlès recouvre plus la première voie et la troisième acception recouvre plus la deuxième voie. Jean-Gaël Barbara (2008), lors de la journée d'étude qu'il a coorganisée en 2008, a refait un historique très clair de ces deux voies. Ces deux voies ont coexisté depuis de très nombreuses années et se trouvaient déjà dans l'œuvre de Herbert Spencer (1864-1867). Entre la réaction ou le réflexe et l'activité spontanée et l'activité du psychisme, l'évolution de la physiologie du système nerveux délimite deux conceptions neuroscientifiques de l'adaptation.

Premièrement : « Avec Ivan Sechenov, Claude Bernard, Charles Richet, et Ivan Pavlov, l'étude des réflexes psychiques conduit à la définition du concept de conditionnement comme mécanisme d'apprentissage adaptatif, par renforcement d'une association permanente entre un stimulus conditionné et une réponse physiologique, dont la fonction est l'anticipation. (...) C'est avec l'essor de la cybernétique, après la Seconde Guerre mondiale, et le rôle central de la France dans le rapprochement est-ouest en neurophysiologie, que cette voie de recherche aboutit à définir des mécanismes neuronaux adaptatifs de l'apprentissage comme le renforcement des synapses » (Barbara, 2008), ainsi qu'à la plasticité développementale de nature adaptative.

Deuxièmement : « D'une manière opposée, des biologistes, éthologues, psychologues et neurologues caractérisent l'adaptation des organismes par des processus psychiques structurés et innés, relevant de l'histoire des espèces animales, et non plus seulement d'interactions présentes avec le milieu. Dans un esprit spencérien, le neurologue britannique de la seconde moitié du XIX^e siècle, John Hughlings Jackson (1835-1911), propose des fonctionnements psychiques hiérarchisés et organisés, c'est-à-dire élaborés au fil des générations, et pouvant subir des dégradations lors de phénomènes pathologiques. Ce modèle laisse une place pour les réflexes et l'automatique, mais décrit surtout l'intégration sensori-motrice et la coordination à un niveau supérieur par les aires préfrontales. (...) Jackson en vient

à admettre que l'étude de l'intellect est distincte et parallèle de celle des réflexes » (Barbara, 2008).

Le concept d'adaptation est un véritable enjeu au sein des neurosciences et il est possible de le voir à travers les écrits, les écoles de pensées prenant leurs origines il y a plus de cent ans. En simplifiant à l'extrême, l'adaptation peut être l'adaptation des voies neuronales plastiques ou l'adaptation cognitive des représentations mentales. La temporalité de cette adaptation se situe tant au cours du développement que dans la vie adulte, la vieillesse ou la maladie. Jean-Gaël Barbara montre dans son travail que ces deux voies ont chacune leur histoire et cheminent côte à côte en suscitant parfois des polémiques (Barbara, 2008).

Par exemple, au cours du développement et en lien avec les aspects temporels dans le modèle de la charge allostatique, certains modèles animaux ont montré que, chez l'animal et dans le jeune âge, des taux modérés de stimulation environnementale, d'exercice et de production de cortisol améliorent l'architecture des neurones, entre autres via leur plasticité (par l'arborisation plus nombreuse de leurs dendrites et le nombre plus important de leurs synapses), augmentent la croissance de nouveaux neurones dans l'hippocampe et améliorent le métabolisme du cerveau (Kempermann et al., 1998 ; Sirevaag & Greenough, 1988 ; Ganzel et al., 2010).

Chez l'homme, cette adaptation à l'environnement via des modifications cérébrales objectivables est au centre de recherches prometteuses qui s'intéressent aux événements précoces de la vie chez les individus en vue d'expliquer leur vulnérabilité à certaines pathologies ; le cas de la Covid-19 par exemple. De nombreuses études ont ainsi montré que la privation psychosociale, linguistique et sensorielle avait un effet tant sur la structure que sur la fonction du cerveau avec, par exemple, respectivement une diminution du volume total du cerveau et des modifications dans l'activité électrique du cerveau (Vanderwert et al., 2010). Cette période du début de la vie où l'individu et son cerveau présentent une sensibilité particulière aux stimuli qui pourront avoir des effets de longue durée et éventuellement persistants pousse certains auteurs à proposer la notion de « programmation du début de vie », en lien avec la survenue de troubles neurodéveloppementaux (Bale et al., 2010). Il semble que l'adaptation neurodéveloppementale qui peut s'opérer en début de vie puisse être soit très utile, soit très délétère et qu'un « juste milieu » semble l'idéal, peut-être en suivant la loi de Yerkes-Dodson décrivant de nombreux processus physiologiques comme étant optimaux dans un espace limité entre deux extrêmes.

S'il nous paraît superflu de développer tous les chemins historiques rendant compte de ces deux approches, une notion qui nous semble importante est celle de période critique. « Une période critique se définit comme un moment durant lequel un comportement donné manifeste une sensibilité particulière à des influences environnementales spécifiques qui lui sont indispensables pour se développer normalement » (Purves et al., 2011). Différentes recherches illustrent bien ce concept de période critique, comme celles réalisées par David Hubel et Torsten Wiesel qui démontrent que suturer les paupières d'un chat durant un certain temps et à certains moments précis, peut induire une cécité centrale liée à un dysfonctionnement du développement des voies visuelles qui dépendent en fait d'interactions avec le milieu (Purves et al., 2011). La plasticité développementale visant à l'adaptation du système nerveux à son environnement est ainsi mise en avant, en particulier dans les travaux de Gérard Edelman ou de Jean-Pierre Changeux qui proposent qu'une sélection du développement dans un contexte de connexionnisme puisse exister (Barbara, 2008). Rapprocher à notre sujet, on peut voir que l'irruption de la Covid-19 dans la vie du patient peut interférer dans son projet de vie et entraîner par là des actions délétères de nature à désorienter l'idéal de son développement.

Par ailleurs, du côté de la cognition, un clinicien et théoricien comme Jean Piaget (1896-1980) a proposé que la cognition puisse être un phénomène adaptatif. Il décrit deux processus cognitifs cruciaux pour progresser d'un stade à un autre : l'assimilation et l'accommodation. L'assimilation est la manière par laquelle un enfant transforme une nouvelle information afin qu'elle prenne sens avec ses connaissances de base antérieures. L'accommodation survient quand un enfant change sa structure cognitive dans une tentative de comprendre une nouvelle information. Ensemble, ces deux processus permettent l'adaptation, qui est ici définie comme la capacité d'un enfant à s'adapter à son environnement (Piaget et Inhelder, 1972).

Plus récemment, la plasticité synaptique ainsi que la formation de la mémoire ont été liées, entre autres, au facteur neurotrophique dérivé du cerveau (pour les Anglo-Saxons Brain Derived Neurotrophic Factor [BDNF]). Dans une revue récente, Andero, Choi et Ressler (2014) rappellent que le BDNF est classiquement connu pour ses effets sur la survie des neurones et est la neurotrophine la plus abondante dans le système nerveux central lié notamment aux processus de modulation des axones et de croissance des dendrites. Le BDNF est essentiel pour la plasticité synaptique qui est elle-même cruciale pour la mémorisation et l'apprentissage à long terme. Le BDNF est donc un élément crucial des changements de forces de connexions entre deux neurones ou synapses et conditionne donc les altérations fonctionnelles et

structurelles qui en découlent, incluant la potentialisation à long terme (la Long-Term Potentiation ou LTP des Anglo-Saxons). Notons que le BDNF n'est qu'une étape de ces processus complexes où intervient toute une série de seconds messagers. L'adaptation cognitive (nécessitant une adaptation fonctionnelle et structurelle du cerveau), l'adaptation sensorielle (entre autres illustrée par la notion de période critique) est ainsi sous-tendue par une machinerie de neurotransmetteurs et de signaux messagers permettant l'inscription de cette adaptation dans le cerveau des sujets qui la vivent. Ces adaptations sont également sujettes à modification par l'environnement au travers de mécanismes épigénétiques à même de modifier par exemple l'expression du BDNF (Cortex-Mendoza et al., 2013 ; Karpova, 2014). Ainsi, l'individu doit s'adapter à une vie dorénavant qui de toute évidence ne l'a pas vu venir.

Actuellement, notons que c'est, entre autres, avec le concept de « stress » et de « peur » ou plus largement d'« émotion » que l'adaptation psychique est étudiée en neurosciences, mais toujours en la rapprochant de corrélats physiologiques donc biologiques (d'où le « neuro »).

Par exemple, la psychodynamique des attaques de panique pourrait être comprise à la lumière d'une intégration entre la théorie psychanalytique et la compréhension de certains mécanismes régissant le stress et la peur, ayant été mis en lumière par les neurosciences (De Masi, 2004). Avec son syndrome général d'adaptation, Hans Selye décrit les symptômes non spécifiques quelle que soit la nature de l'agression ou du stress sur l'organisme et il propose un modèle en trois temps (Selye, 1962). Premièrement, une réaction d'alarme qui est un temps de préparation et de mobilisation des ressources de l'organisme afin de faire face au stress. Pouvant se caractériser par la découverte de son statut et l'acceptation de ce dernier. Deuxièmement, la phase de résistance où l'utilisation des ressources se poursuit. Ici, la résistance peut commencer avec l'acceptation de ce statut sérologique et la bonne observance de son traitement. Troisièmement, la phase d'épuisement où l'on observe l'apparition de différents troubles somatiques et caractéristique d'une mauvaise observance conséquence d'une dégradation éventuelle de l'état de santé du malade. L'étude du stress se concentre, notamment, sur l'activation du système neuroendocrinien et du système nerveux périphérique autonome afin de faire face, de s'adapter à l'imprévu.

Les neurosciences du stress et de la régulation des émotions explorent cette voie de manière systématique (Mikolajczak & Desseilles, 2012).

Une autre solution à ces deux voies connexionniste et cognitiviste a été proposée par Francisco Varela (1946-2001) dans sa théorie de l'enaction où il décrit un autre modèle

d'adaptation dans lequel la cognition est la production permanente du monde qui émerge chez le sujet par la mise en place de connexions neuronales au cours d'un historique qui n'est pas interrompu, certainement en vue de l'adaptation à son environnement (Varela et al., 1991 ; Barbara, 2008). Ainsi, la théorie de l'enaction conçoit l'esprit en mettant l'accent sur la manière dont le corps et l'esprit s'organisent par eux-mêmes et en interaction avec l'environnement (Varela et al., 1991).

Au-delà de l'adaptation « en vue de », Stephen Jay Gould (1941-2002), qui s'était élevé contre le « panadaptationnisme », souligne qu'il serait exagéré de considérer toute transformation évolutive comme une adaptation ou que toute évolution se réalise nécessairement toujours au travers d'adaptations utiles au sein des populations (Ricqlès, 2015).

❖ **Adaptation sociale et neurosciences**

La notion d'adaptation sociale est particulièrement intéressante, car elle rappelle l'importance du milieu de manière plus explicite que les deux autres adaptations. Entre autres, l'adaptation sociale s'observe dans le fait que la réalité sociale se substitue à une réalité objective manquante. En effet, dans ce cas, la réalité sociale est représentée par la tendance de l'opinion collective et peut aller jusqu'à déterminer l'image que le sujet a de lui-même. Ces « réalités sociales » se retrouvent dans les a priori, les préjugés, les opinions, les attitudes que les individus ont à l'égard de groupes auxquels ils pensent appartenir ou desquels ils se sentent mis à l'écart.

De la même manière, lorsqu'un groupe se constitue, il tend à s'y former une homogénéité des points de vue, des valeurs, des opinions et des attitudes. Un exemple au niveau des neurosciences peut être trouvé dans le travail réalisé par l'équipe d'Elizabeth Phelps (Kubota et al., 2012). Son équipe a observé dans la littérature neuroscientifique qu'il y avait un réseau de régions cérébrales qui était activé lorsque les sujets devaient traiter une information ayant trait à la « race ». Ce réseau recouvre des circuits impliqués dans la prise de décision et la régulation des émotions, dont les amygdales, la région fusiforme spécialisée dans le traitement des visages, le cortex cingulaire antérieur et le cortex préfrontal dorsolatéral.

D'autres auteurs se sont intéressés à cette adaptation sociale au cours du développement de l'individu et particulièrement à une période clé de son développement qui est l'adolescence (Guyer et al., 2012 ; Silk et al., 2013 ; Somerville, 2013). Les adolescents répondraient avec une sensibilité et une intensité émotionnelle importantes à l'évaluation sociale et continueraient à acquérir des capacités de représentation des pensées et des sentiments des autres. Cette

sensibilité sociale chez l'adolescent serait la résultante d'une interaction entre des facteurs tels que le développement du cerveau, l'expérience et des facteurs socio-culturels. De même que la circuiterie cérébrale prête quelques dispositions à la sensibilité sociale, le cerveau serait également façonné par cette expérience unique de l'adolescence. Expérience qui aurait pour but une meilleure adaptation à la vie adulte comprenant, entre autres, des compétences sociales matures. De ce point de vue, cette période serait un autre exemple de période critique durant laquelle les interactions biopsychosociales permettent d'acquérir des compétences qui favoriseront l'adaptation à une autonomie de plus en plus grande, signe de la vie adulte. Dans ce sillage, l'individu doit s'adapter à sa maladie dans son interaction permanente avec autrui et dans une quête de sa santé quelque peu menacée.

Outre ces aspects neurobiologiques, cette adaptation sociale prend aussi ses racines dans les expériences de psychologie qui étudient les associations implicites en mesurant les temps de réaction pour choisir des paires de concepts comme « blanc/noir » et « mauvais/bon ». De manière non étonnante, les préférences vont pour les individus de son groupe social et les temps de réaction se raccourcissent donc lorsqu'il s'agit d'associer « bon » avec l'attribut de son groupe social. C'est particulièrement problématique lorsque, dans un cadre judiciaire, la diversité des jurés ne prend pas en compte ces phénomènes de préférence sociales. Cette étude est également cohérente avec la théorie de la dissonance cognitive proposée par Festinger (1957) et ses collaborateurs et qui montre que les individus ont tendance à modifier leur jugement de manière à obtenir un ensemble de jugements cohérents en payant le moindre coût psychique.

Entre l'adaptation d'un individu qui se rend apte à un groupe et l'intégration par le groupe qui admet un individu, un équilibre savant doit se faire qui est un équilibre qui se trouve simplifié lorsqu'un partage commun de certaines valeurs préexiste et lorsque les valeurs du groupe ne rentrent pas en conflit avec les valeurs de l'individu. Les opinions et les attitudes dépendent des différents groupes qui constituent le champ social d'un individu (Merton, 1968). L'adaptation d'une personne à un groupe dépendrait donc de la structure de son champ social et donc de ses différentes appartenances. Ainsi, une personne malade s'adaptera le mieux dans une association (groupe) que parmi les personnes saines. Il aura tendance à dissimuler son statut sérologique de peur de n'est pas être exclu du groupe des personnes saines. Les neurosciences montrent les corrélats cérébraux des préférences implicites et invitent à se demander dans quelle mesure nos choix et nos décisions sont influencés par ces mécanismes d'adaptation sociale.

❖ **Adaptation, neurosciences et psychopathologie**

Dans le contexte des « théories de l'attachement », qui peut être vu comme une adaptation à la séparation, Freud a proposé une théorie principalement intrapsychique, garantie de satisfaction de ses besoins vitaux (Geyskens, 2003). Cette théorisation est dans la lignée de la deuxième voie décrite ci-dessus, la voie de l'activité psychique spontanée. Bowlby intègre au modèle psychodynamique freudien les modèles éthologiques, cybernétiques, cognitifs et évolutionnistes, et conceptualise l'attachement comme dimension origininaire, irréductible de la nature humaine (Geyskens, 2003 ; Guédeney&Guédeney, 2009).

Cette théorisation est dans la lignée de la première voie et de la troisième voie décrites ci-dessus, soit l'adaptation comme réaction à l'environnement et l'adaptation comme entre-deux voie telle l'enaction proposée par Varella. Dans la lignée de cette troisième voie, et en alternative aux deux théories précédentes de Freud et Bowlby, se trouve la proposition théorique de Hermann qui propose deux pulsions originaires, s'accrocher et chercher, et une formation réactionnelle, la tendance à se détacher de l'objet origininaire (Geyskens, 2003).

