



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



Article original

Traumatisme et résilience associés à la pandémie de la COVID-19 dans les villes de Bafoussam et de Dschang au Cameroun



Trauma and resilience associated with the COVID-19 pandemic in the cities of Bafoussam and Dschang in Cameroon

Pierre Célestin Mboua^{a,*}, Christian Siakam^b, François Roger Nguépy Keubo^c

^a Institut de psychotraumatologie et de Médiation (IPM), Université de Dschang, BP 20357 Yaoundé, Cameroun

^b Ministère des Mines, de l'Industrie et du Développement Technologique, Dschang, Cameroun

^c Psychologie Clinique et Psychopathologie, Dschang, Université de Dschang, Cameroun

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 24 novembre 2020

Accepté le 30 mars 2021

Disponible sur Internet le 6 avril 2021

Mots clés :

Covid-19

État de stress post-traumatique

Résilience

Traumatisme

Keywords:

Covid-19

Post-traumatic stress disorder

Resilience

Trauma

RÉSUMÉ

Introduction. – L'émergence de la pandémie de la Covid-19 dans le monde, a été marquée par une soudaineté et une imprévisibilité qui ont fasciné l'imaginaire. Au Cameroun, la faiblesse des mesures de détection et de prise en charge, associée à une communication désorganisée, était susceptible de générer une traumatisation importante de la population, qu'interroge l'étude.

Objectif. – Cette étude évalue la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique, ainsi que la résilience, associées à la pandémie de la Covid-19 dans la Région de l'Ouest, au Cameroun.

Méthodologie. – La recherche a eu recours à la méthodologie des enquêtes de santé mentale en population générale. Elle s'est conformée aux dispositions éthiques du protocole d'Helsinki. Les outils de collecte des données utilisés sont : l'Impact of Event Scale-Revised et la Connor-Davidson Resilience Scale.

Résultats. – Quatre cent-neuf sujets ont été recrutés, représentant un taux de réalisation de 106,5 %. 70,7 % des sujets ont présenté des symptômes de l'ESPT. Ces symptômes sont plus souvent légers (40,9 %) ou modérés (25,6 %). La moyenne des scores enregistrés à la CD-RISC est de 64,3, l'écart-type de 15,3 et le coefficient de variation de 24 %. Cette moyenne s'inscrit dans le deuxième quartile de la distribution, témoignant d'une résilience moyenne.

Conclusion. – La pandémie de la Covid-19 a un potentiel traumatogène non négligeable, lequel affecte la santé mentale des populations camerounaises.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Introduction. – The emergence of the Covid-19 pandemic in Cameroon, as in Africa and around the world, was marked by a suddenness and unpredictability that fascinated the imagination. The considerable psychic and social repercussions of the pandemic mobilized a significant anguish of death. The sudden onset of the pandemic was followed by spectacular, high-profile deaths that fascinated the imagination, listing it in the order of traumatic events, provoking reactions of astonishment, flight and avoidance.

Goal. – The objective of this study is to determine the symptomatology of post-traumatic stress disorder, as well as the resilience, associated with the Covid-19 pandemic in the Western Region of Cameroon.

Methodology. – The research was carried out following the model of general population mental health surveys. The availability of area frames (sampling) made it possible to opt for probabilistic calculations. First and second year master's students in clinical psychology from Dschang University were involved in data collection. They benefited from a two-day seminar on data collection techniques in the general

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierrecelestinmboua@yahoo.fr (P. C. Mboua).

population. The calculated sample size is 384 households. The anticipated response rate, set at 90%, made it possible to increase robustness and to anticipate a total sample of 424 households, spread over 3 districts of Bafoussam and Dschang, according to the choice previously made. The study followed the ethical provisions of the Helsinki Protocol. The data collection tools used are: the Impact of Event Scale-Revised and the Connor-Davidson Resilience Scale.

Results. – 409 subjects were recruited, representing a completion rate of 106.5%. 70.7% of subjects exhibited symptoms of PTSD. These symptoms are more often mild (40.9%) or moderate (25.6%). Women are more affected (73.7%) by PTSD than men (67.9%). In addition to sex and age, area of residence and marital status, appear to be significantly associated with symptoms of PTSD: subjects under 35 years of age have a significantly higher prevalence rate than those over 35; the rate of PTSD is significantly higher in subjects living in urban areas than in those living in rural areas; single subjects are more affected by PTSD (40.1%) than married subjects (26.7%). The average score recorded on the CD-RISC is 64.3, the standard deviation is 15.3 and the coefficient of variation is 24%. This average falls into the second quartile of the distribution, indicating average resilience. CD-RISC scores are not affected by gender, age, marital status, level of education, or occupational status. These characteristics are therefore not factors of resilience.

