

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES CHEZ DES BÉNÉFICIAIRES DU SERVICE SOCIAL DU CHU KARA (TOGO)

Akouvi Enyonam NOKU

Université Abomey Calavi, Bénin

chantnok@gmail.com

&

Zinsou Selom DEGBOE

Université de Lomé, Togo

segdez@gmail.com

&

Paboussoum PARI

Université de Lomé, Togo

paripab@gmail.com

Résumé : La détresse psychologique se définit comme étant un ensemble de symptômes psychophysiologiques et comportementaux qui se distribuent sur un continuum de temps (Vinet et al., 1986 ; Vézina et al., 1992). Cette souffrance psychique peut dépendre de l'âge, de la situation matrimoniale, du sexe, de la profession, etc. Elle est une phase pré-pathologique. L'objectif de cette étude est d'estimer l'indice de relation entre les facteurs sociodémographiques comme l'âge, et la détresse psychologique chez les accompagnateurs des malades du CHU-Kara au Togo.

Il s'est agi d'une étude prospective qui a utilisé la méthode ad hoc, en milieu hospitalier pour recruter les participants de l'étude.

A part, le calcul des fréquences et des pourcentages, la corrélation bivariée a été mesurée à l'aide de tests statistiques simples, comme le coefficient r de Bravais-Pearson avec p -value $< 0,05$ pour déterminer les relations entre les données sociodémographiques et la détresse psychologique, et le V de Cramer pour préciser l'intensité de cette relation.

Les résultats indiquent que seuls l'âge et la situation matrimoniale sont significativement corrélés avec la détresse psychologique.

Mots clés : accompagnateurs, bénéficiaires, détresse psychologique et social

Abstract : Psychological distress is defined as a set of psychophysiological and behavioral symptoms that are distributed over a continuum of time (Vinet et al., 1986; Vézina et al., 1992). This psychological suffering can depend on age, marital status, sex, profession, etc.

And psychological distress refers to a pre-pathological phase. The objective of this study is to estimate the relation index between socio-demographic factors and psychological distress among persons accompanying patients at the CHU-Kara, in Togo.

In addition to frequency and percentage calculations, the bivariate correlation was measured using simple statistical tests, such as the Bravais-Pearson r coefficient with p -value < 0.05 to determine the relationships between sociodemographic data and psychological distress, and the V of Cramer to specify the intensity of this relationship. It is a prospective study that used the ad hoc method, in a hospital setting, to recruit participants of the study.

Results indicate that only age and marital status are significantly correlated with psychological distress.

Keywords: accompanying persons, beneficiaries psychological distress and social

Introduction

A partir du 20^e siècle, l'évolution des techniques médicales ayant permis d'améliorer la qualité des soins a contribué à instaurer la confiance entre la population et les structures sanitaires conventionnelles (Karim, 2013). Dès lors un nombre de plus en plus important fréquente les structures sanitaires. Parmi cette fréquentation se distinguent les patients nantis et des patients indigents. Dans la perspective d'offrir les soins de santé à sa population, tout pays met en place un système d'assistance. Au Togo, ce système d'assistance est assuré par le service social créé le 10 juin 1970 par décret présidentiel dans les grandes structures sanitaires pour offrir les prestations d'assistance sociale aux patients indigents.

Ce mécanisme mis en place vise à garantir la bonne santé à tout citoyen, puisque la santé fait partie des droits universels d'une personne. Mais le constat est que certains vont à l'hôpital et retournent sans soins, car ils n'ont pas de moyens financiers pour couvrir leur prise en charge. Il arrive parfois que le patient paie les frais de consultation, mais ne puisse pas acheter les médicaments, ni faire des bilans paracliniques. C'est dans ce cadre qu'un médecin-économiste, philosophe anglais, Sir Edwin disait que dans les pays en voie de développement les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils s'appauvrissent davantage parce qu'ils sont malades et voient leur état de mal empirer du fait de la misère accrue (Ndiayb, 1988). Ce même constat a été relevé par Tindjo (2019) dans sa thèse de doctorat relative à la vulnérabilité des ménages et efficacité des prestations de services offerts par le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion de la Femme et de l'Alphabétisation (MASPFA) du Togo.

