



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2021

Thèse N° : 267/21

IMPACT PSYCHOLOGIQUE SUITE AU DECONFINEMENT DE LA PANDEMIE COVID-19 : Enquête auprès de 2128 participants

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/07/2021

PAR

Mr. IRAQI HOUSSEINI ABDOURRAHMANE

Né le 07 Septembre 1992 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

COVID 19 - Déconfinement - Impact psychologique

JURY

Mme. MERNISSI FATIMA ZAHRA..... Professeur de dermatologie	PRESIDENT
Mr. AALOUANE RACHID..... Professeur de psychiatrie	RAPPORTEUR
Mr. SQALLI HOUSSAINI TARIK..... Professeur de néphrologie	JUGES
Mme. EL FAKIR SAMIRA..... Professeur d'épidémiologie clinique	
Mr. BOUT AMINE..... Professeur assistant de psychiatrie	

REMERCIEMENTS :

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE, Mme. MERNISSI FATIMA ZAHRA,
PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE,**

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand Privilège en acceptant la présidence de notre jury de thèse. Nous vous prions, cher Maître, d'accepter dans ce travail le témoignage de notre haute considération, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.

**A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE, Mr. AALOUANE RACHID,
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE,**

Vous avez bien voulu nous confier ce travail riche d'intérêt et nous guider à chaque étape de sa réalisation avec patience et disponibilité. Vous nous avez toujours accueillis avec sympathie, sourire et bienveillance, et ceci malgré vos obligations professionnelles. Vos encouragements inlassables, votre amabilité méritent toute admiration et représentent le modèle que nous serons toujours heureux de suivre. Nous garderons un excellent souvenir de votre sollicitude et de votre dévouement. Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que vous nous avez accordé. Nous vous dédions ce travail comme témoignage de notre gratitude, de notre estime et de notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE, Mr. SQALLI HOUSSAINI TARIK,
PROFESSEUR DE NEPHROLOGIE,**

Votre présence au sein de notre jury constitue pour moi un grand honneur. Par votre modestie, vous m'avez montré la signification morale de notre profession. Nous vous remercions de votre enseignement et gentillesse. Qu'il me soit permis de vous présenter à travers ce travail le témoignage de mon grand respect et l'expression de ma profonde reconnaissance, admiration et mes sincères remerciements.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE Mme. EL FAKIR SAMIRA,
PROFESSEUR D'EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE,**

Nous sommes particulièrement reconnaissant pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence sont pour nous un exemple à suivre, et sujet de notre profonde admiration.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE, Mr. BOUT AMINE,
PROFESSEUR ASSISTANT DE PSYCHIATRIE,**

Nous sommes immensément touchés par l'insigne honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi les membres du jury de notre thèse. Veuillez trouver à travers ce modeste travail l'expression de notre sincère remerciement.

A TOUS MES PROFESSEURS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE FES

Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études et je ne saurais oublier dans mes dédicaces l'ensemble de mes professeurs et maîtres qui ont contribué de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail.

Dédicaces :

A MON TRES CHER PERE ABDELILLAH IRAQI HOUSSEINI

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que je porte pour toi. De tous les pères, tu es le meilleur ; tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité. Merci d'avoir été toujours là pour moi, un grand soutien tout au long de mes années d'études. Tu as été et tu seras toujours un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain. J'espère rester toujours digne de ton estime. Aucun mot ne pourrait jamais exprimer la profondeur de mon respect, ma considération, ma reconnaissance et mon amour éternel. Qu'ALLAH te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude d'esprit et longue vie.

JE T'AIME PAPA

A MA TRES CHERE MERE SABAH SERRHINI :

À la plus douce, la plus forte et la plus merveilleuse des mamans. À une personne qui m'a tout donné sans compter. Les mots me manquent pour qualifier tout l'amour que je porte pour toi. Ton dévouement, tes encouragements, ta confiance en moi, ta bénédiction et tes prières m'ont été d'un grand soutien pour mener à bien mes études, mais aussi pour faire de moi la personne que je suis aujourd'hui. Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi je suis devenue médecin. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de faire, pour ma sœur, mon frère et moi, depuis notre naissance. Tu as fait le meilleur qu'une mère puisse faire pour que ses enfants aient une bonne éducation et suivent le bon chemin dans leur vie. Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour. Puisse ALLAH te préserver et t'accorder santé, bonheur et longue vie, afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

JE T'AIME MAMAN

A MON FRERE MOHAMED ET MA SŒUR SALMA IRAQI HOUSSEINI

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour et la considération que je vous porte. Frères mais surtout amis, ma vie serait si monotone et ennuyeuse sans vous.

Je remercie le bon Dieu de votre présence et je souhaite qu'elle perdure aussi longtemps que je respire ! Puissiez-vous retrouver dans ce travail le reflet de toute l'affection que j'ai pour vous. Puisse ALLAH pérenniser et consolider ce lien fraternel encore et encore ; et vous accorder joie, bonheur et réussite aussi bien personnels que professionnels.

JE VOUS AIMES MES FRERES

A TOUTE MA FAMILLE

En témoignage de mon attachement et de ma grande considération. J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Un grand merci pour vous qui avez toujours cru en moi et m'avez surnommé le médecin de notre famille, aujourd'hui grâce à votre soutien, vos encouragements et votre aide le rêve d'être médecin est devenu réalité. Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard, et soit la preuve du désir que j'ai depuis toujours pour vous honorer.

JE VOUS AIME TOUS

A MES GRANDS AMIS ET COLLEGUES

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passé et aux liens solides qui nous unissent. Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide.

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets. Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée. Je prie DIEU pour que notre amitié et fraternité soient éternelle...

PLAN

PLAN	1
LISTE DES ABBREVIATIONS	4
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES TABLEAUX.....	11
INTRODUCTION	13
SECTION I : PARTIE THEORIQUE.....	17
I. Etat de connaissances actuelles sur le COVID – 19 :.....	18
1. Histoire du COVID-19 :	18
2. Structure et physiopathologie du SARS-COV-2 :.....	20
3. Origine du SARS-COV-2 :.....	23
4. Diagnostic de COVID-19 :	24
5. Modalités évolutives :.....	33
6. Principaux thérapeutiques	34
II. Impact psychologique et COVID – 19	37
SECTION II : NOTRE ETUDE	41
MATERIELS ET METHODES :.....	42
I. Objectifs :.....	42
II. Type de l'étude :.....	42
III. Population d'étude :	42
IV. Déroulement de l'étude :.....	42
V. Recueil de données :	43
1. Paramètres sociodémographiques :.....	43
2. Paramètres cliniques :	43
3. Paramètres liés à l'impact perçue du déconfinement :.....	43
4. Échelles psychométriques :	43
VI. Analyses statistiques :.....	45
VII. Aspects éthiques :.....	45

RESULTATS	46
I. Taille de l'échantillon :	47
II. Résultats descriptifs :	47
1. Paramètres sociodémographiques :	47
2. Paramètres cliniques :	56
3. Paramètres liés à l'impact du déconfinement :	58
4. Evaluation psychiatrique :	61
III. Résultats analytiques :	65
1. Analyse univariée :	65
2. Analyse multivariée :	129
DISCUSSION.....	133
I. Argumentaire de l'étude :	134
II. La dépression :	135
III. L'anxiété :	137
IV. Le stress :	139
V. Le stress post-traumatique :	140
VI. Points forts et limites de l'étude :	143
VII. Perspective :	144
VIII. Recommandations :	144
CONCLUSION.....	146
RESUME	148
BIBLIOGRAPHIE	157
ANNEXES	172

LISTE DES ABBREVIATIONS

SARS-COV : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus / Le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère

2019-nCov : Nouveau Coronavirus 2019

MERS : Middle East respiratory syndrome-related coronavirus / Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019 / maladie du coronavirus 2019

ONU : Organisation des Nations Unies

PCL-S : Simplified Posttraumatic Stress Disorder Checklist / Liste simplifié d'évaluation du trouble de stress post-traumatique

DASS : Depression Anxiety Stress Scales / Échelles Dépression Anxiété Stress

USPPI : Urgence de Santé Publique de Portée Internationale

ACE2 : Enzyme de Conversion de l'Angiotensine 2

SARS : Severe Acute Respiratory Syndrome / Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

USI : Unité de Soins Intensif

RT-PCR : Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction / réaction en chaîne par polymérase a transcription inverse

CRP : C-Reactive Protein / Protéine C Réactive

CLIA : Immunoanalyse par chimiluminescence

ELISA : Enzyme Linked Immunosorbent Assay

TDM : Scanner ou Tomodensitométrie

PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder / trouble de stress post-traumatique

LISTE DES FIGURES

Figure 01 : structure du SARS-COV-2.

Figure 02 : réplication du SARS-COV-2.

Figure 03 : image de radio thoracique patient couché atteint de COVID-19.

Figure 04 : images du scanner thoracique de malade atteint du COVID-19.

Figure 05 : distribution de l'âge de l'échantillon.

Figure 06 : répartition de l'échantillon selon le genre.

Figure 07 : répartition selon le milieu géographique.

Figure 08 : répartition de l'échantillon selon la nature du logement.

Figure 09 : répartition selon le statut matrimonial.

Figure 10 : répartition de l'échantillons selon la parité.

Figure 11 : répartition selon le niveau de scolarité.

Figure 12 : répartition de l'échantillons selon l'activité professionnelle.

Figure 13 : mode de travaille lors du déconfinement.

Figure 14 : antécédents médicaux, psychiatriques et consommation de substances.

Figure 15 : contamination personnelle et/ou des proches par la maladie COVID-19.

Figure 16 : satisfaction des informations relayée par les médias.

Figure 17 : nature de l'impact perçue.

Figure 18 : niveau de perception de l'impact suite au déconfinement.

Figure 19 : prévalence de la dépression suite au déconfinement.

Figure 20 : prévalence de l'anxiété suite au déconfinement.

Figure 21 : prévalence du stress suite au déconfinement.

Figure 22 : prévalence de l'état de stress post traumatique suite au déconfinement.

Figure 23 : corrélation entre la dépression et le genre.

Figure 24 : corrélation entre la dépression et la répartition géographique.

Figure 25 : corrélation entre la dépression et le type du logement.

Figure 26 : corrélation entre la dépression et le statut matrimonial.

Figure 27 : corrélation entre la dépression et la parité.

Figure 28 : corrélation entre la dépression et le niveau de scolarité.

Figure 29 : corrélation entre la dépression et l'activité professionnelle.

Figure 30 : corrélation entre la dépression et l'activité professionnelle durant le déconfinement.

Figure 31 : corrélation entre la dépression et les antécédents de maladies chroniques, de troubles psychiatriques et la notion d'usage de substances.

Figure 32 : corrélation entre la dépression par rapport à la survenue du COVID-19.

Figure 33 : corrélation entre la dépression et la satisfaction des informations relayées par les médias.

Figure 34 : corrélation entre la dépression et la nature de l'impact psychologique perçue.

Figure 35 : corrélation entre la dépression et le niveau de perception de l'impact.

Figure 36 : corrélation entre l'anxiété et le genre.

Figure 37 : corrélation entre l'anxiété et la répartition géographique.

Figure 38 : corrélation entre l'anxiété et le type du logement.

Figure 39 : Corrélation entre l'anxiété et le statut matrimonial.

Figure 40 : corrélation entre l'anxiété et la parité.

Figure 41 : corrélation entre l'anxiété et le niveau de scolarité.

Figure 42 : corrélation entre l'anxiété et l'activité professionnelle.

Figure 43 : corrélation entre l'anxiété et l'activité professionnelle durant le déconfinement.

Figure 44 : corrélation entre la dépression et les antécédents de maladies chroniques, de troubles psychiatriques et la notion d'usage de substances.

Figure 45 : corrélation entre l'anxiété par rapport à la survenue du COVID-19.

Figure 46 : corrélation entre l'anxiété et la satisfaction des informations relayées par les médias.

Figure 47 : corrélation entre l'anxiété et la nature de l'impact psychologique perçue.

Figure 48 : corrélation entre l'anxiété et le niveau de perception de l'impact.

Figure 49 : corrélation entre le stress et le genre.

Figure 50 : corrélation entre le stress et la répartition géographique.

Figure 51 : corrélation entre le stress et le type du logement.

Figure 52 : corrélation entre le stress et le statut matrimonial.

Figure 53 : corrélation entre le stress et la parité.

Figure 54 : corrélation entre le stress et le niveau de scolarité.

Figure 55 : corrélation entre le stress et l'activité professionnelle.

Figure 56 : corrélation entre le stress et l'activité professionnelle durant le déconfinement.

Figure 57 : corrélation entre le stress et les antécédents de maladies chroniques, de troubles psychiatriques et la notion d'usage de substances.

Figure 58 : corrélation entre le stress par rapport à la survenue du COVID-19.

Figure 59 : corrélation entre le stress et la satisfaction des informations relayées par les médias.

Figure 60 : corrélation entre le stress et la nature de l'impact psychologique perçue.

Figure 61 : corrélation entre le stress et le niveau de perception de l'impact.

Figure 62 : corrélation entre PTSD et le genre.

Figure 63 : corrélation entre PTSD et la répartition géographique.

Figure 64 : corrélation entre PTSD et le type du logement.

Figure 65 : corrélation entre PTSD et le statut matrimonial.

Figure 66 : corrélation entre PTSD et la parité.

Figure 67 : corrélation entre PTSD et le niveau de scolarité.

Figure 68 : corrélation entre PTSD et l'activité professionnelle.

Figure 69 : corrélation entre PTSD et l'activité professionnelle durant le déconfinement.

Figure 70 : corrélation entre PTSD et les antécédents de maladies chroniques, de troubles psychiatriques et la notion d'usage de substances.

Figure 71 : corrélation entre PTSD par rapport à la survenue du COVID-19.

Figure 72 : corrélation entre l'anxiété et la satisfaction des informations relayées par les médias.

Figure 73 : corrélation entre PTSD et la nature de l'impact psychologique perçu.

Figure 74 : corrélation entre PTSD et le niveau de perception de l'impact.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : distribution de l'âge de l'échantillon.

Tableau 2 : corrélation entre la dépression et l'âge.

Tableau 3 : corrélation entre la l'anxiété et l'âge.

Tableau 3 : corrélation entre le stress et l'âge.

Tableau 5 : corrélation entre PTSD et l'âge.

Tableau 6 : facteurs influençant la survenue de depression.

Tableau 7 : facteurs influençant la survenue de l'axieté.

Tableau 8 : facteurs influençant la survenue de stress.

Tableau 9 : facteurs influençant la survenue de PTSD.

INTRODUCTION

Une épidémie de pneumonie d'allure virale d'étiologie inconnue a émergé dans la ville de Wuhan (province de Hubei, Chine) en décembre 2019. La découverte d'un nouveau coronavirus (d'abord appelé 2019-nCoV puis officiellement SARS-CoV-2, différent des virus SARS-CoV, responsable de l'épidémie de SRAS en 2003 et MERS-CoV, responsable d'une épidémie évoluant depuis 2012 au Moyen-Orient) a été annoncée officiellement par les autorités sanitaires chinoises et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce nouveau virus est l'agent responsable de cette nouvelle maladie infectieuse respiratoire appelée Covid-19 (pour Coronavirus Disease 2019).

Tous les pays de l'Union européenne sont touchés par la maladie Covid-19. Le 11 mars 2020, l'OMS annonce que la maladie Covid-19 peut être qualifiée de pandémie [2].

À la suite de la pandémie liée au coronavirus 2019 (COVID-19) qui a touché 182 pays, soit 92% des pays reconnus par l'ONU plusieurs pays ont mis en place des mesures de protection essentielles pour prévenir la dissémination de la maladie, afin de limiter la saturation des services de soins intensifs et renforcer l'hygiène préventive (suppression des contacts physiques, bises et poignées de mains, interdiction des regroupements et des grandes manifestations ainsi que les déplacements et voyages non indispensables, promotion du lavage des mains, mise en application de quarantaine, etc...).

Ainsi pour empêcher la formation de nouveaux foyers de contagion des mesures de confinement ont été adoptées par de nombreux pays dont le Maroc qui a déclaré le 19 mars la mise en place de l'état d'urgence sanitaire et a restreint la circulation [17].

Le 11 juin le Maroc a allégé les mesures entrepris pour minimiser son impact économique ce qui a permis un déconfinement dans le cadre du respect des mesures d'hygiène et les conditions sanitaires de protection essentielles avec maintien de l'état d'alerte et de vigilance. Nous avons pu ressortir, reprendre les transports et fréquenter certains lieux publics [18].

En effet, passer plus de deux mois confinés et isolés, avec des interactions sociales extrêmement limitées n'est jamais anodin.

Ainsi lorsque les autorités marocaines ont annoncé la première phase de déconfinement, Nous avons pu recroiser nos amis, nos proches ainsi que d'autres personnes tout en préservant des mesures l'hygiène préventive (port de masque obligatoire, lavage des mains, et éviction de tout contact physique...).

Mais en raison du caractère exceptionnel et inédit du déconfinement dans ces circonstances de menace permanente par la maladie du COVID-19, les conséquences d'une telle expérience reste mal comprises et peu de médecins et scientifiques se sont penchés sur la question.

D'où l'intérêt de notre travail afin de mieux comprendre les effets du déconfinement sur la santé mentale de la population marocaine et pouvoir anticiper leurs survenues pour de futures situations similaires de la meilleure façon possible.

Ce travail s'est intéressé essentiellement à l'étude de l'impact psychologique du déconfinement lié au COVID-19 sur la santé mentale de la population générale dans notre contexte marocain dans le but de :

- ❖ Décrire et évaluer l'impact psychologiques survenant suite au déconfinement lié à la pandémie COVID-19 ; essentiellement la dépression, l'anxiété, le stress et l'état de stress post traumatique.
- ❖ Déterminer les différents facteurs influençant la survenue des troubles psychiatriques.

Cette étude descriptive transversale menée auprès de la population générale à l'aide d'un auto-questionnaire élaboré et diffusé via des plateformes web et qui tient compte des données sociodémographiques, des données anamnestiques concernant l'impact psychologique et social du déconfinement, ainsi que des échelles :

- ❖ PCL-S pour évaluer l'état de stress post-traumatique.
- ❖ DASS-21 pour évaluer la dépression, l'anxiété et le stress liés au déconfinement.

SECTION I : PARTIE THEORIQUE

I. Etat de connaissances actuelles sur le COVID – 19 :

1. Histoire du COVID-19 :

Selon des études phylogénétiques, la maladie est apparue entre octobre et décembre 2019 [1], et plus précisément le 17 novembre 2019 date d'apparition du premier cas symptomatique en chine [2].

Le 20 décembre 2019 le nombre de cas diagnostiqués pour la même symptomatologie a atteint 60 cas dont plusieurs personnes ont été hospitalisées à l'hôpital de Huanan dans la région de Hubei [3].

Le 21 décembre, un kit diagnostic ciblant 22 germes pathogènes respiratoires dont 18 virus et 4 bactéries, a donné un résultat négatif ce qui a permis aux médecins de réaliser qu'ils sont en présence d'un nouvel agent pathogène respiratoire [4].

Cette maladie appelée initialement (pneumonie de Wuhan) par la presse en raison de la zone et des symptômes de la pneumonie avant la révélation des résultats du séquençage du génome entier qui ont montré que l'agent causal est un nouveau coronavirus ; le SARS-CoV-2 (deuxième coronavirus lié au syndrome respiratoire aigu sévère) [5].

Ainsi le 7 janvier 2020 les autorités chinoises ont confirmé qu'il s'agit bien d'un nouveau virus de la famille des coronavirus qui est responsable de la pneumonie de Wuhan et lui attribuent alors le nom provisoire 2019-nCov pour nouveau coronavirus 2019 [6].

Ce nom fut adopté initialement de façon temporaire par l'organisation mondial de la santé (OMS) avant que cette dernière ne lui attribue officiellement le 11 février 2020 le nom de COVID-19 pour « coronavirus Disease 2019 » [7]

L'OMS annonce par la suite que la maladie est transmissible entre humains et indique que les modes de transmission de la maladie sont probablement les mêmes que pour d'autres coronavirus : contact direct via les gouttelettes respiratoires éjectées lors de la parole (postillons), la toux et les éternuements ou via des objets contaminés par ces gouttelettes et annonce que le nouveau virus a une période d'incubation pouvant aller jusqu'à deux semaines, et surtout que la contagion est possible durant la période d'incubation. De ce fait, s'il ne fait pas l'objet d'une politique de détection systématique et précoce, il est susceptible de se répandre avec une croissance exponentielle. [8, 9]

Ainsi l'épidémie liée au COVID-19 est déclarée par l'OMS comme urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) et publie un guide sur les mesures préventives destinées à freiner l'épidémie, Certains évoquent même la « maladie X », nom donné en 2018 par l'OMS à une maladie susceptible de causer un danger international [10, 11, 12, 13, 14].

Depuis que la COVID-19 est apparue en Chine initialement, le SARS-CoV-2 a évolué rapidement et c'est propagé vers d'autres pays du monde constituant ainsi une menace mondiale, annoncée officiellement par l'OMS Le 11 mars 2020 comme étant une pandémie ; il s'agirait de la cinquième pandémie mondiale causée par un virus après les pandémies causée par la Grippe espagnole en 1918 (H1N1), la grippe asiatique en 1957 (H2N2), la grippe de Hong Kong en 1968 (H3N2) et la grippe A en 2009 (H1N1) qui ont provoqué des taux de décès humains estimer à 50 millions, 1,5 million, 1 million et 300 000 décès humains respectivement [15, 16].

Au Maroc le premier cas confirmé atteint déclaré officiellement par le ministère de santé remonte au 2 mars 2020 puis les nouveaux cas ont commencé à proliférer, devant cette situation afin de prévenir la propagation de contamination et d'éviter la saturation des services hospitaliers de réanimation par les nouveaux cas déclarés qui ne cessent d'augmenter. Les autorités marocaines ont déclaré le 19 mars, la mise en place d'un état d'urgence sanitaire avec confinement et restriction de la circulation [17].

Le 11 juin le Maroc a allégé les mesures entreprises pour minimiser son impact économique et entre en première phase d'un déconfinement progressif dans le cadre du respect des mesures d'hygiène et les conditions sanitaires de protection essentielles avec maintien de l'état d'alerte et de vigilance [18].

2. Structure et physiopathologie du SARS-COV-2 :

Le SARS-COV-2 est un virus sphérique à ARN qui appartient tout comme le virus du SARS, à l'espèce SARSr-CoV (Severe acute respiratory syndrome-related Coronavirus), dans le genre Betacoronavirus et la famille Coronaviridae dotée d'une couronne [19].

Le diamètre du SARS-COV-2 mesure de 50 à 200 nanomètres ce qui permet de le classer parmi les gros virus [20].

Il se caractérise comme tous les coronavirus par une couronne de protéines dites « Spike » ou (S) pour spicule ; les protéines (S) en plus des protéines (E) pour enveloppe et des protéines (M) pour membranes constituent ensemble l'enveloppe virale quant aux protéines (N) pour nucléocapside a le rôle de protéger et envelopper l'ARN viral [21].

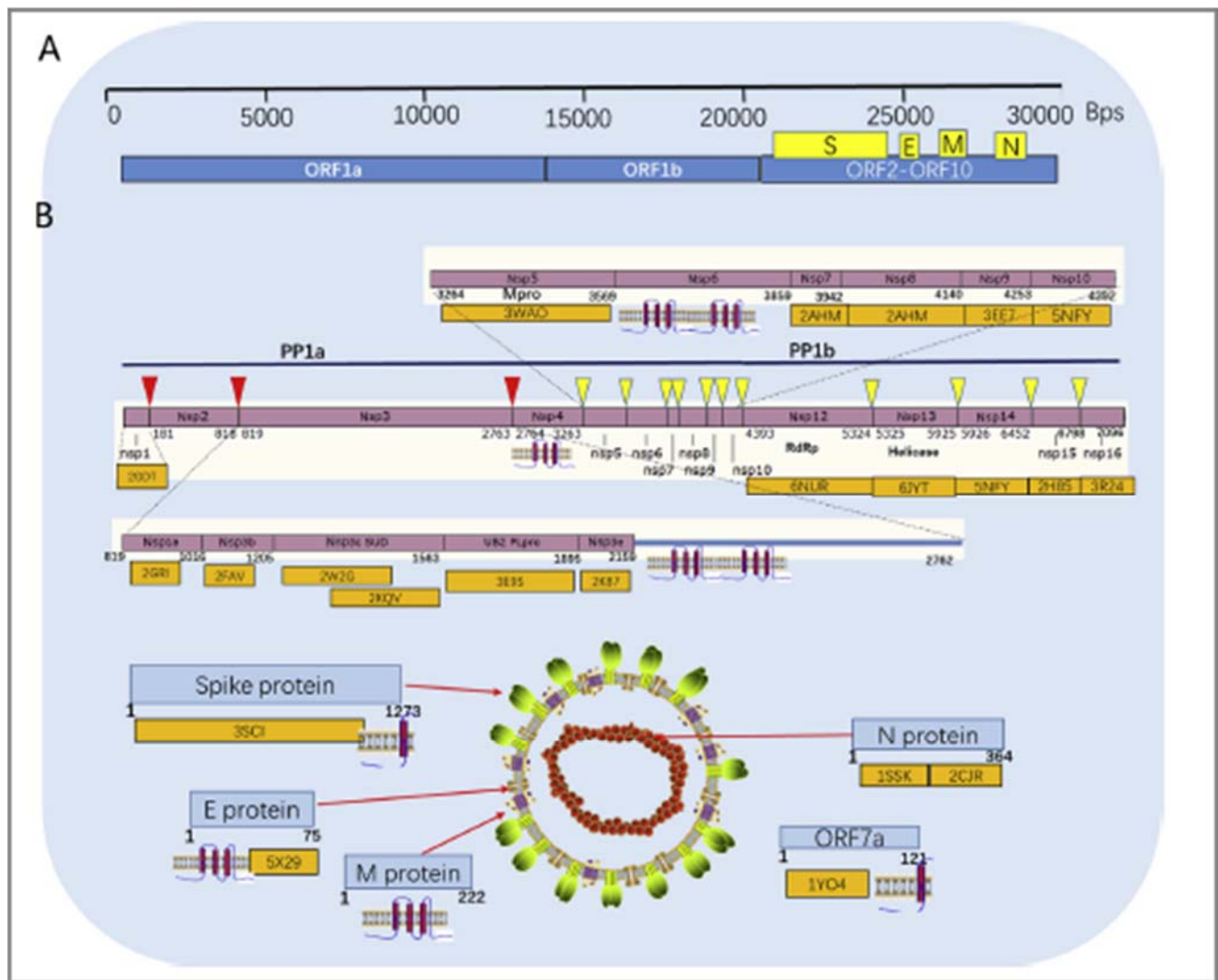


Figure 01 : structure du SARS-COV-2 [21].

Comme tous les virus le SARS-COV-2 utilise nos cellules comme hôtes pour se reproduire, cela est possible grâce aux protéines (S) du virus qui ont une affinité pour l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ACE2) ce dernier est notamment impliqué dans la régulation de la tension artérielle, il est présent sur les cellules de différents organes : le nez, les yeux, les poumons, le système digestif, le cœur et dans une moindre mesure dans les reins et le foie. Le SARS-Cov2 peut donc pénétrer les cellules et infecter tous ces organes, c'est pourquoi les patients atteints de COVID-19 présentent une grande diversité de symptômes [22].

Mais pour permettre au virus d'entrer dans la cellule, la protéine (S) doit d'abord subir une étape de « priming », sorte d'activation et de maturation, pour permettre au SARS-COV-2 de devenir infectieux. Une protéase transmembranaire de la surface de la cellule hôte, une protéase cellulaire à sérine dite TMPRSS2 ou sérine2, coupe la protéine (S) afin de la rendre fonctionnelle et ce n'est pas tout car la protéine (S), semble pouvoir aussi être activée par une autre protéase de l'hôte, la furine mais aussi la basigine (BSG) ou « inducteur de métalloprotéinase à matrice extracellulaire » aussi dénommée « cluster de différenciation 147 » (CD147), connue comme déterminante du système de groupe sanguin O et joue un rôle dans certaines infections virales, elle est aussi un récepteur essentiel de la surface des globules rouges, récepteur ciblé par le Plasmodium falciparum, le parasite qui cause le paludisme humain. Ainsi la protéine (S) aurait d'autres voies d'activations possible et donc plusieurs moyens pour entrer dans les cellules cibles [23, 24, 25, 26].

Lorsque le virus a pénétré dans la cellule, il libère son ARN (acide ribonucléique) génomique. L'ARN polymérase du virus, l'une des 16 protéines présentes dans le virus synthétise alors l'ARN messager virale. Une fois synthétisé, ce dernier utilise la machinerie cellulaire pour faire synthétiser les polyprotéines virales qu'il code. Une fois la polyprotéine synthétisée, une protéase virale la coupe et permet la formation de nouvelles particules virales fonctionnelles.

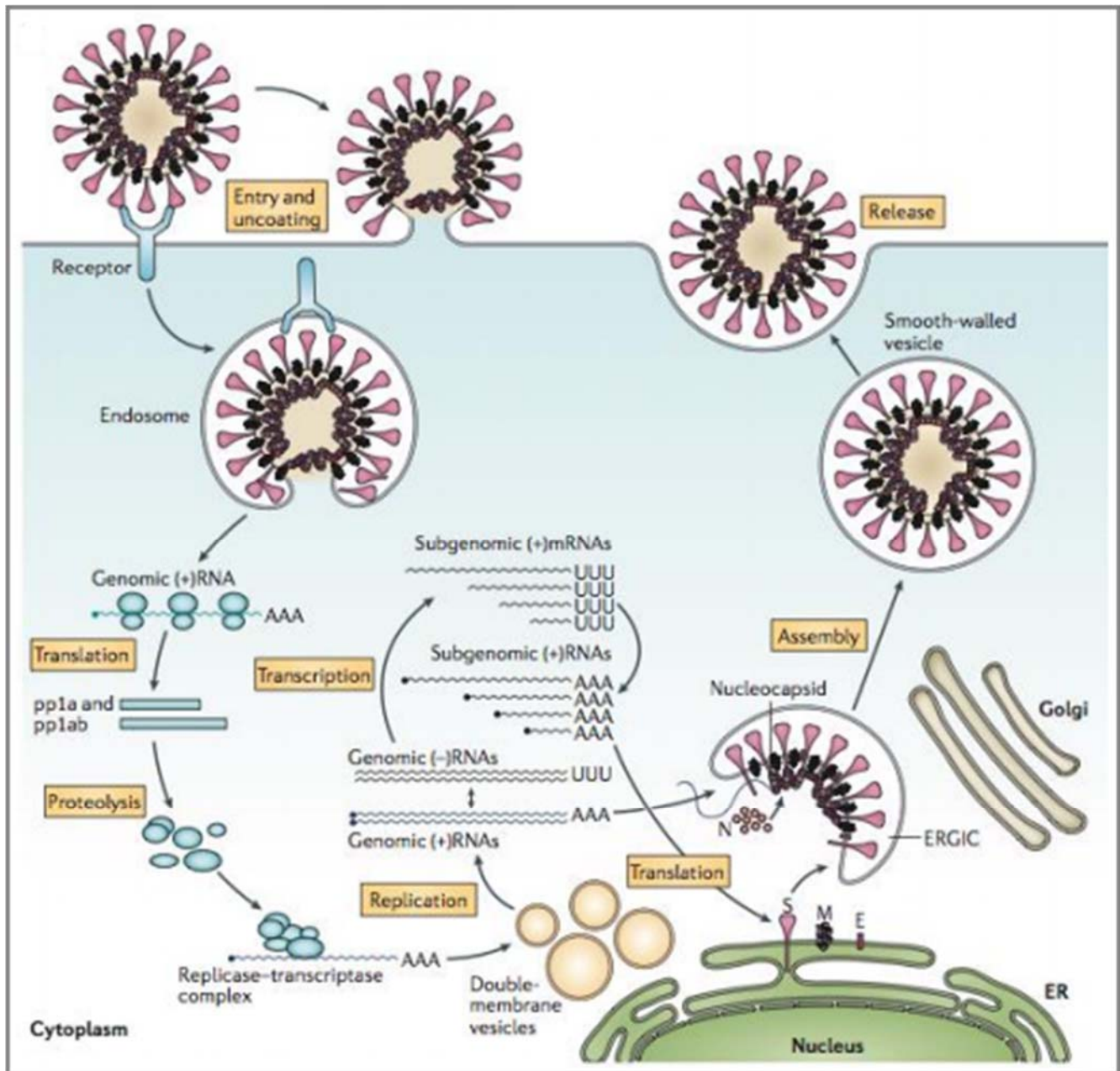


Figure 02 : répliation du SARS-COV-2.[22]

3. Origine du SARS-COV-2 :

L'hypothèse d'une modification en laboratoire est rejetée, en revanche, bien qu'aucun élément n'oriente vers une fuite accidentelle depuis l'Institut de virologie de Wuhan comme point d'émergence de l'épidémie, l'hypothèse ne peut être écartée sans une investigation indépendante [27].

La source du SARS-CoV-2 n'est pas entièrement déterminée, cependant l'analyse du génome viral suggère une proximité avec des coronavirus infectant les chauves-souris dans la province du Yunnan. Le SARS-CoV-2 partage notamment 96% de son génome avec RATG13 infectant les chauves-souris de l'espèce des *Rhinolophes affinis* [28].

Cependant il est peu probable que le virus soit passé directement d'une chauve-souris à un être humain vu l'absence de détection d'un ancêtre direct chez une chauve-souris ce qui rend plus probable l'existence d'un hôte animal intermédiaire, de la même façon que le SARS-CoV dont l'hôte intermédiaire était la civette ou le MERS-CoV dont l'hôte intermédiaire était le dromadaire.

Selon des études par séquençage métagénomique des échantillons de *pangolins malais* il a été suggéré que les pangolins pourraient être les hôtes intermédiaires entre les chauves-souris et les humains vu la similitude du coronavirus du pangolin avec le SRAS-CoV-2 [29].

4. Diagnostic de COVID-19 :

4.1. Signes d'appel :

La maladie liée au COVID-19 peut avoir plusieurs manifestations cliniques diverses et très variées vu qu'il peut toucher plusieurs organes, tout comme il peut être asymptomatique. La sévérité des symptômes peut aussi varier d'un patient à un autre allant d'une simple toux à un syndrome respiratoire aigu sévère (SARS) nécessitant l'hospitalisation dans une unité de soins intensif (USI).

Plusieurs études décrivent la symptomatologie clinique principale de la maladie COVID-19 comme étant proche de la symptomatologie de la grippe [30, 31].

Parmi les symptômes cliniques liée à la maladie COVID-19 on retrouve :

- ❖ La fièvre : [32, 33, 34].
- ❖ La rhinorrhée : [35].
- ❖ La toux : [33].
- ❖ La dyspnée : [33,36].
- ❖ La douleur thoracique : [35].
- ❖ Anosmie et agueusie : [33, 37, 38, 39].
- ❖ L'asthénie : [33].
- ❖ Myalgie et arthralgie : [35].
- ❖ Symptômes gastro-intestinaux : perte d'appétit, diarrhée, nausées, vomissements et douleurs abdominales [40, 41, 36].
- ❖ Mal de gorge : [33].
- ❖ Céphalées : [33].
- ❖ Étourdissements : [35].
- ❖ Symptômes neurologiques : confusion, délire et agitation [35, 42].
- ❖ Symptômes oculaires : Conjonctivite, douleurs oculaires, yeux secs, corps flottants [43, 44].
- ❖ Symptômes cutanés : exanthème, éruption maculopapuleuse, lésions vésiculobulleuses, urticaire, engelure, gangrène des doigts et des orteils [45].

4.2. Moyens diagnostic :

❖ La réaction en chaîne par polymérase a transcription inverse (RT-PCR) :

Le diagnostic de référence du COVID-19 est généralement effectué à l'aide d'une réaction en chaîne par polymérase à transcription inverse (RT-PCR) à partir d'un échantillon d'écouvillon nasopharyngé [46]. Cependant, la sensibilité des tests varie en fonction du moment de la réalisation du test par rapport à l'exposition. Une étude a estimé la sensibilité du test à 33% 4 jours après l'exposition, 62% le jour de l'apparition des symptômes, et 80% 3 jours après l'apparition des symptômes [47]. Les facteurs contribuant aux résultats des tests faussement négatifs comprennent : le temps écoulé depuis l'exposition ; la technique de prélèvement de l'échantillon et la source de l'échantillon (les échantillons des voies respiratoires inférieures comme le liquide de lavage bronchoalvéolaire, étant plus sensibles que les échantillons des voies respiratoires supérieures) [48].

À cause des résultats faussement négatifs des tests par le RT-PCR des écouvillons nasopharyngé, l'étude des signes cliniques, des tests de laboratoires biologiques et d'imagerie peuvent également être utilisés pour établir un diagnostic présomptif pour les personnes qui présentent un indice élevé de suspicion clinique d'infection par le SARS-CoV-2.

❖ Les examens cliniques :

Cliniquement les symptômes les plus fréquents qui aident au diagnostic sont la fièvre, la toux et la dyspnée par ailleurs l'auscultation pulmonaire peut révéler des râles crépitants ; Les patients souffrant de détresse respiratoire peuvent présenter par ailleurs une tachycardie, une tachypnée ou une cyanose accompagnant une baisse de la saturation à l'oxymétrie ainsi qu'une hypoxie [49].

❖ Les tests biologiques :

Biologiquement on peut retrouver chez les patients atteints des anomalies biologiques comme : une lymphopénie, une leucocytose, une leucopénie, une thrombocytopénie, une hypoalbuminémie, les marqueurs inflammatoires comme la CRP élevés ainsi que l'augmentation des D-dimères et une perturbation des fonctions hépatiques et rénales [50].

Ces anomalies biologiques, en particulier la lymphopénie, la leucopénie et la perturbation des marqueurs de l'inflammation systémique sont moins fréquentes chez les enfants [36,51].

Par ailleurs chez les patients atteints d'une maladie grave ou critique une culture est souhaitable pour pouvoir exclure d'autres causes d'infection des voies respiratoires inférieures et de septicémie, en particulier les patients ayant des antécédents épidémiologiques atypiques. Les échantillons doivent être prélevés avant de commencer l'antibiothérapie si possible [52].

❖ Les tests sérologiques et d'aide au diagnostic rapide :

Concernant les tests sérologiques quant à eux ne peuvent pas être utilisés comme test diagnostique autonome pour les infections aiguës par le SRAS-CoV-2. Cependant, il peut être utile dans divers contextes (comme les cas où les tests moléculaires se révèlent négatifs, le diagnostic des patients présentant des symptômes de survenue tardive et/ou prolongée, ainsi que pour la surveillance sérologique des malades) [53].

Une étude a révélé que les tests sérologiques à la recherche d'anticorps IgM / IgG n'était détectables que chez 30% des personnes atteintes de COVID-19 lorsque le test était effectué à la première semaine après l'apparition des symptômes, mais la précision augmentait à la deuxième semaine avec 70% de cas détectés et à la

troisième semaine avec plus de 90 % de cas détectés. Les tests ont donné des résultats faussement positifs chez 2% des patients non atteint de COVID-19.

Ces tests peuvent être intéressant pour la détection d'une infection antérieure s'ils sont réalisés à 15 jours ou plus après l'apparition des symptômes [54].

Par ailleurs il existe de nombreux tests de dépistage et d'aide au diagnostic rapide comme les kits pour la détection qualitative des anticorps anti-SARS-CoV-2 IgM / IgG dans le sérum, le plasma ou le sang total ainsi que des techniques rapides comme les dosages immunologiques chimioluminescents (CLIA) pour les IgM ou IgG dont la sensibilité était d'environ 98%, les tests immuno-enzymatiques (ELISA) dont la sensibilité était d'environ de 84% [55].

D'autres méthodes de dépistage et diagnostic rapide reposent sur la détection directe des protéines virales du SRAS-CoV-2 dans des écouvillons nasaux et d'autres prélèvements biologiques. Les résultats sont généralement disponibles en moins de 30 minutes. Bien que ces tests antigéniques soient nettement moins sensibles que la RT-PCR, ils offrent la possibilité d'une détection rapide, peu coûteuse et précoce des cas les plus infectieux dans des contextes appropriés [56].

❖ Les examens radiologiques :

L'imagerie quant à elle a une place importante pour aider l'orientation diagnostic et l'évaluation de la maladie, une radiographie pulmonaire est à demander chez les patients suspectés de pneumonie. Des infiltrats pulmonaires unilatéraux sont retrouvés chez 25% des patients et des infiltrats pulmonaires bilatéraux chez 75% des patients [57].

Bien que la radiographie pulmonaire semble avoir une sensibilité plus faible que la tomodensitométrie thoracique, elle présente les avantages d'être accessible, associée à des doses de radiations plus faibles, plus facile à répéter pour le suivie. [58]

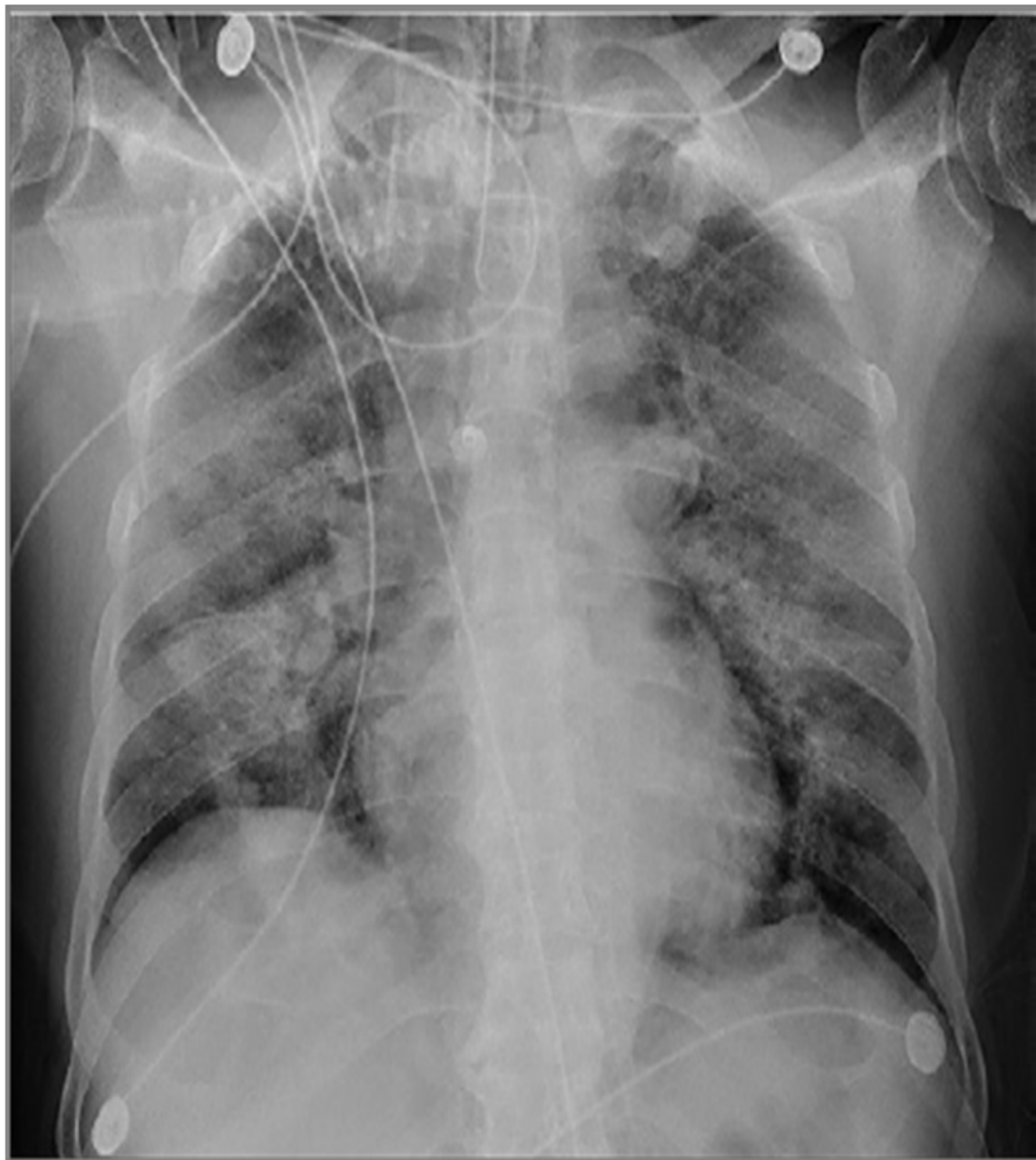


Figure 03 : image de radio thoracique patient couché atteint de COVID-19 [57].

La TDM thoracique quant à elle est intéressante vue sa bonne résolution pour aider à poser le diagnostic, guider les décisions de prise en charge des patients, et rechercher des complications.

L'imagerie thoracique n'est pas un test à demander systématiquement d'ailleurs L'OMS recommande de réserver l'imagerie thoracique pour les scénarios suivants :

+ Patients symptomatiques avec suspicion de COVID-19 lorsque la RT-PCR n'est pas disponible, les résultats du test RT-PCR sont retardés ou le test RT-PCR initial est négatif mais il existe une forte suspicion clinique pour le COVID-19 (pour le diagnostic)

+ Patients avec COVID-19 suspectés ou confirmés qui ne sont pas actuellement hospitalisés et présentent des symptômes bénins (pour décider de l'hospitalisation ou du congé à domicile)

+ Patients avec COVID-19 suspectés ou confirmés qui ne sont pas actuellement hospitalisés et présentent des symptômes modérés à sévères (pour aider à décider de l'admission en salle de surveillance ou l'admission en unité de soins intensifs)

+ Patients avec COVID-19 suspectés ou confirmés qui sont actuellement hospitalisés et présentent des symptômes modérés à sévères (pour guider la prise en charge thérapeutique) [58].

Des anomalies radiologiques de tomodensitométrie thoracique ont été rapportées chez jusqu'à 97% des patients atteints de COVID-19 dans une étude [59]. Des signes de pneumonie à la tomodensitométrie peuvent précéder un résultat positif de RT-PCR pour le SRAS-CoV-2 chez certains patients [60].

Des images TDM thoracique anormal peuvent être présentes chez des patients asymptomatiques (c'est-à-dire à un stade infraclinique) le scanner (TDM) montre néanmoins des changements précoces dans les poumons. L'estimation groupée du taux de résultats positifs de la tomodensitométrie thoracique dans les cas asymptomatiques était de 62%, alors qu'elle était de 90% chez ceux qui ont développé des symptômes [61].

Certains patients peuvent présenter un thorax normal malgré une RT-PCR positive [62]. En outre, les résultats des tests de RT-PCR peuvent être faux-négatifs, d'où l'intérêt de la corrélation des résultats des examens cliniques, biologiques et radiologiques aux résultats de la RT-PCR pour confirmer le diagnostic [63].

La présence simultanée d'une opacité en verre dépoli et d'autres caractéristiques de la pneumonie virale avait des performances optimales dans la détection du COVID-19 (sensibilité 90% et spécificité 89%) [64].

Une petite étude comparative a révélé que les patients atteints de COVID-19 sont plus susceptibles d'avoir une atteinte bilatérale avec de multiples marbrures et opacité en verre dépoli par rapport aux autres types de pneumonie [65].

Une étude chinoise décrit l'évolution de la pneumopathie chez des patients peu sévères en la divisant en quatre stades selon l'aspect au scanner :

+ Stade 1 : précoce (jusqu'aux quatre premiers jours) où on retrouve des opacités en verre dépoli (changements de densité des tissus en forme de halo, courants dans les affections virales) c'est la principale anomalie pulmonaire, sous-pleurale et touche souvent les lobes inférieurs des poumons.

+ Stade 2 : dit progressif (cinq à huit jours) les opacités en verre dépoli deviennent bilatérales et multilobaires, des plages de condensation et de crazy paving apparaissent.

+ Stade 3 : correspond au pic (dix à treize jours) ; les anomalies s'intensifient, notamment la condensation alvéolaire.

+ Stade 4 : dit de résorption (après quatorze jours), régression des anomalies et résorption de la condensation avec disparition complète du crazy paving et persistance de verre dépoli [66].

La même étude rapporte que les patients présentant une pneumonie modérée (sans détresse respiratoire sévère), les anomalies pulmonaires au scanner thoracique sont maximales environ dix jours après l'apparition initiale des symptômes, et régresse à partir de quatorze jours [66].

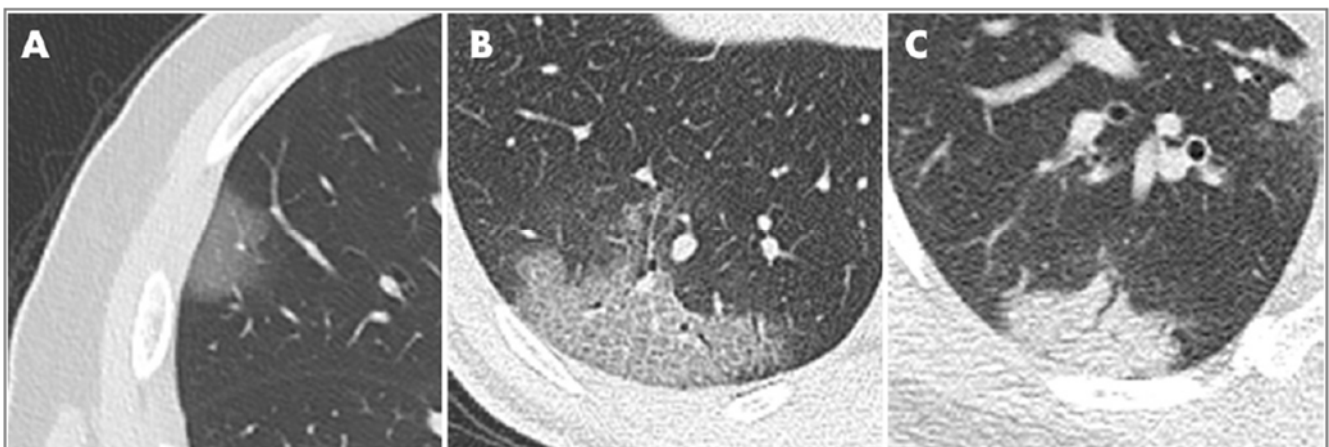


Figure 04 : images du scanner thoracique de malade atteint du COVID-19 [66].

Une étude rapporte que 23 % des patients atteints de la maladie COVID-19 présentent une embolie pulmonaire détectée par angioscanner (qui utilise une injection de produit de contraste) ; Ce qui fait que le diagnostic d'embolie pulmonaire chez les patients COVID-19 est impératif et impose la réalisation d'un angioscanner pulmonaire au lieu du scanner thoracique sans injection [67].

Chez les enfants souvent des résultats d'imagerie thoracique sont normaux ou présentent de légères anomalies. Les signes les plus courants chez les enfants sont une opacité inégale en verre dépoli et moins fréquemment des opacité inégales non spécifiques avec des zones de consolidation et un signe de halo. Les anomalies sont plus fréquentes dans les lobes inférieurs et sont principalement unilatérales. L'épanchement pleural quant à lui est rare. Les enfants peuvent par ailleurs présenter des signes de pneumonie à l'imagerie thoracique malgré des symptômes minimes ou absents [68].

5. Modalités évolutives :

Une étude menée en France décrit trois grands groupes de malades :

+ Tout d'abord les patients paucisymptomatiques, présentant peu de signes cliniques mais avec une charge virale nasale élevée ce qui fait d'eux des patients contagieux (des porteurs sains).

+ Puis les patients qui présentent des symptômes légers au départ mais subissant une aggravation vers le dixième jour avec apparition d'un syndrome respiratoire aigu sévère (SARS) malgré une charge virale qui diminue. La réaction immunitaire au niveau pulmonaire ne serait donc plus régulée.

+ Enfin les patients avec une aggravation rapide vers un syndrome respiratoire aigu sévère (SARS) avec persistance d'une charge virale élevée dans le nez et dans la gorge et apparition d'une virémie sanguine à SARS-CoV-2 provoquant une défaillance multi-viscérale conduisant au décès. Cette troisième catégorie de malade concerne surtout les personnes âgées [69].

6. Principaux thérapeutiques

Il n'y a pas de médicament curatif efficace contre le SARS-CoV-2 reconnu scientifiquement par l'OMS. Aucun produit pharmaceutique ne s'est encore avéré sûr et efficace pour le traitement de la maladie liée au COVID-19. Cependant, un certain nombre de médicaments ont été proposés comme thérapies expérimentales potentielles, dont beaucoup sont étudiés dans le cadre d'essais cliniques, notamment l'essai SOLIDARITY cofinancé par l'OMS et les pays participants.

Le traitement est donc jusqu'à présent purement symptomatique. Il vise à suppléer les défaillances viscérales (cardiaques, pulmonaires, rénales...). [70]

6.1. Protocole thérapeutique au Maroc : [71]

Au Maroc la prise en charge de la maladie liée au COVID-19 est codifiée selon des lignes directrices du ministère de la santé dont la dernière mise à jour du 03/08/2020 stipule ce qui suit :

+ Pour les cas possibles en présence d'un tableau radio-clinique très évocateur de Covid-19 il faut démarrer le traitement sans délai après la réalisation d'un bilan pré-thérapeutique, puis faire un prélèvement pour confirmation virologique.