Dans le contexte des « thérapies cognitivo-comportementales », trois vagues sont décrites. La première vague ou vague comportementaliste conçoit l'adaptation comme réaction à l'environnement et réflexe neuronal. La deuxième vague ou vague cognitive, conçoit l'adaptation comme un processus cognitif et est donc plus dans la lignée de la deuxième voie décrite ci-dessus, la voie de l'activité psychique spontanée. La troisième vague vient proposer autre chose et regroupe différentes approches, comme la thérapie d'acceptation et d'engagement de Steven C. Hayes visant à restaurer une flexibilité psychique chez les individus (Hayes et al., 2003), mais également la méditation en pleine conscience utilisée dans la gestion du stress ou contre les rechutes dépressives, et aussi la thérapie comportementale dialectique proposée par Marsha Linehan proposant, entre autres, un assouplissement des rigidités psychiques entre un changement et une validation de la souffrance et des difficultés (Linehan, 1993). Cette troisième voie propose donc une entre-deux voie au point de vue thérapeutique et renvoie à l'entre-deux voies proposée par la théorie de l'enaction de Francisco Varella. L'« acceptation » est ainsi proche de l'adaptation et permet pour l'individu de se détacher de contenus psychiques obsédants, quel qu'en soit le thème. Ici, on peut faire référence en ce qui concerne notre travail à l'acceptation de sa séropositivité. Qui en soit est un travail de conscience visant à accepter la maladie un phénomène naturel auquel il faudrait désormais faire face.

Ce concept est ainsi très proche de celui de « résilience » qui explique notamment comment des difficultés de vie importantes n'empêchent pas certaines personnes de pouvoir se

reconstruire et se dépasser par la suite (Block & Block, 1980). Ces concepts d'acceptation et de résilience sont sous-tendus par la restructuration cognitive, sorte de réadaptation psychique permettant de corriger le focus attentionnel ainsi que l'évaluation intellectuelle et émotionnelle d'une situation afin d'en modifier la réponse comportementale qui se situera dans la dialectique inhibition (évitement) ou action (approche) en vue de s'adapter aux défis qui se présentent au sujet.

Des mécanismes neurobiologiques permettant de mieux comprendre la résistance au stress social ont été proposés et auraient comme corrélats des régions impliquées dans la régulation des émotions (Cooper et al., 2015). Ceci étant, l'adaptation en lien avec la psychopathologie est souvent vue comme un problème individuel, en lien avec le stress et une certaine vulnérabilité. Le rôle du cerveau et des structures impliquées dans la mémoire et les émotions, comme l'hippocampe, l'amygdale ou le cortex préfrontal a été particulièrement étudié dans ce contexte (McEwen, 2007) et il est décrit qu'à côté de la charge allostatique, c'est-à-dire de l'accumulation des événements de la vie quotidienne qui produisent un certain stress chronique, à court terme, les hormones associées au stress protègent le corps et promeuvent l'adaptation, ce qui est dénommé allostasie (McEwen, 2007).

Les expériences précoces affectent la structure et le fonctionnement des régions cérébrales impliquées. Les relations sociales également. Dans ce contexte, si une manière de considérer ces changements était de les comprendre en termes d' « acclimatation » à un environnement stressant, source de vulnérabilité, une autre manière de considérer ces changements est de les comprendre en termes d' « adaptation » à un environnement ou à un groupe, dans une perspective qui se voudrait alors évolutionniste, éthologique et phénoménologique. Une personne ayant une dépression s'adapterait par exemple à une place et un rôle dans une société où il serait plus adapté de ne pas lutter pour une autre place ou un autre rôle. Toutes les relations interindividuelles impliquent une attente, une perception et un engagement qui sont variables en quantité et en qualité. Un rapport de complémentarité ou de symétrie peut en découler. Dans les deux cas, il existe une adaptation de l'un à l'autre, un rapport de dominance – non dominance qui rappelle quelque part la notion de mâle alpha – mâle bêta qui sera observée chez certains animaux.

Notons cependant que chez les humains, le rapport serait avant tout interindividuel et pourrait varier en fonction des différentes relations. Toujours pour les personnes souffrant de dépression, celle-ci est tantôt considérée comme un mécanisme d'adaptation au regard des théories évolutionnistes – qui permettrait par exemple de communiquer sa détresse, de ne pas

s'engager dans une cause dangereuse, de ne pas mettre en péril son intégrité physique ou de ne pas s'engager dans une rupture importante de sa manière de vivre si l'alternative n'apporte pas plus de satisfaction (Nesse, 2000) – tantôt comme une construction désobjectivante paradigmatique d'une création nosologique par laquelle la société s'adapte à de nouvelles conceptions du symptôme, approché comme déficitaire et non comme le reflet d'un conflit psychique que l'individu a à accepter et à assumer (Vanier, 2010).

En cela, la construction nosographique empêche l'adaptation de l'individu à son symptôme, puisque cette approche déficitaire s'accompagne de prescrits visant à diminuer la dépression tout en précisant son objet comme un manque, que la médecine pourrait éventuellement combler. Par ailleurs, cette construction nosographique permet l'adaptation de l'individu à l'approche déficitaire en le faisant entrer dans une société de prescription et de consommation médicales. Entre l'adaptation à l'environnement, l'adaptation à la société et l'adaptation à ses symptômes, l'individu se voit ainsi déchiré dans un paradoxe du « toujours plus de dépression » malgré la présence de « toujours plus de traitement » et de personnes suffisamment compétentes pour la détecter.

Par exemple, encore, l'adaptation d'une personne souffrant de la Covid-19 pourrait être plus une adaptation à son monde psychique (interne) qu'au monde intersubjectif (externe). La saillance des informations internes et externes, subjectives et sociales, rentrant alors en compétition et résultant en une adaptation qui se trouve être un équilibre symptomatique que la médecine veut soigner. D'un point de vue neuroscientifique, les expériences sur la plasticité et les périodes critiques (Purves et al., 2001), les différences de plasticité du système nerveux en fonction de l'âge, constituent une des bases neurobiologiques de la sensibilité beaucoup plus élevée des comportements humains aux modifications qui surviennent lors des premiers stades du développement, mais également après, que ces modifications soient normales ou pathologiques. Cela a évidemment des implications en santé mentale, mais également pour l'éducation et l'organisation sociale.

En définitive, lorsque l'on envisage l'adaptation sous la loupe des neurosciences, nous voyons que plusieurs champs se déploient. Premièrement, le champ de la « résolution spatiale ou du territoire », infiniment petit (avec l'adaptation sensorielle et moléculaire) ou infiniment grand (avec l'adaptation groupale et environnementale).

Deuxièmement, le champ de l'« imaginaire » et des fantasmes, par lequel les neurosciences vont être l'écran sur lequel le grand public peut projeter ses attentes et ses

craintes, mais également sur lequel certains scientifiques pourront utiliser les neurosciences, par exemple comme objet à étudier à l'infini dans une approche méticuleuse qui peut devenir une vocation durant une vie, ou également comme écran de projection d'un savoir qui peut être tour à tour transmis, gardé et utilisé de manière plus ou moins personnelle. Les neurosciences devenant alors un nouveau média de communication sur de nombreux thèmes qui autrefois étaient repris dans d'autres champs des sciences humaines. Les excès et les dérives ne sont limités que par l'augmentation des connaissances et des limitations sur les méthodes qui par ailleurs évoluent constamment.

Troisièmement, le champ de la « liberté », mettant en tension deux voies parallèles et complémentaires, mais souvent opposées, se répercutant dans des discours parfois rejetant d'une voie envers l'autre, à savoir la voie réflexe et neuronale et la voie spontanée et psychique. La liberté se situe aussi au niveau de l'exploration de voies complémentaires permettant d'intégrer les différentes notions préexistantes en un modèle plus global. Le champ de la liberté se lie également au champ de la « temporalité » par exemple dans son opposition relative au déterminisme. La contrainte vers un but déterminé laissant d'autant moins de place à la liberté qu'elle se situe dans une fenêtre temporelle courte. L'histoire de la conceptualisation de l'adaptation montre les méandres conceptuels et moraux que prend la pensée des théoriciens qui se sont penchés sur ce thème.

Quatrièmement, le champ du « corps », corps biologique, pétri de psychisme et s'inscrivant dans une société. Tant de niveaux où l'adaptation peut être révélée par les neurosciences qui illustrent alors des mécanismes intra-individuels et interindividuels permettant de mieux comprendre l'humain, dans son esprit et dans son corps, en essayant de résoudre cette dialectique dans une intégration sociale. Les observations neuroscientifiques restent l'illustration de mécanismes par des méthodologies permettant souvent d'obtenir des illustrations et des images qui rendent compte d'un objet semblant plus objectif. Il ne faut pas que l'image fasse perdre de vue qu'il s'agit avant tout de la mise à jour de mécanismes dont les fonctions restent hypothétiques. Il ne s'agit pas de la révélation de causes. Les avatars cliniques en santé mentale peuvent eux aussi être lus à l'aune des neurosciences, corpus à même de fournir des explications mécanistiques qui pourront peut-être améliorer la prévention, le diagnostic et la personnalisation de la prise en charge thérapeutique des troubles psychiques, tels comme ceux survenant chez certains patients vivant avec le virus face à la charge émotionnelle qu'engendre la pathologie.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

La méthodologie est un ensemble de techniques et de produits que le chercheur utilise pour collecter les données et recueillir les informations nécessaires à l'aboutissement de la recherche. Dans ce chapitre, nous donnerons des orientations et des indications sur la collecte et l'analyse des données de l'enquête sur le terrain. Il est nécessaire de faire un bref rappel sur l'objet de l'étude et les hypothèses retenues ; de présenter les méthodes et le type de recherche, ensuite nous procéderons à la description des variables et des indicateurs, puis nous présenterons la population d'étude et les instruments de collecte des données.

3-1-MÉTHODES ET TYPE DE RECHERCHE

3-1-1-Rappel du problème de l'étude

Le problème qui se pose et devant être analysé tout au long de ce travail est celui de l'impact du COVID-19 sur le développement socio-économique du Cameroun en générale et dans le district de santé de Djoungolo en particulier lié à la carence qualitative et quantitative en personnel et l'absence d'harmonisation de la prise en charge sur le plan national, ceci a conduit à des disparités dans la qualité des services offert. Ce problème peut se justifier à plusieurs niveaux :

- La mauvaise communication sur la COVID-19 d'une part et de la maladie d'autre part ;
- L'environnement socioculturel dans lequel évolue les patients COVID-19 qui est sensé stimuler les mécanismes de défenses vis-à-vis des comportements à risque lié à la contamination;
- Les conditions de vie des patients COVID-19 qui en principe devraient être améliorées en milieu familial afin de favoriser leur épanouissement personnel, ne le sont pas toujours. Soit à cause de la négligence, soit à cause des pesanteurs sociodémographiques de ces derniers ;
- Le climat social qui doit être stable et harmonieux qui ne l'est pas du fait de l'influence des réseaux sociaux et réseaux d'affection.

3-1-2-Question générale de d'étude

La conduite du personnel du CSIE influence-t-elle la qualité de la PEC de personnes vivant avec la Covid-19?

3-1-3- Rappel de l'objet d'étude

Ce travail a pour objet d'étudier les difficultés liées à la qualité de la prise en charge des patients COVID-19 dans le District de Santé de Djoungolo de l'aire de santé d'émana plus précisément au centre de santé intégré. Spécifiquement, il s'agit de faire une analyse du niveau connaissance, de l'attitude et de l'expérience pratique du personnel du CSIE dans la prise en charge des patients COVID-19 dans le district de santé de Djoungolo. Pour pouvoir réaliser ce travail, un certain nombre d'hypothèses a été retenu : ci-dessous nous vous les présenterons.

3-1-4-Rappel des hypothèses de l'étude

3-1-4-1- hypothèse générale (HG)

La conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC de personnes vivantes avec la Covid-19.

3-1-4-2-Hypothèses de Recherches (HR)

3-1-4-2-1- Hypothèses de Recherches n°1 (HR1)

L'attitude du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19 .

3-1-4-2-2- Hypothèses de Recherches n°2 (HR2)

L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19.

3-2-Description des variables de l'étude

Une variable est la propriété d'une personne, d'une situation ou d'un objet susceptible de subir des modifications ou des fluctuations dans le temps et dans l'espace. Elle est opérationnalisée de manière observable, quantifiable et mesurable pour une étude donnée. On distingue dans le cadre de cette étude des variables indépendantes et des variables dépendantes.

La présente étude laisse entrevoir le lien qui existe entre la conduite du personnel du CSIE et la qualité de la prise en charge des patients COVID-19.

Variable dépendante

C'est une variable passive, celle qui subit les effets de la variable indépendante et qui désigne le phénomène que le chercheur veut comprendre. Dans le cas de ce travail, il s'agit de la qualité de la PEC des patients COVID-19.

Modalités de la VD :

- **VD₁** : Suivi régulier du malade
- **VD₂** : Ecoute du malade
- **VD₃** : L'état général du malade

Variable indépendante

Encore appelée variable expérimentale, elle est la variable que le chercheur manipule. Il s'agit en fait d'une variable prédictive. Elle est la cause présumée de la variable dépendante. Elle est taxée d'indépendante parce que sa valeur n'est pas influencée par d'autres variables. Elle produit des effets sur le phénomène étudié. Il s'agit ici de la conduite du personnel du CSIE.

Modalités de la VI :

- **VI₁** : Attitude
- **VI₂** : Expérience pratique

3-3-Les indicateurs

Ce sont des paramètres, qui pris comme instruments de mesure, fournissent au chercheur une observation objective des variables manipulées.

- **Indicateurs VD**

- mensuel
- trimestriel
- semestriel
- Attentif
- empathie
- Neutralité bienveillante
- physique
- Psychologique
- psychosomatique

- **Indicateurs VI**

- Formation
- Participation aux séminaires
- L'accueil
- Motivation
- Confidentialité
- Counseling pre et post test
- Counseling de mise sous traitement
- Observation

Tableau 1: Tableau synoptique des hypothèses, variables, modalités, indicateurs et indices

hypothèse générale	hypothèses de recherches	variables	modalités	indicateurs	indices	
La conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19.		VI : La conduite du personnel du CSIE				
			Attitude	- confidentialité - motivation - l'accueil	Oui, non Bon, mauvais	
			Expérience pratique	-Counseling pre et post test - Counseling de mise sous traitement -Observation	Oui, non Bon, mauvais	
	HR1 : L'attitude du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19 . HR2: L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19 .	VD : la qualité de la PEC des patients COVID-19.				
			Ecoute du malade Suivi, régulier du malade	-Attentif -empathie -Neutralité bienveillante Mensuel -trimestriel -semestriel	Bon, mauvais Oui, non	
			L'état général du malade	-physique -Psychologique -psychosomatique	Bon, mauvaise	

Source : enquêtes personnelles

A l'issue de la présentation succincte de toutes ces hypothèses, modalités, variables, indicateurs et indices telle que récapitulée dans le tableau ci-dessus, la planification même de l'enquête a constitué une étape non négligeable de la recherche.

3-4- Planification de l'enquête

Cette partie de l'étude définit tout d'abord la méthodologie, c'est-à-dire l'ensemble des méthodes et techniques utilisées lors de la descente sur le terrain pour collecter les données. Ensuite la délimitation de la zone géographique de la recherche, de même que la population étudiée ont été précisées. Les outils utilisés pour la collecte des données à savoir le questionnaire et le guide d'entretien ont été également élaborés. Au terme de cette étape de planification, le logiciel informatique pour le traitement des données et les tests statistiques utilisés ont été identifiés.

3-5- Méthodes de recherche

Les méthodes de recherche permettent d'observer un phénomène ou un objet et de l'analyser afin d'obtenir des informations exactes pour sa compréhension. Elles recherchent les liens de causalité, des lois fondamentales des phénomènes et essayent d'assimiler les fait dans leur dimension vécue. Selon Grawitz (2001), une méthode est un ensemble concerté d'opérations mises en œuvre pour atteindre un ou plusieurs objectifs, un corps de principes présidant à toute recherche organisée, un ensemble de normes permettant de sélectionner et de coordonner les techniques. De manière générale, les méthodes sont classées en deux groupes selon leur nature. On distingue ainsi les méthodes quantitatives et qualitatives. Les premières suivent une logique hypothético-déductive et les deuxièmes une logique inductive exploratoire (Nkoum, 2006).

3-5-1-Les méthodes quantitatives de recherche

Les méthodes de type quantitatif sont plus utiles pour obtenir des données sur certains aspects précis d'une problématique déjà bien documentée grâce à la réalisation d'un certain nombre d'observations. Parmi ces méthodes, on retrouve les méthodes d'enquêtes, l'expérimentation dans les laboratoires, les méthodes formelles (modèles économétriques), et les méthodes numériques telle la modélisation mathématique (Nkoum, 2007).

