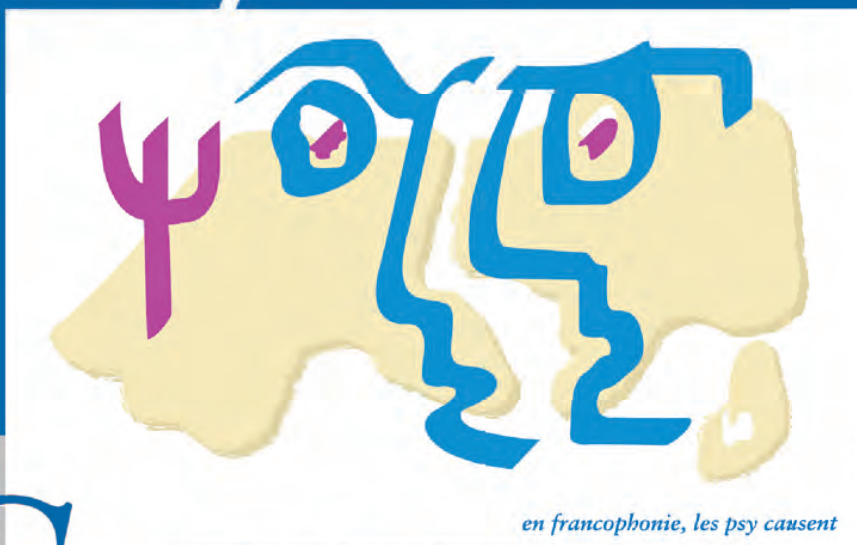


# Psy

Psy Cause 83

4<sup>e</sup> trimestre 2022



*en francophonie, les psy causent*

# Cause

## SOMMAIRE

IMPACTS DU STRESS ET  
STRATÉGIES D'ADAPTATION  
CHEZ LES SAPEURS-POMPIERS  
AU SÉNÉGAL

STRESS CHEZ LES ÉTUDIANTS  
EN SPÉCIALISATION DE MÉDECINE  
AU TOGO

LE BURN-OUT PARMİ LE PERSONNEL  
SOIGNANT DU CENTRE HOSPITALIER  
REGIONAL DE ZIGUINCHOR

SURVOL D'UN SYSTÈME DE SOINS EN  
SANTÉ MENTALE MADE IN AFRICA  
POUR TOUTE L'AFRIQUE



# SOMMAIRE

## Psy Cause n°83

### **IMPACTS DU STRESS ET STRATÉGIES D'ADAPTATION CHEZ LES SAPEURS-POMPIERS AU SÉNÉGAL**

Bocar Baïla DIÉDHIOU, Armandine Eusebia Roseline  
DIATTA, El Hadji Makhtar BA, Omar COLY, Mor  
NDIAYE .....5

### **STRESS CHEZ LES ÉTUDIANTS EN SPÉCIALISATION DE MÉDECINE AU TOGO**

Kokou Messanh Agbémélé SOEDJE, Yawo  
Apéléte AGBOBLI, Damega WENKOURAMAC,  
Guy-Gérard AZA-GNANDJI, Kodjo Dodji TENYOH,  
Adjaré-Kamé Fidèle AHARA, Koffi Mawussé  
MENSAH, Désiré NANEMA,  
Kolou Simliwa DASSAF ..... 15

### **LE BURN-OUT PARMİ LE PERSONNEL SOIGNANT DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE ZIGUINCHOR**

A.E.R. DIATTA, DIEDHIOU B B,  
A.S.E. GLOKPO, M.L. DIAO,  
H. TOURE, E.H.M. BA, M. NDIAYE .....31

### **SURVOL D'UN SYSTÈME DE SOINS EN SANTÉ MENTALE MADE IN AFRICA POUR TOUTE L'AFRIQUE**

Benoît DES ROCHES .....43

PSY CAUSE

**83**

Année 2022, quatrième trimestre

**Revue Psy Cause**

Editions *Psy Cause International*

Cabinet du Dr Thierry Lavergne

62, Cours Sextius

13100 Aix-en-Provence

Site web : <http://www.psycause.info>

Réalisation : Hexa-Aix

Aix-en-Provence

04 42 288 970

Prix : 50 € - ISSN 1245-2394

## ARTICLE 2



# STRESS CHEZ LES ÉTUDIANTS EN SPÉCIALISATION DE MÉDECINE AU TOGO.

## STRESS AMONG MEDICAL STUDENTS IN TOGO.

**Auteurs :** Kokou Messanh Agbémélé SOEDJE<sup>a\*</sup>, Yawo Apéléte AGBOBLI<sup>b</sup>, Damega WENKOURAMAC, **Guy-Gérard AZA-GNANDJI<sup>d</sup>**, Kodjo Dodji TENYOH<sup>a</sup>, Adjaré-Kamé Fidèle AHARA<sup>a</sup>, Koffi Mawussé MENSAH<sup>a</sup>, Désiré NANEMA<sup>e</sup>, Kolou Simliwa DASSAF

a/ Service de psychiatrie du CHU-Sylvanus OLYMPIO de Lomé-Togo  
(psychiatre, médecins)

b/ Service médecine de travail du CHU-Sylvanus OLYMPIO de Lomé-Togo  
(médecin de travail)

c/ Service de psychiatrie du CHU Kara-Togo (psychiatre)

d/ Service de Psychiatrie du CNHU-HKM de Cotonou-Bénin (psychiatres)

e/ Service de psychiatrie du CHUR de Ouahiguya Burkina-Faso (Psychiatre)

f/ Service de psychiatrie du CHU Campus de Lomé-Togo (Psychiatre)

\*Maître de Conférences Agrégé à la Faculté des Sciences de la Santé – Université de Lomé (Togo),  
Chef service de psychiatrie au CHU-Sylvanus OLYMPIO. 01BP4702 Lomé-Togo ;  
email : soedjem@gmail.com; GSM : +22890104445.