+ Pour les cas confirmés ou probables et les cas symptomatiques, ils sont impérativement pris en charge en milieu hospitalier et mis sous traitement de 1ère intention pendant une durée de 10 jours. Les cas asymptomatiques sont mis sous traitement de 1ère intention, ils sont pris en charge à domicile en l'absence de facteurs de risque, avec un isolement durant les 7 jours de traitement et 7 jours supplémentaires, soit un total de 14 jours d'isolement avec un suivi médical rigoureux de l'état de santé, afin de détecter précocement tout signe d'aggravation ou effet indésirable du traitement.

a. Traitement de première intention :

Chloroquine 500 mg X 2/ j, pendant 7 jours Ou Sulfate d'hydroxy chloroquine 200 X3/j pendant 7 jours en association avec l'Azithromycine 500 mg à J1, puis 250 mg / jour de J2 à J7

b. Traitement de deuxième intention :

Association Lopinavir /Ritonavir : 400mg X 2 par jour pendant 7jours.

c. Antibiothérapie :

Non systématique, indiquée si surinfection bactérienne : Amoxicilline + acide clavulanique, 3g par jour Ou Moxifloxacine 400mg/j en une seule prise Ou Lévofloxacine 500 mg/j en une seule prise.

d. Nébulisation :

À utiliser si besoin, avec les précautions nécessaires en matière de prévention des infections liées aux soins.

e. Autres :

Héparine à bas poids moléculaire, si alitement.

f. Bilan près thérapeutique :

Avant le démarrage du traitement, il est nécessaire de réaliser un bilan minimum qui comprend les examens suivants : NFS, CRP, Glycémie, urée, créatininémie, transaminases, ECG, Radiographie thoracique.

g. Critères de transfert en réanimation :

Le transfert en réanimation se fait devant l'un des critères suivants :

- Troubles neurologiques : les troubles de la conscience ;
- Polypnée : FR > ou égale à 30 cycles par min ;
- TA systolique < 90 mm Hg ;
- Fréquence cardiaque : > 120 bat/min ;
- Saturation en oxygène < 92 % sous 41 / min d'O₂.

6.2. Vaccin :

Dès le début de la pandémie, la recherche d'un vaccin contre le SARS-CoV-2, le virus responsable de la maladie COVID-19, a été très intense au niveau mondial.

Différentes approches sont explorées pour forcer l'organisme à développer une réponse immunitaire permettant d'éliminer le virus SARS-CoV-2 : l'utilisation de formes atténuées ou inactivées du coronavirus, de virus anodins modifiés génétiquement pour exprimer une protéine du coronavirus, de protéines du coronavirus, ou d'acides nucléiques insérés dans des cellules humaines pour y produire des protéines virales [72].

Les vaccins les plus promoteurs à ce jour (28/12/2020) sont [73] :

+ Le vaccin développé par Astra Zeneca + Université d'Oxford dont la technologie du vaccin repose sur un vecteur viral non répliquable (ChAdOx1-S).

+ Le vaccin développé par Moderna + NIAID dont la technologie du vaccin repose sur des morceaux d'ARN (mRNA-1273).

+ Le vaccin développé par Pfizer + BioNTech + Fosun Pharma Vaccin BNT162b2 Comimaty dont la technologie du vaccin repose sur des morceaux d'ARN (3 LNP-mRNAs) (BNT162b2).

+ Le vaccin développé par Institut Gamaleya (Spoutnik V) dont la technologie du vaccin repose sur le Vecteur viral non répliquable, à base d'adénovirus (rAd26-S+rAd5-S).

+ Le vaccin développé par Sinopharm dont la technologie du vaccin repose sur le virus inactivé (cellules Véro).

II. Impact psychologique et COVID – 19

Les études portant sur l'impact psychologique suite au déconfinement lié au COVID-19 sont rares vu la précocité et la nouveauté de cet événement contrairement aux études réalisées pour examiner l'impact du COVID-19 durant la période de confinement qui sont plus abondants.

Par ailleurs on a pu retrouver une première étude chinoise qui a constaté que 53,8% des 1210 inclus dans l'étude ayant un impact psychologique de l'épidémie comme modéré ou grave, 16,5% ont signalé des symptômes dépressifs modérés à sévères et 28,8% ont signalé des symptômes d'anxiété modérés à sévères. [74]

Une enquête menée en chine auprès de 52730 personnes a constaté qu'environ 35% des participants avaient développés des troubles psychologiques en rapport avec le confinement au COVID-19. [75]

Ceci est cohérent avec les résultats d'une enquête américaine qui constate que 45% des adultes aux États-Unis déclarent que leur santé mentale a été impactée négativement en raison de l'inquiétude et du stress liés au coronavirus. [76]

Une autre étude chinoise réalisé en ligne et qui a inclut 17865 participants a constaté que suite au confinement et l'annonce de la maladie COVID-19 les troubles comme l'anxiété, la dépression et la colère, augmentaient, tandis que la satisfaction et la qualité de la vie diminuaient. [77]

Une enquête menée en ligne auprès de 1074 Chinois a retrouvé les mêmes résultats que les études précédentes à savoir une augmentation des taux d'anxiété, de dépression, ainsi que la consommation d'alcool et une diminution du bien-être psychologique avec des taux d'anxiété et de dépression plus élevés chez les jeunes de 21 à 40 ans en comparaison avec d'autres groupes d'âge. [78]

Une autre enquête menée en ligne toujours auprès de 7 236 personnes en Chine a retrouvé que la prévalence globale des troubles anxieux généralisés était de 35,1%, alors que la prévalence des symptômes dépressifs était de 20,1% et celle des anomalies et troubles du sommeil était de 18,2% ; Cette étude a également noté que les professionnels de la santé étaient plus susceptibles d'avoir une mauvaise qualité de sommeil que les autres groupes professionnels. [79]

Afin d'examiner l'état de santé mentale de 1257 professionnels de santé en Chine une étude menée a retrouvé des résultats similaires aux autres études avec 50,4% des sujets de l'étude qui ont présenté une dépression, alors que 44,6% ont développé de l'anxiété, et 34,0% de l'insomnie.

Par ailleurs cette étude a précisé que les professionnels de santé de première ligne qui soignaient des patients atteints de coronavirus avaient un risque plus élevé de présenter des symptômes de dépression, d'anxiété, d'insomnie et de détresse par rapport aux autres professionnels de la santé. [80]

En mars 2020, une étude menée en ligne pour examiner l'anxiété et la peur d'être infecté qui a concerné 669 dentistes de 30 pays a révélé qu'une écrasante majorité des sujets de l'étude ont développé un état d'anxiété et de la peur de la contagion. Certains dentistes ont même fermé leurs cabinets pour une durée indéterminée. [81]

Une autre étude révèle que la prévalence combinée de l'anxiété, de la dépression et des troubles du sommeil est de 47%, 45% et 34%, respectivement. [82]

Une étude explique les facteurs influençant la survenue de cet impact par l'exposition constante à des informations concernant le virus qui peut majorer l'anxiété, d'autant plus que ces informations peuvent être erronées ou contradictoires, ainsi que la raréfaction des contacts sociaux et la crainte d'une contamination (majorée par la désinformation) augmentent aussi l'anxiété sociale [83].

Une autre étude la rejoint et retrouve que des facteurs individuels favorisent également les troubles anxieux liés à la crainte d'une contamination, comme l'intolérance à l'incertitude [84].

Alors qu'une étude chinoise a retrouvé que les sujets ayant arrêté leur travail au cours du confinement avaient une santé mentale globale moins bonne que ceux qui continuaient à travailler, que ce soit à leur bureau ou à domicile [85].

Devant la diversité de ces résultats retrouvés par ces études l'impact psychologique du déconfinement dans ces circonstances de menace permanente par la maladie du COVID-19 demeure un mystère et les conséquences d'une telle expérience restent mal comprises vu que peu de médecins et scientifiques se sont penchés sur les questions comme : quelles sont les réactions psychologiques à prévoir devant cette situation de déconfinement ? ou encore quels sont les différents facteurs influençant la survenue de ces dernières ?

SECTION II : NOTRE ETUDE

MATERIELS ET METHODES :

I. Objectifs :

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact psychologique du déconfinement suite à la pandémie COVID-19 auprès de la population générale marocaine, essentiellement la dépression, l'anxiété et l'état de stress post traumatique (PTSD).

Déterminer les facteurs impliqués afin d'assurer une meilleure prise en charge psychologique et thérapeutique.

II. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive, explorant à travers un auto-questionnaire élaboré et diffusé via des plateformes web l'impact psychologique suite au déconfinement liée au COVID-19.

III. Population d'étude :

La population cible est constituée par la population générale marocaine.

IV. Déroulement de l'étude :

Après l'annonce de l'allègement des mesures de confinement (première phase du déconfinement) par les autorités nationales, nous avons procédé à la mise en ligne d'un questionnaire anonyme élaboré grâce à la plateforme google Forms et approuvé par le service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès et laboratoire de l'épidémiologie clinique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, puis diffusé sur les différents réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp, blogs et forums de discussions) afin de recueillir les données nécessaires à notre étude qui s'est étalée sur une période de deux mois, du 13/07/20 au 13/09/2020.

V. Recueil de données :

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme mis en ligne comprenant :

1. Paramètres sociodémographiques :

Âge, le genre, répartition géographique, Type de logement, état matrimonial, la parité, niveau de scolarité, activité professionnelle.

2. Paramètres cliniques :

Antécédents de maladie chronique, antécédents psychiatriques, notion d'usage de substances, atteinte personnelle par la maladie COVID-19 et l'atteinte des proches par la maladie COVID-19.

3. Paramètres liés à l'impact perçue du déconfinement :

Satisfaction des informations relayées par les médias, nature de l'impact psychologique perçue, perception de l'impact psychologique du déconfinement.

4. Échelles psychométriques :

4.1. Echelle DASS-21 :

Afin d'évaluer la dépression, l'anxiété et l'état de stress, l'échelle DASS-21 a été utilisée en version française étant donné que l'échelle n'est pas validée en arabe dialectal. L'échelle de dépression, d'anxiété et de stress - 21 items (DASS-21) est composée d'un ensemble de trois sous-échelles qui mesurent les états négatifs émotionnelles de la dépression, l'anxiété et le stress. Chacune des trois sous-échelles contient 7 éléments.

Les réponses ont été catégorisées avec les seuils pour classer la dépression, l'anxiété et le stress (aucun symptôme, léger, modéré, sévère et extrêmement grave).

4.2. PCL-S :

Pour l'évaluation du trouble de stress post-traumatique, l'échelle PCL-S a été utilisée en version français, étant donné que l'échelle n'est pas validée en arabe dialectal. L'échelle de contrôle post-traumatique (PCL-S) est un questionnaire d'auto-évaluation rapide, créé dans le but de mesurer les syndromes qui découlent des désordres post-traumatiques dont sont atteints les individus ayant subi un événement traumatique. Le PCL-S est l'un des rares instruments auto-administrés mesurant ces symptômes.

Trois domaines de syndromes sont mesurés par l'instrument, soient : les syndromes de ré-expérience ; les syndromes d'Évitement ; les syndromes d'hypervigilance. 17 items (symptômes) composent l'inventaire, gradués de 1 (pas du tout) à 5 (extrêmement). Les participants graduent leurs symptômes en se basant sur les quelques mois précédant la passation du questionnaire.

Le score global du PCL-S est positivement et significativement corrélé à celui de l'Inventaire de Dépression de Beck (13 items), à celui de l'Échelle d'Anxiété de Hamilton et au score de la sous-échelle Anxiété/Dépression du Questionnaire des Peurs. Les coefficients sont, respectivement : 0,35 ; 0,38 ; 0,36 ; $p < 0,05$.

Le score global, le score de la sous-échelle ré-expérience et de la sous-échelle hypervigilance du PCL-S sont positivement et significativement corrélé à la sous-échelle Agoraphobie du Questionnaire des Peurs, soit, respectivement : 0,50 ; 0,47 ; 0,35 ; $p < 0,05$.

Le score de la sous-échelle Évitement du PCLS est corrélé au score de la sous-échelle Phobie sociale du Questionnaire des Peurs : 0,39 ; $p < 0,05$.

VI. Analyses statistiques :

Les fréquences ont été mesurées pour les variables qualitatives. Les moyennes et les écarts types ont été utilisés pour les variables quantitatives.

Les tests paramétriques classiques (test Chi², test de Student) ont été utilisés pour tester les associations entre la dépression, l'anxiété, le stress et les troubles de stress post-traumatique et les différentes variables étudiées pour l'analyse univariée.

Nous avons utilisé quatre modèles de régression logistique multivariée distinctes pour évaluer les associations de variables indépendantes avec : la dépression, l'anxiété, le stress et les troubles de stress post-traumatique comme variable dépendante. Les facteurs ayant une valeur de $p \leq 0,2$ dans l'analyse univariée ont été inclus dans le modèle.

L'association significative a été présentée à l'aide de l'ODD ratio et son intervalle de confiance. Dans toutes les analyses, le niveau de signification a été maintenu à $< 0,05$.

Les analyses statistiques ont été effectuées en utilisant EPIINFO.

VII. Aspects éthiques :

Tous les sujets étaient consentants pour participer à l'étude et les données ont été recueillies en respectant l'anonymat.

RESULTATS

I. Taille de l'échantillon :

Notre enquête a porté sur 2128 participants.

Le taux de réponse à toutes les questions était de 100 % par l'intermédiaire du formulaire en ligne.

II. Résultats descriptifs :

1. Paramètres sociodémographiques :

1.1. L'âge :

L'âge moyen de nos sujets participant à l'étude était de 28,445 ans +/- 9,0397, avec des extrêmes d'âge de 14 à 76 ans.

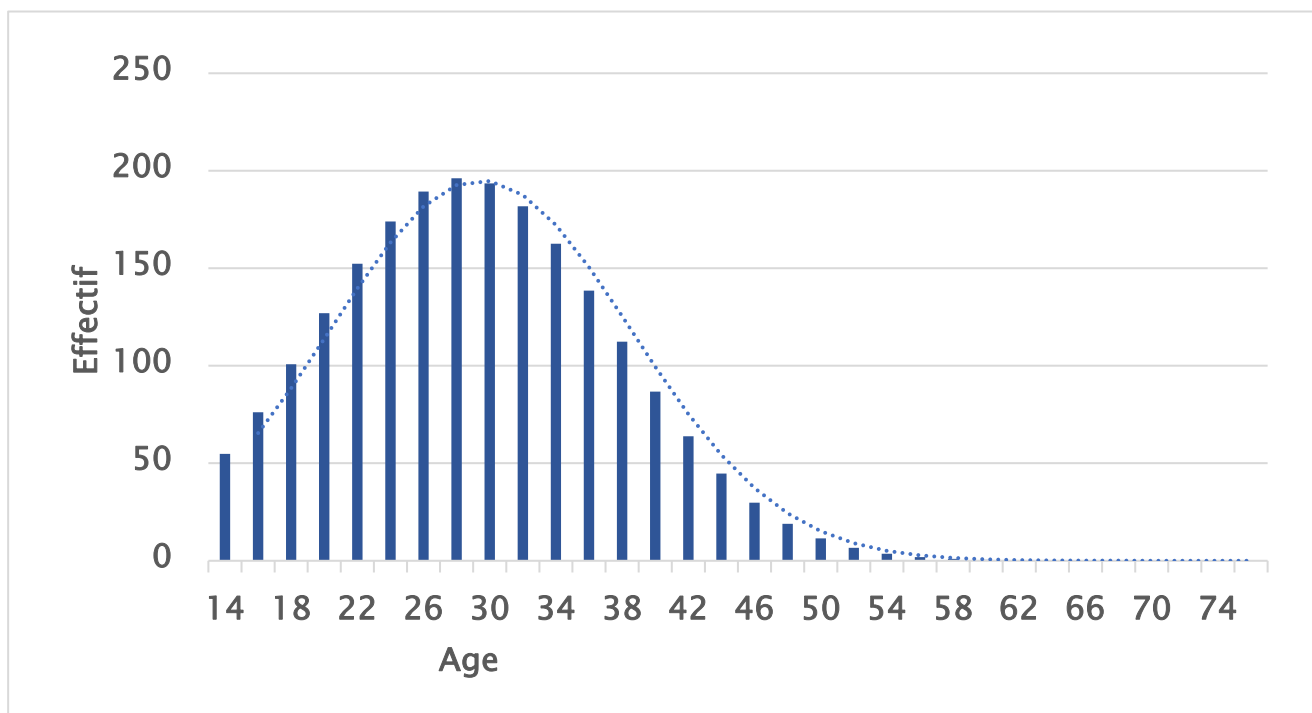


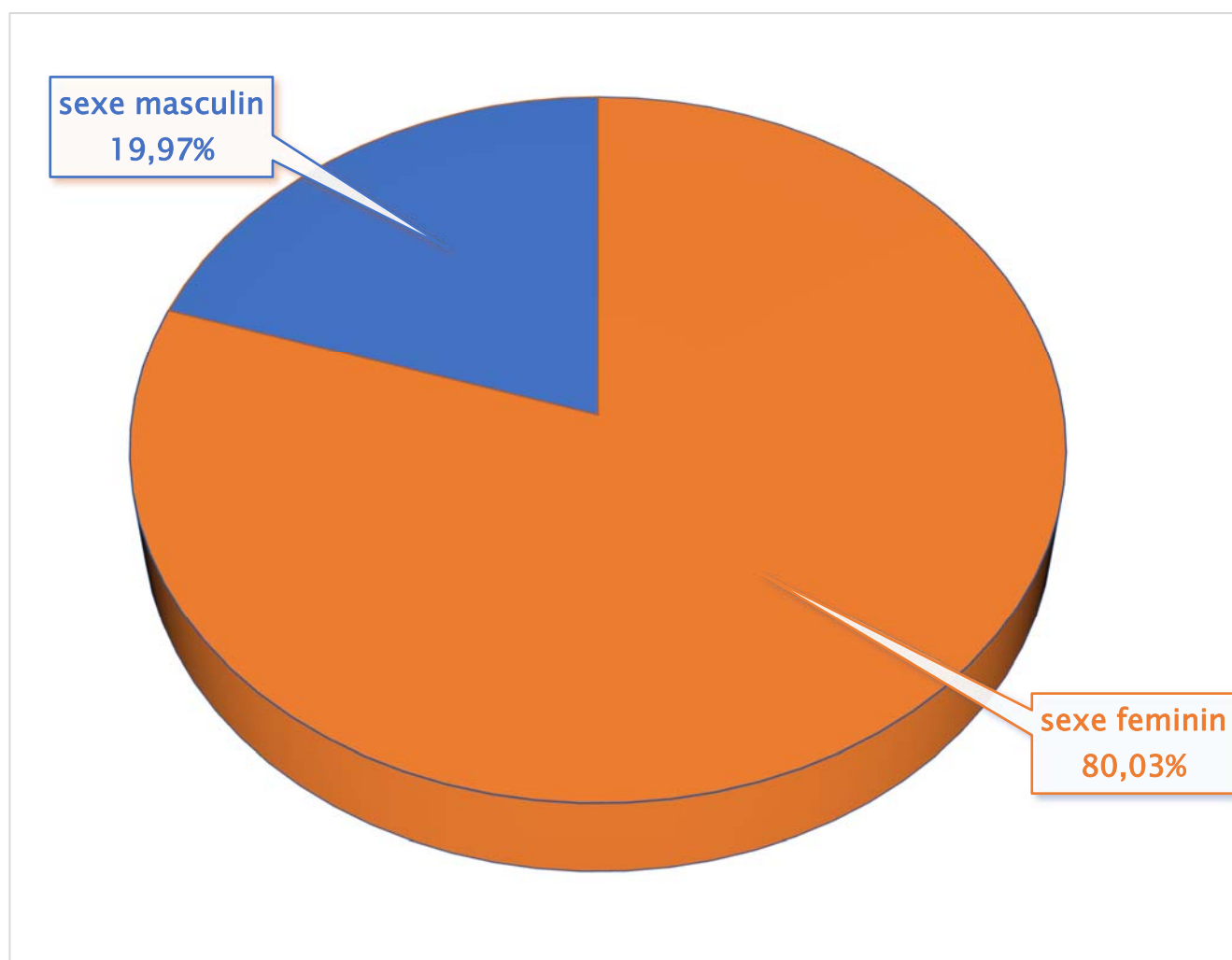
Figure 05 : distribution de l'âge de l'échantillon.

Age minimum	Age maximum	Moyenne d'âge	Nombre	Ecart type
14	76	28,445	2128	9,0397

Tableau 1 : distribution de l'âge de l'échantillon.

1.2. Le genre :

Dans notre échantillon, on a eu une prédominance du sexe féminin avec un effectif de 1703 (80,03%) par rapport au sexe masculin avec un effectif de 425 (19,97%) avec un sexe ratio (H/F) de 0,2495



Figures 06 : répartition de l'échantillon selon le genre.

1.3. Le milieu de résidence :

La majorité (93,98%) des sujets de notre étude résident en milieu urbain contre (6,02%) seulement qui résident en milieu rural.

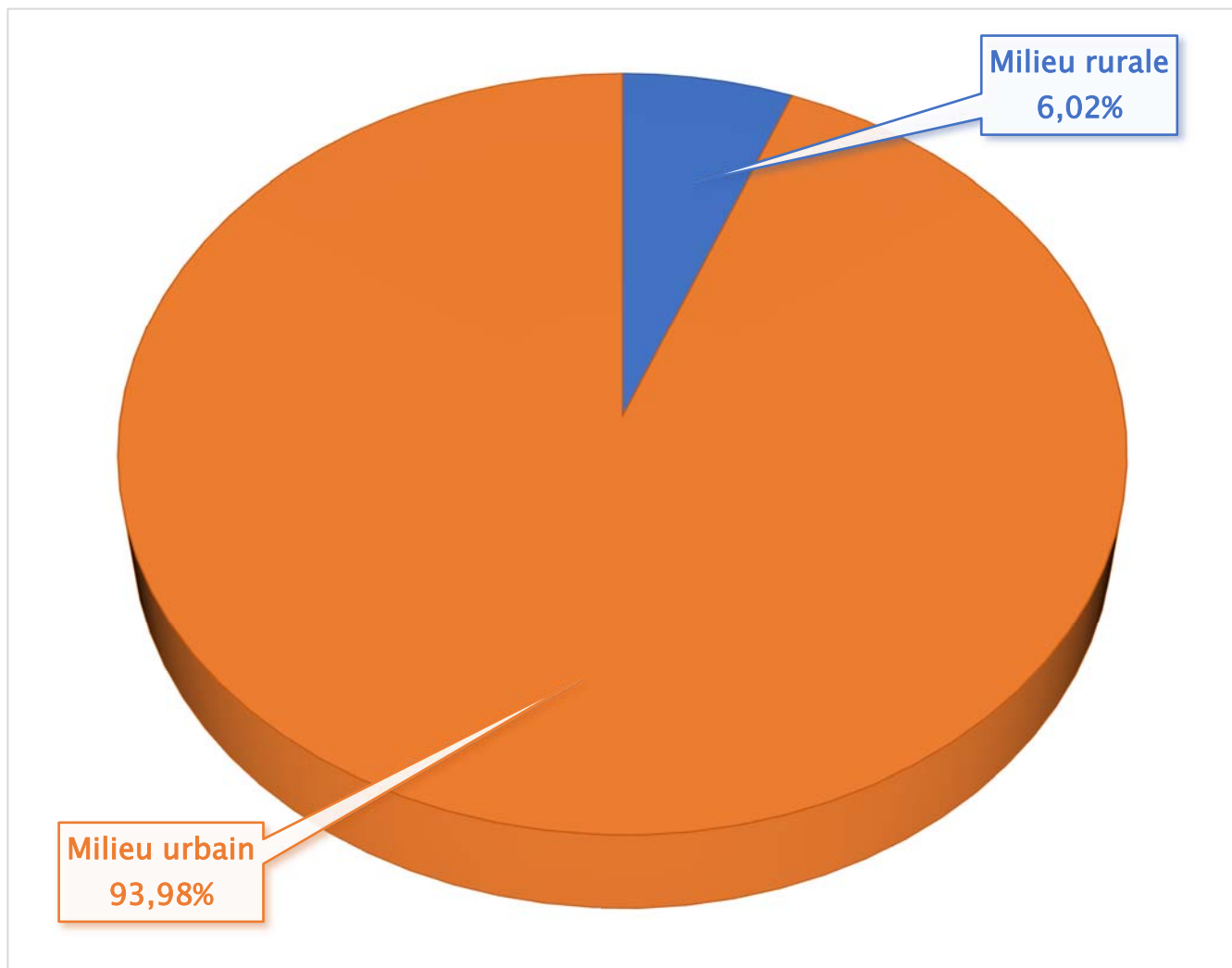


Figure 07 : répartition selon le milieu géographique.

1.4. La nature du logement :

La majorité (87,436) des sujets dans notre étude vivent en famille, alors que (7,85%) vivent seul et seulement (4,79%) vivent en collocation.

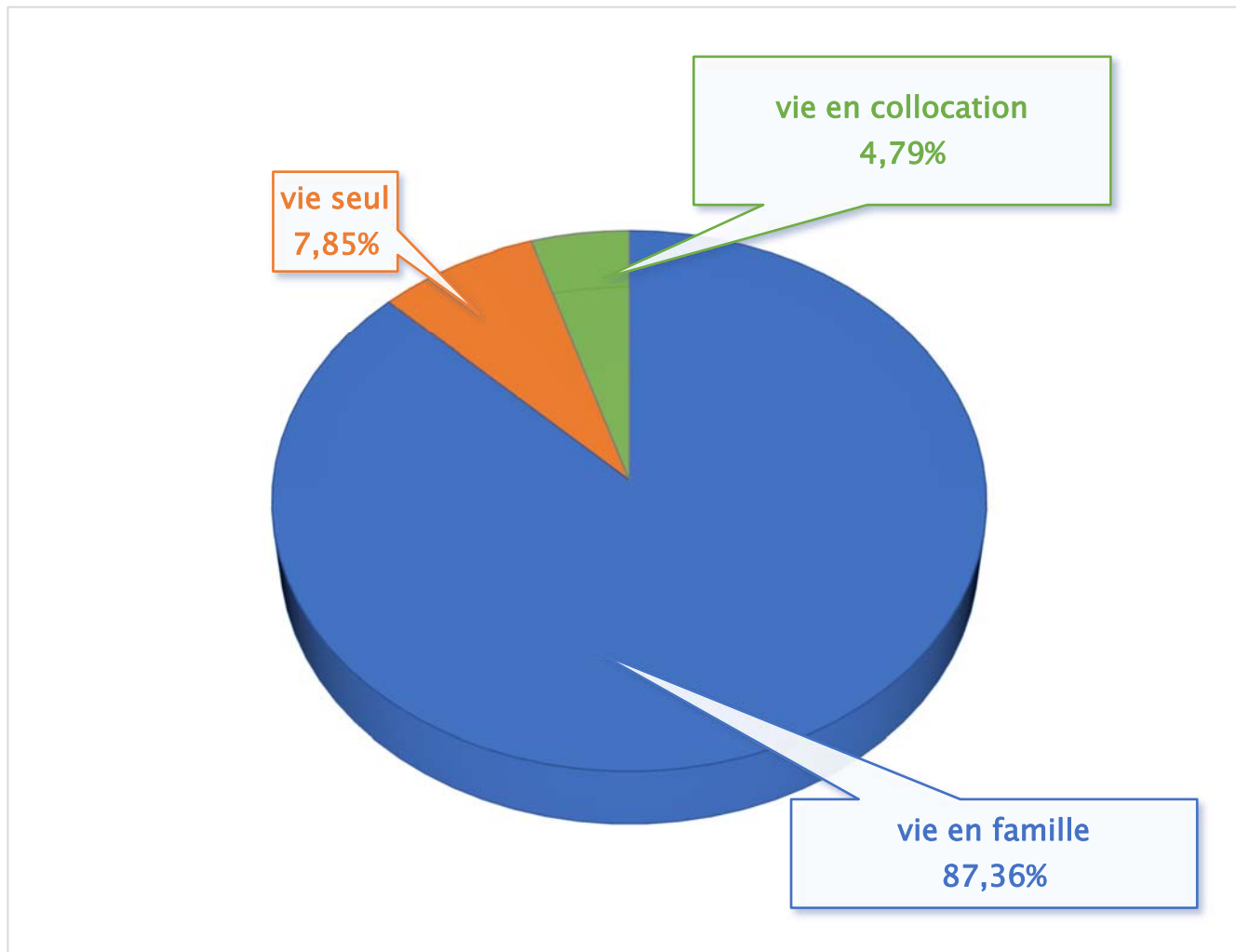


Figure 08 : répartition de l'échantillon selon la nature du logement.

1.5. Le statut matrimonial :

L'échantillon étudié comporte (65,18%) de célibataires, (31,44%) de mariés(es), (3,38%) de divorcés(es) ou veufs(ves).

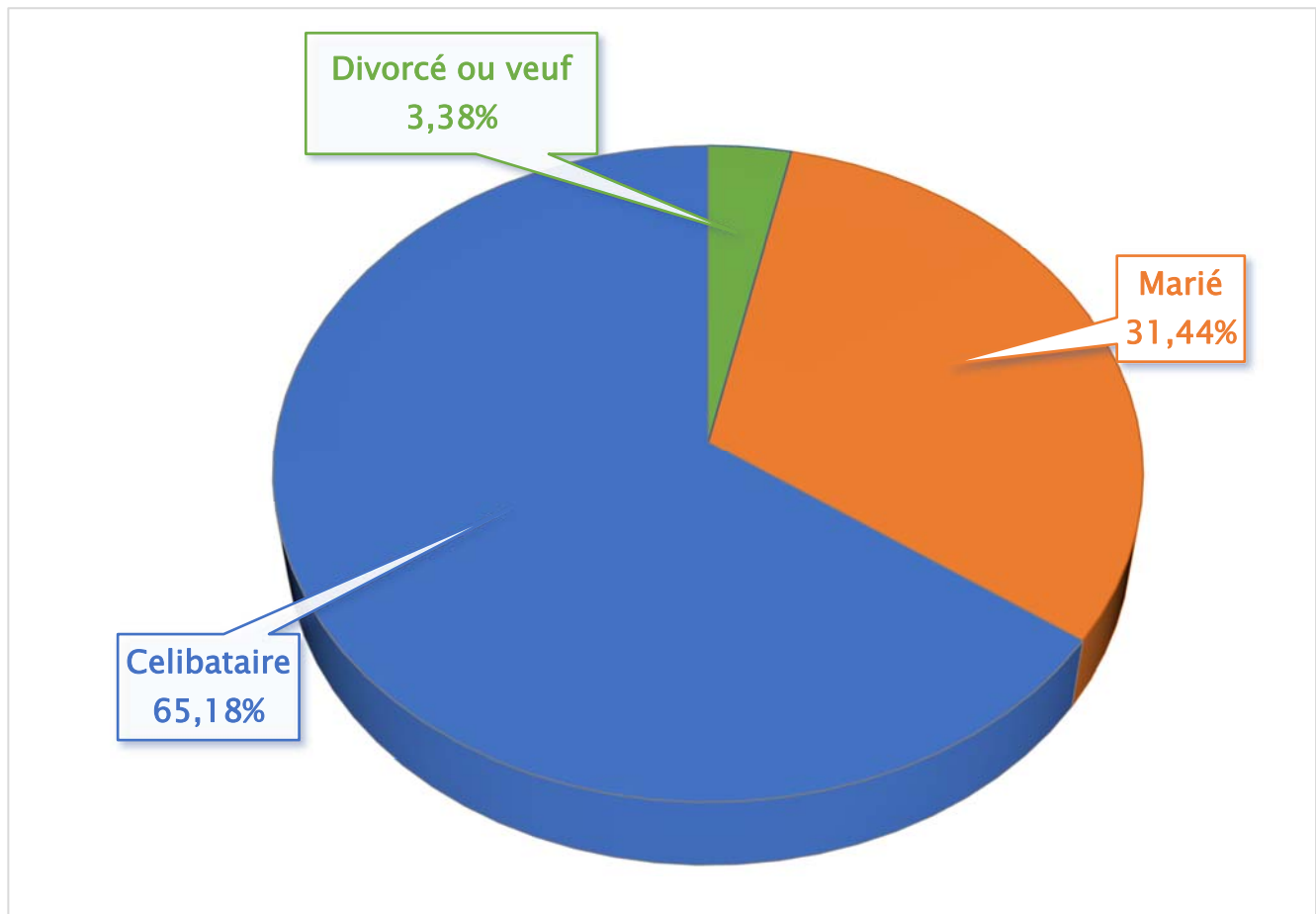


Figure 09 : répartition selon le statut matrimonial.

1.6. La parité :

Dans notre étude (76,69%) ont rapporté ne pas avoir d'enfants contre (23,31%) qui ont des enfants.

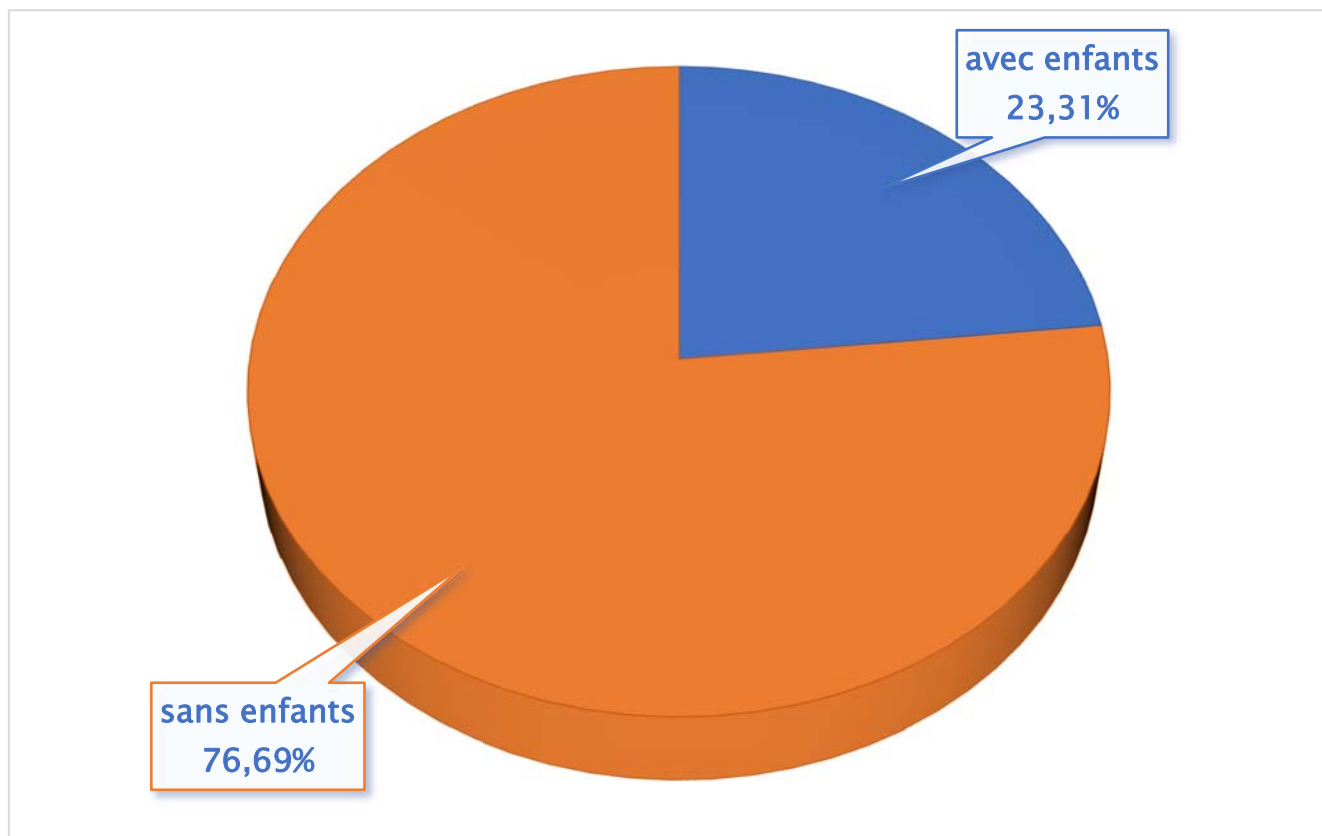


Figure 10 : répartition de l'échantillon selon la parité.

1.7. Le niveau de scolarité :

Dans notre étude la majorité (92,9%) ont un niveau d'étude universitaire contre (6,3%) qui ont un niveau lycée, tandis que (0,42%) ont un niveau d'étude secondaire tout comme (0,38%) qui ont un niveau d'études primaire.

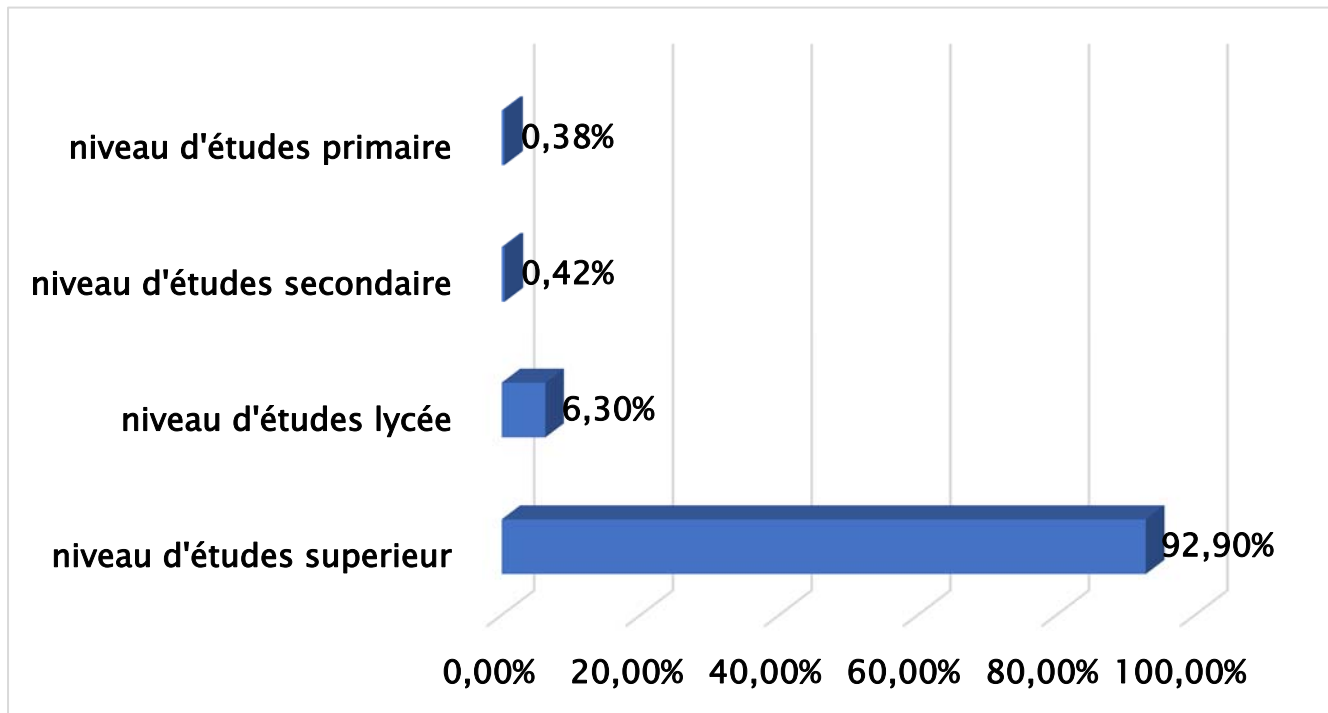


Figure 11 : répartition selon le niveau de scolarité.

1.8. L'activité professionnelle :

Dans notre étude près de la moitié (48,21%) ont une activité professionnelle régulière tandis que (11,47%) ont une activité professionnelle irrégulière et (40,32%) n'ont pas d'activité professionnelle.

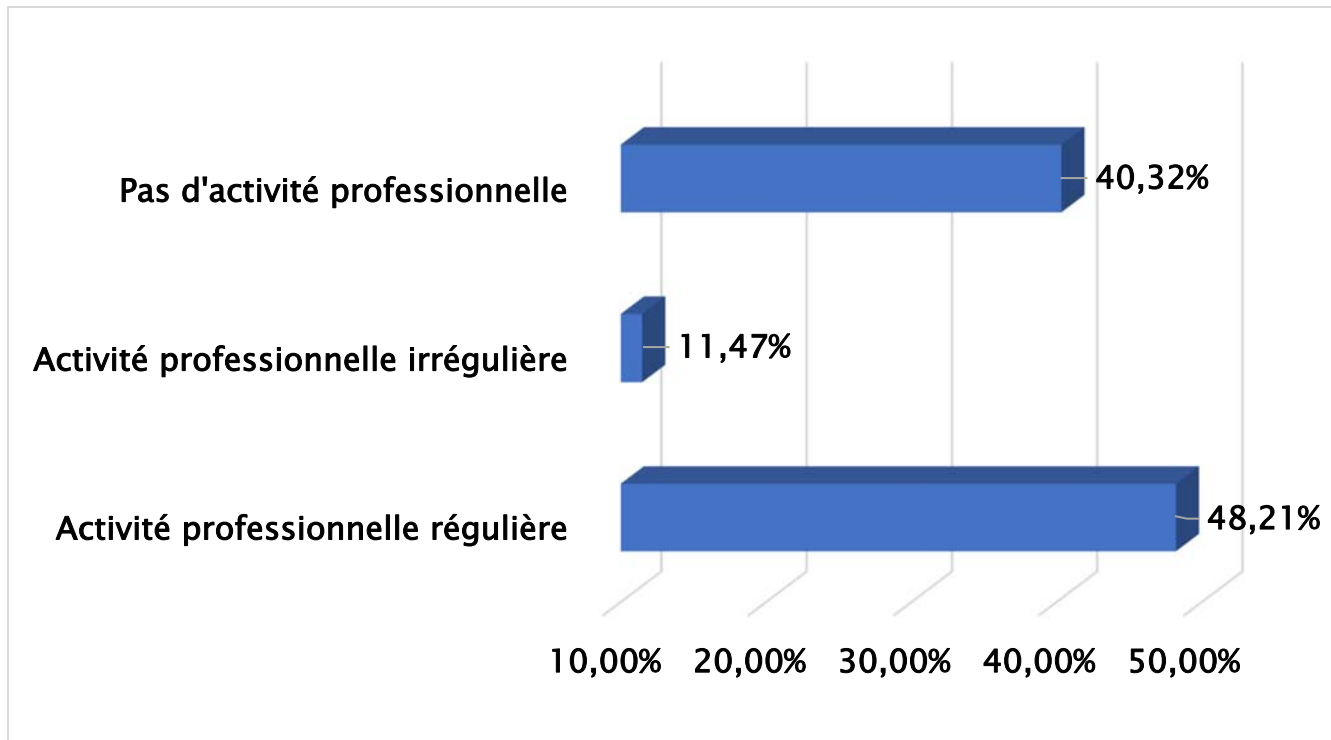


Figure 12 : répartition de l'échantillons selon l'activité professionnelle.

1.9. L'activité professionnelle durant le déconfinement :

Dans notre étude, (33,32%) rapportent qu'ils n'ont pas travaillé lors du déconfinement, alors que (23,07%) ont travaillé des fois à distance, contre (28,34%) qui ont travaillé régulièrement à distance et (15,27%) qui ont travaillé en présentiel.

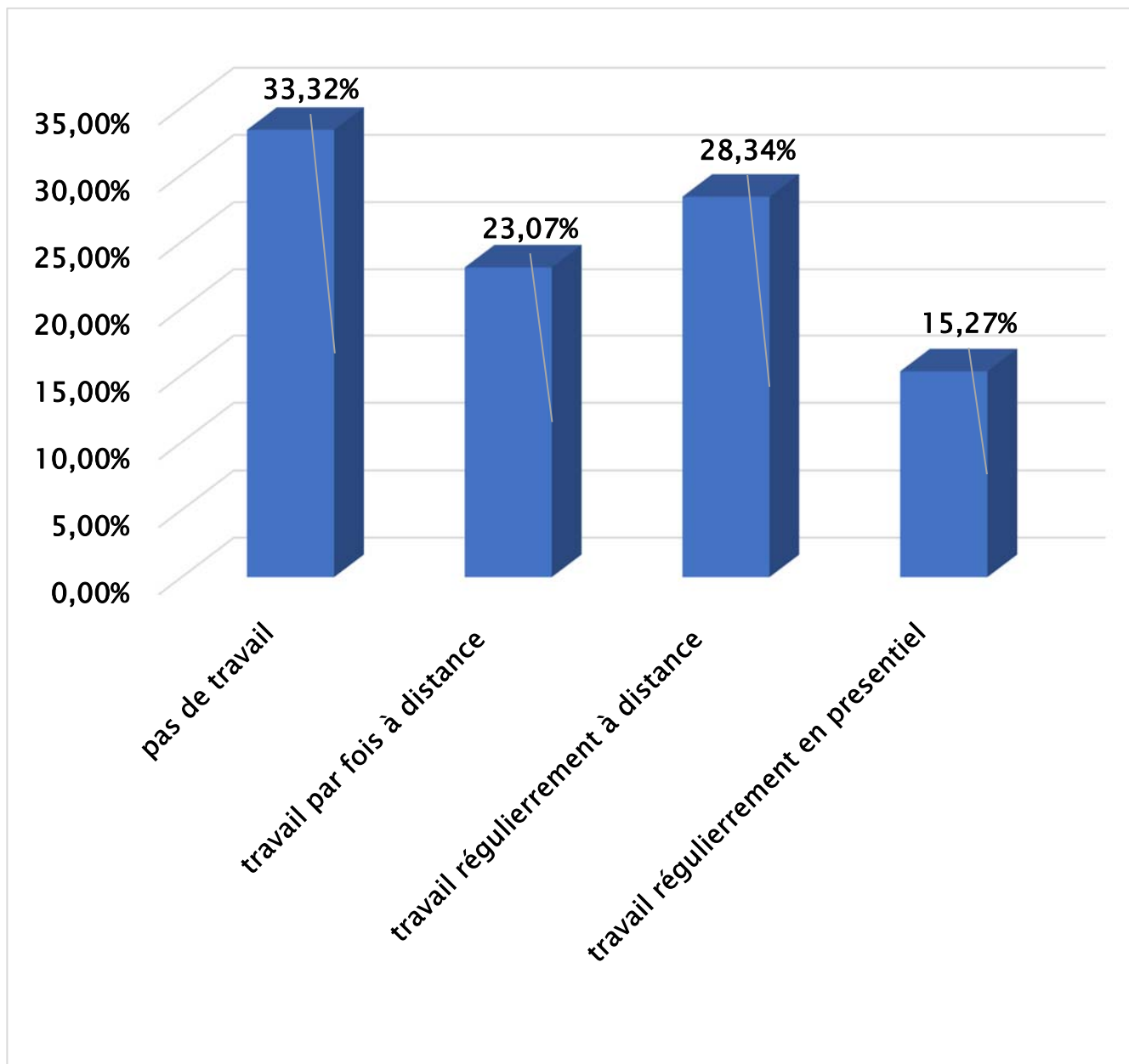


Figure 13 : mode du travail lors du déconfinement.

2. Paramètres cliniques :

2.1. Antécédents médicaux et psychiatriques :

a. Maladies chroniques :

La grande majorité (87,97%) ont déclaré ne pas avoir de maladies chroniques, contre (12,03%) qui ont rapporté avoir des maladies chroniques.

b. Antécédents psychiatriques :

La grande majorité (80,22%) ont déclaré n'avoir jamais consulté pour une affection psychiatrique, contre (19,78%) qui ont affirmé avoir consulté pour des affections psychiatriques.

c. Usage de substance :

Presque la totalité (98,68%) ont confirmée de pas consommer de substance, contre seulement (1,32%) qui ont rapporté leur usage de substances.

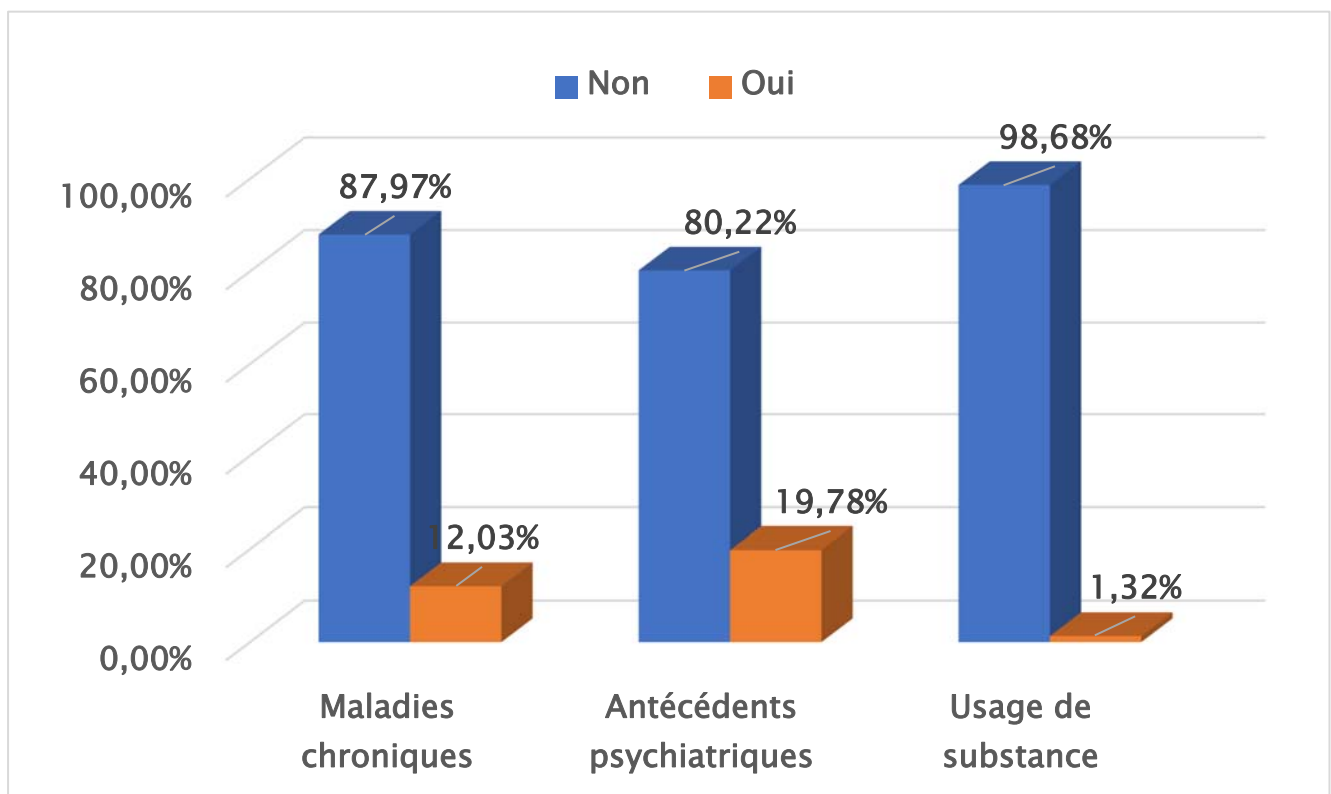


Figure 14 : antécédents médicaux, psychiatriques et consommation de substances.

2.2. Rapport avec la maladie COVID-19 :

a. Atteinte personnelle par COVID-19 :

La grande majorité (97,7%) a rapporté ne pas être atteinte de la maladie COVID-19, contre (2,3%) contaminés.

b. Atteinte des proches par COVID-19 :

Un peu plus de la moitié (65,51%) ont rapporté qu'aucun proche n'a été touché par la maladie du COVID-19, contre (34,49%) qui ont rapporté la survenue de la contamination chez un proche.

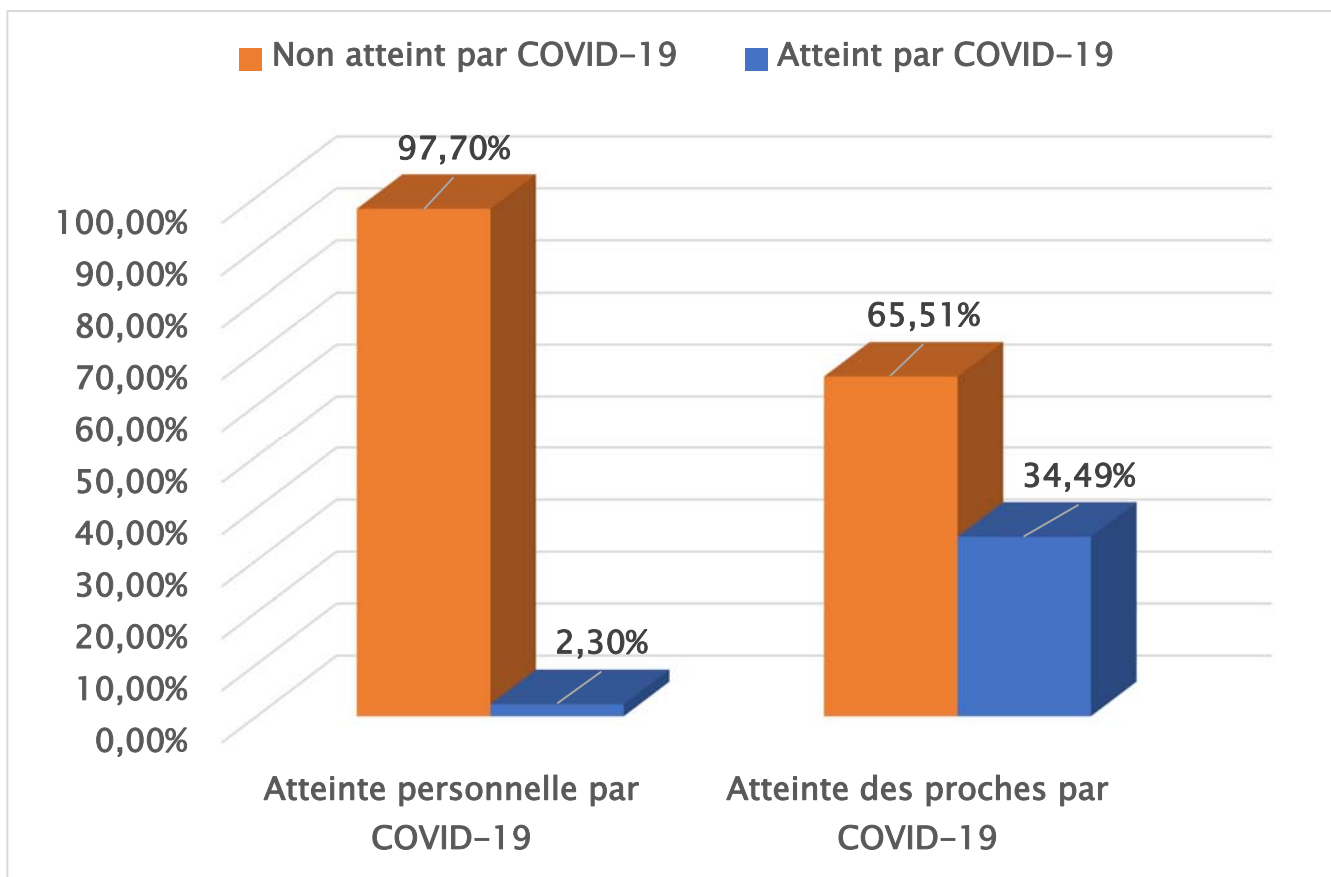


Figure 15 : contamination personnelle et/ou des proches par la maladie COVID-19.