3-5-2-Les méthodes qualitatives de recherche

Ce sont des méthodes qui cherchent à décrire une situation sociale, un phénomène nouveau, un groupe ou un processus afin de mieux l'appréhender (Deuzin et Lincln, 2003).

Elles cherchent à comprendre la réalité à travers les acteurs. Selon Patton (1987), elles aident les chercheurs à mieux comprendre les individus et les contextes socioculturels dans lesquels ils sont enracinés.

Cependant il convient de mentionner que le choix d'une méthode résulte de sa pertinence au regard de la problématique étudiée.

3-6- TYPES DE RECHERCHE

Les recherches en sciences sociales sont classées en deux grands types. Il s'agit des recherches quantitatives ou expérimentales qui répondent aux principes de vérification des hypothèses et l'établissement des liens causaux avec analyse statistique ; des recherches qualitatives avec analyse de contenu qui s'articulent sur des concepts et développent des hypothèses. La présente étude s'inscrit dans le premier type.

- Elle est descriptive parce qu'elle permet de décrire et de mettre en relief les manifestations empiriques de la conduite du personnel du CSIE. De ce fait, cette description plate nous permettra de percevoir les variables indépendantes qui peuvent s'avérer abstraites.
- Elle est aussi corrélationnelle parce qu'elle cherche à déterminer la relation de cause à effet qui existe entre la conduite du personnel du CSIE et la qualité de la prise en charge des patients COVID-19 .

3-7- LA ZONE D'ÉTUDE

Le Centre de Santé Intégré d'Emana est situé dans l'aire de santé d'Emana. L'aire de santé d'Emana est une composante du système de santé Camerounais au niveau périphérique située dans le district de santé DJOUNGOLO région du centre. Elle est limitrophe au nord par l'aire de Santé de NKOLODOM, à l'OUEST par le district de santé de la Cité verte, au sud par l'aire de santé de MBALLA II, à l'Est par les aires de Santé de TSINGA Village, MFANDENA, MBALLAV et du District de santé de SOA. En outre elle couvre une zone géographique renfermant à la fois les communautés rurales et semi urbaine pour une population cible d'environ 85 000 habitants. Retenons qu'elle regroupe 24 villages autour de 24 chefferies de

bloc, 01 chefferie de groupement, 54 écoles, 21 églises. L'aire de santé d'Emana est divisée en 05 zones du pont d'Emana jusqu'aux Rails de Ngousso :

- Zone 1 Emana Buéa
- Zone 2 Emana Bilik
- Zone 3 Emana Dallas
- Zone 4 Emana Abattoir
- Zone 5 Emana Santa Barbara

L'aire de santé d'Emana dispose d'un Comité de Santé (COSA) et d'un Comité de Gestion (COGE), d'environ 30 formations sanitaires et d'un Centre de Santé Intégré d'Emana (CSIE).

Situé plus précisément en contre bas de l'école public et du Lycée d'enseignement Général d'Emana, le Centre de Santé Intégré d'Emana est entouré des villages environnementaux : Emana Buea, Nkolbifouan, Emana Lycée vers camp de la GP, Emana BILIK, Emana OKOLO. Il est dans la région du centre ; département du MFOUNDI ; l'arrondissement de Yaoundé 1^{er}. Le CSIE est une institution publique assurant les soins de santé primaire avec des prestations de bonne qualité et la pleine participation des bénéficiaires. Il est dirigé par un chef de centre, sous le contrôle du comité de gestion et la supervision du chef de district de santé de DJOUNGOLO. Il accueille toutes les couches sociales avec pour mission de réaliser les soins de santé primaires à moindre coût. Cette notion de soins de santé primaires pouvant se comprendre comme une stratégie interactive de la communauté, et l'Etat, représenté par les personnels de santé œuvrant pour la promotion de la santé et la résolution des problèmes et besoins en santé communautaire dans l'esprit de partenariat et de respect mutuel. A ce titre, il est aussi chargé de la mise en œuvre et le suivi des différents programmes :

- Promotion de la santé ;
- Prévention des maladies ;
- PEC des cas
- Participation communautaire.

Sa diversité géographique et écologique la prédispose à diverses maladies pouvant conduire à la mortalité. Riches et pauvres se côtoient avec une alternance des quartiers résidentiels et enclavés. Le milieu est urbain et semi urbain. Les affections régulièrement rencontrées dans notre site de recherche sont : le paludisme, les vers intestinaux, la typhoïde,

las maladies diarrhéiques, les maladies épidémiologiques les infections sexuellement transmissibles, et en fin les maladies pandémiques à l’instar de la COVID-19.

3-8-POPULATION ET ÉCHANTILLON DE L’ÉTUDE

La population peut se définir comme l’ensemble des habitants d’un pays, l’ensemble des êtres humains qui composent une catégorie particulière. Dans le cadre de notre étude, elle est l’ensemble des sujets soumis à une étude statistique. On distingue ainsi deux types de population à savoir la population cible et la population accessible.

3-8-1- population cible

La population cible est l’ensemble de tous les individus intéressés par la recherche entreprise. Ici la population cible est constituée de toutes les communautés du monde confrontées aux mêmes réalités que celles du centre de santé intégré d’émana, en matière de lutte contre la COVID-19. C’est dans cette population cible que se retrouve la population accessible.

3-8-2- Population accessible

Cette population est celle à partir de laquelle on extrait l’échantillon. Elle est la partie de la population cible qui se trouve à la portée du chercheur et facile à repérer. S’agissant de cette recherche, la population accessible est celle qui est couverte par les activités du groupe technique nationale de lutte contre la COVID-19 de la région du centre. Il s’agit en fait de l’ensemble des populations de cette région intervenant dans le processus de PEC des patients COVID-19.. Pour réduire les difficultés liées au coût et à la durée du travail, une technique d’échantillonnage a été utilisée pour extraire de cette population l’échantillon étudié.

3-8-3- La technique d’échantillonnage

La technique d’échantillonnage est une procédure ou une stratégie de détermination, de constitution et de prélèvement et encore du choix de l’échantillon sur lequel doit s’appuyer le chercheur. L’échantillon ne s’obtient pas de manière hasardeuse mais plutôt à partir d’une technique statistique dûment jugée valable.

Dans le cadre de ce travail, une technique empirique a été utilisée. Celle-ci consiste à déterminer la taille de l’échantillon par l’inverse du carré de l’erreur tolérable exprimée en pourcentage.

$N = 1 / (\alpha)^2$ où N représente la taille de l’échantillon et α la marge d’erreur. Ainsi donc,

N=52, Or en sciences sociales α est égale à 5% (0.05)

Pour la constitution de l'échantillon, la méthode probabiliste stratifiée dont le principe consiste à découper la population en sous-ensembles appelé strates et à réaliser un sondage dans chacune d'elle a été utilisée.

Dans la pratique, la population accessible a été subdivisée en groupes homogènes (appelés strates), qui sont mutuellement exclusifs selon que les individus sont Chef de centre, infirmiers, assistants psychosociaux, agents relais communautaires, et patients.

Des échantillons indépendants ont été sélectionnés à partir de chaque strate à l'aide des méthodes d'échantillonnage variant d'une strate à une autre. Pour les quatre premières strates, c'est-à-dire celle de chef de centre, des infirmiers, des assistants psychosociaux et les agents relais communautaires, une méthode aléatoire a été utilisée. A la cinquième strate, celle des patients COVID-19, la méthode utilisée a été celle de «boule de neige» qui consiste à utiliser les personnes comme source d'identification d'unités additionnelles.

Pour la taille de l'échantillon, un nombre de répondants a été fixé par strates et par structure de santé. Il a été fixé un minimum de 10 répondants par service, renfermant des médecins, des infirmiers, des assistants psychosociaux, des agents relais communautaires et des patients. Cette technique a permis d'obtenir l'échantillon ci-dessous.

3-8-4- L'échantillon

L'échantillon se définit comme étant un groupe d'individus réduit, extrait d'une population donnée et ayant des caractéristiques représentatives de ladite population. C'est un sous-ensemble de la population accessible sur lequel porte effectivement la recherche ; échantillonner c'est opérer un choix sur un certain nombre d'éléments de la population de telle manière que les éléments choisis représentent cette population. L'échantillonnage a pour avantage d'alléger le coût de la recherche et de faire gagner du temps au chercheur.

L'échantillon ici est composé d'un (02) chef de centre, six (12) infirmiers, deux (04) assistants psychosociaux, dix-sept (34) agents relais communautaires et vingt-six (52) patients; soit une taille de cent quatre (104) individus. La collecte des informations au sein de cet échantillon a utilisé des instruments élaborés à l'avance.

3-8-5- Instruments de collecte des données

L'instrument de collecte des données est un outil qui permet de recueillir les informations nécessaires à la vérification des hypothèses de recherche. Ainsi, pour mener à bien les investigations, ont été utilisés comme instruments de collecte des données, le questionnaire et le guide d'entretien parce que cette recherche est exploratoire mixte de type combinatoire (semi ouverte et fermée).

3-8-5-1- Le questionnaire

C'est un formulaire composé de questions théoriquement validées et relatives à un problème bien déterminé. C'est une technique utilisée pour recueillir les données nécessaires à la recherche. Il constitue le lien essentiel entre le chercheur et les sujets interrogés. Le questionnaire est également le travail le plus approprié pour la collecte des informations pertinentes et fiables parce que permettant de toucher tous les répondants. Ce questionnaire a permis de mener à bien l'enquête. Il comprend trois parties à savoir le préambule, l'identification du répondant et le questionnaire proprement dit.

Le préambule ou l'avant-propos est la phase introductive qui tient à informer le répondant sur la finalité recherchée par l'enquêteur. Cette partie amène aussi le répondant à mieux appréhender le problème afin de répondre aux questions d'une manière objective, claire et sans inquiétude. Il rappelle également le thème de recherche et la procédure de répondre aux différentes questions.

L'identification du répondant permet de connaître l'enquêté et de déterminer à quelle classe il appartient.

Les questions proprement dites sont posées en fonction des hypothèses de recherche et découlent directement des indicateurs et modalités du tableau synoptique des variables. C'est la partie où l'enquêté est invité à répondre à ces questions posées en cochant d'une croix dans la case qui le concerne.

Le questionnaire comporte pour chacune des hypothèses de recherche trois questions sur des informations concernant l'évolution de la variable dépendante.

3-8-5-2-Le guide d'entretien

C'est un formulaire de questions ouvertes nécessaire pour des informations qualitatives. Pour cette étude, le guide d'entretien comporte des questions ouvertes qui laissent la latitude au répondant de donner son point de vue sur l'objet de l'enquête. Ces outils ont fait l'objet d'une pré-enquête avant d'être utilisés pour la collecte des données.

3-8-5-3-Pré-enquête et validation du questionnaire

Au cours de cette phase réalisée en deux étapes, des entretiens ont été effectués avec des responsables (composé d'un (02) chef de centre, six (12) infirmiers, deux (04) assistants psychosociaux, dix sept (34) agents relais communautaires et vingt six (52) patients; soit une taille de cinquante deux (104) individus) de la PEC des patients COVID-19 , ainsi que les patients. Ces entretiens ont consisté à un jeu de question réponse. L'enquêteur lisait question par question et notait les réponses données par les enquêtés au fur et à mesure. Cette phase a permis de revoir la problématique et de reconstruire des hypothèses plus adaptées. La pré-enquête est aussi nécessaire pour tester le questionnaire sur les échantillons semblables à notre échantillon. Cette étape a permis de déceler les difficultés de compréhension que le questionnaire peut comporter et de les corriger en simplifiant ou en clarifiant les questions. Elle permet d'apprécier si les répondants donnent les renseignements fiables, sollicités et précis. Dans le cas contraire, le questionnaire sera reconstruit de manière à atteindre l'objectif visé. Après validation de ces outils, les données collectées suite à la descente sur le terrain ont fait l'objet d'un dépouillement.

3-8-5-4- Mode de dépouillement

Une fois les données collectées, le dépouillement a été fait en adoptant la technique manuelle de classement des questionnaires et guide d'entretien par catégories de répondants. Comme le questionnaire était bien rempli par les enquêtés, le dépouillement a été assez facile. A la suite de cet exercice, les données ont été soumises au traitement statistique.

3-8-2-L'outil de traitement des données

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS 17.0. Le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) est un logiciel de gestion et d'analyse de données statistiques de portée générale. Ce logiciel a permis de réaliser les tests statistiques.

3-8-3-L'analyse statistique

L'analyse statistique est une technique d'analyse numérique des données quantitatives. Elle nous a permis de calculer les proportions et les fréquences des individus appartenant à une modalité précise. De ce fait, nous avons choisi de présenter les résultats obtenus sous forme de tableaux. Ces tableaux nous paraissent faciles à analyser et à interpréter, car ils indiquent pour chaque variable, le nombre de sujet de l'échantillon lié à chaque modalité. Ces résultats ont ainsi été convertis en fréquence relative ou pourcentage. La formule mathématique issue des données collectées, codées et traitées par le logiciel « Statistique Package for Social Sciences » (SPSS 17.0) est présentée sous la forme suivante :

$$f_i = \frac{n_i}{N} \times 100$$

n_i =effectif de chaque modalité ;

f_i = fréquence relative ou pourcentage ;

N =nombre total des répondants.

3-8-4- Vérification des hypothèses par le test du khi-deux (X^2)

Le test du X^2 est un test statistique permettant de tester l'adéquation d'une série de données à une famille de lois de probabilités ou de tester la dépendance entre deux variables qualitatives. Le principe du khi-deux voudrait qu'il y ait à la base, la formulation d'une hypothèse appelée hypothèse nulle (H_0) dont la validité peut être testée à partir des données d'un effectif théorique calculé. Elle prédit l'absence de relation ou de différence statistique significative entre les groupes de sujets pour une variable dépendante (Fortin, 1996).

3-8-4-1- Condition de validité du test X^2

La validité du test X^2 est fonction :

- d'un effectif total d'échantillon > 50 ;
- d'un effectif théorique ≥ 5 dans le cas des tableaux 2 x 2 ;
- d'un degré de liberté >1.

3-8-4-2-Étapes de vérification des hypothèses par le test du X^2

Cette vérification se fait en sept étapes qui sont les suivantes :

a-La formulation des hypothèses statistiques

Cette étape renvoie à la formulation d'hypothèses qui conduisent à la vérification de l'indépendance ou de l'association des variables de l'étude. A cet effet, il convient de formuler deux hypothèses, à savoir :

- une hypothèse alternative (H_a), qui rend compte de l'association entre les variables de l'étude. Il est pour ce fait indiqué de substituer aux hypothèses alternatives, les hypothèses spécifiques.
- Une hypothèse nulle (H_o), qui rend compte de l'indépendance entre les variables de l'étude.

b- Le choix d'un seuil de signification

Le seuil de signification permet de déterminer le critère qui lui permettra de décider de l'atteinte du point de perfection maximum ou minimum (Mialaret, 1993). Le choix du SS (α) permet de fixer les chances de se tromper ou non dans la prise de décision. Il est généralement de 5% soit **0.05** en science sociale et c'est ce dernier que nous avons adopté dans le cadre de notre travail de recherche.

c- Calcul du X^2 et détermination du nombre de degré de liberté (nddl)

Le X^2 se calcule à partir des données issues du croisement de deux variables, l'une dépendante et l'autre indépendante. Ces données sont présentées dans un tableau appelé tableau de contingence. Ce dernier se présente sous la forme d'une matrice à double entrée de telle sorte que les totaux en ligne et ceux en colonne puissent avoir un sens. Ainsi cette matrice comporte autant de colonnes que la première variable a de modalités. Les colonnes et les lignes délimitent les cellules dans lesquelles sont inscrits les effectifs des sujets enquêtés, vérifiant simultanément les deux variables. La matrice est complétée par l'inscription des effectifs des colonnes, des lignes et le total général. Sa formule est donc la suivante :

$$\mathbf{nddl} = (\mathbf{C} - 1) (\mathbf{L} - 1) \text{ où } \mathbf{C} = \text{nombre de colonnes et } \mathbf{L} = \text{nombre de ligne}$$

d- Détermination de la valeur critique du khi-deux lu (X^2_{lu})

Le khi-deux lu est le résultat obtenu par lecture de la table de Fischer (en annexe) et le seuil de signification en corrélation avec le degré de liberté obtenu à partir du tableau de contingence.

