

Troubles mentaux chez les travailleurs de la santé dans un contexte d'insécurité : cas du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada N'Gourma, Fada N'Gourma, Burkina Faso

Oumar SOURABIE^{1,2*}, Désiré NANEMA^{3,4},
Boubacar BAGUE^{5,6,7}, Djibrilla MOUSSA^{8,9},
Patrice GOUMBRI^{5,6}, Sien Sonia Natacha ELIOU/SANGARE^{1,10},
Aïcha TRAORE^{5,6,7}, Brahima SAWADO¹¹,
Lamoussa Patrice SAWADO⁴, Daniel SORGHO^{5,6},
Kapouné KARFO^{5,6}

Résumé

Introduction

Les travailleurs de la santé dans les zones de conflit sont confrontés à des situations altérant leur santé physique et mentale. Peu d'études existent sur l'état de santé mentale de ces travailleurs dans ces zones.

Objectifs : déterminer la prévalence des troubles mentaux et les facteurs associés.

Matériel et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale qui s'est déroulée entre le 1^{er} février et le 28 février 2023 au Hospitalier Régional Universitaire de Fada N'Gourma. Le questionnaire MINI, le post-traumatic check List 5 et le Live Events Check List 5 ont été utilisés pour la collecte des données. Les données ont été saisies avec le logiciel Epidata 2.0 et analysées avec le logiciel Stata 17.0. Le seuil de significativité était de 0,05.

Résultats

Quatre cent trente-trois travailleurs étaient éligibles pour l'étude. Parmi eux, 110 ont fourni des informations valides et constitué notre échantillon. Les sujets de sexe féminin représentaient 34,55%. L'âge moyen des participants était de 38,05 ± 6,96 ans. La prévalence globale des troubles mentaux était de 38,18%. Les trois principaux

¹ Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université Nazi Boni, Bobo-Dioulasso, 01 BP : 1091, Burkina Faso

² Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso, 01 BP : 676, Burkina Faso

³ Unité de Formation en sciences de la Santé, Université Léde Bernard Ouédraogo, Ouahigouya, 01 BP : 346, Burkina Faso

⁴ Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Ouahigouya, 01 BP : 36, Burkina Faso

⁵ Unité de Formation en science de la Santé, Université Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, 03 BP : 7021, Burkina Faso

⁶ Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, 03 BP : 7023, Ouagadougou

⁷ Hôpital Militaire Capitaine Halassane Coulibaly, Ouagadougou, 04 BP : 8105, Burkina Faso

⁸ Faculté de Sciences de la Santé ; Université André Salifou, Zinder, BP : 656, Niger

⁹ Service de Psychiatrie, Hôpital National de Zinder, Zinder, BP : 155, Niger

¹⁰ Service de Psychiatrie-psychologie, Centre Hospitalier Universitaire de Pala

¹¹ Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Régional de Fada N'Gourma, Fada N'Gourma, BP : 38, Burkina Faso

*Auteur correspondant : Oumar SOURABIE, Tel : + 226 70 03 21 02, Email : sourabieoumar@yahoo.com, ORCID: 0009-0000-2053-5449

DOI : <https://doi.org/10.64707/revstss.v49i1.1906>

troubles mentaux étaient l'agoraphobie (14,55%), l'épisode dépressif (12,73%) et la dysthymie (10,00%). La présence d'un état de stress post-traumatique multipliait le risque de troubles mentaux par 5 (ORa = 5,32 ; IC95% [1,67–16,95] ; p = 0,005).

Conclusion

La prévalence des troubles mentaux chez les travailleurs de santé était élevée. Un dispositif d'accompagnement psychologique devrait être mis en place afin de soulager ces travailleurs.

Mots clés : Troubles mentaux ; Travailleurs de la santé ; Insécurité ; MINI ; Burkina Faso.

Mental disorders among healthcare workers in an unsafe environment : case of the Fada Regional University Hospital, Fada N’Gourma, Burkina Faso

Abstract

Introduction

Healthcare workers in conflict zones are exposed to situations that adversely affect their physical and mental health. Few studies have investigated the mental health status of these workers in such settings.

Objectives : To determine the prevalence of mental disorders and associated factors among healthcare workers.

Materials and Methods

This was a cross-sectional study conducted between February 1st and February 28, 2023, at the Regional University Hospital Center of Fada N'Gourma. The MINI questionnaire, the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 and the Life Events Checklist for DSM-5 were used for data collection. Data were entered using EpiData version 2.0 and analyzed using Stata version 17.0. The level of statistical significance was set at 0.05.