Pour lui, depuis la Déclaration du Millénaire en 2000, le Togo s'est engagé à faciliter et à garantir l'accès des populations aux services d'accès aux soins à travers des dispositifs comme une ligne budgétaire pour les évacuations sanitaires pour tous les agents de l'État (difficilement accessible) ; la prise en charge des risques professionnels par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les travailleurs du secteur privé, et la Direction Nationale des Assurances au Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) ; l'assurance maladie obligatoire pour les agents publics et assimilés, gérée par l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) depuis mai 2011 ; des mutuelles de santé communautaires ; des sociétés d'assurance maladie privées. Malgré cela, il ressort que la plupart des services publics reconnus comme vecteurs de

développement et de lutte contre la vulnérabilité et la pauvreté peinent à réaliser cet idéal. Le ministère chargé de l'action sociale, qui est censé mettre en œuvre la politique de l'Etat en matière de protection sociale, est aussi confronté à ce problème de réduction des vulnérabilités des ménages en dépit des différentes prestations sociales (Tindjo, 2019).

L'accès aux soins de santé est l'un des défis les plus urgents pour la protection sociale en Afrique. Beaucoup de gens sont confrontés à des difficultés d'accès aux services de santé en raison de contraintes financières. Payer pour les médicaments et les soins de santé, peut contraindre les familles à rester pauvres pendant des années (Rapport sur la protection sociale en Afrique, 2013).

L'accessibilité aux services sociaux de base notamment aux soins de santé étant faible en Afrique subsaharienne en général et en particulier en zone rurale, la situation des indigents reste encore plus préoccupante. Ainsi, de nombreuses politiques de santé tentent d'y remédier, mais elles ne prennent pas en compte les critères d'identification et les modalités d'éligibilité afin de garantir l'accès aux soins à ceux qui en ont le plus besoin. Les agents sociaux ne se fient pas uniquement au statut des personnes qui se présentent à l'hôpital. La décision de prendre en charge est aussi influencée par le circuit des malades, soit par les portes d'entrée ou par référencement de la part du personnel soignant de l'hôpital ou par une autre structure de l'action sociale.

Dans le secteur de la santé, l'indigence se manifeste par l'incapacité durable de payer le minimum des frais médicaux. Étant donné la particularité de ce secteur, certains auteurs ont élargi la notion de l'indigence à l'exclusion (des soins). Celle-ci regroupe des situations variées et concerne l'ensemble des personnes qui éprouvent des difficultés de paiement des soins pour diverses raisons (absence de moyens financiers au moment de la maladie, irrégularité des revenus dans l'année, etc.) Ces raisons affectent aussi bien les indigents que celles qui ne le sont pas, et les excluent par conséquent du système de santé, soit de façon temporaire, soit de façon permanente.

Cette situation rejoint à cet effet, les résultats du QUIBB de 2015 au Togo où les raisons de consultation « trop chère/manque d'argent » (23%) et « non nécessité de faire des consultations » (6,4 %) sont les deux principales autres causes de la non-utilisation des services de santé.

Abondant dans ce sens, Tindjo (2019) a montré dans sa recherche également que le revenu faible dont disposaient les indigents leur limite dans l'accès aux soins de santé publique. Cette recherche a relevé que seuls 8,13 % des ménages vulnérables bénéficiaires des prestations de services sociales offerts par le Ministère de l'Action Sociale, de Promotion de la Femme et de l'Alphabétisation (MASPFA) utilisent leurs revenus pour les soins dans les établissements sanitaires publics, alors que 30,31 % pour recourir aux soins de santé traditionnelle.

Au Togo, la situation générale au plan économique reste encore fragile, par exemple le revenu par tête d'habitant était de 410 \$ US en 2008 contre 818 \$ US en moyenne pour les pays de l'Afrique subsaharienne (Bara *et al.*, 2009). En approfondissant leur analyse, ils ont démontré que le contexte social est marqué par une progression de la pauvreté de la population togolaise avec un taux de pauvreté passant de 32% à la fin des années 1980 à 61,70% en 2006.

En lien entre pauvreté et santé au Togo, les résultats du MICS4 de 2010 montrent une corrélation forte entre, d'une part la pauvreté, et d'autre part, la prévalence des principales causes de morbidité et de mortalité maternelle et infantile. En effet, la proportion de cas de fièvre, de pneumonie présumée, de diarrhée, et la prévalence de la malnutrition sont en général plus élevées chez les enfants de moins de 5 ans vivant dans les ménages les plus pauvres et plus particulièrement dans la région des savanes où l'incidence de la pauvreté était plus élevée selon l'enquête QUIBB de 2006.

