



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année 2023

N° : MS0212023

Mémoire de fin d'études

Pour l'obtention du Diplôme National de Spécialité
en « **Psychiatrie** »

Intitulé

L'EVALUATION DE L'ANXIETE CHEZ LE PERSONNEL MEDICAL

Présenté par :
Docteur Kenza HAJJAMI

Sous la direction du :
Professeur Abderrazzak OUANASS

Co-Encadrant :
Professeur Siham BELBACHIR

أَلْحَمْدُ لِلّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

**Ma vie, ma joie, mon espérance
c'est Toi mon Dieu.**

Merci pour tout ce que tu fais dans ma vie

وما توفیقي إلا بالله علیه توكلت وهو رب العرش العظيم

A decorative gold frame with intricate floral and scrollwork motifs at the corners and midpoints. The word "REMERCIEMENTS" is centered within the frame in a bold, blue, serif font.

REMERCIEMENTS

***A mon Maître, Mr le Directeur de l'UPR,
Le Pr Abderrazzak OUANASS***

Au terme de ce travail, je saisis cette occasion pour exprimer mes vifs remerciements pour la qualité de votre encadrement, votre disponibilité, votre sens de partage, vos conseils ainsi que votre soutien tout au long de mon parcours en psychiatrie depuis que j'étais interne de chu à l'hôpital. Je vous remercie énormément pour la confiance que vous m'avez témoignée en acceptant la direction de mon travail et en facilitant l'achèvement de ma formation. Je vous suis reconnaissante de m'avoir fait bénéficier tout au long de ce travail de votre grande compétence, de votre rigueur intellectuelle, de votre dynamisme, et de votre efficacité certaine que je n'oublierai jamais.



**A MON MAITRE, MR LE DIRECTEUR DE L'HOPITAL
PSYCHIATRIQUE AR-RAZI, LE PR JALLAL TOUFIQ**

Je tiens également à vous exprimer ma reconnaissance pour les efforts accomplis tout au long de notre formation, pour votre sens d'organisation ayant permis l'amélioration des conditions de prise en charge des patients ainsi que la qualité des soins dispensés dans notre hôpital.



A MON MAITRE, MR LE PR HASSAN KISRA

Je vous présente l'expression de mon profond respect pour votre présence permanente et l'importance que vous donnez à notre formation dans votre service. Veuillez cher maitre, trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude, ma haute considération et ma reconnaissance



A mon Maître, Mme le Pr Fatima EL OMARI

Votre soutien à la fois sur le plan personnel et professionnel resteront gravés dans ma mémoire à jamais. Votre écoute et bienveillance sont d'une grande aide à vos patients mais aussi aux résidents que vous recevez toujours avec sympathie, respect et patience. Permettez-moi de vous exprimer à travers ce travail ma grande admiration et ma profonde gratitude.



A mon Maitre, Pr Mohamed KADIRI

J'ai eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant mes années d'étude. Vos grandes qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité mon respect. Je vous remercie pour votre grande aide, disponibilité et votre confiance qui compte énormément pour moi. Veuillez trouver ici, cher professeur, l'expression de ma grande considération.



A mon Maitre, Mme le Pr Maria SABIR

A côté de la formation professionnelle sur laquelle vous veillez, et à votre compétence de professeur et de psychiatre, vos qualités humaines ont toujours été une grande source d'inspiration. Votre soutien psychologique m'était d'une grande aide, votre sympathie et la valeur que vous donnez à tous les médecins résidents est et sera toujours une motivation pour donner le meilleur de nous-même, merci d'avoir alimenté la passion que j'ai envers notre spécialité. Et pour ceci, acceptez chère professeur ma reconnaissance la plus profonde et ma gratitude qui ne s'éternisera jamais.



Au Pr agrégé Siham BELBACHIR

Depuis mon premier jour à l'hôpital vous étiez ma référence dans toutes les prises en charge des patients, j'ai appris la psychiatrie à vos côtés, vous m'avez accompagné avec mes premiers patients à l'hôpital jusqu'à mes derniers. Votre disponibilité permanente, votre modestie, vos connaissances scientifiques et votre sympathie créaient un milieu de travail satisfaisant. Je vous remercie d'avoir toujours ouvert la porte de votre bureau et de votre service à tout demandeur d'aide, et je vous remercie de m'avoir soutenue dans les moments les plus difficiles. Les mots ne peuvent pas exprimer ma gratitude et reconnaissance. Merci d'avoir cru en moi.



Au Pr agrégé Fouad LABOUDI

Je tiens à vous remercier Monsieur pour les nombreux encouragements que vous m'avez prodigué au début de ma formation ainsi qu'au soutien que vous m'avez donné. Veuillez accepter Monsieur l'expression de mes sentiments respectueux.



Au Pr Assistant Hind NAFIAA

Vous m'avez énormément soutenue, durant mon parcours, vous m'avez apporté aide, et encouragement à chaque fois que j'en ressentais le besoin. Votre dévouement, votre altruisme et votre patience vous rendant toujours prête à donner généreusement sans rien attendre en échange, ont délicatement forgé ma profonde affection et ma grande admiration pour vous. Puisse ce travail, être l'expression de ma gratitude.



Au Dr Nouredine BELAHNICH

Votre compétence et votre grande connaissance dans le domaine de la psychiatrie m'ont été toujours d'une grande utilité tout au long de ma formation et ont augmenté l'intérêt que j'ai pour cette spécialité. Votre respect et générosité ont été une source d'admiration. Veuillez trouver ici, Monsieur, le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.



A tout le personnel de l'hôpital ARRAZI de Salé

Mon parcours de résidanat à l'hôpital n'aurait pas pu être agréable sans votre sourire, bonne humeur, présence et soutien. Vous m'avez chaleureusement accueilli dès mon premier jour et à vos côtés j'ai beaucoup appris. J'ai eu la chance d'être entourée par des personnes respectant la vie humaine à part entière et veillant sur un meilleur traitement des patients en psychiatrie. Je vous en remercie.



A mes patients

Votre respect, votre reconnaissance, votre confiance et l'amour que vous me portiez était ma plus grande motivation pour être à la hauteur et pour vous soigner du mieux que je pouvais. Votre santé était et sera ma priorité.





DÉDICACES

Je dédie mon travail

*Aux 5 personnes qui me sont les plus chères au monde :
mon père, ma mère, ma sœur Hajar, ma sœur Meryem et
mon frère et meilleur ami Hamza*

*Vous êtes une famille exceptionnelle, les mots ne peuvent jamais
exprimer mon amour envers vous ni ma reconnaissance de vous
avoir à mes côtés en permanence. Grandir dans votre douceur, bonté
et patience m'ont permis d'arriver là où je suis maintenant et
d'enfin achever plusieurs années d'étude. Je vous remercie de
m'avoir toujours encouragé et d'avoir cru en moi. Vous êtes mon
cadeau le plus précieux.*



A ma grande famille,

merci pour votre soutien et patience

A mes chers collègues et amies

*Mounia Yamoul, Mouna Raissouni, Sofia Benhamou, Hajar
Berrada, Hala Chebli, Farah Azraf, Aicha Tounsi, Hajar Belhadga,
Mouna Chtibi, Hamza Zarouf je vous remercie pour la belle
ambiance que vous créez, votre bonne humeur, le chaleureux accueil
quotidien et votre amour.*



A mes chers amis,

*Sarah, Meryem, Yassine, Nabil, Soukaina, Salma, Rana, Snow,
merci de participer à ma joie et à mon bonheur*

*A Kaoutar Raiss, merci de m'avoir accompagné tout au long de ces
dernières années*

*Aux professeurs, spécialistes et résidents du service de réanimation
A4 du CHU de Fès, merci de m'avoir sauvé la vie*

A mes chers collègues,

anciens et jeunes, merci pour votre présence et soutien

Aux internes de ma promotion,

malgré la distance je ne vous oublie pas.



Sommaire

REMERCIEMENTS	iii
DÉDICACES	xvi
Abréviations	xxii
Liste des Tableaux	xxiii
Liste des Graphiques	xxiv
INTRODUCTION	1
LA PARTIE THÉORIQUE	4
I) Définitions	5
II) Les déterminants de la santé mentale	6
III) Santé mentale des médecins	7
IV) L'anxiété chez les médecins	8
V) Les outils d'évaluation de l'anxiété	9
VI) Les principales causes de l'anxiété chez le personnel médical	10
LA PARTIE PRATIQUE	13
I) Les objectifs de l'étude	14
II) Méthodologie	14
III) Résultats	17
IV) Discussion	30
V) Les limites de l'étude	32
CONCLUSION	33
LES RÉSUMÉS	35
BIBLIOGRAPHIE	39

Abréviations

OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
DSM 5	: Manuel statistique des troubles mentaux 5 (Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders)
HAM-A	: échelle d'Hamilton pour l'anxiété
SPA	: Substances Psycho-Actives
HAD	: Hospital and Anxiety Depression

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Echelle d'Hamilton pour l'anxiété (HAM-A).....	16
Tableau 2 : Données sociodémographiques des médecins participants à l'étude.....	18
Tableau 3 : Les antécédents médicaux, psychiatriques et addictifs des médecins.....	20
Tableau 4 : L'intensité de l'anxiété rapportée par les médecins participants à l'étude	28
Tableau 5 : Analyse univariée entre variables socio-démographiques, antécédents et le risque d'anxiété	29

Liste des Graphiques

Graphique 1 : Pourcentage des symptômes d’humeur anxieuse chez les médecins participants à l’étude	21
Graphique 2 : Pourcentage des symptômes d’humeur dépressive chez les médecins participants à l’étude	22
Graphique 3 : Pourcentage des symptômes de peurs chez les médecins participants à l’étude	22
Graphique 4 : Pourcentage des médecins rapportant un retentissement sur les fonctions cognitives.....	23
Graphique 5 : Pourcentage de la tension rapportée par les médecins participants à l’étude	23
Graphique 6 : Pourcentage des médecins présentant une insomnie.....	24
Graphique 7 : Pourcentage des symptômes somatiques généraux musculaires chez les médecins participants à l’étude	24
Graphique 8 : Pourcentage des symptômes somatiques généraux sensoriels chez les médecins participants à l’étude	25
Graphique 9 : Pourcentage des symptômes cardio-vasculaires chez les médecins participants à l’étude.....	25
Graphique 10 : Pourcentage des symptômes respiratoires chez les médecins participants à l’étude	26
Graphique 11 : Pourcentage des symptômes gastro-intestinaux chez les médecins participants à l’étude	26
Graphique 12 : Pourcentage des symptômes génito-urinaires chez les médecins participants à l’étude.....	27
Graphique 13 : Pourcentage des symptômes génito-urinaires chez les médecins participants à l’étude.....	27

A decorative gold frame with ornate floral and scrollwork motifs at the corners. The word "INTRODUCTION" is centered within the frame in a bold, blue, serif font.

