

***Stress des médecins dans les hôpitaux  
publics: facteurs de risques et  
compétences professionnelles***

Rapport du Projet d'intervention rédigé

Par

**Dr MAA MAWO Jeanne Dorothée**

Médecin Bucco-Dentiste

Master 2 en Management Public

***Yaoundé, Avril 2022***

## **Contexte : les médecins à l'épreuve du stress dans les hôpitaux publics**

L'observation de situations variées en milieu professionnel, les discussions diverses avec des collègues médecins et l'expérience personnelle de travail dans des hôpitaux publics nous ont fait prendre conscience du fait que la santé psychologique du personnel médical est parfois fragilisée. En effet, ce personnel concentre une très grande partie de son énergie à son travail. La profession médicale est souvent assimilée à un sacerdoce et il faut faire bonne figure, sauver la face et tenir sa place dans ce métier. Seulement il arrive que de multiples contraintes inhérentes à ladite profession engendrent une souffrance psychique chez le praticien mais celle-ci est peu et/ou mal exprimée, par pudeur, par déni ou même par ignorance.

La littérature récente nous renseigne sur le fait que dans la fonction publique hospitalière, les agents sont plus nombreux que la moyenne à déclarer un manque de reconnaissance professionnelle. Les salariés y sont particulièrement exposés à une certaine tension au travail car la demande psychologique y serait beaucoup plus marquée que dans l'ensemble des secteurs d'activités (Davie, 2014). Ces salariés apparaissent donc beaucoup plus tendus; ils sont plus nombreux à penser qu'on leur demande d'effectuer une quantité de travail excessive.

Des recherches ont démontré que l'environnement des soins est particulièrement stressant et que le stress affecte considérablement le bien-être des soignants (Servant & al, 2004). Il se trouve que les professionnels médicaux sont constamment confrontés à un stress chronique dans les hôpitaux et à une pression sociétale qui ne les autorise guère à exprimer sereinement leur mal-être ou même encore à montrer un quelconque signe de faiblesse. Leur image est souvent associée à une sorte d'inafaillibilité avec des étiquettes du style: « un médecin ne saurait tomber malade ». De ce fait, ces praticiens de santé ressentent qu'aux yeux du monde, ils ont une pléthore de devoirs mais pas assez de droits et cela les expose à une décompensation psychique et/ou physique en relation avec ledit stress.

Shanafelt & al. (2006) rapportent que les médecins sont stressés par les tâches administratives, le volume de consultations, les horaires irréguliers de travail, l'exposition continuelle à la souffrance et à la mort...

Selon l'approche ergonomique du stress au travail de Nasse & Légeron (2008), les facteurs favorisants sont divers et variés à l'instar de :

- l'importante charge de travail,
- l'absence de description précise du poste,
- la défaillance dans l'organisation des activités professionnelles,
- le manque de reconnaissance ou de récompense au travail,
- l'impossibilité d'exprimer ses doléances,
- l'accroissement des responsabilités avec un pouvoir décisionnel limité,
- la faible coopération avec les collaborateurs, les collègues et les supérieurs hiérarchiques,
- la sous-utilisation des aptitudes,
- la pénibilité des conditions de travail,
- les violences...

Les conséquences quant à elles sont entre autres : la diminution de la concentration, la décroissance de la qualité du travail effectué, le désengagement, l'absentéisme, le présentéisme et donc globalement le déclin de l'efficacité dans la pratique médicale à l'hôpital.

### **Le stress au travail en bref**

Le stress au travail est un véritable fléau souvent identifié comme étant « le mal du siècle ». En effet, il touche une grande partie des travailleurs.

Leka Stavroula et ses collaborateurs (Leka & al, 2004, p. 3) ont réalisé un rapport sur l'organisation du travail et le stress. Ils nous donnent la définition suivante du stress professionnel : « *L'ensemble des réactions que les employés peuvent avoir lorsqu'ils sont confrontés à des exigences et à des pressions professionnelles ne correspondant pas à leurs connaissances et à leurs capacités et qui remettent en cause leur aptitude à faire face* ».

Notons qu'il existe deux (02) types de stress bien distincts, avec l'un que l'on pourrait qualifier de passager, et un autre qui va s'inscrire dans la durée et va être responsable de cette situation de déséquilibre. Il s'agit d'une part du stress aigu et d'autre part du

stress chronique. Ces deux stress provoquent des effets différents, l'un étant plus dangereux pour la santé que l'autre.