3. Paramètres liés à l'impact du déconfinement :

3.1. Satisfaction des informations relayées par les médias :

Concernant la satisfaction des informations relayée par les médias, notre étude a révélé que (6,29%) étaient complètement d'accord, (18,32%) étaient assez d'accord, (29,00%) étaient neutre, (38,12%) étaient plutôt en désaccord, et (8,27%) étaient complètement en désaccord.

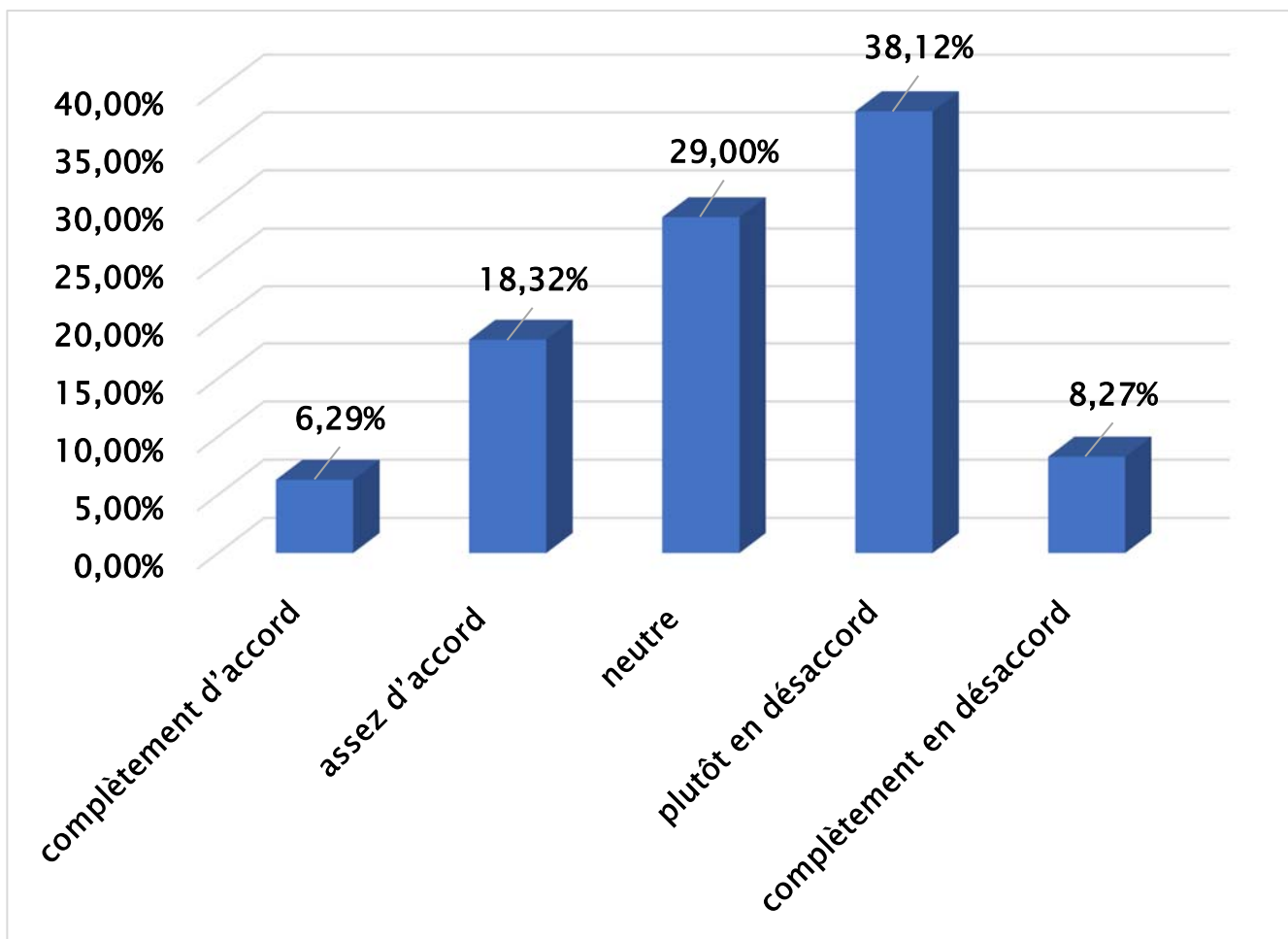


Figure 16 : satisfaction des informations relayée par les médias.

3.2. Nature de l'impact perçu :

L'impact psychologique était le plus marqué avec (62,08%), suivi de l'impact financier avec (30,03%) et de l'impact sur la vie familiale (7,89%)

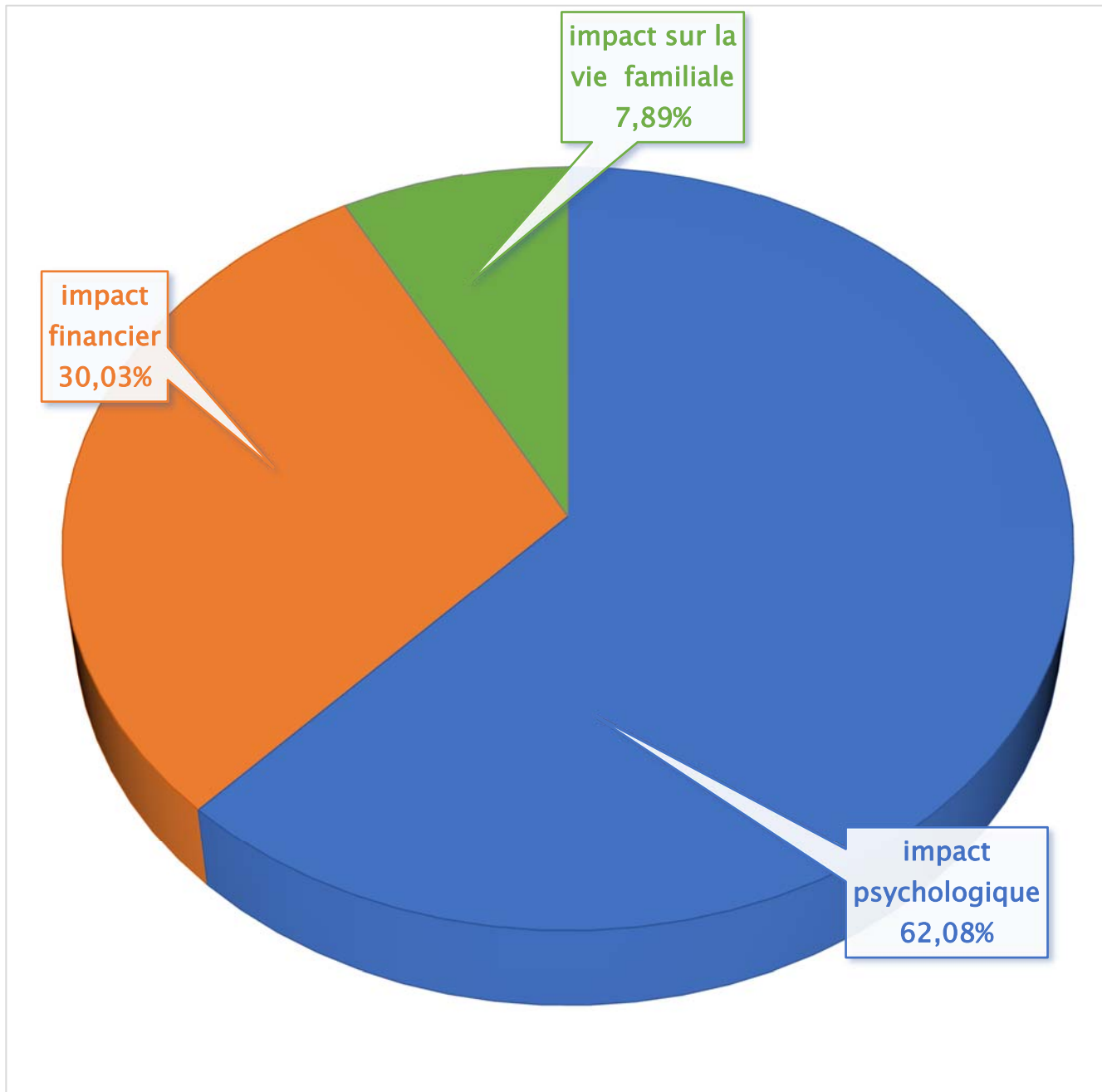


Figure 17 : nature de l'impact perçu.

3.3. Niveau de perception de l'impact :

Notre évaluation du niveau de l'impact à l'aide d'une échelle numérique allant de (0 : pas d'impact) à (5 : impact extrême) a révélé les résultats suivants :

Le niveau d'impact (0) a été retrouvé chez (2,77%)

Le niveau d'impact (1) a été retrouvé chez (6,25%)

Le niveau d'impact (2) a été retrouvé chez (11,7%)

Le niveau d'impact (3) a été retrouvé chez (25,33%)

Le niveau d'impact (4) a été retrouvé chez (28,43%)

Le niveau d'impact (5) a été retrouvé chez (25,52%)

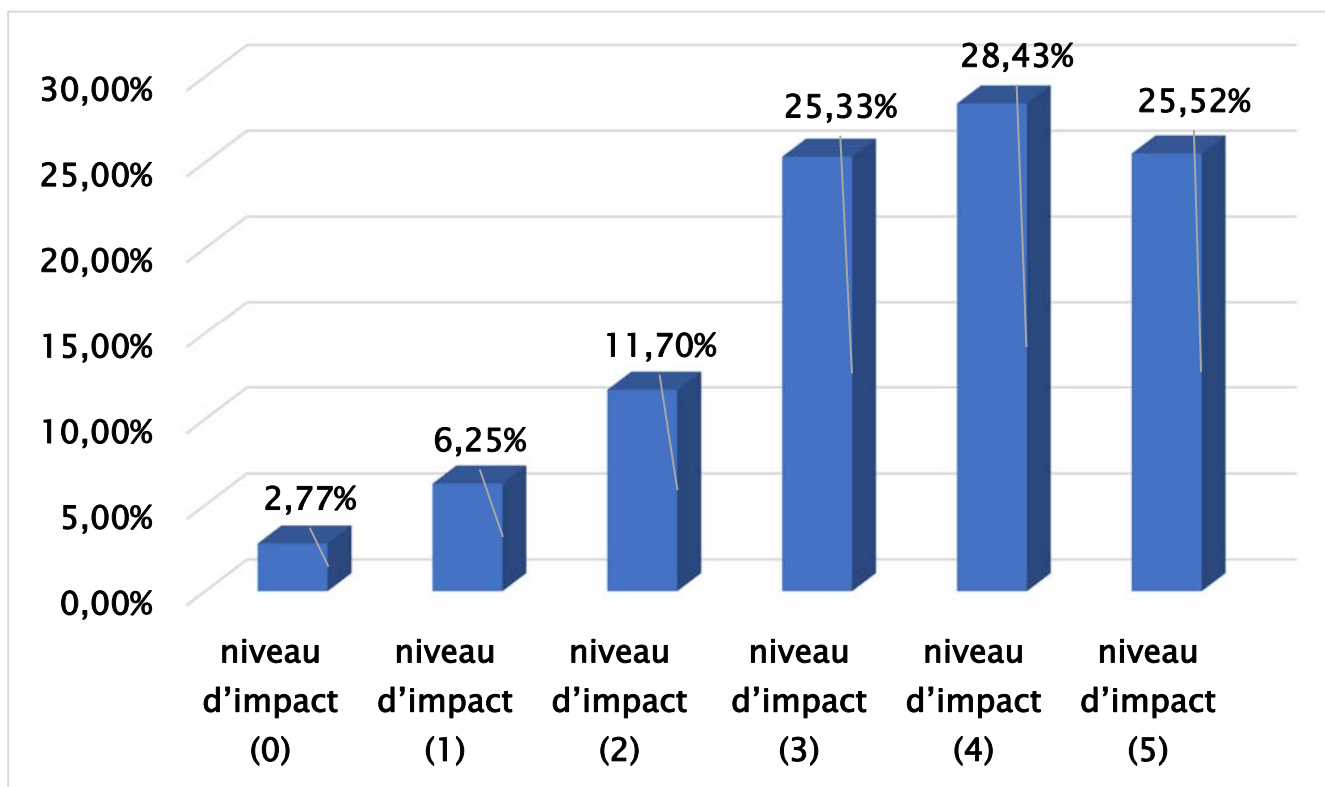


Figure 18 : niveau de perception de l'impact suite au déconfinement.

4. Evaluation psychiatrique :

Dans notre étude, on a utilisé l'échelle DASS (Depression Anxiety Stress Scales) pour évaluer les états de stress, anxiété et dépression dans notre échantillon ainsi que l'échelle PCL-S (Posttraumatic stress disorder Checklist Scale) pour évaluer l'état de stress post-traumatique.

4.1. Dépression :

Dans notre étude, on a retrouvé (31,2%) des sujets qui ne présentent pas de dépression, contre (68,8%) qui ont présenté une dépression répartie comme suivant :

(21,51%) avec une dépression légère, (30,67%) avec une dépression modérée, (18,90%) avec une dépression sévère et (28,92%) avec une dépression très sévère.

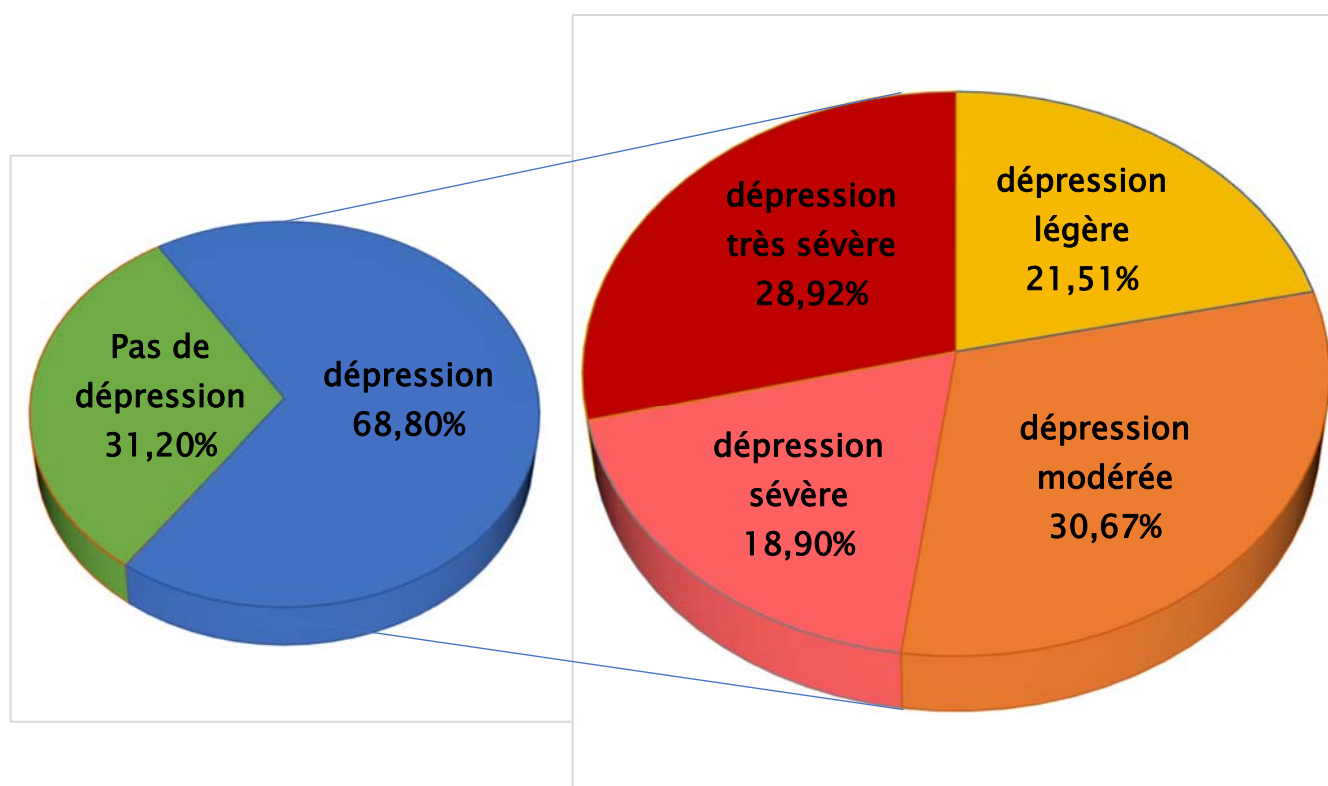


Figure 19 : prévalence de la dépression suite au déconfinement.

4.2. Anxiété :

Concernant l'anxiété, on a retrouvé (42,53%) des sujets qui ne présentent pas d'anxiété contre (57,47%) qui ont présenté une anxiété répartie comme suit :

(14,72%) avec une anxiété légère, (33,13%) avec une anxiété modérée, (16,53%) avec une anxiété sévère et (35,62%) avec une anxiété très sévère.

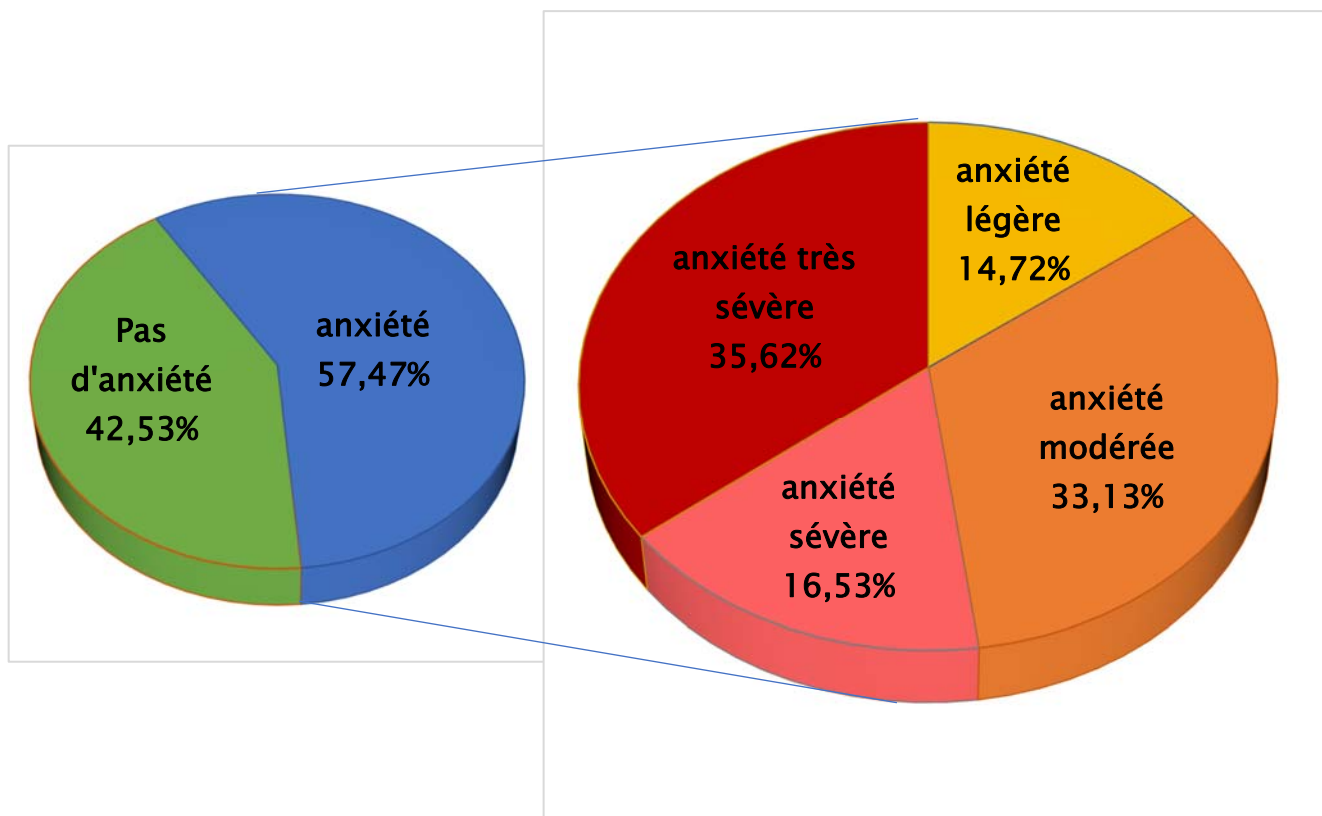


Figure 20 : prévalence de l'anxiété suite au déconfinement.

4.3. Stress:

Concernant le stress, on a retrouvé près de la moitié (54,5%) des sujets qui ne présentent pas de stress contre (45,5%) qui ont présenté un stress réparti comme suit :

(19,12%) avec un niveau de stress léger, (29,01%) avec un niveau de stress modéré, (29,9%) avec un niveau de stress sévère et (21,97%) avec un niveau de stress très sévère.

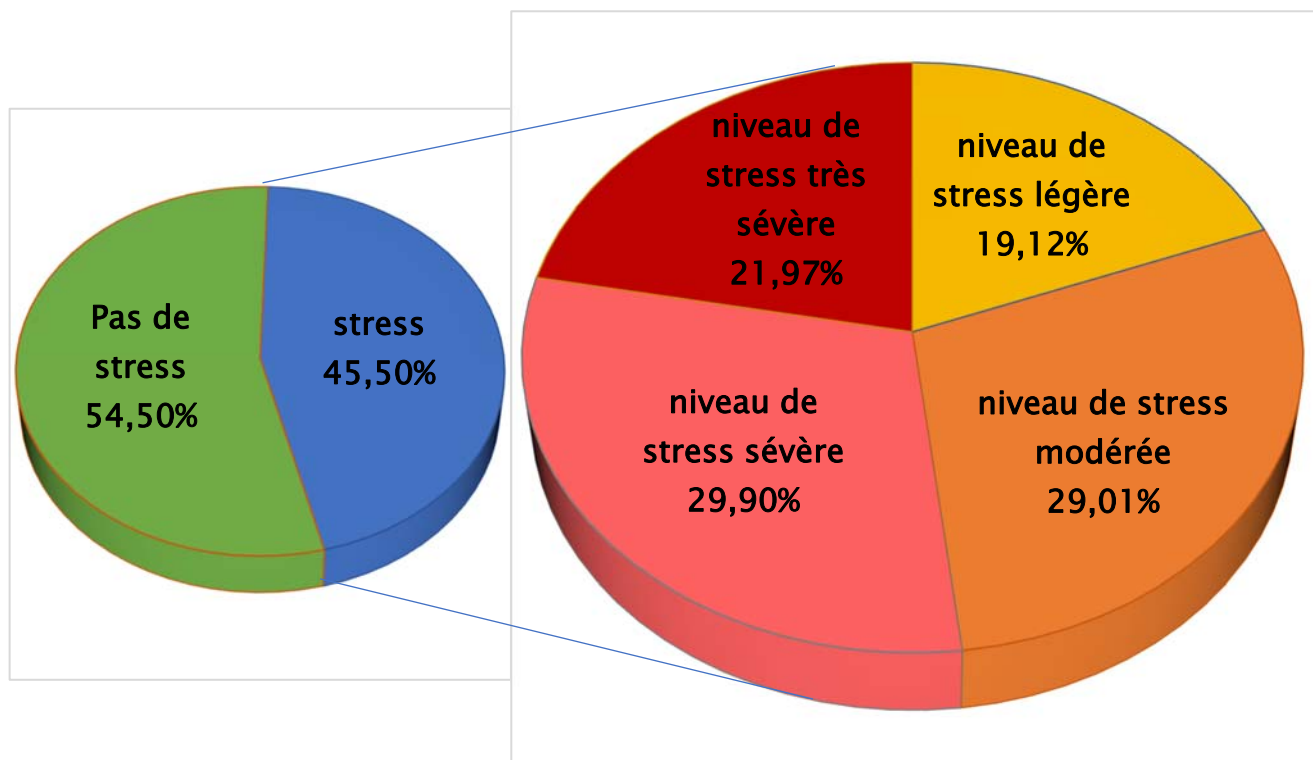


Figure 21 : prévalence du stress suite au déconfinement.

4.4. État de stress post traumatique :

Dans notre étude, on a trouvé que la prévalence de l'état de stress post traumatique (PTSD) est de (31,5%) contre (68,5%) qui n'ont pas présenté de (PTSD).

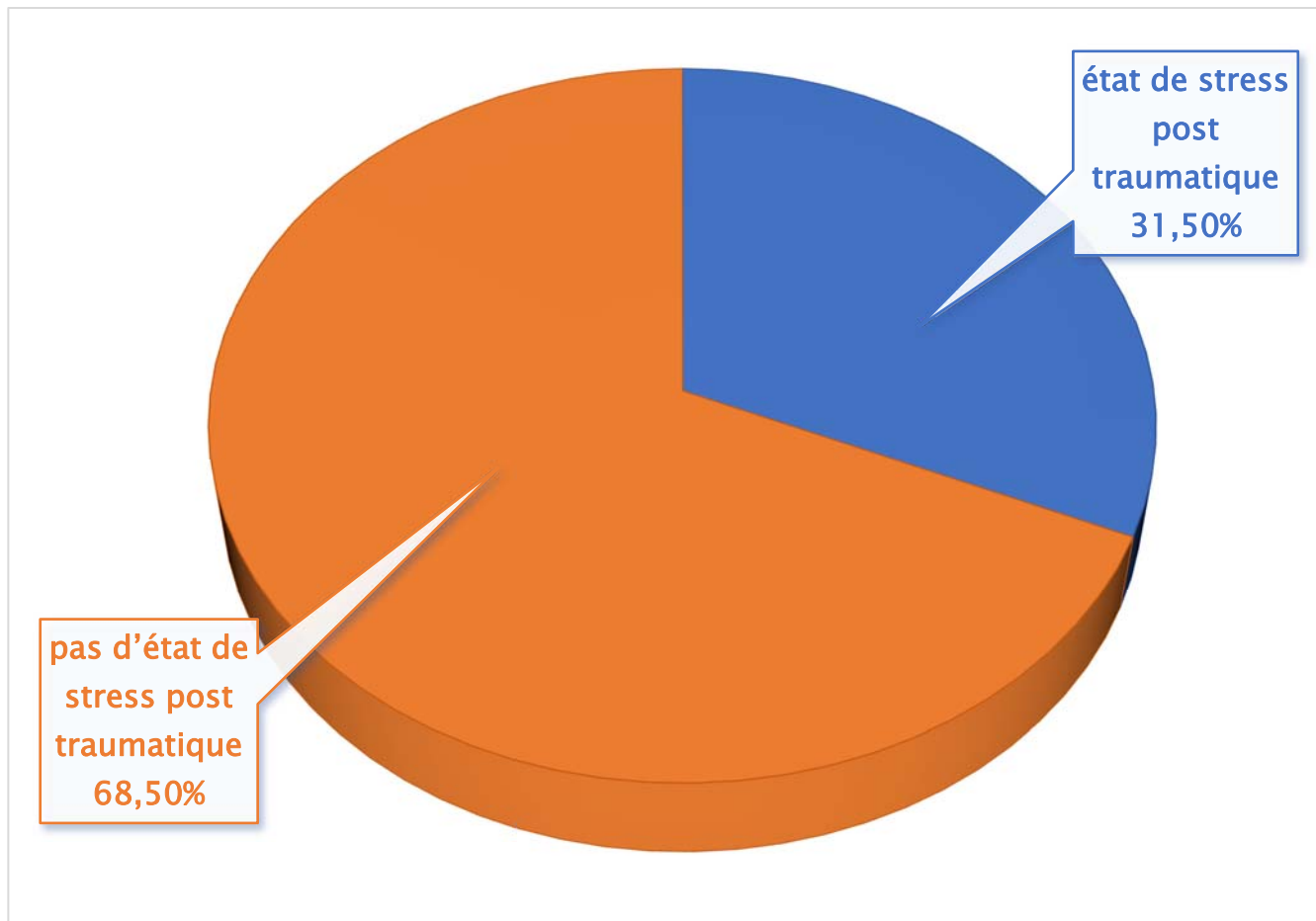


Figure 22 : prévalence de l'état de stress post traumatique suite au déconfinement.

III. Résultats analytiques :

1. Analyse univariée :

Grâce à l'intégration logicielle, nous avons étudié la corrélation entre les différents paramètres étudiés et la survenue d'impact psychologique notamment la dépression, l'anxiété, le stress et l'état de stress post traumatique chez la population marocaine suite au déconfinement.

1.1. Corrélation entre la dépression et les paramètres sociodémographiques :

a. Corrélation entre la dépression et l'âge :

Dans notre étude, on a retrouvé que la majorité des sujets qui ont développé une dépression avaient un âge inférieur ou égal à 28 ans avec une moyenne d'âge de 27,53 et un écart type de 7,82 ; alors que la majorité des sujets qui n'ont pas développé de dépression étaient âgés de plus de 28 ans avec une moyenne d'âge de 30,46 et un écart type de 11,00. Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

Population étudié	Moyenne d'âge	Ecart type	N	%	Valeur de P
Sujets sans dépression	30,464	11,0000	664	31,20	0,0001
Sujets avec dépression	27,530	7,8282	1464	68,80	

Tableau 2 : corrélation entre la dépression et l'âge.

b. Corrélation entre la dépression et le genre :

La prévalence de la dépression était plus élevée chez les femmes avec (73,05%) contre presque la moitié (51,76%) des hommes ; ce qui peut indiquer que les femmes sont plus susceptibles de développer la dépression comparée aux hommes. Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

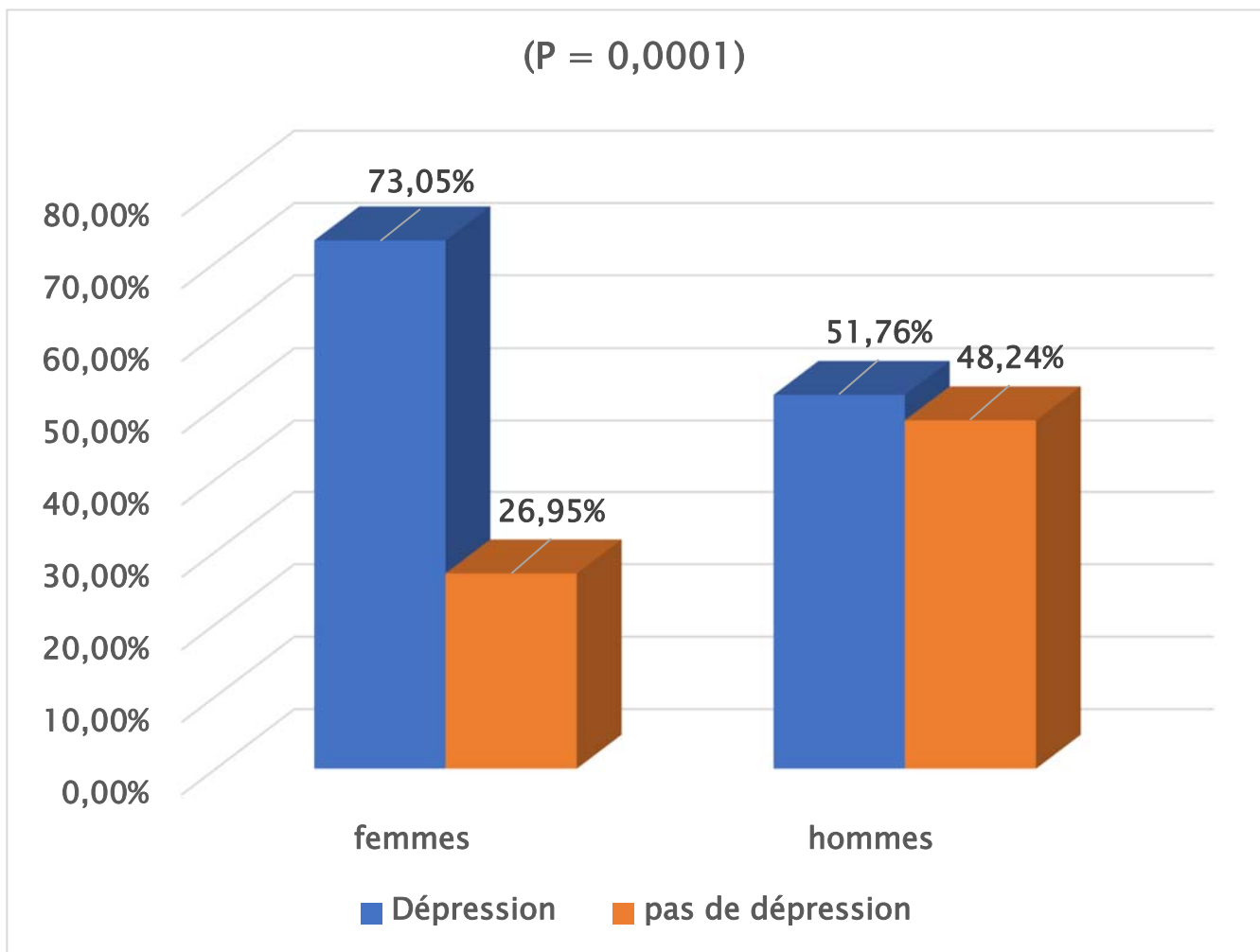


Figure 23 : corrélation entre la dépression et le genre.

c. Corrélation entre la dépression et la répartition géographique :

La prévalence de la dépression était similaire entre les sujets habitant en milieu urbain (68,85%) et les sujets vivant en milieu rurale (67,97%). (P= 0,835).

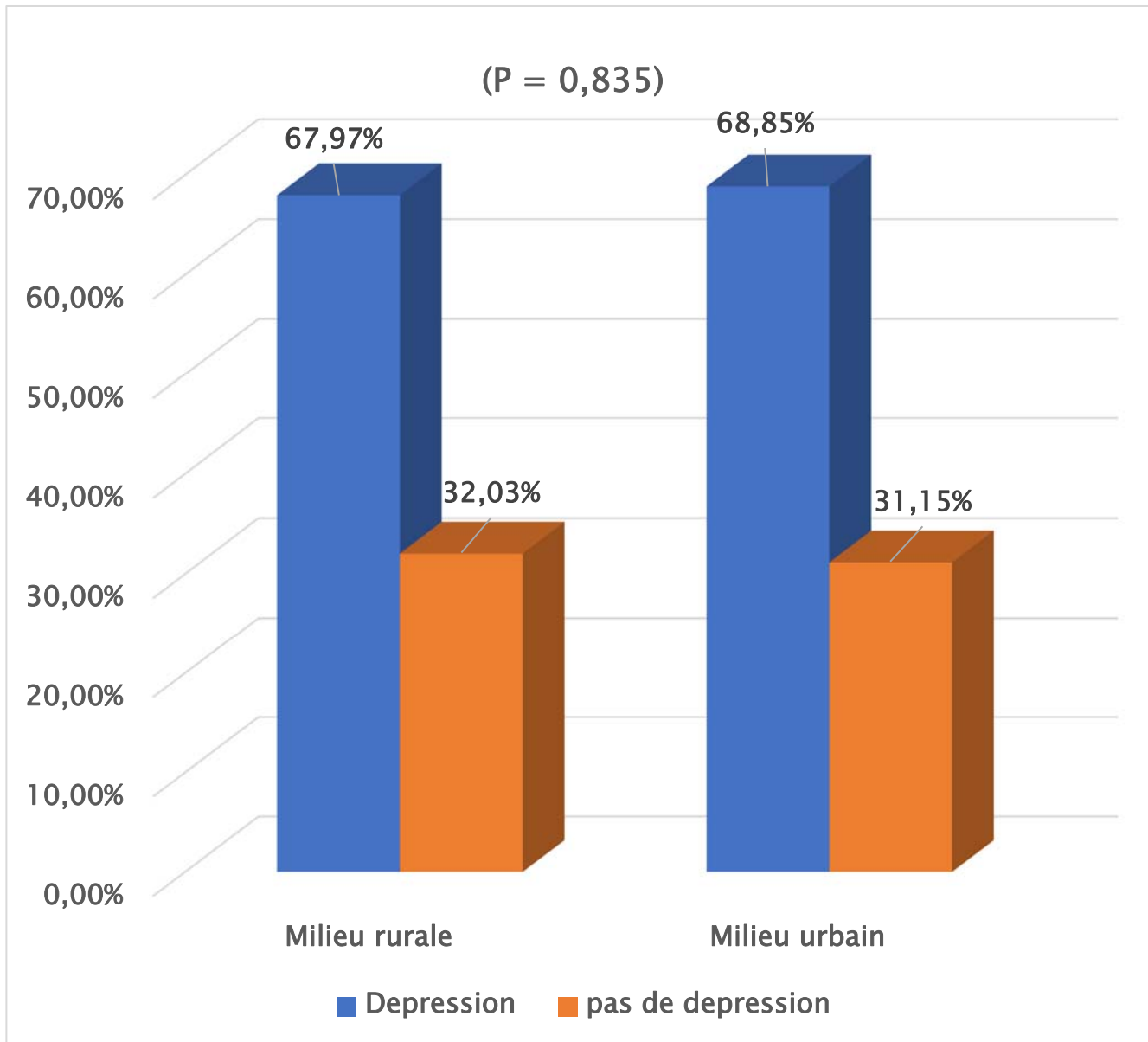


Figure 24 : corrélation entre la dépression et la répartition géographique.

d. Corrélation entre la dépression et le type de logement :

La prévalence de la dépression était plus marquée chez les sujets qui vivent en famille (69,5%), suivie par les sujets qui vivent seul (64,67%), suivie des sujets qui vivent en collocation (62,75%). (P = 0,174).

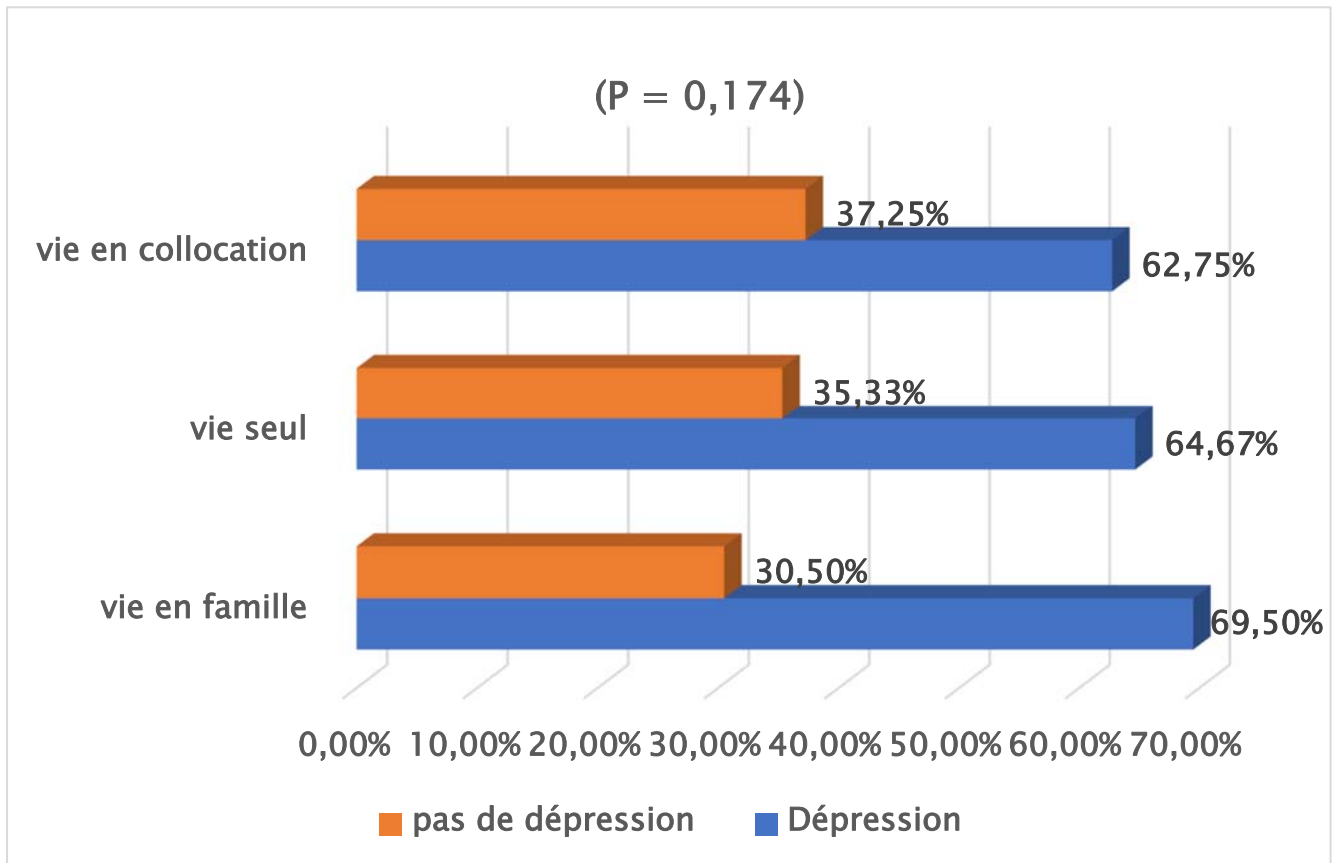


Figure 25 : corrélation entre la dépression et le type du logement.

e. Corrélation entre la dépression et le statut matrimonial :

La prévalence de la dépression était plus marquée chez les sujets célibataires (71,16%), suivie des sujets mariés (64,42%), puis les sujets divorcés ou veufs (63,89%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,006$).

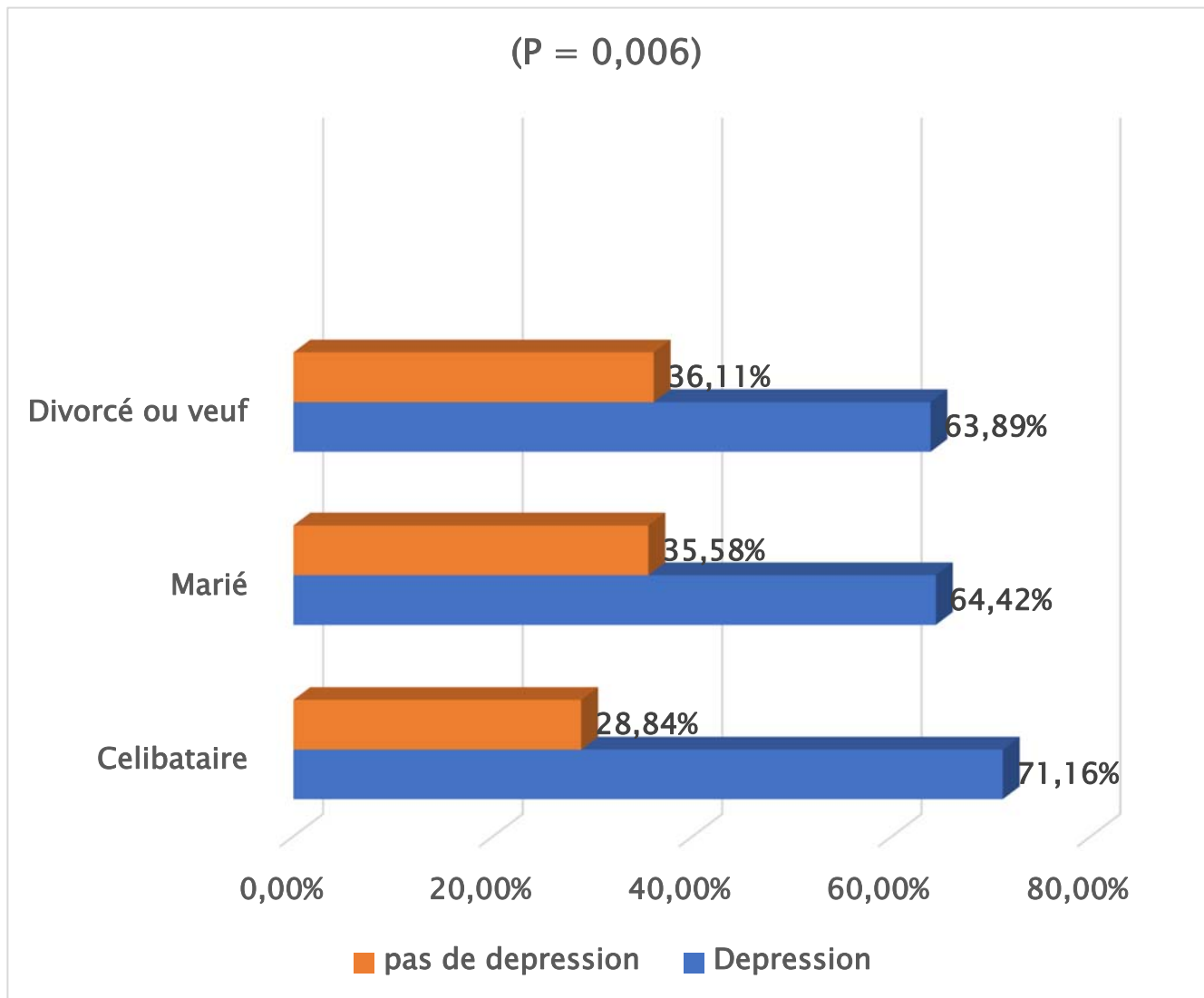


Figure 26 : corrélation entre la dépression et le statut matrimonial.

f. Corrélation entre la dépression et la parité :

La prévalence de la dépression était plus marquée chez les sujets n'ayant pas d'enfants (70,59%) par rapport aux sujets avec des enfants chez qui on a trouvé une prévalence de (62,90%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieur à 0,05 ($P = 0,001$).

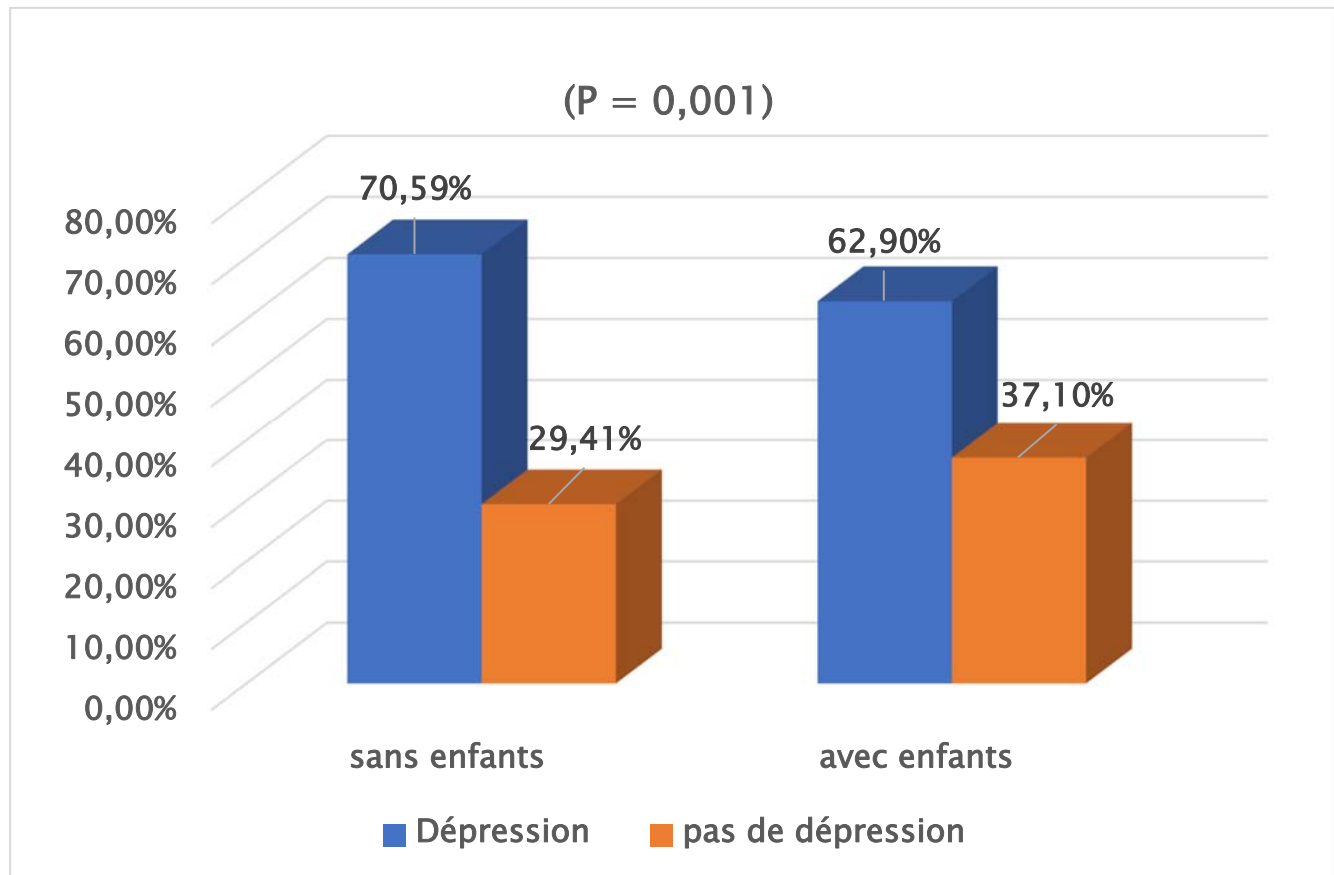


Figure 27 : corrélation entre la dépression et la parité.

g. Corrélation entre la dépression et le niveau de scolarité :

La prévalence de la dépression était plus élevée chez les sujets avec un niveau d'études primaire (87,50%), suivie des sujets ayant un niveau d'études supérieur avec une prévalence de (69,30%) et les sujets ayant un niveau d'études secondaire avec une prévalence de (60,84%). Ces résultats restent significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,2 ($P=0.056$)

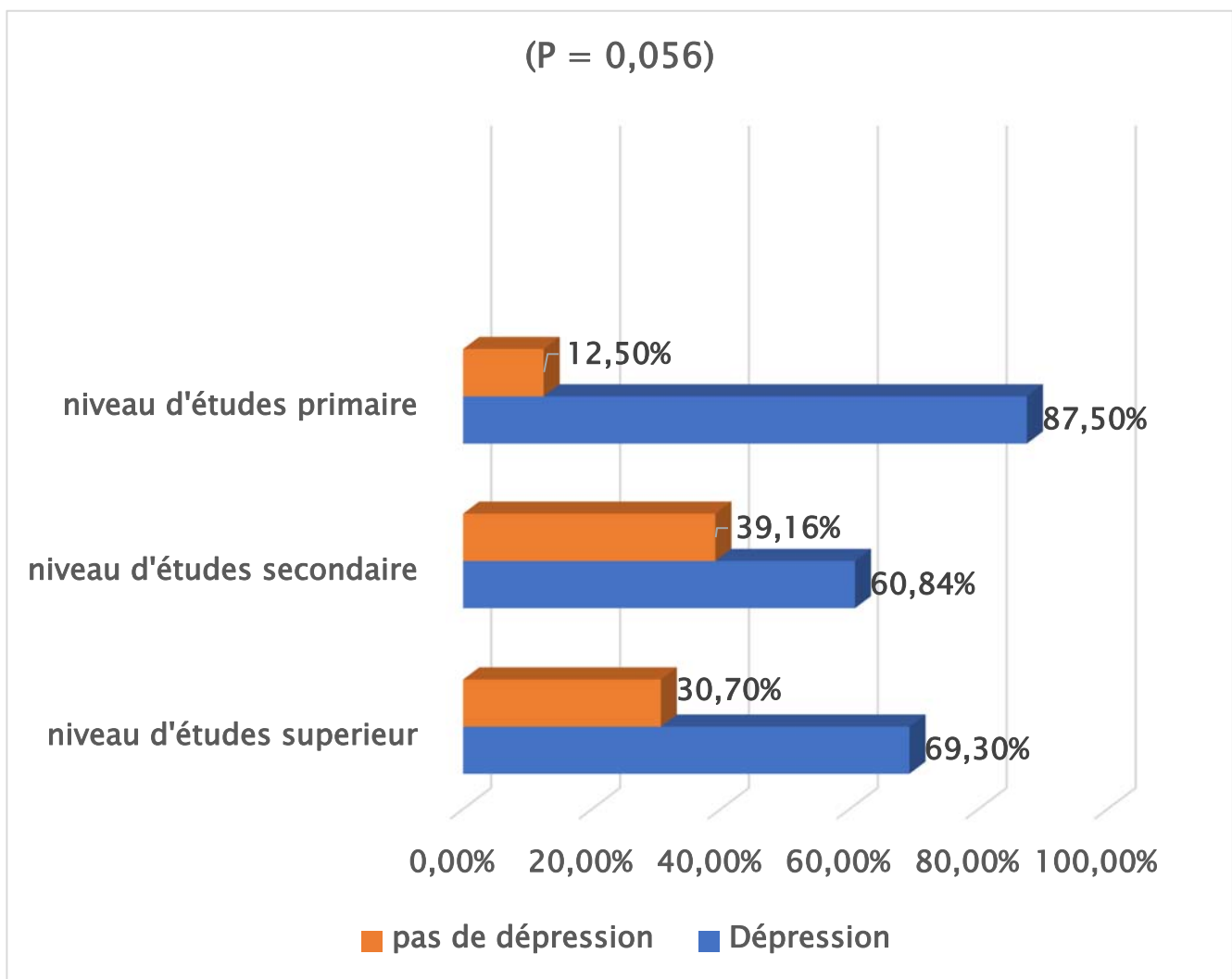


Figure 28 : corrélation entre la dépression et le niveau de scolarité.

h. Corrélation entre la dépression et l'activité professionnelle :

La prévalence de la dépression était plus marquée chez les sujets sans activité professionnelle (72,96%), suivie des sujets avec une activité professionnelle irrégulière (71,72%) et les sujets avec une activité professionnelle régulière (64,62%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

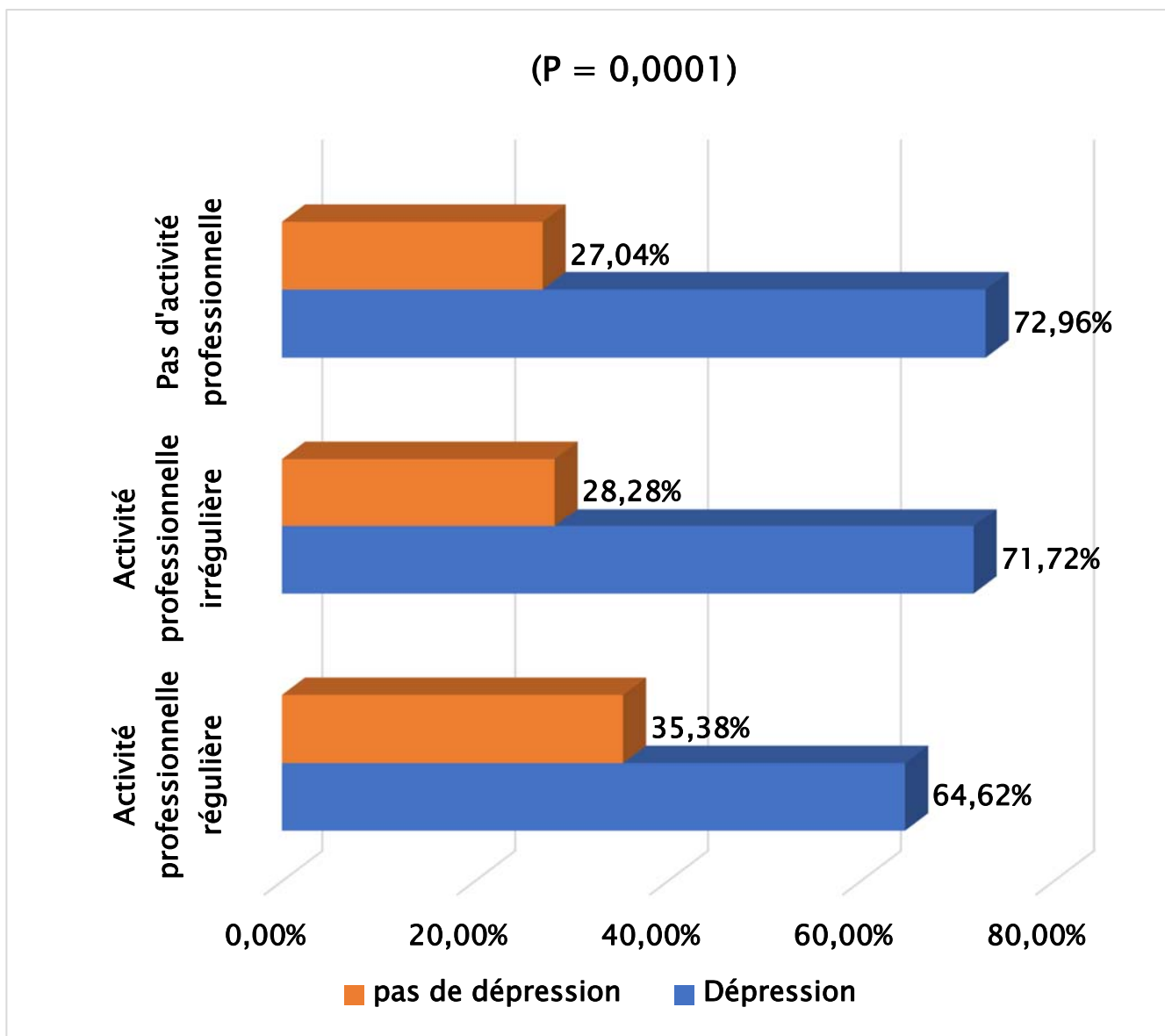


Figure 29 : corrélation entre la dépression et l'activité professionnelle.

i. Corrélation entre la dépression et l'activité professionnel durant le déconfinement :

La prévalence de l'état de la dépression était un peu plus marquée chez les sujets qui n'ont pas travaillé suite au déconfinement (71,65%), suivie par les sujets qui travaillaient parfois à distance par télétravail (70,26%), puis des sujets qui travaillaient régulièrement à distance via le télétravail (66,83%) et les sujets qui ont continué à travailler régulièrement en présentiel (64,00%). Ces résultats restent significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,2 ($P = 0,051$).

