



Article original

Evaluation du stress chez le personnel soignant impliqué dans la prise en charge de la pandémie à Covid 19 dans trois (3) CHU de Bamako

Evaluation of stress among nursing staff involved in the management of the Covid 19 pandemic in three (3) university hospitals in Bamako

L Diakité*^{1,2,13}, B Dembélé², M Koné^{2,3}, SA Beye⁴, S Konaté⁵, MB Coulibaly⁶, TB Bagayoko⁷, FK Maiga⁸, S Sangaré⁹, M Koumaré⁴, A Maiga¹⁰, I Sacko², S Sanogo², B Diallo², J Théra¹¹, S Doumbia¹¹, H Sangho¹¹

Résumé

Le stress affecte l'état psychique et la performance du personnel médical. Elle est générée par les situations d'urgence telles les maladies infectieuses transmissibles et/ou mortelles comme la Covid-19. Cette pandémie à Coronavirus du fait de la contagiosité et du risque de décès pourrait être un facteur d'anxiété du personnel assurant la prise en charge des patients. Afin d'évaluer le stress chez le personnel impliqué dans la prise en charge des patients atteints de Covid-19, nous avons initié une étude transversale chez les professionnels officiant dans les principaux sites de prise en charge de la Covid-19 notamment les CHU Point G, Hôpital du Mali et l'hôpital de dermatologie de Bamako. Le questionnaire de Karasek a servi à la collecte des données. Notre population d'étude était dominée par les infirmiers et aides-soignants avec une moyenne d'âge de $34,7 \pm 7,5$ ans. Les facteurs de risque de stress révélés par notre étude étaient majoritairement endogènes et concernaient la forte demande psychologique (61,3 %) pour la faible

Latitude Décisionnelle, le faible soutien social (42,8 %) et la tension au travail ((job train ; 69,4%) isostrain (55,3%)).

La gestion des maladies infectieuses transmissibles génère une situation de stress chez le personnel soignant. Une investigation plus approfondie permettrait d'évaluer le poids de ce stress sur la performance du personnel soignant pour une amélioration de la prise en charge et une éventuelle intégration du volet psycho-social du personnel soignant.

Mots-clés : Stress, personnel santé, covid19, CHU Bamako-Mali.

Abstract

Stress affects the psychological state and performance of medical staff. It is generated by emergency situations such as communicable and/or fatal infectious diseases like Covid-19. This Coronavirus pandemic, because of its contagiousness and the risk of death, could be a factor of anxiety for the

personnel providing patient care. In order to assess stress among staff involved in the management of patients with Covid-19, we initiated a cross-sectional study among professionals working in the main sites where Covid-19 is managed, namely the CHU Point G, Hôpital du Mali and the dermatology hospital in Bamako. The Karasek questionnaire was used to collect data. Our study population was dominated by nurses and orderlies with an average age of 34.7 ± 7.5 years. The risk factors for stress revealed by our study were mostly endogenous and concerned high psychological demand (61.3%) for low decision latitude, low social support (42.8%) and work tension ((job strain; 69.4%) isostrain (55.3%)).

The management of communicable infectious diseases generates a stressful situation for health care staff. Further investigation would make it possible to evaluate the weight of this stress on the performance of health care personnel in order to improve the management and possible integration of the psychosocial aspect of health care personnel.

Keywords: Stress, health personnel, covid19, CHU Bamako-Mali.

Introduction

Au Mali, les premiers cas ont été enregistrés le 25 mars 2020, compte aujourd'hui 14566 cas positifs et 531 décès à la date du 29 Juillet 2021 selon le communiqué N°514 du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.(1, 9)

Le personnel de santé de la médecine est particulièrement touché par la problématique d'un stress professionnel de plus en plus destructeur pour l'individu. Le stress généré par la pandémie de la COVID-19 est venu s'ajouter à une souffrance psychique déjà élevée (2).

Face à une menace non anticipée et très peu connue, l'organisation des soins de santé s'est retrouvée bouleversée. Les consultations non-urgentes ont été réduites, la plupart des interventions chirurgicales reportées, les hôpitaux de jour et certains services

fermés, les différentes compétences réorientées vers la prise en charge des patients COVID. La pandémie de la COVID-19 a mis en évidence les fragilités du système, mais aussi la vulnérabilité de l'humain. Cette dernière variable a toujours eu tendance à être négligée. Le professionnel de la santé doit s'adapter seul à un environnement en pleine mutation où les questions de procédure et d'organisation dominent le discours (2).

Plusieurs études menées auprès du personnel de santé en Europe, Asie et Amérique du Nord ont révélé que les soignants engagés dans les soins présentaient des manifestations anxieuses modérées à sévères, avec des préoccupations centrées sur l'infection virale elle-même, et la crainte de contamination des proches avec des conséquences dommageables pour leur santé (10).

Ces situations sont génératrices de risques psychosociaux dits « risques émergents » Il s'agit du « Stress » le chef de file, de la « violence », du « harcèlement moral et sexuel », de la « souffrance au travail »... autant d'expressions, sont définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental (11).