INTRODUCTION

Les troubles psychiatriques ont connu une croissance progressive au cours des dernières années. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique qu'en 2019, une personne sur huit – soit 970 millions de personnes – présentait des pathologies psychiatriques dont les plus fréquentes étaient les pathologies dépressives et anxieuses (1), et selon la même source, en 2020, le taux de ces troubles a augmenté considérablement suite à la pandémie de la COVID 19, avec une prévalence mondiale des troubles anxieux et dépressifs qui a atteint les 25% au cours de la première année de la pandémie (2) en raison de la peur excessive, de la maladie et de la mort, amplifiée par les médias, ainsi que les soucis financiers et le deuil auquel se trouvent confrontées les personnes qui ont perdu leurs proches. Tous ces facteurs étaient à l'origine d'une augmentation importante du nombre de patients souffrant de troubles psychiatriques, et particulièrement des troubles anxio-dépressifs, tout âge confondu : de l'enfant aux sujets âgés, et toute profession confondue, en particulier le personnel médical qui était en contact direct avec la maladie, la mort et la charge importante du travail. En effet, lorsqu'un stress lié au travail devient intense ou de longue durée, ça pourrait constituer l'un des facteurs de risque de survenue des troubles anxieux chez les individus. En outre, il existe d'autres causes qui peuvent favoriser la survenue de ces troubles, on peut citer par exemple le sentiment d'inégalité, la discrimination, l'intimidation, la violence psychologique, le harcèlement etc... ce qui aura comme conséquence un retentissement non seulement sur le rendement professionnel du sujet mais également sur tous les autres domaines de sa vie (personnelle, familiale, sociale). Dans le même sens, l'OMS estime, en septembre 2022, que 12 milliards de journées de travail sont perdues chaque année pour cause de dépression ou d'anxiété, ce qui coûte près de mille milliards de dollars à l'économie mondiale (3)

Ces chiffres-là, aussi alarmants soient-ils, concernent la population mondiale ; Quant au Maroc, et selon un article publié récemment en Septembre 2022 (4), le taux des troubles psychiatriques effleure la moitié de la population marocaine avec un pourcentage de 48,9% dont plus de 26% souffrent de dépression au cours de leur vie et 9% souffrent de troubles anxieux (5).

La santé mentale des médecins et des étudiants en médecine était le centre d'intérêt de plusieurs chercheurs depuis les années cinquante (6), et le résultat de certaines recherches a objectivé une prévalence élevée des troubles anxieux et dépressifs chez le personnel médical ainsi que des niveaux de détresse psychologique plus élevée que dans la population générale (7). Ceci a motivé notre étude qui a comme but d'évaluer l'intensité de l'anxiété parmi le personnel médical ainsi que les facteurs de risque qui pourraient être incriminés.

Le fait de déterminer les facteurs de risque de l'anxiété chez les médecins nous permettra d'organiser des stratégies préventives afin de limiter le nombre croissant du personnel médical souffrant en silence.



LA PARTIE THÉORIQUE

I) Définitions

1) Définition de la santé mentale :

La santé mentale ne se définit pas uniquement par l'absence de toute pathologie psychiatrique, mais elle consiste en un bien être mental global qui permet à l'individu d'affronter les obstacles auxquels il peut faire face (les différentes sources de stress psychosocial), de prendre des décisions individuelles et collectives, à nouer des relations saines et à fonctionner normalement au sein d'une société.

Il s'agit d'un droit fondamental de tout être humain, et dont l'altération peut s'accompagner d'une grande souffrance aussi bien du sujet atteint mais aussi de son entourage.

Les problèmes de santé mentale sont nombreux, il peut s'agir des troubles mentaux, des handicaps psychosociaux ainsi que d'autres états mentaux qui s'accompagnent d'une altération du fonctionnement ou d'un comportement auto ou hétéro-agressif (8), et vue le nombre croissant des problèmes mentaux, les membres de l'Organisation Mondiale de la Santé se sont engagés à mettre en place un « Plan d'action global pour la santé mentale 2013 – 2030 » afin de promouvoir, protéger et rétablir la santé mentale.

2) Définition de l'anxiété :

L'anxiété est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme le « sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi, voire d'anéantissement »

Il s'agit d'une émotion désagréable à type d'une sensation de peur qui rassemblent un ensemble de symptômes physiques, psychiques et comportementaux :

- Symptômes physiques : peuvent toucher tous les appareils, on retrouve souvent : palpitations, douleur ou sensation d'oppression thoracique, tachypnée, dyspnée, tremblements, sueurs, crampes musculaires etc...
- Symptômes psychiques : qui sont des pensées anxieuses à type d'inquiétudes, de ruminations incessantes, de craintes et de doute

- Symptômes comportementaux : réactions de sursaut, les conduites d'évitement, les difficultés d'endormissement, consommation d'alcool ou de benzodiazépines etc...

On parle d'un trouble anxieux lorsque l'anxiété devient intense et difficile à contrôler, si elle dure longtemps ou lorsqu'elle se déclenche par une situation particulière. Les troubles anxieux sont classés dans le DSM 5 comme suit :

- Anxiété de séparation
- Mutisme sélectif
- Phobie spécifique
- Anxiété sociale
- Trouble d'anxiété généralisée
- Trouble panique
- Agoraphobie

Notre étude s'est intéressée à l'évaluation globale de l'anxiété chez le personnel médical en précisant son intensité et les éventuels facteurs de risque

II) Les déterminants de la santé mentale

Une bonne santé mentale implique un équilibre dans l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux de l'individu. Et ce sont ces facteurs-là qui peuvent se combiner pour protéger ou compromettre notre santé mentale. En effet, une perturbation de ces déterminants pourrait entraîner la survenue de plusieurs troubles psychiatriques, parfois, invalidants.

- Déterminants biologiques : prédisposition génétique, fonctionnement des systèmes de neurotransmission cérébrale, fonctionnement endocrinien et métabolique
- Déterminants psychologiques : expériences de la petite enfance, les habitudes de vie, les événements de vie.
- Déterminants sociaux : niveau socio-économique, soutien social et familial, disponibilité des réseaux de soins de santé mental

Par conséquent, devant une pathologie psychiatrique, la prise en charge est toujours bio-psycho-sociale, et repose obligatoirement sur la prise en compte des 3 déterminants afin d'assurer une rémission de la pathologie et une amélioration de la qualité de vie du sujet.

III) Santé mentale des médecins

Les médecins sont des professionnels ayant les compétences et les connaissances nécessaires afin de rétablir mais aussi de maintenir une bonne santé aux patients consultants, et il arrive que ces connaissances ne servent pas les médecins eux-mêmes et ne les protègent pas contre le danger des maladies aussi bien physiques que mentales. Le médecin se trouve obligé de répondre au nombre, parfois important, de malades dans les différents secteurs et les différents services aux dépens de son propre bien-être physique et psychique.

Les personnes qui choisissent la carrière de médecin sont le plus souvent performantes, indépendantes et autosuffisantes, avec une tendance perfectionniste (9), et souvent, la difficulté de concilier entre les besoins des patients et le manque des ressources du système de santé peut être à l'origine d'une grande frustration et d'un découragement, qui s'ajouteront à la surcharge de travail, aux nombreuses heures passées à l'hôpital, à l'épuisement physique et parfois même au harcèlement psychologique de la part des collègues et des supérieurs, et compromettront ainsi leur santé, et les rendent vulnérables au stress, à l'anxiété, à la dépression, à l'usage de substances psychoactives, au burnout, et dans les cas les plus graves à l'invalidité, car, la performance des médecins est proportionnellement associée à leur qualité de vie et à leur bien-être physique et mental.

Une étude française a interrogé en 2008 les médecins généralistes des cinq régions du panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire) sur leur état de santé physique et mentale. Plus d'un généraliste sur 10 a rapporté avoir une détresse psychologique dont la moitié était de sexe féminin, et l'âge ne semblait pas influencer les idées suicidaires (10)

Le suicide est plus fréquent chez les médecins que dans la population générale (11), selon une méta analyse publiée en 2004 le risque suicidaire serait plus élevé chez les femmes médecins que chez les hommes (12)

Le Conseil national de l'Ordre des médecins en France a réalisé en 2003 une étude qui a confirmé la surmortalité chez les médecins français. Sur 5 ans, 69 suicides ont été recensés

pour 492 décès dans une population de 44 000 médecins. Le taux de suicide de 14 % contraste avec celui de 5,9 % retrouvé dans la population générale du même âge (30 à 65 ans) (13)

En 2021, une autre enquête a été réalisée objectivant des chiffres inquiétants : 75% des futurs médecins souffrent d'un syndrome anxieux et 39% d'un syndrome dépressif, et dont les principales causes mentionnées étaient les conditions et le temps de travail (14)

Dans notre pays, la situation est similaire, en effet, dans une étude nationale qui a été menée auprès des 7 facultés de médecine pendant le mois de Février 2019, 605 futurs médecins ont été inclus. Parmi eux, 28% soit 168 étudiants souffraient d'un trouble psychiatrique : le trouble dépressif était le trouble de plus fréquent (10,4%), suivi du trouble anxieux (7,8%), puis comorbidité trouble dépressif et anxieux (6,94%) et enfin les troubles psychotiques (2,46%) (15).

Ces taux, menaçants, reflète le mal être dans lequel les médecins marocains et aussi partout dans le monde, peuvent se retrouver, et plus particulièrement les troubles anxieux et dépressifs.

IV) L'anxiété chez les médecins

La communauté des médecins est une communauté vulnérable et sensible au stress en raison d'abord d'une lourde charge du programme des études médicales, mais également du contact presque permanent avec la maladie, la douleur et les décès pendant plusieurs heures avec une responsabilité, directe ou indirecte, de la vie ou de la mort des patients.

Cette situation rendrait donc le personnel médical exposé aux risques de troubles anxieux, et malgré cette prédisposition, les médecins sont les derniers à consulter à cause de cela car ils craignent, entre autre, que cela fasse d'eux de mauvais médecins (16)

Une revue systématique et méta analyse publiée en 2015 a objectivé que sur 9947 internes en médecine dans le monde, entre 1963 et 2015, 28% ont déjà présenté des symptômes dépressifs (17)

Dans une autre étude plus récente qui a inclut 2003 participants médecins (étudiants en médecine, médecins externes, médecins internes, médecins généralistes) et dont 32,3% (N = 646) présentaient un trouble anxieux actuel, avec une prédominance féminine, et 17,8%

d'entre eux bénéficiaient d'une psychothérapie, tandis que 8,8% étaient sous antidépresseurs (18)

Dans notre pays, les études qui se sont intéressées aux troubles anxieux et dépressifs ainsi qu'à la santé mentale de façon générale demeurent insuffisantes. Par ailleurs, on retrouve quelques publications qui reflètent le mal être psychique des médecins marocains et qui exposent des chiffres inquiétants des troubles anxio-dépressifs ainsi que des idéations suicidaires. Citons comme exemple une étude récente publiée en 2020, qui a inclut 600 étudiants et médecins du 1^{er} cycle, 2^{ème} cycle et 3^{ème} cycle des 7 facultés de médecine au Maroc : 5% des participants à l'étude avaient fait au moins une tentative de suicide et 31% avaient eu des idées suicidaires (19)

Notre étude s'est donc centrée sur l'évaluation du degré d'anxiété chez le personnel médical, ainsi que sur les facteurs de risque qui pourraient être à l'origine de la souffrance silencieuse des médecins.

V) Les outils d'évaluation de l'anxiété

Les échelles d'évaluation de l'anxiété sont parfois indispensables dans la pratique psychiatrique et ceci pour différentes raisons :

- Evaluer l'intensité des symptômes que le patient présente avant le début de la thérapie ;
- Evaluer l'évolution de l'anxiété du patient en comparant les échelles en cours et à la fin de la thérapie avec celles du début du traitement ;
- Réaliser des études scientifiques.

Les principales échelles utilisées en fonction de la nature du trouble anxieux sont :

1) Evaluation globale de l'anxiété et de l'anxiété généralisée :

- Echelle d'évaluation de l'anxiété d'Hamilton (HAM-A) (1969) ;
- Echelle HAD pour l'anxiété et la dépression en milieu hospitalier (Zigmond, 1983) ;
- Echelle de Covi (1984) ;
- Echelle d'anxiété de Beck, BAI (1988) ;

- Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (1990) ;
- Phobies Échelle des peurs III, FSS III (Wolpe et Lang, 1967) ;
- Questionnaire des peurs (Marks et Matthews, 1969).