Le stress aigu s'avère être sans danger particulier pour la santé. En revanche, le stress chronique s'avère être plus inquiétant, car responsable de divers effets indésirables sur la santé. Lorsqu'un individu vit un stress chronique, deux phases vont avoir lieu, avec la première phase dite de "perte de contrôle" puisque la personne touchée vit un stress et se sent impuissante, la seconde phase est celle de "l'adaptation", qui consiste à trouver des stratégies pour s'en sortir (Lefebvre et Poirot, 2015, p. 10). Il est important de souligner qu'en fonction de l'individu, la perception, l'évaluation et la manière d'agir seront peut-être différentes. Cependant, la seconde phase dite "d'adaptation" peut se vivre de deux manières. La première, en essayant de contrer le souci, en cherchant à le résoudre ou en trouvant un soutien auprès de proches. Mais, la seconde peut consister à fuir, c'est-à-dire, à éviter le problème.

Si une solution est rapidement trouvée, les symptômes du stress chronique peuvent rapidement se résorber. Mais dans le cas où le stress chronique n'est pas géré efficacement, les symptômes peuvent alors se décupler, jusqu'à s'imposer en provoquant des troubles et des soucis de santé graves, parfois sans retour, comme le repli sur soi-même, une baisse de la concentration, un risque de burn-out, des pathologies cardiovasculaires, le développement de troubles musculo-squelettiques, des dépressions, allant même jusqu'au suicide.

En soi, le stress aigu ne représente pas de dangers potentiels, puisqu'il correspond à une réponse ponctuelle de l'organisme face à une situation particulière, inscrite dans un laps de temps réduit. En revanche, le stress chronique est particulièrement malsain car il maintient l'individu dans un état de menace et de pression constants. On ne parle d'ores et déjà plus de stress stimulant pour l'individu, mais bel et bien de stress dangereux.

Les facteurs du stress au travail sont majoritairement liés à l'organisation du travail et à la gestion courante dans l'Organisation. Ces facteurs psychosociaux apparaissent d'ailleurs dans les travaux de Leka & al (2004), qui ont produit un document (troisième d'une série de documents sur la santé au travail) intitulé « *Protection de la Santé des Travailleurs* ».

L'ouvrage en question est publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans le cadre du Programme de la Santé au Travail et s'inscrit en droite ligne de l'application de la stratégie mondiale de l'OMS pour la santé au travail pour tous ; stratégie approuvée à la quatrième (4<sup>ème</sup>) réunion de réseau des centres collaborateurs de l'OMS sur la santé professionnelle tenue à Espoo en Finlande, du 07 au 09 juin 1999. Ainsi, les risques liés au stress professionnel sont catégorisés en deux (02) grands groupes que sont :

- les *risques liés au contenu du travail* qui renferment : nature des tâches, charge de travail, rythme et cadences, horaires de travail, participation et contrôle,
- les *risques liés au contexte professionnel* qui concernent : progression de carrière, statut et salaire, rôle au sein de l'organisation/l'entreprise, relations interpersonnelles, culture d'entreprise, liens entre la vie professionnelle et la vie privée.

Les effets du stress au travail, quant à eux, peuvent être individuels et entraîner la dégradation de la santé physique et/ou mentale des employés d'une part et d'autre part l'on peut avoir des conséquences organisationnelles causant ainsi le déclin de la performance et éventuellement la menace de la survie des Organisations.

### **Littérature et problématique**

Le stress est « le sel de la vie » (Ouédraogo et al, 2003). L'être-humain vit en permanence dans un environnement changeant (en perpétuelle mouvance) auquel il doit nécessairement s'adapter. Mais il arrive des moments où le stress devient un élément chronique, trop intense et/ou trop régulier, influant négativement sur la santé psychologique et physique des individus ainsi que sur l'efficacité de l'Organisation. Le secteur professionnel de la santé est décrit dans la littérature moderne comme un secteur à risque élevé de stress (Canoui et Mauranges, 2001).

En Afrique subsaharienne, une recherche au Sénégal auprès de 58 personnels hospitaliers d'un Centre Hospitalier Régional a trouvé une prévalence de 86,2% de travailleurs affectés par le stress (Diedhiou & al, 2018), tandis qu'une autre conduite dans un Hôpital Général au Sénégal chez 74 employés a retrouvé 68,9% d'entre eux

qui ressentait du stress lors du travail (Samb, 2015) et une autre encore de Touré & al (2020) effectuée sur 120 personnels d'un Centre Hospitalier National en Guinée Conakry a observé que 30% de ceux-ci ressentait de la tension au travail (« *Job Strain* »).