A ces inégalités géographiques et économiques s'ajoutent des disparités sociales. Une mère ayant finalisé l'enseignement primaire et entrepris le niveau secondaire a presque deux fois moins de chance d'avoir un enfant qui meurt avant l'âge de cinq ans qu'une mère n'ayant bénéficié d'aucune scolarisation (MICS4).

Malgré le mécanisme de solidarité étatique mise en place à savoir une ligne budgétaire pour les évacuations sanitaires pour tous les agents de l'État (difficilement accessible), la prise en charge des risques professionnels par la CNSS (secteur privé) et la Direction Nationale des Assurances (MEF); l'assurance maladie obligatoire pour les agents publics et assimilés, gérée par l'Institut National Assurance Maladie (INAM) depuis mai 2011, des mutuelles de santé communautaires; des sociétés d'assurance maladie privées; la prise en charge des indigents est très complexe et demeure une réalité quotidienne des structures publiques du Togo.

Le CHU Kara qui est l'un des centres hospitaliers de référence nationale dans la pyramide sanitaire du Togo connaît aussi des difficultés en raison de sa situation géographique c'est-à-dire se situant dans la zone septentrionale où la pauvreté est beaucoup plus accrue comme pour tout pays subsaharien que vers le sud où les capitales se situent.

C'est ainsi que les patients ou les accompagnateurs dans une situation de précarité sollicitent directement le service social ou sont orientés par le personnel soignant. Le service social de l'hôpital a pour mission de veiller au bon déroulement du séjour hospitalier des malades issus des couches défavorisées, par la prise en charge de leurs problèmes médicaux ou psychosociaux.

Dans leur pratique du soutien social pour prévenir la maladie mentale chez les bénéficiaires des prestations du service social Caron et Guay (2007) et Wills et Shinar (2000), force est de constater que parmi eux, certains sont en détresse psychologique, définit comme étant un ensemble de symptômes psychophysiologiques et comportementaux qui se distribuent sur un continuum de temps (Vinet *et al.*, 1986 ; Vézina *et al.*, 1992). La détresse psychologique conduit à des troubles mentaux tels que l'anxiété et la dépression. (Marchand, 2004).

Plusieurs facteurs explicatifs de la détresse psychologique ont été étudiés, et peu de recherche voire aucune n'a porté sur les accompagnateurs des malades au Togo. Mais nombre de facteurs sociodémographiques peuvent contribuer à la compréhension de la problématique soulevée. Plus précisément, le fait d'être une femme est associé à une détresse psychologique sévère (Marchand *et al.*, 2003, 2004, 2005 a, 2006a ; McDonough, 2000 ; Pomaki *et al.* 2004). Par contre, l'âge, le statut marital, le niveau d'études sont associé à un plus bas niveau de détresse psychologique (Bourbonnais *et al.*, 2005 ; Marchand *et al.*, 2003, 2004, 2005 a, 2006a ; McDonough, 2000 ; Shimazu *et al.*, 2008 ; Vermulen et Mustard, 2000).

L'objectif de cette étude est d'estimer l'indice de relation entre les facteurs sociodémographiques et la détresse psychologique chez les accompagnateurs des malades du CHU Kara au Togo.

1. Méthodes et outils

1.1. Méthodes

La méthode "*ad hoc*" encore dite la méthode de « tout venant » est utilisée pour recruter les participants. Le recrutement de la majorité des participants s'est fait sur consentement verbal après avoir pris connaissance des objectifs de l'étude. Les entrevues se sont déroulées en milieu hospitalier, c'est-à-dire au service social du CHU Kara et a couvert la période d'octobre 2020 à avril 2021, au moment où les participants accompagnent leur malade pris en charge (hospitalisation ou en ambulatoire) dans le centre. Chaque entrevue dure entre 30 à 45 minutes selon la particularité de chaque cas.

Pour faire partir de l'échantillon d'étude, les participants de l'étude doivent : être âgé de de 18 ans et plus ; avoir au moins un malade ayant consulté ou hospitalisé au CHU Kara, ayant été déclaré éligible à l'assistance sociale par le service.