2) Attaques de panique et agoraphobie :

- Phobie, panique, anxiété généralisée, PPAG (Cottraux, 1985) ;
- Questionnaire des cognitions agoraphobiques (Chambless, 1984) ;
- Échelle de sévérité du trouble panique, PDSS (Shear, 1992) ;
- Test comportemental d'évitement (Marks, 1977).

3) Phobie sociale :

- Échelle d'affirmation de soi de Rathus (1973) ;
- Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (1987) ;
- Test des pensées en interaction sociale, TAPIS (Glass, 1982) ;
- Échelle d'infériorité, EDI (Yao, 1998).

Dans notre étude, on a évalué l'anxiété globale des médecins participants par l'échelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton (HAM-A), en se basant sur la même méthode utilisée dans des études similaires de la littérature.

VI) Les principales causes de l'anxiété chez le personnel médical

Comme déjà cité préalablement, les déterminants de la santé mentale et donc de toute pathologie psychiatrique sont bio-psycho-sociaux. Il y'a certains facteurs individuels qui dépendent de la prédisposition génétique et biologique de chaque personne, mais également des facteurs psycho-sociaux qui jouent un rôle prépondérant dans le déclenchement des maladies mentales ; Les difficultés psycho-sociales que peuvent rencontrer les médecins sont nombreuses, et ont un impact différent sur chaque individu en fonction de la vulnérabilité

(biologique, psychologique) de chacun. Mais il semble, d'après les études exposées avant, qu'un grand nombre souffrirait d'un trouble anxieux et/ou dépressif.

Les causes qui pourraient être à l'origine de la détérioration de la santé mentale du personnel médical sont nombreuses, on peut citer :

- La lourde charge de travail ainsi que les horaires condensés qui donnent lieu à un épuisement professionnelle (20) ;
- Stress chronique en rapport avec l'exigence des médecins envers eux même face au malade, la remise en question de leurs compétences et la frustration ;
- Mauvaise organisation du service de travail (21) ;
- Le sentiment de compétition entre collègues amplifierait le stress psychologique (20) ;
- La fatigue physique et les perturbations du sommeil que peuvent entraîner les gardes de nuit ;
- Le manque de stratégies d'adaptation face aux situations traumatisantes auxquelles les médecins peuvent être exposés (20) ;
- La rencontre émotionnelle avec la souffrance physique et psychique du malade qui engendrerait des microtraumatismes émotionnels (22) ;
- Conflits entre la vie privée et la vie professionnelle à cause du surplus de temps passé au travail (22) ;
- Dévalorisation du statut de médecin : financièrement et socialement avec absence de gratitude et de reconnaissance de la part des patients, des collègues, des supérieurs et du réseau de soin (22) ;
- Le manque de loisirs et de passe-temps (23) ;
- Les antécédents d'accident d'exposition au sang (24) ;
- Les ressources hospitalières limitées affectant l'attribution des lits de soins intensifs aux cas urgents (25) ;
- Harcèlement moral par des collègues ou des supérieurs (26).

Ces nombreux facteurs identifiés par les études contribuent à l'épuisement physique et psychologique du personnel médical et amène au développement de maladies mentales, et particulièrement des troubles anxieux et dépressifs.



LA PARTIE PRATIQUE

I) Les objectifs de l'étude

Les objectifs de notre étude sont les suivants :

- Evaluation de l'anxiété globale chez le personnel médical ;
- Déterminer l'intensité des symptômes anxieux que présentent les médecins ;
- Déterminer les facteurs de risque qui pourraient favoriser une détresse anxieuse chez la même population.

II) Méthodologie

1) Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, élaborée à partir d'un auto-questionnaire diffusé en ligne à l'aide de Google Forms.

2) Echantillon de l'étude :

On a pu regrouper 115 réponses de l'ensemble des médecins qui ont participé à notre étude.

3) Lieu de recrutement :

Le recueil des informations a été réalisé grâce à l'envoi du questionnaire aux enquêtés via Facebook, Whatsapp, e-mail.

L'objectif étant de diffuser le questionnaire au plus grand nombre de médecins, de toutes les villes du Maroc.

4) Critère d'inclusion :

- Les médecins : internes de CHU, généralistes, spécialistes, résidents, professeurs en médecine ;
- Les médecins ayant accepté de participer à notre étude.

5) Critères d'exclusion :

- Les étudiants en médecine
- Le personnel non médical
- Les médecins n'ayant pas accepté de participer à l'étude

6) Les outils d'évaluation :

Le questionnaire qui a été élaboré dans cette étude se composait de 46 questions réparties comme suit :

a) 32 questions étaient destinées pour déterminer :

- Les données sociodémographiques du personnel médical
- Le statut des médecins participants à l'étude
- Les antécédents médicaux, psychiatriques et addictifs de chacun

b) 14 questions correspondant à l'échelle d'Hamilton pour l'anxiété (HAM-A) afin d'évaluer l'anxiété globale du personnel médical ayant répondu au questionnaire.

L'échelle d'Hamilton correspond à un auto-questionnaire de 14 items évaluant l'ensemble des symptômes physiques et psychiques de l'anxiété, avec une cotation de chaque item qui va de 0 à 4, où :

0 : Pas du tout

1 : Un peu

2 : Modérément

3 : Beaucoup

4 : Enormément

Dont le score final permet de déterminer l'intensité des symptômes anxieux que présente la personne :

- Un score ≤ 12 : anxiété dite « normale »

- Entre 12 et 20, anxiété légère
- Entre 20 et 25, anxiété modérée
- ≥ 25 , anxiété grave à sévère

Tableau 1 : Echelle d'Hamilton pour l'anxiété (HAM-A)

Humeur anxieuse: Inquiétude -Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité-Consommation de tranquillisants	0 1 2 3 4
Tension: Impossibilité de se détendre -Réaction de sursaut -Pleurs faciles - Tremblements Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité.	0 1 2 3 4
Peurs: De mourir brutalement -D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule -Des grands espaces - Des ascenseurs -Des avions - Des transports ...	0 1 2 3 4
Insomnie: Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars – Angoisses ou malaises nocturnes.	0 1 2 3 4
Fonctions intellectuelles (cognitives): Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire – Cherche ses mots – Fait des erreurs.	0 1 2 3 4
Humeur dépressive: Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse -Insomnie du matin.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (musculaires): Douleurs et courbatures -Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Grincements des dents - Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (sensoriels): Sifflements d'oreilles -Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid -Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements.	0 1 2 3 4
Symptômes cardiovasculaires: Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux Sensations syncopales - Extra-systoles.	0 1 2 3 4
Symptômes respiratoires: Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Soupirs – Respiration rapide au repos.	0 1 2 3 4
Symptômes gastro-intestinaux: Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales Borborygmes - Diarrhée - Constipation.	0 1 2 3 4
Symptômes génito-urinaires: Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) - Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	0 1 2 3 4
Symptômes du système nerveux autonome: Bouche sèche - Accès de rougeur -Pâleur -Sueur - Vertiges -Maux de tête -	0 1 2 3 4
Comportement lors de l'entretien: Général : Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains -Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire, Physiologique : Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos – Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs -Dilatation pupillaire - Battements des paupières.	0 1 2 3 4

7) Analyse statistique :

L'étude statistique est faite par l'intermédiaire du logiciel Jamovi version 2.3.21.0 et Microsoft excel 2021.

Concernant les statistiques descriptives : Les variables quantitatives à distribution asymétrique sont exprimées par la médiane et l'intervalle interquartile. Alors que les variables qualitatives nominales et ordinales sont exprimés en effectif et en pourcentage.

Les statistiques analytiques quant à elles, sont réalisé par la régression logistique binomiale, après avoir utilisé un seuil de 20 points à partir duquel on considère le participant étant anxieux.

La probabilité du hasard est fixée à moins de 5% ($p=0,05$)

III) Résultats

1) Les statistiques descriptives :

⇒ Concernant les données sociodémographiques des enquêtés (tableau 2) :

- Age : la tranche d'âge qui a le plus participé à l'étude est située entre 26 et 35 ans avec un pourcentage de 82,8% ;
- Sexe : le sexe féminin était prédominant (81%) par rapport au sexe masculin (19%) ;
- Statut matrimonial : environ la moitié de nos participants sont mariés avec un pourcentage de 51,7%, les célibataires 45,7%, divorcé 1,7% puis un seul participant veuf 0,9% ;
- Présence d'enfants : 31% des médecins ont des enfants dont 66,7% n'ont qu'un seul, 22,2% ont deux enfants et 11,1% ont en 3 ;
- Statut de travail : environ la moitié de notre échantillon sont des résidents (55,2%), 26,7% sont des généralistes, 17,2% des spécialistes, 2,6% des internes de CHU. Toutefois, aucun professeur en médecine n'a participé à notre étude ;
- Parmi les 55,2% des résidents, 28,1% sont en première année, 21,9% en 2^{ème} année, 28,1% en 3^{ème} année, 14,1% en 4^{ème} année et enfin 7,8% en 5^{ème} année ;
- Des médecins qui font la spécialité : 72,6% font une spécialité médicale, 23,8% une spécialité chirurgicale et 4,8% biologie ;

- Type de spécialité : 40,7% des médecins participants sont des psychiatres ou résidents en psychiatrie, 12,3% cardiologues, 11,1% des gynécologues, 4,9% dermatologues, le reste des spécialités variait entre 1 et 2 participants, soit respectivement 1,2 et 2,5% (voir tableau 2) ;
- Secteur de travail : 81,9% travaillent dans le secteur public dont 75,8% sont au CHU, et 18,1% travaillent dans le secteur libéral ;
- Nombre d'années d'exercice : 79,3% ont moins de 5 ans d'exercice, 12,9% entre 6 et 10 ans et 8,6% ont plus de 11 ans d'exercice ;
- Gardes de nuit : la plupart des médecins participants à notre étude font des gardes de nuit (63,8%).

Tableau 2 : Données sociodémographiques des médecins participants à l'étude

Données sociodémographiques	Valeur (N=116)
Age	
< 25 ans	6 (5,2%)
26 – 30 ans	96 (82,8%)
36 – 50 ans	11 (9,5%)
> 51 ans	3 (2,6%)
Sexe	
Féminin	94 (81%)
Masculin	22 (19%)
Statut marital	
Marié(e)	60 (51,7%)
Célibataire	53 (45,7%)
Divorcé(e)	2 (1,7%)
Veuf/ve	1 (0,9%)
Présence d'enfant	
Oui :	35 (31%)
- 1	- 24 (66,7%)
- 2	- 8 (22,2%)
- 3	- 4 (11,1%)
- > 3	- 0
Non	80 (69%)
Statut de travail	
Interne de CHU	3 (2,6%)
Résident au CHU	64 (55,2%)
Généraliste	29 (6,7%)
Spécialiste	20 (17,2%)
Professeur en médecine	0
Si résident, année de résidanat	
1^{ère} année	18 (28,1%)
2 ^{ème} année	14 (21,9%)
3^{ème} année	18 (28,1%)
4 ^{ème} année	9 (14,1%)
5 ^{ème} année	5 (7,8%)

Si résident ou spécialiste, la spécialité	
Médicale	61 (72,6%)
Chirurgicale	20 (23,8%)
Biologie	3 (3,6%)
Type de spécialité	
Psychiatrie	33 (40,7%)
Cardiologie	10 (12,3%)
Gynéco-obstétrique	9 (11,1%)
Dermatologie	4 (4,9%)
Endocrinologie	1 (1,2%)
Gastro-entérologie	2 (2,5%)
Radiologie	1 (1,2%)
Néphrologie	2 (2,5%)
Neurologie	1 (1,2%)
Pneumologie	2 (2,5%)
Oncologie	2 (2,5%)
Ophthalmologie	2 (2,5%)
ORL	3 (3,7%)
Chirurgie générale	2 (2,5%)
Chirurgie pédiatrique	2 (2,5%)
Chirurgie vasculaire	1 (1,2%)
Traumatologie	1 (1,2%)
Urologie	1 (1,2%)
Secteur de travail	
Public :	95 (81,9%)
- CHU	- 72 (75,8%)
- Hôpital (régional ou provincial)	- 15 (15,8%)
- Suivi des soins ambulatoires	- 8 (8,4%)
Privé	21 (18,1%)
Nombres d'année d'exercice	
< 5 ans	92 (79,3%)
6 – 10 ans	14 (12,1%)
> 11 ans	10 (8,6%)
Gardes de nuit	
Oui	74 (63,8%)
Non	42 (36,2%)