Pour ce qui est du Cameroun spécifiquement, certaines études liées au stress ont été réalisées dans le secteur de la santé à l'instar de celle menée à Douala au Cameroun chez 142 travailleurs en pharmacie, qui a révélé une prévalence du stress professionnel de 71,80% (Owona et al, 2018) et une autre conduite par Mandengue et al (2017) auprès de 85 médecins généralistes à Douala au Cameroun a trouvé que 42,4% d'entre eux étaient victimes de burn-out (épuisement professionnel subséquent au stress chronique).

Selon Bâ et al (2014), les personnels médicaux des hôpitaux publics sont confrontés à de multiples contraintes et la prédisposition au stress est omniprésente du fait de l'existence de quelques facteurs inhérents à la spécificité de l'organisation hospitalière à l'instar de : la charge de travail et les conditions parfois pénibles, l'obligation d'assurer un service continu, la responsabilité de vies humaines nécessitant en permanence lucidité d'esprit, concentration et parfaite maîtrise des actes et des faits à exécuter, la confrontation avec la souffrance et la mort et ce que ça pose comme difficultés de réponses psychologiques chez ces personnels, la nécessité de l'adaptation aux particularités de la prise en charge et l'accompagnement des êtres-humains (aussi divers et ondoyants soient-ils).

Les situations stressantes influencent négativement les compétences professionnelles des personnels médicaux, qui plus est lorsque le stress est chronique et par ricochet il peut y avoir des conséquences indésirables sur la qualité et la sécurité des soins médicaux (Roques & Roger, 2004). La notion de compétence professionnelle est définie par Epstein & Hundert (2002) comme étant l'utilisation habituelle et judicieuse de communication, connaissances, savoir-faire techniques, raisonnement clinique, émotions, valeurs et réflexion dans la pratique de tous les jours pour le bénéfice des individus et de la collectivité.

Ces différents constats ont suscité en nous un intérêt sur le plan professionnel, en ce qui concerne l'influence du stress au travail sur les compétences professionnelles médicales dans nos hôpitaux publics, afin de conduire à une meilleure prise de conscience de ces effets, à mettre en évidence les difficultés engendrées et à en modifier nos représentations. Selon les données actuelles de la littérature, il est évident qu'une trop grande quantité de stress, parfois mal géré, a un impact non seulement sur l'individu mais aussi sur son travail; pour les médecins, la qualité du travail et de la relation thérapeutique peuvent en pâtir.

Sur le plan organisationnel, une meilleure appréhension des réalités du stress du personnel médical avec des données probantes dans notre contexte peuvent aider à élaborer des stratégies adaptées, efficaces et efficientes de prévention et de gestion dudit stress dans l'optique d'améliorer la sérénité au travail de ce personnel et partant, leur efficacité et par voie de conséquence, l'efficacité des hôpitaux publics.

Il ressort que le stress du personnel médical n'est pas un leurre mais une réalité qui doit être étudiée contextuellement. Afin de mener une réflexion y relative, notre question de départ se formule ainsi qu'il suit: « Quels sont les facteurs de risque et les conséquences du stress des médecins dans les hôpitaux publics ? ». Il semble pertinent d'affirmer que le stress des médecins peut avoir des effets polymorphes. De ce fait, notre question de recherche est libellée comme suit: « Comment le stress des médecins influence-t-il leurs compétences professionnelles dans les formations sanitaires publiques? »

### **Hypothèses de recherche**

En général, selon le statut de causalité des variables dans l'étude, elles peuvent être divisées en deux catégories : des variables indépendantes et des variables dépendantes. La variable indépendante est la variable contrôlée et manipulée par les chercheurs, alors que la variable dépendante est la variable qui varie en fonction de la variable indépendante (Angers, 2000).

Dans notre travail, nous avons cherché à établir un lien entre le « *stress des médecins des hôpitaux publics* » qui représente ici la variable indépendante (ou explicative ou

influente) et les « *Compétences professionnelles* » tenant lieu de variable dépendante (ou expliquée ou influée).

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes appesantis sur deux modèles d'analyse du stress au travail, à savoir : Le *modèle de Karasek* et le *modèle de Siegrist*. Le modèle de Karasek identifiait originellement deux facteurs de risque du stress professionnel: la *Demande psychologique*, relative aux exigences environnementales professionnelles (quantité de travail, organisation du travail, ressources intellectuelles...) et la *Latitude de décision*. La situation redoutée est lorsque le travailleur est sous tension (forte demande psychologique et faible latitude décisionnelle), on parle alors de *Job Strain*.