Selon le Bureau International du Travail (B.I.T), les risques psychosociaux (RPS) peuvent porter atteinte à l'intégrité psychique et physique des travailleurs en se manifestant sous forme de stress professionnel, violences internes regroupant les conflits interpersonnels ainsi que des violences externes infligées par des personnes externes à l'organisme (12).

Le stress est parfois qualifié d'« adapté » lorsqu'il apparaît de façon momentanée et peut être maîtrisé par la personne qui le subit, lui permettant ainsi de résoudre les difficultés et d'effectuer les tâches ou adaptations requises. Lorsque ce stress perdure et aboutit à l'émergence des RPS, il est alors qualifié « inadapté ». À côté des risques physiques, biologiques et chimiques, ces risques apparaissent comme majeurs et n'épargnent aucun pays quel que soit son niveau de

développement (14).

Selon le consensus enfin obtenu sur la définition du stress par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, un état de stress survient lorsqu'il y a « un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face »(15).

Ces facteurs sont entre autres : les exigences du travail (notamment le temps de travail et son intensité, complexité du travail), l'insécurité de l'emploi et du travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie et de marge de manœuvre, le manque de soutien social et de reconnaissance au travail, les conflits de valeurs. (13)

L'évaluation des risques psychosociaux notamment le stress passe donc par l'identification et l'évaluation des facteurs de risque de stress cité dessus.

Devant cette peur de la population générale des agents de santé nous avons initiés le présent travail pour évaluer le stress chez le personnel soignant dans 3 CHU de Bamako au cours de la pandémie à COVID-19.

Méthodologie

L'étude s'est réalisée à Bamako au Mali dans trois centres hospitalo-universitaires sélectionnés par les autorités sanitaires pour la prise en charge de la maladie à coronavirus COVID-19, à savoir le Centre hospitalo-universitaire du point G, l'hôpital de dermatologie de Bamako et l'hôpital du Mali.

Type et population d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive prospective allant du 1^{er} Janvier au 30 juillet 2021 soit 07 mois. L'étude a concernée l'ensemble de personnel impliqué dans la prise charge et qui ont accepté de participer à l'étude dans les 03 CHU de Bamako.

Taille de l'échantillon

Nous avons établi un échantillon global regroupant des agents de santé des 3 CHU confrontés aux mêmes situations de stress. En absence d'une fréquence connue du stress chez le personnel soignant dans

les centres de prise en charge de la COVID-19. La fréquence des agents de santé pour la demande psychosociale était de 0.32 dans une étude faite à l'hôpital Gabriel Touré (22). Nous allons utiliser cette prévalence pour calculer la taille de notre échantillon. La taille de l'échantillon d'une étude scientifique est calculée à partir de la formule de Schwartz qui est la suivante :

➤ Si l'effectif de la population est supérieur ou égal à 10 000

$n = z^2 \times p (1 - p) / m^2$ avec :

- n = taille de l'échantillon, z = 1,96 pour un niveau de confiance de 95%
- p = prévalence (lorsqu'elle est inconnue, p = 0,5) = 0,32
- m = 5% (marge d'erreur tolérée)

Après calcul, on trouve n = 334

➤ Si l'effectif de la population est inférieur à 10 000

$n_1 = n / 1 + (n / N) = n \times N / (n + N)$ où

- n₁ = taille de l'échantillon
- n = 334
- N = Taille de la population (CHU Point G = 518, Hôpital du Mali = 267 et Hôpital Dermatologique = 120) = 905.

Après calcul, on trouve n₁ = 244 qui est la taille minimale que doit avoir notre étude.

Cependant, pendant la collecte, nous avons pu avoir 168 fiches d'enquête correctement renseignées. Donc la taille de notre échantillon est de 168.

Pour le choix des personnes à enquêter, nous avons procédé par la méthode d'échantillonnage aléatoire simple.

Considérations éthiques :

La participation à l'étude était totalement volontaire. La confidentialité et l'anonymat ont été garantis durant toute la procédure de ce travail.

Analyse des données :

Les différents scores ont été calculés pour chaque travailleur avec le logiciel Excel 2013. Les données ont été enregistrées et analysées avec le logiciel EPI INFO version 7.2.3.1.

D'abord, au cours de cette étude, les variables ont été regroupées en variables quantitative (âge, ancienneté au poste de travail, durée du travail) et en variables qualitative (sexe, catégories professionnels, typologie de contrat ...).

Ensuite le questionnaire de Karasek dans sa version française (Karasek's Job Content Questionnaire ; KJCQ) cote trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail (23). Il comporte 26 questions : neuf pour DP, neuf pour LD et huit pour SS.

La demande psychologique (DP) évalue la quantité, la rapidité, la complexité, l'intensité, le morcellement et la prévisibilité du travail.

Le score de la demande psychologique était calculé sur 36 avec une médiane à 21, de ce fait elle est significative si le score de la médiane est supérieur à 21.

La latitude décisionnelle (LD), apprécie les marges de manœuvres, l'utilisation acquise et les développements des compétences. Elle représente donc la possibilité de choisir sa façon de travailler et de participer aux décisions qui s'y rattachent et l'utilisation des compétences couvre le fait d'utiliser ses propres compétences et qualifications et d'en développer de nouvelles.