⇒ Concernant les antécédents des médecins (tableau 3)

- Les antécédents personnels médicaux : la moitié des participants ont des antécédents médicaux (50%), l'autre moitié ne n'en avait pas ;
- Maladie chronique : 29,3% des médecins souffrent d'une maladie chronique ;
- Antécédents personnels psychiatriques : la plupart des enquêtés n'ont pas d'antécédents psychiatriques avec un pourcentage de 67,2%, 32,8% ont des antécédents psychiatriques dont 45,3% ont des troubles anxieux et 30,7% des troubles de l'humeur ;
- Suivi actuel en psychiatrie : 91,4% ne sont pas suivis actuellement en psychiatrie ;

- La grande majorité des médecins participants à l'étude ne sont pas sous antidépresseurs (90,5%) ni sous anxiolytiques (97,4%) ;
- Les antécédents psychiatriques familiaux : 39,7% des médecins rapportent avoir des antécédents familiaux de troubles psychiatriques contre 60,3% qui rapportent ne pas en avoir ;
- Les antécédents addictifs : la plupart des enquêtés ne rapportent pas avoir d'antécédents addictifs avec un pourcentage de 86,2% ;
- Consommation actuelle : 13,8% rapportent une consommation actuelle des substances psychoactives, dont 21,2% consomment du tabac, 4,8% du cannabis, 10,8% l'alcool, 1,6% des opiacés, mais aucun participant ne rapporte une consommation des benzodiazépines, ni de la cocaïne ni des amphétamines.

Tableau 3 : Les antécédents médicaux, psychiatriques et addictifs des médecins

Les antécédents	Valeur (N=116)
Les antécédents personnels médicaux	
Oui	57 (49,1%)
Non	59 (50,9%)
Maladie chronique	
Oui	34 (29,3%)
Non	82 (70,7%)
Antécédents psychiatriques	
Oui	38 (32,8%)
Non	78 (67,2%)
Si oui, troubles anxieux	
Oui	34 (45,3%)
Non	41 (54,7%)
Si oui, troubles de l'humeur	
Oui	23 (30,7%)
Non	52 (69,3%)
Suivi psychiatrique actuel	
Oui	10 (8,6%)
Non	106 (91,4%)
Actuellement, sous antidépresseurs	
Oui	11 (9,5%)
Non	105 (90,5%)
Actuellement, sous anxiolytiques	
Oui	3 (2,6%)
Non	113 (97,4%)
Les antécédents psychiatriques familiaux	
Oui	46 (39,7%)
Non	70 (60,3%)
Les antécédents addictifs	
Oui	16 (13,8%)
Non	100 (86,2%)

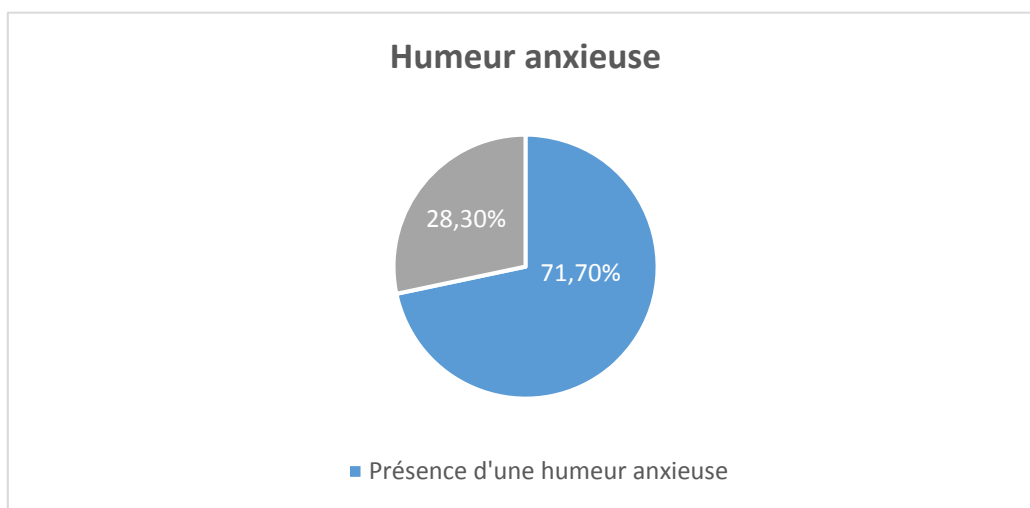
Consommation actuelle des SPA		
Oui		16 (13,8%)
-	Tabac	- 14 (21,2%)
-	Cannabis	- 3 (4,8%)
-	Alcool	- 7 (10,8%)
-	Benzodiazépines	- 0
-	Opiacés	- 1 (1,6%)
-	Cocaine	- 0
-	Amphétamines	- 0
Non		87,9%

⇒ Concernant l'évaluation de l'anxiété par l'échelle de Hamilton :

Si on considère que les réponses 0 (absence de symptômes) et 1 (symptômes légers) ne sont pas significatifs (couleur grise), et que 2 (intensité modérée des symptômes), 3 (forte intensité des symptômes) et 4 (intensité maximale des symptômes) représentent la présence de ces symptômes (couleur bleue), on pourrait déduire les résultats descriptifs suivants :

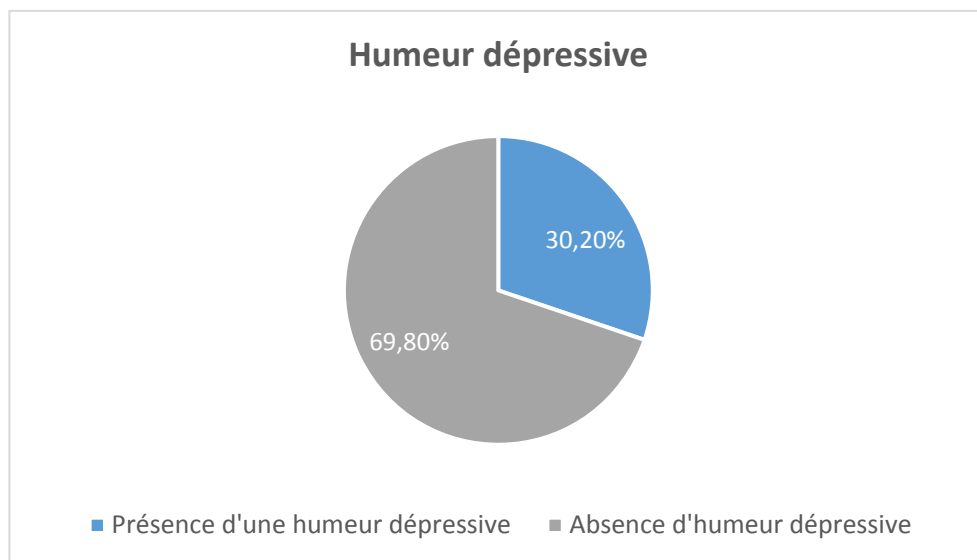
- Les symptômes psychiques de l'anxiété :
 - Humeur anxieuse (inquiétudes, ruminations, attente du pire etc...) : 71,7% présentent des symptômes anxieux significatifs (graphique 1)

Graphique 1 : Pourcentage des symptômes d'humeur anxieuse chez les médecins participants à l'étude



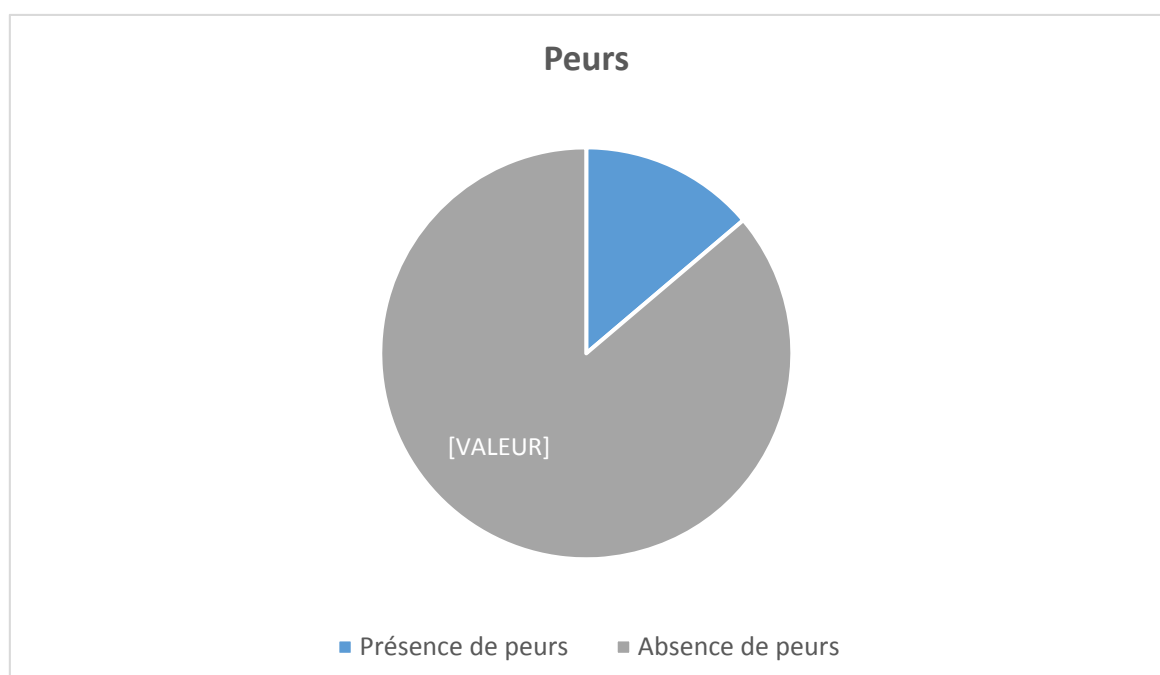
- Humeur dépressive (perte d'intérêt, anhédonie, tristesse etc...) : 69,8% des enquêtés ne présentent pas du tout de symptômes dépressifs ou des symptômes dépressifs légers (graphique 2)

Graphique 2 : Pourcentage des symptômes d'humeur dépressive chez les médecins participants à l'étude



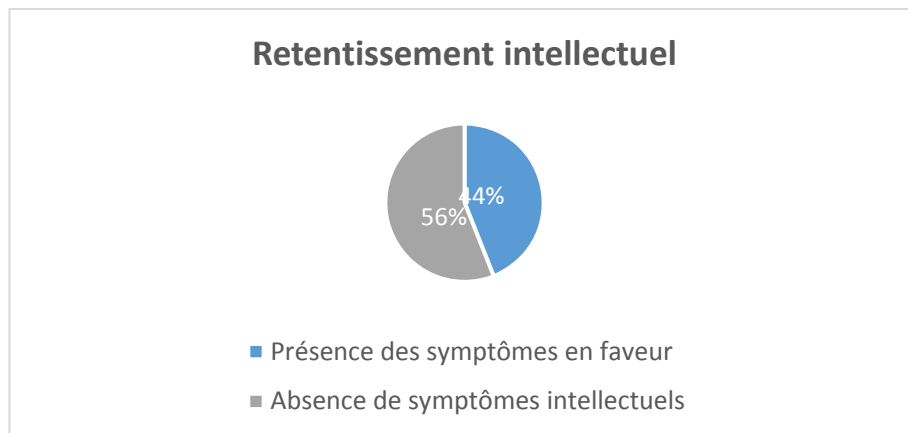
- Peurs (mourir brutalement, d'être abandonné, des gens, des grands espaces etc...) : 86,2% rapportent ne pas avoir des peurs (graphique 3)