- **Correction de Yates**

Il s'agit d'une formule proposée dans l'intention de corriger les fréquences théoriques qui sont inférieures à 5 afin d'obtenir un résultat fiable du X^2_{lu} .

- **Différentes formules**

Pour chaque tableau de contingence observé, on a l'effectif observé f_0 et l'effectif théorique f_e . Puis, on vérifiera que 50% de ces derniers ne sont pas inférieurs à 5 ($f_0 \geq 5$).

Formule du khi-carré

$$x^2_{cal} = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

Formule du khi-carré suivant la correction de Yates

$$x^2_{cor} = \sum \frac{(|f_0 - f_e| - 0,5)^2}{f_e}$$

e-Enoncé de la règle de décision

L'intersection entre la colonne correspondant à la valeur du degré de liberté (ddl) et la ligne correspondant au seuil de signification (α) donne la valeur du khi-carré lu (X^2_{lu}).

Or en sciences sociales α est égale à 5% (0.05)

- Si $X^2_{cal} > X^2_{lu}$, alors on conclut sur l'existence d'une **liaison** statistiquement significative entre les deux variables.
- Si $X^2_{cal} < X^2_{lu}$, alors les deux variables sont **indépendantes** l'une de l'autre.

f-Décision

Il s'agit ici de prendre la décision d'accepter l'hypothèse alternative et de rejeter l'hypothèse nulle dans le cas où il y'aurait **association** ou **liaison** entre les variable de l'étude, ou le cas échéant d'accepter l'hypothèse nulle et de rejeter l'hypothèse alternative en cas **d'indépendance** entre les variables de l'étude.

g-Calcul du coefficient de contingence (CC)

Le coefficient de contingence permet de déterminer la force de la relation entre les variables de l'étude. Sa formule est :

$$CC = \sqrt{\frac{x^2_{cal}}{x^2_{cal} + N}}$$

Les valeurs du CC sont interprétées comme suit :

- $0 < CC < 0,10$: l'association est nulle ou très faible ;
- $0,11 < CC < 0,20$: l'association est faible ;
- $0,21 < CC < 0,30$: l'association est moyenne ;
- $0,31 < CC < 0,40$: l'association est forte ;
- De 0,41 à 1 : l'association est très forte.

Pour rester fidèle à notre démarche, l'ordre des variables dans le questionnaire sera respecté. L'analyse descriptive précèdera celle inférentielle. Plusieurs difficultés ont été rencontrées tout au long de ce travail.

3-9- DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

La conduite d'un travail de recherche est généralement sujette à plusieurs obstacles qui réduisent les angles d'expression du chercheur. La présente étude n'a pas dérogé à cette règle. Nous avons ainsi fait face à un certain nombre de difficultés.

La première est relative à la difficulté d'accès à l'information. Il fallait régulièrement appeler dans l'espoir de décrocher un rendez-vous ferme.

La deuxième difficulté est liée à l'insuffisance des moyens financiers susceptibles d'assurer nos nombreux déplacements vers notre population cible. Les contraintes académiques n'ont pas été en reste, car le chronogramme quelques fois surchargé des activités ne nous a pas permis de nous mouvoir à notre guise pour la collecte des informations.

La troisième est la réticence de certains enquêtés lors de la distribution du questionnaire. Pour surmonter cette autre épreuve, il fallait leur expliquer le bien fondé de notre étude afin de les amener à remplir en toute confiance les questionnaires à eux adressés.

Ce chapitre nous a permis de relever la démarche empirique qui a sous-tendu notre étude. A cet effet, il s'est présenté comme le champ de définition des variables liées aux hypothèses formulées dans le protocole. Il a par ailleurs permis de préciser les instruments de collecte et de traitement des données.

Il convient, dès à présent d'opérationnaliser dans le chapitre suivant, la présentation et l'analyse des résultats des données recueillies sur le terrain.

CHAPITRE 4 : CADRE OPERATOIRE ET DISCUSSION

Ce chapitre met en exergue les résultats de l'enquête menée au sein du Centre de santé intégré d'Emana. Il présente aussi bien les résultats issus du questionnaire que ceux qui ont découlé des entretiens réalisés auprès des responsables patients et autres dans l'aire de santé d'Émana plus précisément dans le centre de santé Intégré Émana. Il nous offre l'occasion de construire sur la base des différentes interprétations des données, un canevas qui conduira à la vérification des hypothèses.

4-1- PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Cette présentation comporte deux parties. Dans un premier temps, les données obtenues sur la base du questionnaire d'enquête seront présentées. Ces données concernent les paramètres d'identification et les indicateurs des différentes variables indépendantes. En deuxième lieu, il sera question de l'analyse inférentielle des résultats.

Tableau 2: Statut du répondant.

Statut du répondant	Effectifs	Pourcentages (%)
Chef de centre	2	2
Infirmiers	12	11.5
Assistants psychosocial	4	4
Agents relais communautaire	34	32.5
Patients	52	50
Total	104	100

Source : Enquêtes de terrain.

Au sein de cette structure, les rôles des prestataires sont complémentaires. Le manque d'un maillon de cette chaîne peut compromettre la qualité de la PEC des patients COVID-19. C'est pourquoi, la recherche de l'influence du statut du répondant a été prise en compte ici. À l'issue de cette enquête le constat à partir du tableau n°2 ci-dessus est que 50% des répondants sont des patients et 32.5% des relais communautaires. Contre 17.5% des infirmiers assistants et 2 chefs de centre ce qui peut être en relation avec l'effectif réduit du personnel dans les formations sanitaires. Cette forte représentation des patients et agents relais communautaires est plutôt favorable pour l'étude car elle aura permis à un nombre important d'entre eux de

donner leur point de vue sur la conduite du personnel de santé en matière de PEC des patients COVID-19 et la qualité même de cette PEC.

Le nombre d'années d'expérience pratique dans la lutte contre les maladies pandémiques pourrait également influencer la qualité de la PEC des patients COVID-19. D'où l'intérêt accordé à cette variable dans le tableau n°3 suivant.

Tableau 3: Expérience dans la PEC.

Années d'expérience	Effectifs	Pourcentages(%)
Moins de 3 ans	4	3,8
De 3 a 6 ans	48	46,2
7- 10 ans et plus	52	50
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

Le temps passé en entreprise est porteur d'expérience car il permet d'acquérir des connaissances par la pratique, disaient Vincens (2001) et Chatel (2006), cités par F. Bailly. Ainsi pour bon nombre d'auteurs, l'expérience est reconnue comme une somme de savoir-faire acquis à un poste de travail. Selon cette idéologie, plus l'on met du temps à un poste de travail, plus on est apte à travailler efficacement surtout si l'individu s'y engage réellement. Dans cette perspective, pour l'actuel travail de recherche, les individus qui ont passé un certain temps dans la PEC des patients COVID-19 sont beaucoup plus expérimentés et cela peut avoir une influence sur leur perception de la qualité de la PEC des patients COVID-19. Tenant compte du démarrage de la PEC dans le District (soit 10 ans), un découpage à trois classes d'expérience a été adopté. Le tableau n°3 ci-dessus, montre que 50% des personnes enquêtées ont une expérience de moins de six ans dans cette activité. Ceux qui ont une expérience de 7 à 10 ans et plus de 10 ans viendraient probablement d'ailleurs, là où la PEC des patients COVID-19 aurait commencé un peu plus avant l'année de démarrage dans le CSIE.

En matière de lutte contre la COVI-19 les personnes de sexe féminin sont le plus souvent considérées comme des êtres très vulnérables. C'est la raison de l'étude de ce facteur dans le tableau qui suit.

4.1.1. Identification des répondants

Tableau 4: Sexe du répondant.

sexe du répondant	Effectifs	Pourcentages(%)
Féminin	60	57,7
Masculin	44	42,3
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

Dans la pratique quotidienne, il est souvent remarqué que les structures de santé sont beaucoup plus fréquentées par des personnes de sexe féminin. Pour ce qui est de la COVID-19 spécifiquement, les Femmes sont reconnues être plus vulnérables que les Hommes. Durant la présente étude, la recherche de l'influence du sexe du répondant sur la perception de la qualité de la PEC des patients COVID-19 n'a pas été négligée. Sur les 104 personnes enquêtées, 30 soit 57.7% sont des femmes (voir tableau n°4). Cela pourrait s'expliquer par la réticence des sujets de sexe masculin à répondre au questionnaire pour telle ou telle autre raison.

En dehors de tout cela, le niveau d'instruction pourrait influencer la qualité des réponses des personnes enquêtées et il a été pris en considération comme l'illustre le tableau n°7 .

Tableau 5: Niveau d'instruction du répondant.

niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentages(%)
Primaire	28	27
Premier cycle secondaire	30	29
Second cycle secondaire	36	34
Supérieur	10	10
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

Il est aujourd'hui reconnu que l'instruction est un facteur qui contribue à la santé et à la prospérité des individus. En effet, l'instruction permet d'avoir accès à l'information sur la maladie et les moyens de la combattre. Les personnes instruites ont la connaissance et l'aptitude qui leur permettent de trouver un emploi et de subvenir à leurs besoins. Plus, on est instruit, plus le degré de compréhension augmente. Dans le cadre de notre étude, nous avons affaire à

des intervenants de niveau d'instruction varié, donc nous voulons analyser leur perception par rapport à la qualité de la PEC des patients COVID-19. Selon les résultats de l'enquête illustrés par le tableau n°5 ci-dessus, toutes les personnes enquêtées ont au moins un niveau d'instruction du primaire. Ceux du niveau secondaire sont beaucoup plus représentés (63%). Le faible pourcentage du niveau supérieur peut être lié au fait que les individus de cette classe sont difficilement accessibles surtout en matière de COVID-19 pour cause de stigmatisation. Les personnes sans niveau d'instruction n'ont pas eu de représentants. Cela pourrait s'expliquer par un refus délibéré pour des raisons de langage et de compréhension.

L'influence de la religion sur la perception de la qualité de la PEC des patients a été également étudiée dans le tableau n°8 ci-dessous.

Tableau 6: Religion du répondant.

religion des répondants	Effectifs	Pourcentages(%)
Chrétien	44	42,32
Musulman	30	28,84
Autre	30	28,84
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

Les données contenues dans le tableau n°6 ci-dessus montrent une répartition des répondants en fonction de la religion. Son importance est de savoir si l'appréciation de la qualité de la PEC des patients COVID-19 a un lien avec l'obédience religieuse. Les proportions des répondants en fonction de la religion sont sensiblement égales. Cette égalité dépendrait de la zone d'étude où il existe de façon globale un équilibre en matière d'appartenance religieuse.

Il est aujourd'hui admis par beaucoup d'auteurs que le niveau de revenu influence l'état de santé des individus. L'analyse de la perception de la qualité de la PEC des patients COVID-19 en fonction de ce facteur se trouve dans le tableau n°9 ci-après.

Tableau 7: Niveau de revenus du répondant.

Niveau de revenus	Effectifs	Pourcentages(%)
élève	2	2
Moyen	8	8
Faible	94	90
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

Malgré les discordances parfois observées dans les points de vue, beaucoup d'études ont montré aujourd'hui qu'il existe une relation significative entre l'inégalité des revenus et la santé (Thomas G. Poder; 2011). Plus particulièrement, en matière de COVID-19, cette relation paraît avoir une grande importance. En effet, les personnes ayant un revenu très faible vivent souvent dans des conditions de promiscuité qui les exposent à un risque infectieux important y compris celui de la COVID-19. Les patients COVID-19 ont besoin d'une alimentation équilibrée, d'un environnement sain leur permettant d'éviter d'autres infections et de se faire prendre en charge en cas d'autres spécificités. Si le niveau des revenus ne leur permet pas de subvenir à ces besoins, leur perception de la qualité de leur prise en charge pourrait être différente de celui qui est mieux nanti et qui a la facilité de se faire prendre en charge. En ce qui concerne le personnel, un bon niveau des revenus pourrait être un facteur de motivation et influencer l'appréciation de la qualité de la PEC. A travers cette étude, il paraît utile de savoir si le niveau des revenus a une influence sur la perception de cette qualité de PEC. D'après les résultats obtenus, 8% des personnes interrogées déclarent avoir un niveau moyen de revenu. 90% ont soit un revenu faible soit aucun revenu.

4-1-2-L'attitude du personnel du CSIE.

Le personnel du CSIE désigne tous ceux qui interviennent dans la chaîne de PEC des patients COVID-19. En l'occurrence le chef de centre et son adjoint, le personnel médical, paramédical et les assistants psychosociaux. Dans l'exercice de leurs missions, ils entrent en contact avec les patients COVID-19 à qui ils doivent assurer une PEC de bonne qualité, respectant les recommandations et directives en vigueur. Le mieux-être des patients et leur satisfaction dépendraient en grande partie de la qualité de cette PEC. Celle-ci est susceptible d'avoir un lien avec leur attitude, c'est-à-dire leur façon de se comporter vis-à-vis des patients COVID-19 . En matière d'attitude, les normes recommandent entre autre, le respect de la confidentialité et un bon accueil réservé aux patients en vue de motiver leur adhésion à la PEC.

C'est pourquoi ces aspects sont étudiés dans le cadre de cette recherche à travers une analyse du respect de la confidentialité, la qualité de l'accueil et la motivation des patients à suivre leur traitement.

Tableau 8: Confidentialité entre patient et soignant.

confidentialité	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	70	67,3
Non	34	32,7
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

Le contact entre le personnel du CSIE et les patients crée une relation soignant-soigné. Selon les normes internationales, ces relations doivent être conformes au respect de la confidentialité, c'est-à-dire de leur caractère secret. Le secret est ce qui ne doit pas être divulgué, ce qui doit être caché et tenu caché des autres et du public. Ainsi toute information sur l'état physique, biologique, psychologique et sociologique d'un patient devrait être tenue secrète par le soignant. Dans le contexte spécifique de la COVID-19, l'un des grands défis à relever est la lutte contre la stigmatisation, c'est-à-dire la considération négative que la communauté a vis-à-vis de la personne contaminée par l'agent infectieux COVID. Les patients COVID-19, à cause de leur statut, sont généralement affectés psychologiquement et ont besoin de soutien. En se confiant aux structures de PEC, un de leurs soucis c'est de bénéficier des prestations dans la confidentialité. Le respect de cette confidentialité les met en confiance et les motive à adhérer aux prescriptions médicales. En suivant correctement ces prescriptions, la tendance est d'aboutir à une bonne réussite de la PEC. Si cette confidentialité n'est pas respectée, la confiance risque se perdre. Le patient se sentant en insécurité, à cause de la divulgation de ses secrets aura tendance à rompre cette relation soignant-soigné. Par conséquent, la PEC se trouve menacée d'un mauvais suivi dont le résultat tend vers un échec. A cause de ce comportement inadéquat, c'est-à-dire le non-respect de la confidentialité du patient, l'objectif final visé par la PEC des patients COVID-19 risque d'être compromise. Dans le contexte de cette PEC dans les formations sanitaires du District de santé de Djoungolo, il a semblé utile de faire une analyse de ce comportement au sein du personnel du CSIE. Après l'enquête, les résultats obtenus dans le tableau n°8 montrent que la confidentialité est respectée pour 67.3% des répondants. Les 32.7% des enquêtés ont néanmoins une mauvaise appréciation

du respect de la confidentialité. Quelques cas isolés de mauvaise pratique et la subjectivité liée à la perception de la confidentialité chez les répondants pourraient expliquer ce résultat. Sous réserve des tests statistiques, ce score est en faveur d'une bonne qualité de la PEC des patients COVID-19 .

Un autre aspect de l'attitude du personnel de la santé, c'est leur comportement quant à la qualité de l'accueil réservé aux patients. Le tableau n°9 ci-dessous donne les résultats de l'analyse de cet indicateur.

Tableau 9: Qualité de l'accueil.