Les méthodes quantitatives ont été utilisées comme méthode d'analyse. Pour G. Djassoa :

Les méthodes quantitatives d'analyse des données sont celles qui procèdent d'abord par la décomposition de l'ensemble des informations numériques en ses différentes parties, puis par des calculs aboutissant à des faits chiffrés. Ces méthodes se résument à la méthode mathématique et surtout à son application aux phénomènes aléatoires qu'est la statistique (G. Djassoa, 2016, p. 138).

Pour ce faire, les données recueillies ont été dépouillées, codifiées, et enregistrées à l'aide du logiciel traitement statistique Epi Data New 3.1. Ensuite, les données saisies ont été exportées dans le logiciel de traitement statistique qui est SPSS dans sa version.21 pour exploitation. A part, le calcul des fréquences et des pourcentages, la corrélations bivariée a été mesurée à l'aide de tests statistiques simples, comme le coefficient r de Bravais-Pearson avec p -value < 0.05 pour déterminer les relations entre les données sociodémographiques et la détresse psychologique, et le V de cramer pour préciser l'intensité de cette relation.

1.2. Outils

Pour collecter les données un questionnaire a été élaboré comportant l'échelle de détresse psychologique K10 de Kessler et *al.* (2005). Il s'agit d'une échelle de type Likert à cinq (5) points : « Toujours » à « Jamais » avec dix items. La consistance interne de l'échelle est excellente ($\alpha = 0,93$), son niveau de sensibilité est égal à 0,60 et son

niveau de spécificité est de 0,92. Cette échelle est fiable pour mesurer la variable détresse psychologique chez les participants de cette étude. Il s'agit d'un outil standardisé à but diagnostique.

Tableau I : Statistiques descriptives de l'échelle de K-10 (Kessler et al, 2015)

| Détresse psychologique | <i>n</i> | Min. | Max- | Moyenne | Ecart-type |
|--|----------|------|------|---------|------------|
| Vous êtes-vous senti épuisé sans raison véritable. | 161 | 1 | 5 | 2,93 | 1,306 |
| Vous êtes-vous senti nerveux. | 161 | 1 | 5 | 2,70 | 1,011 |
| Vous êtes-vous senti nerveux que rien ne pouvait vous calmer. | 161 | 1 | 5 | 2,16 | 1,116 |
| Êtes-vous senti désespéré. | 161 | 1 | 5 | 2,58 | 1,176 |
| Êtes-vous senti agité. | 161 | 1 | 5 | 2,71 | 1,268 |
| Vous êtes-vous agité que vous ne pouviez pas rester assis sans bouger. | 161 | 1 | 5 | 2,12 | 1,264 |
| Triste ou déprimé. | 161 | 1 | 5 | 3,26 | 1,154 |
| Si déprimé que plus rien ne pouvait vous faire sourire. | 161 | 1 | 5 | 2,93 | 1,325 |
| Comme si tout était un effort. | 161 | 1 | 5 | 3,51 | 1,323 |
| Bon à rien ou inutile. | 161 | 1 | 5 | 2,89 | 1,258 |
| N valide (listwise) | 161 | | | | |

Sur 10 items qui composent l'échelle de détresse psychologique de (K-10) seulement deux (items 3 et 5) ont une moyenne interne inférieure à 2,5 qui est la moyenne interne théorique.

2. Résultats

2.1. Données sociodémographiques

L'échantillon de l'étude est composé de $n = 92$ (57,10%) d'hommes et $n = 69$ (42,90%) de femmes, avec un sexe ratio femme sur homme = 0,75. La tranche d'âge la plus représentative, $n = 52$ (32,30%) est celle de [40 ans et plus [suivi de la classe [36-

40 ans [$n = 42$ (26,10%) et la classe la moins représentée est celle [21-25 ans [soit $n = 16$ (9,90%). La majorité des participants de l'étude ont le niveau d'études secondaire soit $n = 78$ (48,40%) contre les non scolarisés avec $n = 5$ (3,10%) de l'échantillon. La carte de la pratique religieuse des enquêtés dévoile que $n = 96$ (59,60%) sont des chrétiens et majoritaires, $n = 47$ (29,20%) sont des musulmans, $n = 5$ (5%) sont des animistes et minoritaires, et $n = 10$ (6,20%) sont des athées. La proportion des marié(e)s dans l'échantillon est majoritaire avec $n = 119$ (73,90%), célibataires $n = 30$ (18,60%) ; veuf (ves) $n = 5$ (3,10%). Parmi les répondants de l'étude la majorité sont professionnels actifs soit $n = 109$ (66,70%) même s'ils vivent dans la précarité contre la minorité d'entre eux soit $n = 52$ (31,30%) qui sont professionnellement inactifs c'est-à-dire qui n'ont pas d'emploi.

