



Étude des troubles anxiodépressifs chez les médecins de l'Institut de cancérologie « Salah Azaïez » de Tunis

Study of anxiety-depressive disorders among doctors at «Salah Azaïez» Cancer Institute in Tunis

Imene Yeddes¹, Khadija Meddeb², Amina Mokrani², Imene Boukhris³, Houyem Khiari⁴

1. Service de médecine nucléaire, Institut Salah Azaïez- Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar.
2. Service d'oncologie médicale, Institut Salah Azaïez- Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar.
3. Service de médecine interne, Hôpital Charles Nicolle- Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar.
4. Service d'épidémiologie, Institut Salah Azaïez- Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar.

RÉSUMÉ

Introduction: Les oncologues sont souvent confrontés à des patients en fin de vie, souffrants. Cela peut générer un épuisement professionnel et des troubles anxio-dépressifs (TAD) pouvant altérer la qualité de vie des soignants.

Objectif: Comparer le niveau des TAD chez les médecins exerçant à l'Institut Salah Azaïez (ISA) de Tunis par rapport à une population témoin de médecins qui ne prennent pas en charge la pathologie cancéreuse, en identifiant les éventuels facteurs associés à ces troubles.

Méthodes: Etude étiologique et transversale réalisée entre mai et juin 2022 portant sur 141 médecins : 53 participants exerçant à l'ISA et 91 médecins non oncologues exerçant à l'Hôpital Charles Nicolle et à la Rabta, appariés selon l'âge et le genre.

Résultats: Notre travail a montré que les médecins de l'ISA présentaient d'une manière plus significative ($p=0,016$) des troubles anxieux par rapport aux autres médecins (47,2% vs 37,5%), sans pour autant manifester plus de troubles dépressifs. Les médecins de l'ISA ont rapporté plus de facteurs stressants: l'exposition à des tumeurs déformant l'image corporelle ($p<0,001$) et à la souffrance des proches ($p=0,006$), un manque de ressources humaines ($p=0,017$), des locaux inadaptés ($p=0,001$) et une surcharge de travail ($p=0,013$). Ces médecins consommaient davantage de l'alcool ($p=0,04$). En plus 58,5% des médecins de l'ISA considéraient que leur profession affecte d'une manière importante leur qualité de vie contre 45% des médecins des autres hôpitaux ($p=0,04$).

Conclusions: Tous les médecins interrogés « toutes spécialités confondues », présentaient à des taux variables des TAD. Cependant les troubles anxieux étaient significativement plus élevés chez les médecins de l'ISA chez qui les facteurs stressants avaient plus d'impact.

Mots clés: Médecin, oncologue, cancer, troubles anxieux, troubles dépressifs

ABSTRACT

Introduction: Oncologists are often confronted with patients at the end of their lives who are suffering. This can lead to anxiety and depressive disorders (ADD), affecting the quality of the doctors's quality of life

Aim: To compare the level of ADD among doctors practicing at Salah Azaïez Institute (SAI) in Tunis with doctors who do not treat cancer patients, while identifying any factors associated with these disorders.

Methods: We conducted a comparative and analytical study of 141 physicians: 53 oncologists practicing at the Salah Institut Azaïez and 91 at other hospital structures (Charles Nicolle's Hospital and Rabta's Hospital), matched by age and gender for a period of 2 months, started from 02 May to 30 June 2022.

Results: Our research showed that SAI's doctors were significantly more exposed to anxiety disorders ($p= 0.016$) compared with other doctors (47.2% vs. 37.5%), without being more exposed to depressive disorders. SAI's doctors reported more associated stress factors, notably exposure to body image-distorting tumors ($p<0.001$), exposure to the suffering of loved ones ($p=0.006$), lack of human resources ($p=0.017$), perceived unsuitability of premises ($p=0.001$) and overwork ($p=0.013$). These doctors consumed more alcohol ($p=0.04$). In addition, 58.5% of SAI's doctors felt that their profession significantly affected their quality of life, compared to 45% of doctors in other hospitals ($p=0.04$)

Conclusions: All the doctors questioned, «all specialties combined», showed varying rates of anxiety and depressive disorders. However, anxiety disorders were significantly higher among SAI's doctors, for whom stress factors had a greater impact.