A ces deux éléments, s'est greffé un troisième qui est le *Soutien social* dans le milieu de travail. Si l'employé se retrouve dans une situation où en plus du *Job Strain*, il ne bénéficie pas de soutien social au travail, dans ce cas il s'agit de l'*Iso-Strain*.

Le modèle de Siegrist quant à lui repose sur le déséquilibre entre les déterminants que sont les *Efforts* et les *Récompenses* en milieu professionnel. Il y a également la notion de *Surinvestissement*.

Par ailleurs, pour ce qui est des compétences professionnelles médicales, nous les résumerons en deux (02) grands groupes: les *Compétences cognitivo-techniques* et les *Compétences non cognitivo-techniques*.

Ainsi, nous avons formulé quatre (04) hypothèses de travail à savoir :

- Le stress occasionné par un assujettissement des médecins des hôpitaux publics au *JobStrain* (forte demande psychologique et faible latitude décisionnelle) aurait une influence néfaste sur leurs compétences cognitivo-techniques.
- Le stress engendré par une exposition des médecins des hôpitaux publics à l'*IsoStrain* (forte demande psychologique, faible latitude décisionnelle et faible soutien social) serait susceptible d'avoir une influence délétère sur leurs compétences cognitivo-techniques.
- Le stress causé par une sujétion des professionnels médicaux des structures sanitaires publiques à un manque de reconnaissance (déséquilibre entre les

efforts et les récompenses) aurait des effets nocifs sur les compétences non cognitivo-techniques de ceux-ci.

- Le stress émanant d'une exposition des médecins du secteur public au surinvestissement aurait des conséquences négatives sur les compétences non cognitivo-techniques de ceux-ci.

## **Objectifs de recherche**

L'objectif général de cette étude a été d'établir la relation entre le stress des médecins et leurs compétences professionnelles dans les hôpitaux publics.

Les objectifs spécifiques quant à eux ont consisté à :

- déterminer la distribution socio-professionnelle des Médecins à risque de stress dans les formations sanitaires publiques,
- mieux connaître les facteurs de risques de stress au travail du personnel médical exerçant dans les hôpitaux publics,
- recenser les effets du stress du personnel médical sur leurs compétences professionnelles.

## **Méthodologie**

Basée sur une approche hypothético-déductive, la méthode de recherche a été quantitative. La population cible était l'ensemble du personnel médical des hôpitaux publics, qui acceptait de se soumettre à l'exercice de remplissage du questionnaire durant la période de l'enquête et notre échantillon a été de 81 médecins. Le questionnaire reposait principalement sur les questionnaires de Robert Karasek et de Johannes Siegrist, reconnus pour aider à déterminer les facteurs de risque psychosociaux de stress au travail.

En outre, des composantes liées à la catégorisation socio-professionnelle et des compétences professionnelles médicales impactables par le stress ont aussi fait partie intégrante du questionnaire qui a été auto-administré en ligne grâce à l'Application Google Forms.

Suite à la collecte, une analyse statistique a été réalisée par le moyen des logiciels SPSS version 10.0 pour Windows, R et Excel. Par ailleurs, des tests de corrélation ont été effectués grâce au test de corrélation linéaire de Bravais-Pearson et des tests de causalité ont été conduits grâce au test de causalité de Granger.

### **Principaux Résultats**

Il ressort de ce travail que le stress professionnel est effectivement présent chez le personnel médical du milieu hospitalier public au Cameroun. En effet, le questionnaire de Karasek révèle une exposition au stress lié au « *Job Strain* » de 62,96% et à l'« *Isostrain* » de 62,96%. Par ailleurs, le questionnaire de Siegrist met en lumière une exposition au stress associé au Déséquilibre efforts/récompenses de 71,60% et au Surinvestissement de 39,51%

Plus spécifiquement, le stress au travail de ces professionnels médicaux résulte de déterminants variés, notamment :

- Le déséquilibre efforts/récompenses,
- La forte demande psychologique,
- La faible latitude décisionnelle,
- Le faible soutien social de la hiérarchie et des collègues,
- Le surinvestissement,
- L'absence de soutien de la famille et des amis,
- L'insatisfaction vis-à-vis du plateau technique,
- Le manque de clarté relativement au travail attendu de chaque personnel à l'hôpital,
- L'incompatibilité entre vie professionnelle et vie personnelle,
- L'exposition continue à la souffrance et à la mort.