2.2. *Détresse psychologique*

Tableau II : Répartition de l'échantillon selon la détresse psychologique

| Détresse psychologique | Effectifs (<i>n</i>) | Pourcentage (%) |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Absence | 14 | 8,70 |
| Légère | 31 | 19,30 |
| Modérée | 52 | 32,30 |
| Sévère | 64 | 39,70 |
| Total <i>n</i>(%) | 161 | 100,00 |

Les données portant sur la variable dépendante (la détresse psychologique) de l'étude et rapportées dans le tableau montrent que les participants sont dans leur majorité en détresse psychologique sévère $n = 64$ (39,70%), en détresse psychologique modérée soit $n = 52$ (32,30%), en détresse psychologique légère $n = 31$ (19,30%). La proportion des participants qui ne présentent de détresse psychologique est égale à 8,70%.

2.3. Facteurs sociodémographiques et détresse psychologique

2.3.1. Sexe et détresse psychologique

Tableau III : Corrélacion entre sexe et détresse psychologique

| Sexe | Détresse psychologique | | | | Total n(%) |
|-------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| | Absence n(%) | Légère n(%) | Modérée n(%) | Sévère n(%) | |
| Femme | 5 (3,10) | 9 (5,59) | 16 (9,95) | 39 (24,22) | 64 (39,75) |
| Masculin | 9 (5,59) | 22 (13,66) | 36 (22,36) | 25 (15,53) | 92 (57,14) |
| Total n(%) | 14 (8,70) | 31 (19,25) | 52 (32,30) | 64 (39,75) | 161 (100,0) |

$r = 0,23 \quad V = 0,30 \quad p = 0,003 < 0,05 \text{ (DS)}$

La détresse psychologique est positivement corrélée au sexe avec $r = 0,23$ et $p = 0,003$. Autrement plus on comptera de femmes dans la file active des bénéficiaires du service social de Kara, plus les cas de détresse psychologique sévère seront nombreux. L'intensité de cette relation est moyenne avec $V = 0,30$.

2.3.2. Age et détresse psychologique

Tableau IV : Corrélacion entre âge et détresse psychologique

| Age | Détresse psychologique | | | | Total n(%) |
|-------|------------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------|
| | Absence n(%) | Légère n(%) | Modéré e n(%) | Sévère n(%) | |
| 21-25 | 0 (00) | 3 (1,86) | 8 (4,97) | 5 (3,11) | 16 (9,95) |
| 26-30 | 1 (0,62) | 8 (4,97) | 6 (3,73) | 12 (7,45) | 27 (16,77) |
| 31-35 | 4 (2,48) | 5 (3,11) | 7 (4,34) | 8 (4,97) | 24 (14,91) |

| | | | | | |
|------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 36-40 | 6 (3,73) | 5 (3,11) | 18 (11,18) | 13 (8,07) | 42 (26,09) |
| 40 et + | 3 (1,86) | 10 (6,21) | 13 (8,07) | 26 (16,15) | 52 (32,30) |
| Total (%) | 14 (8,70) | 31 (19,25) | 52 (32,30) | 64 (39,75) | 161 (100,0) |

$r = 0,04 \quad V = 0,18 \quad p = 0,02 < 0,05 (DS)$

La valeur $r = 0,04$ avec $p = 0,02 < 0,05$ indique que la relation entre la détresse psychologique et l'âge est significativement positive existe et est positive. Cette relation est d'intensité faible avec $V = 0,15$. Ainsi, plus l'âge est avancé plus les accompagnateurs des patients (bénéficiaires) souffriront d'une détresse psychologique sévère.