Key words: physician- oncologist- cancer- depressive disorder- anxiety disorder

Correspondance

Imene Yeddes

Service de médecine nucléaire, Institut Salah Azaïez- Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis El Manar.

Email: imene.yeddes@fmt.utm.tn

INTRODUCTION

L'oncologie est une spécialité médicale particulièrement touchée par le stress au travail. En effet, les oncologues sont souvent confrontés à des patients en fin de vie, souffrants, ils doivent être à l'écoute, manifester de l'empathie de manière répétitive et se sentent souvent impuissants face à la maladie. De plus, ils gèrent les soins tout au long du processus de traitement, tout en restant à l'affût des avancées thérapeutiques innovantes (1). Cela peut générer des troubles anxio-dépressifs (TAD) pouvant altérer ainsi la qualité des soins prodigués (2). Ces troubles qui sont généralement abordés et pris en charge chez les soignés et rarement chez les soignants. Ainsi, cet échec de l'adaptation au stress émotionnel chronique au travail va aussi conduire à un burnout avec des manifestations somatiques, psychologiques et comportementales (3). Il est donc important de prendre en considération leur bien être aussi bien professionnel qu'émotionnel afin d'éviter la manifestation des TAD. Cependant, peu d'études se sont intéressées à cet aspect chez les médecins prenant en charge le patient cancéreux aussi bien sur le plan national qu'internationale.

Les objectifs de la présente étude était de comparer le niveau des TAD chez les médecins exerçant à l'Institut Salah Azaïez (ISA) de Tunis par rapport à une population témoin de médecins qui ne prennent pas en charge la pathologie cancéreuse et de comparer les éventuels facteurs stressants chez les deux groupes.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude étiologique transversale menée sur une période de deux mois allant du 2 Mai au 30 Juin 2022, à l'ISA et dans les deux plus grandes structures hospitalo-universitaires de Tunis (l'Hôpital La Rabta et l'hôpital Charles Nicolle).

La population de l'étude:

La population étudiée était constituée de deux groupes. Un premier groupe comportant tous les médecins titulaires, universitaires ou sanitaires exerçant à l'institut Salah Azaïez et de toutes les spécialités (chirurgie carcinologique, oncologie médicale, radiothérapie, otorhinolaryngologie, anatomopathologie, médecine nucléaire, radiologie et biologie). Un deuxième groupe témoin formé de médecins, ne prenant pas en charge à long terme des patients cancéreux, exerçant à l'hôpital la Rabta et à l'hôpital Charles Nicolle. Nous avons réalisé un appariement selon le genre et l'âge. Nous n'avons pas inclus les étudiants du premier, deuxième et troisième cycle des études médicales ainsi que les médecins dentistes et les pharmaciens. Les personnes ayant des antécédents de troubles psychiatriques ont été exclues de l'étude.

La collecte des données:

Les médecins ont été invités à remplir un auto-questionnaire. Ce dernier comportait une partie de recueil des données générales et démographiques, une deuxième partie constituée du questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs, validé en langue française (4). Le HAD comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score : 21). Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives,

l'interprétation de chacun des scores (A et D) était en faveur d'une absence de symptomatologie, pour un score ≤ 7 . La symptomatologie était douteuse pour un score de 8 à 10. Le médecin est considéré comme symptomatique pour un score ≥ 11 .

Une troisième partie du questionnaire a été réalisée pour étudier des facteurs de risque stressants (personnelles, relationnelles et professionnelles). Elle a été rédigée avec l'aide d'une équipe multidisciplinaire comportant des psychiatres experts dans le domaine. Une dernière partie a comporté des propositions de stratégies de prévention des TAD.