Conclusion. – The Covid-19 pandemic has had a psychological impact in Cameroon which has made it a major psychosocial stressor. More than 6 in 10 people have symptoms of PTSD. But this symptomatology is often weak or moderate, testifying to an effective resilience, to balance the traumatic effects of the pandemic.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La pandémie de la COVID-19 a eu dans le monde et en Afrique un retentissement psychique et social considérable, mobilisant une importante angoisse de mort [31,34]. La survenue brusque de la pandémie s'est suivie de morts spectaculaires très médiatisées, qui ont fasciné l'imaginaire, inscrivant celle-ci dans l'ordre des événements traumatiques [2,11,17,26,27].

Au Cameroun, au moment de la rédaction de cet article, on dénombrait 15 173 cas de contamination et 359 cas de morts officielles. Les morts communautaires, sans doute plus nombreuses, n'avaient pas toujours été déclarées. La peur de la pandémie s'est progressivement convertie en peur de l'hôpital où, faute de moyen de dépistage, de nombreuses morts ont été estampillées « cas suspects de COVID-19 » et traitées comme telles : enterrements rapides, assistés par le personnel médical dans des cimetières de la place, sans parfois que la famille soit associée ou ait l'opportunité de voir une dernière fois le défunt. Ce qui a souvent conduit à la désertion des formations sanitaires. Une telle désertion avait également été signalée dans le contexte de la fièvre Ébola qui s'est déclenchée en 2014 [4]. De tels enterrements à la hâte, en l'absence de rituels socioculturels consacrés, sont susceptibles de contraindre le travail du deuil tel qu'il s'organise dans les traditions sociales et induire des deuils pathologiques/traumatiques. Il s'est ainsi installé, autour de la maladie, une forme de violence psychologique et culturelle, qui introduit une réinterrogation des structures de solidarité, des liens sociaux et familiaux, bref de la vie au plan communautaire [31].

Brooks et al. tout comme Menging et al. indiquent que le confinement et la quarantaine, dans le contexte de la Covid-19, constituent un déclencheur de peurs collectives pouvant aller jusqu'à la terreur et la sidération [6,28]. Abgrall et al., dans leur méta-analyse concernant l'impact de quatre épidémies récentes (la grippe A, Ebola, l'épidémie du SRAS de 2003 et l'actuel coronavirus), sur la santé mentale des populations, mettent en exergue, outre l'effet de la peur, celui de l'isolement [1]. Ils indiquent qu'un isolement de plus de dix jours est prédicteur de stress, voire d'état de stress post-traumatique. Des auteurs ont signalé des troubles du sommeil, l'irritabilité, les difficultés d'attention, les conduites d'évitement, témoignant d'une traumatisation liée à la Covid-19 [1,3,25,27].

Dans leur travail sur les effets psychologiques du syndrome respiratoire aigu de 2003, Li et al. [25] ont identifié, outre des

symptômes d'anxiété et de dépression, des symptômes post-traumatiques chez 64 % des participants. Ils précisent que ces états traumatiques ne disparaissent pas toujours après le confinement, tant que certains facteurs de stress issus de cette isolation comme la détresse économique et sociale, la précarité, perdurent. Peyrat-Apicella et Gautier soutiennent que, comme c'était le cas pour le syndrome respiratoire aigu de 2003 (SRAS CoV1), la survenue brutale de la Covid-19 (SRAS CoV2) en fait un événement traumatogène [31] que Li et al. qualifient de traumatisation par procuration ou « traumatisation vicariante » [25]. Abgrall et al. précisent que les symptômes de cette « traumatisation vicariante » sont comparables à ceux de l'état de stress post-traumatique [1]. Les travaux de Alby montrent que les traumatismes psychologiques observés au cours de la pandémie de la Covid-19 sont accompagnés d'idées de mort et de perturbation anxio-dépressives [3]. On peut s'interroger, dans ce contexte, sur le caractère modérateur de la résilience.

Alonge et al. ont travaillé sur le stress psychosocial et la résilience dans le contexte de l'épidémie d'Ebola [4]. Ils soulignent le fait que la résilience des populations reflète celle du système de santé. SynerVie fait remarquer que la résilience face aux épidémies est renforcée si la population ou l'individu possèdent des informations sur leur nature et leur dangerosité [37]. Wang et al. soutiennent que la résilience est renforcée chez les sujets disposant d'informations actualisées et moins stressantes sur l'évolution de la pandémie de la Covid-19 [39]. SynerVie [37] ajoute que la résilience est renforcée par la disponibilité d'un traitement, l'existence des mesures de prévention efficaces, la capacité d'anticiper et de faire des réserves en cas de confinement. Robert [33] tout comme Shaw [36] dans le contexte de l'offre de soins soulignent l'importance de la collaboration entre personnels de santé, ainsi que celle de la coordination des équipes dans la résilience des bénéficiaires de soin de santé. Carr et al. mettent en évidence le rôle des structures d'écoute psychologique en ligne et à distance sur la résilience des populations [9].