Sa valeur est significative lorsque le score de calcul de l'autonomie additionné au score d'utilisation des compétences est inférieur à 71.

Le soutien social (SS) estime l'appui professionnel et émotionnel par les supérieurs et les collègues.

Dans cette troisième dimension, la valeur est obtenue par l'addition du score de calcul des collègues et de la hiérarchie (supérieur).

La valeur devient significative si le score calculé est inférieur à la médiane 24.

Ces trois dimensions permettent d'identifier des situations à risque.

La tension au travail « job strain » est la combinaison

d'une faible latitude décisionnelle (score inférieur à 71) et d'une forte demande psychologique (score supérieur à 21) dans ce contexte, l'individu est dans le cadran stressé et donc considéré en situation de job strain.

« L'isostrain » est l'association d'une situation de job strain et d'un faible soutien social, inférieur à 24, il est considéré comme faible.

Les réponses proposées (sur une échelle de Likert en quatre points) sont « pas du tout d'accord », « pas d'accord », « d'accord » et « tout à fait d'accord ».

Résultats

Sur les 168 personnels de santé enquêtés 69,1% (116/168) étaient du sexe masculin contre 30,9% (52/168) de sexe féminin avec un sex-ratio de 2. La tranche d'âge la plus représentée était de 20-35 soit 58,1% (105/168) avec une moyenne d'âge de $34,7 \pm 7,5$ ans. La catégorie Infirmiers/Aides-soignants était la plus dominante avec 39,8% (67/168) suivi des médecins généralistes 28,7% (48/168). Les participants qui avaient moins de 5 ans d'expérience professionnelle étaient les plus nombreux soit 51,2% (86/168). Pendant cette étude la moyenne d'heures travaillé par semaine était de $75,33 \pm 13,45$ heures [Tableau I. Au sein de la population d'étude 38,7% des personnels avaient une latitude décisionnelle, 79,2% étaient en job strain, la moyenne avaient un soutien social de la part des collègues et des supérieurs [Figure 2].

La latitude décisionnelle était élevée chez 32,1% des hommes contre 6,5% des femmes. La demande psychologique était faible chez 16,1% des hommes contre 4,7% des femmes et le Soutien social était élevé chez 36,3% des hommes contre 20,8% des femmes [Tableau II].

Il était constaté chez 81,5% des enquêtés [Figure 1] une absence de marge de manœuvre [Tableau VII].

La qualité des mesures de la prévention était jugée insuffisante par 45,2% des enquêtés [Figure 3].

Nous retrouvons dans cette étude que la plupart du personnel impliqué dans prise charge de l'affection

à COVID-19 dans les différents sites, étaient sous contrat CDD (3-6 mois renouvelable) toutes catégories confondues soit 76,6%.

Tableau I : Caractéristiques socioprofessionnels

Caractéristiques socioprofessionnels		Effectifs (N=168)	Pourcentage (%)	
Sexe	Homme	116	69,1	
	Femme	52	30,9	
Age (ans)	20-35	105	62,5	Moyenne 34,7±7,5 ans
	35-45	41	24,4	
	45-60	22	13,1	
Catégories Professionnelles	T.S/Gardiens	15	8,9	
	Hygiénistes	18	10,8	
	Infirmiers/Aides-soignants	67	39,8	
	Biologistes	5	2,9	
	Médecin généraliste	48	28,7	
	Médecin spécialiste	15	8,9	
Ancienneté au poste de travail	[Moins 05 ans [86	51,2	Moyenne 6±7,5 ans
	[05-10 ans [41	24,4	
	[10-15 ans [23	13,7	
	[15 ans &plus [18	10,7	
Nombre d'heures travail/semaine	≥ à 40 heures	139	82,7	Moyenne 75,33±13,45 heures
	≤ à 40 heures	29	17,3	
Types contrat	Fonctionnaires	43	25,6	
	Contractuel	125	74,4	

Tableau II : Les dimensions psychosociales de travail en fonction du sexe.

	Latitude décisionnelle (N=168)		
Sexe	Faible	ELEVE	TOTAL
Homme	62	54	116
Femme	41	11	52
TOTAL	103	65	168
	Demande psychologique		
SEXE	Faible	ELEVE	TOTAL
Homme	27	89	116
Femme	8	44	52
Total	35	132	168
	Soutien social		
Sexe	Faible	ELEVE	TOTAL
Homme	55	61	116
Femme	17	35	52
Total	72	96	168

Tableau III : Répartition des personnels en fonction des sous axes de la latitude décisionnelle

Sous axes de la Latitude décisionnelle	Fréquence	Pourcentage
Marges de manœuvres	137	81,5
Utilisation des compétences	133	79,1
Développement des compétences	105	62,5