## RÉSUMÉ

**Objectif :** Le but de ce travail était de déterminer l'indice d'association entre les conditions de travail, l'environnement socio-professionnel et le stress professionnel. **Méthode :** Il s'était agi d'une étude exhaustive, transversale à visée descriptive qui s'était déroulée du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2019 chez les médecins en spécialisation. **Résultats :** Cette série comportait 79,2% d'hommes soit un sex-ratio de 3,81. La moyenne d'âge était de  $32,05 \pm 4,94$  ans. L'âge, le genre, la notion de vie en couple et le loisir ne constituaient pas des facteurs de risque d'un score pathologique dans une des trois sous-dimensions. Le syndrome d'épuisement professionnel dans sa sous-dimension « dépersonnalisation » était significativement plus important chez les étudiants n'ayant pas d'enfants en charge (50,98% contre 25,32%,  $p = 0,005$ ). **Conclusion :** l'étude des facteurs protecteurs permettra de mieux organiser la prévention.

**Mots clés :** Burn-out, médecin en spécialisation, stress, Afrique subsaharienne.

## Summary

**Objective:** The aim of this work was to determine the index of association between working conditions, the socio-professional environment and occupational stress. **Method:** This was an exhaustive, cross-sectional descriptive study which took place from June 1 to 30, 2019 among doctors in specialization. **Results:** This series included 79.2% men, i.e. a sex ratio of 3.81. The average age was  $32.05 \pm 4.94$  years. Age, gender, the notion of life as a couple and leisure did not constitute risk factors for a pathological score in one of the three sub-dimensions. The burnout syndrome in its «depersonalization» sub-dimension was significantly greater in students with no children in charge (50.98% versus 25.32%,  $p = 0.005$ ). **Conclusion:** the study of protective factors will make it possible to better organize prevention.

**Keywords:** Burn-out, specialist doctor, stress, sub-Saharan Africa.

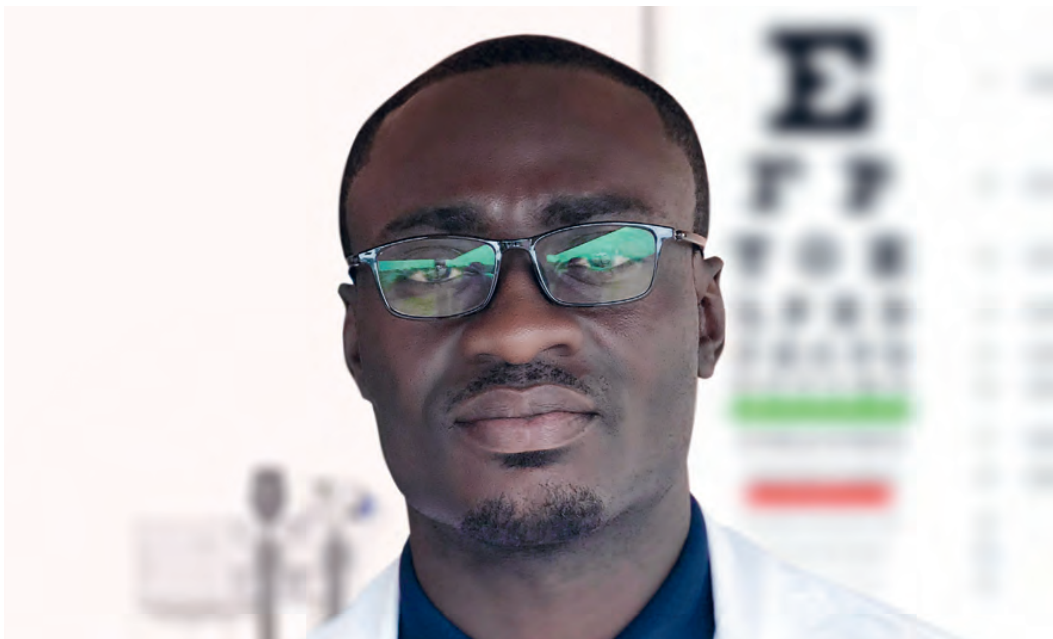
## INTRODUCTION

Tout au long de son existence, l'espèce humaine a connu peu de transitions dans sa vie laborieuse. La première s'est produite il y a dix mille ans, lorsque les tribus nomades vivant de la chasse et de la cueillette se sont tournées vers l'agriculture. La seconde transition a commencé il y a quelques siècles à peine, avec l'avènement de la révolution industrielle. Aujourd'hui, nous vivons une troisième transition caractérisée par l'économie de l'information, par la mondialisation, la réorganisation des entreprises, les nouvelles technologies et philosophies de gestion, une diversité accrue de la population active et de plus fortes attentes de la part de celle-ci [1]. L'organisation du travail a ainsi fait du chemin depuis la deuxième transition et les développements connus par le monde du travail recèlent un grand potentiel de santé, de bien-être et de prospérité. Mais il est aussi évident que certains d'entre eux produisent des effets secondaires sous forme de stress, de maladies psycho-sociales et de problèmes de santé liés au travail [2].

Avec l'avènement du capitalisme qui est basé sur le principe d'intérêt, de concurrence et de compétition, la valeur économique est devenue l'enjeu premier des pays, de la société, des entreprises et des individus. Les employés sont obligés de travailler au-delà de leur capacité, sacrifiant parfois leurs familles pour satisfaire l'employeur. Ceci a pour conséquence un stress professionnel qui en retour, retentit négativement aussi bien sur la vie socio-familiale des individus que sur celle des entreprises et des pays. Ainsi,

d'après le national consumers league (association américaine des consommateurs) la principale cause de stress chez les adultes se plaignant de problèmes dans leur vie est le travail (39%) [3].