L'analyse statistique:

L'analyse statistique des données a été réalisée avec le logiciel SPSS version 26. Les variables qualitatives ont été résumées avec des fréquences absolues (effectifs) et des fréquences relatives (pourcentages). Les variables quantitatives ont été décrites par des moyennes et des écarts types. Une analyse univariée permettant d'étudier l'association entre les différents facteurs stressants et les TAD a été réalisée. Le test de chi-deux et le test exact de Fisher (lorsque au moins un des effectifs théoriques < 5) ont été utilisés pour comparer les pourcentages. Nous avons comparé les moyennes à l'aide du test T de Student. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5%.

Considérations éthiques

Les participants ont été informés des objectifs de l'étude. Nous avons obtenus leur consentement pour participer à l'étude. Nous avons respecté l'anonymat tout le long du travail. Nous avons aussi obtenu l'approbation du comité d'éthique local de l'ISA.

RÉSULTATS

Description de la population étudiée

Au total, 144 médecins ont répondu au questionnaire : 53 médecins exerçant à l'ISA (groupe étudié) et 91 exerçant dans les deux autres hôpitaux (HCN et la Rabta) (groupe témoin). Une prédominance féminine a été observée dans les deux groupes avec un sexe ratio respectif de 0,26 pour le groupe étudié et de 0,21 pour le groupe témoin. La tranche d'âge la plus fréquente était observée entre 30 et 50 ans (84,9% pour l'ISA et 80,3% pour les autres). La majorité des médecins était mariée avec au moins un enfant à charge (Tableau 1).

Quant aux habitudes de vie, 12% des médecins étaient tabagiques sans différence significative entre les groupes. Concernant la consommation d'alcool, on a noté une différence statistiquement ($p=0,04$), avec 26,2% des médecins de l'ISA qui consommaient de l'alcool contre 9,7% des médecins exerçant dans les autres hôpitaux. Aucun médecin ne consommait de drogue licite ou non licite.

Le nombre d'heures de travail par semaine était similaire entre les deux groupes. La plupart des médecins soit 69,8% de l'ISA et 64,8% des autres services avaient une activité de loisirs, essentiellement des activités sportives et ou artistiques (Tableau 1).

Tableau 1. Données de la population étudiée

Variable	Catégorie	ISA*		p
		effectif (%)	Autres hôpitaux effectif (%)	
Genre	Homme	11 (20,8)	16 (17,6)	0,63
	Femme	42 (79,2)	75 (82,4)	
Age	[30-40[23 (43,4)	30 (33,0)	0,64
	[40-50[	22 (41,5)	43 (47,3)
	[50-60[	6 (11,3)	15 (16,4)
	[60-70[	2 (3,8)	3 (3,3)
Situation familiale	Célibataire	7 (13,2)	5 (5,5)	0,22
	Marié(e)	45 (84,9)	79 (86,8)	
	Divorcé(e)	1 (1,9)	7 (7,7)	
Enfants à charge	Oui	46 (86,8)	77 (84,6)	0,72
Nombre d'enfants à charge	0	7 (13,2)	14 (15,4)	0,53
	1	8 (15,1)	16 (17,6)	
	2	28 (52,8)	47 (51,6)	
	3	8 (15,1)	14 (15,4)	
	4	2 (3,8)	0 (0)	
Enfants malades ou avec un handicap	Oui	1 (1,9)	6 (6,6)	0,09
Habitudes				
Tabac	oui	6 (12,7)	10 (12,3)	0,95
Alcool	oui	11 (26,2)	8 (9,7)	0,04
Drogue	oui	0 (0)	0 (0)	
Grade	AHU	18 (34)	25 (27,5)	0,47
	MCA	17 (32,1)	33 (36,3)	
	Professeur	11 (20,7)	26 (28,5)	
	Spécialiste	7 (13,2)	7 (7,7)	
Heures de travail/semaine	[20-25[1 (1,9)	2 (2,2)	0,88
	[25-30[	8 (15,1)	13 (14,3)
	[30-35[	20 (37,7)	29 (31,9)
	[35-40[	24 (45,3)	47 (51,6)
Activité de loisirs	oui	37 (69,8%)	59 (64,8%)	0,37