Graphique 3 : Pourcentage des symptômes de peurs chez les médecins participants à l'étude



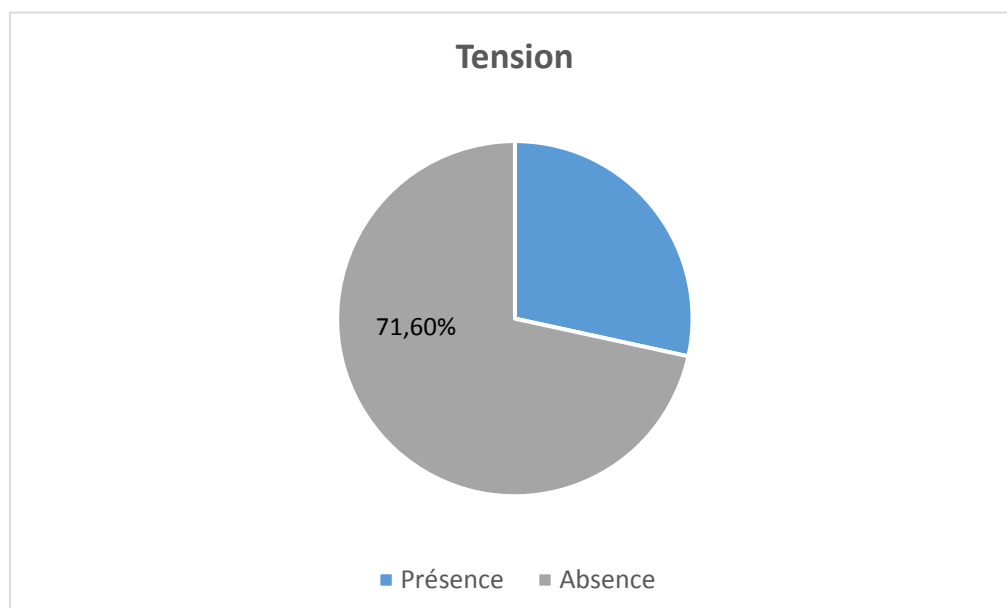
- Fonctions intellectuelles (difficultés de concentration, de mémoire, erreurs etc...) : moins que la moitié des médecins rapportent avoir un retentissement intellectuel de l'anxiété de façon significative (44%) (graphique 4)

Graphique 4 : Pourcentage des médecins rapportant un retentissement sur les fonctions cognitives



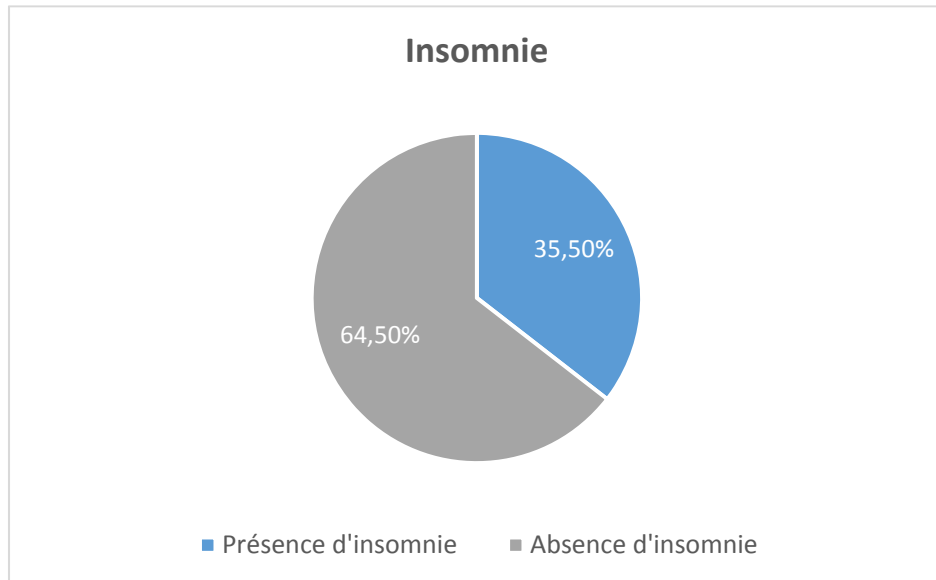
- Les symptômes comportementaux de l'anxiété :
 - Tension (incapacité de se détendre, réaction de sursaut, pleurs faciles etc...) : 28,4% des médecins ont rapporté avoir ces symptômes dont l'intensité peut être modérée, intense ou maximale. (graphique 5)

Graphique 5 : Pourcentage de la tension rapportée par les médecins participants à l'étude



- Insomnie (difficultés d'endormissement, sommeil interrompu, cauchemars, rêves pénibles etc...) : 35,5% ont ce trouble du sommeil. (graphique 6)

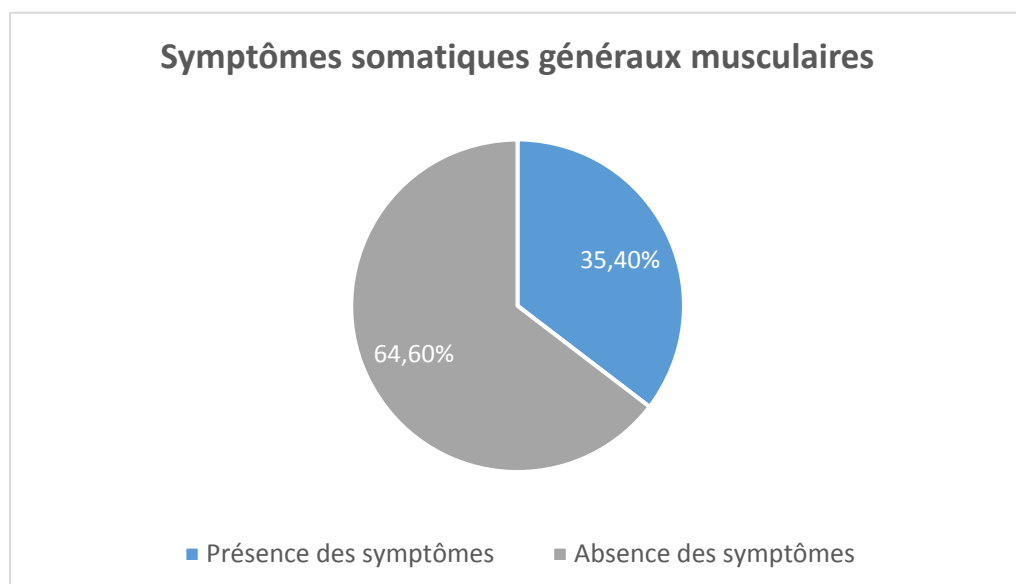
Graphique 6 : Pourcentage des médecins présentant une insomnie



– Les symptômes physiques de l'anxiété :

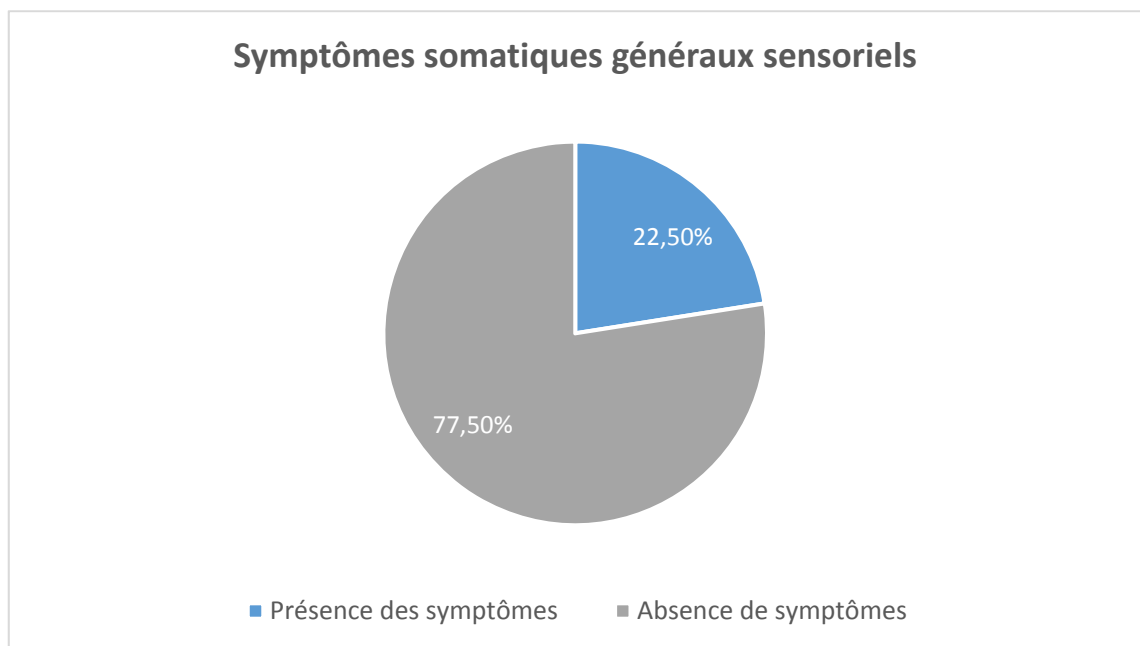
- Les symptômes somatiques généraux musculaires (courbatures, raideurs, contraction de la mâchoire etc...) : plus que la moitié des participants ne présentent pas des symptômes (64,6%) (graphique 7)

Graphique 7 : Pourcentage des symptômes somatiques généraux musculaires chez les médecins participants à l'étude



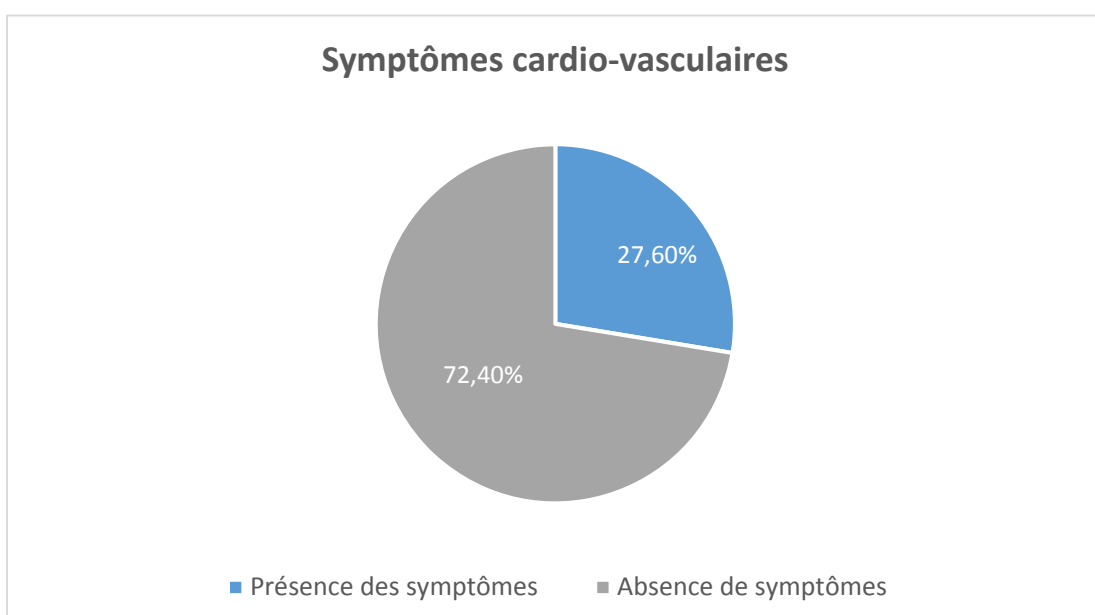
- Les symptômes somatiques généraux sensoriels (acouphènes, fourmillements, picotements, etc...) : un faible pourcentage des médecins ont rapporté avoir ces symptômes (22,5%) (graphique 8)