Results

A total of 433 healthcare workers were eligible for the study. Among them, 110 provided valid information and constituted our sample. Female participants accounted for 34.55% of the sample. The mean age of participants was 38.05 ± 6.96 years. The overall prevalence of mental disorders was 38.18%. The three most common mental disorders were agoraphobia (14.55%), major depressive episode (12.73%), and dysthymia (10.00%). The presence of post-traumatic stress disorder increased the risk of mental disorders by fivefold (adjusted OR = 5.32; 95% CI [1.67–16.95]; p = 0.005).

Conclusion

The prevalence of mental disorders among healthcare workers was high. Psychological support services should be implemented to provide relief and support for these workers.

Keywords: Mental disorders ; Healthcare workers ; Insecurity ; MINI ; Burkina Faso

Introduction

Les travailleurs de la santé des zones de conflits rencontrent des situations exceptionnelles telles les enlèvements suivis ou non

d'exécution, les menaces de mort, les ultimatums de quitter les lieux sous peine de représailles (1-6). Les services de santé sont attaqués par les groupes armés. Ceux-ci, y font des incursions, pillent les consommables médicaux, les médicaments et équipements, retirent le matériel roulant lors des évacuations sanitaires, etc. (1-16). Il faut souligner que dans ces zones, les travailleurs de la santé sont pris à partie entre les groupes armés terroristes et les forces de défense et de sécurité (13). Au niveau professionnel, ils sont confrontés à l'afflux de blessés, l'insuffisance de matériel, d'infrastructures et de personnel (1). Ces conditions de travail ont des conséquences sur leur santé mentale (2, 5, 6, 12, 14- 23). Les études sur l'état de santé mentale des travailleurs de la santé dans les zones de conflit sont peu nombreuses (1,19,24). Celles existantes ont rapporté la détresse psychologique, les troubles anxieux, la dépression, le trouble stress post-traumatique, l'altération de la qualité de leur vie et les conduites addictives comme les problèmes courants de santé mentale (3, 4, 8, 12, 14-16, 19-21, 23-29). Dans ces études la prévalence de la détresse psychologique variait entre 17,7% et 58,2% (3, 4, 15, 26). Certaines d'entre elles ont rapporté une prévalence élevée de la dépression. Les études réalisées dans certains hôpitaux de la Bande de Gaza ont trouvé une prévalence de la dépression qui varient entre 13,61% et 53,8% (2, 20). Cette prévalence variait entre 5% et 13,7% en Iraq, en Afagnistan, au Sri Lanka et en Ukraine (4, 23, 25). D'autres études ont rapporté la prévalence de l'anxiété qui était comprise entre 4,73 % et 22,8% chez les travailleurs de la santé (4, 23).

Pour l'évaluation de ces troubles chez les travailleurs de la santé dans les zones de conflit, aucune de ces études n'a utilisé un outil diagnostique. En plus, ces études ont été conduites majoritairement au Moyen Orient (30). Aucune étude n'aurait encore évalué la santé mentale des travailleurs de la santé dans une zone à fort défi sécuritaire au Burkina Faso. Le but de cette étude était de disponibiliser des données sur la santé mentale des travailleurs de la santé. Elle avait pour objectif de déterminer la prévalence des troubles mentaux et les facteurs associés.

Matériels et méthodes

Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique qui s'est déroulée du 1^{er} au 28 février 2023 au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Fada N'Gourma.

Cadre d'étude

Le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Fada N'Gourma, devenu Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU), est le centre de référence de dernier niveau de l'ancienne région de l'Est, l'une des régions les plus touchées par les attaques des groupes armés. Depuis le début de l'année 2015, le Burkina Faso fait face à des attaques terroristes récurrentes dans plusieurs localités du pays. Ces attaques touchent aussi bien les forces de défense et de sécurité que, les populations civiles. Cette situation est à l'origine de déplacements massifs de populations. Cette région a été scindée récemment en trois régions. La Direction Régionale de la Santé de l'ancienne région de l'Est comptait six districts sanitaires (Pama, Diapaga, Gayéri, Bogandé, Manni et Fada). Les patients de ces différents districts sanitaires étaient référés au CHRU de Fada N'Gourma en cas de besoin.

Le CHRU de Fada N'Gourma comprend des services administratifs, médicotecniques et cliniques.

Les principaux profils du personnel étaient : infirmiers, Sages- Femmes et Maïeuticiens d'Etat, techniciens d'hygiène hospitalière, personnel administratif, médecins.

Dans la présente étude le travailleur de la santé était toute personne ayant une qualification dans le domaine des soins, ou travaillant au CHRU de de Fada N'Gourma (7).

