



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Research Paper

Perception du risque lié au COVID-19, intelligence émotionnelle et santé psychologique des soignants

Perception of the risk of COVID-19, emotional intelligence and psychological health of caregivers

A. Tagne Nossi*, B. Tachom Waffo, H.C. Ngah Essomba, E.A. Mvessomba

Département de Psychologie, Université de Yaoundé 1, Yaoundé, Cameroun



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 15 septembre 2020

Reçu sous la forme révisée le 26 février 2021

Accepté le 2 mars 2021

Mots clés :

Perception du risque
Intelligence émotionnelle
Bien-être
Déresse psychologique
COVID-19

Keywords:

Perception of risk
Emotional intelligence
Wellbeing
Psychological distress
COVID-19

R É S U M É

La COVID-19 qui est apparue en Chine en 2019 s'est propagée à travers le globe terrestre causant au passage des dommages importants (OMS, 2020). Cette pandémie a généré des situations stressantes et entrave significativement à la santé mentale et psychosomatique de la population mondiale, singulièrement des personnels médicaux et paramédicaux. C'est pourquoi nous avons trouvé judicieux de nous intéresser sur la perception du risque, l'intelligence émotionnelle et la santé psychologique des soignants relativement à cette pandémie redoutable. Pour le faire, nous avons collecté un ensemble de données à partir d'un questionnaire composite auquel nous avons soumis 180 participants âgés entre 26 et 63 ans ($M = 17.89$, $ET = 6.56$) recrutés parmi les professionnels de la santé. Ils ont été sélectionnés grâce à la technique d'échantillonnage aléatoire simple. Les résultats de cette étude permettent de constater que l'intelligence émotionnelle est corrélée au bien-être psychologique ($r(180) = .25$; $p \leq .01$), tandis que la perception du risque est corrélée à la détresse psychologique ($r(180) = .29$; $p \leq .01$). De pareils résultats montrent l'impact de la perception du risque et de l'intelligence émotionnelle sur la santé psychologique des professionnels de la santé.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

COVID-19 which appeared in China in 2019 and spread all over the world causing on its way important damages (WHO, 2020). This pandemic has generated stressful situations and significantly hampered the mental and psychosomatic health of the world population, especially that of the medical and paramedical personnel. That is why, we thought it just to focus on the perception of risk, emotional intelligence and the psychological health of caregivers relatively to this dreadful pandemic. This brought us to collect some data through using a composite questionnaire, which we submitted to 180 participants aged between 26 and 63 years ($M = 17.89$, $ET = 6.56$) recruited among health workers. They have selected through the simple random sampling technique. The results of this study permit us to notice that emotional intelligence is correlated to the psychological well being ($r(180) = .25$; $p \leq .01$), while risk perception is correlated to the psychological distress ($r(180) = .29$; $p \leq .01$). This type of results shows the impact of the perception of risk and of emotional intelligence on the psychological health of the health professionals.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Depuis décembre 2019, le monde est confronté à une nouvelle pandémie connue sous l'appellation de SARS-CoV-2 (COVID-19), laquelle n'aura pratiquement épargné aucun pays. Son expansion et sa contagiosité exponentielle ont imposé le confinement de la

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : tagnenossi@gmail.com (A. Tagne Nossi).

plupart, voire la totalité des pays du monde, essouffées les hôpitaux et décimé au passage une part importante des personnels de santé (Docea et al., 2020 ; El-Hage et al., 2020). Au mois d'août, on enregistrait déjà 17 396 943, cas avec 675 060 décès parmi lesquels environ 30 % des personnels du corps médical (WHO, 2020). Pour Brooks et al. (2020), les enjeux indirects d'une telle pandémie sur le plan de la santé mentale sont au moins de deux ordres : l'impact psychologique potentiel du confinement sur la population générale et sur les personnes vulnérables et l'impact sur les soignants. Lors d'une pandémie comme celle de la COVID-19, les services de santé sont particulièrement sollicités (Shelef & Zalsman, 2020). Certains soignants sont en première ligne, d'autres font face à la réorganisation du système de santé que rend nécessaire une telle pandémie. Ils sont dès lors confrontés à de nombreuses difficultés comme l'exposition directe aux patients, l'exposition au risque de contamination, l'épuisement physique, la réorganisation des espaces de travail, l'adaptation à des organisations rigides de travail, la gestion de la pénurie de matériels, le nombre inhabituel élevé de décès (les patients, les collègues ou les proches), (Matsuishi et al., 2004 ; Maunder et al., 2004 ; Mboua et al., 2020 ; Shelef & Zalsman, 2020). Cet état de choses n'est pas sans conséquence sur le système de santé qui fait face à de nouveaux défis comme l'augmentation de la prévalence des troubles mentaux, tout particulièrement au sein des populations les plus exposées, à savoir le personnel soignant. Les personnels de santé qui sont directement impliqués dans le diagnostic, le traitement et les soins des patients atteints de la COVID-19 sont exposés à la détresse et à d'autres symptômes de santé mentale comme ce fut le cas avec l'épidémie de SRAS en 2003 (Mboua et al., 2020 ; Wang et al., 2020).

L'identification des difficultés psychologiques spécifiques et de leurs facteurs de risque s'avère nécessaire pour une approche multidimensionnelle relative à la mise en place d'un soutien efficace (Aoyagi et al., 2015 ; Mboua et al., 2020 ; Xiang et al., 2020). Cependant, les réponses individuelles peuvent varier d'une part en fonction de la perception du risque interpersonnel, de la résilience et des facteurs environnementaux et organisationnels en milieu de travail. D'autre part, elles peuvent aussi varier en fonction de la formation, de la disponibilité et de l'utilisation des équipements de protection individuelle (Dionne et al., 2018). Cette variabilité peut expliquer les effets psychologiques ressentis par les personnels soignants de première ligne pendant la COVID-19 (Lai et al., 2020). L'intérêt pour la santé mentale, l'ajustement psychologique et le rétablissement des personnels de santé deviennent donc une préoccupation majeure.