Pour ce qui est des conséquences potentielles du stress au travail sur les compétences professionnelles, elles sont multiples et surviennent à des degrés divers sur les compétences cognitivo-techniques et les compétences non cognitivo-techniques. Ainsi, les compétences non cognitivo-techniques qui peuvent être négativement impactées sont:

- La rationalité/l'objectivité,
- La communication avec les patients,
- L'attention/concentration,
- La gestion du temps,
- Le self control vis-à-vis des patients et/ou des usagers,
- L'habileté au travail en équipe,
- La confiance en soi au travail,
- La gestion de l'incertitude,
- L'altruisme/l'empathie,
- Le respect/courtoisie.

Quant aux compétences cognitivo-techniques pouvant être péjorativement influées, il s'agit de:

- Les connaissances scientifiques médicales,
- L'efficacité dans la conduite des consultations médicales,
- L'éthique professionnelle,
- La reconnaissance et la correction des erreurs professionnelles,
- L'efficacité dans la réalisation des procédures techniques médico-chirurgicales.

De l'analyse des corrélations nous avons trouvé que certains facteurs socio-professionnels sont significativement et positivement corrélés au stress des Médecins des hôpitaux publics. Ils sont listés ci-après:

- Le jeune âge,
- L'appartenance au genre féminin,
- Le fait d'être marié,
- Le fait d'avoir un ou plusieurs enfants,
- L'exercice de la médecine en zones rurales,
- L'ancienneté inférieure à 05 ans dans la formation sanitaire,
- Le nombre de collaborateurs supérieur à 10 sous sa responsabilité,
- Le fait d'être médecin généraliste.

A l'issue des tests de causalité, une hypothèse a été confirmée, à savoir celle selon laquelle le stress résultant du déséquilibre efforts/récompenses des médecins aurait des effets nocifs sur leurs compétences non cognitivo-techniques.

## **Recommandations**

Des recommandations ont été adressées tour à tour à l'endroit du Ministre de la Santé Publique, des responsables des formations sanitaires publiques et des médecins exerçant dans les hôpitaux publics, afin d'agir plus concrètement sur la prévention et la gestion du stress professionnel du personnel médical, mais aussi sur la promotion de la santé mentale au travail de ce personnel qui constitue une cheville ouvrière dans le système de santé de notre pays. Elles sont déroulées comme suit :

### ***A l'endroit du Ministre de la Santé Publique***

- La mise sur pied d'un Plan National de Gestion Intégrée de Santé Mentale, dans lequel la prise en charge préventive et curative des professionnels médicaux du secteur public aura une place de choix.
- La saisie des opportunités liées aux NTICs afin de: numériser les dossiers des patients, développer des applications de prise de rendez-vous avec des Médecins du secteur public et même de suivi à distance pour des patients avec des maladies chroniques ou résidant dans des zones mal desservies en terme de personnel médical d'une part et d'autre part rendre plus efficace l'assistance en ligne des médecins exposés au stress professionnel chronique par des psychologues/psychiatres...
- La contextualisation du système d'évaluation des médecins dans les formations sanitaires publiques d'une part et d'autre part la mise à jour du système de calcul des quotes-parts de ces professionnels.
- La prise en compte des spécificités et des difficultés inhérentes à l'exercice de la profession médicale dans des zones rurales, enclavées, en pénurie de personnel... et prévoir des logiques de fidélisation et de motivation pour les médecins qui y sont en poste.

- L'amélioration de la politique de déploiement du personnel médical à travers l'étendue du territoire national afin de prendre en compte à la fois les besoins quantitatifs et qualitatifs des ressources humaines de chaque localité.
- La priorisation de la formation continue et/ou du recyclage des médecins occupant des fonctions dans les hôpitaux publics, sur les aspects relatifs au Management et au Leadership.
- L'amélioration du plateau technique dans les hôpitaux publics.

#### ***A l'endroit des responsables des formations sanitaires publiques***

- L'amélioration des pratiques managériales et du leadership dans les hôpitaux publics à travers: la priorisation de la gestion participative (Bottom-Up) plutôt qu'essentiellement directive (Top-Down), une communication horizontale et verticale efficace, le développement personnel de chaque personnel médical...
- La mise en place de systèmes pratiques de veille constante, de suivi et d'évaluation des facteurs de risque du stress professionnel.
- La mise en place systématique et la vulgarisation du Règlement intérieur, des Fiches de Poste, d'une charte de la relation Patient-Médecin dans chaque hôpital public.
- L'amélioration de la conception des programmes de travail/rotation du personnel médical afin d'éviter de surcharger les uns par rapport aux autres.
- La valorisation du travail en équipe entre Médecins mais aussi avec les autres personnels paramédicaux de l'hôpital.