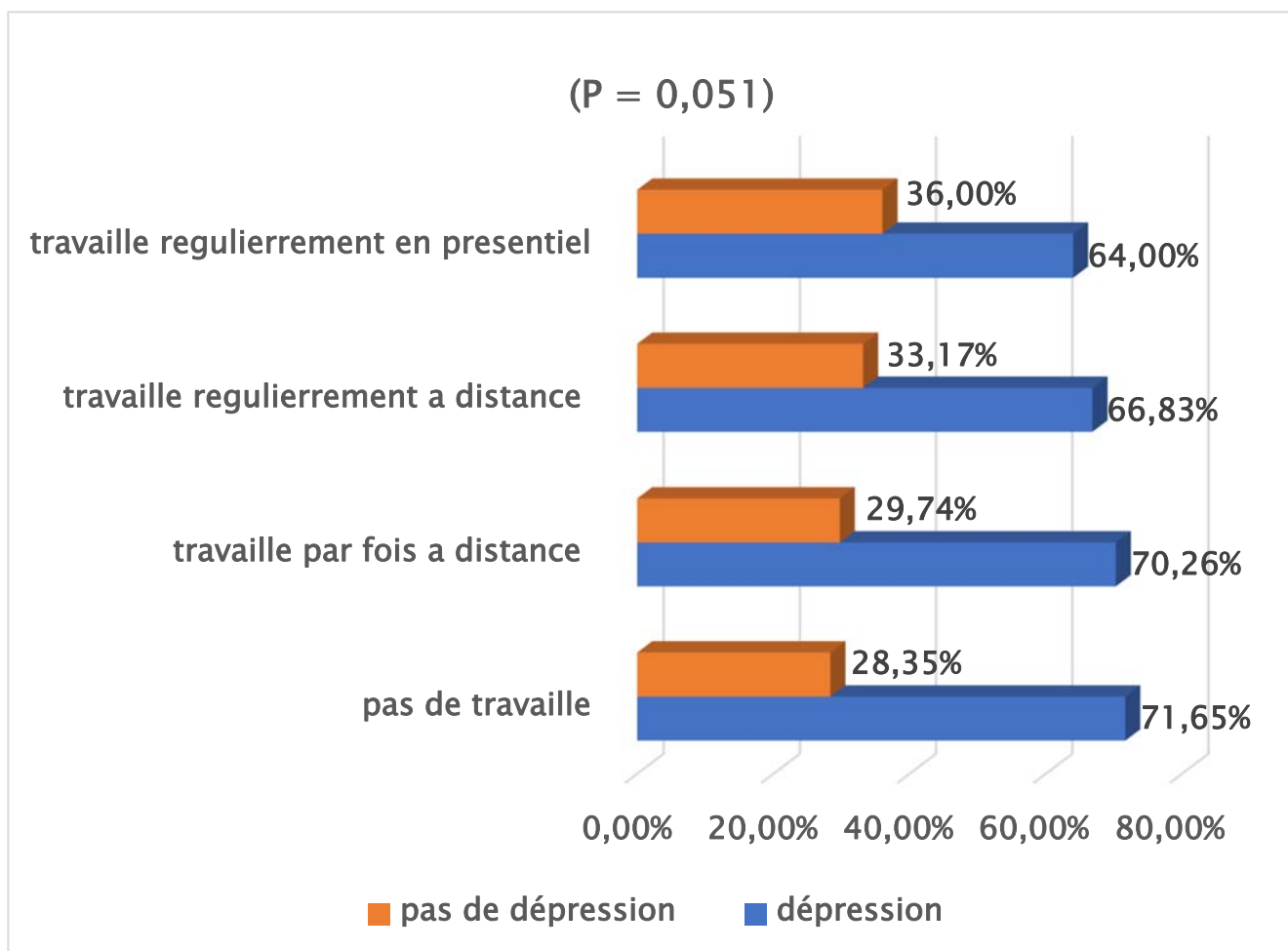


Figure 30 : corrélation entre la dépression et l'activité professionnel durant le déconfinement.

1.2. Corrélation entre la dépression et les paramètres cliniques :

a. Corrélation entre la dépression et les antécédents médicaux et psychiatrique :

❖ Corrélation entre la dépression et les antécédents de maladies chroniques :

La prévalence de la dépression chez les sujets avec des antécédents de maladies chroniques était de (69,53%), un taux de prévalence similaire de dépression a été retrouvé chez les sujets sans antécédents de maladies chroniques (68,70%). (P = 0,787)

❖ Corrélation entre la dépression et les antécédents psychiatriques :

La prévalence de la dépression était nettement plus marquée chez les sujets avec des antécédents psychiatriques (74,58%), suivie des sujets n'ayant pas d'antécédents de troubles psychiatriques (67,37%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 (P = 0,004).

❖ Corrélation entre la dépression et l'usage de substances :

La prévalence de la dépression chez les sujets avec sans notion d'usage de substances était de (68,81%), un taux de prévalence similaire de dépression a été retrouvé chez les sujets avec notion d'usage de substances (67,86%). (P = 0,914)

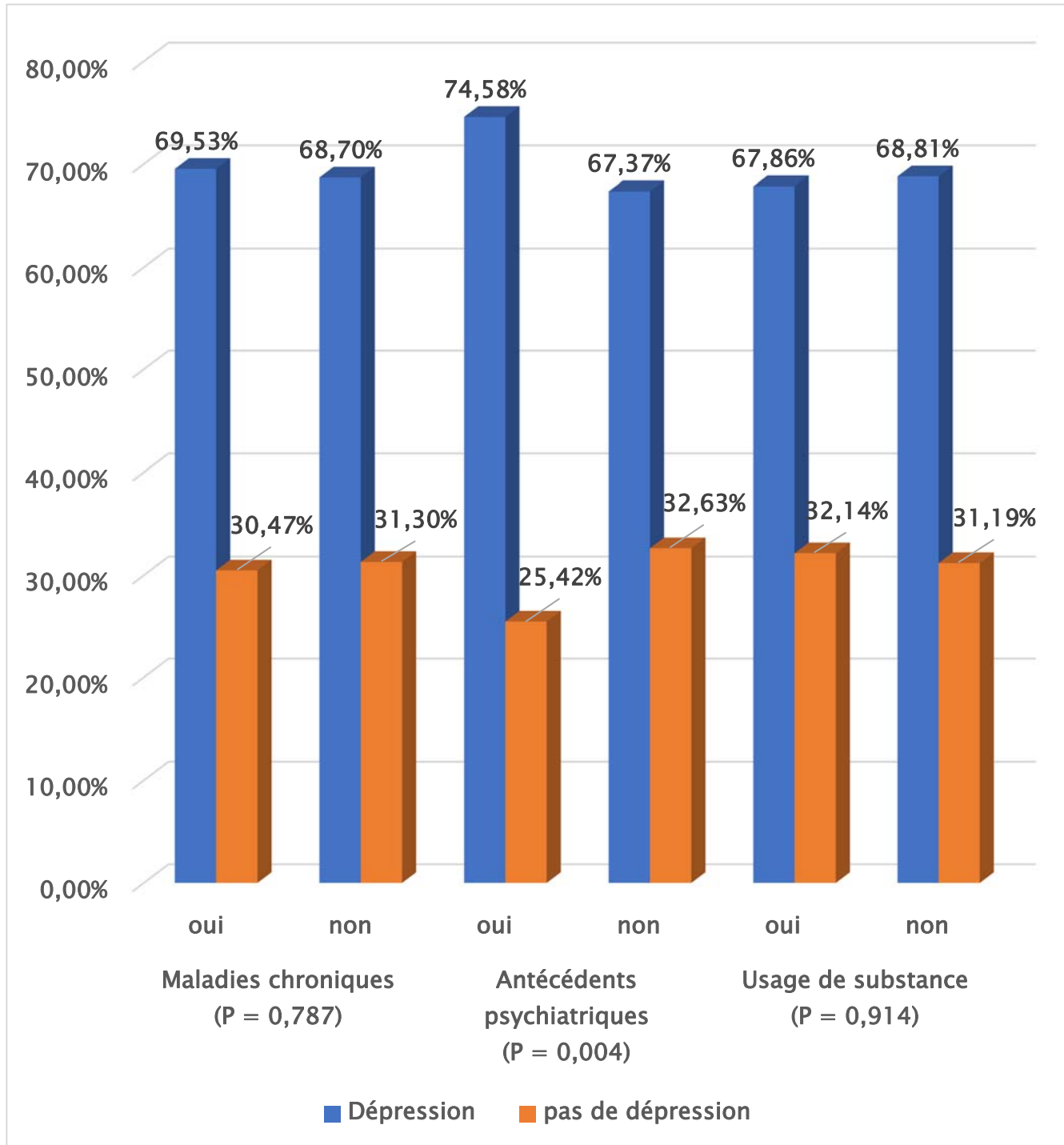


Figure 31 : corrélation entre la dépression et les antécédents de maladies chroniques, de troubles psychiatriques et la notion d'usage de substances.

b. Corrélation entre la dépression par rapport à la survenue du COVID-19 :

❖ **Corrélation entre la dépression et l'atteinte personnelle par COVID-19 :**

La prévalence de la dépression était de (69,39%) chez les sujets atteints par COVID-19, un taux de prévalence similaire de (68,78%) a été retrouvé chez sujets qui n'avaient pas de COVID-19 (P = 0,928).

❖ **Corrélation entre la dépression et l'atteinte d'un proche par COVID-19 :**

La prévalence de la dépression était plus élevée chez les sujets qui ont eu un proche atteint par COVID-19 (71,80%) comparé aux sujets qui n'avaient pas de proches touché par la maladie COVID-19 (67,22%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 (P = 0,030).

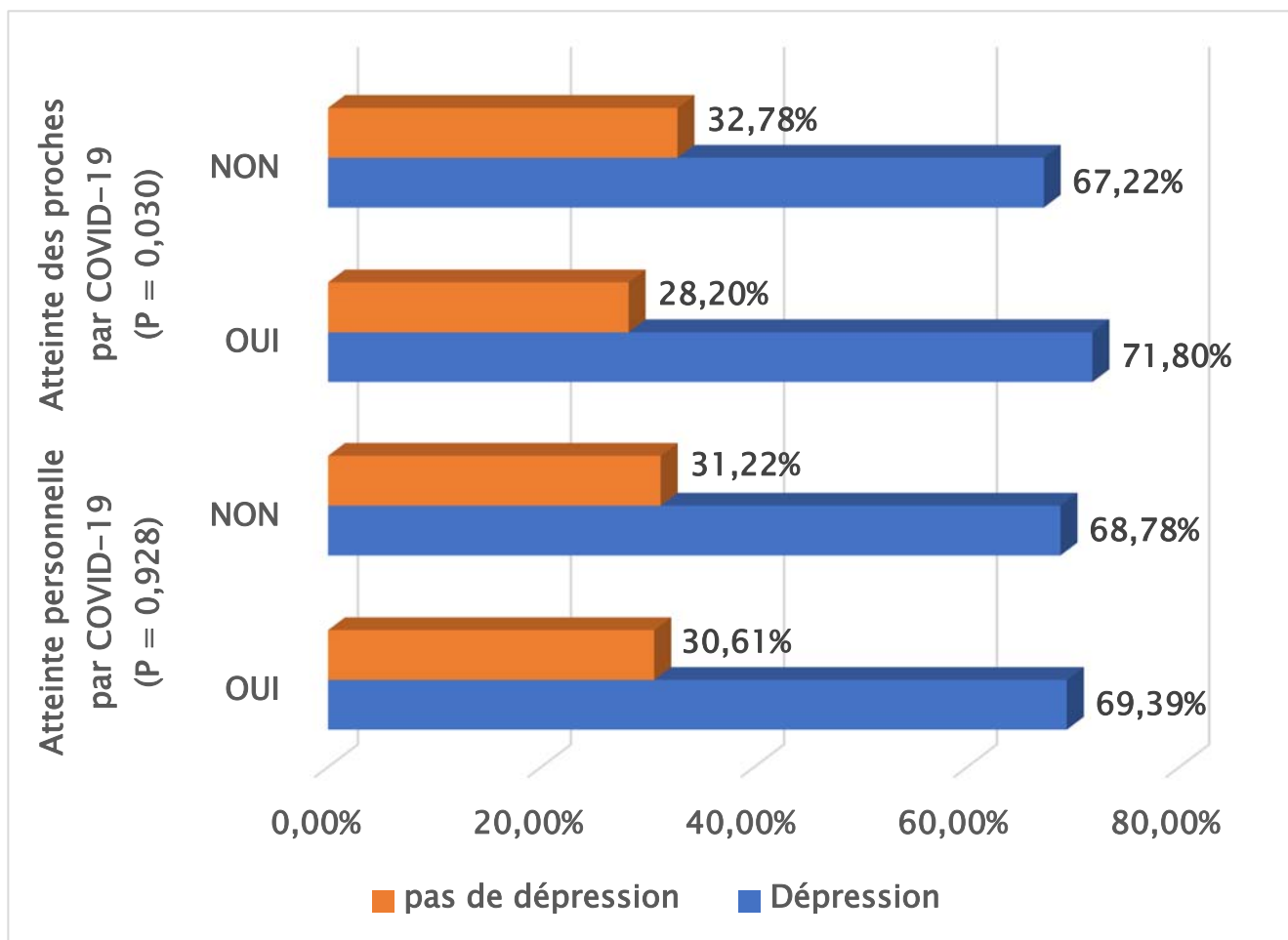


Figure 32 : corrélation entre la dépression par rapport à la survenue du COVID-19.

1.3. Corrélation entre la dépression et les paramètres liés au déconfinement :

a. Corrélation entre la dépression et la satisfaction des informations relayées par les médias :

La prévalence de la dépression était plus marquée chez les sujets qui étaient complètement en désaccord avec les informations relayées par les médias (72,73%), suivie par les sujets plutôt en désaccord (71,27%), puis les sujets neutres (70,50%), les sujets assez d'accord (62,82%) et les sujets complètement d'accord (58,21%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,001$).

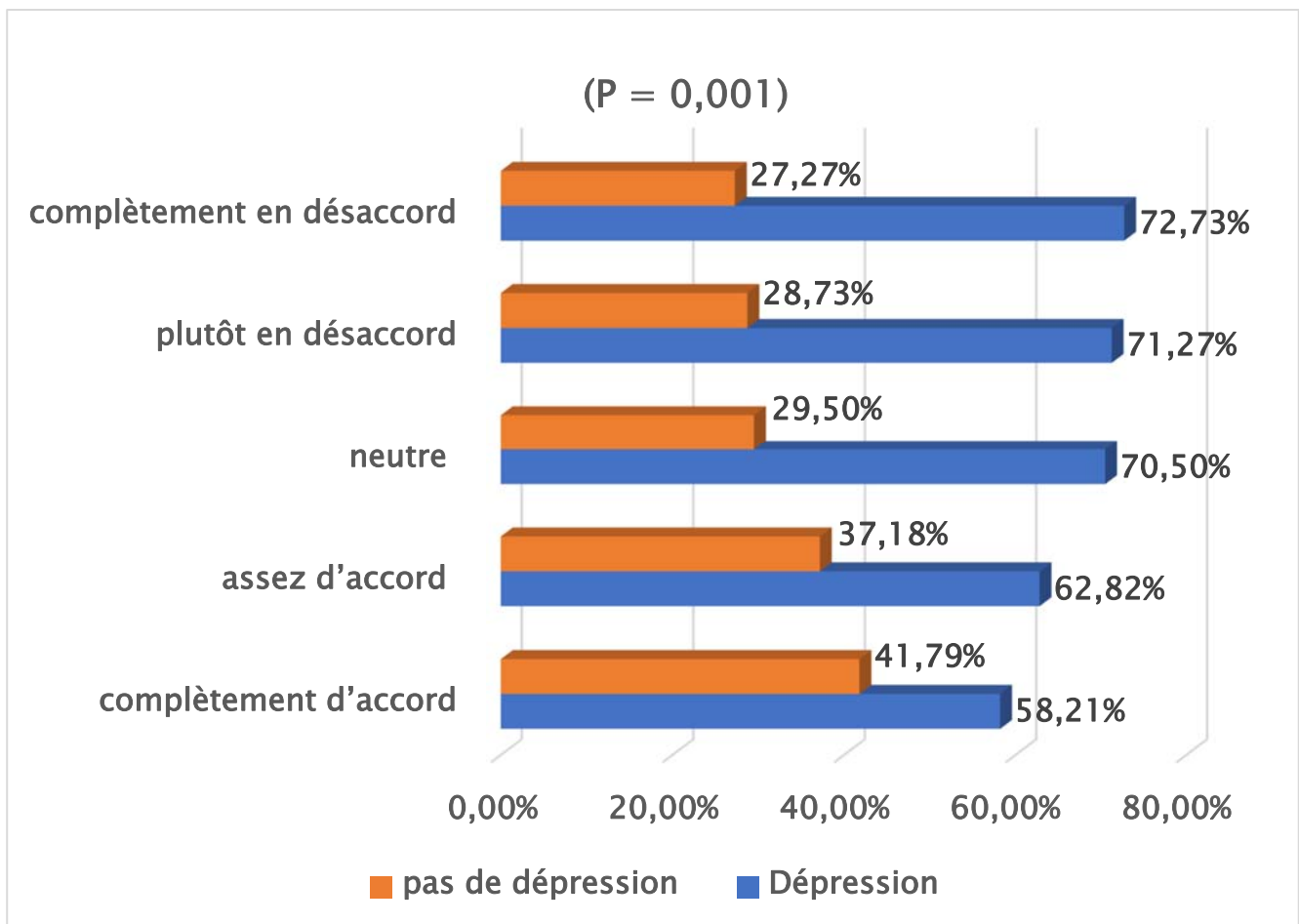


Figure 33 : corrélation entre la dépression et la satisfaction des informations relayées par les médias.

b. Corrélation entre la dépression et la nature de l'impact perçue :

L'incidence de la dépression était plus marquée chez les sujets qui ont jugé que l'impact perçu était psychologique (71,92%), suivie des sujets qui ont jugé que l'impact perçue était financier (66,82%), chez les sujets qui ont jugé que l'impact portait plutôt sur la vie de famille chez qui on a trouvé un taux d'incidence plus faible (51,79%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$)

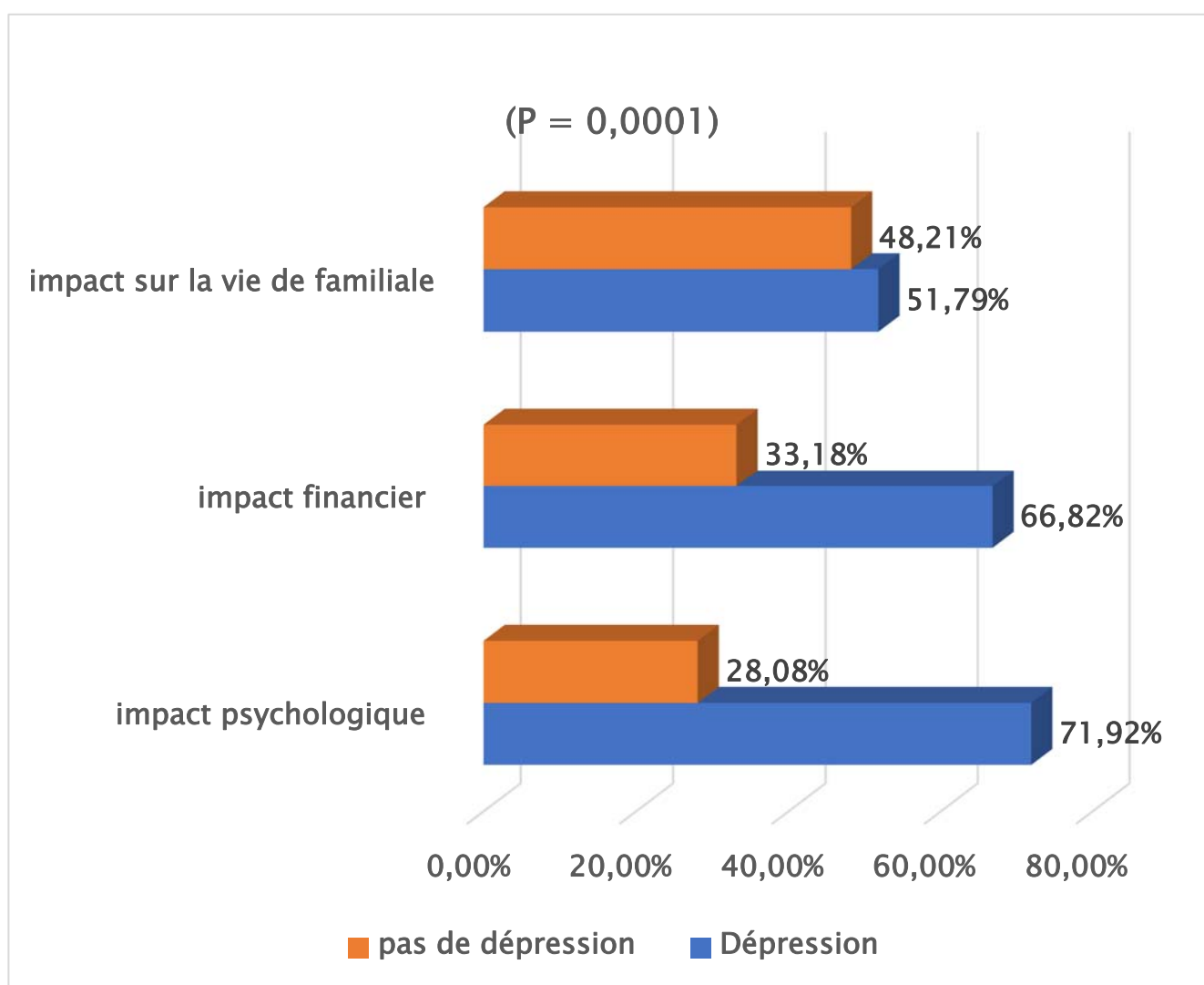


Figure 34 : corrélation entre la dépression et la nature de l'impact psychologique perçue.

c. Corrélation entre la dépression et le niveau de perception de l'impact :

L'incidence de la dépression était plus marquée chez les sujets qui ont jugé que le niveau de sévérité de l'impact était à son maximum (Niveau 5) avec un taux de prévalence (85,08%) et il diminue au fur et à mesure que le niveau de sévérité est jugé moindre avec un taux d'incidence le plus faible retrouvé chez les sujets qui ont jugé que le niveau de l'impact était absent (niveau 0) avec un taux d'incidence de (22,03%). On a retrouvé par ailleurs un taux d'incidence de dépression de (77,52%) chez les sujets qui ont jugé la sévérité de l'impact au niveau (4), suivie des sujets l'ont jugé au niveau (3) avec un taux d'incidence de dépression de (66,05%), pour les sujets qui ont jugé que le niveau de l'impact était au niveau (2) on a retrouvé une incidence de (47,79%) et pour les sujets qui ont jugé que le niveau de l'impact était au niveau (1) on a retrouvé une incidence de (33,83%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

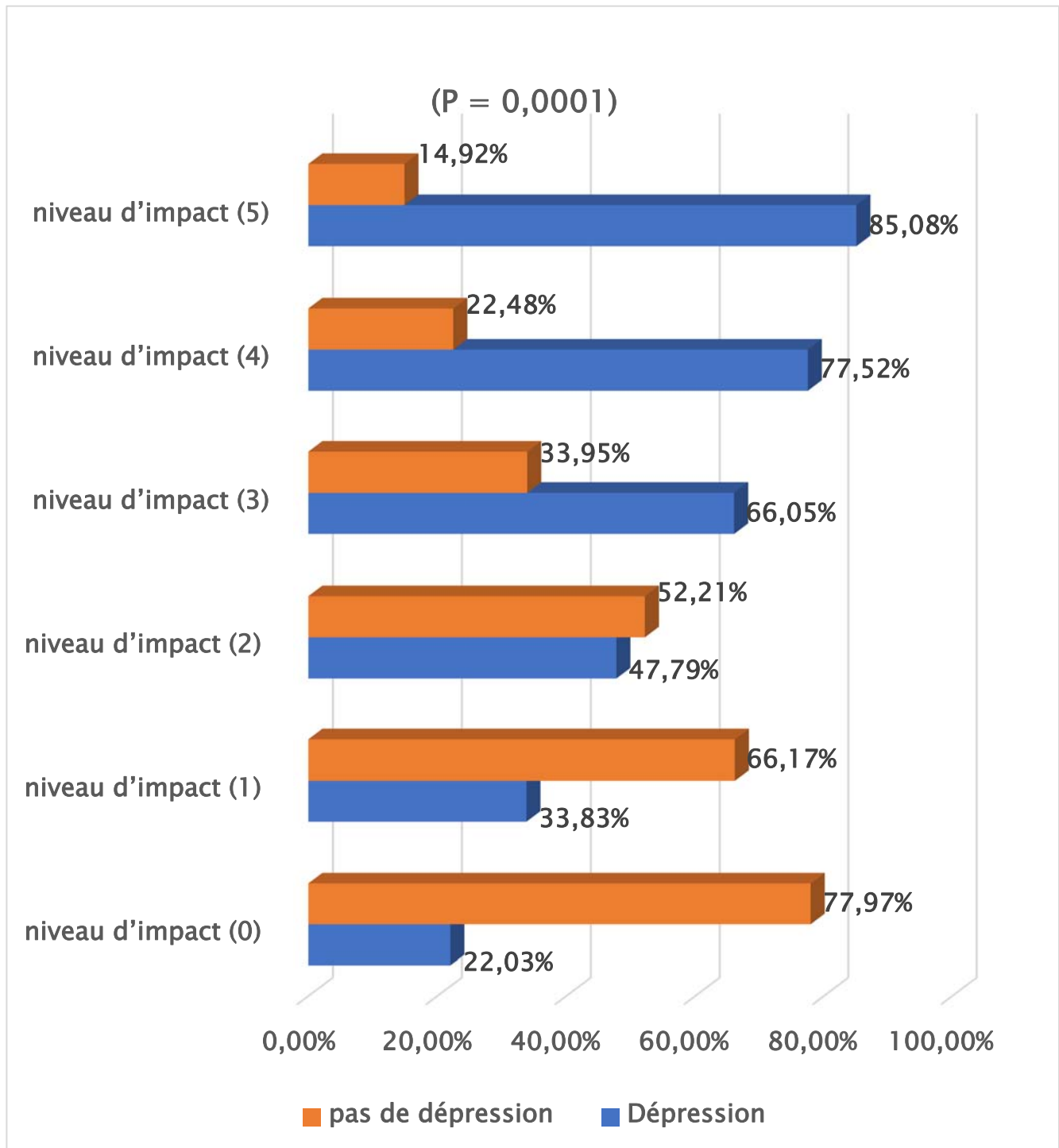


Figure 35 : corrélation entre la dépression et le niveau de perception de l'impact.

1.4. Corrélation entre l'anxiété et les paramètres

sociodémographiques :

a. Corrélation entre l'anxiété et l'âge :

Dans notre étude, on a retrouvé que la majorité des sujets qui ont développé de l'anxiété avaient un âge inférieur ou égal à 28 ans avec une moyenne d'âge de 27,34 et un écart type de 7,89 ; alors que la majorité des sujets qui n'ont pas développé de l'anxiété étaient âgés de plus de 28 ans avec une moyenne d'âge de 29,93 et un écart type de 10,20. Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 (P= 0,0001).

Population étudié	Moyenne d'âge	Ecart type	N	%	Valeur de P
Sujets sans anxiété	29,933	10,2095	905	42,53	0,0001
Sujets avec anxiété	27,345	7,8915	1223	57,47	

Tableau 3 : corrélation entre l'anxiété et l'âge.

b. Corrélation entre l'anxiété et le genre :

La prévalence de l'anxiété était plus élevée chez les femmes avec (62,13%) contre seulement (38,82%) chez les hommes. Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

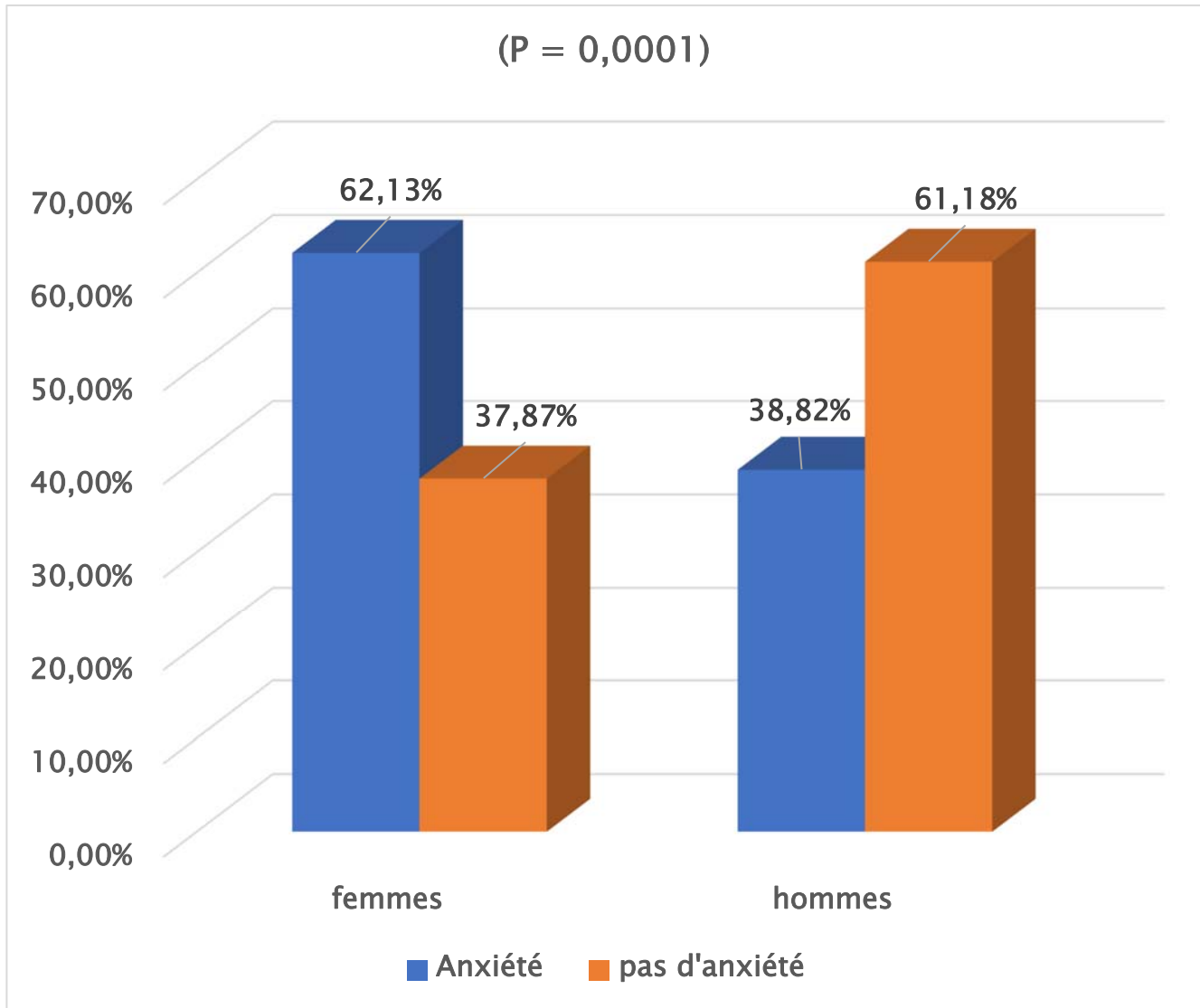


Figure 36 : corrélation entre l'anxiété et le genre.

c. Corrélation entre l'anxiété et la répartition géographique :

La prévalence de l'anxiété était similaire entre les sujets habitant en milieu urbain (57,75%) et les sujets vivant en milieu rural (53,13%). (P= 0,305).

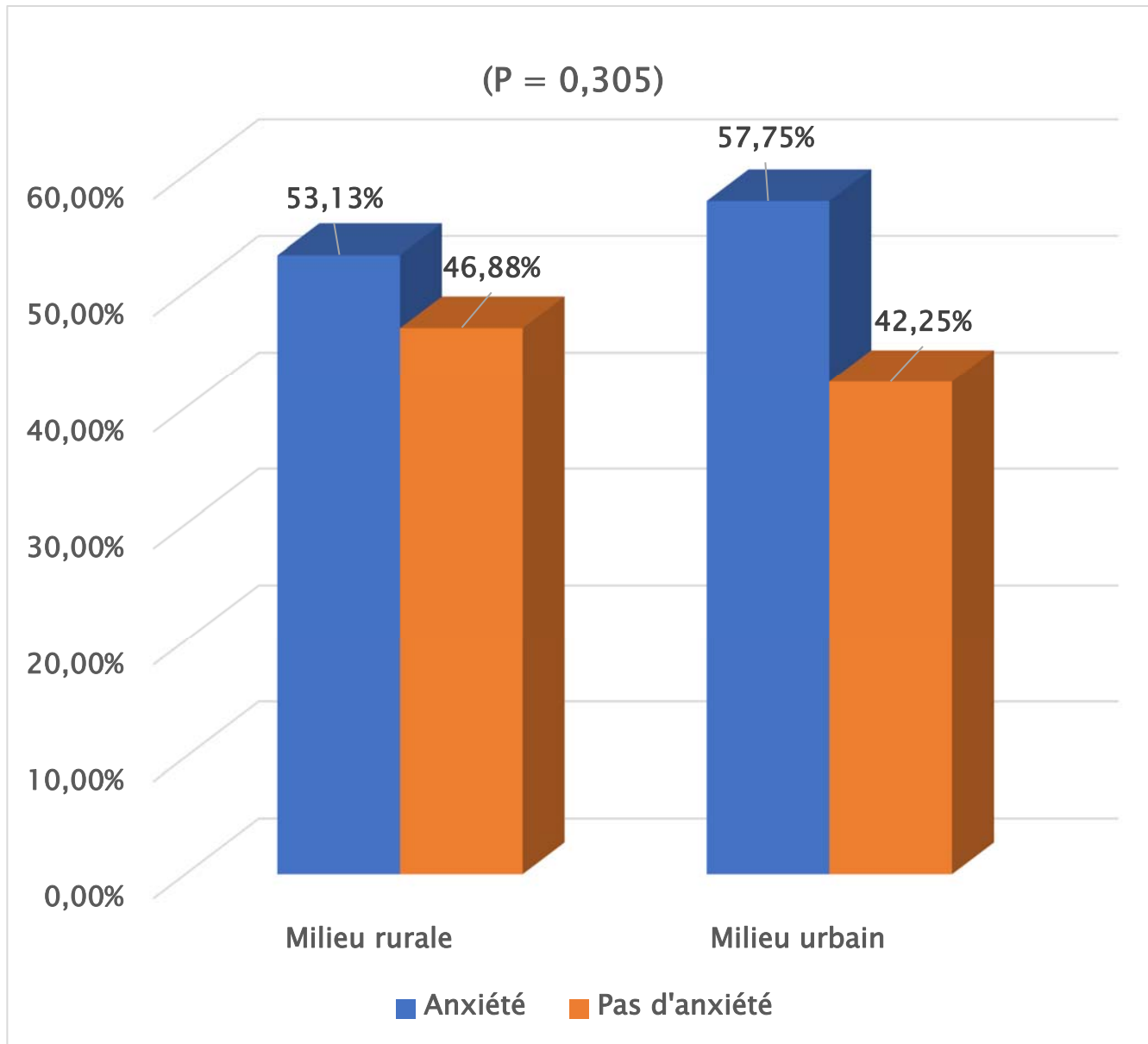


Figure 37 : corrélation entre l'anxiété et la répartition géographique.

d. Corrélation entre l'anxiété et le type de logement :

La prévalence de l'anxiété était similaire entre les sujets qui vivent en famille (57,77%), les sujets qui vivent en collocation (56,86%) et les sujets qui vivent seuls (54,49%). (P = 0,708).

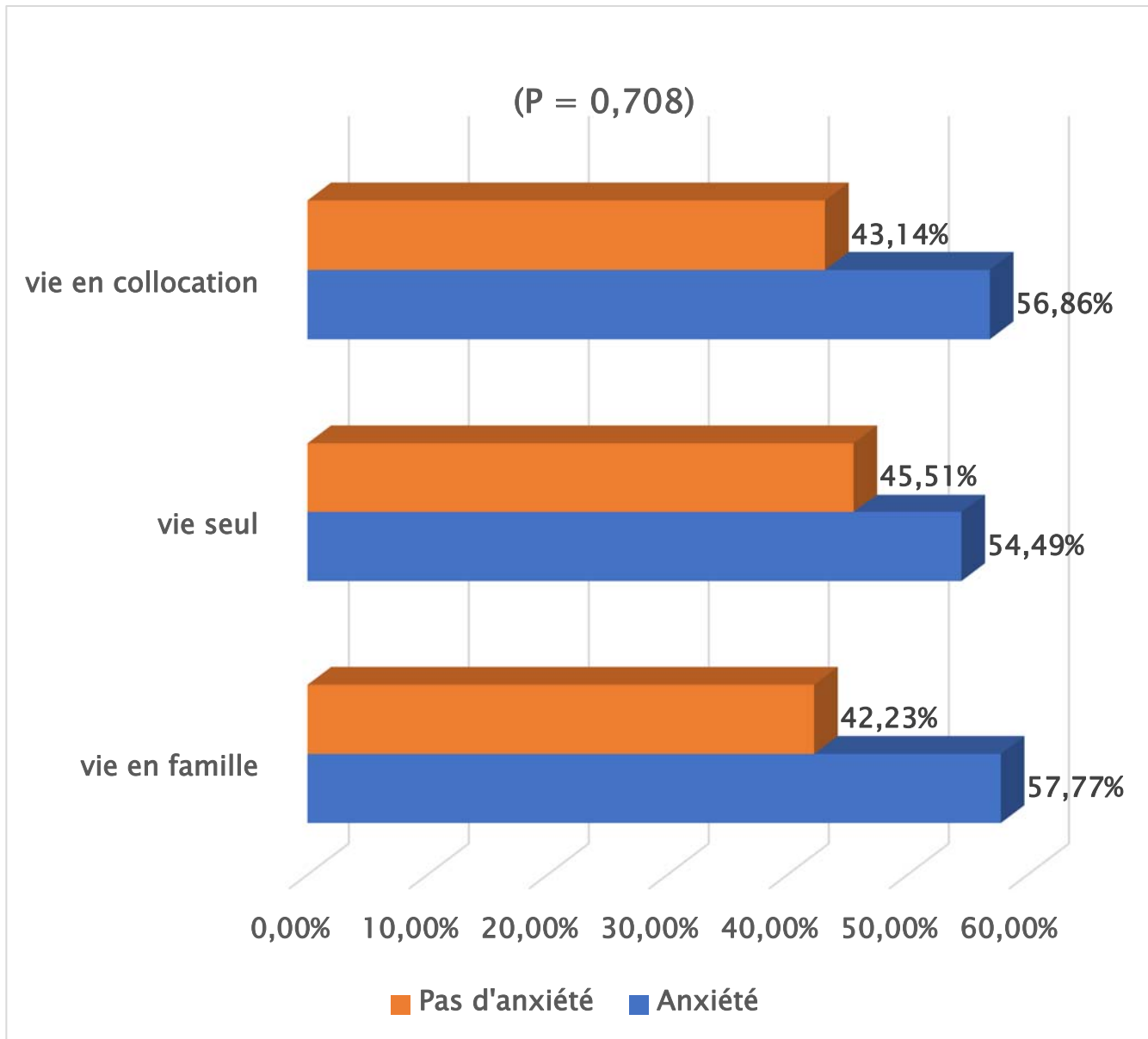


Figure 38 : corrélation entre l'anxiété et le type du logement.

e. Corrélation entre l'anxiété et le statut matrimonial :

La prévalence de l'anxiété était plus marquée chez les sujets célibataires (59,84%), suivie par les sujets mariés (53,51%) puis les sujets divorcés ou veufs (48,61%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,007$).

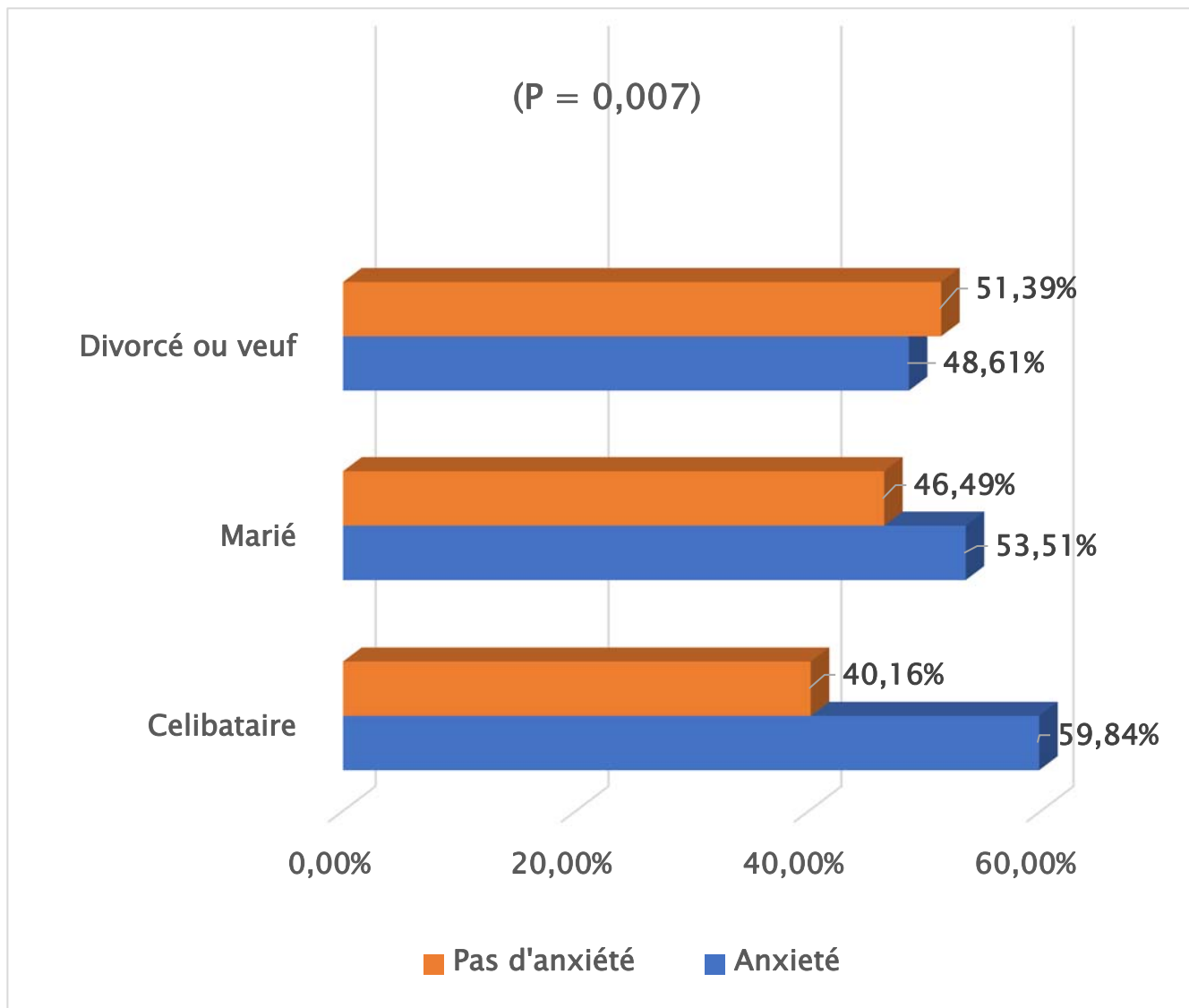


Figure 39 : corrélation entre l'anxiété et le statut matrimonial.

f. Corrélation entre l'anxiété et la parité :

La prévalence de l'état de l'anxiété était plus marquée chez les sujets n'ayant pas d'enfants (59,25%) par rapport aux sujets avec des enfants chez qui on a trouvé une prévalence de (51,61%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,003$).