La santé psychologique, encore appelée santé mentale, était originellement définie comme l'absence de symptômes négatifs ou de maladie (Keyes, 2003, 2005). Pour Morin (2010), c'est un état de bien-être dans lequel chaque individu réalise son propre potentiel, peut faire face au stress normal de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse, étant par ailleurs capable d'apporter sa contribution à l'édification de sa communauté. Bien qu'il n'existe pas toujours une conceptualisation claire et intégrée de ce construit (Achille, 2003a), la santé psychologique est dorénavant comprise comme un construit multidimensionnel qui rend compte tant de l'absence de manifestations négatives que de la présence de manifestations positives (Achille, 2003b ; Berkman, 1971 ; Dejours, 1995 ; Keyes, 2005, 2006 ; Massé et al., 1998 ; OMS, 1946). Dans cette perspective de plus en plus adoptée, sa composante négative est habituellement identifiée comme étant la détresse psychologique, alors que sa composante positive est généralement connue sous le vocable de bien-être psychologique (Achille, 2003a ; Gilbert et al., 2011 ; Kelloway & Day, 2005 ; Keyes, 2003 ; Morin, 2010 ; Savoie et al., 2010). La détresse s'exprime à travers des comportements de colère, d'irritabilité, un sentiment d'anxiété, de l'épuisement, une tendance à se dévaloriser, à s'isoler et à

refuser de s'engager. À l'inverse, le bien-être s'exprime par un sentiment d'équilibre et de vitalité, de valeur, de maîtrise et d'efficacité personnelle (Deschênes & Capovilla, 2016). Il se traduit également par la recherche de relations, un besoin de s'engager dans des projets avec autrui et de partager une expérience sociale.

La santé psychologique fait également référence aux possibilités que le contexte organisationnel offre à l'individu, les conditions de travail et les tâches qui lui sont dévolues, de se sentir valorisé, de s'épanouir, de mener une vie équilibrée et d'avoir un niveau de stress qu'il est capable de gérer. Pour Foucher et Leduc (2001), il s'agit de l'état que développe un individu par rapport aux indices que sont l'estime ou la valorisation de soi, l'épanouissement, l'équilibre de vie et le niveau de stress lors des différentes situations de la vie. Morin (2010) précise que la santé mentale ne correspond pas seulement à l'absence de troubles mentaux, c'est aussi un état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté. Lors d'une pandémie comme celle de la COVID-19, on enregistre très souvent de nombreux besoins psychologiques, y compris des réactions émotionnelles incontrôlables (Leon, 2004 ; Li et al., 2020 ; Lima et al., 2020). De nombreuses études portant sur l'expérience des professionnels de la santé face à la pandémie de la COVID-19 estiment que c'est une situation qui doit être traitée de toute urgence (Adams & Walls, 2020 ; Selman et al., 2020 ; Williamson et al., 2020). Dans de pareilles circonstances, les personnels de santé sont des points de référence de plus en plus incontournables pour les citoyens, en ce qui concerne les informations sur la manière de faire face à la crise sanitaire (Mboua et al., 2020). Cela peut également les amener à se sentir pleinement responsables de la gestion de la situation au péril parfois de souvent entraver leur capacité à reconnaître leurs propres sentiments et inquiétudes (Khalid et al., 2016). Or, face à de pareilles situations la compétence et même l'intelligence sèche s'avèrent insuffisantes. Dans de pareilles situations, une autre forme d'intelligence différente de l'intelligence sèche est nécessaire (Pandey & Anand, 2010). Il s'agit de l'intelligence émotionnelle (IE) encore appelée auto-efficacité émotionnelle (Deschênes, Dussault, & Frenette, 2014).

Mayer et Salovey (1997) définissent l'intelligence émotionnelle (IE) comme une forme de traitement de l'information émotionnelle qui inclut l'évaluation correcte de ses propres émotions et de celles des autres, l'expression appropriée des émotions et la régulation adaptative des émotions dans le but d'améliorer l'existence. Il s'agit aussi d'un ensemble de compétences non cognitives, renvoyant habituellement à plusieurs prédispositions comportementales fondées sur des émotions, et qui affectent la manière dont un individu fait face aux demandes et pressions environnementales (Bar-On, 2012 ; Petrides & Furnham, 2003). Elle aide par exemple le soignant à comprendre et à utiliser les sentiments dans sa communication avec les malades, ses prises de décision et ses actions. Les personnes émotionnellement intelligentes utilisent autant les pensées pour manager les émotions, que les émotions pour manager les pensées. En effet, l'intelligence émotionnelle augmente la résilience et facilite la résistance face aux agresseurs environnementaux. En ce sens, elle médiatise la relation entre le stress et la santé (Extremera & Fernández-Berrocal, 2002), réduit le risque de développer des désordres psychologiques (Hertel & Schu, 2009), d'adopter les comportements sanitaires à risque et augmente les comportements sanitaires positifs (Campo et al., 2015). Selon Koubova et Buchko (2013), il existe plusieurs corrélations entre l'intelligence émotionnelle et le succès dans la vie personnelle et professionnelle. Pour eux, les gens qui arrivent à bâtir de bonnes relations avec les autres dans leur vie personnelle ont plus d'expérience d'émotions positives. Ainsi, ils ont tendance à davantage se concentrer au travail. En revanche, les employés avec

un niveau d'intelligence émotionnelle faible performant plus faiblement dans les travaux d'équipe et ont une moins grande satisfaction dans leur travail (Koubova et Buchko, 2013).

Selon Petrides et Furnham (2001), un niveau élevé d'intelligence émotionnelle est également lié à de meilleures capacités de gestion chez les cadres dans la mesure où ils savent quand laisser les émotions de côté pour prendre certaines décisions (Mikolajczak et al., 2012). On observe donc que les émotions jouent un rôle important dans les interactions humaines, même celles qui se produisent lors des rencontres dans des situations de soins de santé. En effet, elles constituent un « véhicule » qui est capable non seulement de communiquer des intentions et de façonner les comportements, mais aussi de construire (ou non) une confiance mutuelle, d'affecter le traitement de l'information et même de déterminer les choix de santé des individus (Chapman & Coups, 2006). Des études ont montré que les émotions non reconnues dans l'expérience des prestataires de soins de santé peuvent empêcher l'adoption d'un style de soins centré sur le patient et peuvent être associées à des comportements préjudiciables, tels que négliger les problèmes psychologiques des patients ou éviter de créer des liens avec ces derniers (Ely et al., 1995). Pour Ekman et Halpern (2015), Silva et Carvalho (2016) le manque de reconnaissance des émotions peut affecter la qualité des soins médicaux et le sentiment de bien-être des prestataires de soins d'une part et peut également conduire à la détresse, au désengagement et à l'épuisement d'autre part. La théorie de l'intelligence émotionnelle aide à mieux comprendre l'effet de ces émotions.