Graphique 8 : Pourcentage des symptômes somatiques généraux sensoriels chez les médecins participants à l'étude



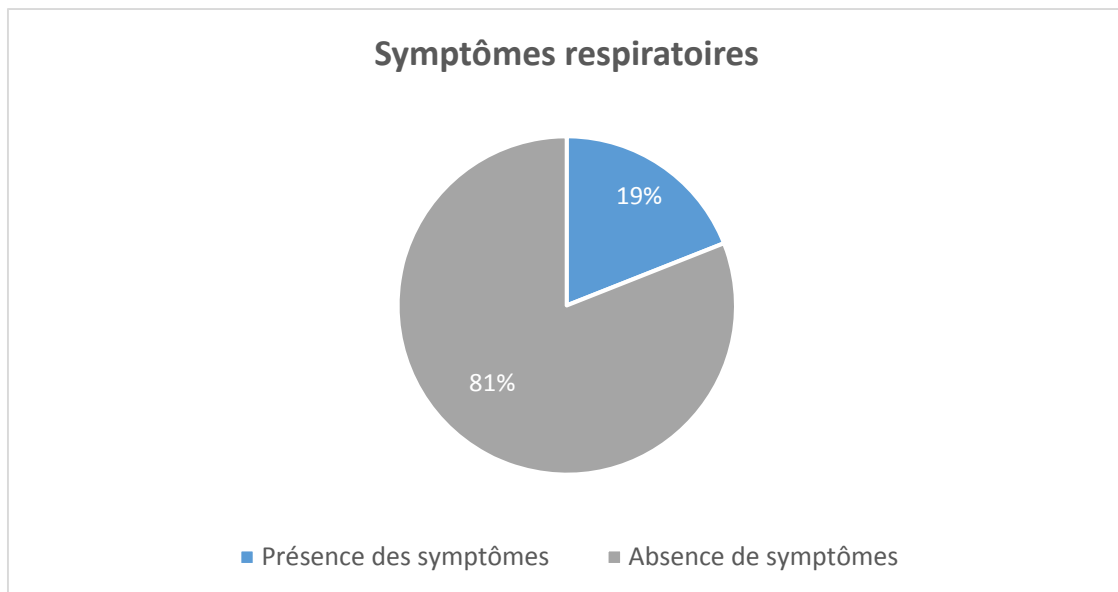
- Les symptômes cardio-vasculaires (tachycardie, palpitations, douleurs thoraciques etc...) : 72,4% ne présentent pas ces symptômes de façon significative. (graphique 9)

Graphique 9 : Pourcentage des symptômes cardio-vasculaires chez les médecins participants à l'étude



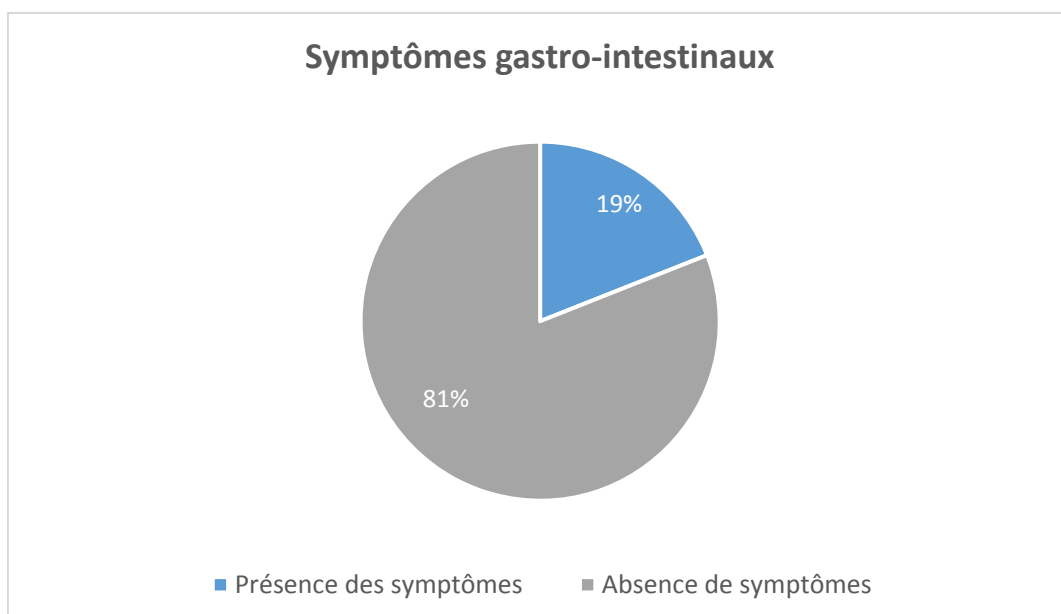
- Les symptômes respiratoires (oppression, tachypnée, sensation de boule dans la gorge etc...) : 81% ne présentent pas non plus de symptômes respiratoires ou les présentent de façon légère. (graphique 10)

Graphique 10 : Pourcentage des symptômes respiratoires chez les médecins participants à l'étude



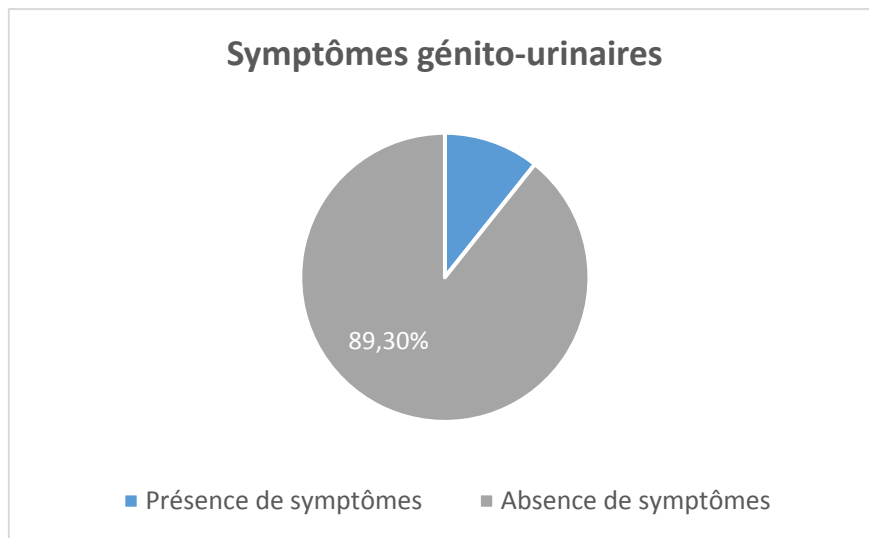
- Les symptômes gastro-intestinaux (ballonnement, reflux, nausées, vomissements etc...) : 83% rapportent ne pas en avoir ou les avoir de façon minime. (graphique 11)

Graphique 11 : Pourcentage des symptômes gastro-intestinaux chez les médecins participants à l'étude



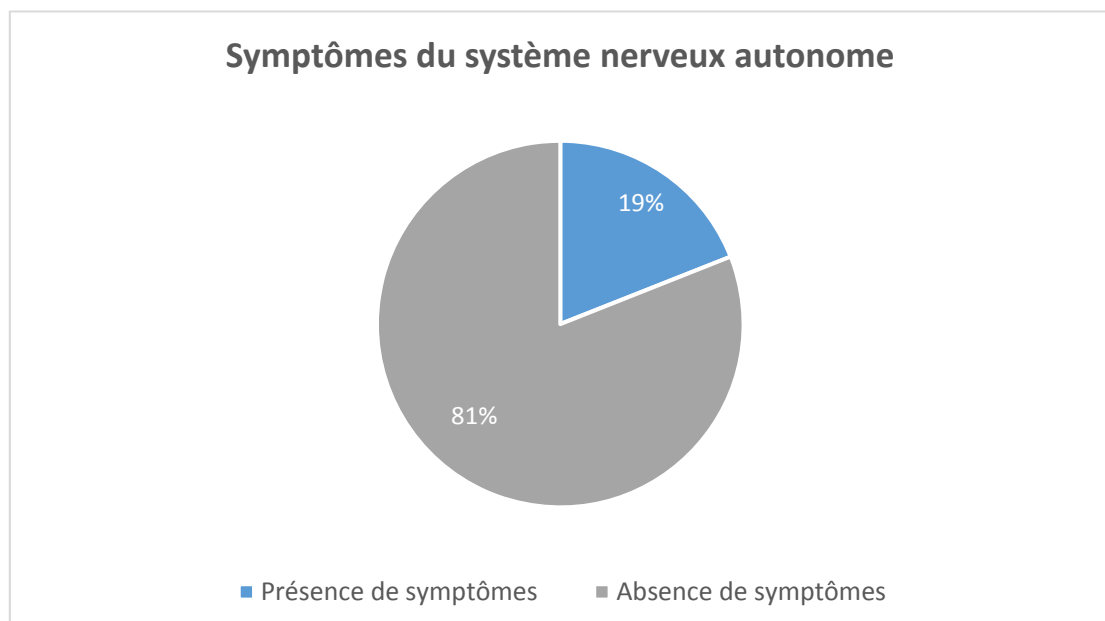
- Les symptômes génito-urinaires (règles douloureuses ou anormales, mictions fréquentes, dysfonction érectile, frigidité etc...) : 89,3% n'ont pas ces symptômes de façon significative (graphique 12)

Graphique 12 : Pourcentage des symptômes génito-urinaires chez les médecins participants à l'étude



- Les symptômes du système nerveux autonome (sécheresse buccale, pâleur, sueurs, vertiges etc...) : 81% des médecins participants à notre étude ne rapporte pas non plus avoir ces symptômes. (graphique 13)

Graphique 13 : Pourcentage des symptômes génito-urinaires chez les médecins participants à l'étude



D'après l'analyse descriptive de l'échelle de l'anxiété d'Hamilton, on remarque que dans l'échantillon des médecins de notre étude, l'anxiété se manifeste surtout par l'humeur anxieuse (les inquiétudes incessantes, les ruminations, les anticipations pessimistes etc...) avec un pourcentage de 71,7%. Par contre, la plupart ne rapportent pas une intensité modérée, intense ou maximale des manifestations physiques et comportementales de l'anxiété.

Tableau 4 : L'intensité de l'anxiété rapportée par les médecins participants à l'étude

ECHELLE D'ANXIÉTÉ DE HAMILTON	Valeur (N=116)
Score de l'échelle*	11 (5-20)
Niveau d'anxiété	
- Absence d'anxiété	- 64 (55,2%)
- Anxiété légère	- 25 (21,6%)
- Anxiété modérée	- 12 (10,3%)
- Anxiété sévère	- 15 (12,9%)
Classification dichotomique	
- Absence d'anxiété	- 89 (76,7%)
- Présence d'anxiété	- 27 (23,3%)

* Exprimée en médiane et intervalle interquartile

2) Les statistiques analytiques :

Dans l'étude analytique nous avons réalisé une analyse univariée corrélant les différentes variables socio-démographiques, les antécédents et le statut de travail des médecins participant à notre étude avec l'anxiété évaluée par l'échelle d'Hamilton.