Population d'étude

La population d'étude était constituée de l'ensemble des travailleurs du CHRU de Fada N'Gourma.

Critère d'inclusion et de non inclusion

Les travailleurs des deux sexes qui y travaillaient depuis au moins six mois et qui ont donné leur consentement éclairé écrit ont été inclus.

Les travailleurs absents, ou ayant une altération des fonctions cognitives notamment un état comateux ou un état délirant, n'ont pas été inclus.

Echantillonnage et taille de l'échantillon

Nous avons procédé à un recensement de tous les travailleurs du CHRU de Fada N’Gourma. La taille de notre échantillon était l’effectif total du personnel. Le CHRU de Fada N’Gourma comptait 450 travailleurs dont 433 répondaient aux critères d’inclusion.

Outils de collecte de données

Dans la présente étude, les outils de collecte des données comprenaient : le questionnaire sociodémographique et professionnel, le Mini International Neuropsychiatric Interview ou questionnaire Mini, les dernières versions du Life Events Checklist (LEC-5) et du Post traumatic Check List (PCL-5).

Le questionnaire sociodémographique et professionnel comprenait : l’âge, le sexe, le statut matrimonial, la parentalité, la consommation de substances psychoactives, l’existence d’une pathologie chronique (troubles psychiatriques, hypertension artérielle, diabète, autres), l’ancienneté, le profil, le niveau de salaire.

L’âge, le statut matrimonial et le niveau de salaire ont été dichotomisés pour la comparaison entre les groupes.

La cinquième version du Life Events Checklist (LEC-5) est un questionnaire utilisé pour évaluer les événements traumatiques auxquels une personne a été confrontée. Cette personne les a vécus ou en a été témoin (31, 32). Les participants qui avaient été témoins ou qui avaient vécus au moins un événement traumatique ont été classés comme ayant vécu au moins un événement traumatique. Ceux-ci ont été catégorisés en deux groupes : ceux-ci ayant vécu un événement traumatique en lien avec la guerre et ceux ayant vécu un événement traumatique sans aucun lien avec la guerre. Le questionnaire Post-Traumatic CheckList 5 (PCL-5) a été utilisé pour évaluer les conséquences des événements traumatiques sur la santé mentale des participants.

Le score PCL-5 a été dichotomisé (≤ 33 et > 33). Les participants qui avaient un score PCL-5 supérieur à 33 ont été classés comme ayant un état de stress Post-Traumatic (ESPT).

Le MINI (33, 34) est un outil diagnostique qui a de bonnes capacités psychométriques et a déjà été utilisé au Burkina Faso (35). Il permet l’identification de 13 troubles mentaux selon les critères de la dixième édition de la classification internationale des maladies de l’Organisation

Mondiale de la Santé. Il est structuré en plusieurs modules pouvant être utilisés séparément. Tous les modules du questionnaire MINI n'ont pas été utilisés dont ceux sur les troubles psychotiques et stress post-traumatique. Seuls les modules relatifs aux troubles anxieux, aux troubles de l'humeur, à la consommation des substances ont été utilisés. Ces troubles constituaient les problèmes de santé mentale courants en situation de conflit (11).

Collecte de données

Les enquêteurs ont été recrutés parmi le personnel infirmier du CHRU de Fada N'Gourma. Ils ont été formés sur l'étude afin d'uniformiser la procédure de collecte des données. Cette formation comportait : une présentation détaillée de l'étude, une présentation des règles éthiques et déontologiques, une formation sur la passation des questionnaires sociodémographique, MINI, PCL-5 et LEC-5 et un contrôle de la passation de ces questionnaires.

Une fois rentré en contact avec les travailleurs, les enquêteurs se présentaient et montraient l'autorisation pour la conduite de l'étude. Lorsque le travailleur était d'accord pour participer à l'étude, celui-ci recevait les informations sur l'étude. Ainsi, celui-ci pouvait décider de sa participation de façon libre et éclairée. Ce consentement a été matérialisé par la signature de la fiche de consentement éclairé. Un échantillon de questionnaires a été tiré de façon aléatoire et passé en revue par les investigateurs dans le but de vérifier la qualité des données collectées.

Traitement et analyse des données

Après la collecte de données, nous avons procédé à leur codage et à leur saisie. Cette saisie a été faite sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epidata 2.0. Le logiciel Stata 17.0 a été utilisé pour l'analyse des données.

Pour l'analyse des données nous avons d'abord calculé les fréquences, les pourcentages pour les variables qualitatives et les moyennes pour les variables quantitatives. Ainsi, nous avons calculé les prévalences de certains troubles mentaux (dépression, dysthymie, accès maniaque, trouble obsessionnel, etc.). A partir de ces prévalences, nous avons calculé une prévalence globale des troubles mentaux.