ISA* : Institut Salah Azaiez

Interprétation de l'échelle HAD

Les scores moyens de l'anxiété étaient de 10,4±4.1 à l'ISA contre 8,6±4.1 dans les autres hôpitaux avec une différence statistiquement significativement ($p=0.025$). L'analyse de l'échelle de l'anxiété a montré une symptomatologie douteuse chez 26,4% à l'ISA contre 10,9% dans les autres hôpitaux. Les troubles anxieux symptomatiques ont été notés chez 47,2 % à l'ISA contre 37,5 % dans les autres hôpitaux avec une différence significative ($p= 0.016$). Les scores moyens de la dépression étaient de 6,7±4.0 à l'ISA contre 6,0±3.5 dans les autres hôpitaux sans différence significative (Tableau 2).

Tableau 2. Comparaison de l'échelle HAD entre les médecins de l'ISA et des autres hôpitaux

	Anxiété			Dépression		
	ISA*	Autres	p	ISA*	Autres	p
	effectif (%)	effectif (%)		effectif (%)	effectif (%)	
Absence de symptômes	14 (26,4)	47 (51,6)		27 (50,9)	61 (67)	
Symptomatologie douteuse	14 (26,4)	10 (10,9)		17 (32,1)	20 (22)	
Symptomatologie certaine	25 (47,2)	34 (37,5)	0,016	9 (17)	10 (11)	0,228
Total	53 (100)	91 (100)		53 (100)	91 (100)	

ISA* : Institut Salah Azaiez

L'étude des facteurs stressants :

En étudiant les facteurs stressants notamment les conditions de travail, les facteurs personnels, les facteurs relationnels et les facteurs professionnels, nous avons objectivé une différence statistiquement plus élevée

concernant certains facteurs notamment : l'exposition à des tumeurs déformant l'image corporelle qui était élevée à très élevée chez 37,8% des médecins à l'ISA vs 9,9% dans les autres hôpitaux ($p=0,001$), une exposition à la souffrance des proches élevée à très élevée chez 49,0% des médecins à l'ISA vs 26,4% dans les autres hôpitaux ($p=0,006$), un manque de ressources humaines élevé à plus élevé chez 83% des médecins à l'ISA vs 56,1% dans les autres hôpitaux ($p=0,017$), des locaux inadaptés perçus élevée à très élevée chez 71,7% des médecins à l'ISA vs 45,1% dans les autres hôpitaux ($p=0,001$) et une surcharge de travail élevée à très élevée chez 75,7% des médecins à l'ISA vs 51,7% dans les autres hôpitaux ($p=0,013$) (Tableau 3).

Tableau 3. Comparaison des facteurs stressants entre les médecins de l'ISA et des autres hôpitaux