La théorie de l'intelligence émotionnelle insiste sur la manière dont un individu traite une information émotionnelle pour en tirer des avantages sur le plan décisionnel. Elle stipule que les individus qui perçoivent, comprennent, utilisent et gèrent mieux les émotions sont plus adaptés aux exigences quotidiennes. La littérature récente met en évidence trois modèles d'intelligence émotionnelle : la connaissance, l'habileté et le trait (Laborde et al., 2015). Le niveau de connaissance de l'IE renvoie à ce qu'un individu connaît sur les émotions et sur comment faire face aux situations émotionnelles qui pourraient survenir dans une situation stressante comme l'avènement de la COVID-19 par exemple. L'habileté quant à elle renvoie à ce que l'individu peut faire. Il s'agit là de sa capacité d'utiliser les connaissances émotionnelles face aux situations émotionnelles. Le trait renvoie à une disposition émotionnelle, qui traduit la tendance générale à se conduire d'une certaine manière dans une situation émotionnelle précise. Il est question dans ce cas de ce que l'individu fait habituellement. Les individus qui ont un trait d'IE élevé comprennent leurs émotions et les gèrent de manière à promouvoir le bien-être (Ekman & Halpern, 2015). Parmi les outils qui évaluent l'IE, le Questionnaire du trait d'intelligence émotionnelle (TEIQue) est le seul qui a été relié à des paramètres neurophysiologiques tels que la variabilité de la fréquence cardiaque et le cortisol salivaire (Laborde et al., 2015). C'est ce qui justifie du choix de ce modèle dans cette étude. Par ailleurs, en matière de santé, le trait d'IE est plus pertinent dans la mesure où il est un facteur de protection et de bien-être ; l'habileté par contre prédit le stress et les dysfonctionnements (Davis & Humphrey, 2012).

A la lumière de ce qui précède, il se dégage que l'absence de la prise en compte de l'IE au travail en général et dans les professions d'urgence comme le secteur de la santé en particulier peut être risquée pour l'individu et l'organisation (Monier, 2014). A ce propos, les études menées auprès de nombreux professionnels de santé montrent des liens significatifs entre l'IE et la santé psychologique au travail (Chan, 2006 ; Deschênes et al., 2014 ; Marien & Michel, 2015 ; Mikolajczak et al., 2007 ; Monier, 2014 ; Pishghadam & Sahebjam, 2012 ; Weng et al., 2011). La majorité de ces études a examiné les liens entre l'intelligence émotionnelle et un seul aspect de la santé psychologique au travail (Deschênes &

Capovilla, 2016). Pour la plupart, ces études examinent la relation avec le bien-être psychologique au travail, et très peu analysent la relation avec détresse psychologique (Chan, 2006 ; Ciarrochi et al., 2002 ; Gendron, 2007 ; Mikolajczak et al., 2007 ; Moon & Hur, 2011 ; Pishghadam & Sahebjam, 2012 ; Weng et al., 2011). La présente étude s'intéresse au lien entre l'intelligence émotionnelle et les deux aspects de la santé psychologique au travail chez les soignants. En période de crise sanitaire la santé psychologique est généralement influencée par la perception que les gens ont du risque lié à leur métier.

La perception désigne un processus physiologique et psychologique à travers lequel un individu reçoit et traite l'information tirée de son environnement via les sens (Slovic et al., 2000). Pour Ulleberg et Rundmo (2003), la perception du risque désigne l'évaluation subjective de la probabilité qu'un événement entraîne des dommages. De ce fait, on ne peut s'engager dans une action de prévention que si la situation dans laquelle on se retrouve est perçue comme pouvant causer un accident. La perception du risque peut donc permettre de comprendre les comportements des personnels soignants au Cameroun vis-à-vis de la pandémie de la COVID-19. Pour O'Connor et al. (1999), la perception du risque est un sujet important dans la mesure où elle représente un véritable outil indépendant de prédiction des intentions comportementales et constitue un point de départ pour la compréhension des actions humaines et des résultats de prises de décisions en situation d'incertitude (Charbonnier, 2007). Lors d'une situation de pandémie comme la COVID-19, la perception du risque par les soignants influence fortement les actions à mener. Slovic (1987) ont mis en évidence deux principales dimensions de la perception du risque. La première constitue une sorte de coefficient d'effroyabilité (*perceived Dread*) qui repose notamment sur le caractère potentiellement incontrôlable, catastrophique, fatal, différé et involontaire des risques. C'est le cas par exemple avec la COVID-19 qui a connu une propagation exponentielle et potentiellement incontrôlable. La seconde est liée à la connaissance du risque (*unknown hazard*) qui tient entre autres à l'observabilité, à la nouveauté, à la familiarité et à la compréhension du risque.

Douglas et Wildavsky (1982) ont démontré que le risque était le fruit d'une construction sociale subjective où chaque forme de vie sociale a son propre portefeuille de risques, sa propre hiérarchisation des risques et son propre rapport au risque. La perception du risque se construit par rapport à des points de références propres à l'individu. Ainsi, la perception du risque est considérée comme un processus sociologique d'adhésion (Simon, 1955). Ce qui laisse présager l'idée selon laquelle dans les cultures collectivistes comme celles qu'on retrouve dans les pays tels que le Cameroun, les individus ne perçoivent pas certaines situations comme risquées ainsi que ce serait le cas dans les cultures occidentales dites individualistes (Pirttila-Backman et al., 2004). Pour Rohrmann (1994), le risque est construit culturellement. Autrement dit, ce que les gens craignent et les raisons de cette crainte sont déterminés par des valeurs collectives partagées dans leur environnement. Dans la société africaine où le collectivisme est prépondérant, il est fort probable que la propagation rapide de la COVID-19 suscite davantage de stress auprès de la population en général et celle des soignants en particulier, soucieux de la souffrance des patients et de l'insuffisance du dispositif sanitaire adéquat. Certaines variables susceptibles d'influencer la perception du risque d'un individu ont été identifiées, relevant chacune et respectivement des approches axiomatique et psychologique (Kahneman & Tversky, 1974), de l'approche psychométrique (Slovic, 2000), et enfin de l'approche socioanthropologique ou culturelle (Douglas & Wildavsky, 1982). Il s'agit des variables de rationalité individuelle où la prise de risque se fait en fonction du critère de maximisation de l'utilité espérée. Ensuite, on relève également que des variables dites de « disponibilités

psychologiques » (croyances, préférences, émotions, biais, heuristiques), et des variables externes (communication, médiatisation, systèmes politiques) médiatisent la perception du risque. Les variables dites de « disposition culturelle » (identité sociale telle que l'âge, le sexe, la religion, l'appartenance à un groupe social, etc.) jouent également un rôle déterminant dans la construction de la perception du risque.