2. Méthodologie

La méthodologie porte sur les procédés et procédures techniques qui ont présidé à la collecte, l'analyse et l'exploitation des données. Elle présente le processus d'échantillonnage, l'outil diagnostique, ainsi que les principes éthiques de l'étude.

2.1. Plan d'échantillonnage et base de sondage

La recherche a été menée suivant le modèle des enquêtes de santé mentale en population générale. La disponibilité de bases aréolaires (de sondage) a permis d'opter pour des calculs probabilistes. Ladite base était constituée des zones de dénombrement (ZD) du dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2005, actualisée en 2018 pour le prochain recensement par le Bureau Central des Recensements et des Études de la Population (BUCREP). L'opération d'actualisation des ZDs des villes de Bafoussam et Dschang a été effectuée deux jours avant l'enquête sur le terrain. Les étudiants de première et deuxième année de master de psychologie clinique de l'université de Dschang ont été mis à contribution pour la collecte des données. Ils ont bénéficié d'un séminaire de deux jours sur les techniques de collecte des données en population générale.

La taille de l'échantillon pour cette étude a été déterminée de manière à ce qu'elle permette d'obtenir les données les plus fiables possibles. Ceci a nécessité de faire un compromis entre l'exigence de la précision et les moyens disponibles (budget, personnel de terrain, ressources techniques, contrôle de qualité, contraintes temporelles, gestion, pérennité, etc.), car l'étude a été autofinancée. La taille de l'échantillon calculé est de 384 ménages. Le taux de réponse anticipé fixé à 90 % a permis d'augmenter la robustesse et d'anticiper un échantillon total de 424 ménages, repartis sur trois arrondissements de Bafoussam et de Dschang, suivant le choix préalablement opéré.

La méthodologie d'échantillonnage est un sondage stratifié à trois degrés. Au premier degré, les ZD ont été tirées de manière indépendante, avec une probabilité non nulle, proportionnellement à leur taille, relative au nombre de ménages dans la ZD. Au deuxième degré, un nombre de ménages a été tiré dans chaque ZD, à probabilité égale. Un pas de sondage a été appliqué, après le choix du premier ménage à enquêter. Le coefficient d'extrapolation, représentant le poids à accorder à chaque ménage lors de l'inférence des résultats à la population, a été utilisé pour leur généralisation aux deux villes. Au troisième degré, les sujets à interviewer, âgés de 15 ans et au-dessus (personnes éligibles), ont été choisis par application de la méthode de KISH, lorsqu'il y avait plus d'une personne éligible disposée à participer à l'étude. Cette méthode veut un recensement de toutes les personnes répondant aux critères d'inclusion dans le ménage, d'où l'on tire ensuite une personne au hasard.

2.1.1. L'Impact of Event Scale-Revised

L'IES-R est un auto-questionnaire dimensionnel sous forme d'échelle de Likert à 5 points. Les questions sont cotées de 0 à 4. Elles permettent l'évaluation du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) selon les critères du DSM [23]. L'adaptation de l'Impact of Event Scale (IES) de Horowitz et al. [20] a été faite par Weiss et Marmar en 1997 [40]. Elle permet de diagnostiquer, outre les symptômes d'évitement, d'intrusion intégrés dans la IES, les symptômes d'hyperactivité neurovégétative. La traduction française utilisée dans cette étude a été faite par Brunet et al. [7]. L'échelle est constituée de 22 items organisés en trois sous-échelles de 8 items chacune : la sous-échelle intrusion ; la sous-échelle évitement et la sous-échelle hyperactivité neurovégétative. Les études de validation indiquent une bonne structure factorielle et une bonne consistance interne en contexte multiculturel [10,21,23,24,38]. Elle a été appliquée à l'évaluation du stress post-traumatique en situation de quarantaine dans la population canadienne pendant l'épidémie de SARS de 2003 [32].

Creamer et al. suggèrent un score seuil de 33, pour un maximum de 88 [14], tandis que Coffrey et al., cités par Shapiro et Laub, proposent celui de 22 [35]. Weiss & Marmar, tout comme

Tableau 1

Algorithmes de traitement des scores de l'IES-R.