		ISA*		p
		Effectif (%)	Autres spécialités Effectif (%)	
Conflits familiaux	très faible	23 (43,4)	43 (47,3)	0,16
	faible	10 (18,9)	24 (26,4)	
	moyen	13 (24,5)	9 (9,9)	
	élevé	3 (5,7)	8 (8,8)	
Conflits avec des collègues du même service	très faible	19 (35,8)	31 (34,1)	0,79
	faible	13 (24,5)	28 (30,8)	
	moyen	9 (17)	15 (16,5)	
	élevé	7 (13,2)	12 (13,2)	
Conflits avec des collègues d'un autre service	très faible	33 (62,3)	40 (44)	0,18
	faible	11 (20,8)	25 (27,5)	
	moyen	5 (9,4)	15 (16,5)	
	élevé	3 (5,7)	7 (7,7)	
Conflits avec l'administration	très faible	24 (45,3)	28 (30,8)	0,18
	faible	10 (18,9)	23 (25,3)	
	moyen	11 (20,8)	18 (19,8)	
	élevé	6 (11,3)	9 (9,9)	
Prise en charge de patients en phase terminale	très faible	2 (3,8)	13 (14,3)	0,97
	faible	13 (24,5)	26 (28,6)	
	moyen	10 (18,9)	15 (16,5)	
	élevé	12 (22,6)	19 (20,9)	
Charge émotionnelle élevée	très faible	11 (20,8)	21 (23,1)	0,91
	faible	7 (13,2)	10 (11)	
	moyen	6 (11,3)	8 (8,8)	
	élevé	7 (13,2)	13 (14,3)	
Revendications des patients	très faible	12 (22,6)	21 (23,1)	0,12
	faible	12 (22,6)	22 (24,2)	
	moyen	11 (20,8)	32 (35,2)	
	élevé	16 (30,2)	15 (16,5)	
Manque de reconnaissance des patients et/ou leurs proches	très faible	9 (17)	9 (9,9)	0,34
	faible	13 (24,5)	24 (26,4)	
	moyen	9 (17)	26 (28,6)	
	élevé	17 (32,1)	24 (26,4)	
Manque de traitement ou d'accès aux explorations / soins	très faible	5 (9,4)	8 (8,8)	0,07
	faible	12 (22,6)	22 (24,2)	
	moyen	11 (20,8)	32 (35,2)	
	élevé	16 (30,2)	15 (16,5)	
Exposition fréquente aux décès	très faible	9 (17)	9 (9,9)	0,38
	faible	13 (24,5)	24 (26,4)	
	moyen	9 (17)	26 (28,6)	
	élevé	17 (32,1)	24 (26,4)	

Tableau 3. (suite) Comparaison des facteurs stressants entre les médecins de l'ISA et des autres hôpitaux

		ISA*	Autres spécialités	p
		Effectif (%)	Effectif (%)	
Manque de temps alloué à chaque patient	très faible	10 (18,9)	20 (22)	0,23
	faible	11 (20,8)	27 (29,7)	
	moyen	10 (18,9)	20 (22)	
	élevé	13 (24,5)	17 (18,7)	
	très élevé	9 (17)	7 (7,7)	
Exposition à des tumeurs déformant l'image corporelle	très faible	14 (26,4)	62 (68,1)	0,001
	faible	7 (13,2)	15 (16,5)	
	moyen	12 (22,6)	5 (5,5)	
	élevé	11 (20,8)	8 (8,8)	
	très élevé	9 (17,0)	1 (1,1)	
Exposition à la souffrance des proches	très faible	6 (11,3)	18 (19,8)	0,006
	faible	4 (7,5)	24 (26,4)	
	moyen	17 (32,1)	25 (27,5)	
	élevé	13 (24,5)	13 (14,3)	
	très élevé	13 (24,5)	11 (12,1)	
Manque de ressources humaines	très faible	1 (1,9)	5 (5,5)	0,017
	faible	4 (7,5)	9 (9,9)	
	moyen	4 (7,5)	26 (28,6)	
	élevé	22 (41,5)	27 (29,7)	
	très élevé	22 (41,5)	24 (26,4)	
Manque de matériel	très faible	1 (1,9)	6 (6,6)	0,34
	faible	3 (5,7)	10 (11)	
	moyen	8 (15,1)	19 (20,9)	
	élevé	14 (26,4)	25 (27,5)	
	très élevé	27 (50,9)	31 (34,1)	
Locaux inadaptés	très faible	2 (3,8)	14 (15,4)	0,001
	faible	6 (11,3)	17 (18,7)	
	moyen	7 (13,2)	19 (20,9)	
	élevé	10 (18,9)	19 (20,9)	
	très élevé	28 (52,8)	22 (24,2)	
Surcharge de travail	très faible	1 (1,9)	4 (4,4)	0,013
	faible	4 (7,5)	11 (12,1)	
	moyen	8 (15,1)	29 (31,9)	
	élevé	18 (34,0)	27 (29,7)	
	très élevé	22 (41,5)	20 (22)	

ISA* : institut Salah Azalez

Trente et un médecins de l'ISA ont répondu oui avec des nuances élevées à très élevées à la question « Est-ce que votre profession affecte votre qualité de vie ? » contre 41 contre médecins des autres hôpitaux avec ($p=0,04$).