#### ***A l'endroit des médecins des hôpitaux publics***

- L'amélioration de l'intelligence émotionnelle, qui consiste en la capacité d'une personne à être conscient et à comprendre ses propres émotions ainsi que celles des personnes avec lesquelles elle interagit. Cela permettra de contribuer à une meilleure gestion individuelle du

stress mais aussi à des relations humaines plus saines en milieu hospitalier.

- L'appel à l'aide à l'endroit d'un psychologue ou d'un psychiatre ou d'un médecin du travail lorsque l'on n'arrive plus à gérer efficacement son stress tout seul. Il n'y a point de honte à se préoccuper de sa santé et la santé mentale notamment est un indispensable du bien-être au travail.
- Développer des activités qui renforcent les liens humains à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, avec des collègues.

### **Limites de l'étude**

Comme limite dans cette étude, nous n'avons pas travaillé avec un vaste échantillon de médecins, cependant nous avons veillé à ce que celui-ci soit aussi varié que possible, bien que certaines spécialités médicales ne soient pas représentées du fait de l'indisponibilité ou du refus des praticiens concernés de participer à l'étude.

Par ailleurs, le manque de familiarisation de plusieurs médecins aux questionnaires en ligne et des problèmes liés à une connexion internet (souvent instable) ont également constitué une barrière dans notre processus de collecte des données.

## BIBLIOGRAPHIE

Akinsulore, A., Adegbenro, C.A., Balogun, Y.A., Elekwachi, G., Babalola, O.O., & Akinlua, F.M. (2020). « Perceived Stress and its Relationship with Coping Strategies among Doctors at a Tertiary Hospital in Ile-Ife, Nigeria ». *West African Journal Medical*; 37(2):145-151.

Algava, E., Chouanière, D., Cohidon, C., Dubré, J.Y., Kittel, F., & al. (2011). *Stress au travail et santé: situation chez les indépendants*. [Rapport de recherche] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Inserm - Editions EDP Sciences (ISSN 1264-1782), Paris, 495 p.

Angers, M. (2000). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. 3<sup>ème</sup> édition, CEC, Montréal.

Bâ, F., Bâ, E.M., Faye, P.L., Thiam, M.H., & Seck, A.M. (2014). « Le stress professionnel des soignants en milieu hospitalier à Dakar ». *Research*; 1:615.

Balslev, K., & Saada-Robert, M. (2002). « Expliquer l'apprentissage situé de la littéracie: une démarche inductive/déductive ». *Raisons Educatives*; 89-110.

Belhomme, N., Jégo, P., & Pottier, P. (2019). « Gestion de l'incertitude et compétence médicale: une réflexion clinique et pédagogique [Uncertainty management and medical skills A clinical and educational reflexion] ». *La Revue De Médecine Interne*, Elsevier, 40 (6), pp.361-367.

Bouletreau, A., Chouanière, D., Wild, P., & Fontana, J.P. (1999). « Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple, EUROQUEST »; *Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)*; NS 178, 19p.

Canini, F. (2017). « Ethique médicale et homme augmenté: quelques pistes de réflexion ». *Revue Défense Nationale*; N° Hors-série: 181-189.

Canoui, P., & Mauranges, A. (2001). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants: De l'analyse du burn out aux réponses*. Masson, Paris.

Chiniara, G. (2007). *Simulation médicale pour acquisition des compétences en anesthésie- Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation, Conférences d'Actualisation*. Elsevier Masson SAS, Paris, pp.41-49.

Davie, E. (2014). « L'exposition aux risques professionnels dans la fonction publique: une première analyse par métier à partir de l'enquête SUMER 2009-2010 ». *Références en santé au travail*; 137:73-90.

De Jonge, J., Van der Linden, S., Schaufeli, W., Peter, R., & Siegrist, J. (2008). « Factorial invariance and stability of the Effort-Reward Imbalance scales: A longitudinal analysis of two samples with different time lags ». *International Journal of Behavioural Medicine*; 15:62-72.

Denis, F., Stordeur, S., D'hoore, & W. (2000). « Une enquête sur le stress occupationnel en milieu hospitalier ». *Médecine du Travail et Ergonomie*; 37(4):169-178.

Diedhiou, B.B., Ba, E.A.M., & Mame, C.S. (2018). « Caractérisation des aspects psycho-socio-professionnels du stress chez le personnel soignant du Centre Hospitalier de Kolda (Sud-Sénégal) ». *Cahiers de Médecine InterProfessionnelle - Revue de la Santé au Travail*; (1).