Afin de déterminer les facteurs associés aux troubles mentaux, une modélisation à partir d'un modèle de régression logistique simple a été

utilisée par la procédure pas à pas ascendante. Les odds-ratio (OR) bruts et ajustés (ORa) et les intervalles de confiance (IC) à 95% ont été calculés. La stratégie de modélisation que nous avons utilisée a consisté d'abord en une analyse univariée afin de procéder à une première sélection de variables par des tests univariés au risque de 0,20. Cette étape a été suivie de l'étude des colinéarités entre les variables puis du choix des variables candidates au modèle multivarié. A partir du modèle le plus simple, nous avons ajouté une à une les variables significatives, seules les variables significatives simultanément ont été retenues dans le modèle final. La vérification de la spécification et l'appréciation du pouvoir discriminant du modèle final ont été effectuées.

Considérations éthiques

Le protocole de la présente étude et ses annexes ont été au préalable soumis à l'approbation de la commission pour la recherche mise en place au CHRU de Fada N'Gourma pour la validation des protocoles de recherche, et autorisée par la direction générale du CHRU de Fada N'Gourma. L'étude a été conduite conformément aux recommandations de déontologie et de bonnes pratiques en épidémiologie. Tout participant inclus dans la présente étude et chez qui un problème de santé physique ou psychique a été décelé a reçu des informations personnalisées sur les possibilités de prise en charge tant médicale que psychologique et a été orientée vers les services compétents le cas échéant.

Résultats

Quatre cent trente-trois travailleurs (433) étaient éligibles pour la présente étude. Sur cet effectif 111 travailleurs ont pris part à l'étude. Une fiche insuffisamment renseignée a été exclue de l'étude. Notre échantillon final était constitué de 110 travailleurs. Le taux de participation était de 25,46%. Les participants provenaient des services cliniques, médico-techniques et administratifs dans respectivement 85,45%, 9,10% et 5,45% des cas. Parmi ceux des services cliniques, les travailleurs du service de chirurgie et spécialités chirurgicales (34,04%) étaient les plus représentés, suivis de ceux du service de pédiatrie (26,60%), du service de médecine et spécialités médicales (21,28%) et du service de la maternité (18,08%). L'âge moyen des participants était de $38,05 \pm 6,96$ ans avec des extrêmes de 24 ans et 54 ans. Les sujets de sexe féminin représentaient 34,55%. Vingt-cinq virgule quarante-cinq

(25,45%) pour cent avaient une maladie chronique ou tout autre problème de santé. Les maladies courantes étaient : hypertension artérielle (42,86%), ulcère gastroduodénale (35,71%), autres maladies (17,86%), diabète (7,14%). Les substances psychoactives consommées étaient consommées par 60,81% des participants. Les substances les plus consommées étaient l'alcool (82,22%), le café (15,56%), le tabac (8,89%) et autre sans précision (4,44%). L'ancienneté moyenne dans la profession était de $9,96 \pm 7,65$ ans avec des extrêmes d'un an et 29 ans. Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants sont présentées dans le tableau I. Les travailleurs du CHRU de Fada N'Gourma avaient vécu au moins un événement traumatique dans 87,27 % des cas au cours de leur vie.

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants

Variables	Effectifs	Pourcentage %
Sexe		
Masculin	72	65,55
Féminin	38	34,55
Statut matrimonial		
Célibataire	25	23,81
Vie maritale	74	70,49
Divorcé(e) ou séparé(e)	2	1,90
Remarié(e)	2	1,90
Veuf(ve)	2	1,90
Enfants		
Oui	95	86,36
Non	15	13,64
Consommation de substances psychoactives		
Non	29	39,19
Oui	45	60,81
Profils professionnels du personnel		
Infirmiers	66	61,11
Infirmiers spécialisés	15	13,89
Technicien d'hygiène hospitalière	7	6,48
Personnel administratif	6	5,56
Médecin	5	4,63
Manipulateur d'Etat en radiologie	5	4,63
Autre*	4	3,70
Salaire en milliers de FCFA		
≤200	23	21,10
]200-350]	67	61,47
]350 -500]	14	12,84
> 500	5	4,59

Autre : chirurgien-dentiste, pharmacien, technicien d'Etat du génie sanitaire, travailleur social, pas de réponse

Il convient de noter que 40% des participants avaient vécu au moins un événement traumatique en lien avec la guerre (combat ou exposition à une zone de guerre et/ou captivité).