Scores	Diagnostic clinique
0–21	Absence de symptômes/normal
22–39	Symptômes légers
40–55	Symptômes modérés
56 et plus	Symptômes sévères

Brunet et al., suggèrent que les scores compris entre 0 et 39 correspondent aux symptômes légers ; ceux compris entre 40 et 55 aux symptômes modérés ; ceux qui sont supérieurs à 56 et plus correspondent aux symptômes sévères [7,40]. En tenant compte du score seuil retenu, les algorithmes de traitement des scores sont proposés dans le [Tableau 1](#).

2.1.2. La Connor-Davidson Resilience Scale

La CD-RISC a été conçue par Connor et Davidson [13]. C'est l'une des échelles auto-administrées les plus adaptées à l'étude de la résilience. Elle permet d'évaluer divers aspects de la résilience : le sentiment d'efficacité personnelle, la tolérance à l'égard de l'affect négatif, la capacité d'adaptation et d'acceptation à l'égard des changements, la perception du soutien social... La version 25 qui est utilisée dans cette étude permet d'observer la résilience sur cinq facteurs : la compétence personnelle, les normes élevées et la ténacité ; la confiance en ses capacités, la tolérance aux affects négatifs et aux effets mobilisateurs du stress ; l'acceptation positive du changement, la présence des relations sûres et stables ; le contrôle ; les influences spirituelles [19]. Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert à cinq points (de 0, pas vrai du tout à 4, vrai la plupart du temps). Le score total, calculé par addition des scores à chaque item, varie entre 0 et 100. Les scores plus élevés indiquent une plus forte résilience. La validation de la version française de la CD-RISC a été réalisée sur un échantillon de 1210 sujets en 2018, avec de bonnes caractéristiques psychométriques [18,42]. L'alpha de Cronbach de l'échelle était de 0,89 pour le groupe population générale, le coefficient de corrélation de 0,87 [16]. L'échelle permet une évaluation de la résilience sur différentes populations dans différents contextes culturels [5,8,12,22,41].

Cette étude a opté pour l'utilisation de la version 25, de préférence aux versions plus courtes, dont les structures factorielles sont jugées plus stables [39]. Les raisons principales de ce choix résident sur le fait que peu d'études ont été menées en Afrique avec cet outil. Il y avait donc risque de perte d'informations, si on utilisait une version plus courte. En outre, l'une des qualités de la CD-RISC 25 est liée au fait que les scores sont corrélés à des mesures de robustesse, de capacités de résistance, ainsi qu'à de faibles niveaux de vulnérabilité au stress perçu. Elle garde donc d'excellentes propriétés métrologiques, même si la structure factorielle et le score moyen varient en fonction du milieu et de la population. Dans cette étude l'Alpha de Cronbach a été estimé à 0,86. Ce qui témoigne d'une bonne consistance interne.

2.2. Procédures éthiques

Préalablement à la phase de collecte des données, une clearance éthique et administrative a été obtenue auprès de l'instance éthique institutionnelle de l'université de Dschang. L'étude a suivi les dispositions éthiques du protocole d'Helsinki. Des mesures ont été prises pour assurer le respect de la dignité, de la confidentialité, l'anonymat et la liberté de chaque individu invité à participer. Des consentements éclairés signés ont été obtenus auprès des chefs de ménages et des participants.

3. Résultats

Les résultats portent sur la présentation de l'échantillon, l'analyse et la discussion des résultats.

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

L'étude a concerné un échantillon de 409 sujets, représentant un taux de réalisation de 106,5 %, par rapport à l'échantillon calculé (384 sujets). Les sujets échantillonnés à Bafoussam, capitale régionale, représentent 75,1 % de l'échantillon ; ceux qui ont été sélectionnés à Dschang, 24,9 %. Les femmes constituent 47,3 % de l'échantillon et les hommes 52,6 %. Les 15–24 ans représentent 49,3 % de l'échantillon ; les 25–29 ans, 18,7 % ; les 30–34 ans, 12,5 % et les 35 ans et plus, 23,2 %. Les sujets qui ont fait des études secondaires sont les plus nombreux (56 %). Ils sont suivis par ceux qui ont un niveau universitaire (30,6 %) ; puis par ceux qui ont un niveau d'étude primaire (9,5 %) et enfin par ceux qui n'ont pas été à l'école (3,9 %). On enregistre davantage de sujets célibataires (55,7 %), suivis des personnes en situation de couple (38,4 %) ; de celles qui vivent en couple (3,4 %), des veufs(ves) (1,7 %) et des personnes divorcées (0,7 %). Parmi ces sujets, 68,7 % vivent en zone urbaine et 31,3 % en zone rurale. Le statut occupationnel est varié, avec davantage d'élèves et étudiants (respectivement 21 % et 18,3 %) ; puis des employés du secteur privé (13,2 %) ; des travailleurs agricoles (12,2 %) ; des employés du secteur public (10,8 %) ; des personnes exerçant des activités libérales (9,3 %) ; des personnes exerçant des petits métiers (5,1 %) ; des personnes sans occupation (7,3 %) et des personnes exerçant des métiers non spécifiés (2,7 %).