Division des Affaires Juridiques et du Contentieux du Ministère de la Santé Publique du Cameroun (2013). *Recueil de textes du Ministère de la Santé Publique du Cameroun*. Minsanté, Yaoundé, 1053 p.

Epstein, R.M, & Hundert, E.M.(2002).«Defining and assessing professional competence ». *The Journal of American Medical Association*; 287(2):226-235.

Feldt, T., Huhtala, M., Kinnunen, U., Hyvönen, K., Mäkikangas, A., & Donnentag, S. (2013). « Long-term patterns of effort-reward imbalance and over-commitment: investigating occupational well-being and recovery experiences as outcomes ». *Work and Stress*; 27:64-87.

Guiraud, C.B. (2009). « La formation d'un médecin idéal». *La Presse Médicale*; 38(6):863-68.

Hellemans, C. & Van de Leemput, C. (2012). *Stress et mal-être au travail*. Encyclopédi, des Ressources Humaines (pp. 1428-1434), 3ème édition. P. Gilbert & J. Allouche (Eds.). Vuibert, Paris.

Horsley, T., Grimshaw, J. & Campbell C. (2010). *How to create conditions for adapting physicians' skills to new needs and lifelong learning*. World Health Organization, 43p.

Johnson, J.V., Hall, E.M., &Theorell, T. (1989). « Combined effects of Job Strain and social isolationon cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedishmale working population». *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*;15:271-279.

Johnson, J.V., & Hall, E.M. (1988). «Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population». *American Journal of Public Health*; 78:1336-1342.

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., &al. (1998). «The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics». *Journal of Occupational Health Psychology*;3:322-355.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.

Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., &Theorell, T. (1981). «Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: prospective study of Swedish men». *American Journal of Public Health*; 71:694-705.

Karasek, R.A. (1979). «Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications forjob redesign». *Administrative Science Quarterly*; 24: 285-308.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (2000). « To err is human - Building a safer health system ». *National Academy Press*; 311.

Lefebvre, B., & Poirot, M. (2015). *Stress et risques psychosociaux au travail*. 2<sup>ème</sup> édition. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 216 p.

Leka, S., Griffiths, A., & Cox Tom (2004). *Work organisation and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. Department de Psychology, University of Nottingham, 32p.

Libert, Y., & Reynaert, C. (2009). « Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin ». *Psycho-Oncologie*; 3(3):140-146.

Lourel, M., Gana, K., & Wawrzyniak, S. (2005). « L'interface vie privée-vie au travail : adaptation et validation française de l'échelle SWING (Survey Work-home Interaction-Nijmegen) ». *Revue Psychologie du Travail et des Organisations*; 11(4):227-239.

Mandengue, S.H., Owona Manga, L.J., Lobè-Tanga, M.Y, Asoomo-Ndemba, P.B, Nsongan-Bahebege, S., Bika-Lélé, C., Ngo Sack, F., Njamnshi, A.K., & Etoundi-Ngoa, S.L. (2017). « Syndrome de burnout chez les médecins généralistes de la région de Douala (Cameroun): les activités physiques peuvent-elles être un facteur protecteur ? », *Revue Médicale de Bruxelles*; 38:10-5.

Memmi, S., Sandret, N., Niezborala, M., Lesuffleur, T., & Niedhammer, I. (2016). « L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux ». *DARES Analyses*, N°004.

Ministère de la Santé Publique du Cameroun (2020). *Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030 (Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 actualisée)*, Minsanté, Yaoundé, 228p.

Nasse, P., & Légeron, P. (2008). *La détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux*. Ministère du Travail, des Relations sociales et la Solidarité, Paris.

Niedhammer, I. Chastang, J.F., Levy, D., Davis, S., & Degioanni, S. (2007). « Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France: étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale SUMER ». *Travailler*; 17(1):47-70.

Niedhammer, I., Chastang, J.F., Gandrey, L., Davis, S., & Degioanni, S. (2006). « Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien sociale du Job Content Questionnaire de Karasek: résultats de l'enquête nationale SUMER ». *Santé Publique*; 18(3):413-427.

Niedhammer, I. (2002). « Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort ». *International Archives of Occupational and Environmental Health*; 75:129-144.

Niedhammer, I., Siegrist, J., Landre, M.F., Goldberg, M., & Leclerc, A. (2000). « Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre Efforts/récompenses ». *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*; 48:1483-1499.

Olivier, M. (2010). « Analyse quantitative », *Les 100 mots de la sociologie*. In Paugam Serge (dir.), Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », 2<sup>ème</sup> édition, Paris.