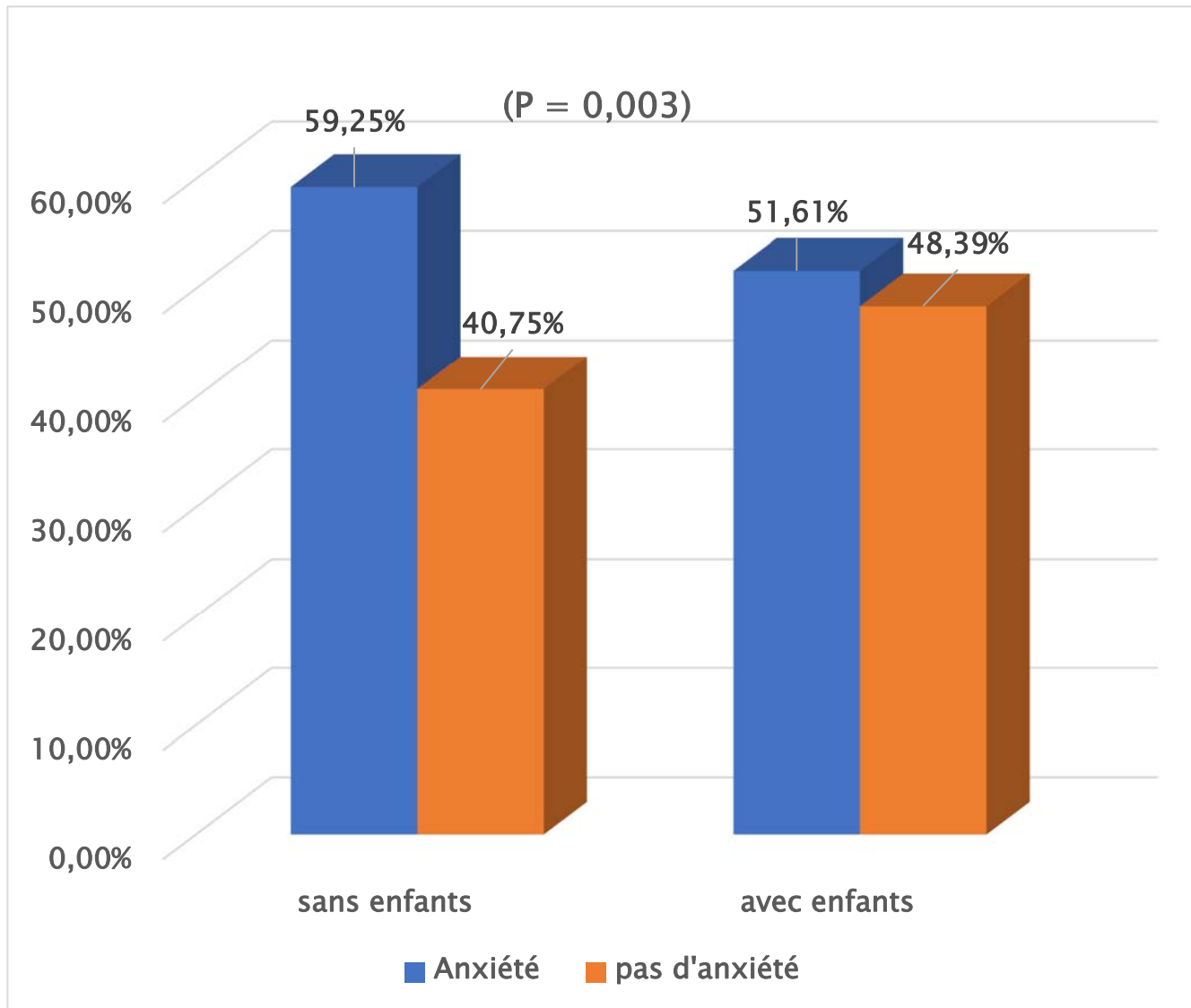


Figure 40 : corrélation entre l'anxiété et la parité.

g. Corrélation entre l'anxiété et le niveau de scolarité

Chez les sujets avec un niveau d'études primaire la prévalence de l'anxiété retrouvée était de (50 %), suivie des sujets avec un niveau d'études supérieur avec une prévalence de (57,41%), un taux de prévalence similaire de l'anxiété a été retrouvé chez les sujets avec un niveau d'études secondaire avec une prévalence de (58,74). (P=0.869)

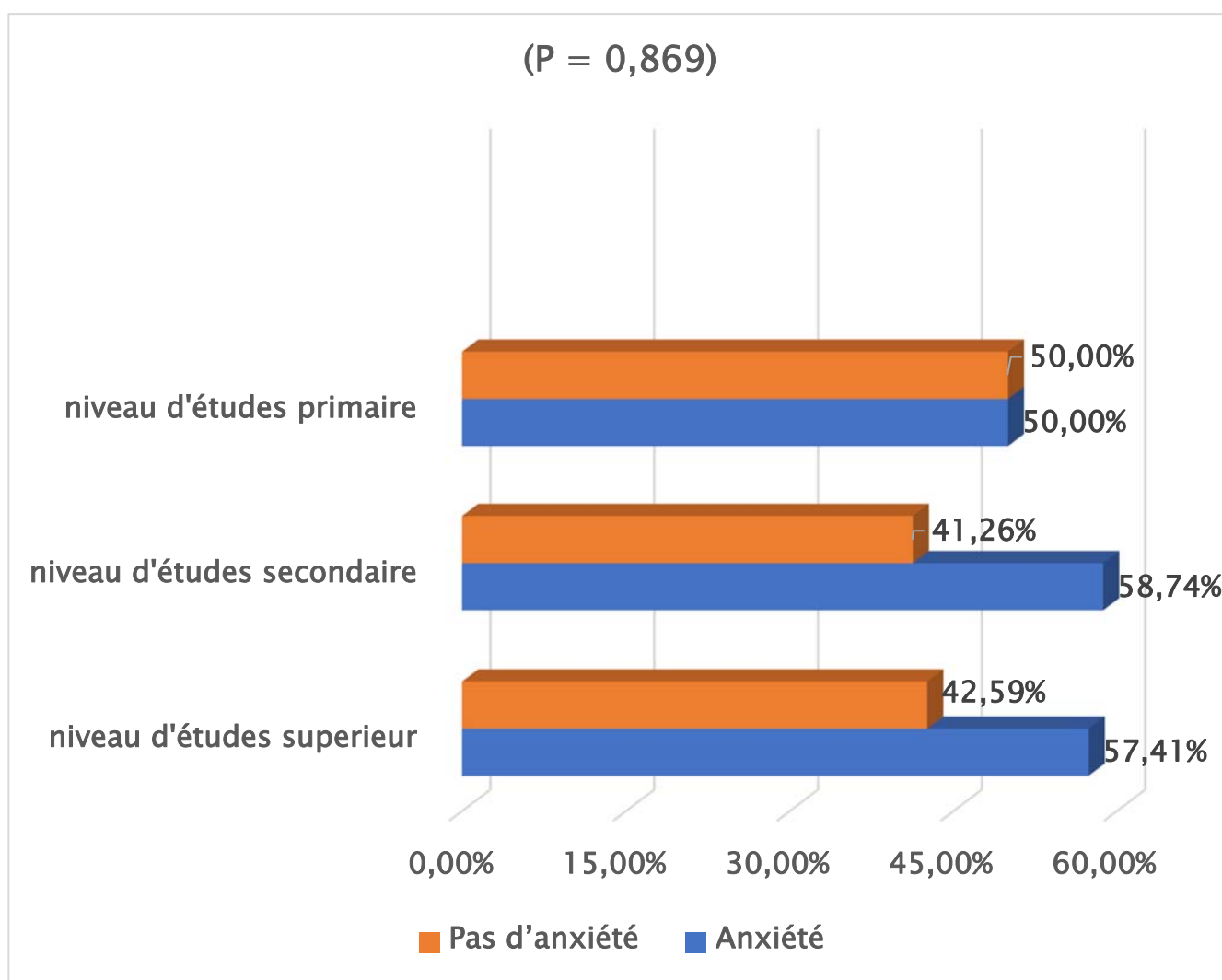


Figure 41 : corrélation entre l'anxiété et le niveau de scolarité.

h. Corrélation entre l'anxiété et l'activité professionnelle :

La prévalence de l'anxiété était plus marquée chez les sujets sans activité professionnelle (62,94%), suivie des sujets avec une activité professionnelle irrégulière (61,48%) et les sujets avec une activité professionnelle régulière (51,95%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

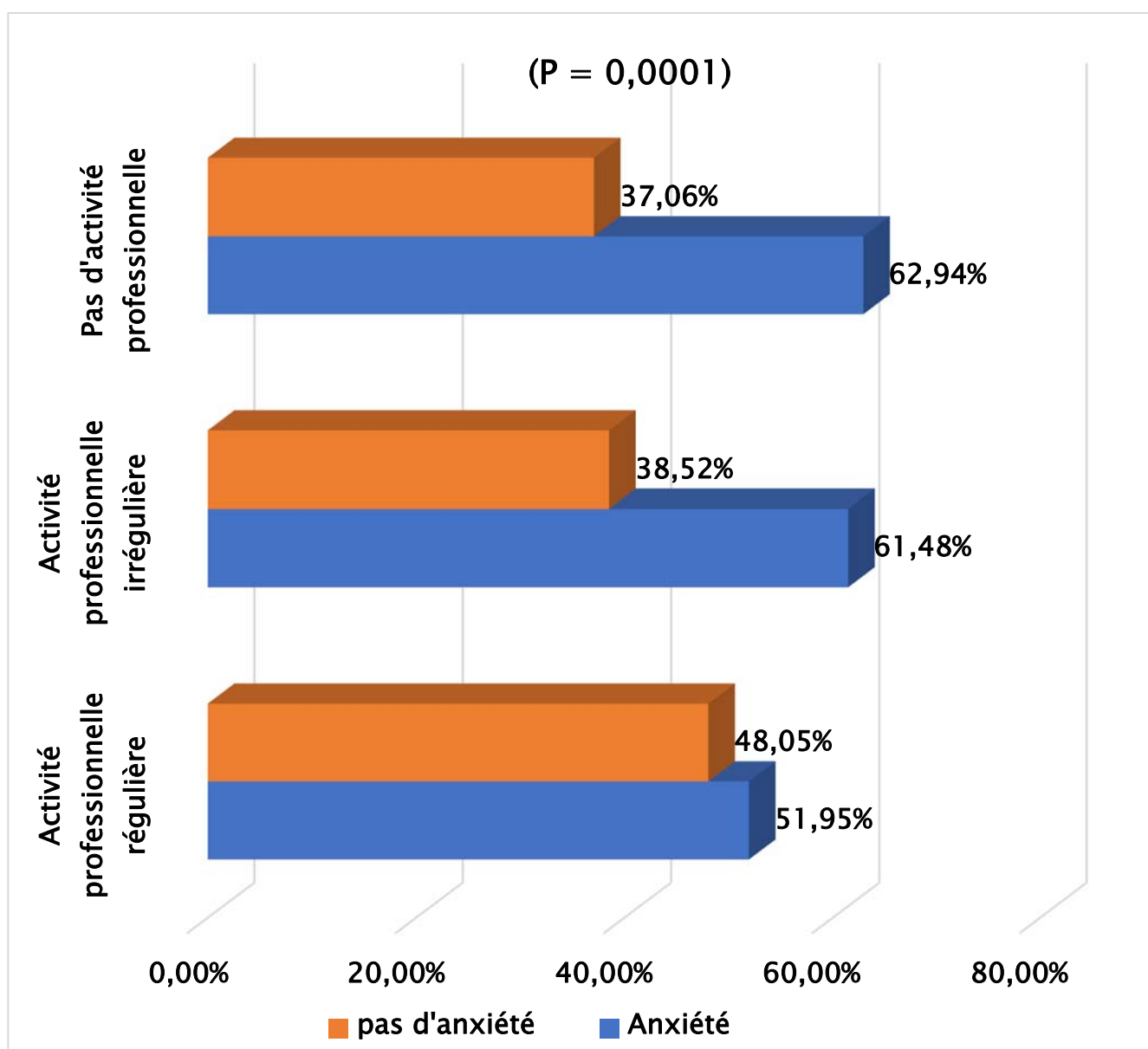


Figure 42 : corrélation entre l'anxiété et l'activité professionnelle.

i. Corrélation entre l'anxiété et l'activité professionnel durant le déconfinement :

La prévalence de l'anxiété était un peu plus marquée chez les sujets qui n'ont pas travaillé suite au déconfinement (63,61%), comparée aux sujets qui travaillaient parfois à distance par télétravail (57,84%), suivie des sujets qui travaillaient régulièrement à distance via le télétravail (55,06%) et les sujets qui ont continué à travailler régulièrement en présentiel (48,00%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

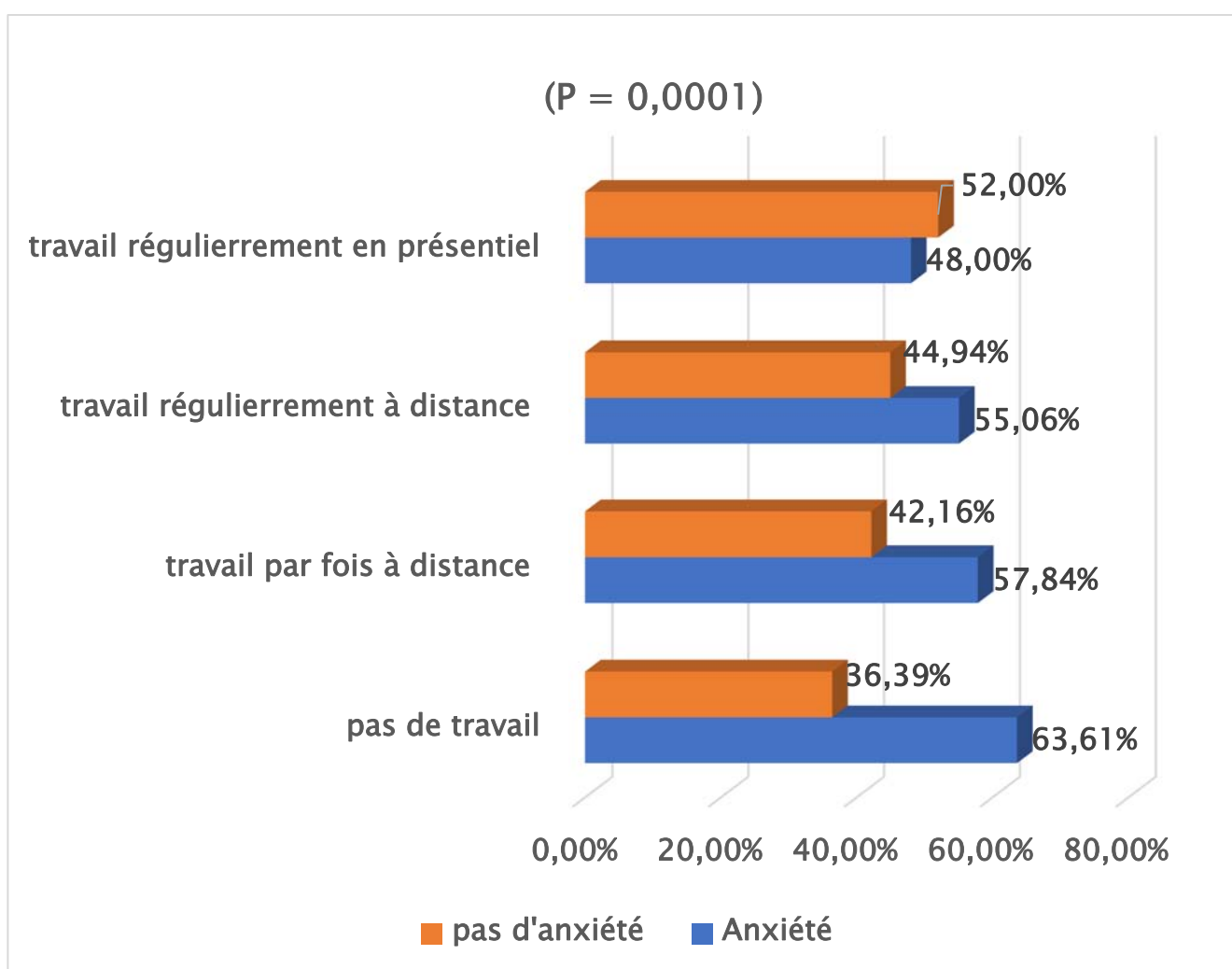


Figure 43 : corrélation entre l'anxiété et l'activité professionnelle durant le déconfinement.

1.5. Corrélation entre l'anxiété et les paramètres cliniques

a. Corrélation entre l'anxiété et les antécédents médicaux et psychiatrique :

❖ Corrélation entre l'anxiété et les antécédents de maladies chroniques :

La prévalence de l'anxiété était plus élevée chez les sujets avec des antécédents de maladies chroniques (64,06%) comparée aux sujets ne présentant pas de maladies chroniques (56,57%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,023$).

❖ Corrélation entre l'anxiété et les antécédents psychiatriques :

La prévalence de l'anxiété était plus élevée chez les sujets avec des antécédents psychiatriques (68,88%) comparée aux sujets n'ayant pas d'antécédents de troubles psychiatriques (54,66%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

❖ Corrélation entre l'anxiété et l'usage de substances :

La prévalence de l'anxiété chez les sujets avec notion d'usage de substances était de (60,71%), alors que prévalence chez les sujets sans notion d'usage de substances était de (57,43%). ($P = 0,727$)

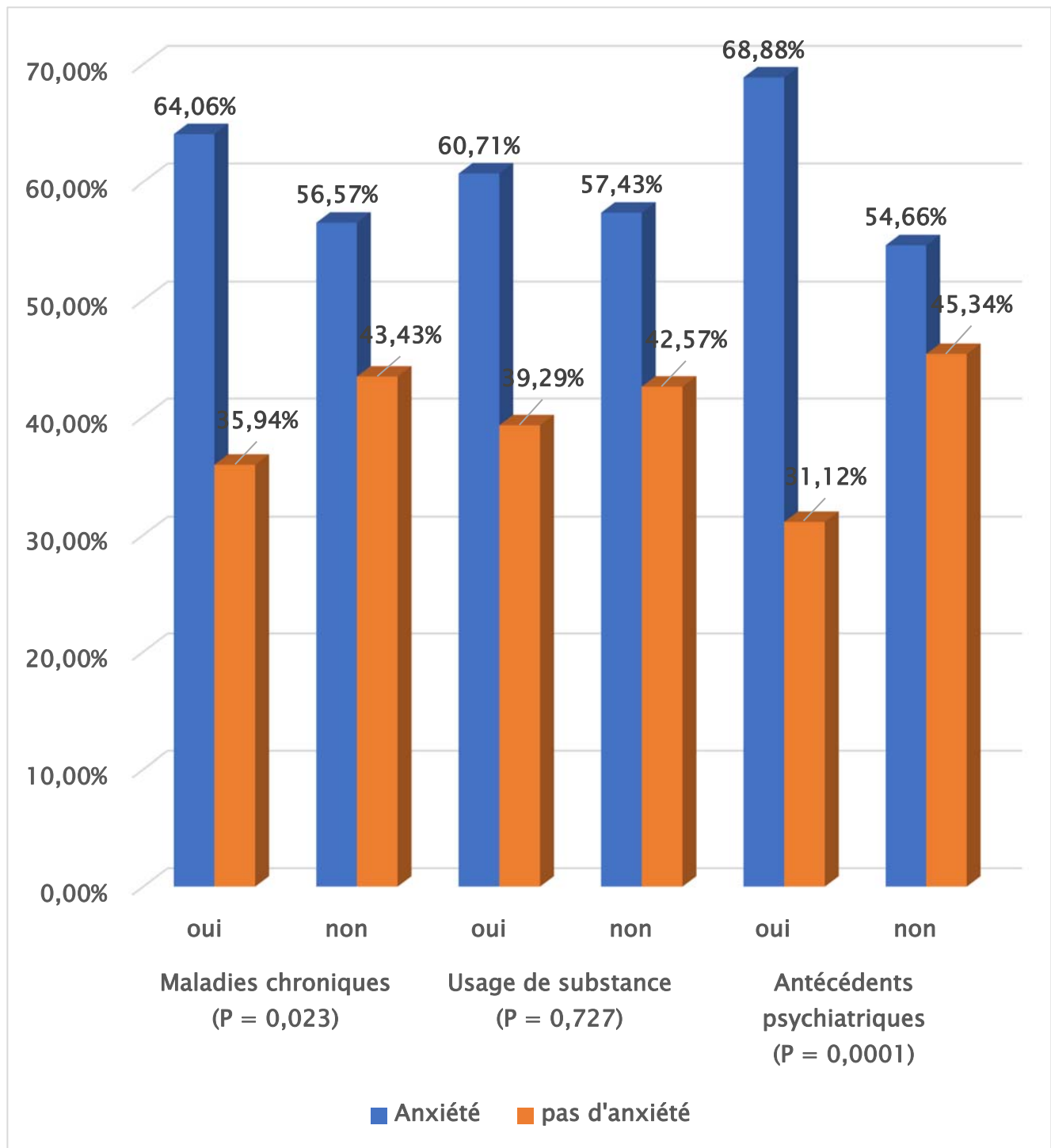


Figure 44 : corrélation entre la dépression et les antécédents de maladies chroniques, de troubles psychiatriques et la notion d'usage de substances.

b. Corrélation entre l’anxiété par rapport à la survenue du COVID-19 :

❖ **Corrélation entre l’anxiété et l’atteinte personnel par COVID-19 :**

La prévalence de l’anxiété était plus élevée chez les sujets qui ont été atteints par COVID-19 (65,31%) comparée aux sujets qui n’ont pas été atteints par la maladie COVID-19 (57,29%). (P = 0,262).

❖ **Corrélation entre l’anxiété et l’atteinte d’un proche par COVID-19 :**

La prévalence de l’anxiété était plus élevée chez les sujets qui ont eu un proche atteint par COVID-19 (61,31%) comparée aux sujets qui n’avaient pas de proches atteints du COVID-19 (55,45%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 (P = 0,009).

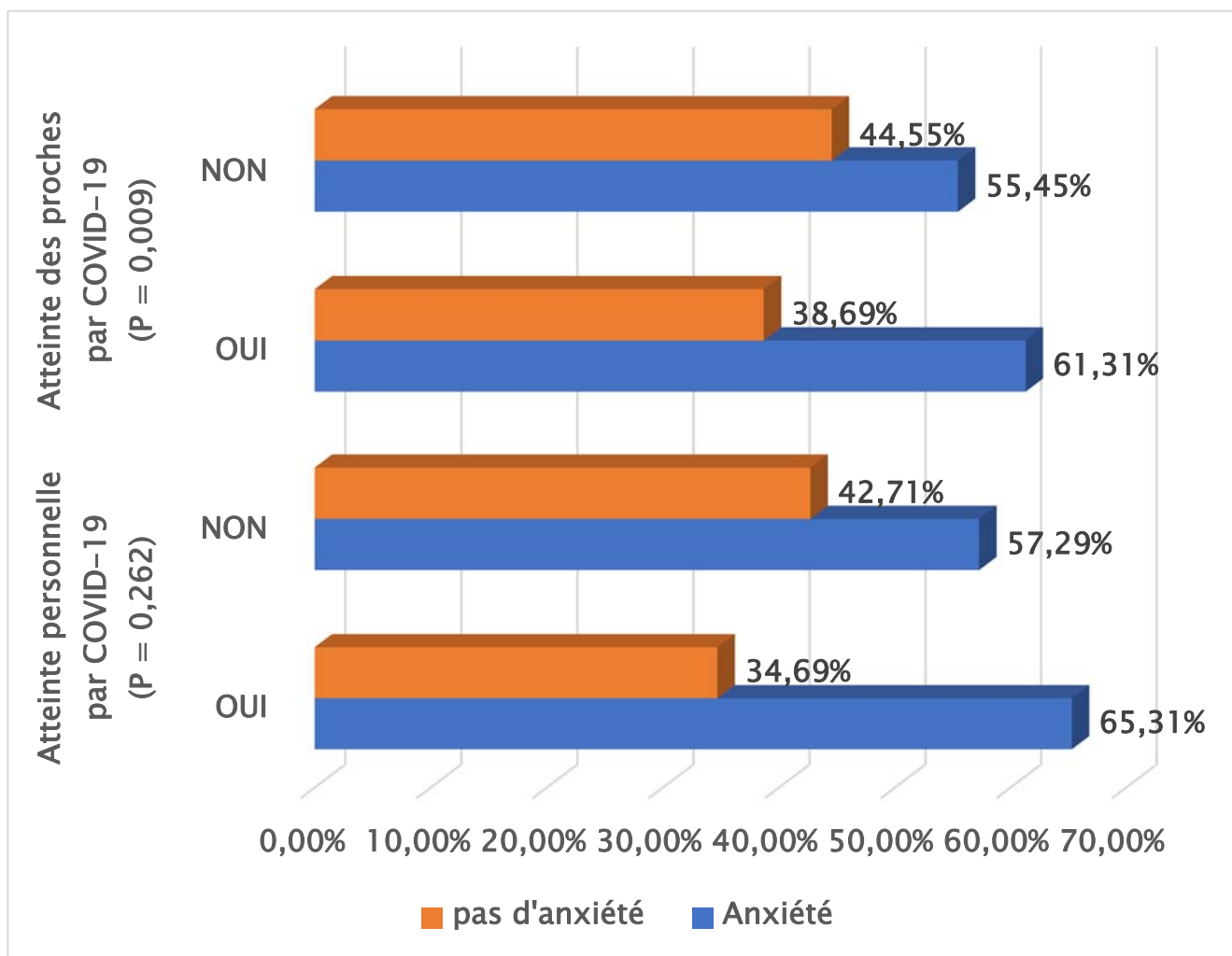


Figure 45 : corrélation entre l’anxiété par rapport à la survenue du COVID-19.

1.6. Corrélation entre l'anxiété et les paramètres lié au déconfinement

a. Corrélation entre l'anxiété et la satisfaction des informations relayées par les médias :

La prévalence de l'anxiété était plus marquée chez les sujets qui étaient complètement en désaccord avec les informations relayées par les médias (65,34%), suivie par les sujets neutres (59,00%), puis les sujets plutôt en désaccord (57,95%), puis les sujets assez d'accord (53,59%) et les sujets complètement d'accord (48,51%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,018$).

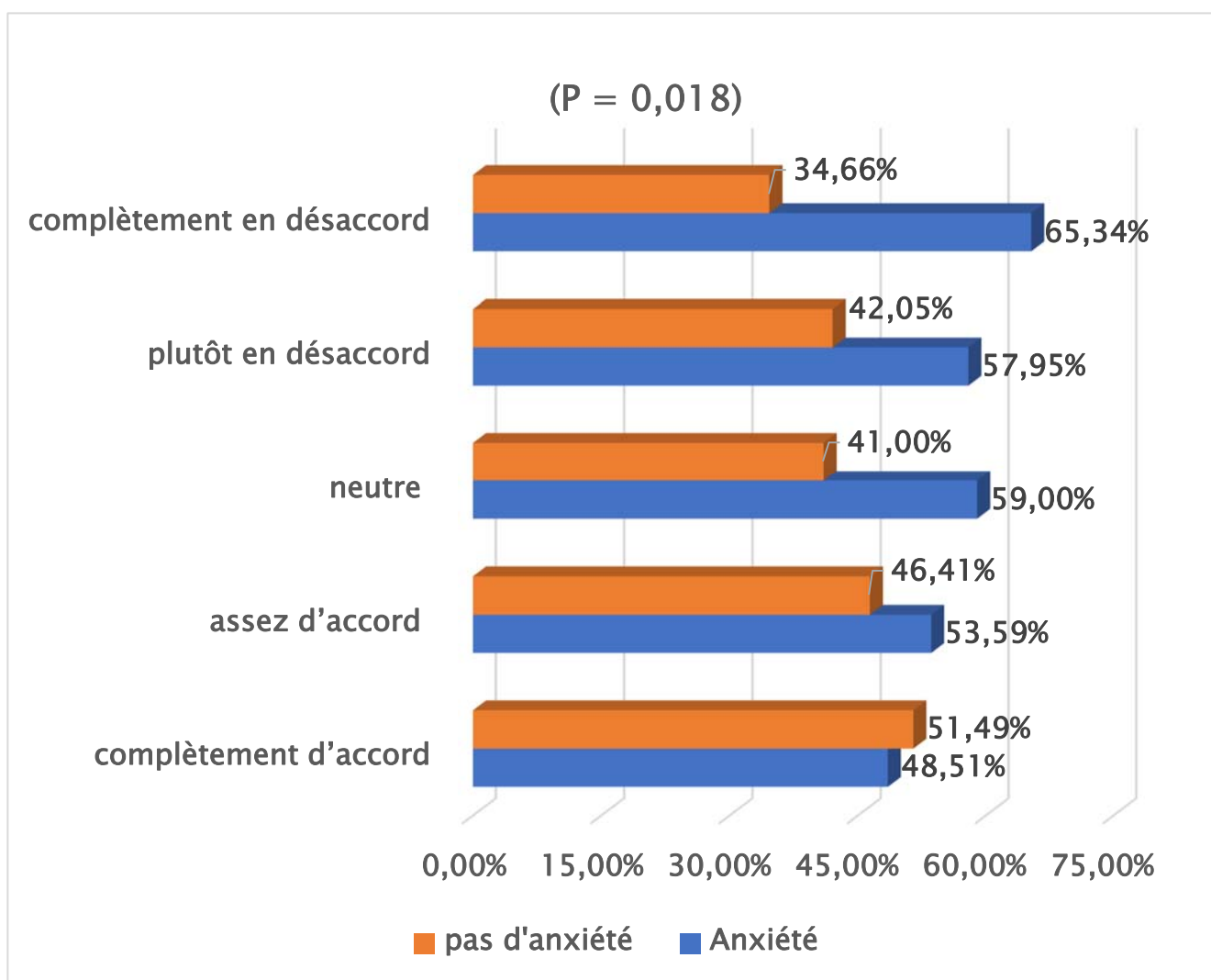


Figure 46 : corrélation entre l'anxiété et la satisfaction des informations relayées par les médias.

b. Corrélation entre l'anxiété et la nature de l'impact perçue :

L'incidence de l'anxiété était presque similaire chez les sujets qui ont jugé que l'impact perçu était financier (59,47%) et les sujets qui ont jugé que l'impact perçu était psychologique (59,27%), alors que chez les sujets qui ont jugé que l'impact portait plutôt sur la vie de famille on a trouvé un taux d'incidence plus faible (35,71%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$)

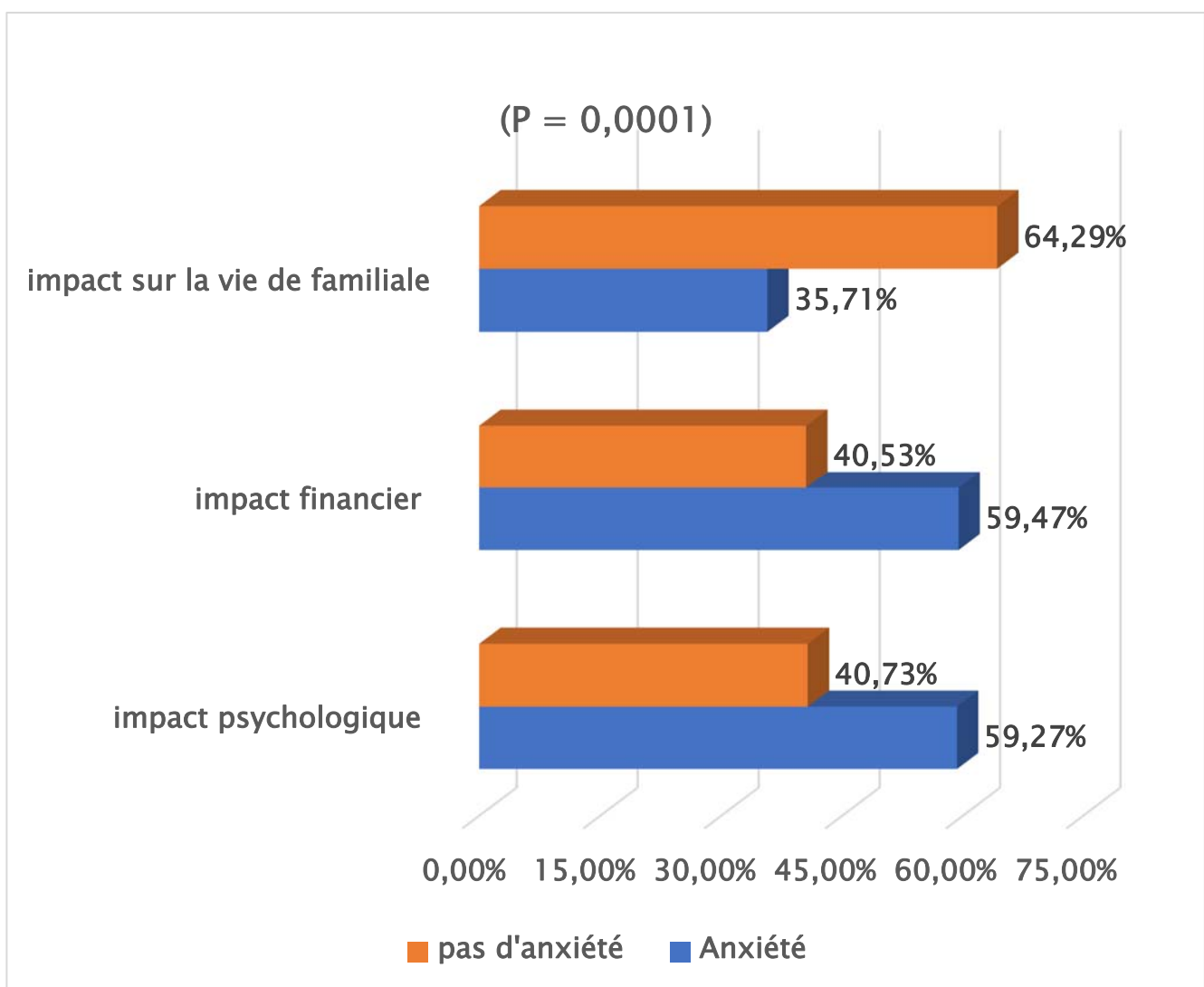


Figure 47 : corrélation entre l'anxiété et la nature de l'impact psychologique perçue.

c. Corrélation entre l'anxiété et le niveau de perception de l'impact :

L'incidence de l'anxiété était plus marquée chez les sujets qui ont jugé que le niveau de sévérité de l'impact était à son maximum (Niveau 5) avec un taux de prévalence (75,14%) et qui diminue au fur et à mesure que le niveau de sévérité est jugé moindre avec un taux d'incidence le plus faible retrouvé chez les sujets qui ont jugé que le niveau de l'impact était absent (niveau 0) avec un taux d'incidence de (18,64%). On a retrouvé par ailleurs un taux d'incidence d'anxiété de (65,62%) chez les sujets qui ont jugé la sévérité de l'impact au niveau (4) suivi des sujets qui l'ont jugé au niveau (3) avec un taux d'incidence d'anxiété de (52,88%). Pour les sujets qui ont jugé que le niveau de l'impact était au niveau (2), on a retrouvé une incidence de (35,34%) et pour les sujets qui ont jugé que le niveau de l'impact était au niveau (1) on a retrouvé une incidence de (25,56%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

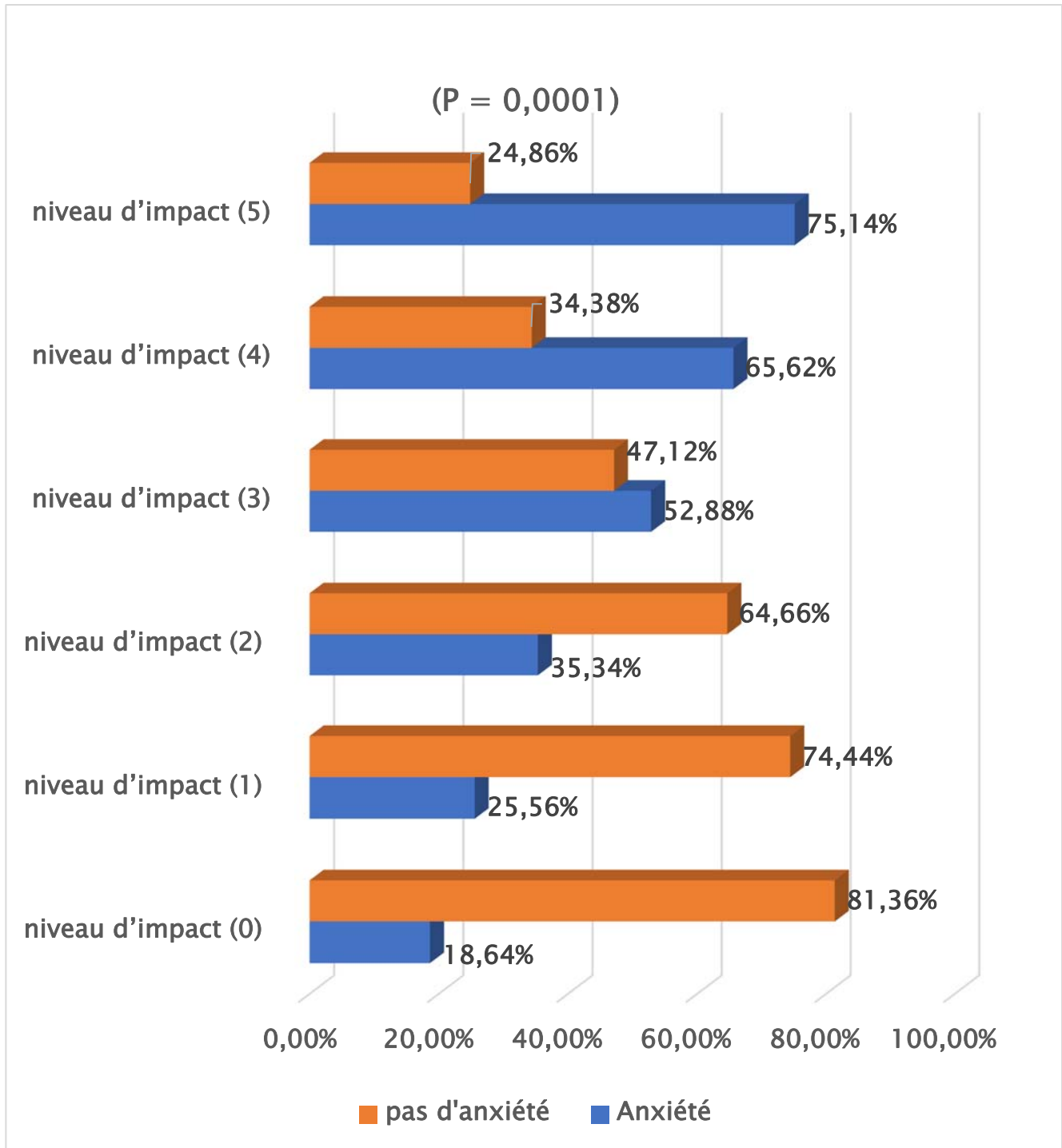


Figure 48 : corrélation entre l'anxiété et le niveau de perception de l'impact.

1.7. Corrélacion entre le stress et les paramètres

sociodémographiques :

a. Corrélacion entre le stress et l'âge :

Dans notre étude on a retrouvé que la majorité des sujets qui ont développé du stress avaient un âge inférieur ou égale à 28 ans avec une moyenne d'âge de 27,11 et un écart type de 7,35 ; alors que la majorité des sujets qui n'ont pas développé de stress étaient âgés de plus de 28 ans avec une moyenne d'âge de 29,55 et un écart type de 10,10. Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P= 0,0001$).

Population étudié	Moyenne d'âge	Ecart type	N	%	Valeur de P
Sujets sans stress	29,556	10,1047	969	42,53	0,0001
Sujets avec stress	27,118	7,3599	1159	57,47	

Tableau 4 : corrélacion entre le stress et l'âge.

b. Corrélation entre le stress et le genre :

La prévalence du stress était plus élevée chez les femmes avec (50,03%) contre seulement (27,53%) chez les hommes. Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

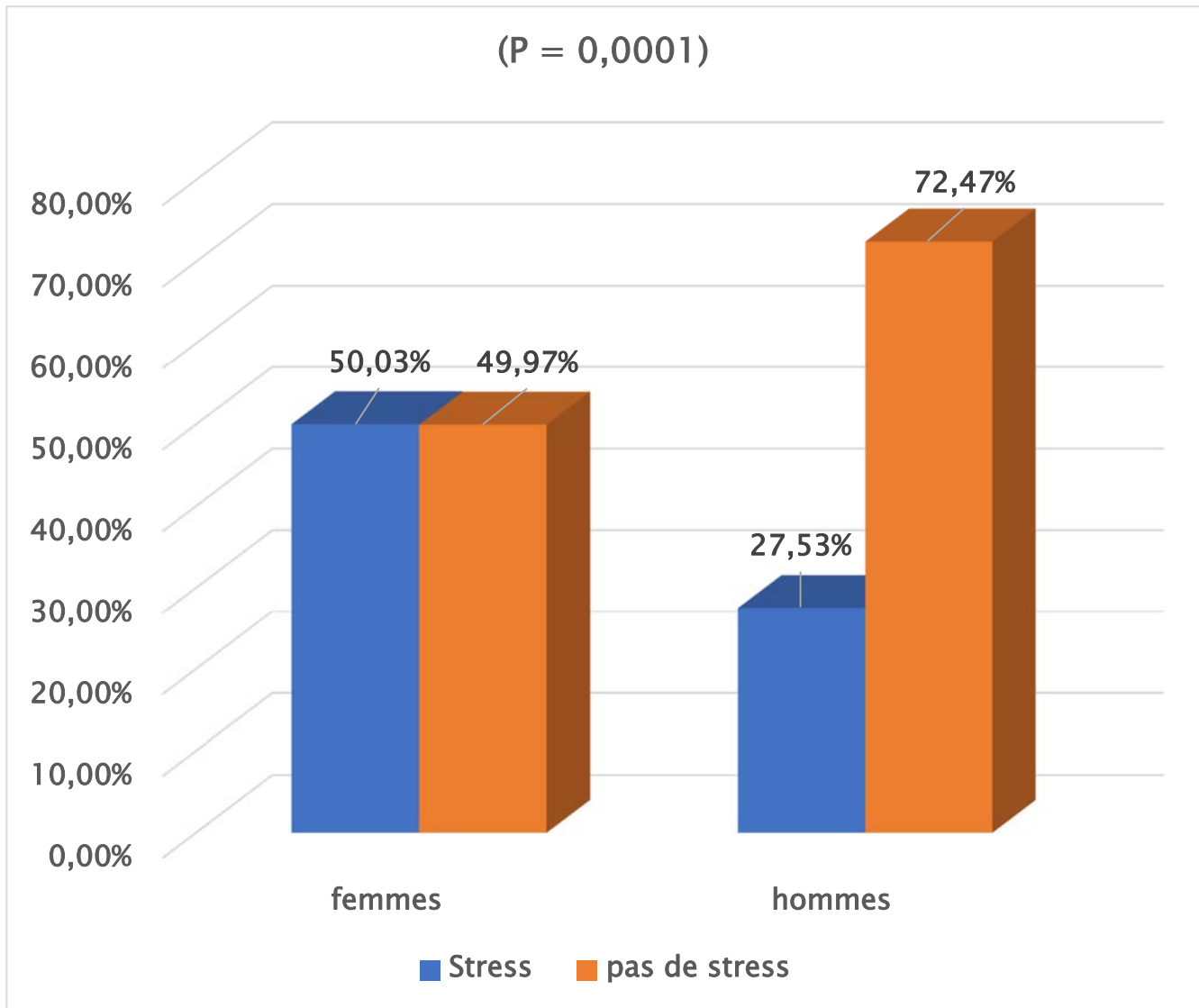


Figure 49 : corrélation entre le stress et le genre.

c. Corrélation entre le stress et la répartition géographique :

La prévalence du stress était plus élevée chez les sujets habitant en milieu urbain (45,85%) ; les sujets vivant en milieu rurale avaient une prévalence de stress de (40,63%). (P= 0,305).

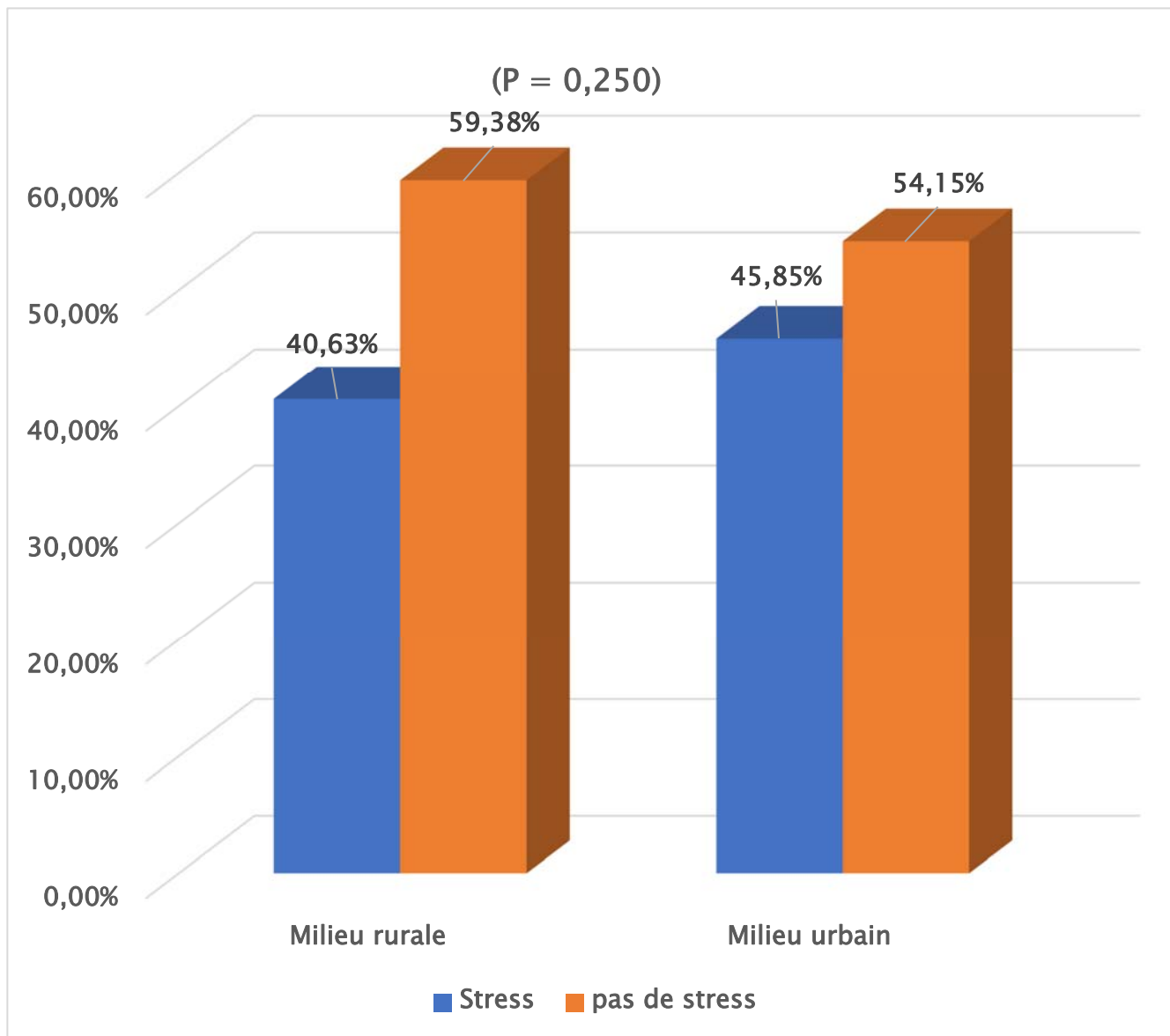


Figure 50 : corrélation entre le stress et la répartition géographique.

d. Corrélation entre le stress et le type de logement :

La prévalence du stress était plus marquée chez les sujets qui vivent en collocation (50 %), suivie des sujets qui vivent en famille (45,83%), et les sujets qui vivent seuls (39,52%). (P = 0,190)

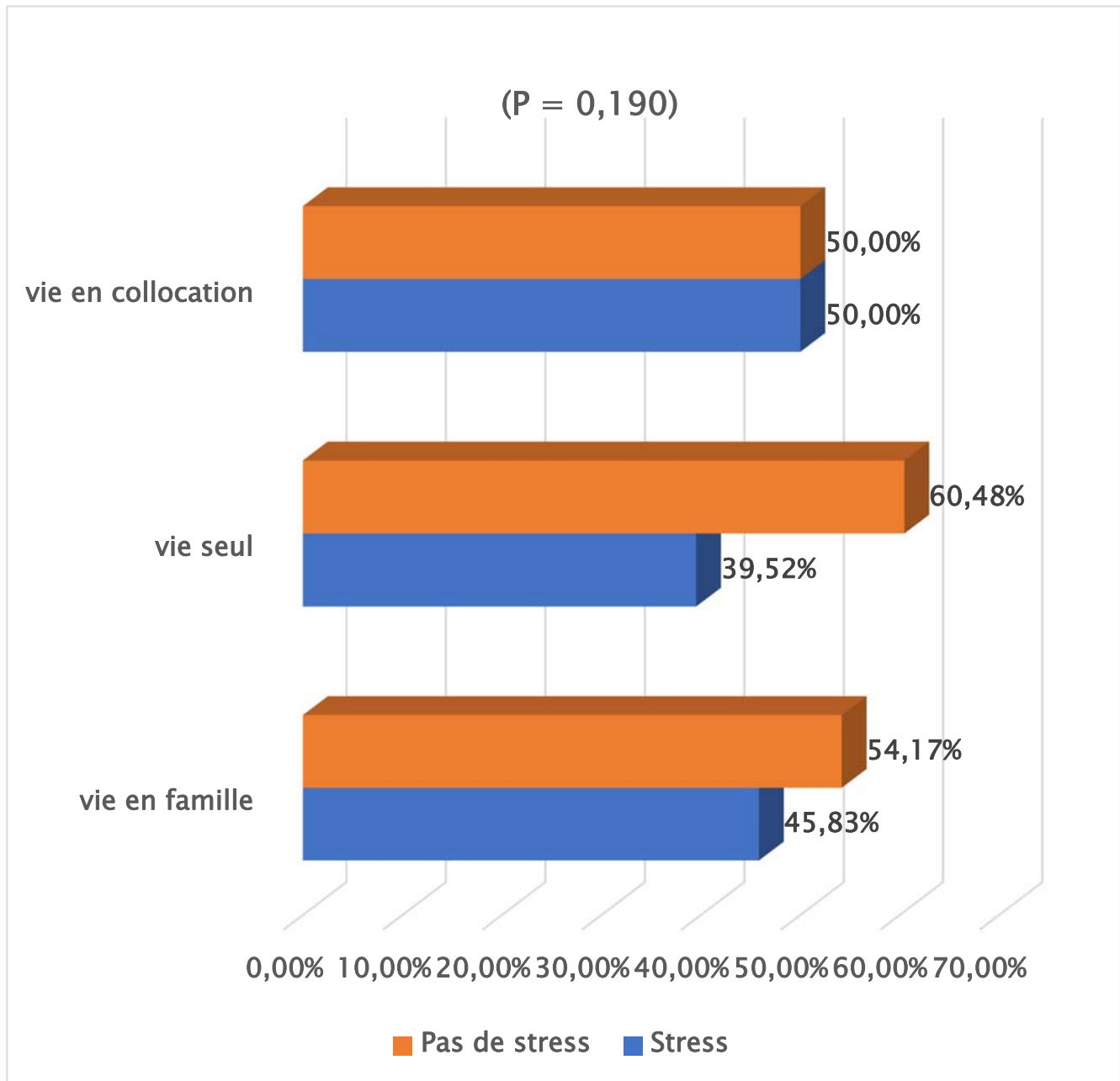


Figure 51 : corrélation entre le stress et le type de logement.

e. Corrélation entre le stress et le statut matrimonial :

La prévalence du stress était plus marquée chez les sujets célibataires (47,30%) suivie par les sujets mariés (42,90%), puis les sujets divorcés ou veufs (36,11%) ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,045$).

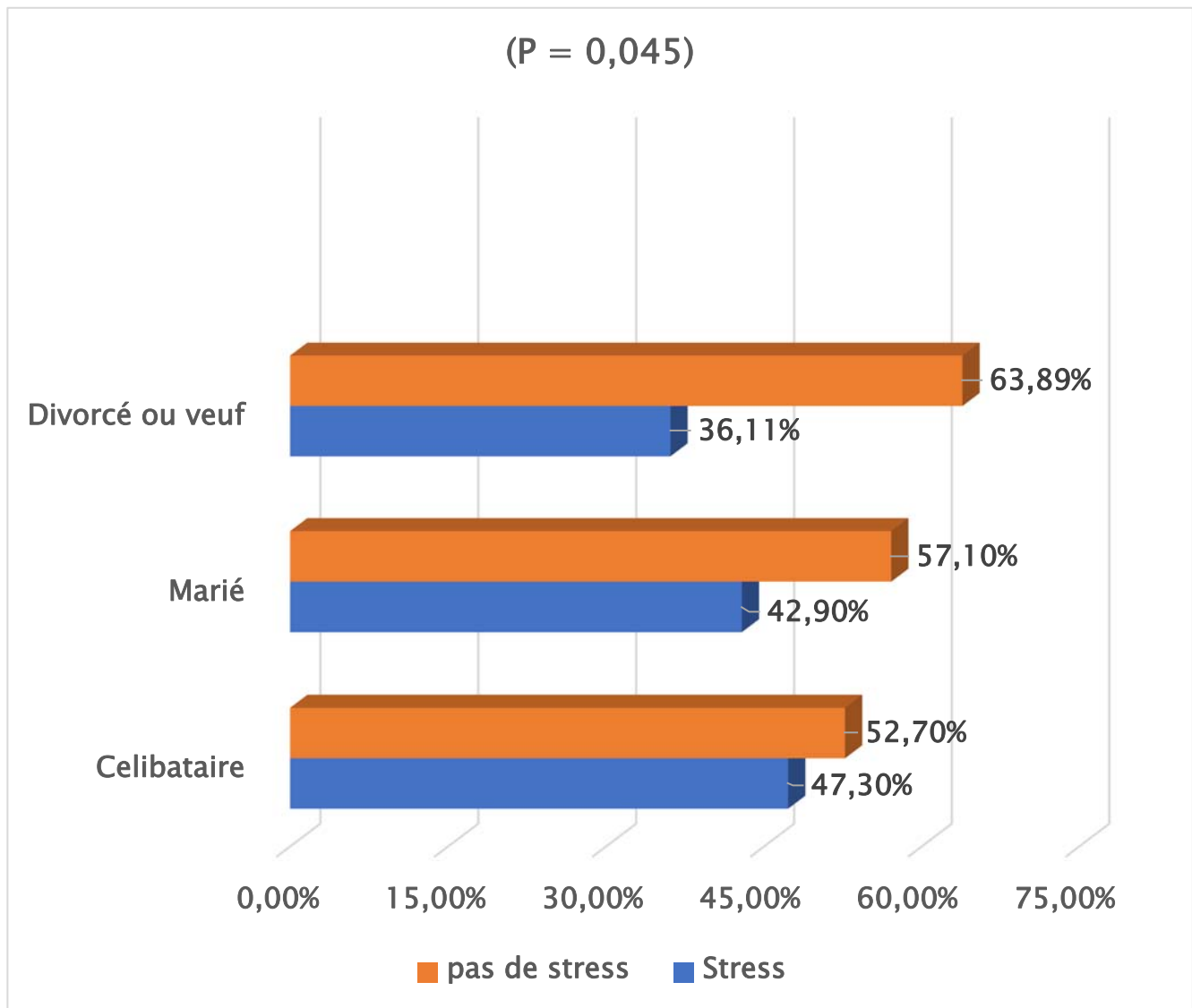


Figure 52 : corrélation entre le stress et le statut matrimonial.

f. Corrélation entre le stress et la parité :

La prévalence de l'état du stress était plus marquée chez les sujets n'ayant pas d'enfants (46,94%) par rapport aux sujets avec des enfants chez qui on a trouvé une prévalence de (40,93%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,019$).