La perception du risque serait donc le produit de biais intuitifs, d'intérêts économiques et reflèterait également des valeurs socioculturelles. Elle dépend de nombreux facteurs, certains propres à l'individu (connaissances, croyances, expériences, âge, sexe), d'autres descriptifs du contexte sociétal (culture, idéologie, valeurs), d'autres relatifs à la nature du risque (Slovic, 2000) ; comme la contagion à la COVID-19. Par exemple, la disponibilité limitée des équipements de protection des personnels soignants en raison de la pénurie mondiale et du risque perçu de contracter la maladie lorsqu'ils sont en contact avec des patients infectés peut potentiellement faire apparaître de symptômes de détresse psychologique. En revanche, le fait de se sentir rassuré par les mesures de contrôle des infections mises en place, telles que l'efficacité des masques faciaux, peut réduire la perception du risque et atténuer, voire faciliter une réponse adaptative au stress (Dionne et al., 2018).

La présente recherche a donc pour objectif principal d'étudier la relation que la santé psychologique des soignants entretient avec la perception du risque d'une part (hypothèse 1) et l'intelligence émotionnelle d'autre part (hypothèse 2). Elle s'inscrit dans le sillage des précédentes études qui examinent la santé psychologique au travail. Cependant, l'environnement hospitalier reste encore un domaine à explorer dans les deux aspects de la santé psychologique au cours d'une période pareille, notamment la détresse psychologique. De plus, à notre connaissance à ce jour, un examen entre une situation pandémique, l'intelligence émotionnelle et la perception du risque associé à des problèmes de santé mentale chez les soignants est assez rare. En effet, l'une des limites des études précédentes était de ne pas montrer empiriquement les effets de ces variables sur les deux dimensions de la santé psychologique au travail (Derriennic & Vézina, 2001).

2. Méthode

2.1. Participants et procédure

Les participants de cette étude étaient tous des personnels soignants recrutés dans la ville de Yaoundé. Ils ont été choisis sur la base des critères suivants : avoir au moins deux d'expérience, être en service dans un centre de prise en charge des patients atteints de la COVID-19. Ils ont été sélectionnés et interrogés de manière aléatoire dans leur différent lieu de service. L'échantillon était composé de 180 participants, âgés de 26 à 63 ans ($M = 17.89$, $ET = 6.56$). Ils étaient soit de sexe masculin ($n = 130$), soit de sexe féminin ($n = 50$), et complétaient un questionnaire auto-administré et le retournaient à l'enquêteur. Dans le cadre de leur travail, certains avaient été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19 ($n = 72$), d'autres non ($n = 108$). Ils appartenaient tous à des structures de santé différentes (secteur public $n = 132$; secteur privé $n = 48$).

2.2. Instruments

2.2.1. Échelle de la perception du risque (Slovic, Fischhoff, & Lichtenstein 2000)

La perception du risque mesure la probabilité d'être affecté par un évènement. Elle est évaluée à la fois comme un construit unidimensionnel et multidimensionnel. Premièrement, on peut

évaluer les participants sur leur perception de la COVID-19 en ce qui concerne une dimension cognitive et affective. Deuxièmement, sur la base du paradigme psychométrique (Slovic, 1987, Slovic et al., 2000), des questions peuvent être posées sur leur perception de la COVID-19, sur des aspects tels que le caractère volontaire perçu, la contrôlabilité, la gravité et l'impact personnel. Les participant(e)s étaient invité(e)s à se positionner quant à leur probabilité d'être affecté(es) par la COVID-19, sur un dispositif de réponse de type Likert à cinq points allant de pas du tout d'accord (1) à tout à fait d'accord (5). L'analyse de l'indice de cohérence interne (α) a montré que le construit unidimensionnel était mieux ajusté à notre population ($\alpha = .61$).

2.2.2. Questionnaire du Trait d'Intelligence Émotionnelle (TEIQUE-SF), Mikolajczak et al., 2007 ; Petrides & Furnham, 2003)

Le TEIQUE-SF est la version réduite du TEIQUE. Il évalue le trait d'intelligence émotionnelle chez un individu à l'aide d'une échelle auto-reportée. Il existe deux versions : la version longue (153 items) et la version courte (30 items [Petrides & Furnham, 2003]). La version réduite mesure principalement le trait d'intelligence émotionnelle comme un construit unidimensionnel. Les items sont présentés aux participant(e)s accompagnés d'un dispositif de réponse de type Likert à sept points allant de pas du tout d'accord (1) à tout à fait d'accord (7). L'analyse de l'indice de cohérence interne (α) nous a permis d'obtenir une valeur de Cronbach intéressante ($\alpha = .72$).

2.2.3. Échelle de santé psychologique au travail (SPT)

La SPT a été évaluée à l'aide des items développés et validés par Gilbert et al. (2011). Les études antérieures indiquent de bonnes qualités psychométriques (consistance interne et structure factorielle) associées à ses échelles. Elles mesurent les deux dimensions de la santé psychologique au travail à savoir le bien-être et la détresse. D'abord, concernant le bien-être psychologique au travail nous avons obtenu une valeur satisfaisante de Cronbach ($\alpha = .83$). Ensuite, pour la détresse psychologique au travail, nous avons également obtenu une valeur satisfaisante de Cronbach ($\alpha = .93$). Les items sont présentés sur une échelle de fréquence de type Likert allant de (1) pas du tout d'accord à (5) tout à fait d'accord.