3.2. Symptômes de stress post-traumatique et niveau de résilience

Le taux d'ESPT et le niveau de résilience sont évalués par l'IES-R et le CD-RISC.

3.2.1. Symptômes de l'ESPT

La distribution des résultats indique un taux important d'ESPT dans l'échantillon : 70,7 % des sujets réalisent le syndrome de stress post-traumatique. Les symptômes sont cependant plus souvent légers (40,9 %) ou modérés (25,6 %), même si la proportion des cas sévères reste préoccupante (13 %) (Tableau 2). Parmi ces sujets, on observe que près de la moitié (44,7 %) présentent des symptômes de reviviscence traumatique ; plus d'un de la moitié (56,7 %) celui d'évitement et plus du tiers (34,7 %) ceux de l'hyperactivation (Tableau 3).

Les femmes (73,7 %) sont significativement ($p < 0,001$) plus affectées par l'ESPT que les hommes (67,9 %). Outre le sexe et l'âge, le milieu de résidence et statut matrimonial apparaissent comme significativement associés (p respectivement $< 0,001$) aux symptômes de l'ESPT : les sujets de moins de 35 ans (score cumulé de 60,8 %) présentent un taux de prévalence significativement plus important ($p < 0,001$) que ceux de plus de 35 ans (9,8 %) ; le taux d'ESPT est significativement plus élevé ($p < 0,001$) chez les sujets vivant en zone urbaine (49,9 %) que chez ceux qui vivent en zone

Tableau 2
Symptômes de l'ESPT.

	Sévérité	Fréquence	Effectifs
ESPT	Normal	29,3 %	120
	Léger	36,2 %	148
	Modéré	23,5 %	96
	Sévère	11,0 %	45
	Total	100 %	409

Tableau 3
Symptôme de reviviscence, évitement et hyperactivation.

ESPT	Effectifs	Fréquence
Reviviscence	183	44,7 %
Évitement	232	56,7 %
Hyperactivation	142	34,7 %

rurale (20,8 %) ; les sujets célibataires sont davantage affectés par l'ESPT (40,1 %) que les sujets mariés (26,7 %).

3.2.2. Niveau de résilience chez les participants

La moyenne du score de résilience est de 64,3 ; la médiane de 65 ; le mode de 70 ; le minimum de 10 ; le maximum de 100 (un sujet) ; l'écart-type de 15,3 et le coefficient de variation de 24 % (Tableau 4). Les scores au 1^{er} quartile varient entre 10 et 52 ; ceux du 2^e quartile entre 53 et 65 ; ceux du 3^e quartile entre 66 et 75 et ceux du 4^e entre 76 et 100 (Tableau 5).

On peut voir que la moyenne s'inscrit dans la borne supérieure du 2^e quartile, indiquant une résilience moyenne. L'hypothèse nulle d'égalité des moyennes relativement aux caractéristiques de l'échantillon est acceptée, au regard des p -values ($p > 0,05$), pour toutes les variables à facteurs testées. On peut en conclure qu'au seuil de 5 %, il n'existe pas une différence significative entre les moyennes calculées pour les différents facteurs.

4. Discussion

Le taux de prévalence de l'ESPT est très élevé dans l'échantillon (70,7 %). Ce taux est plus important que celui rapporté en 2003 par Li et al. [25] qui était de 64 %, dans le contexte du SRAS de 2003. Ce qui témoigne d'une forte traumatisation collective dans le contexte de l'actuelle pandémie de la Covid-19. Même si la symptomatologie est plus souvent légère (40,9 %) ou modérée (25,6 %), on note que les atteintes sévères sont non négligeables (13 %). On peut aussi envisager, au regard de ces résultats, une traumatisation complexe et/ou multiple, qu'une étude étiologique plus spécifique pourrait davantage éclairer.