La prévalence globale des troubles mentaux était de 38,18 %. La répartition des participants en fonction des différents types de troubles mentaux est présentée dans le tableau II.

Tableau II : répartition des participants en fonction des différents types de troubles mentaux

Types de trouble mental	Effectif	Prévalence (%)
Dépression	14	12,73
Dysthymie	11	10,00
Risque suicidaire	3	2,73
Episode de manique ou hypomaniaque	10	9,09
Trouble panique vie entière	5	4,55
Trouble obsessionnel compulsif	8	7,27
Agoraphobie vie entière	16	14,55
Attaque de panique paucisymptomatique vie entière	2	1,85
Phobie sociale	8	7,27
Dépendance à l'alcool	4	3,64
Abus d'alcool	2	1,85
Dépendance au tabac	6	5,45
Dépendance au jeu	6	5,45
Abus pour les jeux d'argent et de hasard	2	1,85
Jeu pathologique	4	3,64
Trouble anxiété généralisé	6	5,45

Facteurs associés aux troubles mentaux

En analyse univariée, l'état de stress post-traumatique (ESPT), défini par un score du Post-Traumatic CheckList 5 (PCL-5)>33 ($p=0,002$), la consommation de substance psychoactive ($p=0,005$), et l'exposition aux événements traumatiques de guerre ($p=0,037$) étaient

significativement associés à la présence de troubles mentaux. Il n’y avait aucun lien entre la survenue de troubles mentaux et le sexe ($p = 0,83$), ni l’âge ($p = 0,94$). Les relations entre les variables sociodémographiques, l’exposition aux événements traumatiques et les troubles mentaux en analyse univariée sont présentées dans le tableau III.

Tableau III : relations entre les variables sociodémographiques, l’exposition aux événements traumatiques et les troubles mentaux en analyse univariée

Variables indépendantes	Troubles mentaux		OR	IC95%	p
	Non	Oui			
Sexe					
Masculin	24	14	1		
Féminin	44	28	0,91	0,41-2,06	0,83
Age					
≤35 ans	27	17	1		0,94
> 35 ans	41	25	0,56	0,19-1,56	0,27
Statut matrimonial					
Seul	22	14	1		
Couple	46	28	0,72	0,30-1,71	0,454
Maladie chronique					
Non	53	29	1		
Oui	15	13	1,58	0,66-3,78	0,300
Niveau de salaire en FCFA					
≤250000	19	17			
>250000	49	24	0,55	0,24-1,24	1,45
Consommation de substances psychoactives					
Non	24	5	1		
Oui	22	22	5,02	1,63-15,49	0,005
Exposition aux événements traumatiques					
Non	12	2	1		
Oui	56	40	4,29	0,91-20,21	0,066
Exposition aux événements traumatiques de guerre					
Non	46	20	1		
Oui	22	22	2,3	1,04-5,07	0,037
Nombre d'événements traumatiques vécus					
Aucun événement traumatique vécu	12	2	1		
Un à trois événements traumatiques vécus	24	8	2,00	0,37_10,92	0,423
Quatre à six événements traumatiques vécus	14	15	6,43	1,22-33,97	0,028
Sept à neuf événements traumatiques vécus	6	6	6,00	0,92-39,18	0,061
≥10 événements traumatiques vécus	12	11	5,5	0,99-30,29	0,050
Etat de stress post-traumatique					
Non	63	29	1		
Oui	5	13	5,64	1,84-17,3	0,002

A la régression logistique multiple le modèle était statistiquement significatif au seuil de 5 % (LR $\chi^2 = 10,35$ avec une $p = 0,0013$). Au test de spécification du modèle (linktest), le terme prédictif était statistiquement significatif ($p = 0,001$), tandis que le terme quadratique

n’était pas significatif ($p = 0,356$), suggérant un ajustement adéquat du modèle. Les sujets présentant un ESPT avaient un risque 5 fois plus élevé de développer des troubles mentaux comparativement à ceux sans ESPT ($ORa = 5,32$; $IC95\% [1,67-16,95]$; $p = 0,005$). Les facteurs associés aux troubles mentaux à l’analyse multivariée sont présentés dans le tableau IV.