Qualité de l'accueil	Effectifs	Pourcentages(%)
Bonne	14	13,5
Mauvaise	90	86,5
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

La qualité de l'accueil réservé aux patients COVID-19, est la manière de se comporter avec eux et l'organisation sous-jacente qui prépare cet accueil et le séjour dans le service. Les patients COVID-19 sont généralement sujets à un stress important. Ils ont besoin d'une assistance tant physique que psychosociale. Leur relation avec le soignant devrait leur permettre de contribuer à la résolution de ces problèmes, de devenir une relation d'aide. Pour bien entretenir cette relation, la qualité de l'accueil n'est pas à négliger car, si elle n'est pas bonne, cela risque d'engendrer leur insatisfaction et leur fidélité à la PEC est menacée. La mauvaise qualité de l'accueil se manifeste souvent par une mauvaise organisation du service dont l'une des conséquences est la longue file d'attente, une mauvaise réception et un manque d'orientation. Réussir un accueil de bonne qualité, c'est pouvoir faire une bonne organisation permettant de réduire le temps d'attente des patients, accueillir le patient avec sourire après s'être présenté, savoir écouter la personne, répondre à ses attentes, à ses questionnements, à sa peur et orienter au besoin. C'est aussi identifier en peu de temps avec équité un besoin particulier qui peut être un besoin de sécurité ou d'être rassuré. Un bon accueil devrait permettre au patient de passer du stade de stress à une situation de sécurité. Un bon climat de confiance créé par la bonne qualité de l'accueil pourrait motiver le patient à bien suivre sa PEC. Cela fait penser que la qualité de l'accueil pourrait avoir une influence sur la qualité de la PEC. Dans le cadre de cette étude, les résultats de l'analyse de ce facteur montrent à travers le tableau n°9

que la qualité de l'accueil est estimée bonne par 13.5% des répondants. Néanmoins 86.5% des répondants sont contre ce jugement, illustrant une fois de plus les imperfections du personnel impliqué et la subjectivité de l'appréciation des enquêtés. Sauf résultats contraires lors des tests statistiques, ces données sont en faveur d'une bonne qualité de la PEC.

Le respect de la confidentialité entre soignant et soigné et une bonne qualité d'accueil réservée aux patients devrait être un atout pour une bonne qualité de PEC des patients COVID-19 . Ce sont deux facteurs qui sont souvent motivant pour leurs clients. Il apparait donc important de voir si réellement ceux-ci sont motivés dans l'aire de santé d'Émana précisément dans e CSIE

Tableau 10: Motivation des patients au traitement.

Patient motivé	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	76	73
Non	28	27
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

Un des soucis majeurs du soignant dans sa relation avec le patient, c'est de susciter la motivation de celui-ci en vue de son adhésion totale aux conditions de sa PEC. Cette motivation regroupe l'ensemble de toutes les causes conscientes et inconscientes qui déterminent le comportement d'un individu. Pour les patients, ce sont toutes les causes qui peuvent le pousser d'abord à connaître son statut en faisant le test de dépistage. C'est le plus souvent à travers un bon counseling pré-test, qui au moment du rendu des résultats, est suivi du counseling post test permettant à l'individu testé positif de mieux gérer ce nouveau statut en lui expliquant les possibilités de PEC. Après cette étape si la personne infectée est convaincue du bien-fondé de cette PEC compte tenu de sa situation et des risques encourus en cas de non adhésion, elle accepte de suivre sans réserve, les prescriptions thérapeutiques. Ce qui pourrait conduire à un succès thérapeutique et une amélioration de son état général qui est l'un des objectifs visés par la PEC. L'analyse de la motivation des patients à suivre leur traitement pourrait permettre de donner une appréciation sur la qualité de la PEC des patients COVID-19 . A l'issue de l'enquête menée dans le cadre du présent travail, le tableau n°10 ci-dessus montre que 73% des répondants ont trouvé que les patients ne sont pas motivés à suivre leur traitement. Et pourtant, 27% d'entre eux trouvent quand même les patients motivés. Si cette tendance se confirme avec

les tests statistiques, des dispositions devront être prises pour l'inverser dans les structures de PEC.

L'analyse des indicateurs retenus pour mesurer le comportement du personnel du CSIE à travers leur pratique révèle que le respect de la confidentialité et la qualité de l'accueil sont bons. Malgré ces indices, les patients semblent peu motivés pour le suivi de leur traitement. Il convient de poursuivre les investigations au sujet de la conduite de ce personnel à travers une étude de leur expérience pratique.

4-1-3- L'Expérience pratique du personnel du CSIE .

Dans l'exercice de leurs tâches, ceux qui interviennent dans la PEC des patients COVID-19 sont appelés à poser des actes ou pratiques qui peuvent être qualifiées de bonnes ou mauvaises selon un contexte. Les pratiques sont bonnes quand elles s'imposent à tous en raison des valeurs qui la sous-tendent. En santé, ces pratiques concernent les activités curatives, préventives et promotionnelles. Plus spécifiquement dans le cadre de la lutte contre la COVID-19, il s'agit des activités en matière de prévention de l'infection, de la PEC des patients COVID-19 et de leur suivi.

Tableau 11: Application du counseling pré et post test.

Counselling pré et post test	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	78	75
Non	26	25
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

Le counseling est une activité importante dans la PEC des patients COVID-19 car elle permet à travers une communication interpersonnelle et confidentielle entre un prestataire des soins et un patient, de comprendre la situation de ce dernier, d'identifier les solutions possibles, choisir une solution et l'utiliser. Ce counseling peut être fait pour préparer une personne à connaître son statut à travers un test de dépistage volontaire de la COVID-19. On parle de pré-test. Il peut être réalisé également pour préparer l'annonce du résultat du test de dépistage. Il s'agit alors du post test. C'est après le résultat de ce dépistage qu'une personne infectée peut entrer dans le circuit de PEC. La connaissance de son statut dès le début de l'infection permet

une prise en charge précoce et de réduire la morbidité et la mortalité liée à la COVID-19. En l'absence de counseling, les populations sont susceptibles d'ignorer leur statut sérologique ou encore de mal gérer leur situation de séropositivité en refusant la PEC avec pour conséquence, une évolution de l'infection vers le stade de la mort. Malheureusement, l'expérience montre que dans la Région, beaucoup de personnes n'ont jamais eu l'occasion ou refusent tout simplement de connaître leur statut sérologique. Il est donc nécessaire, voire indispensable de proposer ce test à toutes les occasions possibles aux clients en vue de pouvoir prendre en charge le maximum de patients COVID-19. C'est pourquoi il est important d'étudier la pratique du counseling pré et post test dans le cadre de cette recherche. Les résultats de l'enquête présentés dans le tableau 11 ci-dessus montrent que le personnel du CSIE propose systématiquement le counseling pré et post test pour le dépistage volontaire du COVID à leurs clients pour (75%) contre (25%) des répondants.

Tableau 12: Counseling de mise sous traitement.

counseling de mise sous traitement	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	80	77
Non	24	23
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

Pour que les patient COVID-19 puissent bien comprendre leurs situations, les risques encourus en l'absence de traitement, les possibilités de PEC, les effets indésirables possibles des médicaments etc., il est indispensable de les entretenir sur tous ces aspects et de demander leur consentement. C'est au cours de cet entretien dit counseling de mise sous traitement qu'on obtient son consentement pour la mise en route du traitement et l'on ne devrait point soumettre un patient à un protocole sans ce consentement ou de celle de la famille sauf dans certain cas particulier. Dans le cadre du présent travail, le counseling de mise sous traitement est estimé effectif pour 77%, contre (23%) des enquêtés (voir tableau n°12 ci-dessus).

Tableau 13: Observance du traitement.

Observance	Effectifs	Pourcentages(%)
------------	-----------	-----------------

Oui	52	50
Non	52	50
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

L'observance thérapeutique est la capacité d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Pour que le bénéfice du traitement soit optimal, le patient doit prendre ses médicaments aux doses prescrites par les thérapeutes et respecter les intervalles de prise. Une faible observance pourrait engendrer entre autres un échec thérapeutique et le développement de résistances du virus. L'observance est dite bonne quand elle se situe au moins à 80%. Lors de l'enquête 50% des répondants pensent que l'observance au traitement par les patients mis sous traitement n'est pas bonne d'après le tableau n°13 ci-dessus.

Tous les indicateurs retenus pour évaluer l'expérience pratique du personnel du CSIE , après analyse, sont en faveur d'une bonne qualité de la PEC des patients COVID-19 . Ces résultats restent à vérifier non seulement à l'aide des tests statistiques, mais également sur l'évaluation même de la qualité de cette PEC à travers l'analyse du suivi des patients, l'écoute du malade et de l'état général du patient.

4-1-4- Qualité de la prise en charge des personnes vivant avec la COVID-19.

Tableau 14: Suivi régulier et écoute du malade.

Suivi régulier du malade	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	20	19
Non	84	81
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

Les patients COVID-19, éligibles au traitement ou non sont censés avoir un suivi clinique et para clinique à un rythme régulier. C'est à l'issue de ces rendez-vous de suivi que le personnel du CSIE est amené à adopter telle ou telle autre attitude thérapeutique pour l'intérêt du patient. Pour le cas d'espèce (tableau n°14 ci-dessus), parmi les répondants, 81% estiment que le suivi des patients n'est pas régulier.

Pour cette raison, on réfère les malades dans les UPEC et CTA institutions agréées et adaptées à la prise en charge des patients COVID-19 ; où mensuellement, trimestriellement et semestriellement, etc., les malades sont suivis.

Tableau 15: Amélioration de l'état général du malade.

Amélioration état général	Effectifs	Pourcentages(%)
Oui	72	69.2
Non	32	30.8
Total	104	100

Source: Enquêtes de terrain.

L'amélioration de l'état général du patient est observée à partir de l'aspect physique de celui-ci. Cette amélioration peut être un élément en faveur du succès thérapeutique et de la qualité de la PEC. Dans le contexte de la présente étude, l'état général des patients est déclaré améliorer pour 82.7% des répondants (voir tableau n°15 ci-dessus).

Après analyse des indicateurs des variables indépendantes des trois hypothèses de recherche ainsi que des indicateurs de la variable dépendante, il est question dans les lignes suivantes de vérifier les hypothèses de recherche après le recentrage de l'influence des paramètres d'identification sur les indicateurs des variables indépendantes et des variables dépendantes.

4-2- Validation des hypothèses de recherche

Cette partie du travail nous permet de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses à l'aide des tests statistiques que nous avons retenus dès le départ à savoir le test de Chi deux et le coefficient de contingence. Ainsi nous soumettrons toutes les hypothèses de recherche à ces tests afin de pouvoir vérifier l'hypothèse générale.

4-2-1 Hypothèse générale (HG)

La conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19.

4.2.1.1. Vérification de l'hypothèse de recherche n°1

HR1: L'attitude du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19

a. Etape 1 : formulation des hypothèses statistiques

- Formulation des hypothèses : H_a (hypothèse alternative) et H_0 (hypothèse nulle).

H_a : Il existe un lien corrélationnel entre l'attitude du personnel du CSIE et la qualité de la PEC des patients COVID-19 .

H_0 : Il n'existe pas un lien corrélationnel entre l'attitude du personnel du CSIE et la qualité de la PEC des patients COVID-19 .

b. Etape 2 : Choix du seuil de signification (α)

Le seuil de signification maximum en science sociale étant de 0,05, nous semble approprié dans le cadre de notre travail de recherche.

c. Etape 3 : calcul du khi deux calculé (χ^2 cal) et détermination du degré de liberté (ddl)

En tenant compte de la formule de calcul du test de khi-deux, nous sommes tenus de faire le croisement entre les tableaux n°9 et n°7.

Tableau 16: Tableau de contingence pour la vérification de l'hypothèse spécifique H_2 :
Niveau de revenus * qualité de l'accueil.

		Qualité de l'accueil		Total
		Bonne	Mauvaise	
Niveau de revenus	Élevé	2	0	2
	Moyen	2	6	8
	Faible	10	84	94
Total		14	90	104

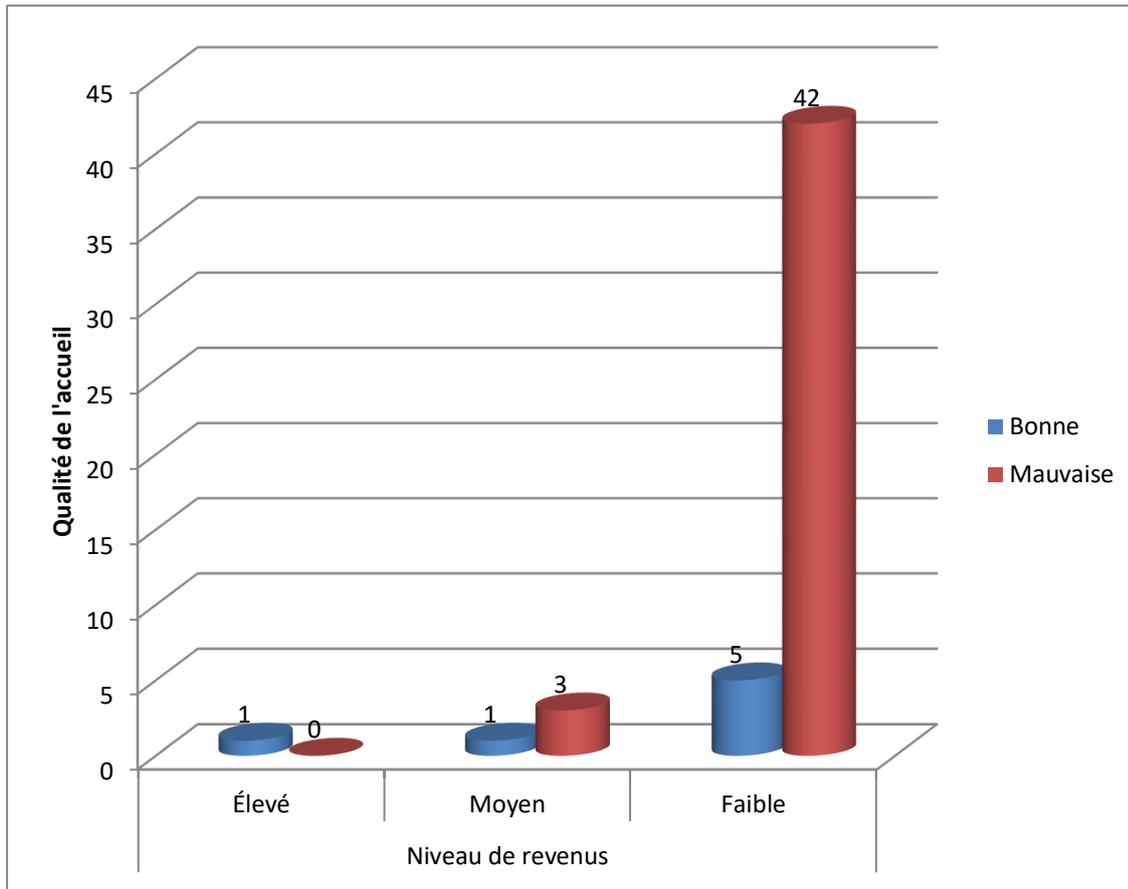


Figure 1 : Niveau de revenus * qualité de l'accueil

Selon la formule $\chi^2_{cal} = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$ avec $f_e = \frac{T_c \times T_l}{N}$ on obtient le résultat

suivant : $\chi^2_{cal} = 7.20$

Le degré de liberté s'obtient selon la formule : $(C-1)(r-1)$; soit **ddl = 2**

d. Etape 4 : Détermination de la valeur critique du khi deux

Ayant $\alpha = 0,05$ et **ddl = 2** par lecture de la table de Siegel en annexe, nous obtenons $\chi^2_{lu} = 5,99$

e. Etape 5 : Enoncé de la règle de décision

Si $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ alors il y a association entre les deux variables, puisque les différences entre les fréquences observées sont trop grandes pour être simplement le fait d'un accident.

Si $\chi^2_{cal} < \chi^2_{lu}$ alors les deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

f. Etape 6 : Décision

Nous avons $\chi^2_{cal} = 7.20$ et $\chi^2_{lu} = 5,99$

Le khi deux calculé est largement supérieur au khi deux lu. De ce fait, nous rejetons H_0

et validons H_a . Nous pouvons dès lors conclure que : *L'attitude du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19.*

g. Etape 7 : Coefficient de contingence

Il nous permet de déterminer la force de la relation entre les variables de l'hypothèse spécifique H_2

$$\text{Selon la formule } CC = \sqrt{\frac{x^2_{cal}}{x^2_{cal} + N}}, \text{ nous obtenons } CC = 0.34$$

Selon l'énoncé de la règle, le CC étant compris entre [0.31 ; 0.40] nous pouvons conclure que l'association entre les variables de cette hypothèse est très forte.

4.1.2. Vérification de l'hypothèse de recherche n°2

HR2: L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19 .

a. Etape 1 : formulation des hypothèses statistiques

- Formulation des hypothèses : H_a (hypothèse alternative) et H_0 (hypothèse nulle).

H_a : Il existe un lien corrélationnel entre l'expérience pratique du personnel du CSIE et la qualité de la PEC des patients COVID-19 .