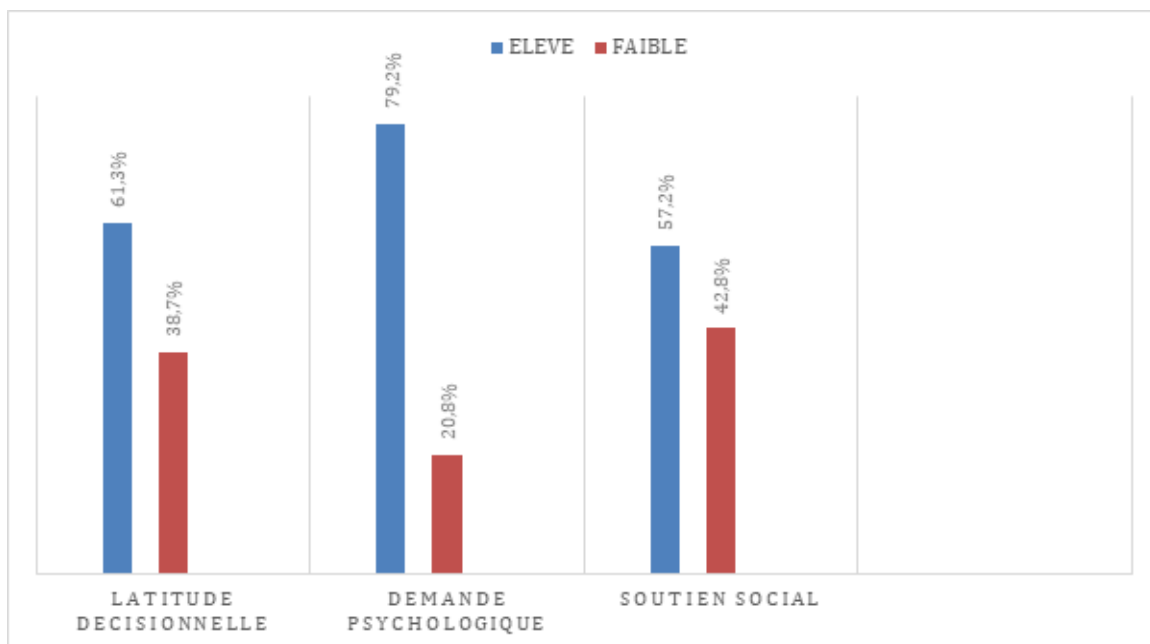


Figure 1 : Score global des trois dimensions psychosociales

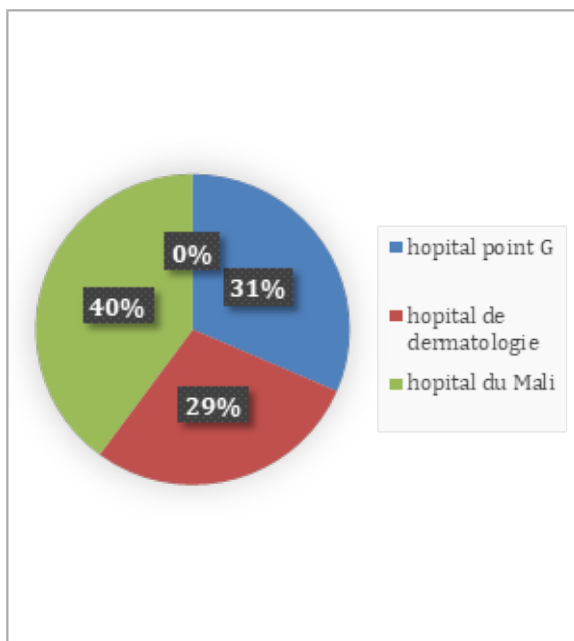


Figure 2 : Répartition des personnels dans les sites de prise en charge

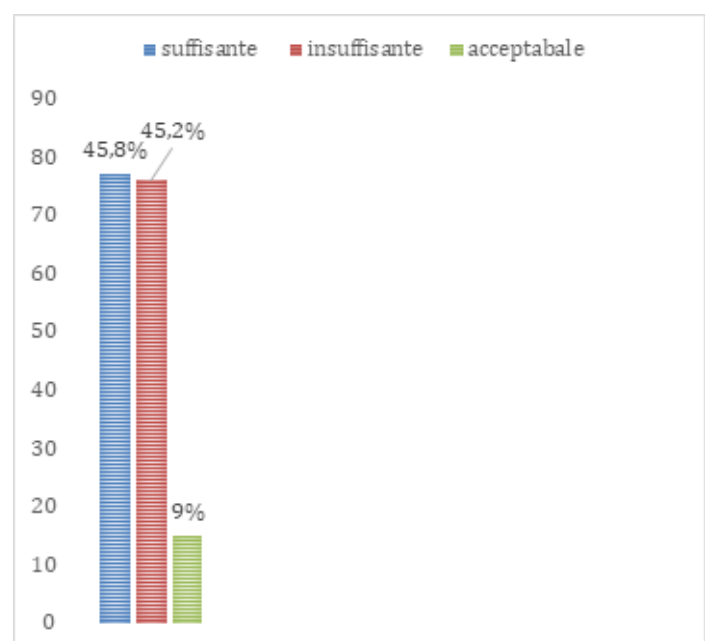


Figure 3 : Selon le jugement de la formation

Discussion

Les caractéristiques socio-professionnelles

• Age

Sur une population de 168 personnels de santé, l'âge moyen était de 34,7 ans \pm 7,5 avec des extrêmes allant de 21 à 52 ans soit une population relativement jeune. Ce résultat se rapproche des études faites par Ataboho EE et al (11) en 2020 au Congo (pointe noire), sur les risques psychosociaux chez les professionnels de santé et Adelin, T.B et al (24) à l'université de Parakou au Bénin sur le burn-out Chez Le Personnel Soignant des unités de Soins intensifs de l'hôpital universitaire de Parakou qui avaient retrouvé respectivement 39,31 \pm 8,13 ans et 34,4 \pm 9,3.