Tableau IV : facteurs associés aux troubles mentaux à la régression logistique multivariée

Variables indépendantes			Troubles mentaux		
			OR ajusté	IC95%	p
Exposition aux événements traumatiques de guerre					
Non			1		
Oui			1,87	0,38 - 9,11	0,44
Nombre d'événements traumatiques vécus					
Aucun événement traumatique vécu			1		
Un à trois événements traumatiques vécus			7,75	0,56- 10,89	0,118
Quatre à six événements traumatiques vécus			10,37	0,88- 12,30	0,063
Sept à neuf événements traumatiques vécus			6,88	0,37- 12,38	0,195
≥10 événements traumatiques vécus			5,86	0,30- 11,44	0,242
Etat de stress post-traumatique					
Non			1		
Oui			5,37	1,04- 27,74	0,002

Discussion

La présente étude a connu des limites, parmi lesquelles, nous pouvons citer la technique d’échantillonnage qui était un recensement. En effet, certains sujets présentant des troubles mentaux ont pu refuser de participer à l’étude ou, à l’inverse, c’était les sujets ayant des troubles mentaux qui ont participé. La conséquence pourrait être une sous-estimation ou une surestimation de la prévalence des troubles mentaux. A ces deux situations s’ajoutaient les biais de déclaration et désirabilité sociale du fait de la stigmatisation des troubles mentaux dans le

contexte du Burkina Faso. Enfin, cette étude n'a concerné que les travailleurs de la santé du CHRU de Fada N'Gourma avec un nombre limité de participants. Donc ces résultats ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble des travailleurs de santé dans les zones à fort défis sécuritaire du Burkina Faso.

Cependant, dans la présente étude, il a été utilisé le questionnaire Mini qui est un outil diagnostique standardisé ayant de bonnes capacités psychométriques et qui a déjà été utilisé au Burkina Faso (35). Il faut noter que cette étude était une première dans notre contexte à étudier les conséquences de la situation sécuritaire sur les travailleurs.

La prévalence des troubles mentaux était de 38,18%. Cette prévalence était inférieure à celle de l'étude réalisée en population générale au Burkina (41,43%) (35). Cette différence pourrait s'expliquer par la résilience des travailleurs de la santé bien que les situations de conflits armés constituassent des moments de fragilité pour la santé mentale des personnes vivant dans ces zones (12, 14).

Dans la présente étude les cinq troubles mentaux les plus fréquents étaient : l'agoraphobie (14,55%), l'épisode dépressif (12,73%), la dysthymie (10,00%), l'épisode maniaque ou hypomaniaque (9,09%), la phobie sociale (7,27%) et le trouble obsessionnel compulsif (7,27%). Les études précédentes ont évalué la détresse psychologique, l'anxiété et la dépression (3, 4, 15, 26). Dans ces études, la prévalence de la détresse psychologique variait entre 17,70% et 58,20% (3, 4, 15, 26). La prévalence de l'anxiété dans ces études variait entre 3,79% et 38,50% (4, 15, 23). Enfin, la prévalence de la dépression, elle, variait entre 13% et 39% (4, 15, 23).

La prévalence de la dépression dans la présente étude était de 12,73%. Dans l'étude de Jayawardene et al sur la détresse psychologique chez les infirmiers prenant en charge les victimes de la guerre en Sri Lanka, la prévalence de la dépression était de 13,70% (4). Une autre étude conduite six mois après le début de la guerre, auprès du personnel soignant d'un hôpital de la Bande de Gaza exposé aux stressseurs de la guerre a rapporté une prévalence de dépression de 13,61% (20). La prévalence de la dépression dans la présente étude était similaire à celle rapportée par ces deux études (4, 20). Cependant, les résultats de la présente étude étaient différents de ceux d'autres études. Une étude conduite auprès du personnel soignant militaire de retour de terrain de conflit avait trouvé une prévalence de 5% (25). Une autre étude conduite auprès des travailleurs de la santé civiles en Ukraine a rapporté

une prévalence de la dépression de 5,33% (23). Des études conduites auprès des travailleurs de la santé de la Bande de Gaza ont rapporté une prévalence de la dépression comprise entre 16,16% et 53,80% (2, 19, 20). Les différences de résultats pourraient être attribuées à la disparité des outils utilisés d'une part, et d'autre part aux différences de population d'étude. Certaines études ont été conduites les premiers moments suivant le déclenchement du conflit armé (19, 20, 23), ce qui ne s'applique pas à notre étude. En plus, la Bande de Gaza est le théâtre de plusieurs guerres avec des périodes d'accalmie et de recrudescence depuis des années (1, 2, 14, 19, 20). A l'inverse, le conflit armé au Burkina Faso opposerait des groupes armés à l'Etat.