H_0 : Il n'existe pas un lien corrélationnel entre l'expérience pratique du personnel du CSIE et la qualité de la PEC des patients COVID-19 .

.

b. Etape 2 : Choix du seuil de signification (α)

Le seuil de signification maximum en science sociale étant de 0,05, nous semble approprié dans le cadre de notre travail de recherche.

c. Etape 3 : calcul du khi deux calculé (x^2_{cal}) et détermination du degré de liberté (ddl)

En tenant compte de la formule de calcul du test de khi-deux, nous sommes tenus de faire le croisement entre les tableaux n°3 et n°13.

Tableau 17 : Tableau de contingence pour la vérification de l'hypothèse spécifique H_2 : expérience dans la prise en charge des patients COVID-19 * Observance au traitement.

		OBSERVANCE AU TRAITEMENT		Total
		OUI	NON	
EXPERIENCE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS COVID-19	MOINS DE 3 ANS	2	2	4
	AU DELA DE 3 ANS	12	36	48
	AU DELA DE PLUS 3 ANS	38	14	52
Total		52	52	104

Source: Enquêtes de terrain.

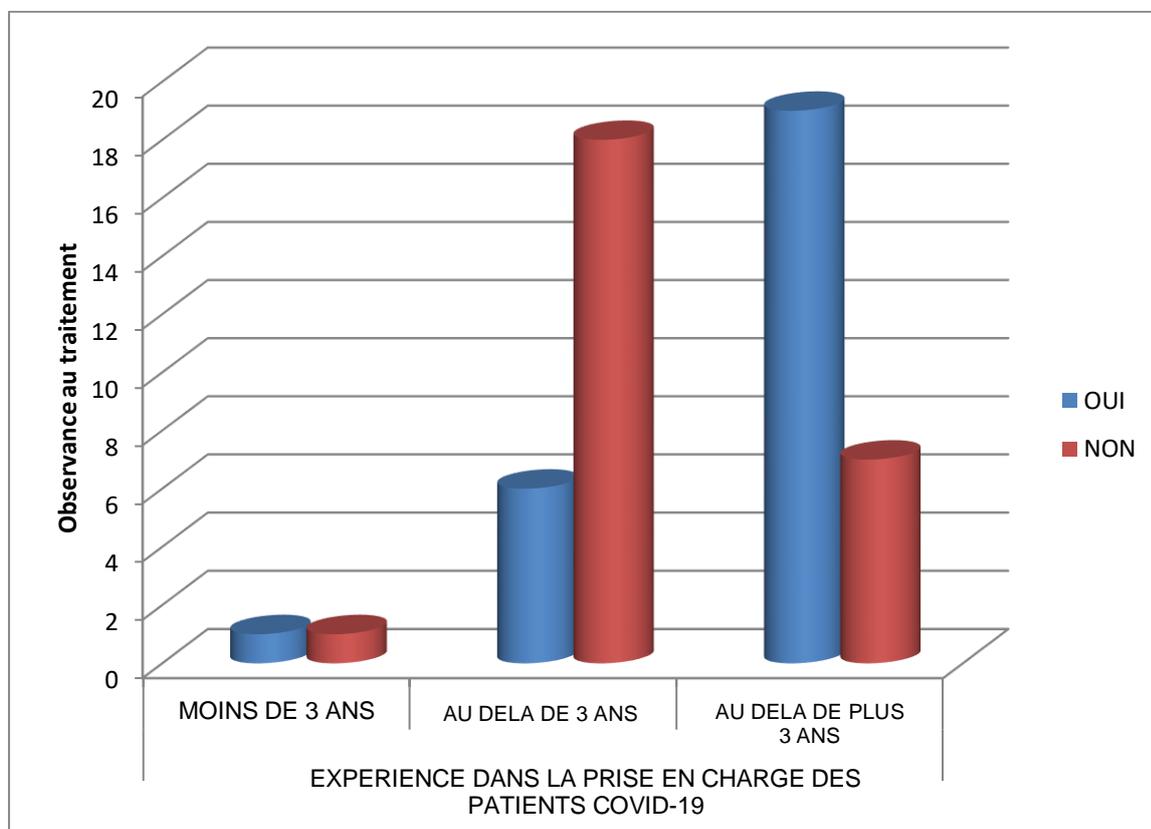


Figure 2 : expérience dans la prise en charge des patients COVID-19 * Observance au traitement

Selon la formule $\chi^2_{cal} = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$ avec $f_e = \frac{T_c \times T_l}{N}$ on obtient le résultat

suivant : $\chi^2_{cal} = 9.75$

Le degré de liberté s'obtient selon la formule : $(C-1)(r-1)$; soit **ddl = 2**

d. Etape 4 : Détermination de la valeur critique du khi deux

Ayant $\alpha = 0,05$ et $ddl = 2$ par lecture de la table de Siegel en annexe, nous obtenons $\chi^2_{lu} = 5,99$

e. Etape 5 : Enoncé de la règle de décision

Si $\chi^2_{cal} > \chi^2_{lu}$ alors il y a association entre les deux variables, puisque les différences entre les fréquences observées sont trop grandes pour être simplement le fait d'un accident.

Si $\chi^2_{cal} < \chi^2_{lu}$ alors les deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

f. Etape 6 : Décision

Nous avons $\chi^2_{cal} = 9.75$ et $\chi^2_{lu} = 5,99$

Le khi deux calculé est largement supérieur au khi deux lu. De ce fait, nous rejetons H_0 et validons H_a . Nous pouvons dès lors conclure que : *L'Expérience pratique du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19* .

g. Etape 7 : Coefficient de contingence

Il nous permet de déterminer la force de la relation entre les variables de l'hypothèse de recherche H_3

Selon la formule $CC = \sqrt{\frac{\chi^2_{cal}}{\chi^2_{cal} + N}}$, nous obtenons **CC = 0.43**

Selon l'énoncé de la règle, le CC étant compris entre]0,41 ; 1] nous pouvons conclure que l'association entre les variables de cette hypothèse est très forte.

❖ VÉRIFICATION DE L'HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

Notre hypothèse générale est : La conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19.

Tableau 18: Tableau récapitulatif pour la vérification de l'hypothèse générale

<i>Hypothèse</i>	α	<i>ddl</i>	χ^2_{cal}	χ^2_{lu}	<i>CC</i>	<i>Décision</i>	<i>conclusion</i>
<i>HR₁</i>	0.05	2	7.20	5.99	0.34	<i>H₀ rejetée</i> <i>H_a accepté</i>	<i>HS₁ confirmée</i>
<i>HR₂</i>	0.05	2	9.75	5.99	0.34	<i>H₀ rejetée</i> <i>H_a accepté</i>	<i>HS₂ confirmée</i>

Source : enquête de terrain

Au regard de ce qui précède, l'on observe que les hypothèses émises au début de notre travail ont été toutes confirmées. Par conséquent l'hypothèse générale est acceptée. L'on constate aussi que le lien est très significatif de par les différences observées entre les valeurs calculées et celles lues.

4.3. Interpretation , discussion des resultats

L'interprétation des résultats d'après Actouf (1987) consiste à : faire parler les données et les coefficients tirés de leurs traitements, mettre du sens dans les chiffres, donner des significations concrètes, opérationnelles en rapport avec l'objet de la recherche. Mais ce qu'il convient d'éviter, c'est d'inclure ses préjugés ou ses simples croyances en rapport avec le bon sens ». C'est pour cette raison qu'il est toujours important de se rappeler du contexte de l'étude, des théories convoquées pour soutenir les arguments développés dans le travail.

Les résultats obtenus au terme de cette étude ont été présentés sous forme de tableaux et graphiques portants sur les paramètres d'identification des répondants, le niveau de connaissance, l'attitude et l'expérience pratique observée.

4.3.1.Les paramètres d'identification.

L'échantillon de cette étude était composé de (04) chef de centre, (24) infirmiers, (08) assistants psychosociaux, (68) Agents relais communautaires et (104) patients COVID-19. Le statut du répondant pouvait avoir une influence sur la réponse de l'enquêté car patients et soignants peuvent ne pas avoir la même perception de la qualité de la PEC. Il en est de même de leur niveau de revenu. La plupart d'entre eux avait un niveau de revenu faible à moyen.

4.3.2. Attitude du personnel du CSIE.

Pour étudier le comportement des membres des comités thérapeutiques, le présent travail s'est basé sur le respect de la confidentialité, la qualité de l'accueil et la motivation des patients à suivre leur traitement.

Il ressort de cette analyse que dans l'ensemble, la confidentialité est respectée. Tous les assistants psychosociaux et les infirmiers trouvent que la confidentialité est respectée systématiquement. Cependant, le chef de centre trouve que ce respect n'est pas systématique

soit 67.3% des répondants contre 32.7%. Cela constitue un problème non négligeable, car ce sont les patients qui se sentent plus préoccupés par la stigmatisation. Ils ne se sentent pas assez en sécurité. Et d'ailleurs, ils pensent que les UPEC et CTA qui sont pour la plupart isolées des autres services des formations sanitaires constituent un facteur stigmatisant. En ce qui est de la qualité de l'accueil, 13.5% répondants déclarent qu'elle est bonne contre 86.5% qui déclarent qu'elle n'est pas bonne. La plupart des patients mettent en cause les ruptures fréquentes en médicaments, les longues files d'attente devant les structures de PEC, l'indisponibilité et le comportement malveillant tendant vers une attitude discriminatoire défavorisant les patients moins nantis économiquement, de certains membres de l'équipe du personnel. Nous constatons que 73% des répondants attestent certains patients sont motivés au traitement contre 27%. Pour des raisons de non-respect systématique de la confidentialité d'une qualité d'accueil pas tout à fait satisfaisante etc. Cette faible motivation a d'ailleurs été soulignée par quelques membres de l'équipe soignante. Cette étude soulève ainsi, le problème d'organisation de la PEC, la disponibilité du personnel, leur motivation et leur comportement.

Des résultats similaires ont été observés lors de l'étude menée par Zongo (2020) sur la PEC psychosociale des patients COVID-19 dans trois centres sociaux de Porto-Novo au Bénin. Dans son étude, il relève que la satisfaction des patients dans les structures de PEC évaluées était estimée à 67% et assez bonne par rapport au respect de la confidentialité et à la qualité de l'accueil. Ces résultats ne sont pas très différents de ceux obtenus dans la présente étude. Cette similitude pourrait s'expliquer par la ressemblance des deux zones d'études qui se trouvent être en Afrique au sud du Sahara avec les mêmes peuples, vivants dans les mêmes conditions socioéconomiques et aux cultures, croyances et pratiques parfois communes.

4.3.3. L'expérience pratique du personnel du CSIE.

En ce qui concerne l'expérience Pratique des membres du comité de santé de district. Les aspects relatifs aux counselings pré et post test, le counseling de mise sous traitement ainsi que l'observance du traitement ont été analysés.

Concernant le counseling pré et post test, il est jugé systématique par 75% des répondants. Contre 25% estiment qu'elle n'est pas systématique. Ce point de vue est partagé par quelques membres de l'équipe soignante. Certains patients déclarent que le test de dépistage de la COVID-19 est parfois pratiqué à leur insu. Ce n'est qu'au moment du rendu du résultat qu'ils sont informés de leur statut. Et parfois, ce sont plutôt les membres de la famille qui les

informent de leur degré de contamination. Cela provoque un choc psychologique important. Ils se sentent déséquilibrés car n'ayant pas été préparé à gérer cette nouvelle vie avec une maladie aussi stigmatisante, chronique et aux conséquences souvent fatales. La tendance du jugement porté sur le counseling de mise sous traitement est idem car il n'est pas systématique, voire insuffisant. Ainsi, certains patients COVID ne sont pas informés des doses de médicaments à prendre, le rythme de prise de ces médicaments, leurs effets indésirables potentiels, la fréquence des visites de suivi clinique et biologiques. Ce manque d'information ne leur permet pas de suivre avec rigueur les prescriptions médicales. Comme conséquence, le risque de non observance est élevé. Les résultats de la présente étude sont en faveur de cette mauvaise observance du traitement. En effet 59% des répondants, soignants comme soignés disent que les patients ne sont pas observant au traitement. Cette faiblesse dans l'observance serait une conséquence de plusieurs facteurs dont certains ont été mentionnés précédemment à savoir le non-respect systématique des counselings et de la confidentialité et la qualité de l'accueil pas toujours satisfaisante ... Tous ces facteurs contribueraient à démotiver les patients. Mais la rupture fréquente en médicaments et réactifs pour le bilan biologique est indexée comme la principale cause de la non observance. Tout en reconnaissant le frein que pose la rupture en médicaments dans la PEC des patients COVID-19 , le personnel soignant évoque beaucoup plus la faiblesse du suivi des patients au niveau communautaire en vue de s'enquérir de leurs problèmes, faire des soins à domicile. Les relais communautaires à qui incombe cette tâche disent avoir des difficultés logistiques pour assurer ce suivi au niveau communautaire. La collaboration entre ces relais communautaires et le personnel de santé n'est pas toujours bonne et ils se plaignent du manque de motivation financière depuis près d'un semestre.

Les résultats en termes d'expérience pratique du personnel du CSIE, malgré les lacunes relevées ci-dessus, paraissent acceptables. Ce même constat a été fait lors de l'évaluation du programme camerounais d'accès aux soins COVID-19 en 2020. En effet selon cette évaluation, l'observance au traitement est meilleure dans les hôpitaux de District et Régionaux. Mais elle souligne que l'absence de soutien des patients par des assistants psychosociaux augmente le risque d'interruption de traitement.

Ces deux études menées dans le contexte camerounais avec des résultats similaires mettent en exergue les problèmes d'observance de traitement, de suivi des patients en milieu communautaire, la gestion des médicaments et réactifs et la charge financière à supporter par les patients COVID-19 pour le suivi biologique.

Fort de tout ce qui précède, l'attitude et l'expérience pratique du personnel du CSIE semblent acceptables pour une bonne prise en charge des patients COVID-19 dans l'aire de santé d'Émana en dépit d'un certain nombre d'obstacles qui méritent d'être corrigés. Mais les résultats de cette enquête méritent une analyse des risques potentiels d'erreurs à travers une analyse épistémologique.

4.3.4. Analyse épistémologique de l'étude

Cette étape du travail consiste à ressortir ses limites. La démarche épistémologique sera fondée sur les éléments tels que les outils de traitement des données, les indicateurs de mesure de performance, les facteurs socioculturels de la population étudiée, les réalités de la zone d'étude et la période du travail.

D'une part, les résultats pouvaient être différents de ce que l'étude a obtenus car ils sont basés sur les points de vue des répondants. Or ces points de vue sont souvent l'objet de subjectivité à cause des humeurs des individus. Par ailleurs les indicateurs utilisés pour l'appréciation des variables pourraient ne pas être les meilleurs. En choisissant d'autres indicateurs, les résultats pourraient être différents. En ce qui concerne les outils statistiques choisis, il faut reconnaître qu'ils ne sont pas les meilleurs au monde. Leur influence sur la qualité des résultats est possible. Quant à la démarche méthodologique, elle est inductivo-hypothético-déductive. Serait-elle la plus adaptée à cette étude ? Une autre démarche pourrait infirmer ces résultats. Un autre élément à ne pas négliger dans le cadre de cette étude, c'est la possibilité d'influence du chercheur sur la qualité des données. En effet, la collecte des données a été faite par une personne neutre, n'ayant pas eu de rapport antérieur avec les structures de PEC des patients COVID-19 de l'aire de santé d'Émana (CSIE). Mais pour des besoins d'accessibilité à cette structure, il a été indispensable de tenir leurs responsables informés du déroulement de cette étude menée par le chef de centre et son adjoint. Cette information pourrait avoir une influence sur la qualité des réponses des personnes enquêtées.

D'autre part, les résultats obtenus pourraient être susceptibles de variation dans l'espace et dans le temps. En effet cette étude s'est déroulée à un moment où des difficultés surtout d'ordre financier auraient engendré une limitation dans la mise en œuvre de la PEC des patients COVID-19. Cette même étude réalisée à l'époque où ces difficultés seraient amoindries pourrait donner des résultats d'autre nature. De même si elle avait été menée sous

d'autres lieux, avec par exemple une garantie permanente des médicaments ou dans un contexte socioéconomique différent, les résultats pourraient ne pas être pareils.