2.3. Considérations éthiques

Tous les participants ont été informés verbalement de l'objectif de l'étude, du caractère confidentiel et volontaire de leur participation, ainsi que de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment. Par la suite, il leur était remis une fiche de consentement éclairé qu'ils devaient lire et signer s'ils approuvaient l'étude.

2.4. Analyse des données

Les données collectées ont été traitées à partir des analyses de corrélation et de régression sur le logiciel SPSS version 23. Les résultats de cette étude sont présentés en deux temps. Tout d'abord, on analyse les statistiques descriptives et les corrélations. Les premières ont pour but de ressortir une distribution des tendances observées pour chaque variable/dimension. Les secondes, par le biais des indices d'associations linéaires (r) y relatives, permettent d'évaluer les liens entre les variables de l'étude. Ensuite, on rend compte de l'analyse de la régression entre la perception du risque, l'intelligence émotionnelle et la santé psychologique au travail. Cette méthode statistique permettra d'examiner la relation de causalité entre ces variables quantitatives, en mettant en lumière le poids de l'effet des premières (perception du risque et intelligence émotionnelle) sur les

Tableau 1
Moyennes, écarts-types et corrélations.

	Moyenne	Écart-type	1.	2.	3.	4.
1. Intelligence émotionnelle	4.24	.75				
2. Bien-être	3.72	.49	.25**			
3. Détresse	1.90	.72	.09	-.31**		
4. Perception	3.35	1.21	.10	.04	.29**	

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.**Tableau 2**
Régression entre la perception du risque, l'intelligence émotionnelle et la santé psychologique des personnels soignants.

Prédicteur	VD	Bêta	t	Sig	R2 ajusté	F	Sig
Perception du risque	Bien-être	-.206	-3.099	.002	.038	.606	.002 ^b
	Détresse	.213	3.210	.002	.045	10.302	.002 ^b
Intelligence émotionnelle	Bien-être	.211	3.173	.002	.040	10.080	.002 ^b
	Détresse	-.205	-3.078	.002	.037	9.472	.002 ^b

secondes (le bien-être psychologique et la détresse psychologique des personnels soignants). Ce poids s'analyse concrètement grâce aux coefficients standardisés bêta (β) et aux valeurs t de bêta.

3. Résultats

Nous avons estimé d'une part la moyenne, l'écart-type et le coefficient de corrélation pour chaque variable de l'étude de notre échantillon (Tableau 1). Par la suite une analyse de régression a été effectuée (Tableau 2).

Le Tableau 1 met en évidence la moyenne et l'écart-type de chaque variable d'une part et les différentes corrélations entre les variables d'autre part. D'un point de vue descriptif, les participants sont émotionnellement intelligents ($M = 4.24$; $ET = .75$). On peut dire qu'ils manifestent tous la capacité de percevoir, d'évaluer, de comprendre, d'exprimer, de gérer leurs émotions et celles des autres. Ils estiment également qu'il soit probable qu'ils soient infectés par le coronavirus ($M = 3.35$; $ET = 1.21$). On observe aussi que dans l'ensemble les participants ressentent plus du bien-être psychologique ($M = 3.72$; $ET = .49$) et moins de la détresse psychologique ($M = 1.90$; $ET = .72$). En ce qui concerne les analyses corrélationsnelles, le tableau montre un lien positif et significatif entre la santé psychologique des soignants et l'intelligence émotionnelle d'une part et avec la perception de risque d'autre part. Autrement dit, on observe que l'intelligence émotionnelle est corrélée au bien-être psychologique ($r(180) = .25$; $p \leq .01$). En revanche, on observe plutôt un lien entre la perception du risque et la détresse psychologique ($r(180) = .29$; $p \leq .01$). En somme, ces statistiques révèlent que la perception du risque et l'intelligence émotionnelle sont liées à la santé psychologique des personnels soignants. Les analyses de la régression permettent d'examiner plus finement les effets prédicteurs de chaque variable.

Le Tableau 2 présente l'ensemble des prédicteurs qui sont pertinents pour une dimension de la santé psychologique au travail. Dans l'ensemble, on observe que la perception du risque et l'intelligence émotionnelle expliquent la santé psychologique au travail. Plus spécifiquement, concernant le bien être psychologique, l'analyse de la régression indique un effet positif et significatif de l'intelligence émotionnelle ($\beta = 0.211$, $t(180) = 3.173$, $p \leq .01$). Cela voudrait dire que les participants qui ont l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information émotionnelle ont une vie bien équilibrée entre leurs activités professionnelles, familiales et personnelles. La perception du

risque quant à elle prédit la détresse psychologique ($\beta = -0.238$, $t(180) = 3.609$, $p \leq .001$). C'est-à-dire que le fait que les participants pensent qu'il soit fort probable qu'ils soient infectés par le coronavirus (COVID-19) ou un membre de leurs familles dans un futur très proche suscitent en eux un désintérêt pour leur travail et une forte tendance à être moins réceptifs aux idées (opinions) des collègues au travail. Ils éprouvent également des difficultés à se concentrer sur quoi que ce soit, et ont envie de tout lâcher, de tout abandonner.

4. Discussion

La COVID-19 s'est répandue rapidement à partir de janvier 2020, entraînant une augmentation dramatique de la mortalité. Les enjeux d'une telle pandémie sur le plan de la santé mentale sont nombreux. Cette étude, de même que plusieurs études antérieures, suggèrent que les professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des patients présentent un risque important d'être affectés sur le plan psychologique. Pour comprendre cette situation dans le contexte camerounais, cette étude a été menée avec un double objectif : étudier le lien que la santé psychologique des soignants entretient avec la perception du risque (objectif 1) et avec l'intelligence émotionnelle (objectif 2). L'analyse des données recueillies auprès d'un échantillon de personnels soignants met en évidence une relation entre la perception du risque et la détresse psychologique, ainsi qu'une relation entre l'intelligence émotionnelle et le bien-être psychologique des soignants.