Dans notre étude les principaux troubles anxieux étaient : l'agoraphobie (14,55%), la phobie sociale (7,27%) et le trouble obsessionnel compulsif (7,27%). En population générale, une étude antérieure avait rapporté des prévalences de 3,56% et 2,71% respectivement pour l'agoraphobie et de la phobie sociale (35). Les résultats de notre étude étaient supérieurs à ceux de l'étude en population générale au Burkina Faso (35). Dans les situations de conflit, il peut être dangereux de s'aventurer hors du domicile. Ce danger pour la vie pourrait contribuer à la survenue d'une agoraphobie. En plus, le conflit armé peut changer les schémas cognitifs notamment la perception de l'être humain qui pourrait être considéré comme bon. Le conflit armé anéantit cette perception, instaurant un climat généralisé de méfiance qui peut se traduire dans les interactions sociales par la peur. Aussi, l'exposition aux événements potentiellement traumatiques pourrait entraîner des pensées intrusives qui ressemblent aux idées obsessionnelles.

Conclusion

La prévalence des troubles mentaux chez les travailleurs de santé du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada N'Gourma était élevée. Les principaux troubles mentaux étaient l'agoraphobie, l'épisode dépressif, la dysthymie, l'épisode maniaque ou hypomaniaque, la phobie et le trouble obsessionnel compulsif. Cette étude n'a concerné que les travailleurs de la santé d'un seul hôpital. Ainsi, ces résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des travailleurs de la santé dans les zones de conflit. Au regard des résultats, il serait important que des études ultérieures sur un échantillon plus important et prenant en compte l'ensemble des régions soient réalisées.

Aussi, il est souhaitable qu'un dispositif d'accompagnement psychologique soit mis en place.

Remerciements

Direction générale du CHRU de Fada N’Gourma pour le financement de cette étude

Aux travailleurs du CHRU de Fada N’Gourma qui malgré leurs occupations ont accepté de participer à cette étude

Conflit d'intérêt

Tous les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

SO et KK ont conçu et organisé le travail.

SO a participé à la collecte des données, et les a analysés et interprétés.

ND a participé à la rédaction et à la révision des versions successives.

BB, MD, GP, ESSSN, TA, SB, SLP, SD ont participé à la révision des versions successives.

Références bibliographiques

1. Ben-Ezra M, Palgi Y, Essar N. The impact of exposure to war stress on hospital staff: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 2008;42:422–423.
2. Palgi Y, Ben-Ezra M, Langer S, Essar N. The effect of prolonged exposure to war stress on the comorbidity of PTSD and depression among hospital personnel. *Psychiatry Research* 2009;168:262–264.
3. Lim AG, Stock L, Oo EKS and Jutte DP. Trauma and mental health of medics in eastern Myanmar's conflict zones: a cross-sectional and mixed methods investigation. *Conflict and Health* 2013;7 :15.
4. Jayawardene W, YoussefAgha A, LaJoie S, Torabi M. Psychological Distress Among Nurses Caring for Victims of War in Sri Lanka. *Disaster Medicine and Public Health* 2013;7(3):278-286.

5. Jason-Louis C, Karamouzian M. Deadly professions : violent attacks against aid-workers and the health implications for local populations. *Int J Health Policy Manag* 2014;2:65–67.
6. Namakula J and Witter S. Living through conflict and post-conflict: experiences of health workers in northern Uganda and lessons for people-centred health systems. *Health Policy and Planning* 2014;29: ii6–ii14.
7. International Committee of the Red Cross. Violent incidents affecting the delivery of health care. *Health care in danger* January 2012 to December 2014. ICRC 2015, Geneva
8. Strohmeier H, Scholte WF, Ager A. Factors associated with common mental health problems of humanitarian workers in South Sudan. *PLoS ONE* 2018;13(10):e0205333.
9. Rima R. Habib, Dana A. Halwani, Diana Mikati and Layal Hneiny. Sex and Gender in Research on HealthcareWorkers in Conflict Settings: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020;17:4331.
10. De Jong K, Martinmäki SE, Te Brake H, Haagen JFG, Kleber RJ. Mental and physical health of international humanitarian aid workers on short-term assignments: Findings from a prospective cohort study. *Social Science & Medicine* 2021;285:114268.
11. De Jong K, Martinmäki SE, Te Brake H, Kleber R, Haagen J, Komproe I. How do international humanitarian aid workers stay healthy in the face of adversity? *PLoS ONE* 2022;17(11): e0276727.
12. Shorrab AA, Nassef M, Subhi A, Giwa BL, Buheji M. Health in the Crossfire - Analyzing and Mitigating the Multifaceted Health Risks of the 2023 War on Gaza. *Public Health Research* 2024;14(1) :1-11. DOI: 10.5923/j.phr.20241401.01
13. Badri R, Dawood I. The implications of the Sudan war on healthcare workers and facilities: a health system tragedy. *Conflict and Health* 2024;18:22.
14. Abed Alah. Echoes of conflict: the enduring mental health struggle of Gaza’s healthcare workers. *Conflict and Health* 2024;18:21.
15. Cameron L, McCauley M, van den Broek N, McCauley H. The occurrence of and factors associated with mental ill-health amongst

humanitarian aid workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2024;19(5):e0292107.