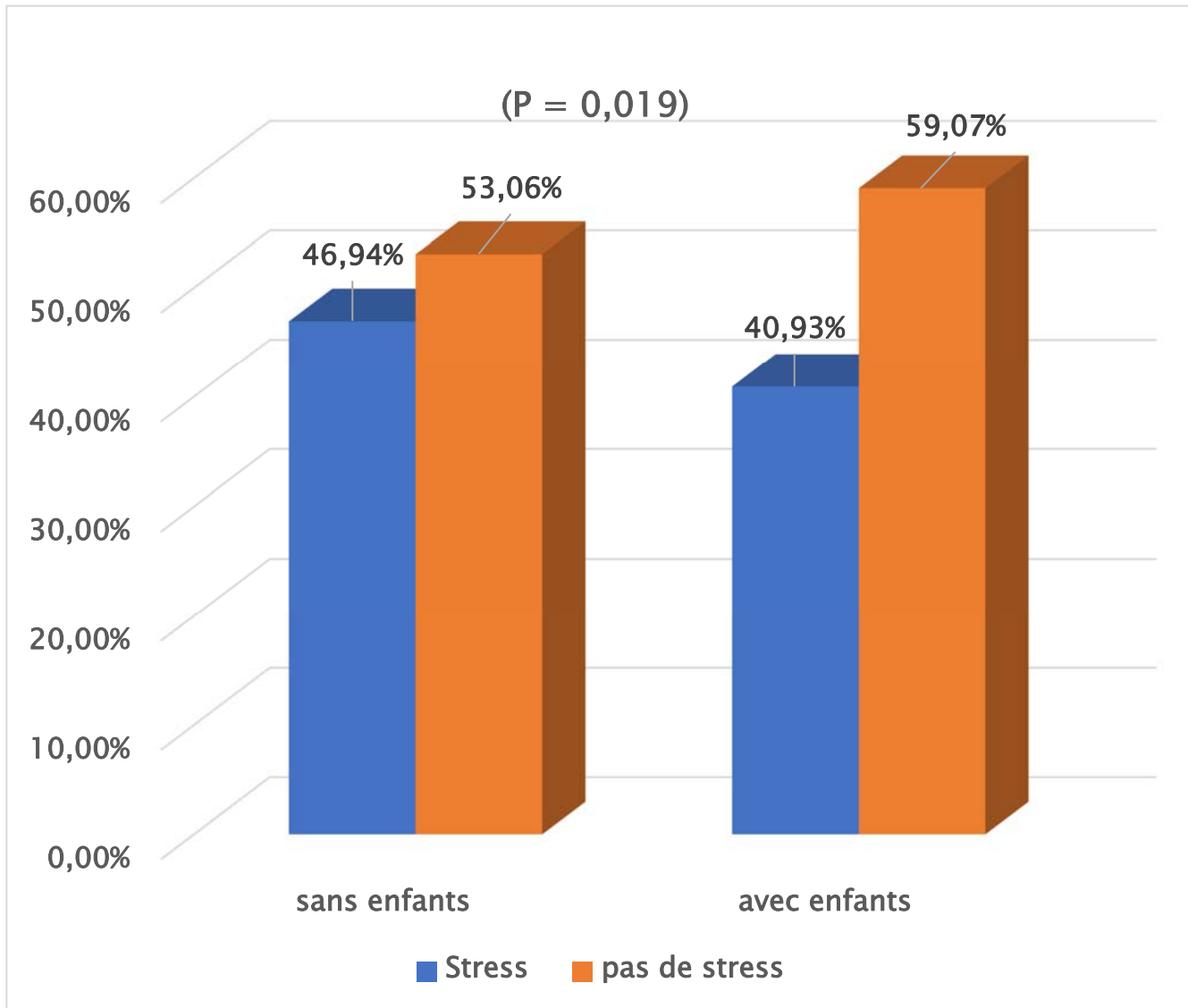


Figure 53 : corrélation entre le stress et la parité.

g. Corrélation entre le stress et le niveau de scolarité

Chez les sujets avec un niveau d'études primaire, la prévalence du stress retrouvé était de (62,50%), suivie des sujets avec un niveau d'études supérieur avec une prévalence de (45,57%). Un taux de prévalence similaire de l'anxiété a été retrouvé chez les sujets avec un niveau d'études secondaire avec une prévalence de (44,06%). (P=0.590)

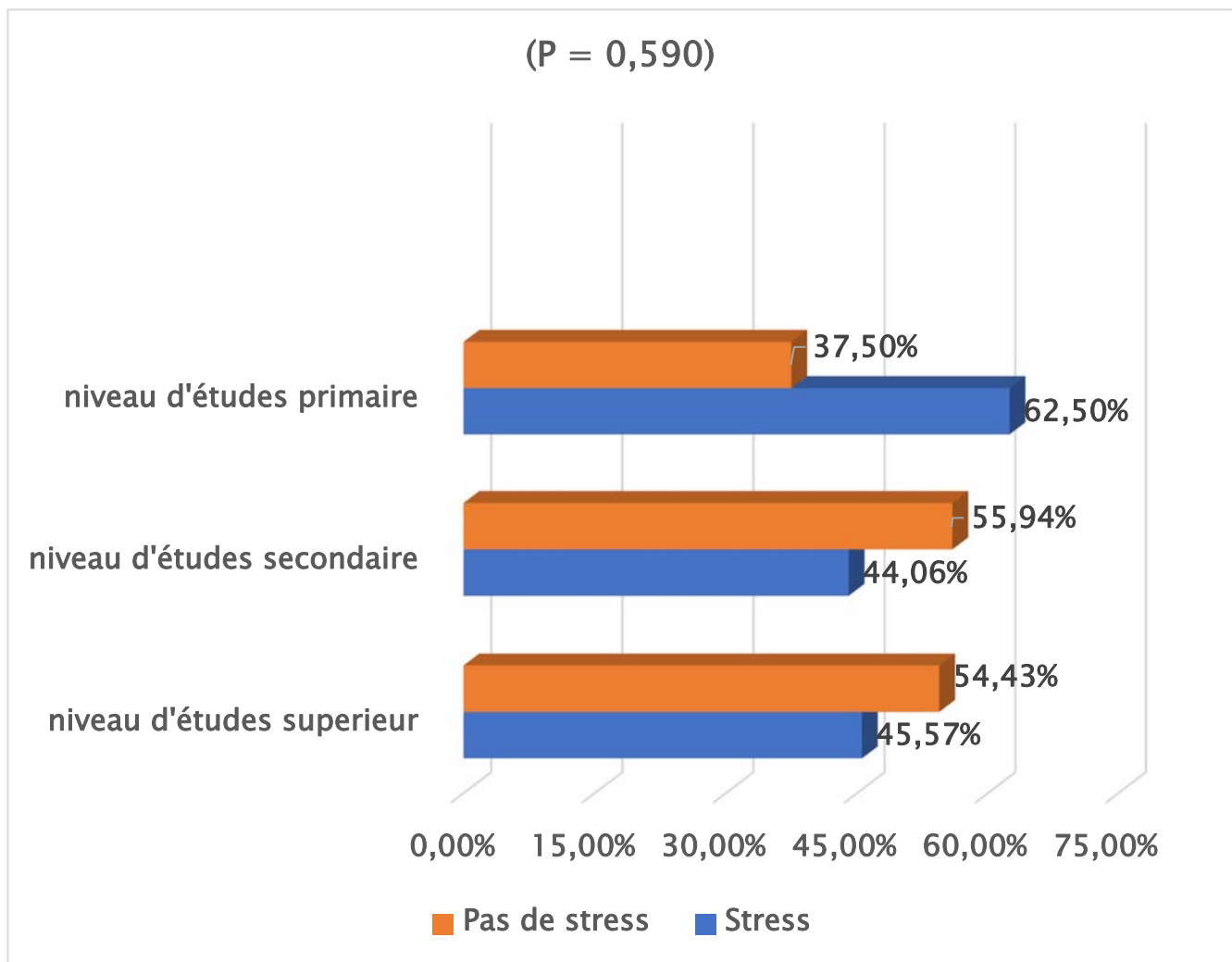


Figure 54 : corrélation entre le stress et le niveau de scolarité.

h. Corrélation entre le stress et l'activité professionnelle :

La prévalence du stress était plus marquée chez les sujets sans activité professionnelle (50,35%), suivie des sujets avec une activité professionnelle irrégulière (45,49%) et les sujets avec une activité professionnelle régulière (41,52%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,001$).

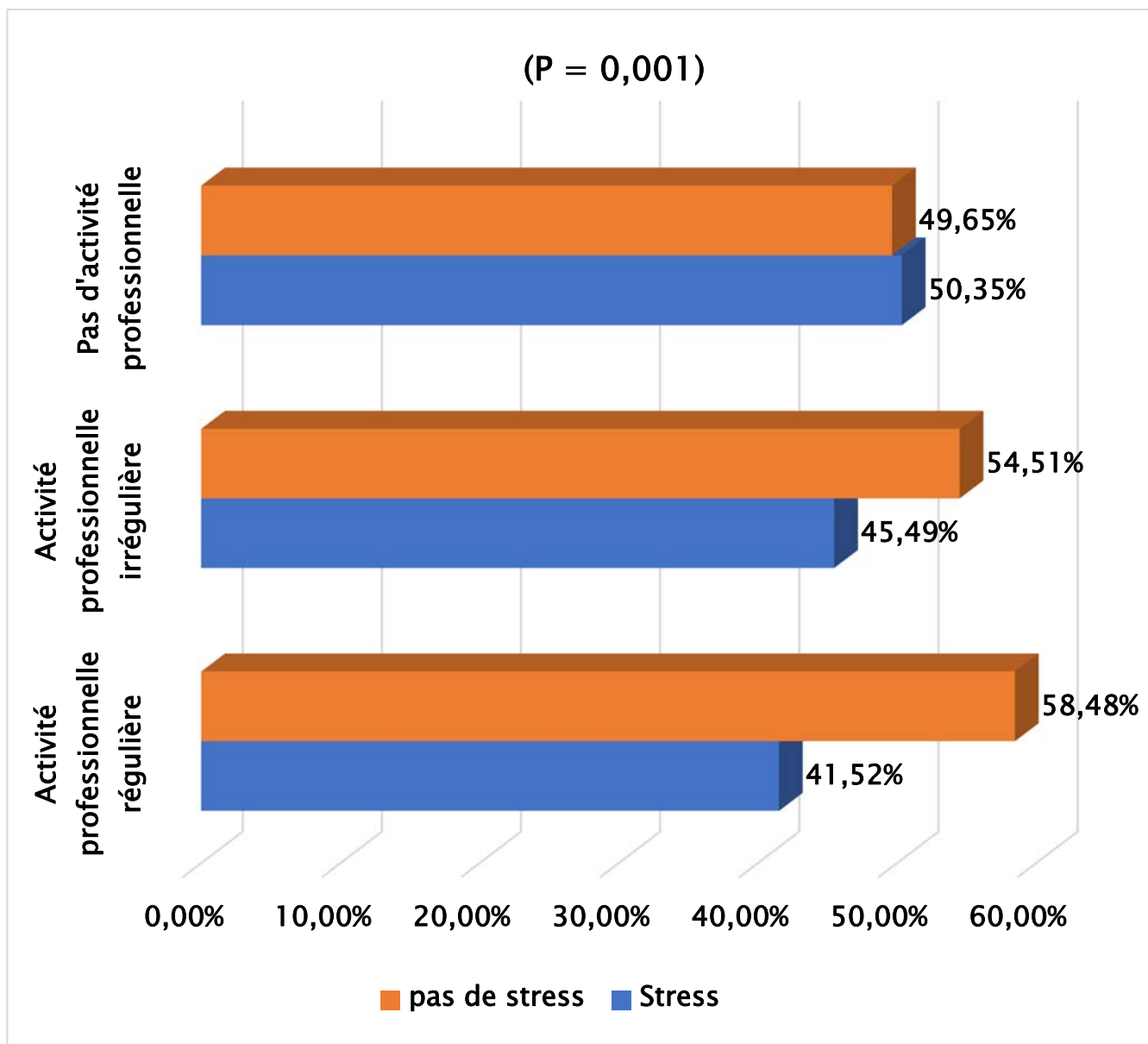


Figure 55 : corrélation entre le stress et l'activité professionnelle.

i. Corrélation entre le stress et l'activité professionnelle durant le déconfinement :

La prévalence de l'état du stress était un peu plus marquée chez les sujets qui n'ont pas travaillé suite au déconfinement (48,66%), suivie des sujets qui travaillaient régulièrement à distance via le télétravail (45,94%) puis les sujets qui travaillaient parfois à distance par télétravail (44,60%), et les sujets qui ont continué à travailler régulièrement en présentiel (39,38%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,047$).

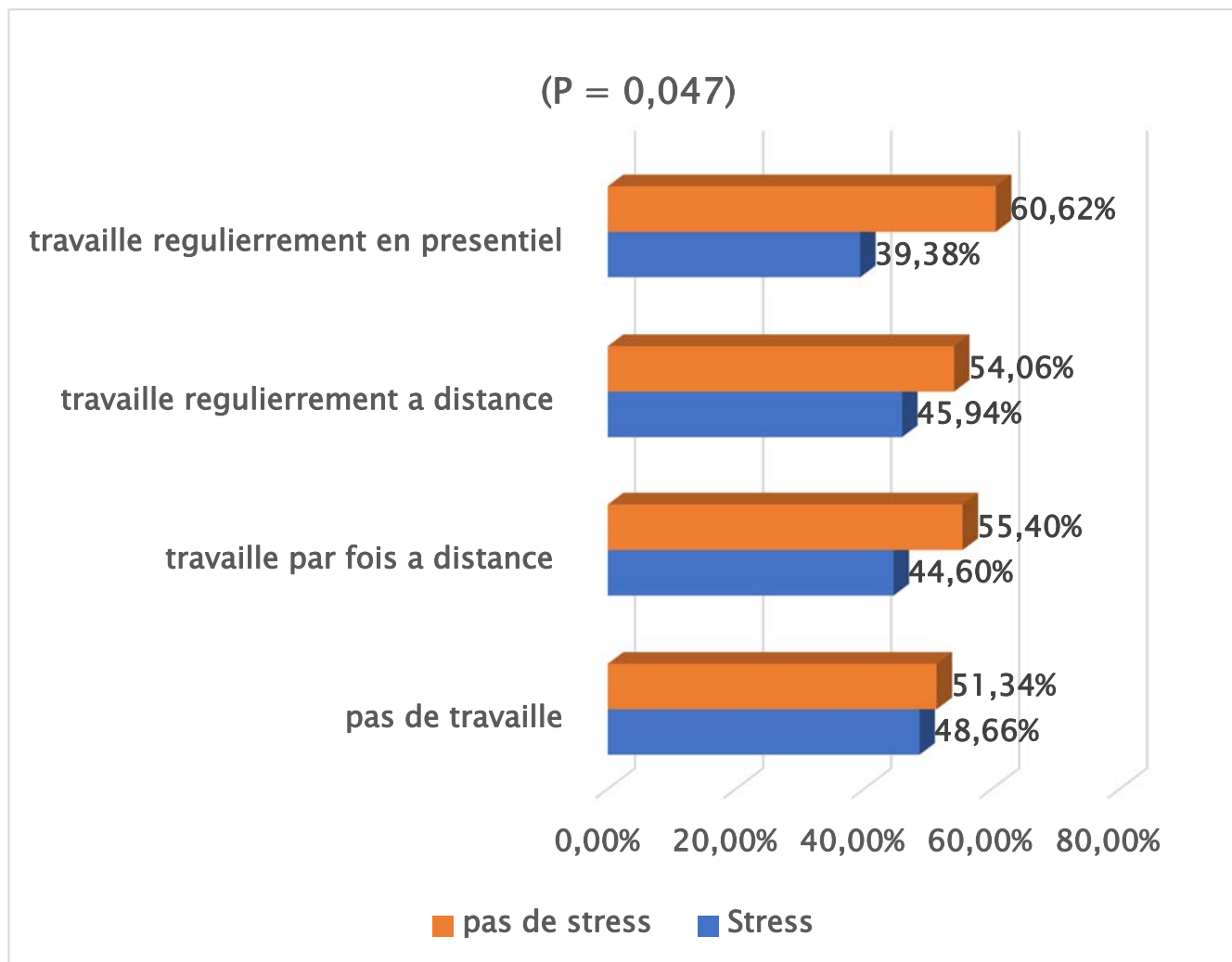


Figure 56 : corrélation entre le stress et l'activité professionnelle durant le déconfinement.

1.8. Corrélation entre le stress et les paramètres cliniques

a. Corrélation entre le stress et les antécédents médicaux et psychiatriques

❖ Corrélation entre le stress et les antécédents de maladies chroniques :

Chez les sujets avec des antécédents de maladies chroniques, la prévalence du stress était de (50 %).

Chez les sujets ne présentant pas de maladies chroniques, on a retrouvé une prévalence de (44,93%). (P = 0,023).

❖ Corrélation entre le stress et les antécédents psychiatriques :

La prévalence de l'état de stress était plus élevée chez les sujets avec des antécédents psychiatriques (56,77%) comparée aux sujets n'ayant pas d'antécédents de troubles psychiatriques (42,77%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 (P = 0,0001).

❖ Corrélation entre le stress et l'usage de substances :

La prévalence du stress était plus élevée chez les sujets sans notion d'usage de substances (45,67%), alors que chez les sujets avec notion d'usage de substances on a retrouvé une prévalence de (35,71%). (P = 0,293)

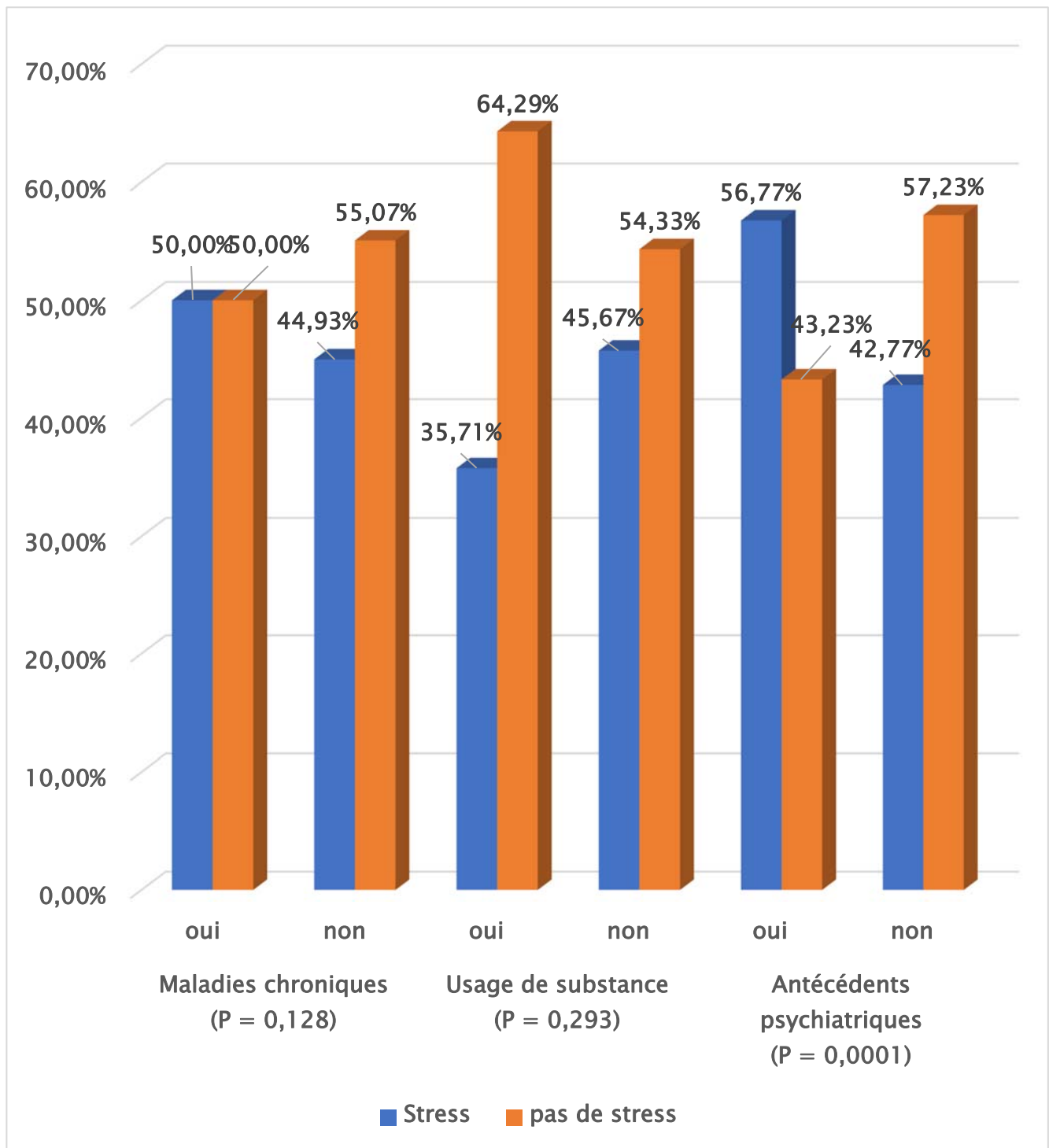


Figure 57 : corrélation entre le stress et les antécédents de maladies chroniques, de troubles psychiatriques et la notion d'usage de substances.

b. Corrélation entre le stress par rapport à la survenue du COVID-19 :

❖ **Corrélation entre le stress et l'atteinte personnelle par COVID-19 :**

La prévalence du stress était plus marquée chez les sujets qui n'ont pas été atteints par COVID-19 (45,65%) comparée aux sujets qui ont été atteints par la maladie COVID-19 (40,82%). (P = 0,502).

❖ **Corrélation entre le stress et l'atteinte d'un proche par COVID-19 :**

Chez les sujets qui ont eu un proche atteint par COVID-19 la prévalence du stress était de (48,37%), alors que chez les sujets qui n'avaient pas de proches atteint du COVID-19 on a retrouvé une prévalence de (44,05%). (P = 0,057).

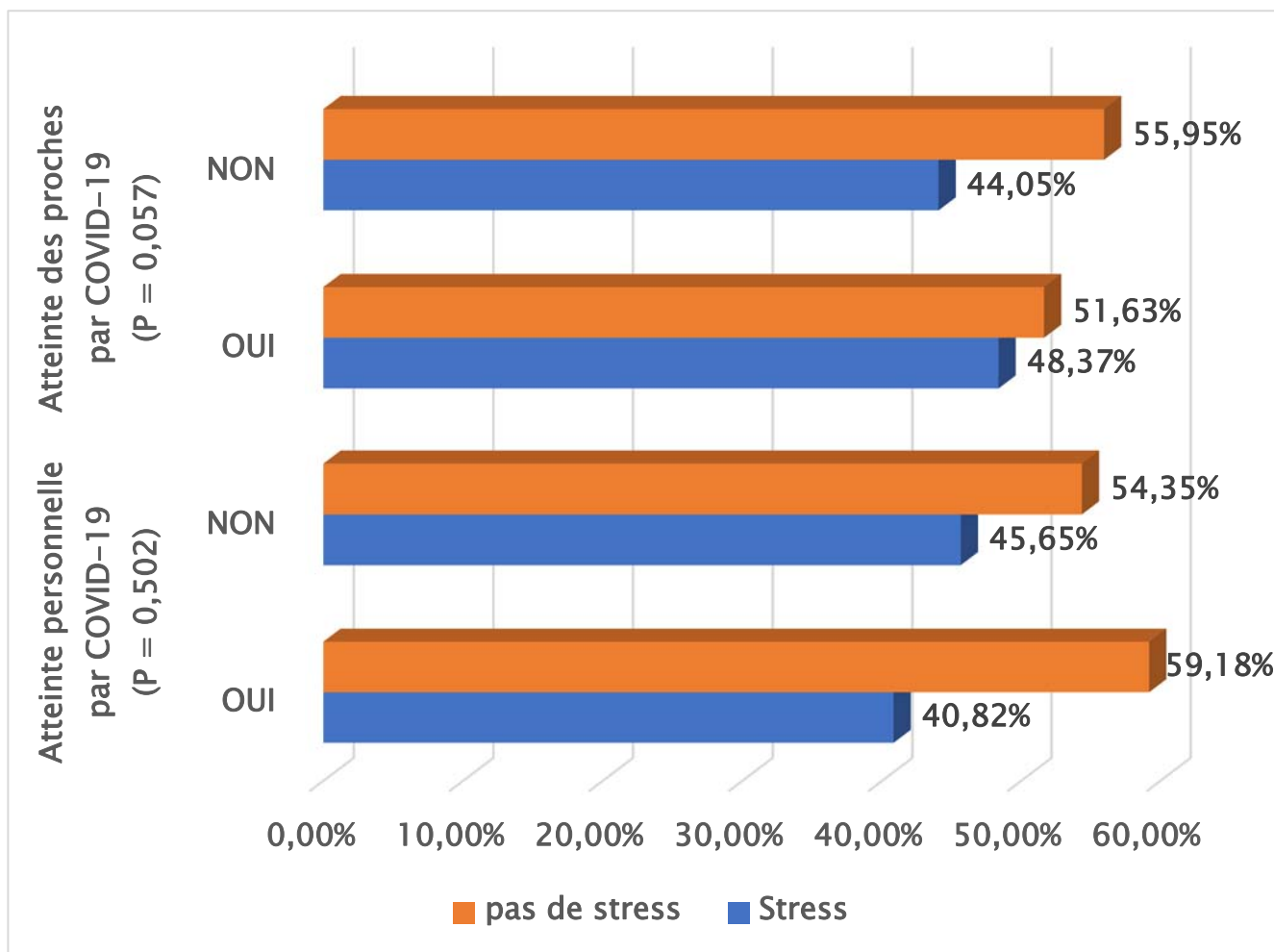


Figure 58 : corrélation entre le stress par rapport à la survenue du COVID-19.

1.9. Corrélation entre le stress et les paramètres liés au déconfinement

a. Corrélation entre le stress et la satisfaction des informations relayées par les médias :

La prévalence du stress était plus marquée chez les sujets qui étaient complètement en désaccord avec les informations relayées par les médias (56,25%) suivie par les sujets plutôt en désaccord (45,87%), puis les sujets assez d'accord (44,62%) puis les sujets neutres (44,41%), et les sujets complètement d'accord (37,31%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,015$).

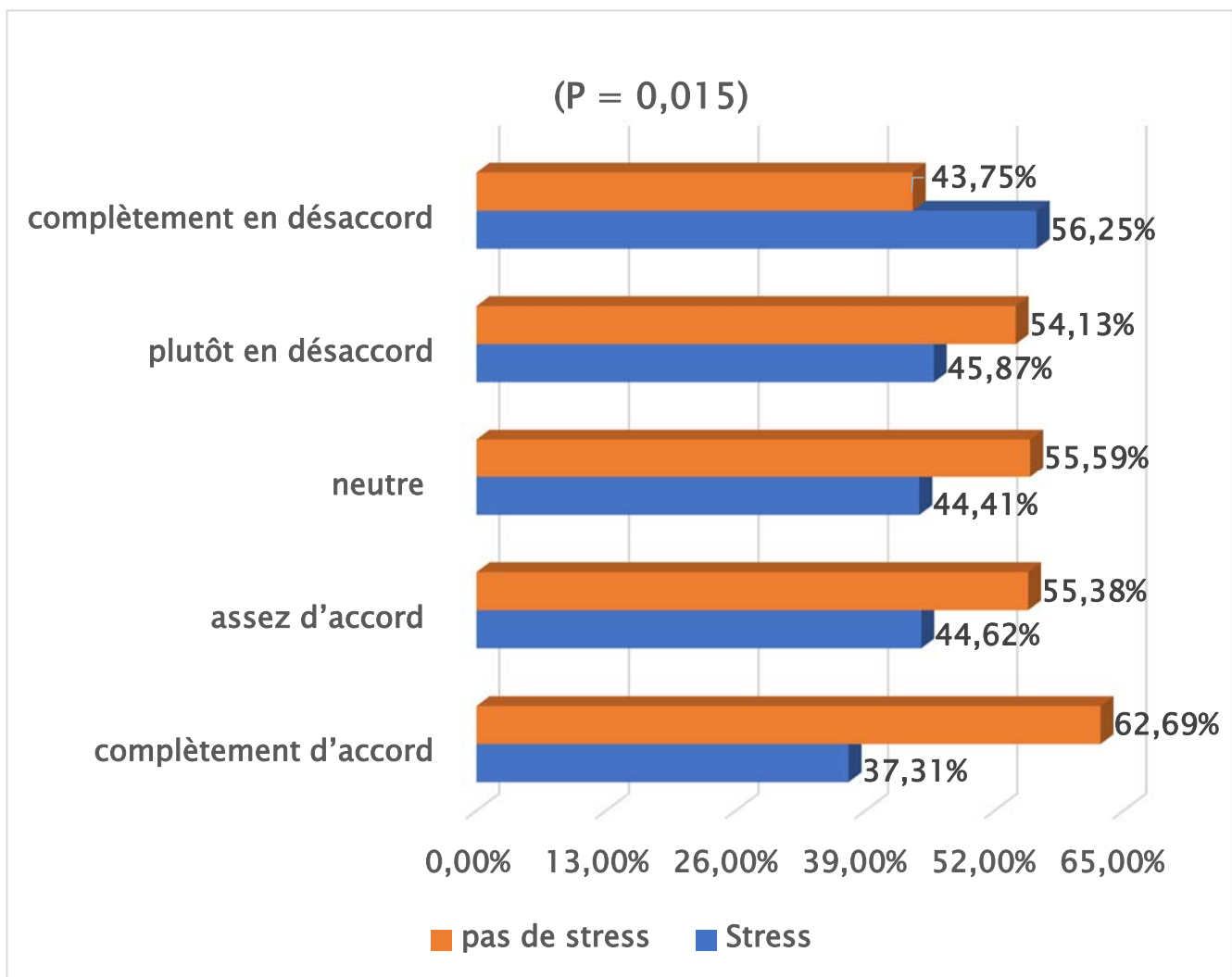


Figure 59 : corrélation entre le stress et la satisfaction des informations relayées par les médias.

b. Corrélation entre le stress et la nature de l'impact perçue :

L'incidence du stress était plus marquée chez les sujets qui ont jugé que l'impact perçu était psychologique (48,75%), suivie des sujets qui ont jugé que l'impact perçu était financier (43,82%) et les sujets qui ont jugé que l'impact portait plutôt sur la vie de famille chez qui on a trouvé un taux d'incidence plus faible (26,79%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$)

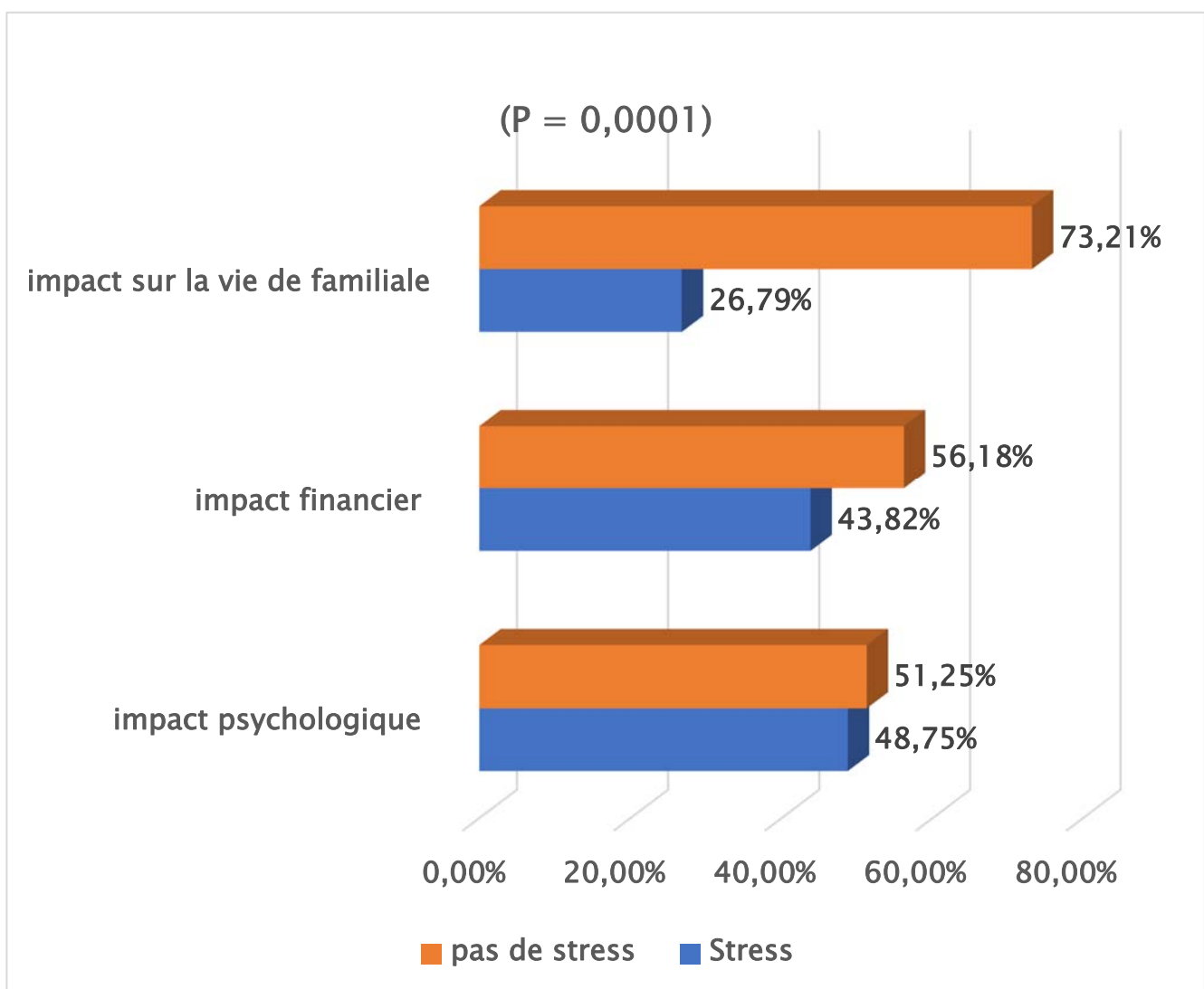


Figure 60 : corrélation entre le stress et la nature de l'impact psychologique perçu.

c. Corrélation entre le stress et le niveau de perception de l'impact :

L'incidence du stress était plus marquée chez les sujets qui ont jugé que le niveau de sévérité de l'impact était à son maximum (Niveau 5) avec un taux de prévalence (63,72%) et qui diminue au fur et à mesure que le niveau de sévérité est jugé moindre avec un taux d'incidence le plus faible retrouvé chez les sujets qui ont jugé que le niveau de l'impact était absent (niveau 0) avec un taux d'incidence de (11,86%). On a retrouvé par ailleurs un taux d'incidence du stress de (56,03%) chez les sujets qui ont jugé la sévérité de l'impact au niveau (4), suivi des sujets qui l'ont jugé au niveau (3) avec un taux d'incidence du stress de (37,85%), pour les sujets qui ont jugé que le niveau de l'impact était au niveau (2), on a retrouvé une incidence de (22,09%) et pour les sujets qui ont jugé que le niveau de l'impact était au niveau (1) on a retrouvé une incidence de (13,53%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

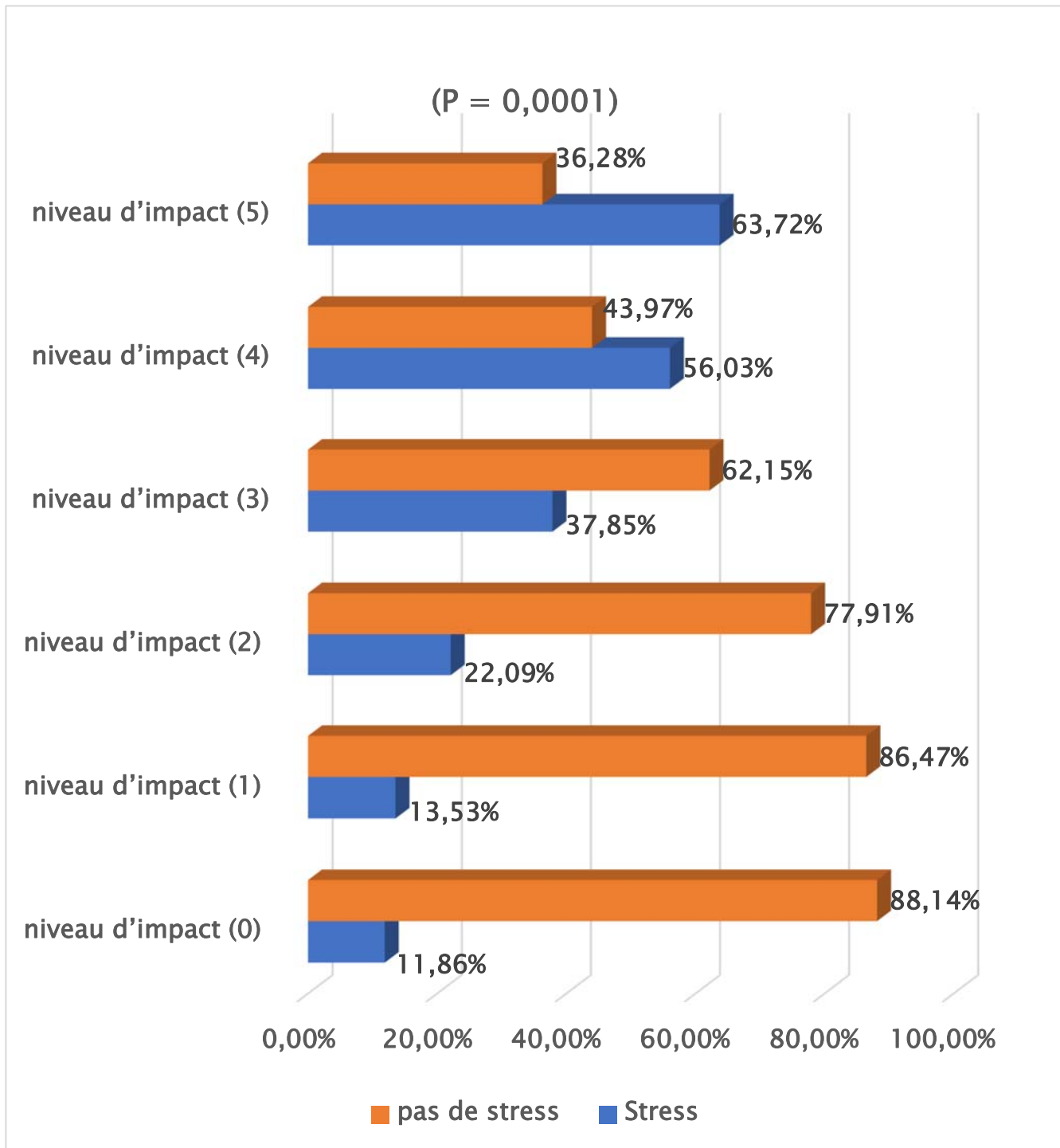


Figure 61 : corrélation entre le stress et le niveau de perception de l'impact.

1.10. Corrélation entre PTSD et les paramètres sociodémographiques :

a. Corrélation entre PTSD et l'âge :

Dans notre étude, on a retrouvé que la majorité des sujets qui ont développé l'état de stress post traumatique avaient un âge inférieur ou égale à 28 ans avec une moyenne d'âge de 26,96 et un écart type de 7,70, alors que la majorité des sujets qui n'ont pas développé un état de stress post traumatique étaient âgé de plus de 28 ans avec une moyenne d'âge de 29,51 et un écart type de 9,51. Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P= 0,0001$).

Population étudié	Moyenne d'âge	Ecart type	N	%	Valeur de P
Sujets sans PTSD	29,127	9,5170	1457	68,47	0,0001
Sujets avec PTSD	26,966	7,7062	671	31,53	

Tableau 5 : corrélation entre PTSD et l'âge.

b. Corrélation entre PTSD et le genre :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était plus élevée chez les femmes avec (34,46%) contre (19,76%) chez les hommes. Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

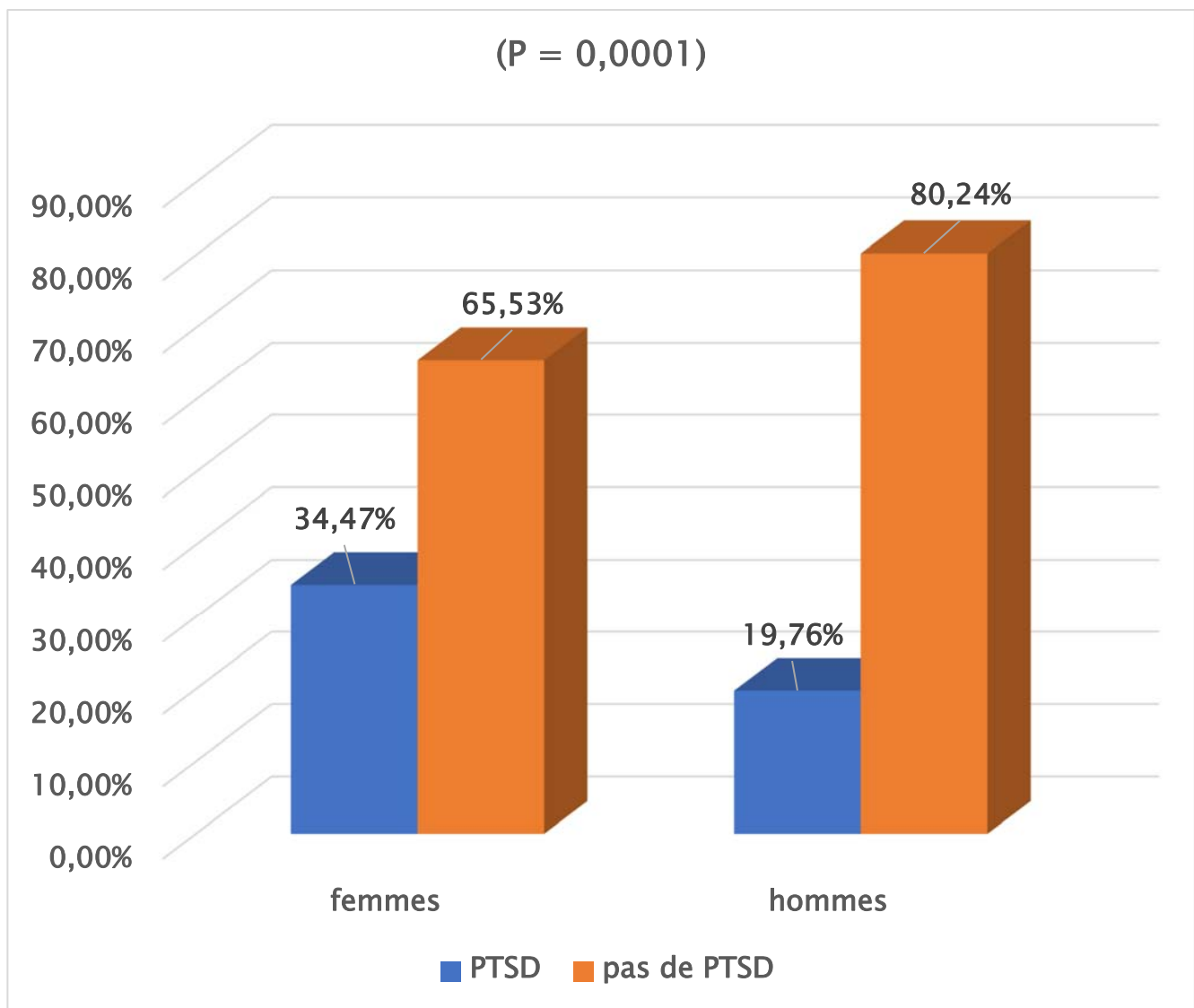


Figure 62 : corrélation entre PTSD et le genre.

c. Corrélation entre PTSD et la répartition géographique :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était plus élevée en milieu urbain (32,15%) par rapport au milieu rural (21,88%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,015$).

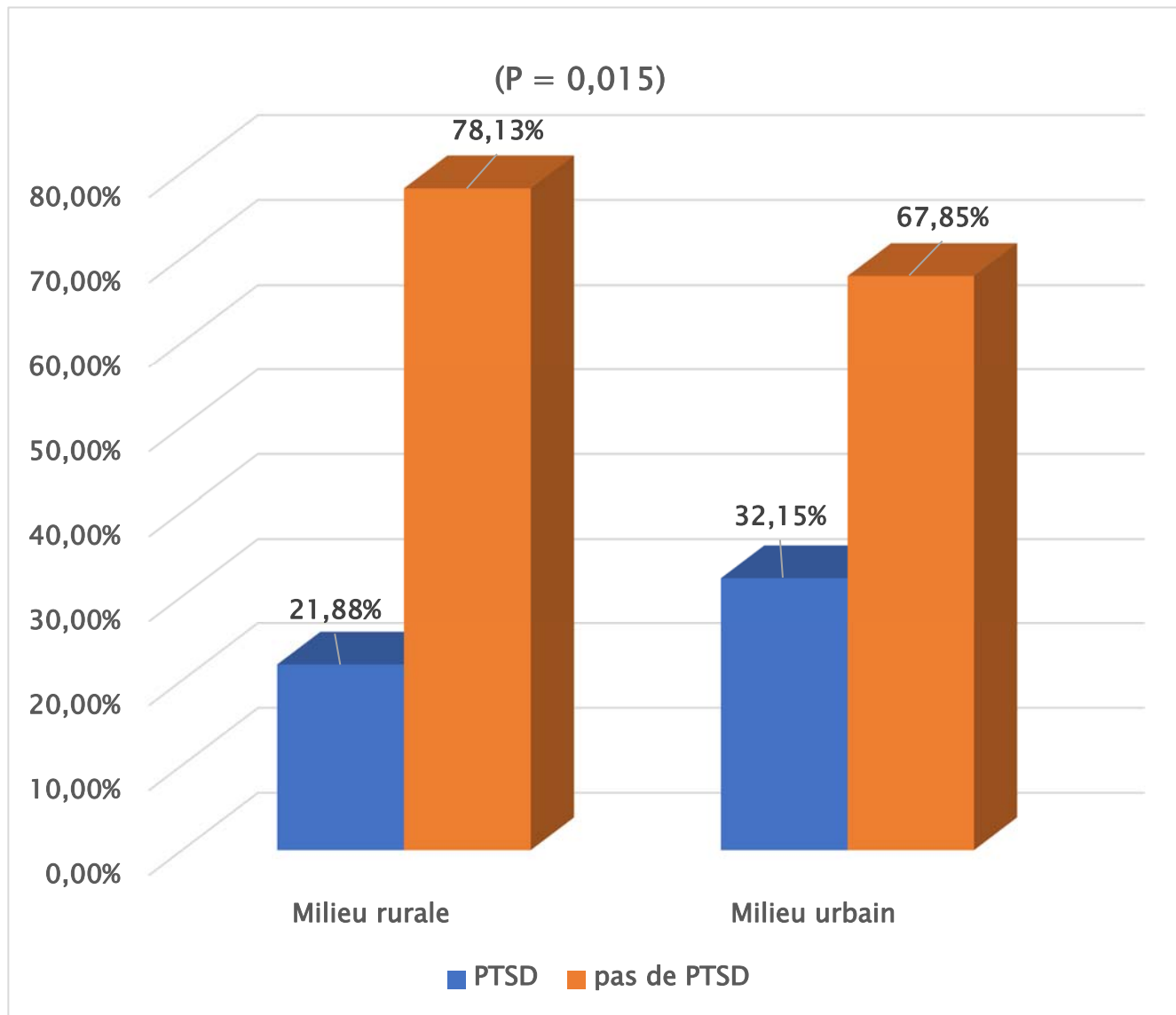


Figure 63 : corrélation entre PTSD et la répartition géographique.

d. Corrélation entre PTSD et le type de logement :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était pratiquement similaire entre les sujets qui vivent en famille (31,58%), les sujets qui vivent en collocation (31,37%) ou encore les sujets qui vivent seuls (31,14%). ($P = 0,993$).

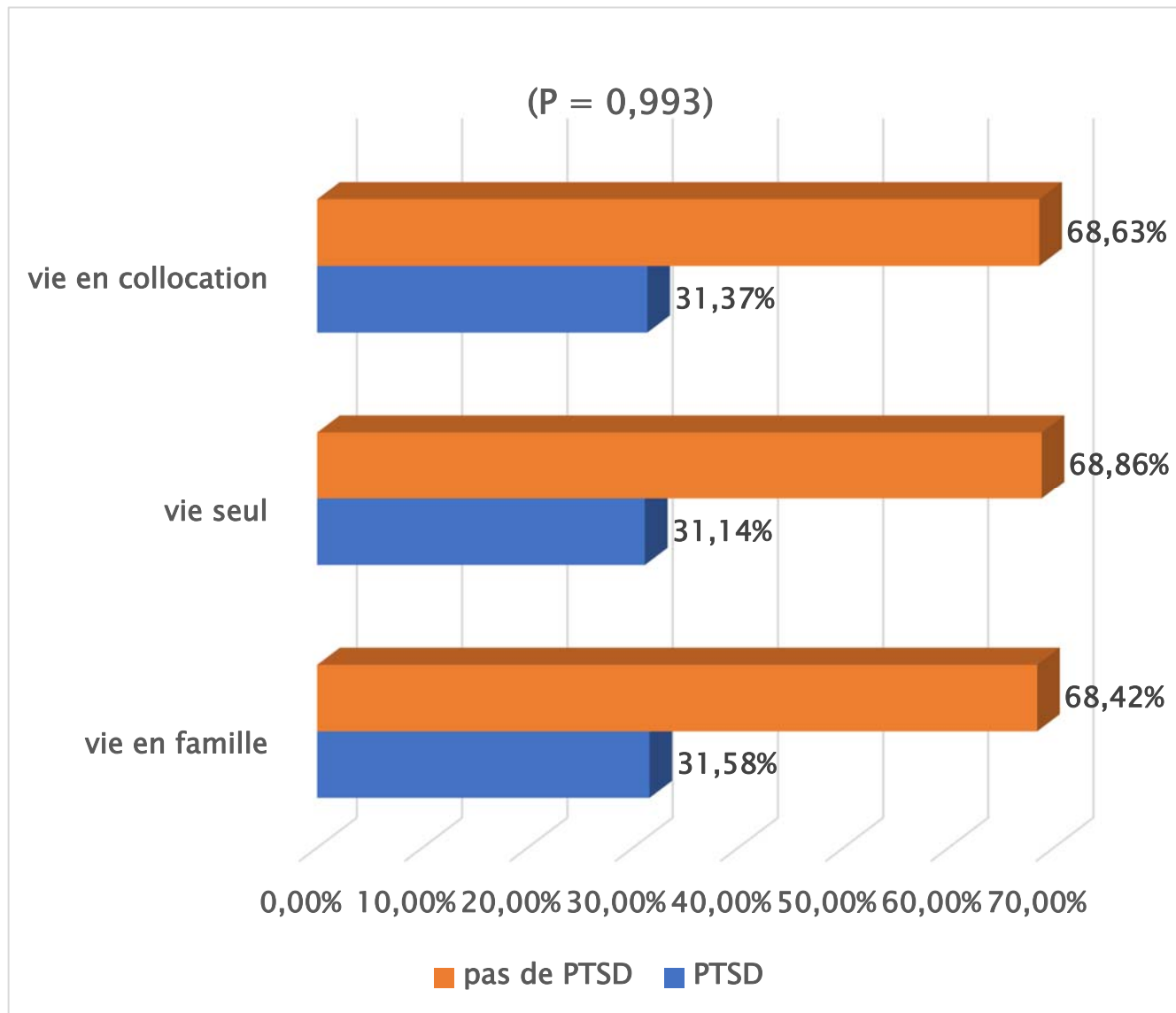


Figure 64 : corrélation entre PTSD et le type du logement.

e. Corrélation entre PTSD et le statut matrimonial :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était un peu moins marquée chez les sujets mariés (25,86%) contre (29,17%) pour les sujets divorcés ou veufs et un peu plus marquée chez les sujets célibataires (34,39%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,001$).

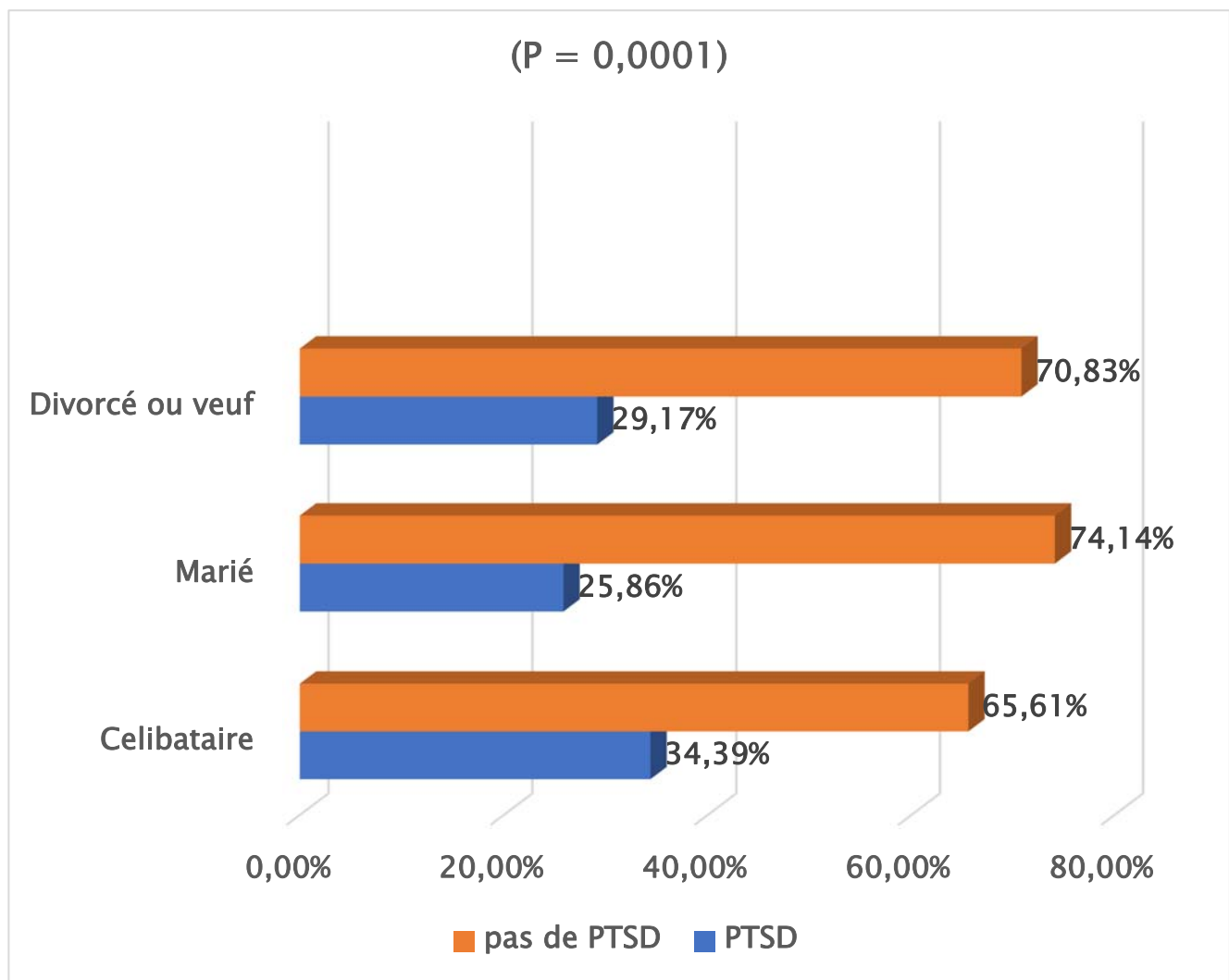


Figure 65 : corrélation entre PTSD et le statut matrimonial.

f. Corrélation entre PTSD et la parité :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était plus marquée chez les sujets n'ayant pas d'enfants (33,03%) par rapport aux sujets avec des enfants chez qui on a trouvé une prévalence de (26,61%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,007$).