En premier lieu, lorsque les soignants évaluent la probabilité qu'un évènement comme la gestion des malades atteints de la COVID-19 entraîne des dommages, ils ressentent de la détresse psychologique. Des symptômes de stress, voire d'anxiété sont présents chez ces derniers. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les professionnels de la santé, face à une pandémie se sentent vulnérables, impuissants et inquiets de leur propre santé et celle de leurs proches, mais aussi par les changements dans les conditions de travail (Chen et al., 2020 ; El-Hage et al., 2020). Dans cette perspective, l'importance accordée à la maladie, les répercussions qu'elle a dans la vie, la menace qu'elle représente, le contrôle que nous pensons avoir sur la situation et enfin l'incertitude et l'imprévisibilité qu'elle contient orientent les individus vers des émotions négatives (Eisenberg et al., 1997). Le résultat obtenu dans cette étude conforte ceux obtenus par Wang et al. (2020) qui montrent que de nombreux professionnels directement impliqués dans la prise en charge des patients COVID-19 ont signalé une pression psychologique importante liée au travail et des symptômes somatiques fréquents. Lam et al. (2020) quant à eux affirment que la peur de contracter la COVID-19 (contact étroit avec les cas, fourniture inadéquate d'équipement de protection individuelle, formation insuffisante au contrôle des infections et présence de symptômes) serait des prédicteurs importants de la dépression et des réactions émotionnelles négatives.

En second lieu, les résultats montrent un lien entre l'intelligence émotionnelle et le bien-être psychologique. En effet, lorsqu'un travailleur se croit en mesure d'identifier adéquatement ses émotions et celles des autres, de les utiliser, de comprendre les raisons derrière les émotions que les autres ressentent et de gérer ces émotions, il y aura moins de chances de vivre un état de détresse psychologique au travail. De ce fait, un soignant émotionnellement intelligent est capable de se ressaisir devant une situation génératrice de peur et de se concentrer sur le patient qu'il considère comme une personne en souffrance. Dans le cadre de cette étude, on observe que les soignants qui traitent efficacement l'information émotionnelle ajustent leurs comporte-

ments pendant le service, ce qui les amène à ressentir moins de détresse psychologique. Ce résultat va dans le même sens que ceux des études ayant identifié des liens significatifs entre l'intelligence émotionnelle et l'épuisement professionnel qui constitue l'une des principales manifestations de la détresse psychologique (Chan, 2006 ; Ciarrochi et al., 2002 ; Mikolajczak et al., 2007 ; Moon & Hur, 2011 ; Pishghadam & Sahebjam, 2012 ; Weng et al., 2011).

En référence à la théorie de l'IE, Mayer et al. (2000a, b) indiquent qu'un traitement efficace de l'information émotionnelle implique également un traitement cognitif fonctionnel. C'est ce qui explique la raison pour laquelle les individus qui sont capables de gérer efficacement leurs émotions et celles des autres ressentent moins de détresse psychologique. Leurs aptitudes à percevoir, à comprendre et à gérer les émotions neutralisent la peur liée à la létalité de la COVID-19. La capacité de rester positif et d'envisager la vie du bon côté, la capacité d'adapter les émotions et les pensées aux situations nouvelles, la capacité d'harmoniser les émotions et les pensées avec la réalité objective, agissent sur la résilience des individus (Bar-On, 2012 ; Petrides & Furnham, 2003). Ces aptitudes inhibent les croyances selon lesquelles l'infection au coronavirus est une fatalité et réduit l'apparition des symptômes psychiatriques tels la dépression, l'anxiété, le stress. On peut donc dire que les compétences liées à l'IE ont aidé les soignants à faire face à ces émotions dysfonctionnelles, ont inhibé les croyances négatives et ont favorisé le bien-être psychologique face à la pandémie de la COVID-19. Parmi ces compétences on a par exemple l'adaptabilité, les compétences relationnelles, l'autorégulation, les compétences sociales, le bonheur, etc., qui aident les participants à aller au-delà des difficultés du travail pour se garantir le bien-être. L'adaptabilité en particulier permet une flexibilité et un ajustement comportemental pour faire face aux situations de travail stressantes ou anxiogènes. Ce qui peut justifier du fait que le travailleur réussisse à gérer les émotions négatives. De plus, en tant que travailleurs sociaux dans un environnement à forte prédominance collectiviste comme celui du Cameroun, ils sont prédisposés à ressentir de l'empathie pour le patient. Ce qui peut favoriser l'aptitude à traiter efficacement ses émotions, de manière à toujours vouloir activer les émotions positives chez les malades afin de les reconforter.

5. Conclusion

Depuis quelques années, les problèmes de santé psychologique au travail sont en hausse et affectent un nombre considérable de travailleurs (Gilbert et al., 2011). En période de crise sanitaire comme celle qu'a occasionnée la pandémie de la COVID-19, on note le plus souvent un impact psychologique important qui affecte considérablement la santé mentale des travailleurs en général et ceux de la santé engagés dans la riposte en particulier (Shelef & Zalsman, 2020). Cette situation est due à la peur de contaminer sa famille, ses collègues ou celle de mourir. Ce qui suggère la mise en place de mesures d'accompagnement spécialisées et adaptées. Le présent travail a permis dans une certaine mesure de proposer certaines des voies par lesquelles il est possible de faire face. Les résultats auxquels nous sommes parvenus montrent que la perception du risque et l'intelligence émotionnelle expliquent la santé psychologique des personnels soignants. Ces résultats nécessitent une attention particulière dans la mesure où les études précédentes ont montré que la détresse émotionnelle est souvent associée à des mauvais soins administrés aux patients et à des pratiques professionnelles inefficaces, avec un effet durable sur l'état de santé des professionnels (Panagioti et al., 2018). Le soutien social et l'aide logistique des institutions devraient donc diminuer les niveaux de stress, d'anxiété et de dépression chez les soignants comme l'affirment les travaux de Schreiber et al. (2019). Il s'avère donc indispensable de diminuer leurs inquiétudes