Cette moyenne d'âge pourrait s'expliquer par le nombre élevé de médecins en spécialisation assurant les gardes.

• Sexe

Le sexe masculin a prédominé dans cette étude avec 66,6%. Cette prédominance masculine est retrouvée dans d'autres séries (24) et al avec 57% et un sexe ratio de 1,3. Dans l'étude de Ataboho (11) les femmes étaient à proportion presque égale aux hommes avec un sexe ratio F/H à 1,1.

Selon l'enquête « conditions de travail » de la DARES (direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) réalisée en 2013, 70% des salariés du secteur hospitalier déclarent travailler le samedi ; ils sont 64% à travailler le dimanche et 33% la nuit (25).

Ces situations étaient autant de facteurs limitant la participation moins effective des femmes dans cette étude.

Les catégories professionnelles.

La plus représentée était le groupe infirmiers/aides-soignants et médecins soit respectivement 39,8% et 28,7% pour les médecins généralistes et 8,7% pour les médecins spécialistes.

Cette prédominance de la classe infirmiers/aides-soignants est superposable à l'étude effectuée par Laraqui et al (13) qui a retrouvé 66,8% de la classe infirmière.

Cette tendance pourrait s'expliquer par la charge du travail relevant de la classe infirmière en milieu hospitalier.

L'ancienneté au poste de travail.

Dans cette étude la majorité des personnels impliqués dans la prise en charge avaient une ancienneté au poste de travail de moins de 5 ans soit une moyenne de 6 ans \pm 7,5ans.

Cette ancienneté n'avait pas d'influence dans la gestion de la pandémie, mais aussi cette prévalence pourrait s'expliquer par le mode de recrutement des personnels car la plupart des catégories professionnelles étaient jeunes médecins engagés et les infirmiers recrutés pour la circonstance.

De ce fait on ne peut affirmer que cette ancienneté relativement jeune dans notre contexte a eu un effet négatif dans l'organisation du travail de ces professionnels de santé.

Typologie de contrat.

Nous retrouvons dans cette étude que la plupart des personnels impliqués dans prise charge de l'affection à COVID-19 dans les différents sites, étaient sous contrat CDD (3-6 mois renouvelable) toutes catégories confondues soit 76,6%.

Cela témoigne l'insuffisance en ressources humaines des personnels de santé dans les structures hospitalières au Mali.

Cette situation avait un effet psychologique sur la santé de ces personnels impliqués dans les sites de prise en charge, car se vivait derrière une insécurité à l'emploi.

Les connaissances sur la prévention de la COVID 19 et le management de la gestion de prise en charge

L'arrivée de la pandémie a entraînée beaucoup d'interrogations de la part du personnel, pour peu de réponses. En dehors des techniques de prévention, les informations sur le virus (modes de transmission, durée de vie, etc.) étaient peu maîtrisées.

La peur était palpable, les médias internationaux ont contribué à accentuer cette peur à travers des reportages récurrents sur les ravages de l'épidémie en Europe puis aux États-Unis.

Au départ, l'unité de triage était composée des tentes

dans les différentes structures de prise en charge.

Les personnels impliqués dans la prise en charge avaient en majorité reçus une formation de bases soit 82%, sur les règles des mesures barrières, d'hygiènes, l'utilisation des combinaisons comment se protéger devant un cas suspect ou un cas confirmé.

En effet une proportion importante de soignants directement confrontés à la prise en charge des patients infectés souffraient d'une symptomatologie anxieuse d'intensité modérée à sévère, par la crainte de contracter la maladie et de la transmettre à ses collègues et à ses proches était, évidemment, un élément déterminant.

En outre d'autres facteurs de risque de développer des troubles psychiatriques ont été évoqués, comme l'absence de soutien psychologique, l'isolement social, le fait d'avoir des enfants, la crainte d'être rejeté par les autres par peur de la contamination, le stress lié à la réorganisation du travail et aux incertitudes entourant la maladie.

Ces situations étaient autant de facteurs pouvant induire le stress au travail pour ces soignants.

La mesure des dimensions psychosociales au travail selon le modèle de karasek

- En fonction des catégories professionnelles

La latitude décisionnelle

Qui renvoie aux marges de manœuvre dont dispose le salarié pour peser sur les décisions dans son travail, aux possibilités d'utiliser et aussi de développer ses compétences,

Dans notre travail nous avons trouvé que les catégories professionnelles notamment les techniciens de surfaces/ gardiens, les infirmiers/aides-soignants, les hygiénistes avaient une très faible latitude décisionnelle comparativement aux groupes des médecins.

La proportion de techniciens de surfaces/gardiens ayant une faible latitude décisionnelle était de l'ordre de 83,3% soit 7,1% dans l'ensemble de la population, suivi des hygiénistes avec dans leur proportion 80,3% soit 8,9% dans l'ensemble de la population.