Dans de nombreux domaines, le stress au travail et les troubles psychiques qui en résultent ont été mis en avant ces dernières années. Les médias se sont emparés du sujet et de plus en plus de solutions sont proposées afin de limiter les dommages psychologiques de ce mal-être professionnel. Les professionnels de santé sont loin d'être épargnés [4]. Bien que la littérature sur le sujet soit peu abondante, plusieurs recherches indiquent que les médecins généralistes sont frappés du syndrome d'épuisement professionnel, le burnout [5,6]. Le médecin est soumis à une pression en perpétuelle croissance. Il est, par conséquent, victime d'un stress en constante augmentation, qui pourra le conduire à l'épuisement professionnel [7]. L'évolution du système de santé sous la contrainte des enjeux politiques, économiques et sanitaires, influe sur la perception qu'ont les professionnels de santé et les patients de la pratique et de l'organisation des soins. La demande de soins est en constante augmentation, alors que les moyens humains et financiers sont en baisse. La gestion financière, administrative, juridique, et logistique prend de plus en plus de place dans une activité professionnelle où les cas médicaux se complexifient scientifiquement et où le patient et son entourage sont de plus en plus exigeants. La santé n'est plus une aubaine, mais un dû : « Les médias donnaient un tel écho aux miracles de la médecine qu'une mort ne pouvait être naturelle. C'était forcément la faute de quelqu'un ». Cet ensemble de circonstances augmente les sources de stress et diminue le sens de l'accomplissement des soignants. C'est dans cet environnement que se déroule l'apprentissage des spécialités médico-chirurgicales par les médecins, en vue de l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES). C'est une période stressante, pendant laquelle ces derniers doivent acquérir, au prix de longues heures de travail, les connaissances et les pratiques fondamentales pour faire face à leurs futures responsabilités professionnelles [8].



Cependant, très peu d'études ont été consacrées au stress en milieu hospitalier chez les médecins en Afrique. Au Togo peu d'études ont été réalisées sur le stress chez le personnel soignant et encore moins chez les médecins. À quel degré cette profession noble qui s'occupe de la vie humaine dans une société, est affectée par ce phénomène de stress professionnel ? Quelles en sont les sources possibles ? Ce travail a été réalisé dans la perspective d'apporter des réponses à ces questions.

Le but de ce travail, était de déterminer, à partir des modèles de stress professionnel, l'indice d'association entre les conditions de travail, l'environnement socio-professionnel et le stress professionnel. Les objectifs spécifiques poursuivis dans ce travail consistaient à :

- identifier le phénomène de stress professionnel chez les médecins en spécialisation
- évaluer la prévalence du burnout chez les médecins en spécialisation
- déterminer les facteurs influençant le risque d'épuisement professionnel chez les médecins en spécialisation.

## 1. Cadre, matériel et méthode d'étude

### 1.2. Cadre d'étude

Le Togo est une bande de terre rectangulaire de 56.785 km<sup>2</sup> en Afrique de l'Ouest [9] avec pour capitale Lomé, qui s'ouvre sur l'Océan Atlantique au Sud, et où réside le tiers des habitants du pays. Ce pays a une population estimée à 6.191.155 habitants en 2010, avec un taux de croissance annuel moyen de 2,84 % habitants [10] et à une organisation des structures sanitaires en pyramide. La formation de spécialisation de médecins se fait dans les structures spécialisées du sommet de la pyramide sanitaire que sont les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), ou parfois dans les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). Cette étude multicentrique a été menée au CHU Sylvanus Olympio (CHU SO), au CHU Campus (CHU Campus), et au CHR Lomé-Commune (CHU LC), trois hôpitaux situés à Lomé la capitale, et dans deux hôpitaux de la ville de Kara au nord du pays que sont le CHU Kara (CHU-K) et le CHR Tomdè.

### 1.2. Matériel et méthode d'étude

#### • Type et période

Il s'était agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique à passage unique sur l'ensemble du pays. Elle s'était déroulée du 1er au 30 juin 2019 qui constitue le dernier mois universitaire avant la programmation de vacances hospitalières.

#### • Population étudiée

Cette série a porté sur les médecins régulièrement inscrits en DES à la Direction des Affaires Académiques et de la Scolarité (DAAS) pour le compte de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Lomé (FSS-UL) au cours de l'année académique 2018- 2019 et qui étaient en stage hospitalier. C'est la seule Faculté de médecins qui forme les spécialistes au Togo. Il s'agissait d'une enquête exhaustive.

Ont été inclus dans cette étude : les médecins régulièrement inscrits à la DASS de UL pour la FSS pour l'année 2018-2019, quel que soit le statut de résident ou non, ayant soutenu leur thèse ou non, quels que soient la spécialité, le genre et la nationalité, étant en stage pendant la période de l'étude. Ont été exclus de ce travail les cas d'abstention et d'omission de réponse à un ou plusieurs items du questionnaire.

Un questionnaire qui comportait deux parties a été utilisé : une première partie qui renseignait sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, situation familiale, parentalité, loisir) et professionnelles (spécialité, niveau d'étude, nombre d'heures de travail, nombre de gardes par semaines, nombre de personnes par équipe de garde) ; et une deuxième partie qui évaluait le syndrome d'épuisement professionnel à l'aide du questionnaire de Maslach Burnout Inventory (MBI) de même que l'échelle de Epworth.

Le MBI est un questionnaire validé et édité comme test psychologique aux Etats-Unis [11], permettant d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel dans la pratique quotidienne [12]. La version utilisée dans cette étude est le MBI à 22 items et à 3 sous-échelles qui représentent les trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel (publié en anglais américain, puis traduit en français). L'évaluation du sommeil a été faite par l'échelle d'Epworth [13].