Malgré ces limites, pour l'instant, les résultats de ce travail de recherche sont susceptibles d'être transposés à d'autres CSIE, localités notamment dans le reste du pays. Cela est possible d'autant plus que les structures mises en place pour la PEC des patients COVID-19 sont une émanation de la politique nationale en matière de lutte contre les maladies pandémiques. Le plan stratégique national de lutte contre la COVID-19. Le résultat attendu à travers cette recommandation c'est d'obtenir une qualité de vie des patients COVID-19 améliorée grâce à un meilleur accès à une PEC globale de qualité dans toutes les structures de santé agréées et au niveau communautaire au Cameroun.

CONCLUSION

Rendu au terme de notre étude dont le thème est « intervention et prise en charge des patients en situation de pandémie » de ce thème a découlé le sujet de recherche : *sécurité sanitaire et gestion des personnels de santé en temps de pandémie : cas de la Covid-19 au sein CSIE du district de Djoungolo*: Etude menée auprès des patients COVID-19 ;du centre de sante Intégré d'émana Yaoundé. Il est convenable de rappeler le problème qui nous a poussé à réaliser cette étude. Nous sommes en effet partis du constat selon lequel, l'infection à COVID-19 est une pathologie chronique médicalement complexe, ayant en outre de nombreuses répercussions psychologiques et socio-économiques sur l'individu et sa famille. C'est pourquoi la prise en charge des patients COVID-19 devait être et doit être globale(à ce jours continue d'observer des cas, c'est-à-dire non seulement soigner, mais aussi accompagner la personne pour l'aider à gérer sa maladie, son traitement et ses conséquences. Elle doit également se faire dans le cadre d'un continuum de soins permettant de s'occuper de la personne aussi bien en milieu de soins qu'en dehors. De ce point de vue Il se dégage alors de ce travail le problème qui se dégage est celui de l'impact du COVID-19 sur le développement socio-économique du Cameroun en générale et dans le district de santé de Djoungolo en particulier lié à la carence qualitative et quantitative en personnel et l'absence d'harmonisation de la prise en charge sur le plan national, en d'autres termes il s'agit de l'inadéquation entre les mesures de gestion prises et les résultats observés sur le terrain la maladie continuait et continue à faire des ravages dans nos communautés malgré d'importantes mesures prises tant au niveau international que national.

A l'heure actuelle on peut dire que la pandémie de Covid-19 est une crise sanitaire majeure provoquée par une maladie infectieuse émergente apparue fin 2019 en Chine continentale, la maladie à coronavirus 2019, dont l'agent pathogène est le SARS-CoV-2. Ce virus est à l'origine d'une pandémie notée, déclarée le 11 mars 2020 par l'Organisation mondiale de la santé. La pandémie de Covid-19 au Cameroun démarre officiellement le 6 mars 2020. À la date du 27 septembre 2022, le bilan y est de plus de 1 935 morts.

Après une enquête effectuée sur le terrain, les données collectées ont été traitées avec le logiciel SPSS version 17.0 et la méthode du khi deux définie comme moyen d'analyse permettant d'établir l'association ou l'indépendance entre les variables de l'étude.

En définitive, il ressort que la conduite du personnel du CSIE influence la qualité de la PEC des patients COVID-19. L'analyse quantitative et qualitative des résultats obtenus révèle dans l'ensemble que, la qualité de la PEC est bonne au CSIE, mais il y a lieu de relever quelques obstacles. En ce qui concerne le comportement de ce personnel à l'égard des patients, le respect de la confidentialité n'est pas systématique et la qualité de l'accueil n'est pas toujours bonne. Les patients se plaignent de leur attitude discriminatoire parfois, favorisant plutôt les personnes les mieux nanties. Ce comportement est souvent à l'origine de la démotivation des patients à faire leur suivi régulier. Quant aux pratiques observées chez ce personnel, il y a lieu de signaler que le counseling n'est pas également systématique, que ce soit avant le test, lors du rendu des résultats ou avant la mise sous protocole de PEC. Par conséquent, les patients n'arrivent pas à bien suivre le traitement et deviennent peu observant. Cette faible observance serait également liée à la rupture fréquente des produits médicamenteux.

Par ailleurs, le personnel soignant signale des comportements compromettants de la part des patients. En effet, ceux-ci, par simple négligence interrompent souvent leur traitement pour un certain types de croyances populaires et à la médecine populaire. Il convient aussi de relever que le manque de moyen financier pouvant leur permettre d'accéder aux structures de PEC, de pouvoir se nourrir convenablement et de supporter les coûts des examens para cliniques constituerait un obstacle non négligeable.

Cependant, les lacunes observées au niveau des membres du personnel, qui sont formés et recrutés pour la circonstance, pourraient s'expliquer par la surcharge de travail à cause d'un effectif réduit, le manque de motivation à cause des conditions de travail difficiles et sans rémunération particulière et une insuffisance de recyclage.

Pour remédier à cette situation, nous formulons ces quelques recommandations à l'endroit des principaux protagonistes :

- Au niveau national : le déficit en personnel formé en quantité nécessite un renforcement de leurs effectifs et une planification de leur formation. La tenue régulière des séminaires de renforcement des capacités est aussi importante. Des motivations financières aux relais communautaires pourraient permettre d'améliorer leur prestation. La mise en place d'un système d'assistance sociale aux patients démunis pourrait améliorer de façon significative la qualité de la PEC.

- A la Délégation Régionale de la Santé, nous recommandons d’impliquer tous les intervenants lors des séminaires de renforcement des capacités des personnels dans les CSI, d’assurer la supervision régulière de l’aire de santé et d’instaurer un système de motivation du personnel.
- Les structures de PEC devraient évaluer les besoins en formation et désigner les personnes à former ou recycler en fonction de la nécessité. Un suivi régulier des activités de PEC des patients COVID-19 est une nécessité absolue car à tous moments elle peut prendre d’autres formes. La discipline devrait être renforcée dans le sens du respect de la confidentialité et de l’amélioration de la qualité de l’accueil. Les relais communautaires travailleraient mieux avec une amélioration de la collaboration et un suivi régulier de leurs activités. Tout ceci dans l’optique de créer un synergie totale de tous les maillons du système de santé au Cameroun pour la promotion d’une bonne qualité de vie des patients COVID-19 .

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANONYME. (Source), *Stratégie de développement du secteur rural (SDSR)*,
- ANZIEU, D. et MARTIN J.Y. (1968). *La dynamique des groupes restreints*, Paris : PUF.
- BAILLY F., LENE A., TOUTIN M-H. 2008. *L'expérience professionnelle : définitions et enjeux* paris : Les éditions ESF, 6^{ème} éd
- BION, W.R. (1965). *Recherche sur les petits groupes*, Paris : PUF.
- BULLETIN D'INFORMATION EN PROMOTION DE LA SANTE sd *Définition des théories en promotion de la santé* 28p consulté le 18 JUILLET 2012 à 15h37
- CAMPENHOUDT, L.V. et QUIVY, R. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- CARL R. (1942). *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris : Les éditions ESF,
- CARRON et HAUSENBLAS, H.A. (1998). *Group dynamics in sport (2nd edition)*, Morgantown, MV: fitness information technology. Paris: Dunod.
- CENTRE D'ETUDE STATISTIQUE.2002. *Table du khi deux*. Université Louis Pasteur Strasbourg.
- CHAPUIS, R. (2002). *La psychologie des relations humaines, coll. Que sais-je* Paris : PUF.
- DURKHEIM, E. (1895). *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Alcan.
- DEBRAY Q. & NOLLET D. (1997). *Les personnalités pathologiques, approche cognitive et thérapeutique. Médecine et psychothérapie*. Paris : Masson.
- DENJEAN M. 2006. *La motivation*. Paris : Ed Les documents. CEDIP.
- DORAIS L. (2009). *Proposition d'une démarche d'évaluation des attitudes dans un stage clinique en soins infirmiers au collégial*. Essai présenté à la Faculté d'Education en vue de l'obtention du grade de Maître en éducation (M. ED.) Canada : Université de Sherbrooke.
- DUIZABO S., GUILLAME N. (1997). Les problématiques de gestions, droit des connaissances dans les entreprises. *Cahiers DMSP*. n°252. Université Paris Dauphine,

- FESTINGER L (1954). “*A theory of social comparison process*”, canada: ed. Humain relations.
- FISCHER, G.N. (1996). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris : Dunod,
- FORTIN, M.F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*, Mont royal, édition Decarie
- GENTILINI M. 1995. *Médecine tropicale. Médecine-Sciences*. Paris : Ed Flammarion.
- GHIGLIONE R. & MATALON B. 1978.*Les enquêtes sociologiques : Théories et pratique*. Paris : Ed Armand Colin.
- GHILIONE, R. et MATALON (1998). *Les enquêtes sociologiques : théorie et pratique*. Paris : Armand colin.
- HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. (2009). *Rapport sur la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*.
- MUCCHIELLI, R. (1980). *Le travail en groupe, paris : édition ESF*.
- NUTTIN (1991). *De la motivation à la formation*, Paris : édition l’Harmattan.
- ROCHER, G. (1968-1969). *Introduction à la sociologie générale*, Montréal, Edition H.M.H.
- TARDIF, J. (1998). *Le transfert des apprentissages*, Montréal : les Editions Logiques.
- LA REDACTION D’UN MÉMOIRE (2004). *Guide pratique pour l’étudiant*. <http://www-ssp.unil.ch/pdf/memoires.pdf>
- MGBWA V., (2009). « *La perte d’objet et l’état dépressif de la femme en situation d’Akus en pays Beti* », Thèse de Doctorat/PhD, Université de Yaoundé I.
- RICHER S et VALLERAND R.J. (1995). *Construction et validation de l’échelle du sentiment d’appartenance sociale en milieu de travail*, congrès de la SQRP, Ottawa.

ANNEXES

Annexe N° 1 : Autorisation de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN ***** Paix – Travail – Patrie ***** UNIVERSITE DE YAOUNDE I ***** FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION ***** DEPARTEMENT DE DIDACTIQUE DES DISCIPLINES		REPUBLIC OF CAMEROON ***** Peace – Work – Fatherland ***** UNIVERSITY OF YAOUNDE I ***** FACULTY OF EDUCATION ***** DEPARTMENT OF DIDACTICS
<p>Le Doyen The Dean N°...<u>247</u>...../22/UYI/FSE/VDSSE</p>		

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **BELA Cyrille Bienvenu**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **MVONDO MVONDO Joseph Sylvain**, Matricule 20V3117 est inscrit en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département : *EDUCATION SPECIALISEE*, filière : *INTERVENTION, ORIENTATION, EDUCATION EXTRASCOLAIRE*, Option : *INTERVENTION ET ACTION COMMUNAUTAIRE*.

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction de **Dr. ONAMBELE NGONO Lucine**. Son sujet est intitulé : « *Sécurité sanitaire et gestion des personnels de santé en temps de pandémie : cas de la COVID-19 au sein des fosa de l'arrondissement de Yaoundé 3* ».

Je vous saurai gré de bien vouloir le recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Yaoundé, le...05...AVR. 2022...
Pour le Doyen et par ordre
Le Vice-Doyen



Annexe N° 2 : Attestation de recherche

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie
*_*_*_*_*
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
*_*_*_*_*
DÉLÉGATION RÉGIONALE DU CENTRE
*_*_*_*_*
DISTRICT DE SANTÉ DE DJOUNGOLO
*_*_*_*_*



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland
*_*_*_*_*
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
*_*_*_*_*
CENTER REGIONAL DELEGATION
*_*_*_*_*
HEALTH SUB-DIVISION OF DJOUNGOLO
*_*_*_*_*

CERTIFICAT DE STAGE PRATIQUE ET D'EXERCICES
D'ACTIVITES SUR LE TERRAIN DANS L'AIRE DE SANTE
D'EMANA (CSIE)

Je soussigné.....
Chef de l'Aire de santé d'Émana ;

Auvua Marie Odette
Généraliste en Soins Infirmiers
Licenciée en Psychopathologie et Clinique

Atteste que M. **MVONDO MVONDO Josèphe Sylvain**

Matricule 20V3117, étudiant à UYI/FSE/EDS/IOE/IAC ;

a mené avec succès dans le cadre de la rédaction de son mémoire une recherche et collecte de donnée dans notre Aire de Santé(CSIE) sur le sujet sécurité sanitaire et gestion des personnels de santé en temps de pandémie : cas de la Covid-19 au sein CSIE du district de DJOUNGOLO.

En foi de quoi le présent certificat lui est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Yaoundé le.....

Le Chef de l'Aire de Santé d'Emana
*_*_*_*_*
Auvua Marie Odette
Généraliste en Soins Infirmiers
Licenciée en Psychopathologie et Clinique

Annexe N° 3 : Questionnaire

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail- Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE (CRFD) EN « SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES »

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'EDUCATION ET
INGENIERIE EDUCATIVE

S

:

F

E

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace- Work-Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING CENTRE
(CRFD) IN "SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES"

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING SCHOOL
IN EDUCATION AND EDUCATIONAL
ENGINEERING



QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Dans le cadre de la rédaction du mémoire de master 2 à la faculté des sciences de l'éducation de l'université de Yaoundé I nous menons une étude sur le thème « intervention et prise en charge des patients en situation de pandémie » de ce thème découle le sujet : sécurité sanitaire et gestion des personnels de santé en temps de pandémie : cas de la Covid-19 au sein CSIE du district de Djoungolo. Le questionnaire auquel nous vous prions d'apporter quelques éléments de réponse est anonyme. Il s'inscrit dans le cadre d'une recherche essentiellement académique. Il n'est pas une épreuve d'examen par conséquent il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Ce qui nous intéresse, c'est la réponse que vous apportez personnellement à chaque question. Il s'agit de cocher la case qui se rapproche le plus de votre réponse, et de la justifier si possible. Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration.

I-PARAMÈTRES D'IDENTIFICATION

Sexe : M F

Age

Statut matrimonial : Marié(e) Célibataire veu(f)ve

Statut social Travailleur (se) Retraité sans emploi

Statut du malade : sous traitement traitement pas régulier

Niveau d'étude : Primaire Secondaire supérieur

Cadre de soins

Lieu de résidence

II- EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCES

- 1- La formation du personnel en PEC est- elle importante ?
Oui Non
- 2- La possession de la documentation sur les directives Nationales de PEC des patients Covid-19 est importante ?
Oui Non
- 3- La COVID-19 est une maladie chronique ?
Oui Non
- 4- La COVID-19 est- elle une maladie endémique ?
Oui Non
- 5- Êtes-vous d'accord de l'influence de la qualité de la PEC sur les changements de comportements des patients COVID-19 ?
oui non
- 6- La participation aux séminaires de renforcement des capacités en PEC est-elle nécessaire ?
oui non

III- ATTITUDE DU PERSONNEL

- 7- La COVID-19 est- elle la personnalité du malade ?
Oui Non
- 8- La COVID-19 est- elle un individu dépendant des médicaments ?
Oui Non
- 9- La COVID-19 est- elle cause d'anxiété ou de stress ?
Oui Non Parfois
- 10- La confidentialité entre patient et soignant est-elle importante pour le malade?
Oui Non
- 11- Comment trouvez-vous la qualité de l'accueil au CSIE ?
Bonne mauvaise
- 12- La motivation des patients à suivre le traitement est –elle importante?
Oui non
- 13- Avez –vous à un moment donné pressenti que vous dominez la maladie ?
Oui Non

IV- EXPÉRIENCE PRATIQUE

- 14- Le niveau d'étude du malade est-il important pour sa qualité de vie ?
Oui Non
- 15- Le Counseling pré et post a-t-il un impact positif sur la qualité de vie du malade?
Oui Non

16- Le counseling mise sou traitement influence positivement la qualité de vie du malade?

Oui Non

17- L'observation est importante dans le suivi du malade ?

Oui Non

18- Comment sont les relations avec votre entourage dans la gestion de votre maladie ?

Bonne mauvaise

19- Depuis combien de temps exercez-vous dans la PEC en générale sur le terrain?

[Moins de 3ans [[3 – 6 ans [[7- 10 ans et plus [

V – SUIVI REGULIER DU MALADE ET ECOUTE

20- Comment est le suivi des malades au CSIE?

Bien mauvais

21- Depuis combien de temps êtes- vous sous traitement COVID-19?

[0 – 5 ans[[5 – 10 ans [[10 ans et plus[

22- Contrôlez-vous régulièrement votre assiduité à la prise de médicaments?

oui non

24 – Donnez-vos raisons ?

.....

VI – ETAT GENERAL DU MALADE

23- Comment est votre état physique?

bon mauvais

– Donnez-vos raisons ?