pour leurs proches en mettant en place des protocoles de désinfection, en favorisant l'accès prioritaire aux tests et aux équipements de protection individuelle (Adams & Walls, 2020). Il serait également intéressant de maintenir des temps de pause au travail, de rappeler les règles d'hygiène quotidiennes comme le sommeil, l'activité physique, la réduction à l'exposition aux écrans et aux médias (Chen et al., 2020). Le modèle *Anticiper, Planifier, Dissuader* (APD) proposé par Chen et al. (2020) est un entraînement efficace pour les soignants à la résistance au stress. Selon ces derniers, pour anticiper, les soignants doivent recevoir une information sur l'impact d'une crise, sa nature et ses effets. Pour planifier, durant la formation ils doivent élaborer un plan personnel de résilience pour identifier et anticiper leurs réponses et ressources possibles (support, mission, devoir, utilité). Pour dissuader un impact délétère, les soignants doivent apprendre à utiliser le plan personnel. Par exemple, durant l'épidémie Ebola, les soignants préalablement formés n'avaient pas développé de trouble de stress post traumatique cliniquement significatif (Chen et al., 2020). La mise en place d'un pareil modèle est véritablement utile dans un pays comme le Cameroun où les formations sanitaires ne sont pas suffisamment préparées à faire face à des menaces comme celle de la pandémie de la COVID-19, tant du point de vue du plateau technique, de la formation des soignants que de l'accompagnement psychologique et social de ces derniers.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- Achille, M. A. (2003a). Définir la santé au travail : Base conceptuelle d'un modèle de la santé au travail. In R. Foucher, A. Savoie, & L. Brunet (Eds.), *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail* (pp. 65–90). Montréal, QC: Éditions Nouvelles.
- Achille, M. A. (2003b). Définir la santé au travail. II. Un modèle multidimensionnel des indicateurs de la santé au travail. In R. Foucher, A. Savoie, & L. Brunet (Eds.), *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail* (pp. 91–112). Montréal, QC: Éditions Nouvelles.
- Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Journal of the American Medical Association*, 323(15), 1439–1440.
- Aoyagi, Y., Beck, C. R., Dingwall, R., & Nguyen-Van-Tam, J. S. (2015). Healthcare workers' willingness to work during an influenza pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Influenza Other Respir Viruses*, 9(3), 120–130. <http://dx.doi.org/10.1111/12310>
- Bar-On, R. (2012). The Impact of Emotional Intelligence on Health and Wellbeing. In A. Di Fabio (Ed.), *Emotional Intelligence-New Perspectives and Applications* (pp. 28–50). IntechOpen.
- Berkman, P. L. (1971). Measurement of mental health in a general population survey. *American Journal of Epidemiology*, 94, 105–111.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., & Smith, L. E. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–920.
- Campo, M., Laborde, S., & Weckemann, S. (2015). Emotional intelligence training: implications for performance and health. *Advances in Psychology Research*, 101, 75–92.
- Chan, D. W. (2006). Emotional intelligence and components of burnout among secondary school teachers in Hong Kong. *Teaching and Teacher Education*, 22, 1042–1054.
- Chapman, G. B., & Coups, E. J. (2006). Emotions and preventive health behavior: worry, regret, and influenza vaccination. *Health Psychology*, 25, 82–99. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.82>
- Charbonnier, J. (2007). *Pratique du risk management, Méthodologie et pratiques*. Collection Plus, Éditions Dalloz-Sirey.
- Chen, Q., Liang, M., & Li, Y. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7(4), 15–16.
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, 197–209.
- Davis, S. K., & Humphrey, N. (2012). Emotional intelligence as a moderator of stressor-mental health relations in adolescence: Evidence for specificity. *Personality and Individual Differences*, 52, 100–105.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? *Le travail humain*, 58(1), 1–16.