#### • **Technique et déroulement de la collecte des données**

Après avoir établi le questionnaire, l'enquêteur (étudiant en fin de troisième cycle médical) s'est rendu dans les lieux de stage pour se présenter au chef des différents services dans lesquels se trouvaient les médecins en spécialisation, leur présenter le but du travail et demander ensuite leur autorisation pour procéder à l'enquête. Une fois l'autorisation accordée, il a obtenu auprès des secrétariats les listes de tous les médecins en spécialisation ce qui lui a facilité le contact avec ces derniers. Pour l'enquête auprès de ces médecins en spécialisation, il leur avait d'abord expliqué le but de ce travail, de leur droit de refuser ou d'accepter de participer à l'étude. Le consentement verbal était obtenu pour chaque médecin. L'anonymat et la confidentialité étaient garantis et respectés. Les dispositions étaient prises au moment de la collecte des données pour éviter l'identification des enquêtés. Après avoir réuni toutes ces conditions, il a remis les questionnaires aux médecins rencontrés, ceux qui étaient disponibles les ont remplis sur place, les autres qui n'étaient pas disponibles nous ont donné un rendez-vous pour retourner prendre les questionnaires remplis.

#### • **Analyse, traitement et interprétation des données**

L'échelle d'évaluation de l'épuisement professionnel utilisée était celle de Maslach Burnout Inventory (MBI). Chaque question a été pondérée de 0 à 6, ce qui nous permet de calculer les scores. Les scores obtenus par l'étude de l'échelle de Maslach Burnout Inventory (MBI) et leurs interprétations sont présentés dans le tableau I. Les paramètres qualitatifs sont exprimés sous forme de nombre suivi du pourcentage et les variables quantitatives sont exprimées en moyenne  $\pm$  écart-type. Le test de khi-2 a été utilisé pour comparer les pourcentages et le test ANOVA pour comparer les moyennes. Le coefficient de corrélation de Pearson a été calculé par régression linéaire pour analyser la relation entre les caractéristiques socio-professionnelles et le stress professionnel. La régression logistique a été utilisée pour calculer les Odds ratios et leurs intervalles de confiance à 95% afin d'analyser la relation entre le stress et certains facteurs que sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel et la satisfaction vis-à-vis du travail. Les valeurs de  $p < 0,05$  ont été considérées comme significatives. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi info 7.1.3.3. Les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Word 2010 et Microsoft Excel 2010.

## 2. Résultats

Il y avait au total 216 médecins en spécialisation au Togo mais l'enquête n'a concerné que 202 qui étaient présents, 6 étant en congés et 08 en stage à l'extérieur du pays. Au final 130 médecins ont participé à l'enquête, soit un taux de participation de 64,4%.

### 2.1. Caractéristiques sociodémographiques et administratives

Cette série était constituée de 79,2% d'hommes avec un sex-ratio de 3,81. La moyenne d'âge était de  $32,05 \pm 4,94$  ans avec des extrêmes de 23 à 53 ans et une prédominance de la tranche d'âge de 30 à 34 ans. Les enquêtés vivaient en couple dans une proportion de 66,9% et la parentalité a été observée chez 60,8%. L'alcool et le café étaient plus consommés dans respectivement 34,62 et 33,08% des cas et 73,1% avaient au moins un loisir.

Sur le plan administratif, 24 médecins étaient des résidents soit 18,5%. Ceux ayant déjà soutenu leur thèse de doctorat étaient 121 soit 93,1% et la durée moyenne de leur soutenance de thèse était de  $55,08 \pm 35,97$  mois. Les détails des paramètres socio-démographiques et administratifs sont présentés dans le tableau II.

### 2.2. Charges et conditions de travail

Au moment où l'enquête a été menée les médecins en spécialisation ont déjà effectué en moyenne  $6,44 \pm 1,55$  mois de stage dans les différents départements. Ils effectuaient en moyenne  $3,59 \pm 2,35$  gardes par mois au cours desquelles 36,1% des étudiants prenaient des stimulants. Cent neuf étudiants soit 83,8% ont affirmé ne pas avoir de repos compensateur après leur garde. La charge de travail était jugée élevée chez 72,3% d'étudiants. Quarante-six répondants soit 66,2% déclaraient ne pas être concentrés pour effectuer leurs tâches quotidiennes. De ce fait, il était évident de chercher l'incidence des erreurs médicales. Et 84 étudiants soit 64,6% avaient déclaré avoir commis des erreurs médicales. Les raisons de survenue de ces erreurs étaient rattachées principalement à la fatigue (50%), la charge de travail (36,9%) et le manque de supervision (26,2%) tous les détails sont dans le tableau III.

### 2.3. Evaluation du sommeil

Ce travail a montré que la durée moyenne de sommeil par nuit était de  $5,60 \pm 1,06$  heures avec des extrêmes de 4 à 8 heures. La qualité de sommeil était qualifiée de moyenne chez 69,2%. A l'issue de leur sommeil, 25,4% ont affirmé avoir un trouble de sommeil au cours de ces 12 derniers mois. Concernant les scores d'Epworth, 50 étudiants soit 38,5% ont présenté une somnolence diurne, qui était légère chez 33,08% ( $n = 43$ ) et modérée chez 5,38% ( $n = 7$ ). La moyenne des scores était de  $9,87 \pm 3,46$  traduisant une somnolence normale. Un des aspects traduisant la fatigue était la somnolence dans des endroits inappropriés ; en effet, 36 étudiants soit 27,7% ont affirmé avoir dormi dans des endroits inhabituels en post-garde, tout ceci mis en relief dans le tableau IV.