Parmi les facteurs de risque et ou d'exposition, on enregistre le sexe, l'âge et le statut matrimonial. Les femmes (73,7 %) sont plus affectées par l'ESPT que les hommes (67,9 %). Cette différence sexospécifique pourrait s'expliquer par les inégalités sociales entre hommes et femmes (inégalités des rapports sociaux de sexe) au Cameroun, qui induisent des inégalités d'exposition aux facteurs de stress traumatique. Les sujets de moins de 35 ans sont ceux qui ont le taux d'ESPT le plus important (score cumulé des cas positifs à 60 %). Nguépy Keubou et al. [30], dans une étude portant sur la détresse psychologique chez les travailleurs de santé au Cameroun dans le contexte de la Covid-19, ont souligné le fait que les jeunes adultes étaient davantage sujets à la détresse, du fait de leur manque d'expérience professionnelle, et surtout du fait que jeunes mariés et jeunes parents pour la plupart, ils avaient peur de contaminer leurs familles. On doit toutefois pondérer cette analyse dans le contexte de cette étude. Les résultats indiquent en effet que la situation de couple agirait comme facteur modulateur de l'ESPT : ce sont davantage les sujets célibataires qui manifestent un taux cumulé plus important d'ESPT, lorsqu'on les compare aux sujets mariés. Le rôle du soutien social, comme facteur modérateur de l'ESPT semble être confirmé, lorsqu'on compare les taux en zones urbaine et rurale. On observe en effet une plus grande susceptibilité au stress traumatique chez les sujets vivant en zones urbaines, où les mesures de restriction et de distanciation sociale étaient plus sévères, que chez ceux vivant en zone rurale, où ces mesures étaient quasiment inexistantes.

Tableau 4
Scores au CD-RISC.

CD-RISC	Min	Moyenne	Médiane	Mode	Max	Écart-type	Coef. de variation
Persistance/ténacité et sens de l'efficacité personnelle	3,0	23,2	24,0	24,0	32,0	5,8	25 %
Contrôle émotionnel et cognitif sous la pression	0,0	16,7	17,0	18,0	28,0	4,9	29 %
Capacité de rebondir	0,0	12,1	12,0	10,0	20,0	4,1	34 %
Contrôle/Sens	0,0	6,4	7,0	8,0	12,0	2,9	46 %
Spiritualité	0,0	5,8	6,0	8,0	8,0	1,9	32 %
Ensemble	10,0	64,3	65,0	70,0	100,0	15,2	24 %

Tableau 5
Distribution des scores en intervalles quartiles.

Quartiles	Minimum	Moyenne	Maximum	Intervalle
Q1	10,0	44,2	52,0	[10–52]
Q2	53,0	59,7	65,0	[53–65]
Q3	66,0	70,6	75,0	[66–75]
Q4	76,0	83,1	100,0	[76–100]

La moyenne des scores enregistrés au CD-RISC est de 64,3, l'écart-type de 15,3, le coefficient de variation de 24 %. Ces chiffres indiquent une dispersion non négligeable des scores. La moyenne se rapproche de celles obtenues dans des contextes culturels similaires (dans les échantillons communautaires ou en population générale), tout en s'éloignant de celles obtenues en Amérique du Nord ou en Europe Occidentale, dans certaines études. En Chine, Yu et Zhang avaient obtenu une moyenne de 65,4, avec un écart-type de 13,9, dans un échantillon communautaire [41]. Ni et al. avaient également rapporté un score moyen de 60,0 et un écart-type de 13,9 voisins, dans une étude en population générale à Hong Kong [29]. En 2012, Ziaian et al. avaient obtenu des scores respectifs de 60, 69 et 67 chez des réfugiés africains du sud-ouest de la Yougoslavie [42]. Par contre, Connor et al., dans un échantillon national aux États-Unis, avaient obtenu une moyenne plus importante (80,4), avec un écart-type de 12,8 [13].

Il convient toutefois de souligner, malgré ce qui est dit plus haut, qu'une comparaison avec les données obtenues dans des contextes culturels différents est peu pertinente pour juger des caractéristiques de la résilience : il n'existe pas de contexte culturel étalon. Dans chaque culture, les facteurs de résilience peuvent avoir une importance et une signification variables. Ce qui induit nécessairement une modification de la moyenne. C'est ce que fait remarquer Davidson, lorsqu'il note que les scores du CD-RISC varient souvent en fonction des types de population et semblent être influencés par deux facteurs principaux : le lieu/la région où les données ont été obtenues et la nature de l'échantillon [15]. Il apparaît donc plus pertinent de considérer chaque population comme étalon, et d'interroger la résilience par rapport aux valeurs enregistrées dans ce contexte, comme c'est le cas pour le Binet-Simon.

Les quartiles décrivent quatre groupes égaux de nombres tirés de la distribution observée des scores [15]. Le premier quartile (Q1) décrit la fourchette de scores pour le groupe le plus bas (25 % de la population les moins résilients). Pour le second (Q2) et le troisième (Q3) quartiles, les résultats représentent des scores intermédiaires. Le quatrième (Q4) décrit les scores plus élevés (supérieurs à 75 % de la population). Le 1^{er} quartile représente l'intervalle de faible résilience ; le 2^e et le 3^e ceux de la résilience moyenne ; le 4^e celui de la résilience la plus forte dans la population. La moyenne dans ce travail s'inscrit dans l'intervalle médian, témoignant d'une résilience moyenne.