- Derriennic, F., & Vézina, M. (2001). Organisation du travail et santé mentale : approches épidémiologiques. *Travailler*, 5, 7–22.
- Deschênes, A.-A., & Capovilla, P. (2016). L'auto-efficacité émotionnelle : un facteur à considérer pour expliquer la santé psychologique au travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 22, 173–186.
- Deschênes, A.-A., Dussault, M., & Frenette, É. (2014). Auto-efficacité émotionnelle et épuisement professionnel de directions d'établissement d'enseignement. *Revue Canadienne de l'éducation*, 37(4), 1–22.
- Dionne, G. D., Lebeau, M., Messier, S., & Dascal, A. (2018). Health care workers' risk perceptions and willingness to report for work during and influenza pandemic. *Risks*, 6(1), 8–17. <http://dx.doi.org/10.3390/6010008>
- Docea, A. O., Tsatsakis, A., Albulescu, D., Cristea, O., Zlatian, O., Vinceti, M., Moschos, S. A., Tsoukalas, D., Goumenou, M., & Drakoulis, N. (2020). A new threat from an old enemy: Re-emergence of coronavirus. *International Journal of Modern Medicine*, 45, 1631–1643.
- Douglas, M., & Wildavsky, A. (1982). *Risk and Culture: an essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley: University of California Press.
- Eisenberg, R., Cummings, J., Armeli, S., & Lynch, P. (1997). Perceived organizational support, discretionary treatment, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 82(5), 812–820.
- Ekman, E., & Halpern, J. (2015). Professional distress and meaning in health care: why professional empathy can help. *Social Work in Health Care*, 54, 633–650. <http://dx.doi.org/10.1080/00981389.2015.1046575>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Bruna, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Jollant, F., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M. O., & Auouzerate, B. (2020). Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *L'Encéphale*, 46, S73–S80.
- Ely, J. W., Levinson, W., Elder, N. C., Mainous, A. G., & Vinson, D. C. (1995). Perceived causes of family physicians' errors. *Journal of Family Practice*, 40, 337–344.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47–59.
- Foucher, R., & Leduc, F. (2001). *Domaines de pratiques et compétences professionnelles des psychologues du travail et des organisations*. Montréal: Editions Nouvelles.
- Gendron, B. (2007). *Des compétences au capital émotionnel et bien-être et mal-être au travail des enseignantes*.
- Gilbert, M.-H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 61, 195–203.
- Hertel, J., & Schu, A. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 942–955.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1974). Judgement under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, 185, 1124–1131.
- Kelloway, E. K., & Day, A. L. (2005). Building healthy workplaces: What we know so far. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 37(4), 223–235.
- Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 293–312). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548.
- Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77(1), 1–10.
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical Medicine and Research*, 14, 7–14. <http://dx.doi.org/10.3121/1303>
- Koubova, V., & Buchko, A. A. (2013). Life-work balance: Emotional intelligence as a crucial component of achieving both personal life and work performance. *Management Research Review*, 36(7), 700–719.
- Laborde, S., Dosseville, F., & Allen, M. S. (2015). Emotional intelligence in sport and exercise: A systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 1, 1–13.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated with Mental Health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease. *Journal of the American Medical Association*, 3(3), e203976. <http://dx.doi.org/10.1001/2020.3976>
- Lam, S. C., Arora, T., Grey, I., Suen, L. K. P., Huang, E. Y., Li, D., & Lam, K. B. H. (2020). Perceived risk and protection from infection and depressive symptoms among healthcare workers in Mainland China and Hong Kong during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 686–693.
- Leon, G. R. (2004). Overview of the psychosocial impact of disasters. *Prehospital Disaster Medicine*, 19, 4–9. <http://dx.doi.org/10.1017/1049023X00001424>
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibousers. *International Journal of Environmental Research of Public Health*, 17, 20–32. <http://dx.doi.org/10.3390/17062032>
- Lima, C. K. T., de Medeiros Carvalho, P. M., Lima, I. D. A. S., de Oliveira Nunes, J. V. A., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C. G. L., & Neto, L. R. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Resusc*, 287, 112915. <http://dx.doi.org/10.1016/112915>
- Marien, P., & Michel, P. (2015). L'Inventaire de stress professionnel adapté aux Métiers de l'urgence et corrélats psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(8), 704–710.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'EMMBEP. *Revue canadienne de santé publique*, 89(5), 352–357.
- Matsuishi, K., Kawazoe, A., & Imai, H. (2004). Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 66(4), 353–360.
- Mauder, R. G., Lancee, W. J., & Rourke, S. (2004). Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 938–942.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence: The case for ability scales. In R. Bar-On, J. A. Parker, R. Bar-On, & J. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 320–342). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Steinberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 396–420). New York: Cambridge.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications* (pp. 3–31). New York, NY: Basic Books.
- Mboua, P. C., Nguemy Keubo, F., & Nguemkeu Fouaka, S. G. (2020). Anxiété et dépression associées à la prise en charge de la COVID-19 chez les personnels de santé au Cameroun. *L'évolution psychiatrique*, 1, 1–16.
- Mikolajczak, M., Balon, N., Ruosi, M., & Kotsou, I. (2012). Sensitive but not sentimental: Emotionally intelligent people can put their emotions aside when necessary. *Personality and Individual Differences*, 52(4), 537–540.
- Mikolajczak, M., Menil, C., & Luminet, O. (2007). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress: Exploration of emotional labor processes. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 1107–1117.
- Monier, H. (2014). La gestion des émotions au travail : le cas des policiers d'élite. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 4(3), 105–121.
- Moon, T. W., & Hur, W.-M. (2011). Emotional intelligence, emotional exhaustion, and job performance. *Social Behavior and Personality*, 39(8), 1087–1096.
- Morin, E. (2010). Prévenir la détresse, certes : promouvoir le bien-être psychologique, certainement ! *Le Journal des Psychologues*, 283, 38–41.
- O'Connor, R. E., Bord, R. J., & Fisher, A. (1999). Risk perceptions, general environmental beliefs, and willingness to address climate change, risk analysis. *An International Journal*, 19(3), 461–471.
- Organisation mondiale de la santé (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19–22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948. *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, (2).
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodkinson, A., Riley, R., & Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 178, 1317–1330. <http://dx.doi.org/10.1001/2018.3713>
- Pandey, R., & Anand, T. (2010). Emotional intelligence and its relationship with marital adjustment and health of spouse. *Indian Journal of Social Science Researches*, 7(2), 38–46.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425–448.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioral validations in two studies of emotion, recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, 17, 39–57.
- Pirttilä-Backman, A.-M., Kassea, B. R., & Ikonen, T. (2004). Les formes de collectivisme et d'individualisme au Cameroun. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35(4), 481–498.
- Pishghadam, R., & Sahebjam, S. (2012). Personality and emotional intelligence in teacher burnout. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 227–236.
- Rohrmann, B. (1994). Risk perception of different societal groups: Australian findings and cross-cultural comparisons. *Australian Journal of Psychology*, 46, 150–163.
- Savoie, A., Brunet, L., Boudrias, J.-S., & Gilbert, M.-H. (2010). Surenchère de la non-santé psychologique au travail. *Le Journal des Psychologues*, 283, 31–34.
- Schreiber, M., Cates, D. S., & Formanski, S. (2019). Maximizing the resilience of healthcare workers in multi-hazard events: lessons from the 2014–2015 Ebola response in Africa. *Millennium Medicine*, 184, 114–120.
- Selman, L. E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C., & Koffman, J. (2020). Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e81–e86.
- Shelef, L., & Zalsman, G. (2020). The psychological impact of covid-19 on mental health-literature review. *Harefuah*, 5, 320–332.
- Silva, J. V., & Carvalho, I. (2016). Physicians experiencing intense emotions while seeing their patients: what happens? *Permanente Journal*, 20, 31–37. <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/15-229>
- Simon, H. (1955). A behavioural model of rational choice. *Quarterly Journal of Economics*, 69, 99–118.
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280–285.
- Slovic, P. (2000). *The Perception of Risk; Risk, Society and Policy Series*. Earthscan Publications Ltd.
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (2000). Cognitive Processes and Societal Risk Taking. In P. Slovic (Ed.), *The Perception of risk* (pp. 32–50). London: Earthscan Publications Ltd.
- Ulleberg, P., & Rundmo, T. (2003). Personality, attitudes and risk perception as predictors of risk driving behaviour among young drivers. *Safety Science*, 41, 427–443.

- Wang, W., Tang, J., & Wei, F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal of Medical Virology*, (4), 441–447. <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.25689>
- Weng, H. C., Hung, C. M., Liu, Y. T., Cheng, Y. J., Yen, C. Y., Chang, C. C., & Huang, C. K. (2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medical Education*, 45(8), 835–842.
- Williamson, V., Murphy, D., & Greenberg, N. (2020). COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occupational Medicine* Doi: 10.1093/.
- World Health Organization (2020). WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic?. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>. Accessed April 3, 2020.
- Xiang, Y. T., Jin, Y., & Cheung, T. (2020). Joint international collaboration to combat mental health challenges during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*.. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1057>