16. Elamin A, Abdullah S, El Abbadi A, Abdellah A, Hakim A, Wagiallah N et al (2024). Sudan: from a forgotten war to an abandoned healthcare system. *BMJ Glob Health* 2024;9:e016406.

17. Luce A, Firth-Cozens J, Midgley SJ, Burges C. After the Omagh Bomb: Posttraumatic Stress Disorder in Health Service Staff. *Journal of Traumatic stress* 2002;15 (1):27-30.

18. Hodgetts G, Broers T, Godwin M, Bowering E, Hasanovic M. Post-traumatic stress disorder among family physicians in Bosnia and Herzegovina. *Family Practice* 2003;20: 489-491.

19. Ben-Ezra M, Palgi, Wolf JJ, Shrira A. Psychiatric symptoms and psychosocial functioning among hospital personnel during the Gaza War: A repeated cross-sectional study. *Psychiatry Research* 2011;189:392–395.

20. Ben-Ezra M, Palgi Y, Shrira A, Hamama-Raz Y. Somatization and Psychiatric Symptoms among Hospital Nurses Exposed to War Stressors. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2013; 50(2):182-186.

21. Pruginin I, Segal-Engelchin D, Isralowitz R, Reznik A. Shared War reality effects on the professional quality of life of mental health professionals. *Israel Journal of Health Policy Research* 2016;5:17.

22. Nohales L, Fassier JB. Le trouble de stress post- traumatique en santé au travail. *Référence santé au travail* 2021; 167:13-24.

23. Rzonca P, Podgorski M, Łazarewicz M, Gałązkowski R, Rzonca E, Detsyk O, et al. The prevalence and determinants of PTSD, anxiety, and depression in Ukrainian civilian physicians and paramedics in wartime—An observational cross-sectional study six months after outbreak. *Psychiatry Research* 2024;334:115836.

24. Firth-Cozens J, Midgley SJ, Burges C. Questionnaire survey of posttraumatic stress disorder in doctors involved in the Omagh bombing. *BMJ* 1999;319:1609.

25. Grieger TA, Kolkow TT, Spira JL, Morse JS. Post-Traumatic Stress Disorder and Depression in Health Care Providers Returning from Deployment to Iraq and Afghanistan. *Military Medicine* 2007;172(5):451-455.

26. Koren D, Caspi Y, Leiba R, Bloch D, Vexler B, Klein E. Acute stress reactions among medical and non-medical personnel in a general hospital under missile attacks. *Depression and anxiety* 2009;26:123-128.
27. Haber Y, Palgi Y, Hamama-Raz Y, Shrira A, Ben-Ezra M. Predictors of Professional Quality of Life among Physicians in a Conflict Setting: The Role of Risk and Protective Factors. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2013;50 (2):174-181.
28. Shamia NA, Thabet AAM, Vostanis P. Exposure to war traumatic experiences, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth among nurses in Gaza. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2015;22:749-755.
29. Abu-El-Noor NI, Aljeesh YI, Radwan AS, Abu-El-Noor MK, Qddura IAI, Khadoura KJ et al. Post-Traumatic Stress Disorder Among Health Care Providers Following the Israeli Attacks Against Gaza Strip in 2014: A Call for Immediate Policy Actions. *Archives of Psychiatric Nursing* 2016;30:185-191.
30. Bou-Karroum L, El-Harakeh A, Kassamany I, Ismail H, El Arnaout N, Charide R, et al. (2020) Health care workers in conflict and postconflict settings: Systematic mapping of the evidence. *PLoS ONE* 2020;15(5):e0233757.
31. Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, Kaloupek DG, Marx BP, Keane TM. The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD [cited 2022 aug 5] Available from: URL : www.ptsd.va.gov
32. Ouagazzal O, Boudoukha AH. Assessing exposure to traumatic events : construction and validation of the Inventory of Traumatic Events (IET). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2019;29(2):67-74.
33. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. Mini International Neuropsychiatric Interview 1998. Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.
34. Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. Mini International Neuropsychiatric Interview 1998. University of South Florida - Tampa - USA.

35. Ouédraogo A, Ouango JG, Karfo K, Goumbri P, Nanéma D, Sawadogo B (2017). Prévalence des troubles mentaux dans la population générale du Burkina Faso. *Encéphale* 2017;45(4):367-370.