### 2.4. Evaluation du syndrome d'épuisement professionnel

Les scores moyens d'épuisement émotionnel (EE), de dépersonnalisation (DP) et d'accomplissement personnel (AP) étaient respectivement de  $25,68 \pm 11,48$  (EE modéré), de  $8,55 \pm 5,5$  (DP modérée) et de  $36,77 \pm 7,07$  (AP modéré). Dans cette série 19 étudiants soit 14,6% avaient un burn-out (BO) élevé. Cinquante-huit étudiants soit 44,5% avaient un score d'épuisement émotionnel élevé. Concernant la dépersonnalisation, les scores étaient élevés, modérés et bas dans respectivement 35,4%, 30,8% et 33,8% des cas. Peu d'étudiants soit 21,5% avaient un score d'accomplissement personnel bas dont tous les détails sont représentés sur la figure 1.



### ***2.5. Influence des paramètres sociodémographiques et professionnels sur le syndrome d'épuisement professionnel***

#### **- Paramètres sociodémographiques**

L'âge, le genre, la notion de vie en couple et le loisir ne constituaient pas des facteurs de risque d'un score pathologique dans une des trois sous-dimensions. Il n'y avait pas d'association entre l'âge, le genre, la notion de vie en couple, le loisir, et le score pathologique dans aucune des trois sous-dimensions. Le syndrome d'épuisement professionnel dans sa sous-dimension « dépersonnalisation » était significativement plus important chez les étudiants n'ayant pas d'enfants en charge (50,98% contre 25,32%,  $p = 0,005$ ) comme exposé dans le tableau V.

#### **- Paramètres professionnels**

L'ancienneté n'influçait pas les scores d'épuisement professionnel. Chez les étudiants inscrits en spécialité chirurgicale, on notait des scores de dépersonnalisation élevés (45,6%,  $p = 0,02$ ) et d'accomplissement personnel bas (29,41%,  $p = 0,04$ ) et une proportion de scores pathologiques élevés (22,1,  $p = 0,02$ ). Les spécialités chirurgicales enregistrant plus de scores pathologiques étaient la chirurgie générale (63,6%) et la traumatologie-orthopédie (27,8%). Les étudiants jugeant la charge de travail élevée étaient plus nombreux à avoir un score d'épuisement émotionnel significativement élevé ( $p = 0,01$ ). Ils étaient également ceux qui avaient plus de risque d'avoir trois scores pathologiques, paramètre renseignant sur le niveau du syndrome d'épuisement professionnel. Le nombre de gardes par mois influçait significativement les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Les étudiants faisant plus de deux gardes par mois étaient plus exposés aux scores pathologiques. L'absence de repos compensateur constituait un facteur de risque de l'épuisement émotionnel élevé comme présenté toujours dans le tableau V.

## 3. Discussions

### 3.1. Limites et forces de l'étude

Au cours de cette période d'étude certains étudiants ont déjà commencé par préparer les examens de fin d'année réduisant leur disponibilité. L'usage du MBI comme échelle de mesure du burn-out nous expose à un biais possible reconnu par Maslach [14,15]. Il est dû au fait que certaines propositions expriment des sentiments qui vont à l'encontre de la conformité habituelle de la profession imaginée par le travailleur. L'utilisation de l'échelle d'Epworth pour l'évaluation des troubles de sommeil pourrait ne pas refléter la réalité par le fait d'imaginer certaines situations.

L'étude a été menée sur une période qui tend vers la fin de l'année académique où le burn-out se ferait plus ressentir par les étudiants. Cette étude, en plus d'être exhaustive, a permis de faire un état des lieux. Elle a permis d'identifier certains facteurs associés au burn-out et d'établir le lien de causalité.

### 3.2. Caractéristiques sociodémographiques

Dans ce travail le taux de participation était de 64,4%, jugé dans la moyenne, car Kacem I et al. [16] en Tunisie, et Gueye M et al. [8] au Sénégal ont trouvé un taux respectivement de 52,6% et 96%. Nos résultats pourraient s'expliquer par l'indisponibilité de certains étudiants qui préparaient déjà les examens de fin d'année et d'autres qui étaient en stage à l'extérieur.

La population était composée de 79,2% d'hommes. Les mêmes résultats ont été retrouvés dans d'autres études [8,16]. Ceci permet de constater qu'en Afrique la scolarisation et le maintien des filles à l'école restent encore des défis à relever. Le taux de parentalité était de 60,8% avec en moyenne 1,96 enfant en charge. Ceci était compatible avec le taux de vie en couple élevé dans la population contrairement à Gueye M et al. [8] qui avaient trouvé un taux bas (33,9%) traduisant un taux élevé de célibat dans la population des étudiants, rançon de longues études.

### 3.3. Caractéristiques professionnelles

Les enquêtés jeunes (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> années) représentaient plus de la moitié de la population (66,9%) alors que dans l'étude de Gueye M et al. [8] au Sénégal les anciens (3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> années) étaient majoritaires. Le fait d'être nouveau et de penser à tout le travail qu'il y aura à faire et toutes les situations qu'il y aura à vivre pourrait déjà être sources de stress pour ces jeunes médecins en spécialisation. Les médecins en spécialisation effectuaient en moyenne 3,59 gardes par mois ce qui était moins important que les résultats trouvés par Gueye M et al. [8] (5,9 gardes) et par Kacem I et al. [16] (4,6 gardes pour les internes et 5,6 gardes pour résidents).

### 3.4. Evaluation du burn-out chez les enquêtés

Les enquêtés avaient un épuisement émotionnel en moyenne plus bas que celui retrouvé dans les autres études chez les jeunes médecins et les médecins en spécialisation et 44,42% avaient un degré sévère d'épuisement émotionnel, taux inférieur à ceux retrouvés dans l'étude de Gueye M et al. [8] (64%).

Ici, on peut se poser la question de la réalité de la théorie d'initiation du syndrome d'épuisement professionnel, qui, selon Maslach, débute par l'apparition de l'épuisement émotionnel, éventuellement associé à la dépersonnalisation comme moyen de défense contre le burn-out syndrome, qui, à eux deux, conduisent à la baisse de l'accomplissement personnel. En effet, les résultats de notre étude montrent que la proportion d'étudiants ayant un accomplissement personnel bas (21,54%), est inférieure à celle de ceux souffrant d'épuisement émotionnel (44,52%) et de dépersonnalisation (35,38%).