Stratégies de prévention

Les stratégies de prévention des TAD, les plus proposées étaient: la réorganisation du travail, plus de congés et les activités aussi biens sportives qu'artistiques (Figure 1).

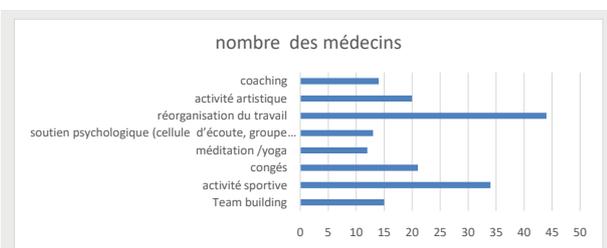


Figure 1. Stratégies de prévention

DISCUSSION

L'oncologie est réputée être l'une des spécialités les plus touchées par le stress professionnel. Dans ce contexte, notre travail avait pour objectif de comparer le niveau des troubles anxio-dépressifs chez les médecins exerçant à l'Institut Salah Azaiez de Tunis par rapport à

une population témoin de médecins qui ne prennent pas en charge la pathologie cancéreuse, tout en comparant les facteurs stressants vécus par les deux groupes. Nous avons mené une étude étiologique et transversale auprès de 53 participants exerçant à l'ISA qui ont été comparés à 91 médecins exerçant dans les deux plus grandes structures hospitalo-universitaire de Tunis (l'Hôpital La Rabta et l'hôpital Charles Nicolle), appariés selon l'âge et le genre.

Notre travail a montré que les scores moyens des troubles anxieux étaient significativement plus élevés chez les médecins de l'ISA en comparaison avec des deux autres hôpitaux ($p=0.025$). Cependant, on n'a pas objectivé de différence significative entre les deux groupes pour les troubles dépressifs. Les médecins de l'ISA ont rapporté des facteurs qui augmentaient leur stress au quotidien, en particuliers : l'exposition à des tumeurs déformant l'image corporelle, une exposition plus élevée à la souffrance des proches, un manque de ressources humaines, des locaux inadaptés et une surcharge de travail.

L'évaluation des risques psychosociaux dans le monde du travail et plus particulièrement du stress est au cœur des préoccupations actuelles (5). Des études de la littérature menées auprès de médecins de différentes spécialités et dans plusieurs pays, ont montré des taux de symptômes dépressifs variant de 8,8 à 28,1% chez les médecins (6-9). Nous relatons une des plus grandes études menée par une équipe chinoise (10), colligeant 2641 médecins et qui a objectivé des troubles anxieux chez 25,6% des cas. Dans notre étude, cette symptomatologie anxieuse était plus présente dans les deux groupes. Elle était de 47,2 % chez les médecins exerçant à l'ISA et de 37,5 % chez les médecins travaillant que dans les deux autres hôpitaux avec une différence statistiquement significative ($p=0.025$).

Actuellement, on considère que les oncologues qui sont amenés à prendre en charge la souffrance physique et psychique des patients atteints de cancer, sont exposés à un risque accru de souffrance sur le plan émotionnel. Une méta-analyse récente a montré que 32 % des oncologues avaient des niveaux élevés d'épuisement professionnel à l'origine des troubles dépressifs (11). Dans une autre étude de Paiva et al, près de 60 % des médecins oncologues avaient un épuisement professionnel (12). Dans la même étude, les résultats avaient montré que 27% des oncologues avaient des comorbidités psychiatriques et au moins 12 % avaient une dépression. Ces troubles dépressifs étaient objectivés dans notre travail chez 17% des médecins de l'ISA et 11% des autres médecins sans différence statistiquement significative. En effet, le mal-être des médecins est la résultante des facteurs communs de stress en médecine tels que : le manque de ressources humaines, l'état de locaux inadaptés, le rythme de travail, les facteurs contextuels, la surcharge de travail... Bien que ces facteurs étaient relatés dans les deux groupes, ils étaient plus présents chez les médecins prenant en charge le patient cancéreux avec une DSS. Cet état de mal-être est aussi favorisée par d'autres facteurs émotionnels particuliers à cette spécialité, à savoir : la confrontation quotidienne à la mort, l'exposition à des tumeurs déformant l'image corporelle, les deuils répétés, la confrontation à la souffrance des patients et des proches et l'impasse thérapeutique. Ces facteurs étaient parmi les facteurs stressants les plus incriminés dans notre étude et d'une manière plus significative dans le groupe ISA.