Comme le montre le tableau ci-dessous (tableau 5) :

- Le sexe féminin était associé de façon statistiquement significative avec un niveau d'anxiété élevé ($p = 0.047$), et les femmes sont 8 fois plus à risque d'avoir une anxiété que les hommes ($OR = 8.02$) ;
- Les médecins spécialistes ont 90% moins de chance d'être angoissé que les médecins généralistes, et sont corrélés à un niveau d'anxiété moindre de façon statistiquement significative ($p = 0.036$) ;
- Les gardes de nuit multiplient par 3 le risque d'anxiété, de façon statistiquement significatifs ($OR = 3,13$; $p = 0.035$) ;

- Le travail dans le secteur public est corrélé au niveau d'anxiété qui est plus élevé avec un risque multiplié par 7 (OR = 7.5 ; p = 0.050) ;
- La présence d'un antécédent personnel de trouble anxieux ainsi qu'un suivi psychiatrique actuel et d'une prise d'antidépresseurs étaient également statistiquement significatifs et sont corrélés à un risque d'anxiété élevé, avec des valeurs de p respectivement : p= 0.006, p=0.009, p=0.016 ;
- Un antécédent familial de trouble anxieux est associé a un risque plus élevé d'anxiété de façon statistiquement significative (p=0.02).

Tableau 5 : Analyse univariée entre variables socio-démographiques, antécédents et le risque d'anxiété

	Analyse Univariée			
	OR	IC à 95%		p-value
		Inf	Sup	
Sexe féminin	8,02	1,02	62,75	0,047
Statut de travail :				
- Médecin généraliste	1 0,95	0,07	11,8	0,97
- Médecin interne	0,58	0,22	1,5	0,26
- Médecin résident	0,1	0,01	0,8	0,036
- Médecin spécialiste				
Secteur de travail public	7,5	0,96	59,02	0,050
Gardes de nuit	3,13	1,08	9,02	0,035
Antécédent de trouble psychiatrique	2,37	0,98	5,76	0,054
Antécédent de trouble anxieux	5,04	1,58	16,05	0,006
Suivi actuel en psychiatrie	6,07	1,57	23,5	0,009
Actuellement sous antidépresseurs	4,8	1,33	17,25	0,016
Antécédents familiaux de trouble anxieux	2,86	1,18	6,9	0,02

Et finalement paradoxalement, nos sujets sous antidépresseurs sont 6 fois plus angoissés que les autres (hypothèse : seraient-ils toujours à la phase initiale du traitement ?)

Les autres variables étudiées ne sont pas statistiquement liées à l'anxiété, à savoir : les tranches d'âge (p=0,15 à 0,9), le statut matrimonial (p=0,4 à 0,9), avoir des enfants (p=0,9), le

nombre d'années de travail ($p=0,83$ et $0,93$), les antécédents médicaux ($p=0,2$) ainsi que la consommation ancienne ou actuelle de substances psychoactives ($p=0,65$ et $0,86$).

IV) Discussion

Notre étude portant sur l'évaluation de l'anxiété chez le personnel médical a objectivé que dans notre échantillon de médecins participant à l'étude, environ la moitié ne présentent pas d'anxiété (55.2%) alors que 12.9% présentent des symptômes d'anxiété sévère. Pour résumer, l'analyse dichotomique a objectivé que 76.7% de nos enquêtés n'ont pas d'anxiété, alors que 23.3% en présente. Ces données ne concordent pas entièrement avec les données de la littérature. En effet, plusieurs études qui ont été menées dans ce sens auprès des étudiants en médecine et des praticiens, ont objectivé des taux d'anxiété élevés chez cette population, par exemple en Tunisie : une enquête réalisée auprès des médecins résidents afin de déterminer la prévalence des troubles anxieux et dépressifs, a conclu que sur 1700 résidents ayant répondu au questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression), 74,1% souffraient d'anxiété définie ou probable, 62% souffraient de dépression définie ou probable, tandis que 20% présentaient à la fois une anxiété et une dépression. Les principaux facteurs de risque étaient le sexe féminin, le jeune âge, la lourde charge de travail, les gardes de nuit, les spécialités chirurgicales ou médico-chirurgicales (29). Ceci concorde avec les résultats de notre étude, car, parmi les facteurs qui sont plus liés à l'anxiété on retrouve également le sexe féminin et les gardes de nuit.

La détresse psychologique du personnel médical varie d'une spécialité à une autre mais aussi du profil clinique des médecins. Une étude menée auprès du personnel de réanimation-anesthésie a conclu que 40,7% des 54 participants étaient stressés, que 38,9% étaient en situation de souffrance au travail et d'isolement, et en utilisant l'échelle de Hamilton d'anxiété, 25,9% ont rapporté avoir une anxiété sévère à très sévère (27). Dans le même sens, une étude qui a inclus 3196 médecins a objectivé que 38,4% des médecins en anesthésie-réanimation présentaient un syndrome d'épuisement professionnel et une forte pression, et dont les facteurs de risque étaient le sexe féminin, le jeune âge et l'insatisfaction du salaire (28), dans notre étude, le type de spécialité n'était pas statistiquement lié à l'anxiété, par contre, le secteur de travail public était un facteur qui multiplie par 7 le risque d'anxiété chez les médecins.

Une thèse portant sur l'anxiété et la dépression chez les médecins à l'un des hôpitaux de France a objectivé que parmi les 2003 médecins participants, 647 soit 32,3% présentaient des symptômes anxieux actuels, et dont 8,8% était sous antidépresseurs, en comparant ces données avec notre étude, on remarque que le pourcentage des médecins prenant des antidépresseurs avoisinait celui de l'étude française, dont le chiffre est de 9,5%. L'anxiété des enquêtés de la même étude était statistiquement liée au sexe féminin, à la consommation de café et à la consommation « dangereuse » d'alcool, alors que la bonne formation des médecins dans la prise en charge des patients ainsi que la médecine générale étaient liées à un risque moindre d'anxiété (30) contrairement à notre étude où la médecine générale était un facteur favorisant l'anxiété.

Une autre thèse menée à Marrakech portant sur la prévalence et les facteurs de risque des troubles dépressifs et troubles anxieux a concerné 350 médecins, dont plus que la moitié présentait un trouble anxieux (54%), ceci était significativement lié au sexe féminin, niveau d'étude, revenu des parents, consommation de substances psychoactives notamment de tabac, d'alcool et de Haschich (31), tandis que dans notre étude la consommation des substances psychoactives n'était pas statistiquement liée à l'anxiété.

En 2019, 605 médecins des 7 facultés de médecine du Maroc ont été aussi interrogés sur les troubles psychiatriques et leur comorbidité avec une affection dermatologique, les résultats ont montré que 7,8% des participants présentaient des symptômes anxieux, et que la présence d'une comorbidité entre symptômes anxieux et pathologie dermatologique (considérée comme une pathologie chronique) était significativement associée à un risque plus élevé de tentatives de suicide et de consommation de substances psychoactives (32). La présence d'une maladie chronique parmi nos participants n'était pas liée au risque d'anxiété.

Une revue de littérature qui a étudié l'état de santé mentale des médecins dans le milieu hospitalier incluant des articles publiés du premier Janvier 2005 au 31 décembre 2019, a démontré la présence d'un trouble anxieux chez les médecins avec des pourcentages variant de 10,5% à 19,3% et que ceci était associé principalement aux contraintes professionnelles entre autres les gardes de nuit (33)

Il ne faut pas oublier également que par miles facteurs de risque identifiés et qui sont liés aux symptômes anxieux est le harcèlement moral. Une étude de thèse en France menée en 2020 a inclus 2003 médecins, et 32,2% d'entre eux rapportaient avoir une anxiété (en se basant sur l'échelle HAD), dont 4,6% consommaient quotidiennement des antidépresseurs et

5,4% consommaient quotidiennement des anxiolytiques. 41,7% des victimes d'un harcèlement moral présentaient de façon statistiquement significative des symptômes anxieux. Toutefois, la bonne qualité de la formation était associée à un risque moindre (facteur protecteur) (34) comme ça été déjà rapporté dans la littérature.

Pour résumer, plusieurs études qui se sont penchées sur l'évaluation de l'anxiété chez les médecins ont rapporté que le personnel médical est une population qui est exposée au risque d'avoir des symptômes anxieux mais aussi dépressifs, d'où l'utilité de mettre en œuvre un programme de soutien et d'accompagnement.

V) Les limites de l'étude

- L'étude n'est pas multicentrique et donc on ne peut pas généraliser les résultats aux autres régions du royaume.
- Nombre limité de participants et donc échantillon n'est pas représentatif de tous les médecins en activité au Maroc.
- Peu d'études sous le même thème au Maroc, limitant une vision globale comparant nos résultats à d'autres études.
- Ceci est une étude transversale et donc elle n'autorise pas de déduire une relation de cause à effet, pour cela que compléter par des études cas témoin ou de cohorte seraient souhaitable.



CONCLUSION

En plus de l'importance à laquelle le système de santé donne aux patients, il est primordial de s'intéresser à la santé, à la fois physique et mentale, du personnel soignant et particulièrement au personnel médical. En effet, et comme rapporté par la littérature, plusieurs facteurs font que les étudiants en médecine et les jeunes médecins sont une population qui souffre de perturbations psychiatriques surtout dépressives et anxieuses, on cite : la charge importante de travail, les nombreuses heures passées à l'hôpital ce qui est à l'origine des conflits personnels/professionnels, la mauvaise qualité de la formation, la harcèlement moral de la part des supérieurs mais aussi des collègues, le questionnement sur la performance personnelle devant les malades etc... Tous des facteurs qui peuvent compromettre l'état de santé des médecins. Ceci dit, des mesures préventives, en faveur du personnel médical, devraient être mise en œuvre dans le but de protéger leur santé mentale et les protéger du risque de développer des pathologies psychiatriques pouvant mettre en jeu leur pronostic vital (notamment par les passages à l'acte suicidaire)



LES RÉSUMÉS

Résumé

Titre : L'évaluation de l'anxiété chez le personnel médical

Auteur : Kenza Hajjami

Mots-clés : anxiété, personnel médical, facteurs de risque, profil clinique, facteurs protecteurs

Introduction : La santé mentale des médecins et des étudiants en médecine était le centre d'intérêt de plusieurs chercheurs depuis les années cinquante, et le résultat de certaines recherches a objectivé une prévalence élevée des troubles anxieux et dépressifs chez le personnel médical ainsi que des niveaux de détresse psychologique plus élevée que dans la population générale. Ceci a motivé notre étude qui a comme but d'évaluer l'intensité de l'anxiété parmi le personnel médical ainsi que les facteurs de risque qui pourraient être incriminés.

Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique, réalisée à l'aide d'un autoquestionnaire diffusé en ligne, qui a inclut 115 participants. L'analyse statistique a été faite par le logiciel Jamovi version 2.3.21.0 et Microsoft excel 2021.

Résultats : en se basant sur les scores calculés de l'échelle de Hamilton, environ la moitié des médecins ayant participé à notre étude ne présentaient pas d'anxiété (55,2%) alors que 21,6% avaient une anxiété légère, 10.3% une anxiété modérée et 12.9% une anxiété sévère. Les facteurs de risque identifiés était le sexe féminin, les antécédents personnels et familiaux de trouble anxieux, le travail dans le secteur public, les gardes de nuit ainsi que la médecine générale qui était statistiquement liée à un risque d'anxiété.

Conclusion : l'état de santé mentale du personnel médical dépend de plusieurs facteurs cités ci-dessus. Les déterminer impliquerait un appel à la mise en place des mesures préventives des troubles anxieux et dépressifs chez les médecins. Parce que prendre soin des médecins c'est prendre soin des patients.

Abstract

Title: Assessment of anxiety in medical personnel

Author : Kenza Hajjami

Keywords: anxiety, medical staff, risk factors, clinical profile, protective factors

Introduction: The mental health of physicians and medical students has been the focus of many researchers since the 1950s, and some research has found a high prevalence of anxiety and depressive disorders among medical personnel and higher levels of psychological distress than in the general population. This has motivated our study, which aims to evaluate the intensity of anxiety among medical personnel and the risk factors that could be incriminated.