Ces résultats confirment la théorie de Maslach, contrairement à l'étude de Gueye M et al. [8] qui ont trouvé une proportion d'étudiants ayant un accomplissement personnel bas bien plus élevée que celle de ceux souffrant d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ; ce qu'il explique par soit une évolution de l'accomplissement indépendante des deux autres sous-dimensions, soit que les étudiants sont à un stade avancé d'épuisement professionnel.

Le taux d'étudiant présentant un burn-out sévère était de 14,6%. Gueye M et al. [8] et Kacem I et al. [16] avaient trouvé respectivement 11% et 20,5%. Ces résultats étaient apparus comme dans la fourchette moyenne en Afrique. Le taux des étudiants présentant un burn-out élevé (19 cas) était supérieur à celui de ceux avec un burn-out bas (15 cas), ce qui pourrait s'expliquer par une faible connaissance de l'existence du burn-out, une prévention et une information inexistantes sur ce sujet provoquant ainsi la survenue d'un état d'épuisement chez les médecins en spécialisation au Togo.

### 3.5. Facteurs associés au burn-out

Dans ce travail, aucune corrélation n'a été retrouvée entre le genre et les éléments du syndrome d'épuisement professionnel, de même que dans les études de Gueye M et al. [8] et Kacem I et al. [51]. En effet, l'épuisement émotionnel surviendrait le plus souvent chez les femmes en spécialisation dans la relation d'aide. L'hypothèse avancée était qu'elles portent plusieurs responsabilités : l'activité professionnelle, le poids des tâches domestiques et de la prise en charge des enfants, les confrontant davantage au conflit famille/travail, une source importante de burn-out en plus d'une tendance à la sympathie au lieu de l'empathie dans les soins médicaux. Parallèlement, Maslach évoque le fait que les différentes composantes du syndrome pourraient être réparties inégalement en fonction du sexe : les femmes souffriraient plus d'épuisement émotionnel tandis que les hommes déshumaniseraient plus les relations et souffriraient plus d'un manque d'accomplissement personnel [18,19,20].

Les étudiants ne vivant pas en couple étaient plus exposés à la dépersonnalisation. Gueye M et al. [8] avaient fait le même constat. Le fait d'être en couple était un facteur favorisant de l'absence des scores pathologiques. Il en va de même dans les études de Maslach [15]. Le soutien affectif de l'entourage semble être un élément important dans la prévention du syndrome d'épuisement professionnel et en réduirait le risque de survenue.

La parentalité influencerait la dépersonnalisation avec un score moindre chez les étudiants parents (25,32% avaient une dépersonnalisation contre 50,98% des étudiants sans enfants à charge ( $p = 0,005$ )). Gueye M et al. [8] avaient fait le même constat. Cela pourrait découler du fait qu'avoir un enfant protège contre la déshumanisation des relations et la baisse de l'empathie puisque ces derniers demandent que l'on mette toujours son travail de côté afin de s'occuper d'eux.

Le choix des spécialités chirurgicales constituait un facteur de risque de burn-out élevé (22,06% contre 6,67% en médecine) mais surtout d'épuisement émotionnel (50%) et de dépersonnalisation (45,59%) contrairement à Kacem I al. [16] qui n'avaient trouvé aucun lien entre le choix de la spécialité et la risque de survenue d'un burn-out. Nous n'avions pas trouvé dans la littérature d'étude comparative entre burn-out des médecins ou internes en spécialisation médicale et chirurgicale. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'au Togo, il n'y a pas de différence d'attitude entre ces deux corporations. De plus rares sont les patients qui se font immédiatement prendre en charge chirurgicalement si bien que le médecin en chirurgie cherchant à sauver une vie, s'implique fortement alors sur le plan émotionnel pour apporter son aide à ces patients. Aucun score pathologique n'a été retrouvé chez 31,11% des étudiants inscrits à une spécialité médicale contre 20,59% de ceux inscrits à une spécialité chirurgicale. La médecine serait-elle moins stressante que la chirurgie du fait des résultats visibles à court terme ?

La charge élevée de travail constituait un facteur de risque du burn-out dans notre étude contrairement à Kacem I et al. [16] qui n'avaient trouvé aucun lien entre la charge de travail des jeunes médecins et le burn-out. Les sujets ayant une charge de travail élevée sont plus épuisés émotionnellement mais ils sont plus accomplis sur le plan personnel [21]. La dépersonnalisation et l'épuisement émotionnel étaient plus fréquents chez les étudiants faisant plus de deux gardes par mois. La charge de travail due aux gardes entraîne une fatigue mentale supplémentaire. En effet, elle confronte le jeune médecin à ses propres limites et ajoute un caractère anxiogène en renforçant la notion de responsabilité [22]. Dans tous les cas il était évident que le nombre de gardes effectuées par mois constituait un facteur de risque du syndrome de l'épuisement professionnel. On constate en effet que la proportion de médecins en spécialisation avec trois scores pathologiques croît progressivement avec le nombre mensuel de gardes.

## CONCLUSION

Ce travail illustrant la problématique de l'épuisement professionnel qui frappe les médecins en spécialisation a été traité avec une méthode transversale, exhaustive à visée descriptive, à passage unique utilisant le MBI et l'échelle d'Epworth en identifiant les facteurs associés à ce trouble psychosocial.