Ouédraogo, A., Ouédraogo, V., Ouédraogo, L.T., & Kikiéma, D.M. (2003). « Prévalence des troubles psychiatriques mineurs chez les femmes travaillant dans le secteur de la santé à Ouagadougou au Burkina Faso : résultats d'une évaluation à l'aide du GHQ-28 ». *Dakar Médical*; 48(1):57-60.

Owona, M.L.J., Tchicaya, A.F., Adiogo, D.E., & Maniben, P.N. (2018). « Stress professionnel chez les travailleurs en pharmacie à Douala ». *Health Sciences and Diseases : The Journal of Medicine and Health Sciences*; 19(3) (S).

Policard, F. (2014). « Apprendre ensemble à travailler ensemble: l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives ». *Recherche en Soins Infirmiers*; 117:33-49.

Roques, O., & Roger, A. (2004). « Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public ». *Politiques et Management Public*; 22(4): 47-63.

Rosenblum, J.L. (2002).« Pourquoi je pleure encore. Partagez les réflexions d'un jeune interniste sur le décès d'un patient à la fin d'une longue journée ». *Écon. Médical.*;79(13):65-6.

Samb, C. (2015). *Le stress parmi le personnel de l'Hôpital Général de Grand-Yoff de Dakar*. Thèse de Doctorat en Médecine, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.

Servant, D., Pradeau, P., & Sobaszek, A. (2004). « Stress au travail, état des lieux et remèdes possibles ». *Act. Méd. Int. - Psychiatrie*; 21(3):46-49.

Shanafelt,T., Chung, H., White, H., & Lyckholm, L.J. (2006). « Shaping your career to maximize personal satisfaction in the practice of oncology ». *Journal of Clinical Oncology*; 24:4020-6.

Sharp, G., Bourke, L., Rickard, M.J.F.X. (2020). « Review of emotional intelligence in health care: an introduction to emotional intelligence for surgeons». *ANZ Journal Of Surg*; 90(4):433-440.

Shimazu, A., & De Jonge, J. (2009). « Reciprocal relations between effort-reward imbalance at work and adverse health: A three-wave panel study ». *Social Science and Medicine*; 68:60-68.

Siegel, D. (2008). «Réflexion sur la stratégie». *Revue des Sciences de Gestion*; 230: 15-23.

Siegrist, J. (2012). *Effort-reward imbalance at work - theory, measurement and evidence*. Department of Medical Sociology, University of Düsseldorf, Düsseldorf.

Siegrist, J., Wege, N., Puhlhofer, F., & Wahrendorf, M. (2009). «A short generic measure of workstress in the era of globalization: effort-reward imbalance». *International Archives of Occupational and Environmental Health*;82:1005-1013.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). «The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons». *Social Science and Medicine*; 58:1483-1499.

Siegrist, J. (1996). «Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions». *Journal of Occupational Health Psychology*;1(1):27-41.

Siegrist, J., & Peter, R. (1996). *Measuring effort-reward imbalance at work: guidelines*. University Heinrich Heine, Düsseldorf.

St-Arnaud, P., (1968). « Pour une sociologie de la pratique médicale au Québec ». *Recherches Sociographiques*; 9(3):281-297.

Touré, H., Diatta, A.E.R., Ndiaye, M., Oulare, F., & Bah, H. (2020). « Evaluation du stress professionnel chez le personnel du Centre Hospitalier National Jean Paul II de Conakry ». *Revue Africaine et Malgache pour la Recherche Scientifique - Sciences de la Santé*; 1(3): 128-134.

Vejlgaard, T., & Addington-Hall J.M. (2005). « Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care». *Palliative Medicine*; 19(2):119-27.

Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lipper, K., Fortin, É., Delisle, A., St-Vincent, M., Funes, A., Duguay, P., Vézina, S., & Prud'homme, P. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), Québec.

Vézina, M., & Chénard, C. (2009). *Grille d'identification des risques psychosociaux au travail*. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), Québec.

Vilatte, J.C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*. Laboratoire Culture & Communication Université d'Avignon, Avignon.

Whitehead, R.P. (2014). «The lived experience of physicians dealing with patient death». *BMJ Supportive and Palliative Care*; 4(3):271-6.

<http://www.countrymeters.info/fr/Cameroon>, visité le 21 Octobre 2021. Source : Département des Affaires Economiques et Sociales du Secrétariat des Nations Unies.

<http://www.bucrep.cm/index.php/fr/>, mis à jour en Septembre 2010, visité le 21 Octobre 2021.