Les scores au CD-RISC ne sont pas affectés par le sexe ni par l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'éducation ou le statut occupationnel. Ces caractéristiques ne constituent donc pas des facteurs de résilience.

5. Conclusion

La pandémie de la Covid-19 a eu au Cameroun un retentissement psychique qui en a fait un facteur de stress psychosocial majeur. Plus de six sujets sur dix présentent des symptômes D'ESPT. Mais cette symptomatologie est souvent faible ou modérée, témoignant d'une résilience efficace, pour pondérer les effets traumatiques de la pandémie. Plusieurs hypothèses peuvent être émises à cet effet. En particulier, la morbidité et la mortalité enregistrées dans le pays, en relation avec l'infection à coronavirus, sont relativement faibles, lorsqu'on les compare à celles enregistrées dans les pays dits de l'Occident. De plus, les mesures de confinement, si elles ont été mal acceptées par la population, ont cependant été relativement souples : les populations n'ont été assignées à résidence dans aucune localité ; les transports interurbains ont été restreints et règlementés, mais non supprimés. La suspension des enseignements dans les écoles, collèges et universités, la distanciation sociale, le port d'un cache-nez, étaient les mesures plus importantes. Les scores enregistrés à la CD-RISC sont indicatifs d'une résilience moyenne, laquelle n'est pas affectée par l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau d'éducation ou le statut occupationnel. On peut donc affirmer que si la pandémie a un effet non négligeable sur la santé mentale des populations, concernant le trouble de stress post-traumatique, cet effet reste pondéré par la mise en oeuvre d'une résilience efficace. On observe en effet que les populations manifestent une bonne résilience aux facteurs de stress associés à cette pandémie.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] Abgrall G, Deloche-Gaudez F, Neff E, Alkhouak S. Propositions pour une prise en charge médico-psychologique tirées d'une synthèse des premiers articles sur l'impact de l'épidémie COVID-19 et du confinement. SAMU de Paris; 2020.
- [2] Al Joboory S, Monello F, Bouchard JP. PSYCOVID-19, dispositif de soutien psychologique dans les champs de la santé mentale, du somatique et du médico-social. Ann Med Psychol (Paris) [Internet] 2020 [cité 16 juill 2020] ; disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7315978/>.
- [3] Alby VJ. Victimes du COVID-19 : être ou ne pas être ? Ann Med Psychol (Paris) [Internet] 2020 [cité 16 juill 2020] ; disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7236726/>.
- [4] Alonge O, Sonkarlay S, Gwaikolo W, Fahim C, Cooper JL, Peters DH. Understanding the role of community resilience in addressing the Ebola virus disease epidemic in Liberia: a qualitative study (community resilience in Liberia). Glob Health Action 2019;1:662–82.
- [5] Békaert J, Masclat G, Caron R. Les instruments de mesure de la résilience chez les adolescents ayant été confrontés à un traumatisme : une revue de la littérature. Ann Med Psychol 2011;169:510–6.
- [6] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 2020;10227:912–20.
- [7] Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised. Can J Psychiatry 2003;1:56–61.
- [8] Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. J Trauma Stress 2007;6:1019–28.
- [9] Carr D, Boerner K, Moorman S. Bereavement in the time of coronavirus: unprecedented challenges demand novel interventions. J Aging Soc Policy 2020;32(12):425–31.