Plus d'un dixième des enquêtés avait un burn-out et près de la moitié un score d'épuisement émotionnel élevé. Le syndrome d'épuisement professionnel dans sa sous-dimension « dépersonnalisation » était significativement plus important chez les étudiants n'ayant pas d'enfants en charge. Les enquêtés jugeant la charge de travail élevée étaient plus nombreux à avoir un score d'épuisement émotionnel significativement élevé et ils avaient plus de risque d'avoir trois scores pathologiques, paramètre renseignant sur le niveau du syndrome d'épuisement professionnel. Le nombre de gardes par mois influençait significativement les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation.

Un travail sur les déterminants ayant permis aux autres enquêtés de ne pas faire le burn-out serait un atout dans l'organisation de la prévention en plus de l'action sur les facteurs associés.



## RÉFÉRENCES

1. Commission européenne. *Manuel d'orientation sur le stress lié au travail : piment de la vie ou coup fatal ?* Direction générale de l'emploi et des affaires sociale ; 1999. p. 124.
2. SPF, Emploi, Travail et Concertation sociale. *Le stress au travail : facteurs de risque, évaluation et prévention* ; 2004. p. 15.
3. NCL, *National Consumers League. stress in adults.* [En ligne] <http://www.nclnet.org>. Consulté le 1<sup>er</sup> Juillet 2017.
4. Lestienne première M. *Stress chez les internes en médecine générale : une étude qualitative.* Thèse de Médecine. Université PARIS DESCARTES ; 2014. p. 1.
5. Burke RJ. *Stress, satisfaction and militancy among Canadian physicians: a longitudinal investigation.* Soc Sci Med 1996;43(4):517-24.
6. Koeske GF, Koeske RD. *Work load and burnout. Can social support and perceived accomplishment help ?* Social Work 1988;34(3):243-8.
7. Abdellatif K. *Statut des internes et des résidents en médecine tunisiens* ; 2011. p. 1-167.
8. Guèye M, Moreira PM, Dia DA, Ndiaye-Guèye MD, Kane-Guèye SM, Mbaye M et al. *Le syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants en spécialisation au Centre hospitalier universitaire de Dakar (Sénégal).* Annales Médico-Psychologiques 2016;174:551-6.
9. CNLS-IST. *Plan stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST, 2007-2010.* Année 2006.
10. Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale (Togo). *Quatrième recensement général de la population et de l'habitat.* Lomé : 2010.p.1.
11. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory manual.* Dans : Zalaquett CP, Wood RJ, eds. *Evaluating Stress: A Book of Resources.* 2nd ed. Palo Alto : The Scarecrow Press 1997. p. 191-218
12. Dion G, Tessier R. *Validation de la traduction de l'inventaire de l'épuisement professionnel de Maslach et Jackson.* Can J Behav Sci 1994;26:210-27.
13. [https://reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/dlm\\_uploads/2016/11/Epworth .pdf](https://reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/11/Epworth.pdf) consulté le 21 janvier 2019
14. Kacem I, Kalboussi H, Ayoub N, Brahem A, Maoua M, Boughattas W, El Maalel O, Chatti S, Debbabi F, Mrizak N. *Burn-out chez les jeunes médecins : étude réalisée dans la région de Sousse.* Annales Médico-Psychologiques 2017;175:332-8.
15. Johns MW. *A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale.* Sleep 1991;14:540-5.
16. Thomas NK. *Resident burnout.* JAMA 2004;292:288-9.
17. Maslach C. *Burned out.* Can J Psychiatr Nurs 1979;20:5-9.
18. Maslach C, Jackson SE. *The measurement of experienced burnout.* Journal of Occupational Behavior 1981;2:99-113.
19. Dion G, Tessier R. *Validation de la traduction de l'inventaire de l'épuisement professionnel de Maslach et Jackson.* Can J Behav Sci 1994;26:210-27.
20. Wiertz R. *Psychiatre et Burnout. Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord Pas-de-Calais.* Thèse de Médecine. Université Lille 2 droit et santé ; 2012. p. 1-226.
21. Martini S, Arfken C, Balon R. *Comparaison of burnout among medical residents, before and after the implication of work hours limits.* Acad Psychiatry 2006;30:352-5.
22. Nissan A. *Occupational stress and burnout in anesthesia.* AIDS Care 2003;3:333-7.

**Tableau I : Version française des dimensions du Maslach Burnout Inventory**

	Nombre d'items	Questions	Evaluation
<b>Epuisement émotionnel (EE)</b>	9	1,2,3,6,8, 13,14,16 et 20	≤ 17 : EE bas 18-29 :EE modéré ≥ 30 : EE élevé
<b>Dépersonnalisation (DP)</b>	5	5,10,11,15 et 22	≤ 5 : DP bas 6-11 :DP modéré ≥ 12 : DP élevé
<b>Accomplissement personnel (AP)</b>	8	4,7,9,12,17,18, 19,21	≥ 40 : AP bas 34-39 :AP modéré ≤ 33 : AP élevé

**Tableau II : répartition des enquêtés selon des caractéristiques sociodémographiques et administratives**

	Effectifs (n=130)	Pourcentage (%)
<b>Age</b>		
< 25 ans	4	3,08
[25-30 ans [	42	32,31
[30-35 ans [	49	37,69
≥ 35 ans	35	26,92
<b>Sexe</b>		
Masculin	103	79,23
Féminin	27	20,77
<b>Situation familiale</b>		
Seul	43	33,08
En couple	87	66,92
<b>Problèmes familiaux</b>		
Oui	53	40,77
Non	77	59,23
<b>Problèmes de couple</b>		
Oui	18	13,85
Non	112	86,15
<b>Parentalité</b>		
Oui	79	60,77
Non	51	39,23
<b>Habitudes alimentaires</b>		
Alcool	45	34,62
Café	43	33,08
Anxiolytiques	3	2,31
Somnifères	2	1,54
<b>Loisirs</b>		
Oui	95	73,08
Non	35	26,92
<b>Niveaux de DES</b>		
DES 1	46	35,38
DES 2	41	31,54
DES 3	30	23,08
DES 4	12	9,23
DES 5	1	0,77
<b>Spécialités</b>		
Chirurgicale	68	52,31
Imagerie	17	13,08
Médicale	45	34,62