Dans une revue systématique de la littérature (11), le décès des patients, l'annonce des mauvaises nouvelles aux patients atteints de cancer ou à leurs proches étaient les facteurs déterminants de la survenue de troubles psychologiques chez les oncologues.

Dans l'étude de Mordant, des niveaux élevés de dépression

étaient particulièrement observés chez les oncologues débutants, avec des chiffres pouvant atteindre les 51% chez les résidents (13). Cette même étude a rapporté que parmi 125 chirurgiens oncologues un trouble du sommeil était noté dans 44% des cas (13). Dans une autre étude, parmi 112 jeunes radio-oncologues 17% se plaignaient d'avoir souvent des troubles du sommeil (14). Dans notre travail, il n'y avait pas de différence selon le grade des médecins.

L'analyse univariée a mis en évidence aussi une plus grande consommation d'alcool chez le groupe ISA (26,2% vs 9,7%) avec une DSS. La méta-analyse de Medisaukaite et al, avait noté une consommation abusive d'alcool dans 30% des cas (11). Pedersen et son équipe ont conclu à une corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation et la consommation d'alcool (15). L'étude d'Unrath, a également montré que les médecins vivant des expériences de stress au travail, liées à un sur-engagement, sont plus à risque à une consommation d'alcool (16).

À la dernière question relative à l'impact de la profession sur la qualité de vie, 58,5% des médecins de l'ISA ont répondu positivement avec des nuances élevées à très élevées contre 45% des médecins des autres hôpitaux avec une DSS . Cela peut expliquer le taux plus élevé des troubles anxieux objectivés chez ce groupe des médecins qui prennent en charge le patient cancéreux et les facteurs stressants associés.

Dans la dernière partie du questionnaire, nous avons proposé des stratégies afin d'améliorer le quotidien de nos médecins et éviter les TAD. Les stratégies de prévention les plus préconisées étaient dans l'ordre : La réorganisation du travail, l'activité physique, plus de congés et les activités artistiques. Dans un travail réalisé en 1990 auprès de 1000 oncologues américains (17), les démarches préventives qui ont été suggérées étaient : avoir plus de jours de vacances, voyager davantage, participer à des congrès, recevoir moins de patients à la consultation, avoir plus de temps pour des activités personnelles, participer à des études cliniques multidisciplinaires, et être plus impliqué dans l'élaboration de la politique institutionnelle en matière de soins de santé. Les stratégies les plus fructueuses pour éviter l'épuisement professionnel et le stress négatif peuvent être la promotion de la satisfaction personnelle et professionnelle, intégrer une philosophie de la vie positive en définissant des priorités et en se concentrant sur les choses les plus importantes (18).

Notre étude est l'une des rares études menées sur l'identification des TAD et notamment des médecins confrontés à la pathologie cancéreuse. Cela a permis à ces médecins « toutes spécialités confondues » une prise de conscience sur l'impact de leur travail sur leur vie et qu'ils ne sont pas à l'abri de développer des TAD en rapport avec ce travail qui occupe une place prépondérante dans leur quotidien. De plus, nous avons pu sensibiliser ces professionnels à la prévention de ces troubles en proposant différentes stratégies.

Quant aux limites de cette étude, on peut citer la possibilité d'un biais de déclaration. Étant donné qu'un questionnaire auto-administré a été utilisé, les réponses rapportées pourraient présenter un certain degré de non-conformité avec la réalité en raison de la méfiance ou de la réticence. D'autres limites peuvent être incriminées liées aux contraintes rencontrées telles que : le manque de disponibilité des médecins en raison de leur charge de travail, la durée de l'étude, le faible effectif des médecins non oncologues appariés selon l'âge et le genre,...