De même pour les infirmiers/aides-soignants

avaient dans leur proportion 80,6% soit 32,1% dans l'ensemble de la population.

Par contre chez les médecins on trouvait dans leurs proportions respectives une marge de manœuvre plus élevée avec 58,8% pour les médecins généraliste et 93,3% pour les spécialités soit dans l'ensemble de la population 16,7% et 8,3%.

Ces données sont comparables à ceux de la littérature ou les catégories professionnelles comme infirmiers/aides-soignants outre les ouvriers ont une charge de travail élevée sans avoir un control sur ceux qu'ils exercent (26).

En plus avec l'adjonction de la covid-19 les personnels n'ayant pas une maîtrise parfaite de la prise en charge et des moyens de préventions étaient soumis à une tension forte à la fois organisationnels qu'émotionnels.

Cependant les modalités de prise en charges et de préventions étaient des algorithmes prescrits par les responsables hiérarchiques (réanimateurs, infectiologues) ou les soignants (infirmiers/aides-soignants, hygiénistes, techniciens de surface) devraient juste mettre en exécution.

Ces situations ont été autant de facteurs qui réduisaient de façon considérable leurs marges de manœuvres, le développement des compétences et l'utilisation des compétences étaient à un niveau jugés acceptable dans l'ensemble de la population

Demande Psychologique

Près de 78,2% des personnels impliqués dans la prise charge de cette pandémie avaient une tension au travail à proportion presque égale aux différents catégories professionnelles avec une durée moyenne de la charge du travail à 75,33 heures \pm 13,45 heures comme l'avait trouvé Laraqui à Casablanca (13) et Hinson et al (14) au Bénin avec respectivement 79,1% et 84,67%.

Cette tension au travail était liée à plusieurs facteurs notamment au nombre insuffisant en ressources humaines, la mauvaise organisation du travail, la forte demande psychologique et la charge importante de travail dans les structures de prise en charge expliqueraient en partie par la pénurie croissante en

personnel soignant et par des contraintes budgétaires. La durée et l'intensité du travail à diminuer fortement le temps de réflexion et la communication entre les soignants.

Soutien social

Les « rapports sociaux au travail » sont analysés à partir de quatre dimensions : la coopération et le soutien social de la part des collègues et de la part de la hiérarchie ; la violence au travail caractérisée par des mises en situation d'agression, d'isolement, de mépris ; la reconnaissance et le sentiment d'utilité du travail effectué ; la qualité du management appréhendée par le prisme de la gestion de la communication en milieu de travail (cohérence et explicitation des objectifs, ordres et indications) (21).

Nous retrouvons dans ce travail que la majorité des personnels de santé impliqués dans la prise en charge de la pandémie, avaient un soutien social de la part de leur collègue et des supérieurs soit 57,2%.

Ce résultat est superposable à celui Ataboho et al au Congo (11) Hinson et al au bénin (14) qui ont t respectivement 55,33% et 56,1%.

Malgré l'importance de la charge du travail et les situations en termes d'organisation du travail, les ruptures par moment en équipement de protections individuelles, les personnels se soutenaient entre eux soit 88,6% pour les collègues et les supérieurs hiérarchiques directs soit 52,9% compensaient avec eux les souffrances vécues surtout sur le plan émotionnel.

Cela témoignerait l'entraide qui existait entre les différentes catégories professionnelles.

Plus ce soutien est important et perdure, moins ces personnels auront du risque de survenue des risques psychosociaux en milieu de travail.

Job strain ou tension au travail

Le job strain qui traduit l'association d'une faible latitude décisionnelle et une forte demande psychologique a été retrouvé dans cette étude chez 69,4% du personnels.

La prévalence du job strain dans les proportions respectives par catégorie professionnelle était de 86,6% chez les gardiens/techniciens de surfaces,

83,3% chez les infirmiers/aides-soignants, 72,2% chez les hygiénistes, 54,1% chez les médecins généralistes et 40% chez les médecins spécialistes et les biologistes.

Ce résultat contraste à celui de Laraqui et al (13) sur les risques psychosociaux et syndrome d'épuisement professionnel des professionnels de soins hospitaliers soit 41,5%.

Cela démontre que la tension au travail était élevée chez la majorité du personnel de santé donc une situation à risque pour ces travailleurs.

Cette situation au travail doit interpeler les autorités socio-sanitaires à faire plus d'effort dans le management du bien-être au travail pour changer cette tendance.

L'iso strain

L'iso strain qui associe une situation de job strain et d'un faible soutien social a été dans cette étude soit 53,4% des cas.

Sa proportion était respectivement 66,6 pour les gardiens/techniciens de surfaces, 60% pour les biologistes, 59,7% pour les infirmiers/aides-soignants, 55,5% pour les hygiénistes, 47,9% pour les médecins généralistes et 46,6% chez les médecins spécialistes. Ces résultats sont comparables de ce qu'avait trouvé laraqui et al (13) ou 29,4% en iso strain avec 23,3 chez les médecins et 32,4% chez les infirmiers.

Cela démontre que les classes intermédiaires en occurrences les infirmiers, techniciens de surfaces, hygiénistes sont plus susceptibles à présenter une tension au travail comparé aux cadres en occurrences les médecins dans notre contexte.