- [10] Christianson S. The Impact of Event Scale – Revised (IES-R) [Internet]. From The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing; 2013. Disponible sur : <https://pdfs.semanticscholar.org/8b28/34a5d0cea7201350f69f1a2bc2c23ffe967d.pdf>.
- [11] Kokou-Kpolou CK, Fernández-Alcántara M, Cénat JM. Prolonged grief related to COVID-19 deaths: do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy* 2020;12: S94. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32525367/>.
- [12] Clauss-Ehlers CS, Wibrowski CR. Building educational resilience and social support: The effects of the educational opportunity fund program among first- and second-generation college students. *J Coll Stud Dev* 2007;5:574–84.
- [13] Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003;2:76–82.
- [14] Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the impact of event scale-revised. *Behav Res Ther* 2003;12:1489–96.
- [15] Davidson JRT. Connor-Davidson Resilience Scale (CD- RISC) Manual. Unpublished [Internet]; 2018. Disponible sur : www.cd-risc.com.
- [16] Duchesne L, Martin S, Michallet B. La résilience chez les personnes ayant une surdité postlinguistique. *Can J Speech-Lang Pathol Audiol CJSPLA* 2017;2:157–73.
- [17] Gamondi C, Voinea C, Monotti R, Bollinger I, Canonica C, De Barros Lima C, et al. L'expérience des soins conservateurs dans l'hôpital Covid-19 de Locarno. In: *Forum Médical Suisse. EMH Media*; 2020. p. 408–11.
- [18] Guihard G, Morice-Ramat A, Deumier L, Goronflot L, Alliot-Licht B, Bouton-Kelly L. Évaluer la résilience des étudiants en santé en France : adaptation et mesure de l'invariance de l'échelle CD-RISC 10. *Mes Eval Educ* 2018;2:67–96.
- [19] Hébert M, Parent N, Simard C, Laverdière A. Validation of the French Canadian version of the brief Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10). *Can J Behav Sci Can Sci Comport* 2018;1:9.
- [20] Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosom Med* 1979;3:209–18.
- [21] Hosey MM, Leoutsakos J-MS, Li X, Dinglas VD, Bienvenu OJ, Parker AM, et al. Screening for posttraumatic stress disorder in ARDS survivors: validation of the Impact of Event Scale-6 (IES-6). *Crit Care Lond Engl* 2019;1:276.
- [22] Kidd C, Romaniuk M, McLeay S, Harvey W, Romaniuk M, Crawford D, et al. Resilience and psychopathology in trauma-exposed Australian Veterans: An exploratory factor analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale. *J Mil Veteran Fam Health* 2019;1:27–39.
- [23] Kragh AR, Folke F, Andelius L, Ries ES, Rasmussen RV, Hansen CM. Evaluation of tools to assess psychological distress: how to measure psychological stress reactions in citizen responders- a systematic review. *BMC Emerg Med* 2019;1:64.
- [24] Lee D. The convergent, discriminant, and nomological validity of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21). *J Affect Disord* 2019;259:136–42.
- [25] Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun* [Internet] 2020 [cité 16 juill 2020] ; disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102670/>.
- [26] Manus J-M. Confinement, santé mentale, maladies chroniques. *Rev Francoph Lab* 2020;2020(524):5.
- [27] Meloukou JP. Le Covid-19 Au Cameroun : Nature Psychosociale De La Pandemie Et Perspectives D'assistance Multifonction. Yaoundé: Nkafu Policy Institute; 2020.
- [28] Mengin A, Alle M, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *Encephale* 2020;46(3). S43–S52.
- [29] Ni C, Chow M, Jiang X, Li S, Pang S. Factors associated with resilience of adult survivors five years after the 2008 Sichuan earthquake in China. *Plos one* 2015;10(3). e0121033.
- [30] Nguépy Keubo FR, Mboua CP, Djifack Tadongfack T, et al. Psychological distress among health care professionals of the three COVID-19 most affected Regions in Cameroon: Prevalence and associated factors. *Ann Med Psychol* 2021;179(2):141–6.
- [31] Peyrat-Apicella D, Gautier S. Covid-19 : aux frontières de la folie. *Éthique Santé*; 2020.
- [32] Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect* 2008;7:997–1007. <http://dx.doi.org/10.1017/S0950268807009156>.
- [33] Robert J. Resilience in a time of crisis. *Nursing* 2020;6:49–51.
- [34] Sellier-Mesnard E. Considérations sur la peur. *J Psychol* 2020;6:70–3.
- [35] Shapiro E, Laub B. Early EMDR. intervention following a community critical incident: A randomized clinical trial. *J EMDR Pract Res* 2015;1:17–27.
- [36] Shaw SCK. Hopelessness, helplessness and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic. *Nurse Educ Pract* 2020;44:102780.
- [37] SynerVie. Résilience pendant une épidémie ou une pandémie [Internet]. SynerVie Experts du bien-être; 2020. Disponible sur : <https://ottiaq.org/app/uploads/2020/03/rsiliencependantuneepidemieounepandemie.pdf>.
- [38] Wafa M-H, Viprey M, Magaud L, Haesebaert J, Leane E, Poulet E, et al. Identification of biopsychosocial factors predictive of post-traumatic stress disorder in patients admitted to the Emergency department after a trauma (ISSUE): protocol for a multicenter prospective study. *BMC Psychiatry* 2019;1:163.
- [39] Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020;5:17–29.
- [40] Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p. 399–411.
- [41] Yu X, Zhang J. Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese people. *Soc Behav Personal Int J* 2007;35(1):19–30.
- [42] Ziaian T, de Anstiss H, Antoniou G, Baghurst P, Sawyer M. Resilience and its association with depression, emotional and behavioural problems, and mental health service utilization among refugee adolescents living in South Australia. *Int J Popul Res* 2012;2012. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/485956> [Open access en spécial issue (Article ID 485956, 9 pages)].