**Tableau III : répartition des enquêtés selon la charge et les conditions de travail**

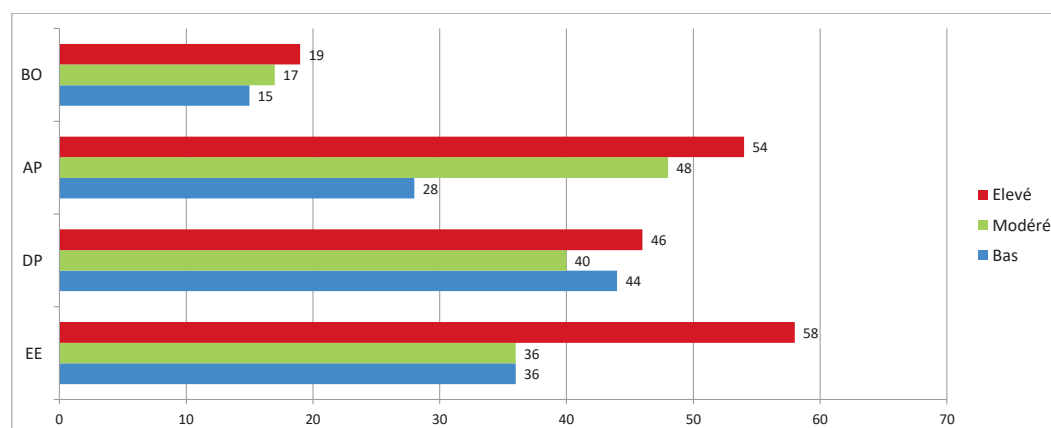
	Effectifs (n=130)	Pourcentage (%)
Charge de travail		
Normale	35	26,92
Elevée	94	72,31
Insupportable	1	0,77
Conditions de travail		
Bonne	3	2,31
Moyenne	49	37,69
Mauvaise	78	60
Stimulants aux gardes		
Oui	47	36,15
Non	83	63,85
Types de stimulants		
Café	20	42,55
Thé	3	6,38
Boissons énergisantes	31	65,96
Repos compensateur		
Oui	21	16,15
Non	109	83,85
Manque de concentration		
Oui	86	66,15
Non	44	33,85
Erreurs médicales		
Oui	84	64,62
Non	46	35,38
Cause des erreurs		
Fatigue	42	50
Manque de supervision	22	26,19
Charge de travail	31	36,90



**Tableau IV : répartition des étudiants en DES selon l'évaluation du sommeil**

	Effectifs (n=130)	Pourcentage (%)
Qualité du sommeil		
Bonne	30	23,08
Moyenne	90	69,23
Mauvaise	10	7,69
Réveil en forme		
Rarement	20	15,38
Parfois	52	40
Souvent	58	44,62
Trouble de sommeil		
Oui	33	25,38
Non	97	74,62
Insomnie		
Oui	16	12,31
Non	114	87,69
Sommeil endroits inappropriés		
Oui	36	27,69
Non	94	72,31
Endroits inhabituels		
Dans le service	32	23,70
Moyen de transport	1	0,77
Endroits publics	5	3,85
Echelle d'Epworth		
Somnolence normale	80	61,54
Somnolence excessive légère	43	33,08
Somnolence excessive modérée	7	5,38

**Figure 1 : répartition des enquêtés selon les scores du burn-out**



EE= épuisement émotionnel, DP = dépersonnalisation et AP = accomplissement personnel ()

**Tableau V : Caractéristiques sociodémographiques influençant le syndrome d'épuisement professionnel chez les enquêtés**

	EE		DP		AP		3 SP		Aucun SP	
	n	p	n	p	n	p	n	p	n	p
<b>Age</b>										
< 30 ans	24	0,27	19	0,39	11	0,79	7	0,91	9	0,44
≥ 30 ans	34		27		17		12		23	
<b>Genre</b>										
Masculin	46	0,84	37	0,98	23	0,87	15	0,78	27	0,57
Féminin	12		9		5		4		5	
<b>Situation matrimoniale</b>										
Seul	18	0,79	20	0,09	10	0,91	7	0,82	10	0,39
En couple	40		26		18		11		22	
<b>Parentalité</b>										
Oui	32	0,32	20	0,005	14	0,27	9	0,3	21	0,66
Non	26		26		14		10		11	
<b>Loisir</b>										
Oui	41	0,21	34	0,96	23	0,33	16	0,37	21	0,39
Non	17		12		5		3		11	
<b>Niveau de DES</b>										
Jeunes	42	0,31	32	0,78	18	0,91	12	0,91	20	0,69
Anciens	16		14		10		7		12	
<b>Spécialités</b>										
Médicale	20		10		5		3		14	
Chirurgicale	34		31		20		15		14	
Imagerie	4		5		3		1		4	
<b>Nombre de gardes / mois</b>										
≤ 2	9	0,01	5	0,003	4	0,12	1	0,04	12	0,23
> 2	49		41		24		18		20	
<b>Charge de travail</b>										
Normale	7	0,001	8	0,11	6	0,62	1	0,04	9	0,96
Elevée	51		38		22		18		23	
<b>Conditions de travail</b>										
Bonne	16	0,02	13	0,07	10	0,76	4	0,12	12	0,9
Mauvaise	42		35		18		15		20	
<b>Repos compensateur</b>										
Oui	4	0,02	7	0,97	3	0,55	1	0,55	6	0,85
Non	54		39		25		18		26	

EE : Epuisement professionnel DP : Dépersonnalisation AP : Accomplissement Personnel  
 SP : Score Pathologique n : effectif p : p-value