2.3.3. Niveau d'études et détresse psychologique

Tableau V : Corrélacion entre âge et détresse psychologique

| | Détresse psychologique | | | | Total <i>n</i> (%) |
|--------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|
| | Absence <i>n</i> (%) | Légère <i>n</i> (%) | Modérée <i>n</i> (%) | Sévère <i>n</i> (%) | |
| Non scolarisé | 1 (0,62) | 2 (1,24) | 2 (1,24) | 0 (00) | 5 (3,11) |
| Primaire | 3 (1,86) | 3 (1,86) | 14 (8,70) | 17 (10,56) | 37 (22,98) |
| Secondaire | 5 (3,10) | 14 (8,70) | 25 (15,53) | 34 (21,13) | 78 (48,45) |
| Supérieur | 5 (3,10) | 12 (7,45) | 11 (6,83) | 13 (8,07) | 41 (25,46) |
| Total <i>n</i>(%) | 14 (8,70) | 31 (19,25) | 52 (32,30) | 64 (39,75) | 161 (100,0) |

$r = 0,66 ; V = 0,205 \quad p = 0,36 > 0,05 (DNS)$

A l'analyse des données de ce tableau ($r = 0,66$; surtout avec $p = 0,36 > 0,05$), il n'existe pas de relation entre la détresse psychologique et le niveau d'étude des participants de notre étude.

2.3.4. Statut socioprofessionnelle et détresse psychologique

Tableau VI : Corrélacion entre statut socioprofessionnelle et détresse psychologique

| Statut socioprofessionnelle | Détresse psychologique | | | | Total n(%) |
|-----------------------------|------------------------|----------------|---------------------|----------------|----------------|
| | Absence n(%) | Légère n(%) | Modéré e n(%) | Sévère n(%) | |
| Travailleur actif | 7 (4,35) | 22 (13,66) | 38 (23,60) | 42 (26,09) | 109 (67,70) |
| Travailleur inactif | 7 (4,35) | 9 (5,59) | 14 (8,70) | 22 (13,66) | 52 (32,30) |
| Total n(%) | 14 (8,70) | 31 (19,25) | 52 (32,30) | 64 (39,75) | 161 (100,0) |

$r = - 0,04$ $V = 0,14$ $p = 0,65 > 0,05$ (DNS)

A la lecture de $r = - 0,04$ surtout avec $p = 0,65 > 0,05$, la relation entre la détresse psychologique et statut psychologique n'existe pas.

2.3.5. Religion et détresse psychologique

Tableau VII : Corrélacion entre religion et détresse psychologique

| Religion | Détresse psychologique | | | | Total n(%) |
|---------------|------------------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|
| | Absence n(%) | Légère n(%) | Modérée n(%) | Sévère n(%) | |
| Christianisme | 6 (3,73) | 19 (11,80) | 26 (16,15) | 45 (27,95) | 96 (59,63) |
| Islam | 8 (4,97) | 9 (5,59) | 16 (9,94) | 14 (8,70) | 47 (29,19) |
| Animisme | 0 | 0 | 5 | 3 | 8 |

| | | | | | |
|---|--------|---------|---------|---------|---------|
| | (00) | (00) | (3,11) | (1,86) | (4,97) |
| Athée | 0 | 3 | 5 | 2 | 10 |
| | (00) | (1,86) | (3,11) | (1,24) | (6,21) |
| Total n(%) | 14 | 31 | 52 | 64 | 161 |
| | (8,70) | (19,25) | (32,30) | (39,75) | (100,0) |
| $r = - 0,08 \quad V = 0,10 \quad p = 0,30 > 0,05 \text{ (DNS)}$ | | | | | |

Les données de ce tableau montrent $r = - 0,08$, surtout avec $p = 0,30 > 0,05$ montrent que la relation entre la détresse psychologique et la religion n'existe pas. A partir de ces données, nous disons que la religion est une stratégie de coping qu'utilisent les enquêtés pour gérer leur souffrance psychologique.