.....

24- Comment est votre état Psychologique?

bon mauvais

– Donnez-vos raisons ?

.....

Annexe N° 4 : Guide d'entretien

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail- Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE (CRFD) EN « SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES »

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'EDUCATION ET
INGENIERIE EDUCATIVE

S

:

F

E

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work-Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING CENTRE
(CRFD) IN "SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES"

DOCTORAL RESEARCH AND TRAINING SCHOOL
IN EDUCATION AND EDUCATIONAL
ENGINEERING



GUIDE D'ENTRETIEN

Dans le cadre de la rédaction du mémoire de fin de cycle master au Département d'Education Spécialisé de l'université de Yaoundé I, nous menons une étude intitulée : **sécurité sanitaire et gestion des personnels de santé en temps de pandémie : cas de la Covid-19 au sein CSIE du discrit de Djoungolo**. Nous sollicitons votre contribution en vous priant de nous accorder un entretien sur les rubriques ci-après. Il n'est pas une épreuve d'examen par conséquent il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Ce qui nous intéresse, c'est la réponse que vous donnez à chaque question. Nous vous rassurons que vos réponses ne seront utilisées qu'à des fins purement académiques et traitées de ce fait en toute confidentialité.

I- EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCES

- 1- La formation du personnel en PEC est- elle importante ?
- 2- L'influence de la qualité de la PEC sur les changements de comportements des patients COVID-19 est-elle possible ?
- 3- La participation aux séminaires de renforcement des capacités en PEC est-elle nécessaire ?

II- ATTITUDE DU PERSONNEL

- 4- La Covid-19 rend-t-elle un individu dépendant des médicaments ?
- 5- La Covid-19 peut-elle être cause d'anxiété ou de stress ?
- 6- La confidentialité entre patient et soignant est-elle importante pour le malade ?

- 7- La qualité de la prise en charge a-t-elle une influence sur la dimension cognitive et comportementale du patient ?

III- EXPÉRIENCE PRATIQUE et SUIVI RÉGULIER DU MALADE ET ÉCOUTE

- 8- Le Counseling pré et post a-t-il un impact positif sur la qualité de vie du malade ?
9- L'observation est importante dans le suivi du malade ?
10- Comment sont les relations avec votre entourage dans la gestion de votre maladie ?
11- Comment est le suivi des malades au CSIE?

Annexe N° 5 : Khi carré

Loi de Khi-deux

Le tableau donne x tel que $P(K > x) = p$

p	0,999	0,995	0,99	0,98	0,95	0,9	0,8	0,2	0,1	0,05	0,02	0,01	0,005	0,001
1	0,0000	0,0000	0,0002	0,0006	0,0039	0,0158	0,0642	1,6424	2,7055	3,8415	5,4119	6,6349	7,8794	10,8276
2	0,0020	0,0100	0,0201	0,0404	0,1026	0,2107	0,4463	3,2189	4,6052	5,9915	7,8240	9,2103	10,5966	13,8155
3	0,0243	0,0717	0,1148	0,1848	0,3518	0,5844	1,0052	4,6416	6,2514	7,8147	9,8374	11,3449	12,8382	16,2662
4	0,0908	0,2070	0,2971	0,4294	0,7107	1,0636	1,6488	5,9886	7,7794	9,4877	11,6678	13,2767	14,8603	18,4668
5	0,2102	0,4117	0,5543	0,7519	1,1455	1,6103	2,3425	7,2893	9,2364	11,0705	13,3882	15,0863	16,7496	20,5150
6	0,3811	0,6757	0,8721	1,1344	1,6354	2,2041	3,0701	8,5581	10,6446	12,5916	15,0332	16,8119	18,5476	22,4577
7	0,5985	0,9893	1,2390	1,5643	2,1673	2,8331	3,8223	9,8032	12,0170	14,0671	16,6224	18,4753	20,2777	24,3219
8	0,8571	1,3444	1,6465	2,0325	2,7326	3,4895	4,5936	11,0301	13,3616	15,5073	18,1682	20,0902	21,9550	26,1245
9	1,1519	1,7349	2,0879	2,5324	3,3251	4,1682	5,3801	12,2421	14,6837	16,9190	19,6790	21,6660	23,5894	27,8772
10	1,4787	2,1559	2,5582	3,0591	3,9403	4,8652	6,1791	13,4420	15,9872	18,3070	21,1608	23,2093	25,1882	29,5883
11	1,8339	2,6032	3,0535	3,6087	4,5748	5,5778	6,9887	14,6314	17,2750	19,6751	22,6179	24,7250	26,7568	31,2641
12	2,2142	3,0738	3,5706	4,1783	5,2260	6,3038	7,8073	15,8120	18,5493	21,0261	24,0540	26,2170	28,2995	32,9095
13	2,6172	3,5650	4,1069	4,7654	5,8919	7,0415	8,6339	16,9848	19,8119	22,3620	25,4715	27,6882	29,8195	34,5282
14	3,0407	4,0747	4,6604	5,3682	6,5706	7,7895	9,4673	18,1508	21,0641	23,6848	26,8728	29,1412	31,3193	36,1233
15	3,4827	4,6009	5,2293	5,9849	7,2609	8,5468	10,3070	19,3107	22,3071	24,9958	28,2595	30,5779	32,8013	37,6973
16	3,9416	5,1422	5,8122	6,6142	7,9616	9,3122	11,1521	20,4651	23,5418	26,2962	29,6332	31,9999	34,2672	39,2524
17	4,4161	5,6972	6,4078	7,2550	8,6718	10,0852	12,0023	21,6146	24,7690	27,5871	30,9950	33,4087	35,7185	40,7902
18	4,9048	6,2648	7,0149	7,9062	9,3905	10,8649	12,8570	22,7595	25,9894	28,8693	32,3462	34,8053	37,1565	42,3124
19	5,4068	6,8440	7,6327	8,5670	10,1170	11,6509	13,7158	23,9004	27,2036	30,1435	33,6874	36,1909	38,5823	43,8202
20	5,9210	7,4338	8,2604	9,2367	10,8508	12,4426	14,5784	25,0375	28,4120	31,4104	35,0196	37,5662	39,9968	45,3147
21	6,4467	8,0337	8,8972	9,9146	11,5913	13,2396	15,4446	26,1711	29,6151	32,6706	36,3434	38,9322	41,4011	46,7970
22	6,9830	8,6427	9,5425	10,6000	12,3380	14,0415	16,3140	27,3015	30,8133	33,9244	37,6595	40,2894	42,7957	48,2679
23	7,5292	9,2604	10,1957	11,2926	13,0905	14,8480	17,1865	28,4288	32,0069	35,1725	38,9683	41,6384	44,1813	49,7282
24	8,0849	9,8862	10,8564	11,9918	13,8484	15,6587	18,0618	29,5533	33,1962	36,4150	40,2704	42,9798	45,5585	51,1786
25	8,6493	10,5197	11,5240	12,6973	14,6114	16,4734	18,9398	30,6752	34,3816	37,6525	41,5661	44,3141	46,9279	52,6197
26	9,2221	11,1602	12,1981	13,4086	15,3792	17,2919	19,8202	31,7946	35,5632	38,8851	42,8558	45,6417	48,2899	54,0520
27	9,8028	11,8076	12,8785	14,1254	16,1514	18,1139	20,7030	32,9117	36,7412	40,1133	44,1400	46,9629	49,6449	55,4760
28	10,3909	12,4613	13,5647	14,8475	16,9279	18,9392	21,5880	34,0266	37,9159	41,3371	45,4188	48,2782	50,9934	56,8923
29	10,9861	13,1211	14,2565	15,5745	17,7084	19,7677	22,4751	35,1394	39,0875	42,5570	46,6927	49,5879	52,3356	58,3012
30	11,5880	13,7867	14,9535	16,3062	18,4927	20,5992	23,3641	36,2502	40,2560	43,7730	47,9618	50,8922	53,6720	59,7031
40	17,9164	20,7065	22,1643	23,8376	26,5093	29,0505	32,3450	47,2685	51,8051	55,7585	60,4361	63,6907	66,7660	73,4020
50	24,6739	27,9907	29,7067	31,6639	34,7643	37,6886	41,4492	58,1638	63,1671	67,5048	72,6133	76,1539	79,4900	86,6608
60	31,7383	35,5345	37,4849	39,6994	43,1880	46,4589	50,6406	68,9721	74,3970	79,0819	84,5799	88,3794	91,9517	99,6072
70	39,0364	43,2752	45,4417	47,8934	51,7393	55,3289	59,8978	79,7146	85,5270	90,5312	96,3875	100,4252	104,2149	112,3169
80	46,5199	51,1719	53,5401	56,2128	60,3915	64,2778	69,2069	90,4053	96,5782	101,8795	108,0693	112,3288	116,3211	124,8392
90	54,1552	59,1963	61,7541	64,6347	69,1260	73,2911	78,5584	101,0537	107,5650	113,1453	119,6485	124,1163	128,2989	137,2084
100	61,9179	67,3276	70,0649	73,1422	77,9295	82,3581	87,9453	111,6667	118,4980	124,3421	131,1417	135,8067	140,1695	149,4493
120	77,7551	83,8516	86,9233	90,3667	95,7046	100,6236	106,8056	132,8063	140,2326	146,5674	153,9182	158,9502	163,6482	173,6174
140	93,9256	100,6548	104,0344	107,8149	113,6593	119,0293	125,7581	153,8537	161,8270	168,6130	176,4709	181,8403	186,8468	197,4508
160	110,3603	117,6793	121,3456	125,4400	131,7561	137,5457	144,7834	174,8283	183,3106	190,5165	198,8464	204,5301	209,8239	221,0190
180	127,0111	134,8844	138,8204	143,2096	149,9688	156,1526	163,8682	195,7434	204,7037	212,3039	221,0772	227,0561	232,6198	244,3705
200	143,8428	152,2410	156,4320	161,1003	168,2786	174,8353	183,0028	216,6088	226,0210	233,9943	243,1869	249,4451	255,2642	267,5405
250	186,5541	196,1606	200,9386	206,2490	214,3916	221,8059	231,0128	268,5986	279,0504	287,8815	298,0388	304,9396	311,3462	324,8324
300	229,9634	240,6634	245,9725	251,8637	260,8781	269,0679	279,2143	320,3971	331,7885	341,3951	352,4246	359,9064	366,8444	381,4252
400	318,2596	330,9028	337,1553	344,0781	354,6410	364,2074	376,0218	423,5895	436,6490	447,6325	460,2108	468,7245	476,6064	493,1318
500	407,9470	422,3034	429,3875	437,2194	449,1468	459,9261	473,2099	526,4014	540,9303	553,1268	567,0698	576,4928	585,2066	603,4460
600	498,6229	514,5289	522,3651	531,0191	544,1801	556,0560	570,6680	628,9433	644,8004	658,0936	673,2703	683,5156	692,9816	712,7712
700	590,0480	607,3795	615,9075	625,3175	639,6130	652,4973	668,3308	731,2805	748,3591	762,6607	778,9721	789,9735	800,1314	821,3468
800	682,0665	700,7250	709,8969	720,0107	735,3623	749,1852	766,1555	833,4557	851,6712	866,9114	884,2789	895,9843	906,7862	929,3289
900	774,5698	794,4750	804,2517	815,0267	831,3702	846,0746	864,1125	935,4987	954,7819	970,9036	989,2631	1001,6296	1013,0364	1036,8260

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	1
DÉDICACE	2
REMERCIEMENTS	3
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ	5
ABSTRACT	5
INTRODUCTION	6
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	8
1-1-CONTEXTE ET JUSTIFICATION	9
1-1-1-Contexte	9
1-1-2- Justification	9
1-2-FORMULATION ET POSITION DU PROBLEME	10
1-3-QUESTIONS DE RECHERCHE	12
1-3-1- Question générale	12
1-3-2- Questions spécifiques.....	12
1-4- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	12
1-4-1-Objectif Général :	12
1-4-2-Objectifs spécifiques :.....	12
1-5- HYPOTHÈSES DE L'ETUDE	12
1-5-1-Hypothèse générale :.....	12
1-5-2-Hypothèses de recherche.....	12
1-6- INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE	13
1.6.1.Sur le plan biologique	13
1.6.2.Sur le plan sociologique	13
1.6.3.Sur le plan psychologique	13
1-7-DÉLIMITATION DES CHAMPS THÉORIQUES ET EMPIRIQUE DE L'ÉTUDE	14
1-7-1-Délimitation théorique	14
1-7-2-Délimitations du sujet	14
CHAPITRE 2 : ENCRAGE THEORIQUE OU INSERTION THEORIQUE	15

2-1- DEFINITION DES CONCEPTS CLES	15
2-2-REVUE DE LITTERATURE	19
2-2-1-Dépersonnalisation	19
2-2-1-1-Altération de la conscience du moi psychique	23
2-2-1-2-Altération du moi corporel	23
2-2-1-3- Approche neurobiologique de la dépersonnalisation	24
2-2-1-4-Études neuropsychologiques	24
2-2-2-Déréalisation	25
2-2-3- travaux expérimentaux sur la résilience dans un contexte de riposte national contre la Covid-19	26
2-2-3- 1-approches theoriques de la resilience	33
2-2-3- 2-resilience et approches psychocliniques	44
2-2-3-4-inconscient en ethnopsychiatrie	56
2-2-3-5-typologie ethnopsychiatrique des desordres de la personnalite	58
2-3- THEORIE(S) EXPLICATIVE(S)	63
2-3-1-théorie de la relation sociale	64
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	82
3-1-MÉTHODES ET TYPE DE RECHERCHE	82
3-1-1-Rappel du problème de l'étude.....	82
3-1-2-Question générale de d'étude	83
3-1-3- Rappel de l'objet d'étude	83
3-1-4-Rappel des hypothèses de l'étude	83
<i>3-1-4-1- hypothèse générale (HG)</i>	83
<i>3-1-4-2-Hypothèses de Recherches (HR)</i>	83
3-1-4-2-1- Hypothèses de Recherches n°1 (HR1)	83
3-1-4-2-2- Hypothèses de Recherches n°2 (HR2)	84
3-2-Description des variables de l'étude	84
3-3-Les indicateurs	85
3-4- Planification de l'enquête	87
3-5- Méthodes de recherche	87
3-5-1-Les méthodes quantitatives de recherche	87
3-5-2-Les méthodes qualitatives de recherche	88
3-6- TYPES DE RECHERCHE	88
3-7- LA ZONE D'ÉTUDE	88

3-8-POPULATION ET ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE	90
3-8-1- population cible	90
3-8-2- Population accessible	90
3-8-3- La technique d'échantillonnage.....	90
3-8-4- L'échantillon.....	91
3-8-5- Instruments de collecte des données	92
<i>3-8-5-1- Le questionnaire</i>	<i>92</i>
<i>3-8-5-2-Le guide d'entretien.....</i>	<i>93</i>
<i>3-8-5-3-Pré-enquête et validation du questionnaire</i>	<i>93</i>
<i>3-8-5-4- Mode de dépouillement.....</i>	<i>93</i>
3-8-2-L'outil de traitement des données.....	93
3-8-3-L'analyse statistique.....	94
3-8-4- Vérification des hypothèses par le test du khi-deux (X^2).....	94
<i>3-8-4-1- Condition de validité du test X^2</i>	<i>94</i>
<i>3-8-4-2-Étapesde vérification des hypothèses par le test du X^2.....</i>	<i>94</i>
3-9- DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.....	97
CHAPITRE 4 : CADRE OPERATOIRE ET DISCUSSION	98
4-1- PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	98
4.1.1. Identification des répondants.....	100
4-1-2-L'attitude du personnel du CSIE.	102
4-1-3- L'Expérience pratique du personnel du CSIE	106
4-1-4- Qualité de la prise en charge des personnes vivant avec la COVID-19.	108
4-2- Validation des hypothèses de recherche.....	109
4-2-1 Hypothèse générale (HG)	109
<i>4.2.1.1. Vérification de l'hypothèse de recherche n°1.....</i>	<i>110</i>
4.1.2. Vérification de l'hypothèse de recherche n°2	112
4.3. Interpretation , discussion des resultats	115
4.3.1.Les paramètres d'identification.	115
4.3.2. Attitude du personnel du CSIE.....	115
4.3.3. L'expérience ppratique du personnel du CSIE.....	116
4.3.4. Analyse épistémologique de l'étude	118
CONCLUSION GENERALE.....	120
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	123
ANNEXES.....	125
TABLE DES MATIERES	133