CONCLUSION

Il ressort de ce travail que les médecins confrontés d'une manière quotidienne à la pathologie cancéreuse présentaient davantage des troubles anxieux par rapport aux autres médecins, sans pour autant manifester plus de troubles dépressifs. Cette enquête devrait s'élargir à un plus grand effectif de médecins oncologues du pays pour une meilleure prise de conscience de ce fléau de santé souvent négligé. Aussi, une meilleure coopération entre collègues, l'amélioration de l'état des locaux, l'enrichissement des ressources humaines et une meilleure organisation de travail semblent nécessaires afin d'améliorer le quotidien des médecins surexposés à des pathologies contraignantes. En plus une prévention de ces troubles doit être mise en place en proposant différentes stratégies réalistes et réalisables.

Remerciements: Nous remercions tous les médecins qui ont pris le temps de répondre au questionnaire

Liste des abréviations:

- **DSS:** différence statistiquement significative
- **HAD:** Hospital Anxiety and Depression Scale
- **HCN:** Hôpital Charles Nicolle
- **ISA:** Institut Salah Azaiez
- **TAD:** troubles anxiodépressifs

RÉFÉRENCES

1. Girgis A, Lambert SD, Mc Elduff P, et al. Some things change, some things stay the same: a longitudinal analysis of cancer caregivers' unmet supportive care needs. *Psychooncology*. 2013;22:1557-1564.
2. Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fossa SD. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol*. 2005;16:1185-119.
3. Machavoine J-L. L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en cancérologie. Approche psychodynamique et institutionnelle. *Psycho-Oncol*. 2015;9:9-13.
4. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine.
5. Lesage F-X, Berjot S, Amoura C, Deschamps F, Gebrot E. Mesure du stress en milieu de travail par autoquestionnaires validés en français: revue de la littérature. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2012;73(4):596-606.
6. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med*. 1994;12:559-65.
7. Schwenk TL, Gorenflo DW, Leja LM. A survey on the impact of being depressed on the professional status and mental health care of physicians. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:617-20.
8. Vaglum P, Falkum E. Self-criticism, dependency and depressive symptoms in a nationwide sample of Norwegian physicians. *J Affect Disord*. 1999;52:153-9.
9. Wada K, Yoshikawa T, Goto T et al. Association of depression and suicidal ideation with unreasonable patient demands and complaints among Japanese physicians: a national cross-sectional survey. *Int J Behav Med*. 2011;18:384-90.
10. Gong Y, Han T, Chen W et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. Harper DM, editor. *PLoS One*. 2014;9:e103242.
11. Medisaukaite A, Kamau C. Prevalence of oncologists in distress: systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2017;26 (11) :1732-1740.
12. Paiva1 CE, Martins BP, Paiva1 BS. Doctor, are you healthy? A cross-sectional investigation of oncologist burnout, depression, and anxiety and an investigation of their associated factors. *BMC Cancer*. 2018;18:1044.
13. Mordant P, Deneuve S, Rivera C, et al. Quality of life of surgical oncology residents and fellows across Europe. *J Surg Educ*. 2014;71(2):222-8.
14. Ciammella P, De Bari B, Fiorentino A, et al. The «BUONGIORNO» Project: Burnout syndrome among young Italian

radiation oncologists. *Cancer Invest.* 2013;31(8):522

15. Pedersen AF, Sørensen JK, Bruun NH, et al. Risky alcohol use in Danish physicians: associated with alexithymia and burnout? *Drug Alcohol Dependence.* 2016;160:119-26.
16. Unrath M, Zeeb H, Letzel S, et al. Identification of possible risk factors for alcohol use disorders among general practitioners in Rhineland-Palatinate, Germany. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:1-9
17. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol.* 1991 Oct;9(10):1916-20.
18. Shanafelt T, Dyrbye L. Oncologist burnout: causes, consequences, and responses. *J Clin Oncol.* 2012 Apr 10;30(11):1235-41.