Cette prévalence d'iso strain au travail pourrait être une situation favorisant la survenue ou le maintien du stress au travail.

En fonction du sexe

La quantité de travail demand e constitue un premier aspect des exigences du travail. Selon l'enquête Santé et itinéraires professionnels (SIP) de 2007, 23 % des actifs occupés estiment qu'on leur demande « toujours » ou « souvent » une quantité de travail excessive. Peu de différences sont observées selon le sexe ou l'âge (27).

Egalement dans cette étude nous retrouvons que les hommes avaient une marge de manœuvre plus élevées que ceux des femmes soit 32,1% des hommes contre 6,5% des femmes.

La demande psychologique était faible chez 16,1% des hommes contre 4,7% des femmes et le Soutien social était élevé chez 36,3% des hommes contre 20,8% des femmes.

Le job strain était présent 44,1% des hommes contre 25% des femmes et l'iso strain à 37,5% chez les hommes et 17,8% chez les femmes.

Ces résultats sont superposables à l'enquête Sumer en 2003 sur les risques psychosociaux au travail où l'on retrouve 28 % des femmes sont en situation de « job strain » contre moins de 20 % des hommes.

Une demande psychologique un peu plus élevée chez les femmes que les hommes, mais s'en distinguaient surtout par une plus faible latitude décisionnelle, mais en revanche, un soutien social déclaré par les hommes et les femmes était proche

Aussi dans l'étude réalisée par Bouhaj R en 2010 à Casablanca au Maroc (12) où le niveau de stress était plus élevé chez le sexe féminin dans une étude concernant des médecins dentistes, avec un taux de 38,5% contre 28,1% pour les hommes.

De ce fait il serait important d'avoir une proportion égale entre les deux sexes pour apprécier à juste valeur le sexe qui serait susceptible de présenter des situations de stress au travail par les conditions d'emploi en milieu hospitalier en relation ou pas avec une pandémie comme celle que nous vivons actuellement.

Les limites de l'étude :

Toute étude transversale comme la nôtre pourrait souffrir de validité externe. La validité externe de notre étude est réduite car le taux de participation a été de 50,3% dans cette étude. Ce taux pourrait s'expliquer par une réduction de l'effectif du personnel impliqué dans les sites de prise en charge pour raison financière et la diminution des cas graves, d'autres n'ont pas voulu participer à l'étude pour des raisons que nous ignorons.

En plus nous n'avons pas pu faire des entretiens semi-

directs à cause des risques élevés de contamination ce qui explique le manque de verbatims qui nous renseignent sur les témoignages des agents de santé, éléments illustratifs des données qualitatives.

Conclusion

Dans cette étude, la description des facteurs de risques liés au stress professionnel du personnel de santé impliqué dans la prise en charge de COVID-19 dans les trois centres hospitalo-universitaires de Bamako, a mis en évidence que près de la moitié de ces soignants pourraient être exposés à des facteurs psychosociaux notamment le stress en rapport avec leur exposition à ces risques au travail.

En effet, Les dimensions les plus critiques identifiées sont l'intensité et rythme au travail associé à une faible attitude décisionnelle et l'insécurité économique. Par contre, la dimension positive a été la bonne qualité des rapports sociaux professionnels.

Pour nos futures études, nous pouvons faire des entretiens semi-directs ce qui expliquera la présence de verbatims qui nous renseignent sur les témoignages des agents de santé, éléments illustratifs des données qualitatives.

***Correspondance**

Lamine Diakite

ldiak2@gmail.com

Disponible en ligne : 31 Octobre 2023

- 1 : Centre de Santé Communautaire de Pélengana Sud (Ségou-Mali),
- 2 : Société Malienne de Santé et Sécurité au Travail,
- 3 : Faboula Gold SA Mali,
- 4 : Centre Universitaire Hospitalier Point-G (Bamako-Mali),
- 5 : Malaria Research and Training Center (Bamako-Mali),

- 6 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Konobougou (Ségou-Mali),
7 : Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou (Mali),
8 : Centre de Santé de Référence de Kalabankoro (Koulikoro-Mali),
9 : Direction Régionale de la Santé de Ségou (Mali),
10 : Laboratoire de Recherche SEREFO / FMOS (Université-Bamako),
11 : Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialité à l'USTTB/FMOS,