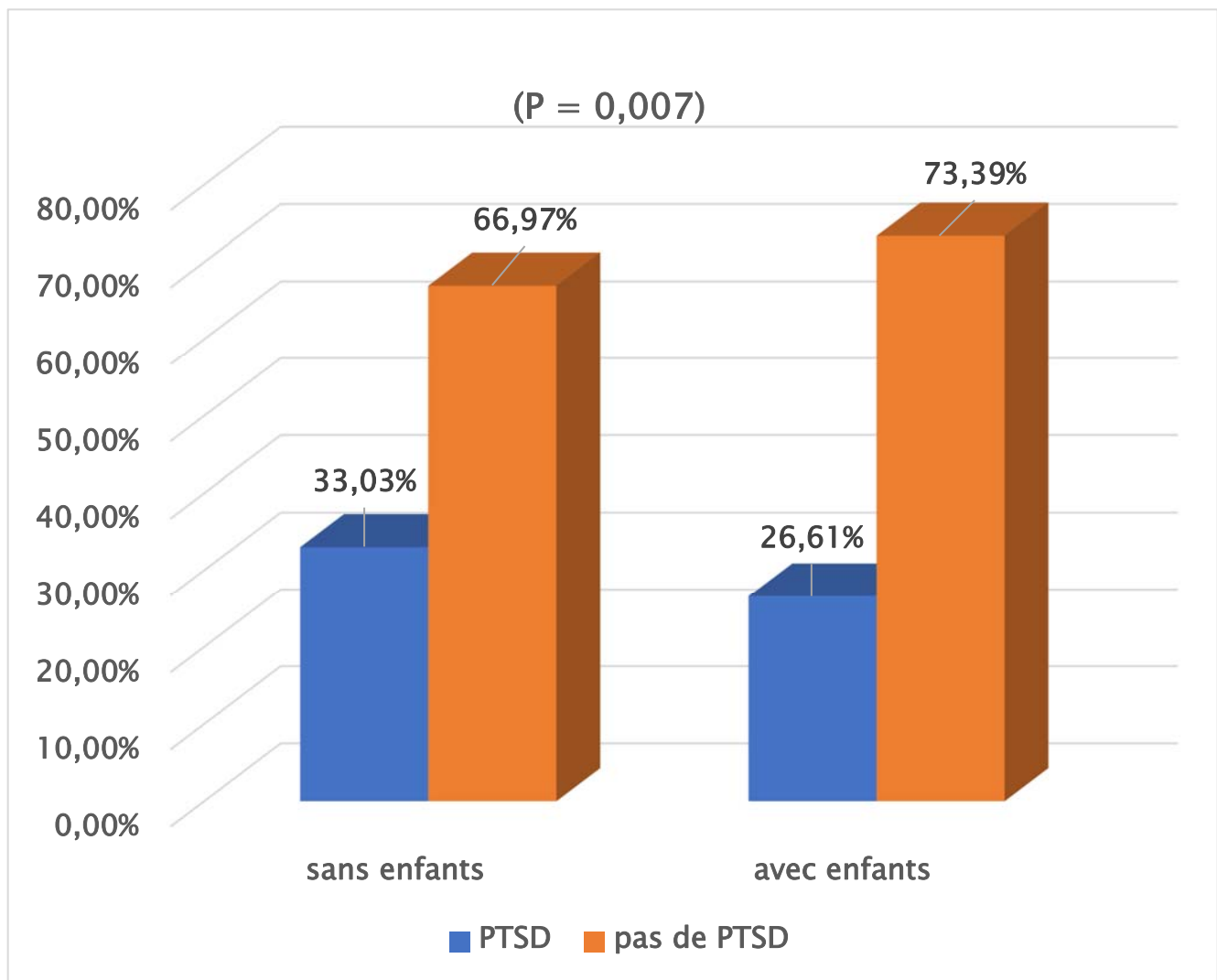


Figure 66 : corrélation entre PTSD et la parité.

g. Corrélation entre PTSD et le niveau de scolarité :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était un peu plus marqué chez les sujets avec un niveau d'études supérieur (31,92%), suivie des sujets avec un niveau d'études secondaire (26,57%) et les sujets ayant un niveau d'études primaire (25,00%). (P = 0,547).

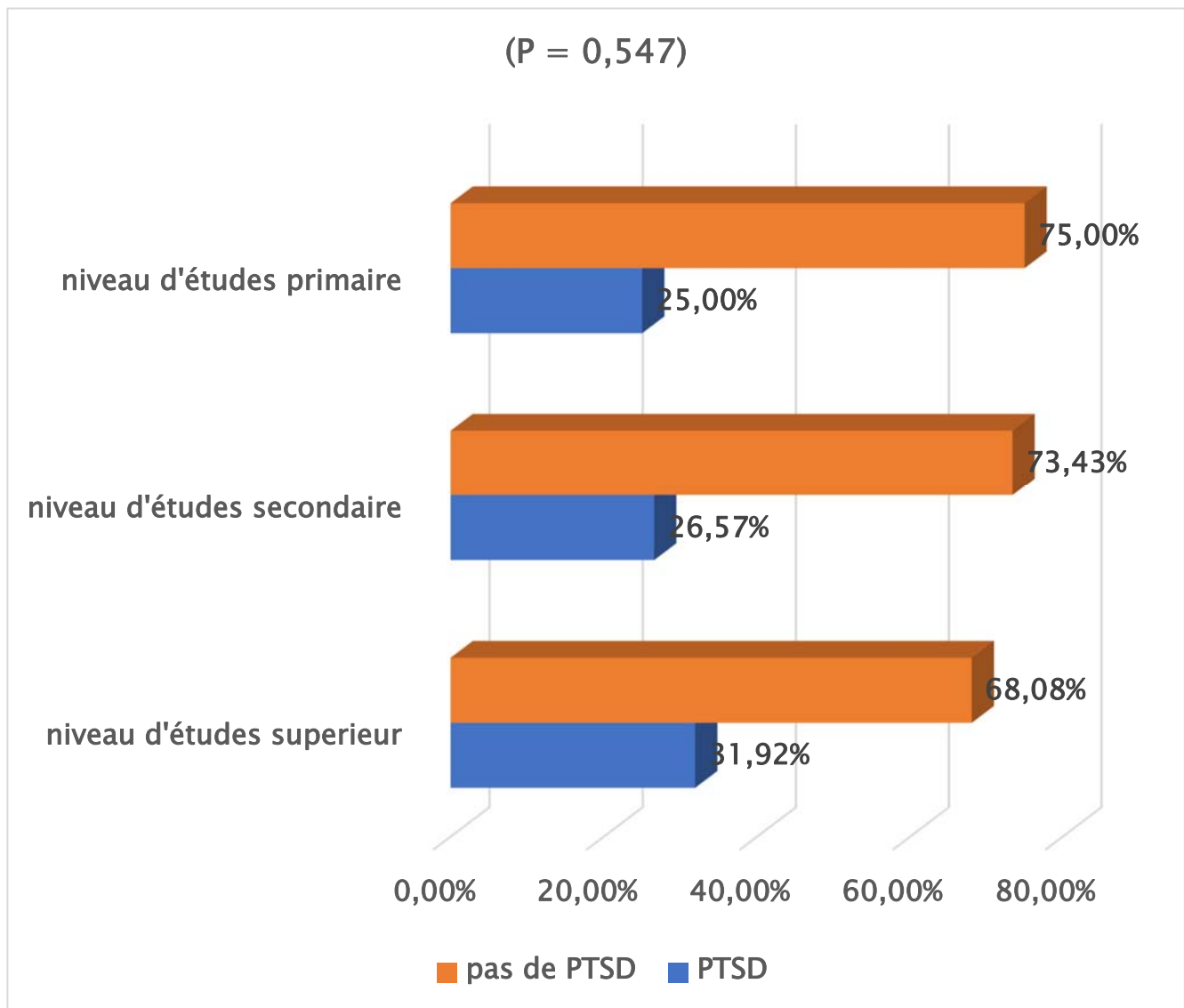


Figure 67 : corrélation entre PTSD et le niveau de scolarité.

h. Corrélation entre PTSD et l'activité professionnelle :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était plus marquée chez les sujets sans activité professionnelle (36,13%), suivie des sujets avec une activité professionnelle irrégulière (35,25%) et les sujets avec une activité professionnelle régulière (26,80%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 (P = 0,0001).

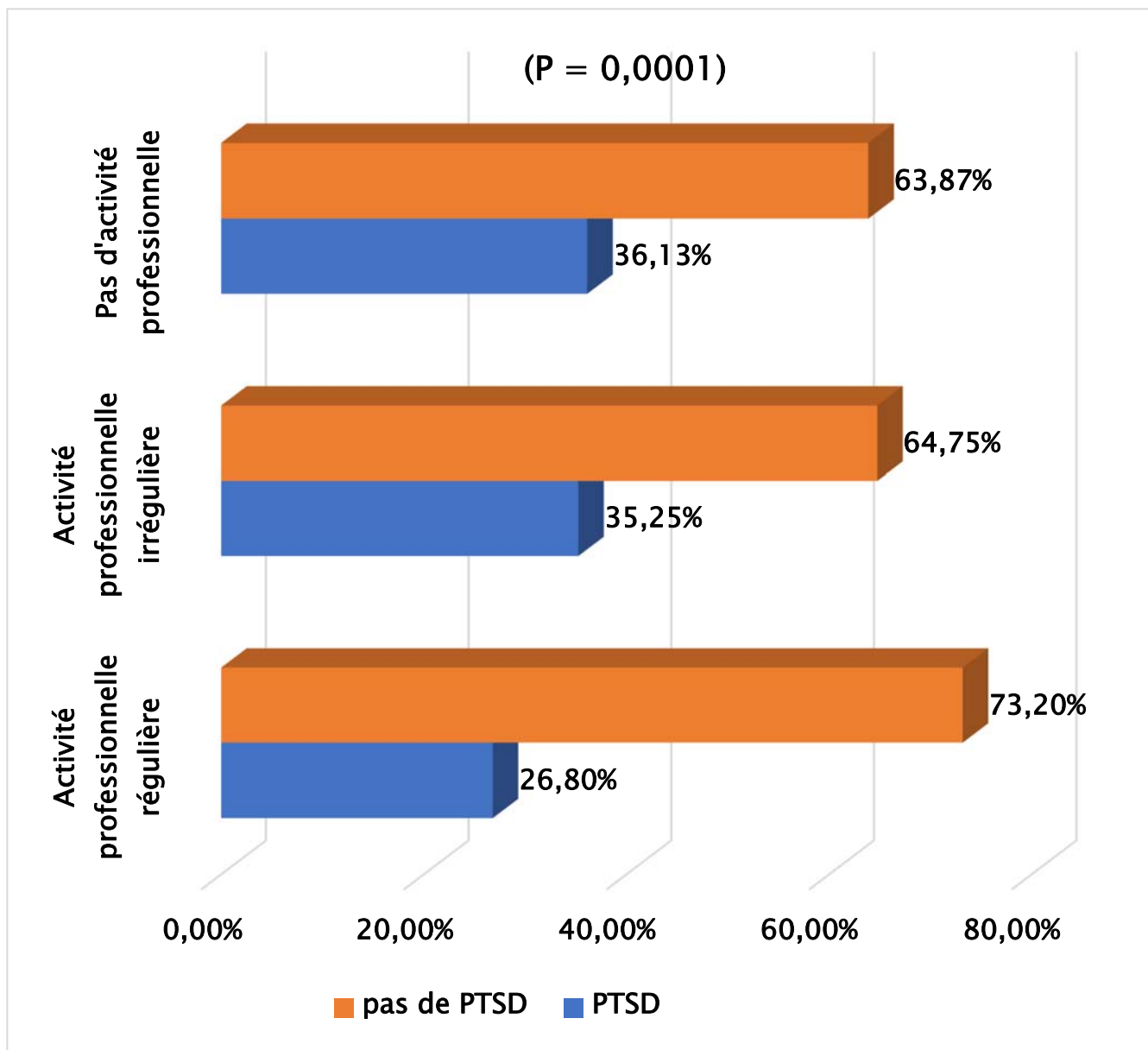


Figure 68 : corrélation entre PTSD et l'activité professionnelle.

i. Corrélation entre PTSD et l'activité professionnelle durant le déconfinement :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était un peu plus marquée chez les sujets qui n'ont pas travaillé suite au déconfinement (34,98%), suivie par les sujets qui travaillaient parfois à distance par télétravail (34,62%), puis des sujets qui travaillaient régulièrement à distance via le télétravail (28,69%) et les sujets qui ont continué à travailler régulièrement en présentiel (24,62%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,001$).

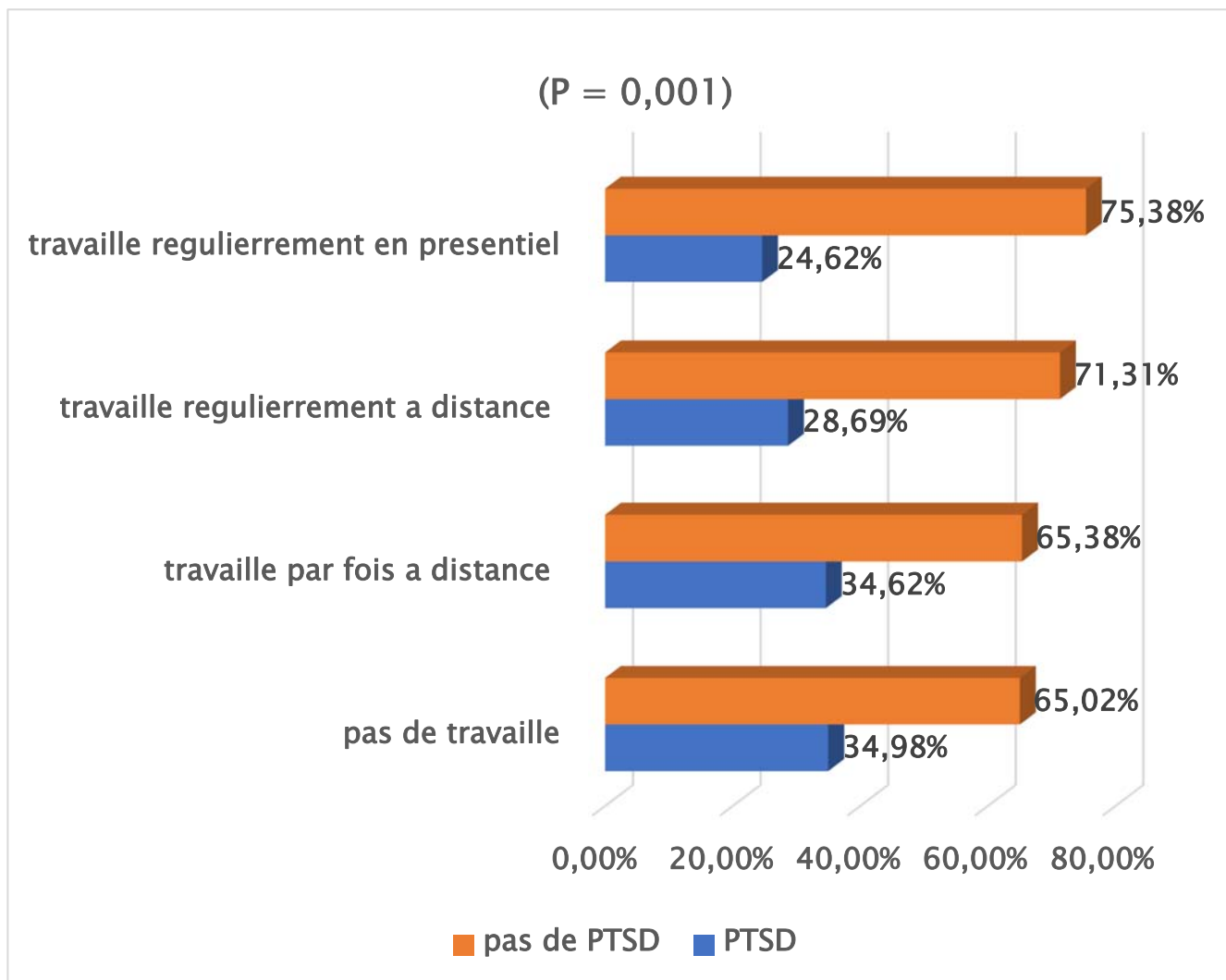


Figure 69 : corrélation entre PTSD et l'activité professionnelle durant le déconfinement.

1.11. Corrélation entre PTSD et les paramètres cliniques :

a. Corrélation entre PTSD et les antécédents médicaux et psychiatriques :

❖ Corrélation entre PTSD et les antécédents de maladies chroniques :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était plus élevé chez les sujets avec des maladies chroniques (37,50%) comparé aux sujets ne présentaient pas de maladies chroniques (30,72%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,028$).

❖ Corrélation entre PTSD et les antécédents psychiatriques :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était nettement plus élevée chez les sujets avec des antécédents psychiatriques (45,84%) comparée aux sujets n'ayant pas d'antécédents de troubles psychiatriques (28,00%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

❖ Corrélation entre PTSD et l'usage de substances :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était plus élevée chez les sujets qui n'avaient pas de notion d'utilisation de substances (31,67%) comparée aux sujets qui en consommaient (21,43%). ($P = 0,247$).

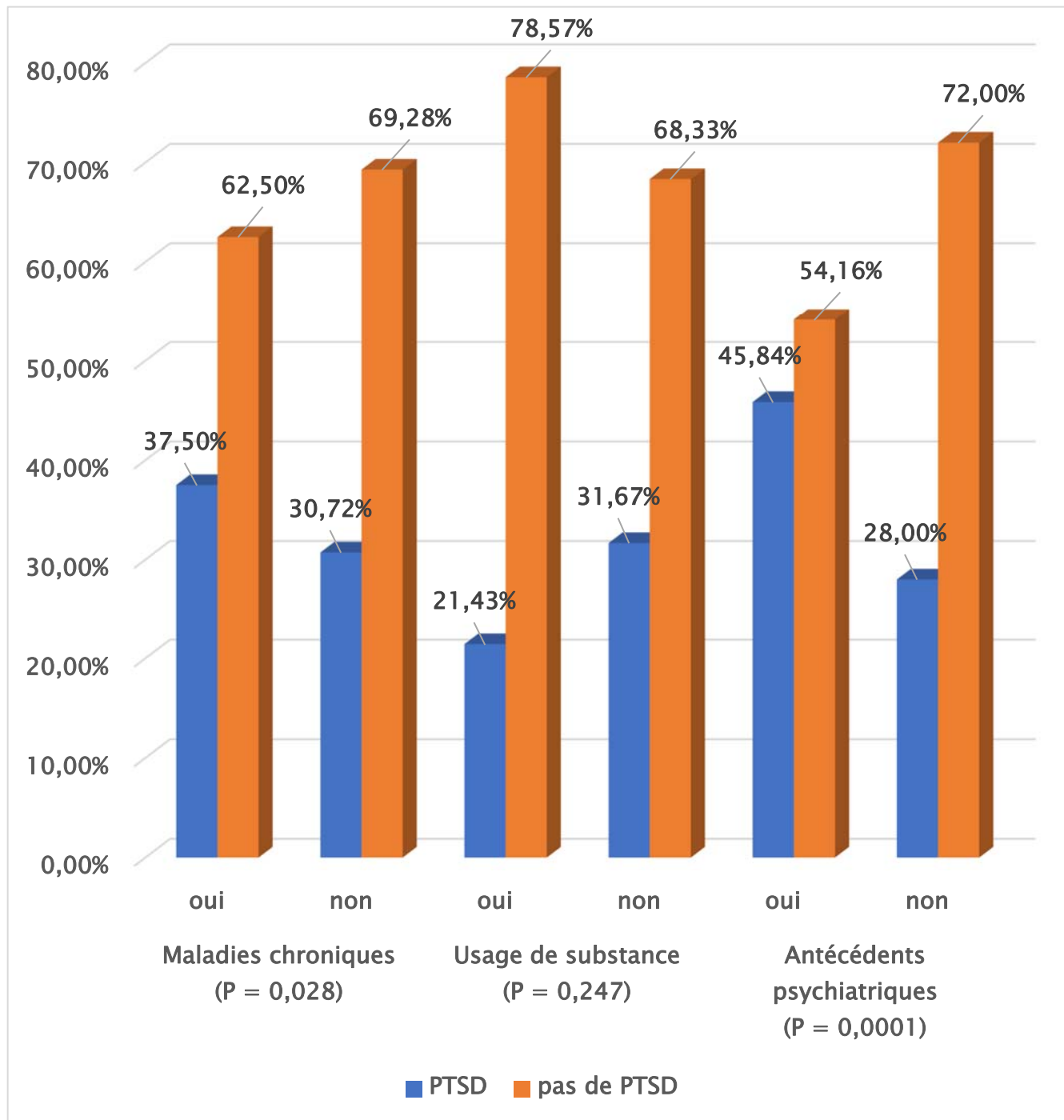


Figure 70 : corrélation entre PTSD et les antécédents de maladies chroniques, de troubles psychiatriques et la notion d'usage de substances.

b. Corrélation entre PTSD par rapport à la survenue du COVID-19 :

❖ Corrélation entre PTSD et l'atteinte personnel par COVID-19 :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était plus élevée chez les sujets qui ont été atteints par COVID-19 (44,90%) comparé aux sujets qui n'étaient pas touchés par la maladie COVID-19 (31,22%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,042$).

❖ Corrélation entre PTSD et l'atteinte d'un proche par COVID-19 :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était plus élevée chez les sujets qui ont eu un proche atteint par COVID-19 (35,69%) comparé aux sujets qui n'avaient pas de proches touchés par la maladie COVID-19 (29,34%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,003$).

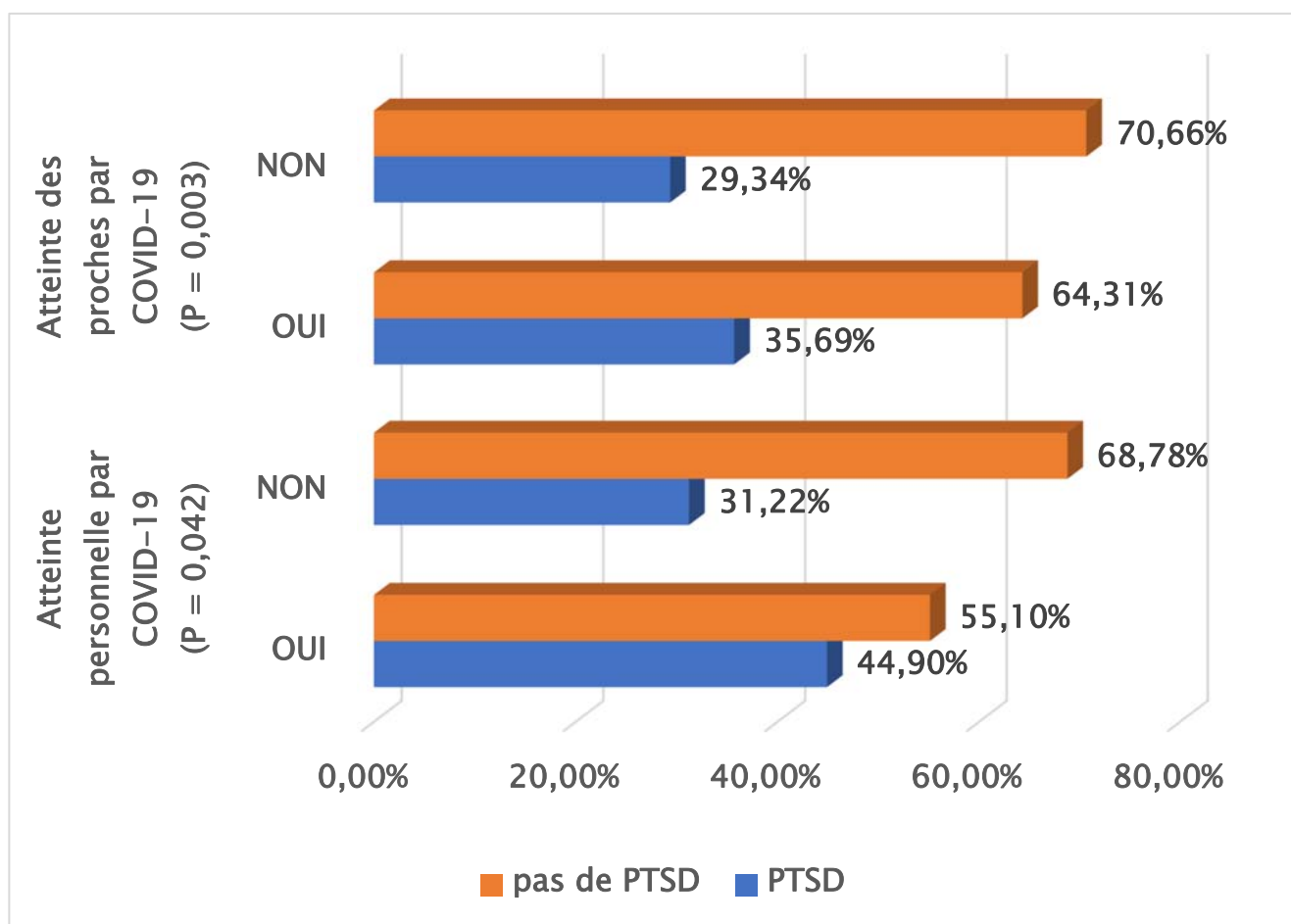


Figure 71 : corrélation entre PTSD par rapport à la survenue du COVID-19.

1.12. Corrélation entre PTSD et les paramètres lié au déconfinement :

a. Corrélation entre PTSD et la satisfaction des informations relayées par les médias :

La prévalence de l'état de stress post traumatique était plus marquée chez les sujets qui étaient complètement en désaccord avec les informations relayées par les médias (46,02%) suivie des sujets neutres (31,44%), puis des sujets plutôt en désaccord (29,96%), les sujets assez d'accord (29,23%) et les sujets complètement d'accord (29,10%) ; par ailleurs ces quatre derniers avaient des taux de prévalences de (PTSD) plutôt similaires. Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,001$).

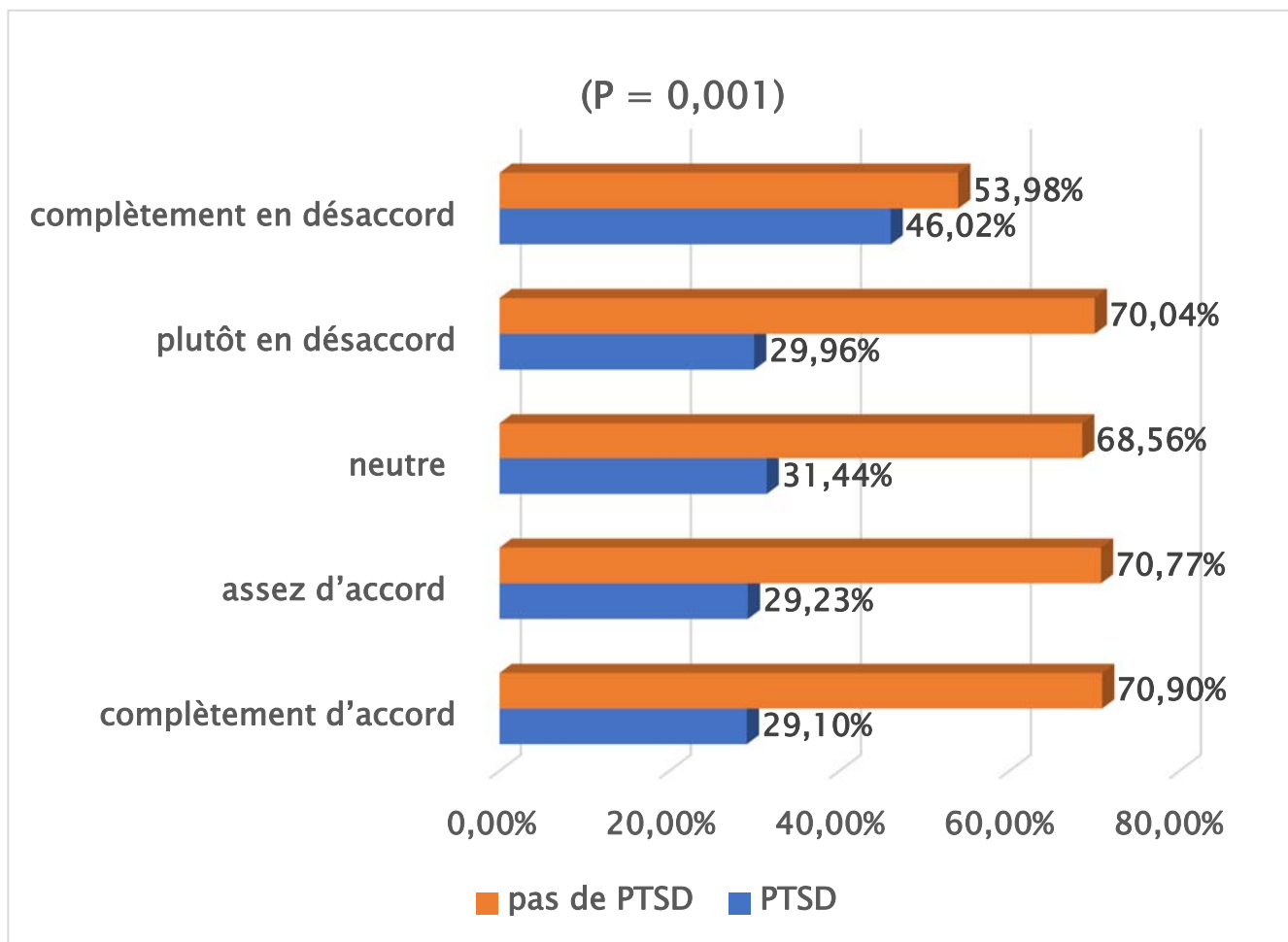


Figure 72 : corrélation entre PTSD et la satisfaction des informations relayées par les médias.

b. Corrélation entre PTSD et la nature de l'impact perçue :

L'incidence de l'état de stress post traumatique était plus marquée chez les sujets qui ont jugé que l'impact perçu était psychologique (33,31%), suivie des sujets qui ont jugé que l'impact perçue était financier et chez qui on a trouvé une incidence similaire de (31,92%) comparée aux sujets qui ont jugé que l'impact portait plutôt sur la vie de famille chez qui on a trouvé un taux d'incidence plus faible (16,07%) (presque la moitié du taux d'incidence retrouvé chez les deux premiers groupes de sujets). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$)

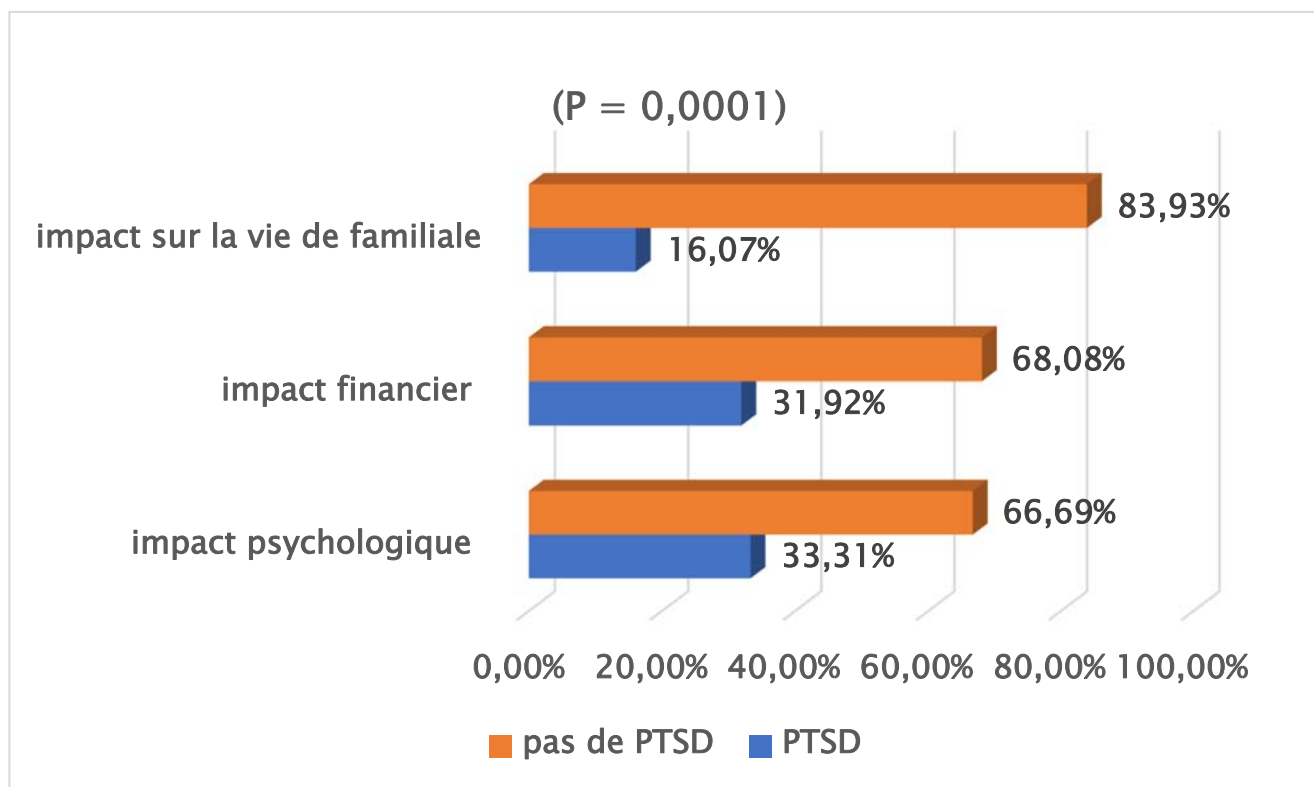


Figure 73 : corrélation entre PTSD et la nature de l'impact psychologique perçu.

c. Corrélation entre PTSD et le niveau de perception de l'impact :

L'incidence de l'état de stress post traumatique était plus marquée chez les sujets qui ont jugé que le niveau de sévérité de l'impact était à son maximum (Niveau 5) avec un taux de prévalence de (54,14%) et qui diminue au fur et à mesure que le niveau de sévérité est jugé moindre avec un taux d'incidence le plus faible retrouvé chez les sujets qui ont jugé que le niveau de l'impact était absent (niveau 0) avec un taux d'incidence de (6,78%). On a retrouvé par ailleurs un taux d'incidence de (PTSD) de (34,21%) chez les sujets qui ont jugé la sévérité de l'impact au niveau (4) suivie des sujets l'ont jugé au niveau (3) avec un taux d'incidence de (PTSD) de (23,01%). Pour les sujets qui ont jugé que le niveau de l'impact était au niveau (2) on a retrouvé une incidence de (11,65%) et pour les sujets qui ont jugé que le niveau de l'impact était au niveau (1) on a retrouvé une incidence de (9,77%). Ces résultats restent très significatifs vu la valeur de P qui est inférieure à 0,05 ($P = 0,0001$).

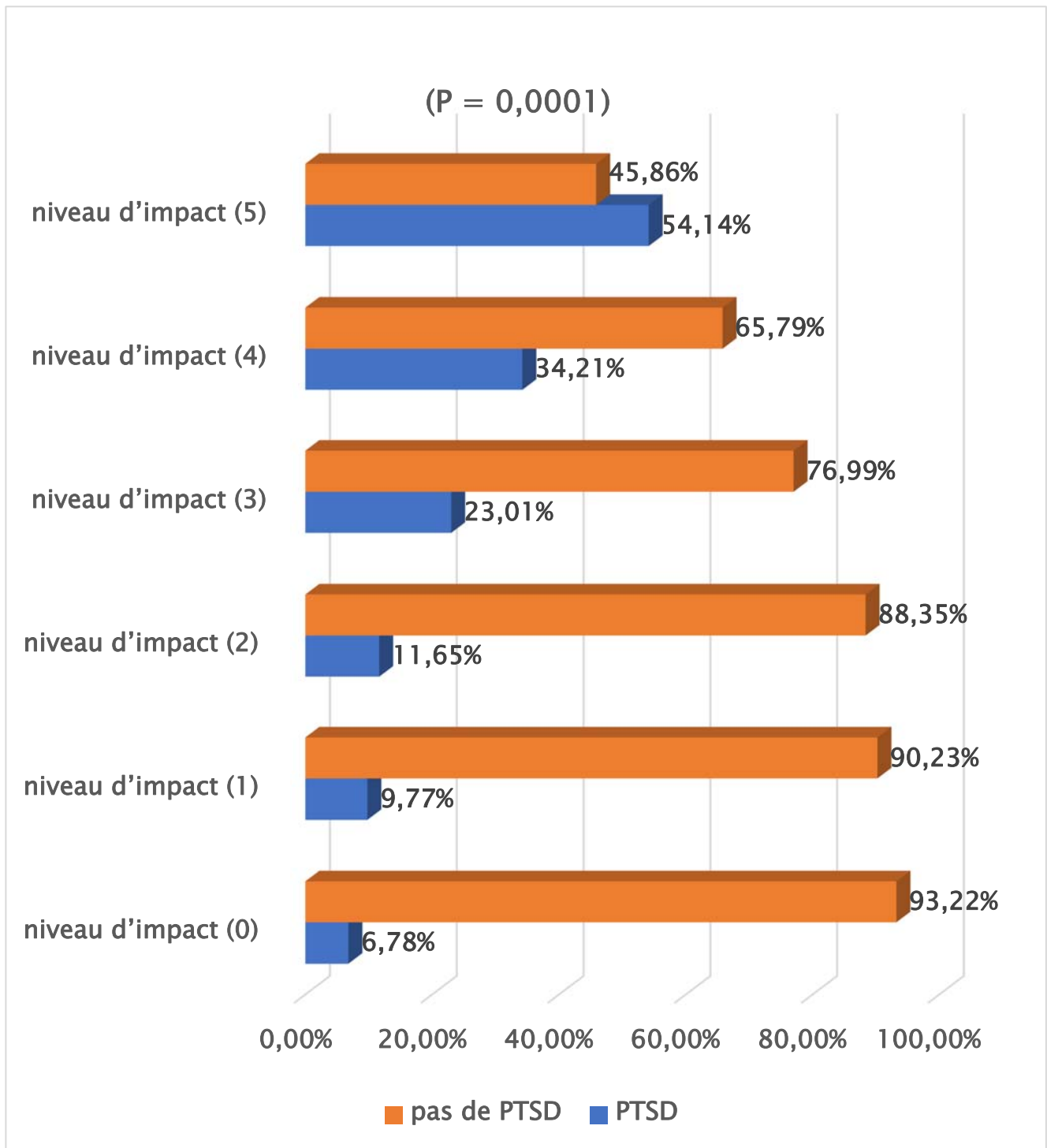


Figure 74 : corrélation entre PTSD et le niveau de perception de l'impact.

2. Analyse multivariée :

Une analyse multivariée par régression logistique a été réalisée. Les quatre variables dépendantes dans le modèle de régression étaient la dépression, l'anxiété, le stress et l'état de stress post traumatique, qui étaient binaire (présente, absente), et les variables indépendantes étaient les facteurs dont l'analyse univariée a objectivé un $p < 0,20$.

2.1. Facteurs associés à la dépression :

Après l'analyse des facteurs de corrélations, les variables qui restent associées à la dépression selon les analyses de régression logistique multivariée étaient : l'âge (OR=0,97, IC95%=(0,96-0,98)), le sexe féminin (OR=1,92, IC95%=(1,5-2,45)), la nature de l'impact perçue financier (OR=1,38, IC95%=(1,10-1,73)), la nature de l'impact perçue psychologique (OR=1,66, IC95%=(1,09-2,51)) et le niveau de perception de l'impact liée au déconfinement (le risque de dépression augmente avec l'augmentation du niveau de perception de l'impact). (Voir tableau 6).

Dépression		
Variables		OR ajustée IC95%
Age		0,97(0,96-0,98)
genre	Sexe féminin	1,92(1,5-2,45)
	Sexe masculin	1
Nature de l'impact perçue	Impact financier	1,38(1,10-1,73)
	Impact psychologique	1,66(1,09-2,51)
	Impact sur la vie familiale	1
Niveau de perception de l'impact	0	1
	1	1,67(0,80-3,46)
	2	2,95(1,49-5,84)
	3	6,11(3,15-11,87)
	4	11,47(5,87-22,42)
	5	19,05(9,61-37,77)

Tableau 6 : facteurs influençant la survenue de depression.

2.1. Facteurs associés à l'anxiété :

Après l'analyse des facteurs de corrélations, les variables qui restent associées à l'anxiété selon les analyses de régression logistique multivariée étaient : l'âge (OR=0,97, CI95%=(0,96-0,98)), le sexe féminin (OR=1,96, CI95%=(1,54-2,47)), l'activité professionnelle durant le déconfinement absente (OR=1,55, IC95%=(1,16-2,08)), l'activité professionnelle durant le déconfinement irrégulière à distance (OR=1,31, IC95%=(0,96-1,79)), l'activité professionnelle durant le déconfinement régulière à distance (OR=1,16, IC95%=(0,86-1,57)), avoir des antécédents de trouble psychiatrique (OR=1,64, IC95%=(1,29-2,10)), avoir un proche atteint de COVID-19 (OR=1,25, IC95%=(1,03-1,53)), ainsi que le niveau de perception de l'impact lié au déconfinement (le risque d'anxiété augmente avec l'augmentation du niveau de perception de l'impact). (Voir tableau 7)

Anxiété		
Variables		OR ajustée IC95%
Age		0,97(0,96-0,98)
Genre	Sexe féminin	1,96(1,54-2,47)
	Sexe masculin	1
Activité professionnelle durant le déconfinement	Absente	1,55(1,16-2,08)
	Irrégulière à distance	1,31(0,96-1,79)
	Régulière à distance	1,16(0,86-1,57)
	Régulière en présentiel	1
Antécédents psychiatriques	Oui	1,64(1,29-2,10)
	Non	1
Atteinte des proches par COVID-19	Oui	1,25(1,03-1,53)
	Non	1
Niveau de perception de l'impact	0	1
	1	2,16(1,047-4,45)
	2	2,16(1,047-4,45)
	3	4,23(2,11-8,49)
	4	7,17(3,58-14,37)
	5	10,62(5,26-21,41)

Tableau 7 : facteurs influençant la survenue de l'anxiété.

2.2. Facteurs associés au stress :

Après l'analyse des facteurs de corrélations, les variables qui restent associées au stress selon les analyses de régression logistique multivariée étaient : l'âge (OR=0,97, IC95%=(0,96-0,98), le sexe féminin (OR=1,98, IC95%=(1,54-2,56)), avoir des antécédents de trouble psychiatrique (OR=1,61, IC95%=(1,81-2,04)), la nature de l'impact perçue financier (OR=0,77, IC95%=(0,49-1,18)), la nature de l'impact perçue psychologique (OR=1,01, IC95%=(0,66-1,53)), ainsi que le niveau de perception de l'impact liée au déconfinement (le risque d'anxiété augmente avec l'augmentation du niveau de perception de l'impact). (Voir tableau x)

Stress		
Variables		OR ajusté IC95%
Age		0,97(0,96-0,98)
Genre	Sexe féminin	1,98(1,54-2,56)
	Sexe masculin	1
Antécédents psychiatriques	Oui	1,61(1,81-2,04)
	Non	1
Nature de l'impact perçue	Impact financier	0,77(0,49-1,18)
	Impact psychologique	1,01(0,66-1,53)
	Impact sur la vie familiale	1
Niveau de perception de l'impact	0	1
	1	1,04(0,40-2,70)
	2	1,82(0,77-4,32)
	3	3,74(1,63-8,57)
	4	8,21(3,59-18,80)
	5	10,97(4,78-25,19)

Tableau 8 : facteurs influençant la survenue du stress.

2.3. Facteurs associés au PTSD :

Après l'analyse des facteurs de corrélations, les variables qui restent associées à l'état de stress post-traumatique selon les analyses de régression logistique multivariée étaient : l'âge (OR=0,97, IC95%=(0,95-0,98), le sexe féminin (OR=1,98, IC95%=(0,97-0,98)), la résidence en milieu urbain (OR=1,93, IC95%=(1,22-3,07)), avoir des antécédents de trouble psychiatrique (OR=2,06, IC95%=(1,62-2,61)), ainsi que le niveau de perception de l'impact liée au déconfinement (le risque d'anxiété augmente avec l'augmentation du niveau de perception de l'impact). (Voir tableau x)

Stress post traumatique		
Variables		OR ajusté IC95%
	Age	0,97(0,95-0,98)
Genre	Sexe féminin	1,52(1,14-2,01)
	Sexe masculin	1
Milieu de résidence	Rural	1
	Urbain	1,93(1,22-3,07)
Antécédents psychiatriques	Oui	2,06(1,62-2,61)
	Non	1
Niveau de perception de l'impact	0	1
	1	1,38(0,42-4,49)
	2	1,58(0,52-4,76)
	3	3,44(1,20-9,82)
	4	6,11(2,15-17,34)
	5	13,48(4,75-38,21)

Tableau 9 : facteurs influençant la survenue de PTSD.

DISCUSSION

I. Argumentaire de l'étude :

Plusieurs études ont été réalisées pour évaluer l'état de santé mentale de la population lors du confinement, mais les études qui se sont penchées sur l'évaluation de l'impact du déconfinement sur l'état de santé mental et du bien-être chez la population générale marocaines sont rares, ce qui fait de notre étude : « IMPACT PSYCHOLOGIQUE SUITE AU DECONFINEMENT DE LA PANDEMIE COVID-19 : » la première du genre au Maroc.

Le déconfinement est un évènement qui marque la fin d'une situation de mise en quarantaine qu'on a été forcé d'établir. Normalement il doit être un évènement heureux car il représente la sortie d'une situation de crise. Cependant selon l'expérience des situations de déconfinement vécu antérieurement par l'humanité nous a prouvé le contraire.

Chaque situation de déconfinement passée a apporté avec elle de nouveaux défis. On a pu remarquer des situations de déconfinement qui ont provoqué des changements parfois irréversibles dans le comportement des individus, d'autres qui ont généré des symptômes d'angoisse, de phobie avec une altération des interaction sociales, une baisse pour les performances professionnelles et scolaires chez certains individus dans le passé.

Suite au déconfinement lié au COVID-19, l'impact psychologiques serait aussi important voire plus grave que les autres situations qui ont précédé, une élaboration d'une base de données nous permettant de comprendre l'effet du déconfinement sur la santé mentale des marocains, pourrait nous être utile afin de guetter et prévenir la survenue de complications pour des troubles psychologiques comme : la dépression, l'anxiété, le stress ou encore un état de stress post traumatique.

II. La dépression :

Concernant la dépression, plusieurs études ont remarqué que les troubles dépressifs font partie des nombreuses conséquences psychiques d'une pandémie et du confinement lié au risque infectieux [87, 88, 77]. La pandémie représente pour un sujet un risque de contamination et un risque vital, pour lui et pour ses proches. Le confinement lui impose de faire appel à ses ressources pour s'adapter à une société qui voit la majeure partie de ses repères remaniée [89].

Même si le confinement et la distanciation sociale sont synonymes de protection pour soi et pour autrui, ils représentent en même temps un vecteur d'isolement et de sentiment d'impuissance, voire de méfiance et d'exclusion [90].

Des études rapportent par ailleurs que lorsque le confinement perdure, le rôle protecteur de ce dernier vis-à-vis de l'infection peut ne plus suffire à compenser le stress lié à cette situation. Ajouté à cela, plusieurs facteurs comme l'angoisse financière, la perte d'un être cher, la culpabilité, l'ennui et le fait de ne plus être professionnellement et socialement valorisé, la limitation de l'accès aux soins et le report des soins, la douleur et autres conditions somatiques, peuvent s'associer et influencer ainsi la survenue des troubles psychiatrique notamment la dépression. [89]

En Chine, dans les 2 mois suivant le début de la pandémie du COVID-19, une étude a retrouvé un taux de 20,1 % de dépression chez 7236 volontaires [79]. À Toronto en 2003, ce taux était évalué à 31,2 % chez les 129 volontaires qui avaient répondu à la fin du confinement lié à l'épidémie du SARS [91]. La dépression peut donc toucher les sujets les plus vulnérables mais aussi ceux sans antécédent psychiatrique [92].

Le risque de dépression peut également être différé [93] : 15,6 % des « survivants » au SARS à 30 mois de l'épidémie en Chine présentaient une dépression

[94]. Certains soignants, les plus jeunes [95] ou ceux qui sont actuellement en état de « dissociation opératoire », seront également plus exposés au risque de dépression une fois la pandémie écartée.

En comparaison avec les résultats de notre étude, le taux de dépression est d'autant plus important puisque on a retrouvé les symptômes de dépression chez 68,8% des sujets étudiés ce qui tend à nous faire penser que la dépression aurait plus d'ampleur et pourrait survenir plus après le déconfinement lié à la pandémie du COVID-19 qu'en période de mise en quarantaine et de confinement.

Concernant les facteurs influençant la survenue de la dépression notre étude a rejoint les autres études puisque on a retrouvé des résultats similaires qui concordent avec les autres études sur le fait que les facteurs qui pourrait influencer la survenue de dépression étaient : l'âge, le sexe féminin, l'impact financier et psychologique d'autant plus que la dépression augmente avec l'augmentation du niveau de cet impact.

Dans le même sens, certaines études ont constaté un risque suicidaire qui serait dû aux facteurs de risque de dépression qui représentent en même temps des facteurs de risque pour le suicide [96], ce risque serait majoré chez les sujets souffrant de troubles psychiatriques dont le suivi est diminué du fait des mesures sanitaires, d'où l'importance de maintenir le lien avec nos patients par téléphone, téléconsultation ou en présentiel en situation d'urgence [89, 97].

Il y a peu d'études sur ce sujet dans la littérature mais il reste primordial de prévenir le risque suicidaire auprès des populations psychiquement vulnérables et auprès de la population générale. Pour exemple, une étude chinoise a décrit en 2003 une recrudescence de suicide chez les personnes de 65 ans et plus, en lien avec le SARS [98].

III. L'anxiété :

Concernant l'anxiété une étude chinoise menée lors des premières semaines du confinement a observé 29% des symptômes d'anxiété modérés à sévères chez 1210 participants de la population générale [74]. Par ailleurs certaines études se sont penchées sur l'étude des facteurs influençant l'anxiété et la détresse psychologique globale ont retrouvé que l'isolement conduit à une perte de contact avec la réalité des événements extérieurs. Les médias deviennent la source d'information principale.

Mais ces derniers sont saturés par les sujets relatifs à l'épidémie. L'exposition constante à des informations concernant le virus peut majorer l'anxiété, d'autant que ces informations peuvent être erronées ou contradictoires [83]. Le trouble anxieux qui en résulte a été nommé « headline stress disorder » (qu'on pourrait traduire par « trouble anxieux lié aux médias ») par le psychologue Steven Stosny et qui se caractérise par une sensation de détresse ou d'anxiété, suite à la consultation de nombreuses informations. Il est ainsi conseillé de consulter des sources fiables et à jour, et de prévoir un temps raisonnable et dédié pour s'informer de la situation [99]. L'incertitude quant à la fiabilité des informations peut majorer l'anxiété [100].

Parmi les diverses informations à propos de l'épidémie (nombre de décès, propagation...), Wang et al. [74] ont montré que seule une information reçue sur l'augmentation du nombre de guérisons était associée à un stress perçu faible. De la même manière, le respect régulier de gestes barrières (lavage de mains, ne pas partager ses couverts...) était significativement associé à des niveaux de stress plus faibles.

La raréfaction des contacts sociaux et la crainte d'une contamination (majorée par la désinformation) augmentent aussi l'anxiété sociale [83]. Des facteurs individuels favorisent également les troubles anxieux liés à la crainte d'une contamination, comme l'intolérance à l'incertitude [84].