Material and methods: This was a cross-sectional, descriptive and analytical study, carried out with the help of an online self-questionnaire, which included 116 participants. Statistical analysis was performed using logiciel Jamovi version 2.3.21.0 et Microsoft excel 2021..

Results : Based on the calculated Hamilton scale scores, about half of the physicians in our study had no anxiety (55.2%), while 21.6% had mild anxiety, 10.3% moderate anxiety and 12.9% severe anxiety. The risk factors identified were female gender, personal and family history of anxiety disorder, working in the public sector, night shifts and general medecine which was statistically related to anxiety risk.

Conclusion: The mental health status of medical personnel depends on several of the factors listed above. Determining them would imply a call for the implementation of preventive measures for anxiety and depressive disorders among physicians. Because taking care of physicians is taking care of patients.

ملخص

العنوان: تقييم القلق لدى الفرق الطبية

المؤلف: كنزة حجامي

الكلمات المفتاحية: القلق، العاملون في المجال الطبي، عوامل الخطر، الملف السريري، عوامل الحماية

مقدمة: كانت الصحة النفسية للأطباء وطلاب الطب محط اهتمام العديد من الباحثين منذ الخمسينيات، وقد أظهرت نتيجة بعض الأبحاث انتشارًا كبيرًا للقلق والاكتئاب بين العاملين في المجال الطبي وكذلك مستويات الضغط النفسي أعلى مما كانت عليه في عامة السكان. حفز هذا دراستنا التي تهدف إلى تقييم شدة القلق بين الطاقم الطبي بالإضافة إلى عوامل الخطر التي يمكن تحديدها.

المواد والطرق: هذه دراسة مقطعية وصفية وتحليلية ، أجريت باستخدام استبيان إلكتروني عبر الإنترنت، شمل 116 مشاركًا. تم إجراء التحليل الإحصائي باستخدام برنامج Jamovi version 2.3.21.0

نتائج: بناءً على مقياس هاملتون، لم يظهر قلق عند حوالي نصف الأطباء الذين شاركوا في دراستنا (55.2٪) بينما كان لدى 21.6٪ قلق خفيف، و 10.3٪ قلق معتدل و 12.9٪ قلق شديد. العوامل المساهمة

التي تم تحديدها هي جنس الإناث، والتاريخ الشخصي والعائلي لاضطراب القلق، العمل في القطاع العام، النوبات الليلية والطب العام الذي ارتبط إحصائيًا بخطر القلق.

خاتمة: تعتمد حالة الصحة النفسية للعاملين في المجال الطبي على عدة عوامل مذكورة أعلاه. إن تحديدها يستلزم دعوة إلى تنفيذ تدابير وقائية من أجل تقليص نسب القلق واضطرابات الاكتئاب بين الأطباء. لأن رعاية الأطباء هي رعاية المرضى.

A decorative gold frame with intricate floral and scrollwork motifs at the corners and midpoints. The word "BIBLIOGRAPHIE" is centered within the frame in a bold, blue, serif font.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx), (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, consulté le 14 mai 2022)
- (2) « Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19 » Organisation mondiale de la santé, 2 mars 2022, Communiqué de presse, Genève
- (3) « L'OMS et l'OIT appellent à de nouvelles mesures pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale au travail » 28 septembre 2022, Communiqué commun. Genève (OIT Info)
- (4) Hajjar El Haiti « Santé mentale au Maroc : l'Etat ne s'investit pas assez (CESE) » 11 octobre 2022. Journal 'Le matin'
- (5) Hiba Chaker « L'état déprimant de la santé mentale : Seuls 343 psychiatres exercent au Maroc » 26-07-2022, MarocHebdo
- (6) Saslow G "Psychiatric problems of medical students" J Med Educ. 1956 Jan; 31(1):27-33.
- (7) Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD "Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students". Acad Med. 2006;81:354-73
- (8) « Santé mentale : renforcer notre action » Organisation Mondiale de la Santé. 17 juin 2022
- (9) Wiskar, K., « Physician health: A review of lifestyle behaviors and preventive health care among physicians », *British Columbia Medical Journal*, 2012, vol. 54, no 8. Consulté le 24 mars 2022 : <http://www.bcmj.org/mds-be/physician-health-review-lifestyle-behaviors-and-preventive-health-care-among-physicians>
- (10) Pascal DEPRES, Isabelle GRIMBERT « Santé physique et psychique des médecins généralistes », N° 731, Paru le 29/06/2010 et mis à jour le 21/12/2020
- (11) L. Cauchard, P. Courtet « La médecine peut-elle nuire à la santé des médecins ? May medicine be harmful for physicians' health? » La Lettre du Psychiatre 2011; 1:12-6. Département d'urgence et de posturgence psychiatrique, hôpital Lapeyronie, CHRU de Montpellier
- (12) Schernhammer ES, Colditz GA « Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis) » Am J Psychiatry 2004; 161: 2295-302.
- (13) Hughes PH, Baldwin DC Jr, Sheehan DV, Conard S, Storr CL. "Resident physician substance use" by specialty. Am J Psychiatry 1992; 149(10):1348-54
- (14) Pauline Bluteau "Santé mentale : deux étudiants en médecine sur cinq ont des symptômes dépressifs » Publié le 28 Octobre 2021 à « l'étudiant »

- (15) M. Barrimi. Bouyahyaoui « Particularités de la comorbidité psychiatrique et dermatologique chez les étudiants en médecine au Maroc : étude multicentrique » L'Encéphale, Volume 47, numéro 1 , février 2021, pages 26-31
- (16) Séverin Graveleau « 66 % des futurs et jeunes médecins souffriraient d'anxiété » Selon une enquête de quatre syndicats d'étudiants en médecine, d'internes et de praticiens des hôpitaux, près de 28 % d'entre eux seraient atteints de troubles dépressifs, contre 10 % des Français. Publié le 13 juin 2017
- (17) Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. « Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis” . JAMA. 8 déc 2015;314(22):2373-83.
- (18) Claire Boulangeat « Anxiété et dépression chez les jeunes médecins à l'Hôpital : prévalence, facteurs de risque et conséquences en santé mentale. Enquête nationale MESSIaen » thèse présentée et publiquement soutenue devant la faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille le 27 mai 2020
- (19) Mohamed Barrimi, Mosaab Maazouzi, Souhaïla Malak Soukaina Lazaar, Hajar Khaoulani « Les idées et les tentatives de suicide chez les étudiants en médecine au Maroc : résultats d'une étude multicentrique ». Volume 178, Numéro 5 , Mai 2020, Pages 481-486
- (20) Lourenção et al. « Health and quality of life of medical residents” Rev. Assoc. Méd. Bras. 56 (1) • 2010
- (21) Pougnet, Laurence Pougnet, Brice Loddé, Jean-Dominique Dewitte « Travailler dans un hôpital est riche de sens et source de mal-être : analyse qualitative auprès de 9 médecins hospitaliers » La Presse Médicale, Volume 45, Numéros 7–8, Partie 1 , Juillet–Août 2016 , Pages e233-e241
- (22) H. Dagrada, P. Verbanck et C. Kornreich « Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques Burn-out of general practitioner : etiopathogenic hypothesis » Service de Psychiatrie et Laboratoire de Psychologie Médicale, C.H.U. Brugmann
- (23) B Erdur 1, Un Ergin , Je Turkcuier , Je parle , N Ergin , B Boz « Une étude sur la dépression et l'anxiété chez les médecins travaillant dans les services d'urgence à Denizli, en Turquie » Étude multicentrique, Urgence médicale J 2006 octobre;23(10):759-63.
- (24) Richard Pougnet, Laurence Pougnet « Troubles anxieux et troubles de l'humeur chez les médecins hospitaliers : une revue de la littérature » Medycyna Praktyczna 2021;72(2):163–171
- (25) S. Coomber, C.Todd, G.Parc, P. Baxter, J. Firth-Cozens « Le stress chez les médecins des unités de soins intensifs au Royaume-Uni » Rive Sud Journal britannique d'anesthésie, Volume 89, Numéro 6 , Décembre 2002 , Pages 873-881

- (26) Morgan MESSIAEN « Harcèlement moral chez les jeunes médecins à l'Hôpital : prévalence, facteur de risque et conséquences en santé mentale. Enquête nationale MESSIAEN ». Thèse présentée et publiquement soutenue devant la faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille Le 27 Mai 2020
- (27) Najla Halouani , Mariem Turki , Rihab Ennaoui , Jihène Aloulou et Othman Amami «La détresse psychologique du personnel médical et paramédical d'anesthésie-réanimation » Pan Afr Med J. Publié en ligne 2018 avr. 23
- (28) A.Doppia, M.Estryn-Béhar, C.Fry ; K.Guetarni T.Lieutaud «Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) » Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Volume 30, Issue 11, November 2011, Pages 782-794
- (29) Mehdi Marzouk, Lamia Ouanes-Besbes, Islem Ouanes, Zeineb Hammouda, Fahmi Dachraoui, Fekri Abroug « Prévalence des symptômes anxieux et dépressifs chez les médecins résidents en Tunisie : une enquête transversale » Pubmed, .2018 juil, doi : 10.1136/bmjopen-2017-020655.
- (30) Claire BOULANGEAT «Anxiété et dépression chez les jeunes médecins à l'Hôpital : prévalence, facteurs de risque et conséquences en santé mentale. Enquête nationale MESSIAEN » Thèse Présentée et publiquement soutenue devant LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES DE MARSEILLE Le 27 Mai 2020
- (31) Abdallah OUCHTAIN « La prévalence et les caractéristiques des troubles anxieux et dépressifs chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech » THÈSE PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 /03 / 2016
- (32) M. Barrimi, Y. Bouyahyaoui «Particularités de la comorbidité psychiatrique et dermatologique chez les étudiants en médecine au Maroc : étude multicentrique » l'Encéphale Volume 47, Issue 1, February 2021, Pages 26-31
- (33) Richard Pougnet, Laurence Pougnet « Troubles anxieux et troubles de l'humeur chez les médecins hospitaliers : une revue de la littérature » Medycyna Pracy 2/2021 vol. 72
- (34) Morgan MESSIAEN « Harcèlement moral chez les jeunes médecins à l'Hôpital : prévalence, facteur de risque et conséquences en santé mentale » Thèse article présentée et publiquement soutenue devant LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES DE MARSEILLE Le 27 Mai 2020.

Table des matières

REMERCIEMENTS	iii
DÉDICACES	xvi
Abréviations	xxii
Liste des Tableaux	xxiii
Liste des Graphiques	xxiv
INTRODUCTION	1
LA PARTIE THÉORIQUE	4
I) Définitions.....	5
1) Définition de la santé mentale	5
2) Définition de l'anxiété	5
II) Les déterminants de la santé mentale.....	6
III) Santé mentale des médecins.....	7
IV) L'anxiété chez les médecins.....	8
V) Les outils d'évaluation de l'anxiété	9
VI) Les principales causes de l'anxiété chez le personnel médical.....	10
LA PARTIE PRATIQUE	13
I) Les objectifs de l'étude	14
II) Méthodologie	14
1) Type de l'étude	14
2) Echantillon de l'étude	14
3) Lieu de recrutement	14
4) Critère d'inclusion	14
5) Critères d'exclusion	15
6) Les outils d'évaluation	15
7) Analyse statistique	16
III) Résultats	17

1) Les statistiques descriptives	17
2) Les statistiques analytiques	28
IV) Discussion	30
V) Les limites de l'étude	32
CONCLUSION	33
LES RÉSUMÉS	35
BIBLIOGRAPHIE	39