2.3.6. Situation matrimoniale et détresse psychologique

Tableau VIII : Corrélacion entre situation matrimoniale et détresse psychologique

| Situation matrimoniale | Détresse psychologique | | | | Total n(%) |
|--|------------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|
| | Absence n(%) | Légère n(%) | Modérée n(%) | Sévère n(%) | |
| Célibataire | 6 (3,73) | 5 (3,11) | 10 (6,21) | 9 (5,59) | 30 18,63 |
| Marié | 5 (3,11) | 25 (15,53) | 40 (24,84) | 49 (30,43) | 119 (73,91) |
| Concubinage | 3 (1,86) | 0 (00) | 0 (00) | 0 (00) | 3 (1,86) |
| Divorcé | 0 (00) | 0 (00) | 2 (1,24) | 2 (1,24) | 4 (2,48) |
| Veuf | 0 (00) | 1 (0,62) | 0 (00) | 4 (2,48) | 5 (3,10) |
| Total n(%) | 14 (8,70) | 31 (19,25) | 52 (32,30) | 64 (39,75) | 161 (100,0) |
| $r = 0,13 \quad V = 0,31 \quad p = 0,00 < 0,05 \text{ (DS)}$ | | | | | |

La détresse psychologique est positivement corrélée avec la situation matrimoniale des participants de l'étude en se basant sur les données ($r = 0,13 ; p = 0,00$), et qui indique que plus les bénéficiaires seront des mariés plus ils seront en détresse psychologique sévère.

3. Discussion

Les résultats supportent partiellement l'hypothèse de cette étude selon laquelle les variables sociodémographiques jouent sur la détresse psychologique. Toutefois, ce sont la situation matrimoniale et l'âge qui sont positivement corrélés avec la détresse psychologique. Ce qui est le cas dans les études de (McDonough, 2000 ; Vermulen et Mustard, 2000 ; Marchand et al., 2003, 2004, 2005 a, 2006a ; Bourbonnais et al., 2005 ; Shimazu *et al.*, 2008).

Par contre, les données de cette étude ne corroborent pas celles de Marchand et al., 2003, 2004, 2005 a, 2006a ; McDonough, 2000 ; Pomaki *et al.* 2004, qui ont conclu à un lien entre le sexe et la détresse psychologique.

Cette étude présente certes des limites qui concernent l'échantillonnage qui a peut-être laissé filer certains sujets qui pourraient plus enrichir nos données. Les variables sociodémographiques sont peut-être réduites.

Conclusion

Beaucoup de personnes présentent une détresse psychologique en fonction des situations difficiles qu'elles traversent soit qu'elles soient touchées directement ou indirectement. Pour cette étude qui a porté sur les accompagnateurs des malades soignés dans un centre hospitalier universitaire d'une seconde ville du Togo, il conviendrait de prendre en compte les variables sociodémographiques dans le traitement des demandes dans le service social dudit centre et de proposer une aide psychologique à ceux d'entre eux qui en voudraient bien.

Il serait important d'étudier la relation entre la détresse psychologique et d'autres facteurs comme les traits de personnalité (voire un trouble de personnalité comme facteur précipitant), l'antécédent psychopathologique, voire psychiatrique, les conduites addictives aux substances psychoactives ou comportementales, le lien de parenté entre le patient et son accompagnateur, la maladie dont souffre le patient ou son pronostic vital pour mieux approfondir ce problème de santé mentale afin d'offrir une aide de qualité aux malades et à leur famille.

Références bibliographiques

- BARA A. C. & ARBER S. 2009. « Working shifts and mental health—findings from the British House hold Panel Survey (1995-2005) ». *Scandinavian journal of work, environment & health*, pp.361-367.
- BOURBONNAIS R., MALENFANT R., VEZINA M., JAUVIN N. & BRISSON I. 2005. « Les caractéristiques du travail et la santé des agents en services de détention ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n°53, vol 2, 127-142.
- CARON J. 2012. « Predictors of Quality of Life in poor population of Montreal ». *Social Indicators Research*, n°107, pp.411-427. Doi : 10.1007/s11205-011-9855-0.
- DJASSOA G.C. 2016. « *Méthodologie de la recherche scientifique en psychologie* ». Le Harmattan, Burkina-Faso. Doi : 10.3109/16066359.2010.493979
- KARIM C 2013 : « La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale : l'exemple du système tunisien d'assurance maladie » Thèse de doctorat ; Soutenue à Rennes le 18 mars 2013 ; Université de Tunis El Manar et Université Rennes 1 ; publication en ligne le 29 septembre 2013 ; p.464
- KESSLER R. C., BARKER, P. R., COLPE, L. J., EPSTEIN, J. F., GFROERER, J. C., HIRIPI, E., HOWES, M. J., NORMAND, S.-L. T., MANDERSHIELD, R. W., WALTERS, E. E. & Zalasky, A. M. 2005. « Screening for serious mental illness in the general population ». *Arch Gen Psychiatry*, n°60, pp.184-189
- MARCHAND, A. 2004. « Travail et santé mentale : une perspective multi-niveau des déterminants de la détresse psychologique ». Thèse de Doctorat, Montréal.
- MARCHAND, A., DEMERS, A., DURAND, P. & SIMARD, M. 2003. « Occupational Variations in Drinking and Psychological Distress: A Multilevel Analysis ». *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, n°21, pp.153-163.
- MARCHAND, A. 2004. « Travail et santé mentale : une perspective multi-niveau des déterminants de la détresse psychologique ». *Thèse de Doctorat*, Montréal.
- MARCHAND, A., DEMERS, A., & DURAND, P. 2005a. « Does occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress

experiences among Canadian workers ». *Sociology of Health & Illness*, n°27, pp. 602-627.

MARCHAND, A., DEMERS, A. & DURAND, P. 2005b. «Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress». *Social Science & Medicine*, n°60, pp. 1-14.

MARCHAND, A., DEMERS, A. & DURAND, P. 2006a. «Social structures, agent personality and workers' mental health: a longitudinal analysis of the specific role of occupation and of workplace constraints-resources on psychological distress in the Canadian workforce». *Human Relations*, n°59, pp.875-901.

MARCHAND, A., DURAND, P. & DEMERS, A. 2006b. « Un modèle multiniveau des déterminants de la santé mentale dans la main-d'œuvre ». *Revue Canadienne de Santé Mentale*, n°25, pp. 11-30.

MCDONOUGH, P. 2000. «Job insecurity and health». *International Journal of Health Services*, n° 30, pp. 453-476.

NDIAYB N.M. 1998. « Evaluation du coût de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux à la clinique neurologique CHU de Fann-Dakar » Thèse de doctorat en médecine, n°4166/1998, Université Cheikh AntaDiop de Dakar, Dakar.

PARENT-LAMARCHE A. & MARCHAND A. 2003. « Une étude sur le rôle modérateur des traits de personnalité sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la détresse psychologique ». *PTO*, n°16, vol.1, 79-99.

POMAKI, G., MAES, S. & DOEST, L. 2004. Work Conditions and Employees' Self-Set Goals: Goal Processes Enhance Prediction of Psychological Distress and WellBeing. *Personality and Social Psychology Bulletin*, n° 30, pp. 685-694.

Politique Nationale de la Santé du Togo ; Loi d'orientation décennale ; p. 25

Programme de Recherche sur la pauvreté chronique en Afrique de l'ouest. (En ligne),
consulté le 12 février 2021 URL : www.iedafrique.org;

SAINCLAIR, F. & NAUD, J. 2005. « Soutien social et émergence du sentiment
d'efficacité parentale : une étude pilote de la contribution du programme
ÉcoFamille ». *Santé mentale au Québec*, n° 30, vol.2, pp.193-208

SHIMAZU, A., DE JONGE, J. & IRIMAJIRI, H. 2008. « Lagged Effects of Active Coping
within the Demand-Control Model: A Three-Wave Panel Study among
Japanese Employees ». *International Journal of Behavioral Medicine*, n°15,
pp.44-53.

TINDJO D. 2019. « Vulnérabilité des ménages et efficacité des prestations de services
offerts par le ministère de l'action sociale : de la promotion de la femme et
de l'alphabétisation au Togo ». Thèse de doctorat unique ; FSH ; option
Sociologie de développement ; Lomé ; Université de Lomé.

VERMEULEN, M. & MUSTARD, C. 2000. « Gender differences in job strain, social
support at work, and psychological distress ». *Journal of Occupational Health
Psychology*, n°5, pp.428-440.

VEZINA, M., COUSINEAU, M., MERGLER, D. & VINET, A. 1992. « Pour donner un
sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail
». Boucherville : Éd. Gaëtan Morin.

VINET, A., BRISSON, C. & VEZINA, M. 1986. « Rémunération à la pièce, travail
parcellaire et santé mentale dans l'industrie du vêtement ». *Sociologie Et
Société*, n°28, pp. 25-36.