Le retentissement du confinement sur la vie professionnelle impacte également l'anxiété. Zhang et al. [85] ont retrouvé que les sujets ayant arrêté leur travail au cours du confinement avaient une santé mentale globale moins bonne que ceux qui continuaient à travailler, que ce soit à leur bureau ou à domicile [85].

Enfin, des symptômes d'anxiété sont également constatés à distance du confinement dans la population générale. Ce fut le cas au décours de l'épidémie de SARS, où des attitudes d'évitement se poursuivaient : diminution des contacts avec les autres, évitement des foules, des espaces publics, absentéisme professionnel [101].

Comparé aux autres travaux, notre étude a retrouvé un taux d'anxiété plus important 57,47% dont 85,28% avec une anxiété modérée à très sévère ce qui nous permet de penser que peut être l'anxiété est d'autant plus majoré suite au déconfinement que lors de la période de mise en quarantaine et de confinement.

Cependant notre étude rejoint les autres études en ce qui concerne les facteurs qui influencent la survenue de l'anxiété puisque notre étude a révélé que les facteurs qui sont impliqués dans l'anxiété comprennent : l'âge ; le sexe féminin ; l'absence et ou l'irrégularité de l'activité professionnel durant le déconfinement ; le travail à distance ; les antécédents de trouble psychiatrique ; avoir un proche atteint de COVID-19, ainsi que le niveau de perception de l'impact lié au déconfinement

pour lequel le risque de développer de l'anxiété augmente avec l'augmentation du niveau de perception de l'impact.

IV. Le stress :

Concernant le stress, certaines études ont décrit que le confinement lié à la pandémie du COVID-19 représentait un facteur de stress important augmentant le risque de développer des symptômes d'insomnie voire un trouble d'insomnie si ces symptômes persistent dans le temps, au-delà d'une durée de 3 mois, [102, 103, 104].

L'insomnie en elle-même est caractérisée par des répercussions sur le fonctionnement diurne, tel une fatigue voire une somnolence diurne, des troubles de l'attention, mais également davantage de troubles dépressifs [105], de troubles anxieux, ou encore de troubles addictifs [106]. Il faut souligner par ailleurs qu'une réduction du temps de sommeil, qu'elle soit liée à un changement de rythme, un haut niveau de stress ou les deux, peut, d'une part, rendre les sujets plus vulnérables aux infections virales [107], augmenter le risque de troubles psychiatriques et addictifs [108], mais aussi avoir un impact délétère sur les performances cognitives et la prise de décision, avec une augmentation des prises de risques et de l'impulsivité [109].

Ceci dit selon notre étude le stress a été retrouvé chez 45,5% des sujet de notre étude dont 80,88% avec un état de stress modéré à très sévère. Ce qui nous permet de constater que le stress est parmi les réactions psychologiques importants suite au déconfinement lié au COVID-19, et la prévention de sa survenue en prenant en charge les différents facteurs qui l'influencerait est d'une importance capitale car ça pourrait

nous permettre d'améliorer l'état de santé mental et prévenir par la même occasion plusieurs complications psychologiques possibles.

Par ailleurs, selon notre étude les facteurs influençant la survenue de l'état de stress retrouvé étaient l'âge, le sexe féminin, les antécédents de trouble psychiatrique, la nature financière et psychologique de l'impact perçu, ainsi que le niveau de perception de l'impact lié au déconfinement pour lequel on a objectivé que le risque de développer du stress augmentait avec l'augmentation du niveau de perception de l'impact.

V. Le stress post-traumatique :

Au cours des épidémies majeures précédentes, plusieurs auteurs ont observé, à distance du confinement, l'émergence de symptômes de stress post-traumatique (SSPT). Au cours de l'épidémie de H1N1, une étude a rapporté une prévalence de 28 % de trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez des sujets confinés en comparaison de 7 % chez ceux qui n'étaient pas confinés [110]. Hawryluck et al. ont observé 29 % de symptômes modérés de stress post-traumatique en sortie de confinement lié au SARS [91]. De la même manière, un PTSD a été observé chez des personnels des hôpitaux confinés jusqu'à 3 ans après l'épidémie de SARS en Chine [111]. Pour ces deux dernières études, un score ≥ 20 à l'Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) était considéré comme un niveau « modéré » à « élevé » de symptômes de stress post-traumatique.

Au début de l'épidémie de COVID-19 en Chine, Wang et al. [74] ont rapporté dans la population générale majoritairement confinée un impact modéré à sévère de la crise sanitaire chez 76 % des participants (correspondant à un score > 24 à l'IES-

R). Cependant ils n'ont pas considéré la dimension traumatique et n'ont pas différencié l'impact du confinement de celui de la crise dans son ensemble.

Au cours de cette même période 4,6 % des participants dans un échantillon de 2032 participants issus de la population générale rapportaient un haut niveau de symptômes de stress post-traumatique (score ≥ 33 à la PCL-S) [112]. Une exposition à un haut risque infectieux (correspondant au fait d'avoir vécu ou été à Wuhan ou été en contact avec une personne de Wuhan au cours de l'épidémie de COVID-19) était corrélée à des symptômes de stress post-traumatiques plus importants dans cette population [113].

Selon notre étude, les résultats retrouvés concernant l'état de stress post traumatique étaient similaires aux autres études antérieures puisque on a retrouvé un état de stress post traumatique chez 31,5% des sujets de notre étude. Par ailleurs les facteurs influençant la survenue de l'état de stress post traumatique retrouvés selon notre étude étaient : l'âge, le sexe féminin, la résidence en milieu urbain, les antécédents de trouble psychiatrique, ainsi que le niveau de perception de l'impact lié au déconfinement pour lequel le risque de développer un état de stress post traumatique augmente avec l'augmentation du niveau de perception de ce dernier.

Les conclusions sur le trouble de stress post-traumatique suite à un confinement doivent rester prudentes, pour plusieurs raisons. D'abord, peut-on considérer que l'événement « confinement » en lui-même, peut constituer un événement potentiellement traumatique. Si on s'en tient à la définition du DSM-5, le confinement ne constitue pas, pour l'individu, une exposition à une menace de mort, une blessure sérieuse ou des violences

sexuelles, et ne saurait donc être considéré comme un événement potentiellement traumatique. Puis à ce jour aucune étude ne s'est intéressée à l'impact de l'environnement familial direct sur la détresse psychologique ressentie. Des événements potentiellement traumatiques pourraient pourtant se produire au sein de milieux familiales instables et soumises à de la violence conjugale qui pourrait être la source de PTSD. Ensuite, les études concernant les épidémies antérieures au COVID-19 (H1N1, SARS) ont été réalisées en majorité auprès de populations de professionnels de santé, eux-mêmes exposés à un stress professionnel important corrélé aux PTSD [111], de même que le fait d'avoir un proche atteint par le virus. Le rôle du confinement dans la genèse d'un PTSD chez les professionnels de santé est ainsi confondu avec d'autres facteurs.

En effet, les professionnels confinés sont ceux exposés à un risque infectieux majeur. Leur confinement se fait parfois directement à l'hôpital, impliquant une séparation familiale avec la crainte de ne pas revoir leurs proches [110], et lorsqu'il est réalisé à domicile, la crainte d'infecter leur proche est très présente. Autant de facteurs qui peuvent favoriser la survenue de PTSD, mettant davantage en contact avec une menace de mort que le confinement lui-même. La dimension collective et la prolongation d'une contrainte forte sur la durée, avec des pertes de ressources pour une grande partie de la population serait aussi corrélée au PTSD [114].

VI. Points forts et limites de l'étude :

Parmi les points forts de notre étude, on peut citer le fait qu'elle s'est intéressée à l'étude de plusieurs paramètres socio-démographiques, cliniques, paramètres liés à la perception de l'impact, ainsi qu'une évaluation psychiatrique portant sur quatre paramètres dont la dépression, l'anxiété, le stress et l'état de stress post traumatique, ce qui nous a permis de déterminer les différents facteurs de risque d'impact psychologique au cours du déconfinement liée au COVID-19.

D'autant plus que notre étude a comporté un effectif important de 2128 sujets étudié ce qui a généré une puissance statistique suffisante, tout en ayant recours aux échelles psychométriques DASS-21 et PCL-S, qui nous a permis d'avoir un ensemble d'informations aussi bien d'un point de vue descriptif qu'analytique, susceptibles d'intéresser les acteurs du système de santé mentale.

Cependant Certaines limites de l'étude doivent également être reconnues.

Tout d'abord, la nature transversale de l'étude ne permet pas d'interpréter la causalité. Bien que nous avons trouvé une forte association entre les troubles de santé mentale et le déconfinement liée au COVID-19, nous ne pouvons pas conclure que ce dernier a entraîné ces manifestations psychiatriques.

L'étude a été réalisée sur une période relativement courte due au reconfinement survenant suite à la détérioration de la situation épidémiologique, ce qui peut limiter la généralisation des résultats.

A noter aussi que les échelles utilisées dans notre étude ne sont pas validées en arabe dialectale.

Bien que nos questionnaires soient anonymes, les participants peuvent toujours répondre de manière socialement désirable, nous n'avons pas pu mesurer la désirabilité sociale dans notre échantillon d'étude.

Et pour finir les données de la littérature concernant les différents axes de notre étude ne sont pas nombreuses, rendant la comparaison de notre étude avec des travaux similaires limitée.

VII. Perspective :

Les résultats de ce travail constituent les bases pour un travail à poursuivre avec d'autres études beaucoup plus approfondies. Notamment des études similaires qui doivent être réalisées afin d'enrichir la discussion des résultats de notre enquête.

De même, la réalisation d'une étude comparative entre l'impact psychologique du déconfinement pour les différents professionnels de santé, les étudiants en médecine, et sa comparaison avec la population générale, afin d'étudier plus les aspects psychologiques du déconfinement suite à la pandémie COVID-19. la réalisation d'autres enquêtes a distance du déconfinement pourraient enrichir les données de cette étude.

Afin de nous permettre d'assurer une meilleure prise en charge psychologique et thérapeutique en cas de futur situation similaire.

VIII. Recommandations :

Au cours du déconfinement, des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress voire un état de stress post-traumatique peuvent apparaître, suite au changement radicale du mode de vie des individus qui a duré longtemps.

Nous pouvons mettre en œuvre plusieurs mesures afin de préserver la santé mentale de la population générale au Maroc durant le déconfinement lié à la pandémie du COVID-19 :

- ✓ Adapter le système de soins psychologique à de nouveaux modes de fonctionnement pour atteindre la population générale coupée de l'accès habituel aux soins.
- ✓ Maintenir un rythme de vie habituel et favoriser les routines (heures de lever, de coucher, des repas).
- ✓ Adoptez des habitudes de vie saines : bonne alimentation, heures de sommeil suffisantes.

- ✓ Maintenir une activité physique régulière.
- ✓ Rester informé de l'actualité et des recommandations en provenance des sources d'informations fiables sur l'épidémie et la maladie.
- ✓ Limiter trop d'exposition aux médias et aux réseaux sociaux de façon continue.
- ✓ Diversifier les activités tout au long de la journée.
- ✓ Rester en contact régulier avec les proches.
- ✓ Éviter de consommer de l'alcool ou des drogues comme moyen de gérer la peur, l'anxiété, l'ennui ou l'isolement social.
- ✓ S'engager dans des activités de détente méditation, relaxation, activités artistiques ou manuelles...

- ✓ Surveiller le temps passés devant les écrans et aux jeux vidéo et conserver les activités hors ligne.
- ✓ Ne pas hésiter à faire appel à une aide extérieure et à se diriger vers un spécialiste de santé mentale.

CONCLUSION

Les mesures de confinement et de mise en quarantaine mis en vigueur au niveau mondial pour prévenir la contamination par le SARS-COV-2 a prouvé son efficacité concernant la contention et la diminution de la propagation de la maladie lié au COVID-19, mais en contrepartie plusieurs impacts négatifs ont survécu que ce soit de point de vue économique, sociale, mais aussi psychologique.

Ce dernier en particulier s'est montré plus important que ce l'on croyait. Avec le confinement la qualité de vie et la santé mentale de certains individus s'est vue détériorée avec l'émergence de plusieurs cas de dépression, d'anxiété, de stress voire même un état de stress post traumatique.

Le déconfinement quant à lui surtout s'il survient après un confinement qui a longtemps duré peut apporter de nouveaux défis car lui aussi peut être source d'inquiétudes, de stress et de majoration voire complication des troubles psychologiques restés loin des soins (dépression, anxiété, stress, état de stress post-traumatique, phobies sociales, suicide, troubles de comportement compulsif ou addictif, utilisation de drogue ...)

Dans ce contexte le système de soins de santé mentale devra s'adapter à de nouveaux modes de fonctionnement pour atteindre la population générale coupée de l'accès habituel aux soins. Ces capacités d'adaptation devront être poursuivies sur le long terme afin de se préparer adéquatement et progressivement à un déconfinement qui fait suite à un confinement imposé par la pandémie du COVID-19 qui a longtemps duré.

RESUME

RESUME :

La maladie à coronavirus 2019 ou le COVID-19 est une maladie infectieuse émergente de type zoonose virale causée par la souche de coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) ; c'est une épidémie qui a débuté le 19 décembre 2019 en chine plus exactement dans la ville de Wuhan (province de Hubei) puis s'est généralisée pour devenir une pandémie mondiale.

La COVID-19 est considérée comme une crise globale de notre époque, elle a suscité la mise en place des mesures de confinement et d'éloignement social dans la majorité des pays du monde.

Bien plus qu'une crise sanitaire, la pandémie liée au COVID-19 représente aussi une crise socioéconomique sans précédent mettant sous pression chacun des pays qu'elle touche, avec des impacts sociaux, économiques, politiques et psychologiques dévastateurs qui pourraient laisser de profondes cicatrices qui tarderont à s'effacer.

Ce travail est une étude descriptive transversale qui a pour but l'évaluation à travers une enquête en ligne, le bien-être et l'impact psychologique, essentiellement la dépression, l'anxiété, le stress et l'état de stress post traumatique (PTSD) subit par la population générale après le déconfinement qui a été établie suite à la pandémie COVID-19.

Dans cette étude, nous avons utilisé les échelles PCL-S pour évaluer l'état de stress post-traumatique et l'échelle DASS pour évaluer la dépression, l'anxiété et le stress liés au déconfinement.

Notre étude a retrouvé que suite au déconfinement lié au COVID-19, l'impact psychologiques est non négligeable avec notamment une prévalence importante de survenue pour plusieurs troubles psychologique.

On a retrouvé la dépression (68,8%), de l'anxiété (57,47%), du stress (45,50%) et l'état de stress post traumatique (31,5%) chez sujets de notre étude.

On a retrouvé par la même occasion que :

Les facteurs influençant la survenue de dépression sont : l'âge, le sexe féminin, la nature de l'impact perçu financier, la nature de l'impact perçu psychologique et le niveau de perception de l'impact lié au déconfinement.

Les facteurs influençant la survenue de l'anxiété sont : l'âge, le sexe féminin, l'activité professionnelle durant le confinement (absente, irrégulière et à distance, régulière et à distance), avoir des antécédents de troubles psychiatriques, avoir un proche atteint de COVID-19, et le niveau de perception de l'impact lié au déconfinement.

Pour le stress les facteurs influençant retrouvés étaient : l'âge, le sexe féminin, avoir des antécédents de troubles psychiatriques, la nature de l'impact perçu financier, la nature de l'impact perçu psychologique et le niveau de perception de l'impact lié au déconfinement.

Pour l'état de stress post-traumatique les facteurs influençant retrouvés étaient : l'âge, le sexe féminin, la résidence en milieu urbain, avoir des antécédents de troubles psychiatriques et le niveau de perception de l'impact lié au déconfinement.

Ces répercussions devraient être prises en compte par le système de soins de santé mentale qui devra s'adapter aux circonstances qui font suite à cette pandémie. On peut ainsi essayer d'envisager de nouveaux modes de fonctionnement afin de pouvoir atteindre la population générale coupée de l'accès habituel aux soins, et préparer adéquatement et progressivement au déconfinement qui fait suite à un confinement imposé par la pandémie du COVID-19 qui a longtemps duré.

Suite au déconfinement lié à la COVID-19, l'impact psychologique serait aussi important voire plus grave que les autres situations qui ont précédé, une élaboration d'une base de données nous permettant de comprendre l'effet du déconfinement sur la santé mentale des Marocains, pourrait nous être utile afin de guetter et prévenir la survenue de complications pour des troubles psychologiques comme : la dépression, l'anxiété, le stress ou encore un état de stress post-traumatique.

ABSTRACT:

The coronavirus disease 2019 or COVID-19 is an emerging infectious disease of viral zoonosis type caused by the coronavirus 2 strain of severe acute respiratory syndrome (SARS-CoV-2); it is an epidemic that began on December 19, 2019 in China, more precisely in the city of Wuhan (Hubei province) and then became widespread to become a global pandemic.

COVID-19 is considered a global crisis of our time (the greatest challenge we have faced since the Second World War) and has prompted the introduction of containment and social distancing measures in most countries of the world.

More than just a health crisis, the COVID-19 pandemic is also an unprecedented socio-economic crisis that puts pressure on every country it affects, with devastating social, economic, political and psychological impacts that could leave deep scars that will take time to heal.

This work is a cross-sectional descriptive study that aims to assess, through an online survey, the well-being and psychological impact mainly depression, anxiety, stress and post-traumatic stress disorder (PTSD) suffered by the general population after the deconfinement that was established following the COVID-19 pandemic.

In this study, we used the PCL-S scales to assess post-traumatic stress disorder and the DASS scale to assess depression, anxiety, and stress related to deconfinement.

Our study found that following the decontamination related to COVID-19, the psychological impact is not negligible with a significant prevalence of occurrence for several psychological disorders.

We found depression (68.8%), anxiety (57.47%), stress (45.50%) and post-traumatic stress disorder (31.5%) in the subjects of our study.

We also found that:

The factors influencing the occurrence of depression are: age, female gender, the nature of the perceived financial impact, the nature of the perceived psychological impact and the level of perception of the impact related to deconfinement.

Factors influencing the occurrence of anxiety were: age, female gender, work activity during confinement (absent, irregular and remote, regular and remote), having a history of psychiatric disorders, having a loved one with COVID-19, and the level of perceived impact related to deconfinement.

For stress, the influencing factors found were: age, female gender, history of psychiatric disorders, nature of perceived financial impact, nature of perceived psychological impact, and level of perceived impact of deconfinement.

For post-traumatic stress disorder, the influencing factors found were: age, female gender, urban residence, history of psychiatric disorder, and level of perceived impact of deconfinement.

These impacts should be considered by the mental health care system as it adapts to the circumstances following this pandemic. In this way, we can try to envision new ways of operating in order to reach the general population cut off from usual access to care, and to prepare adequately and progressively for the deconfinement that follows the long-lasting containment imposed by the COVID-19 pandemic.

Following the deconfinement related to COVID-19, the psychological impact would be as important or even more serious than the other situations that preceded it, a development of a database allowing us to understand the effect of the deconfinement on the mental health of Moroccans, could be useful in order to watch and prevent the occurrence of complications for psychological disorders such as: depression, anxiety, stress or a post-traumatic stress state.

ملخص:

يعد مرض فيروس كورونا 2019 أو COVID-19 مرضًا معديًا ناشئًا من النوع الفيروسي حيواني المنشأ الناجم عن سلالة الفيروس التاجي 2 من متلازمة الجهاز التنفسي الحادة (SARS-CoV-2)؛ إنه وباء بدأ في 19 ديسمبر 2019 في الصين بشكل أكثر دقة في مدينة ووهان (مقاطعة هوبي) ثم انتشر ليصبح وباء عالميًا. يعد COVID-19 أزمة عالمية في عصرنا (أكبر تحد واجهناه منذ الحرب العالمية الثانية)؛ دفعت إلى اتخاذ تدابير الحجر الصحي والتباعد الاجتماعي في غالبية البلدان حول العالم.

أكثر من مجرد أزمة صحية، يمثل وباء COVID-19 في الوقت ذاته أزمة اجتماعية واقتصادية غير مسبوقه تضغط على كل البلدان التي تطالها، مع آثار اجتماعية واقتصادية وسياسية ونفسية وخيمة يمكن أن تترك آثار عميقة والتي ستستوجب وقتًا كي تنبت.

هذا العمل عبارة عن دراسة وصفية مقطعية تهدف إلى تقييم من خلال مسح عبر الإنترنت لجودة الحياة والأثر النفسي وبشكل رئيسي الاكتئاب والقلق والتوتر واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) من قبل عامة السكان بعد الحجر الصحي الذي تم إنشاؤه عقب وباء COVID-19.

في هذه الدراسة، استخدمنا مقياس PCL-S لتقييم اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس DASS لتقييم الاكتئاب والقلق والتوتر المرتبط بانتهاء الحجر الصحي.

وجدت دراستنا أن هذه الدراسة التي تتعلق بالتشكيل على COVID-19، التأثير النفسي مهم مع انتشار كبير للعديد من الاضطرابات النفسية.

تم العثور على الاكتئاب (68.8%)، والقلق (57.47%)، والإجهاد (45.50%) ونشر ما بعد الصدمة (31.5%) في الموضوعات في دراستنا.

وجدنا في نفس الوقت:

العوامل التي تؤثر على حدوث الاكتئاب هي: العمر، الجنس الإناث، طبيعة التأثير المالي، طبيعة التأثير النفسي المتصور ومستوى تصور التأثير المرتبط بتشكيل المعلومات.

العوامل التي تؤثر على حدوث القلق هي: العمر والجنس الإناث والنشاط المهني أثناء الحبس (غائبة وغير منتظمة وعائية ومنانية)، لديها تاريخ من الاضطرابات النفسية، لديها أحد أفراد أسرته Covid-19، ومستوى التصور من التأثير المرتبط بالإدارة.

من أجل التوتر، وجدت العوامل المؤثرة: العمر، الجنس الإناث، وجود تاريخ من الاضطرابات النفسية، وطبيعة التأثير المالي، وطبيعة التأثير المتصور النفسي ومستوى تصور التأثير المرتبط بالظلم. بالنسبة لدولة الإجهاد بعد الصدمة، فإن العوامل المؤثرة الموجودة كانت: العمر، الجنس الإناث، الإقامة الحضرية، وجود تاريخ من الاضطرابات النفسية ومستوى تصور التأثير المرتبط بتشكيل المعلومات.

يجب مراعاة هذه التداعيات في الاعتبار عن طريق نظام الرعاية الصحية العقلية الذي يجب أن يتكيف مع الظروف التي تتبع هذا الوباء. من الممكن محاولة النظر في وسائل جديدة للعملية من أجل الوصول إلى عامة السكان من الوصول إلى الرعاية المعتادة، والاستعداد بشكل كاف تدريجياً في الظهور الذي يتبع الحبس الذي يفرضه وباء COVID-19. منذ فترة طويلة.

بعد الاختصار المتعلق بالكوف (19)، سيكون التأثير النفسي أكثر أهمية أو أكثر خطورة من المواقف الأخرى التي سبقها، وهي وضع قاعدة بيانات تسمح لنا بفهم تأثير الإبلاغ عن الصحة العقلية للمغاربة، مفيد بالنسبة لنا لمشاهدة ومنع المضاعفات من الاضطرابات النفسية مثل: الاكتئاب والقلق أو الإجهاد أو حالة الإجهاد بعد الصدمة.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] van Dorp L., Mislav A., & *al.*, 2020. –**Emergence of genomic diversity and recurrent mutations in SARS-CoV-2.** *Infection, Genetics and Evolution.*, 83:2–4
- [2] Josephine Ma., 2020. –**China’s first confirmed Covid-19 case traced back to November 17.** *South China Morning Post.*, 13/03/2020 : 5
- [3] Chaolin H., Yeming W., Xingwang Li., Ren L., 2020. –**Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China.** *The Lancet .*, 395: 497–506.
- [4] Na Z., Dingyu Z., Wenling W., Xingwang Li., 2020. –**A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019.** *New England Journal of Medicine.*, 382: 727–733
- [5] Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses., 2020 –**The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2.** *Nature Microbiology.*, 5:536–544.
- [6] Wu F., Zhao S., Yu B., Chen YM., Wang W., Song ZG., & *al.*, 2020 –**A new coronavirus associated with human respiratory disease in China »** *Nature.*, 579:265–269.
- [7] OMS., 2020. –**Appellation de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et du virus qui la cause.** »[https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
- [8] OMS., 2020. –**Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation report-3 / 23 JANUARY 2020.** »https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200123-sitrep-3-2019-ncov.pdf?sfvrsn=d6d23643_8

- [9] OMS., 2020. –**Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report-7 / 27 JANUARY 2020.** »https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200127-sitrep-7-2019--ncov.pdf?sfvrsn=98ef79f5_2
- [10] OMS., 2020. –**Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report-11 / 31 JANUARY 2020.** »https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4
- [11] OMS., 2020. –**Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Interim guidance, 27/02/2020** https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf
- [12] Daszak P., 2020. –**We Knew Disease X Was Coming. It's Here Now.** »<https://www.nytimes.com/2020/02/27/opinion/coronavirus-pandemics.html>
- [13] Gale J., 2020. –**Coronavirus May Be 'Disease X' Health Experts Warned About.** »<https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-02-22/coronavirus-may-be-the-disease-x-health-agency-warned-about>
- [14] Mercer D.,2020. –**Coronavirus outbreak could be feared 'Disease X', says World Health Organization adviser.** » <https://news.sky.com/story/coronavirus-outbreak-could-be-feared-disease-x-says-world-health-organisation-adviser-11942356>
- [15] Viboud C., Simonsen L., Fuentes R., Flores J., Miller MA., Chowell G., 2016. – **Global mortality impact of the 1957–1959 influenza pandemic.** *J Infect Dis.*, 213:738–745.
- [16] Johnson NP., Mueller J., 2002. –**Updating the accounts: global mortality of the 1918–1920 "Spanish" influenza pandemic.** *Bull Hist Med.*, 76 :105–115.

- [17] **-Coronavirus : Les autorités décrètent état d'urgence sanitaire et confinement**
»<https://www.medias24.com/coronavirus-les-autorites-decretent-etat-d-urgence-sanitaire-e-confinement-8583.html>
- [18] MEIDIAS24., 2020. **-Voici les mesures de la première phase du déconfinement progressif.** MEIDIAS24.,10/07/2020 »<https://www.medias24.com/voici-les-mesures-de-la-premiere-phase-du-deconfinement-progressif-10988.html>
- [19] Alexander E., Gorbalenya S., Baker C., & *al.*, 2020. **-Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus – The species and its viruses, a statement of the Coronavirus Study Group.** bioRxiv., 2020: 1–3.
- [20] Nanshan C., Min Z., Dong X., Jieming Qu., 2020. **-Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study.** The Lancet., 395, no 10223:507–513
- [21] Canrong Wu., Yang Liu., Yueying Y., Peng Z., 2020. **-Analysis of therapeutic targets for SARS-CoV-2 and discovery of potential drugs by computational methods.** Acta Pharmaceutica Sinica B., 10:766– 788.
- [22] Xu X., & *al.*, 2020 **-Evolution of the novel coronavirus from the ongoing Wuhan outbreak and modeling of its spike protein for risk of human transmission.** Science China – Life Sciences, 21/01/2020: 15–20
- [23] Hoffmann M., Kleine-Weber H., Schroeder S., Krüger N., 2020. **-SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor.** Cell., 03/2020: 20
- [24] Coutard B., Valle C., de Lamballerie X., Canard B., 2020. **-The spike glycoprotein of the new coronavirus 2019-nCoV contains a furin-like cleavage site absent in CoV of the same clade.** Antiviral Research.,176:104–742.

- [25] Pushkarsky T., Zybarth G., Dubrovsky L., Yurchenko V., Tang H., Guo H., Toole B., Sherry B., Bukrinsky M., 2001. **-CD147 facilitates HIV-1 infection by interacting with virus-associated cyclophilin A.** Proc Natl Acad Sci USA., 98: 6360-6365
- [26] Crosnier C., Leyla Y., Bustamante S., Bartholdson J., Amy K., 2011. **-Basigin is a receptor essential for erythrocyte invasion by Plasmodium falciparum.** Nature., 480 no 7378: 534-537.
- [27] Nature., 2020. **-The biggest mystery: what it will take to trace the coronavirus source.** Nature., 05/06/2020: 15-20.
- [28] Zhou P., Yang XL., Wang XG., Hu B., Zhang L., Zhang W., & *al.*, 2020. **-A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin.** Nature., 579:270-273.
- [29] Cyranoski D., 2020. **-Did pangolins spread the China coronavirus to people?** Nature., 07/02/2020: 110-120.
- [30] Hui D., I Azhar E., Madani T., Ntoumi F., Kock R., Dar O., Ippolito G., Mchugh T., Memish Z., & *al.*, 2020. **-The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health - The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China.** International Journal of Infectious Diseases., 91: 264-266.
- [31] Zhu N., Zhang D., Wang W., Xingwang Li., 2020. **-A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019.** New England Journal of Medicine, 24/01/2020: 55-60
- [32] Guan W., Ni Z., Hu Y., & *al.*, 2020. **-Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China.** N Engl J Med., 30/04/20 :16-20

- [33] Xie Y., Wang Z., Liao H., & *al.*, 2020. –**Epidemiologic, clinical, and laboratory findings of the COVID-19 in the current pandemic: systematic review and meta-analysis.** BMC Infect Dis.31/08/2020 : 45–60
- [34] Lu X., Zhang L., Du H., & *al.*, 2020. –**SARS-CoV-2 infection in children.** N Engl J Med., 382(17):1663–1665.
- [35] Grant M., Geoghegan L., Arbyn M., & *al.*, 2020. –**The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): a systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries.** PLoS One., 15(6): 234–765.
- [36] Liguoro I., Pilotto C., Bonanni M., & *al.*, 2020. –**SARS-COV-2 infection in children and newborns: a systematic review.** Eur J Pediatr.,179(7):1029–46.
- [37] Agyeman A., Chin K., Landersdorfer C., & *al.*, 2020 –**Smell and taste dysfunction in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis.** Mayo Clin Proc.,95(8):1621–31.
- [38] Eliezer M., Hautefort C., Hamel A., & *al.*, 2020. –**Sudden and complete olfactory loss function as a possible symptom of COVID-19.** JAMA Otolaryngol Head Neck Surg., 08/04/2020: 18–30
- [39] Boscolo-Rizzo P., Borsetto D., Fabbris C., & *al.*, –**Evolution of altered sense of smell or taste in patients with mildly symptomatic COVID-19.** JAMA Otolaryngol Head Neck Surg., 02/07/2020 : 7–20.
- [40] Tariq R., Saha S., Furqan F., & *al.*, 2020. –**Prevalence and mortality of COVID-19 patients with gastrointestinal symptoms: a systematic review and meta-analysis.** Mayo Clin Proc., 95(8):1632–1648.
- [41] Chen A., Agarwal A., Ravindran N., & *al.*, 2020. –**Are gastrointestinal symptoms specific for COVID-19 infection? A prospective case-control study from the United States.** Gastroenterology. 15/05/2020:202–220.

- [42] Helms J., Kremer S., Merdji H., & *al.*, 2020. –**Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection.** *N Engl J Med.*, 382(23) :2268–70.
- [43] Inomata T., Kitazawa K., Kuno T., & *al.*, 2020. –**Clinical and prodromal ocular symptoms in coronavirus disease: a systematic review and meta-analysis.** *Invest Ophthalmol Vis Sci.*, 61(10) :29.
- [44] Inomata T., Kitazawa K., Kuno T., & *al.*, 2020. –**Clinical and prodromal ocular symptoms in coronavirus disease: a systematic review and meta-analysis.** *Invest Ophthalmol Vis Sci.*, 61(10) :40.
- [45] Inomata T., Kitazawa K., Kuno T., & *al.*, 2020. –**Clinical and prodromal ocular symptoms in coronavirus disease: a systematic review and meta-analysis.** *Invest Ophthalmol Vis Sci.*, 61(10) :45.
- [46] OMS., 2020. –**Dépistage en laboratoire des cas suspects d’infection humaine par le nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV).** Lignes directrices provisoires, 17/01/2020 : 3.
- [47] Wang W., Xu Y., Gao R., & *al.*, 2020. –**Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens.** *JAMA.*, 323(18):1843–1844.
- [48] Kucirka L., Lauer S., Laeyendecker O., Boon D., Lessler J., 2020 –**Variation in false-negative rate of reverse transcriptase polymerase chain reaction-based SARS-CoV-2 tests by time since exposure.** *Ann Intern Med.* May 13/05/2020:10–20.
- [49] Ikeuchi K., Saito M., Yamamoto S., & *al.*, 2020. –**Relative bradycardia in patients with mild-to-moderate coronavirus disease, Japan.** *Emerg Infect Dis.*, 26(10) : 10
- [50] Zhang Z., Hou Y., Li DT., & *al.*, 2020. –**Laboratory findings of COVID-19: a systematic review and meta-analysis.** *Scand J Clin Lab Invest.*, 23/05/2020 :1–7.

- [51] Henry B., Benoit S., de Oliveira M., & *al.*, 2020. –**Laboratory abnormalities in children with mild and severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): a pooled analysis and review.** Clin Biochem., 81:1–8.
- [52] OMS. « **Clinical management of COVID-19: interim guidance** ». 27 May 2020
- [53] Watson J., Richter A., Deeks J., 2020. –**Testing for SARS-CoV-2 antibodies.** BMJ. 370:m3325.
- [54] Deeks J., Dinnes J., Takwoingi Y., & *al.*, 2020. –**Antibody tests for identification of current and past infection with SARS-CoV-2.** Cochrane Database Syst Rev., 25/06/2020 (6):CD013652.
- [55] Lisboa Bastos M., Tavaziva G., Abidi S., & *al.*, 2020. –**Diagnostic accuracy of serological tests for covid-19: systematic review and meta-analysis.** BMJ. 370:m2516.
- [56] World Health Organization., 2020. –**Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays.** interim guidance 2020.
- [57] Song F., Shi N., Shan F., & *al.*, 2020. –**Emerging coronavirus 2019-nCoV pneumonia.** Radiology., 06/02/2020:200–274.
- [58] World Health Organization., 2020. –**Use of chest imaging in COVID-19.** a rapid advice guides 2020., 2020: 5.
- [59] Sun P., Qie S., Liu Z., & *al.*, 2020. –**Clinical characteristics of hospitalized patients with SARS-CoV-2 infection: a single arm meta-analysis.** J Med Virol.,92(6) :612–617.
- [60] Li Z., Yi Y., Luo X., & *al.*, 2020. –**Development and clinical application of a rapid IgM-IgG combined antibody test for SARS-CoV-2 infection diagnosis.** J Med Virol., 27/02/2020: 15.

- [61] Tsikala Vafea M., Atalla E., Kalligeros M., & *al.*, 2020. –**Chest CT findings in asymptomatic cases with COVID-19: a systematic review and meta-analysis.** Clin Radiol., 12/08/2020 : 30–45
- [62] Yang W., Cao Q., Qin L., & *al.*, 2020. –**Clinical characteristics and imaging manifestations of the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19): a multi-center study in Wenzhou city, Zhejiang, China.** J Infect.,80(4):388–393.
- [63] Long C., Xu H., Shen Q., & *al.*, 2020. –**Diagnosis of the coronavirus disease (COVID-19): rRT-PCR or CT?** Eur J Radiol., 126:108–961.
- [64] Hossein H., Ali K., Hosseini M., & *al.*, 2020. –**Value of chest computed tomography scan in diagnosis of COVID-19: a systematic review and meta-analysis.** Clin Transl Imaging. 12/08/2020:1–13.
- [65] Zhao D., Yao F., Wang L., & *al.*, 2020. –**A comparative study on the clinical features of COVID-19 pneumonia to other pneumonias.** Clin Infect Dis., 12/03/2020: 20.
- [66] Feng P., Tianhe Y., Peng S., Shan G., 2020. –**Time Course of Lung Changes On Chest CT During Recovery From 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pneumonia.** Radiology., 13/02/2020: 200370
- [67] Revel M., Parkar A., Prosch H., Silva M., Sverzellati N., Gleeson F., & *al.*, 2020. –**COVID-19 patients and the Radiology department. advice from the European Society of Radiology (ESR) and the European Society of Thoracic Imaging (ESTI).** 11:11.
- [68] Kumar J., Meena J., Yadav A., & *al.*, 2020. –**Radiological findings of COVID-19 in children: a systematic review and meta-analysis.** J Trop Pediatr., 21/07/2020: 15.

- [69] Lescure F., Bouadma L., Nguyen D., Parisey M., 2020. –**Clinical and virological data of the first cases of COVID-19 in Europe: a case series.** The Lancet Infectious Diseases., 0(0): 27.
- [70] Pan H., Peto R., Abdool Karim K., & *al.*, 2020. –**Repurposed antiviral drugs for COVID-19 –interim WHO SOLIDARITY trial results.** MedRxiv., 15/10/2020: 156.
- [71] Ministère de la santé Maroc., 2020. –**Mise à jour du protocole de prise en charge des cas Covid-19, de gestion de leurs contacts et de la stratégie du dépistage.** Circulaires N°037, 038, 49 et 50/DELM/OO du 06 juillet 2020
- [72] Ewen C., 2020. –**The race for coronavirus vaccines: a graphical guide.** Nature., 580:576-577
- [73] <https://www.vidal.fr/actualites/25914-vaccins-contre-la-covid-19-un-point-sur-les-essais-de-phase-iii-en-cours.html>
- [74] Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., & *al.*, 2020. –**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., 2020:20.
- [75] Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y., 2020. –**A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations.** Gen Psychiatr., 2020:1-6.
- [76] Panchal N., Kamal R., Orgera K., Cox C., Garfield R., Hamel L., & *al.*, –**The implications of COVID-19 for mental health and substance use.** Kaiser Family Foundation., 21/04/2020: 4-7.
- [77] 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 Weibo users.** Int J Environ Res Public Health., 17:6.

- [78] Ahmed M., Ahmed O., Aibao Z., Hanbin S., Siyu L., Ahmad A., 2020. –**Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems.** » Asian J Psychiatr., 51:102092.
- [79] Huang Y., Zhao N., 2020. –**Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey.** Psychiatry Res., 288 :112954.
- [80] Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., & *al.*, 2020. –**Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019.** JAMA Netw Open., 3(3): e203976.
- [81] Ahmed M., Jouhar R., Ahmed N., Adnan S., Aftab M., Zafar M., & *al.*, 2020. –**Fear and Practice Modifications among Dentists to Combat Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak.** Int J Environ Res Public Health., 17:8.
- [82] Deng J., Zhou F., Hou W., & *al.*, 2020. –**The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis.** Ann N Y Acad Sci., 02/08/2020: 19–24.
- [83] Jung S., Jun J., 2020. –**Mental health and psychological intervention amid COVID-19 outbreak: perspectives from South Korea.** Yonsei Med J., 61(4):271–272.
- [84] Taha S., Matheson K., Cronin T., & *al.*, 2014. –**Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: the case of the 2009 H1N1 pandemic.** Br J Health Psychol., 19(3):592–660.
- [85] Zhang Y., Ma F., 2020. –**Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: a cross sectional study.** Int J Environ Res Public Health., 17(7):2381
- [86] Hien L., Veria K., & *al.*, 2020. –**The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China.** Journal of Travel Medicine., 17/03/2020: 17–20.

- [87] Brooks S., Webster K., Smith L., 2020. **–The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence.** *Lancet.*, 395(10227):912–920.
- [88] Fiorillo A., Gorwood P., 2020. **–The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice.** *Eur Psychiatry.*, 63(1): e32.
- [89] Cleland J., 2020. **–Resilience or resistance: a personal response to COVID-19.** *Med Educ.*, 14/04/2020: 20–25.
- [90] Kaniasty K., 2019. **–Social support interpersonal, and community dynamics following disasters caused by natural hazards.** *Curr Opin Psychol.*, 32:105–109.
- [91] Hawryluck L., Gold W., Robinson S., 2004. **–SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada.** *Emerg Infect.*, 10(7):1206–1212.
- [92] Cullen W., Gulati G., Kelly B., 2020. **–Mental health in the Covid-19 pandemic.** *QJM.*, 10:10–93.
- [93] Fergusson M., Boden J., Horwood L., 2015. **–Perceptions of distress and positive consequences following exposure to a major disaster amongst a well-studied cohort.** *Aust N Z J Psychiatry.*, 49(4):351–359
- [94] Mak I., Chu M., Pan C., 2009. **–Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors.** *Gen Hosp Psychiatry.*, 31(4):318–326.
- [95] Panagioti M., Geraghty K., Johnson J., 2018. **–Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis ».** *JAMA Intern Med.*, 178(10):1317–1330.
- [96] Turecki G., Brent A., Gunnell D., 2019. **–Suicide and suicide risk.** *Nat Rev Dis Primers.*, 5(1):74.

- [97] Reger M., Stanley H., Joiner E., 2020. –**Suicide mortality and Coronavirus disease 2019 – A perfect storm?.** JAMA Psychiatry., 1060: 120–125.
- [98] Yip F., Cheung T., Chau H., 2010. –**The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong.** Crisis., 31(2):86–92.
- [99] Dong M., Zheng J., 2020. –**Letter to the editor: headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19.** Health Expect., 23(2):259–260.
- [100] Qian M., Wu Q., Wu P., 2020. –**Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the COVID-19 outbreak in China: a population-based cross-sectional survey.** medRxiv., 18/02/2020:200–244.
- [101] Reynolds L., Garay R., Deamond L., 2008. –**Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience.** Epidemiol Infect., 136(7):997–1007.
- [102] Drake C., Richardson G., Roehrs T., 2004. –**Vulnerability to stress-related sleep disturbance and hyperarousal.** Sleep., 27(2):285–291
- [103] Altena E., Baglioni C., Espie A., 2020. –**Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy.** J Sleep Res., 2020: 78–90.
- [104] American Academy of Sleep Medicine., 2014. –**American Academy of Sleep Medicine; Westchester, IL: 2014. International Classification of sleep disorders—third edition (ICSD-3).** 2014: 200–215.

- [105] Geoffroy P., Hoertel N., Etain B., 2018. **–Insomnia and hypersomnia in major depressive episode: prevalence, sociodemographic characteristics and psychiatric comorbidity in a population-based study** ». *J Affect Disord.*, 226:132-141.
- [106] Morin C.M., Benca R., 2012. **–Chronic insomnia**. *Lancet.*, 379(9821):1129-1141.
- [107] Irwin M., 2015. **–Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology perspective**. *Annu Rev Psychol.*, 66:143-172.
- [108] Geoffroy P., Tebeka S., Blanco C., 2020. **–Shorter and longer durations of sleep are associated with an increased twelve-month prevalence of psychiatric and substance use disorders: findings from a nationally representative survey of US adults (NESARC-III)** » *J Psychiatr Res.*, 18/02/2020:10-16.
- [109] Chaumet G., Taillard J., Sagaspe P., 2009. **–Confinement and sleep deprivation effects on propensity to take risks**. *Aviation Space Environ Med.*, 80(2):73-80.
- [110] Sprang G., Silman M., 2013. **–posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters**. *Disaster Med Public Health Preparedness* 2013., 7(1):105-110.
- [111] Wu P., Fang Y., Guan Z., 2009. **–The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk**. *Can J Psychiatry.*, 54(5):302-311.
- [112] Sun L., Sun Z., Wu L., 2020. **–Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China**. *medRxiv.*, 2020: 130-149.

- [113] Zhang F., Shang Z., Ma H., 2020. –**High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: a study on influence of coronavirus disease (COVID-19) in China.** medRxiv., 2020: 150–169.
- [114] Hobfoll S., Tracy M., Galea S., 2006. –**The impact of resource loss and traumatic growth on probable PTSD and depression following terrorist attacks.** J Trauma Stress., 19(6) :867–878.

ANNEXES

ÉVALUATION DU BIEN-ÊTRE ET DE L'EFFET PSYCHOLOGIQUE APRÈS LE CONFINEMENT SUITE A LA PANDEMIE COVID-19 : تقييم الاثر النفسي لرفع الحجر الصحي اثناء : جائحة كورونا

Une étude est réalisée par le service universitaire de Psychiatrie au CHU Hassan II de Fès, et vise à évaluer le bien-être et l'effet psychologique du déconfinement suite à la pandémie COVID-19, à l'aide d'un autoquestionnaire élaboré dans ce sens. Nous vous remercions d'avance de votre participation, vos réponses seront d'une grande importance et d'un grand intérêt pour la réalisation de cette étude. Nous vous rappelons aussi que les données recueillies sont ANONYMES.

*Obligatoire

أوافق: J'accepte librement et volontairement à remplir ce questionnaire en ligne بحرية وطوعاً على إكمال هذا الاستبيان عبر الإنترنت

- نعم
 Non

Suivant

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. Signaler un cas d'utilisation abusive - Conditions d'utilisation - Règles de confidentialité

Google Forms

استمارة معلومات: FICHE DE RENSEIGNEMENTS

* هل أنت ؟ : Êtes-vous :

- أنثى Une femme
 ذكر Un homme

* كم عمرك ؟ : Quel est votre âge ?

Votre réponse

* ما هو وضعك المدني ؟ : Quel est votre état civil ?

- عازب Celibataire
 متزوج (e) Married
 متطلق (e) Divorcé
 أرمل (ve) Veuf

* هل لديك أطفال ؟ : Avez-vous des enfants ?

- نعم
 Non

* نشاط مهني : Activité professionnelle

- منتظم Régulière
 غير منتظم Irrégulière
 غير Absente

* ما هو مستواك التعليمي ؟ : Quel est votre niveau de scolarité ?

- الإبتدائي Primaire
 إعدادي Secondaire
 الثانوي Lycée
 دةسي Universitaire

* هل تعيش في منطقة قروية أم حضرية ؟ : Vous habitez dans un milieu ?

- منطقة حضرية Urbain
 منطقة قروية Rural

* تعيش : Vous vivez :

- وحيد (e) Seul
 مع العائلة En famille
 زميل سكن En collocation

* هل مرة الحجر هل عملت و / هل درست ؟ : Pendant le confinement avez-vous travaillé et/ou étudié ?

- العمل المباشر Travail en présentiel
 نعم، أعمل بانتظام عن بعد (par le télétravail) Oui, régulièrement je travaille à distance
 نعم، أحياناً أعمل عن بعد (par le télétravail) Oui, des fois je travaille à distance
 لم أعمل pendant le confinement Je n'ai pas travaillé pendant le confinement

* هل تعاني من مرض مزمن ؟ : Souffriez-vous d'une maladie chronique ?

- نعم
 Non

* إذا كان الأمر كذلك ، ما المرض الذي تعاني منه ؟ : Si oui, de quelle maladie souffrez-vous ?

Votre réponse

* هل سبق لك أن استدرت من ؟ : Avez-vous déjà consulté pour une affection psychiatrique ?
* أجل حالة صحية ؟

- نعم
 Non

* إذا كانت الإجابة بدم ، حدد سبب الاستشارة : Si oui, précisez le motif de consultation et/ou du suivi

- اضطراب الاكتئاب Trouble dépressif
 اضطرابات القلق Trouble anxieux
 اضطراب ثنائي القطب Trouble bipolaire
 الإدمان Addictions
 آخر Autres

* نشاطي المتدرات : Notion d'usage de substance :

- نعم
 Non

Si oui, veuillez préciser: من فضلك وضح: أحييت بدمي

occasionnellement من حق آخر وضعك

Souvent غالباً

Avez-vous été atteint du covid19 ? هل كان لديك كوفيد 19 ؟ Oui نعم

Non لا

Avez-vous un proche atteint du covid19 ? هل لديك أحد أحبائك مع كوفيد 19 ؟ Oui نعم

Non لا

Si oui, veuillez préciser: من فضلك وضح: Famille أسرة

Ami صديق

Collègue زميل

Perception de l'impact psychologique du confinement : تصور الأثر النفسي للحجر الصحي: لا تأثير

0 1 2 3 4 5 Impact extrême تأثير شديد

L'impact était il plus marqué : كان الأثر أكثر وضوحاً: Impact financier تأثير مالي

Impact psychologique تأثير نفسي

Impact sur la vie familiale تأثير على الحياة الأسرية

[Retour](#) [Suivant](#)

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Règles de confidentialité](#)



APRÈS LE CONFINEMENT: بعد الحجر

Étiez-vous satisfait des informations relayées par les médias concernant les mesures du déconfinement ? هل كنت راضياً عن المعلومات التي نقلتها وسائل الإعلام بخصوص إجراءات رفع الحجر الصحي ؟

- Complètement d'accord موافق تماماً
- Assez d'accord موافق بما فيه الكفاية
- Neutre محايد
- Plutôt en désaccord لا موافق إلى حد ما
- Complètement en désaccord اختلف تماماً

En post-confinement : بعد إجراءات رفع الحجر الصحي: Oui نعم Non لا

Avez-vous remarqué une amélioration de votre rendement du travail ? هل لاحظت تحسناً في أداء عملك؟

Avez-vous repris vos activités professionnelles et/ou personnelles ? هل استأنفت المهنة و/أو الشخصية؟

Avez-vous remarqué une amélioration de vos problèmes financiers ? هل لاحظت تحسناً في مشاكك المالية؟

Avez-vous remarqué un impact ou un changement sur votre vie familiale et/ou vos liens sociaux ? هل لاحظت أي تأثير أو تغيير في حياتك العائلية و/أو روابطك الاجتماعية؟

Préoccupations après le confinement : اهتمامات بعد إجراءات رفع الحجر الصحي: Souvent غالباً Parfois بعض الأحيان Jamais أبداً

Peur d'être contaminé: الخوف من الإصابة

Peur d'une contamination d'un membre de la famille: الخوف من إصابة أحد أفراد الأسرة

Peur que la pandémie dure des mois: الخوف من أن يستمر الوباء لأشهر

Peur d'un renouvellement du confinement: تجدد الحجر الصحي

Attitudes après le confinement: المواقف المتبع ما بعد رفع الحجر الصحي: Souvent غالباً Parfois بعض الأحيان Jamais أبداً

Peur de sortir: الخوف من الخروج

Peur des interactions sociales: الخوف من التفاعلات الاجتماعية

Peur des lieux publics: الخوف من الأماكن العامة

Autres attitudes comportementales: المواقف السلوكية الأخرى: Achat excessif: عمليات الشراء المفرطة Travail en excès: العمل الزائد Interactions sociales en excès: التفاعلات الاجتماعية الزائدة Autres: آخر

Si vous avez un usage de substances auparavant, avez-vous un changement dans la consommation après le confinement : هل لاحظت أي تغيير في الاستهلاك بعد رفع الحجر Oui نعم Non لا

Si vous remarquez un changement dans les consommations, veuillez préciser l'a

لاحظت تغيراً في الاستهلاك، يرجى التحديد

Augmentation زيادة

Diminution. تخفيض

Arrêt توقف

[Retour](#) [Suivant](#)

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. Signaler un cas d'utilisation abusive - Conditions d'utilisation - Règles de confidentialité



ÉVALUATION DE L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE APRÈS LE CONFINEMENT =
 ECHELLE DASS تقييم الأثر النفسي

Veuillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience. Indiquez votre choix en encerclant le chiffre qui y correspond (soit 0,1,2 ou 3). *

0 = ne s'applique pas du tout à moi لا تطبق عليّ على الإطلاق	1 = s'applique un peu à moi, au temps. تطبق قليلاً عليّ أحياناً	2 = s'applique beaucoup à moi, au une bonne partie du temps. تطبق عليّ كثيراً	3 = s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps. تطبق عليّ بشكل كامل، أو للزيادة الغالبى من الوقت
---	---	---	--

J'ai trouvé difficile de décompresser وجدت صعوبة في فك الضغط	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
كنت واعياً (ت) بحجف كنتي في كوعي من العيشة من الجفاف	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
شعرت أنني لا أستطيع الشعور بأي عطفة (إيجابية) له. لا أستطيع الشعور بأي عطفة (إيجابية) له.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique) واجهت صعوبة في التنفس (على سبيل المثال، التنفس السريع المفرط وضيق التنفس دون مجهود في)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu de la difficulté à initier de nouvelles activités جديدة. واجهت صعوبة في بدء أنشطة جديدة.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu tendance à réagir de façon exagérée. كنت أهدأ في رد الفعل إلى المبالغة في رد الفعل.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu des tremblements (par exemple, des mains) كنتي في ارتجاف (على سبيل المثال، اليدين).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J'ai eu l'impression de dépenser beaucoup d'énergie nerveuse. وكأني أفقد الكثير من الطاقة النفسية.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e). وكنت مثلك الذي أفقد أعصابي أو أفقد أعصابي في المواقف.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir. لم أجد أي متعة في مشروع أو غيره في المستقبل.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e). أدركت أنني أصبحت مضطرباً.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu de la difficulté à me détendre. واجهت صعوبة في الاسترخاء.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis senti(e) abattu(e) et triste. شعرت أنني محبط ووحيد.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai été intolérant(e) à tout ce qui m'empêchait de faire ce que j'aimais. كنت غير متسامح مع كل ما يمنعني من فعل ما كان عليّ قلبه.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu le sentiment d'être presque pris(e) de panique. وكأني أشعر بالهلع.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit. لم أتمكن من الشعور بالحماس تجاه أي شيء.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu le sentiment de ne pas valoriser grand chose comme personne. شعرت وكأنني لا أسوي شيئاً كأنني مثل أي شخص آخر.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu l'impression d'être assez susceptible. وكأني حساس جداً.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avoir des difficultés à vous concentrer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être en état de super-alarmer, sur la défensive, ou sur vos gardes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Retour](#)

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google. [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Règles de confidentialité](#)

Google Forms