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Paital B, Das K, Parida SK. International social lockdown versus medical care against COVID-19, a mild environmental insight with special reference to India. *Science of the total environment*. 2020;728:138914.
- [2] Kin N, Vabret A. Les infections à coronavirus humains. *Revue francophone des laboratoires*. 2016;2016(487):25-33.
- [3] Pitchot W. Impact de la pandémie de la COVID-19 sur la santé psychologique du personnel soignant. *Rev Med Liege*. 2020;75:S62-6.
- [4] Kin N, Vabret A. Les infections à coronavirus humains. *Revue francophone des laboratoires*. 2016;2016(487):25-33.
- [5] Manuguerra JC. Le carnet de voyage des maladies infectieuses. *le monde* 2017 ; p5-22 - Recherche Google [Internet]. [cité 25 juill 2021].
- [6] Fac C, Marc E, Hermet L, Savignac A, Brière AI, Goujard C. FOCUS//Focus.
- [7] www.webmanagercenter.com/2021/06/11469180. - Recherche Google [Internet]. [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?hl=fr&q=www.webmanagercenter.com/2021/06/11469180>.
- [8] L'Afrique compte plus de 6.380.000 cas confirmés de COVID-19 (CDC Afrique) [Internet]. [cité 29 juill 2021]. Disponible sur: http://french.china.org.cn/foreign/txt/2021-07/24/content_77648406.htm
- [9] [com514_29-Juillet-21.pdf](https://insp.ml/wp-content/uploads/2021/07/com514_29-Juillet-21.pdf) [Internet]. [cité 29 juill 2021]. Disponible sur: https://insp.ml/wp-content/uploads/2021/07/com514_29-Juillet-21.pdf
- [10] Matsuishi K, Kawazoe A, Imai H, Ito A, Mouri K, Kitamura N, et al. Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2012;66(4):353-60.
- [11] Ataboho EE, Bakala JK, Atipo-Galloye P, Menga PRK, Kokolo JG, Moukassa D. Évaluation des Facteurs de Risques Psychosociaux chez les Professionnels de Santé à Pointe-Noire (Congo). *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*. 2020;21(8).
- [12] Battal S, Toufik S, Kerak E. Etude bibliographique sur les risques psychosociaux et qualité de vie au travail au Maroc [Literature review on psychosocial risks and quality of worklife in Morocco]. *International Journal of Innovation and Applied Studies*. 2015;11(2):479.
- [13] Laraoui O, Manar N, Laraoui S, Hammouda R, Deschamps F, Laraoui CH. Psychosocial risks and burnout syndrome of hospital care workers. *ARCHIVES DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET DE L'ENVIRONNEMENT*. 2019;80(50):386-97.
- [14] HINSON AV, LAWIN H, ASSILAMEHOU S, FAYOMI B. PREVALENCE DU STRESS PROFESSIONNEL CHEZ LE PERSONNEL D'UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE DU BENIN. *Revue Africaine et Malgache de Recherche Scientifique/Sciences de la Santé*. 2018;5(2).
- [15] Chouanière D. Définitions et aspects épidémiologiques des risques psychosociaux. *Archives des Maladies Professionnelles et de*

- l'Environnement. 2017;78(1):4-15.
- [16] AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL (2014a). Campagne 2014-2015 : Les risques psychosociaux: mieux prévenir pour mieux travailler. <https://osha.europa.eu/fr/healthy-workplaces-campaigns/healthy-workplaces-manage-stress>, - Recherche Google [Internet]. [cité 25 juill 2021].
- [17] Hurrell Jr JJ, Murphy LR. Occupational stress intervention. *American Journal of Industrial Medicine*. 1996;29(4):338-41.
- [18] Murphy LR, Schoenborn TF. Stress management in work settings. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers ...; 1987.
- [19] Kompier M, Cooper CL. Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace. Psychology Press; 1999.
- [20] Houéto D, Valentini H. La promotion de la santé en Afrique: histoire et perspectives d'avenir. *Santé publique*. 2014;1(HS):9-20.
- [21] Coutrot T, Mermilliod C. Les risques psychosociaux au travail: les indicateurs disponibles. 2010;
- [22] Mangané M., Keita B., Almeimoune A., Diop T.H.M., Dembele A.S. et al. Evaluation du stress chez le personnel des urgences : enquête au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHU Gabriel Touré. *Rev. Afr. Anesth. Med urgence* 2016; Tome 21 no1: 38-43. - Recherche Google [Internet]. [cité 9 août 2021].
- [23] Niedhammer I, Chastang J-F, Levy D, David S, Degioanni S. Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France: étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer. *Travailler*. 2007;(1):47-70.
- [24] Adelin, T.B., Anselme, D., Frédéric, T. N.C., Armistice, G. G. T., & Prosper, G. (2018). Burn-Out Chez Le Personnel Soignant Des Unités De Soins Intensifs De L'hôpital Universitaire De Parakou Au Bénin. *European Scientific Journal*, ESJ, 14(24), 408. h - Recherche Google [Internet]. [cité 25 juill 2021].
- [25] Jourdan A. Agir face aux risques psychosociaux identifiés chez les infirmiers de moins de 3 ans d'exercice. Université paris sud Année 2017-2018. P_10. <https://www.infirmiers.com>. Mémoire rps.jourdan. - Recherche Google [Internet]. [cité 25 juill 2021].
- [26] Edimansyah BA, Rusli BN, Naing L, Mazalisah M. Reliability and construct validity of the Malay version of the Job Content Questionnaire (JCQ). *Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*. 2006;37(2):412.
- [27] Gollac M. Présentation au Comité d'orientation des conditions de travail (COCT) du Rapport intermédiaire du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, 9 octobre. 2009.

Pour citer cet article :

L Diakité, B Dembélé, M Koné, SA Beye, S Konaté, MB Coulibaly et al. Evaluation du stress chez le personnel soignant impliqué dans la prise en charge de la pandémie à Covid 19 dans trois (3) CHU de Bamako. *Jaccr Africa* 2023; 7(4): 112-123