

ÉVALUATION DE L'ETAT DEPRESSIF AUPRES DE 616 TRAVAILLEURS TOGOLAIS.

Enyam Mesa Komi AMEGA

Université de Lomé

amega.enyam@gmail.com

Résumé

Il est ici question d'une étude descriptive et analytique sur la mesure de la dépression chez les travailleurs. L'objectif est de déterminer le niveau de dépression ainsi que les manifestations associées auprès de 616 travailleurs togolais issus du secteur privé et public. Cette cible est constituée de 69,8% d'homme et de 30,2% de femmes ; 60,7% viennent du secteur public et 39,3% du privé. Les domaines d'activités qui les caractérisent sont diversifiés : santé (39%), éducation (14,9%), administration (14%), financier (11,7%), social (9,4%)... Elle est composée de 68,2% de cadres, 18,8% d'agents de maîtrise et 13% d'agents d'exécution ; avec une ancienneté de 0 à 5 ans pour 49% d'entre eux, 6 à 10 ans pour 23,7% et plus de 10 ans pour 27,3%. Les données ont été collectées par auto-questionnaire avec la dimension dépression du questionnaire d'exploration psychologique du travailleur (QEPT). Les résultats montrent que 59,7% sont identifiés comme étant dans un état dépressif de modéré à sévère. Quarante-neuf virgule quatre pourcent (49,4%) présentent des affectations psychologiques marquées par la perte d'intérêt pour soi, le sentiment d'échec, la tristesse, le trouble d'intérêt social, le besoin d'isolement, la perte d'intérêt pour le travail. soixante-seize virgule trois pourcent (76,3%) présentent des affectations physiques caractérisées par les maux de dos et de tête, la fatigue, les douleurs articulaires et musculaires. Vingt-cinq pourcent (25%) affichent des incapacités à surmonter des difficultés à travers l'agitation, la perte d'intérêt pour la vie, le sentiment de culpabilité, les difficultés à prendre des décisions. Quarante virgule trois pourcent (40,3%) ont des troubles alimentaire et ou de sommeil marqués par un trouble d'appétit, une perte de poids involontaire, un trouble de digestion, les difficultés de sommeil. Cette étude cherche à mesurer l'intensité de la dépression et la gravité des symptômes au sein de cette population, tout en identifiant leurs manifestations physiques et psychologiques pour contribuer à poser les bases d'une meilleure prévention de la santé mentale au travail.

Mots clés : évaluation, état dépressif, travailleurs togolais.

Abstract

This study is a descriptive and analytical investigation into the measurement of depression among workers. The objective is to determine the level of depression and associated symptoms among 616 Togolese workers from the private and public sectors. This sample consists of 69.8% men and 30.2% women; 60.7% are from the public sector and 39.3% from the private sector. The sectors in which they work are diverse: health (39%), education (14.9%), administration (14%), finance (11.7%), social services (9.4%)... The group consists of 68.2% executives, 18.8% supervisors, and 13% entry-level employees; 49% have 0 to 5 years of tenure, 23.7% have 6 to 10 years, and 27.3% have more than 10 years. The data were collected via a self-administered questionnaire using the depression subscale of the Worker Psychological Assessment Questionnaire (QEPT). The results show that 59.7% were identified as having moderate to severe depression. Forty-nine point four percent (49.4%) exhibit psychological symptoms characterized

by a loss of self-interest, feelings of failure, sadness, social withdrawal, a need for isolation, and a loss of interest in work. Seventy-six point three percent (76.3%) exhibit physical symptoms characterized by back and headaches, fatigue, and joint and muscle pain. Twenty-five percent (25%) exhibit an inability to cope with difficulties, as evidenced by restlessness, a loss of interest in life, feelings of guilt, and difficulty making decisions. Forty point three percent (40.3%) have eating and/or sleep disorders characterized by appetite disturbances, unintentional weight loss, digestive problems, and sleep difficulties. This study aims to measure the intensity of depression and the severity of symptoms within this population, while identifying their physical and psychological manifestations to help lay the groundwork for improved mental health prevention in the workplace.

Keywords: *assessment, depressive state, Togolese workers.*

Introduction

Fréquemment abordée dans la littérature en santé au travail, la dépression fait l'objet d'approches variées selon les chercheurs. D'une part, les approches psychosociales et managériales mettent en lumière l'impact direct de l'organisation du travail sur la santé mentale. Pour Dejours (2015), la dépression survient précisément lorsque les stratégies de défense construites avec les collègues, telles que la solidarité ou la dédramatisation, s'effondrent face à l'individualisation des évaluations. Le salarié se retrouve alors isolé avec sa souffrance. Dans une perspective similaire, la dépression peut naître de la confrontation permanente à des objectifs irréalisables ; l'individu intériorise son échec, ce qui détruit son estime de soi et mène à un état de résignation apathique (De Gaulejac, 2011). Quant à Linhart (2021), elle considère que la dépression résulte plutôt de la perte forcée du sens du travail et de son identité professionnelle, notamment lorsque les réorganisations permanentes imposées par le management nient les compétences acquises.

D'autre part, les approches cliniques et nosographiques s'attachent à définir précisément la nature de ce trouble. Ainsi, pour Benyamin (2023), la dépression est un trouble psychique et de l'humeur caractérisé par une douleur morale profonde, une perte d'élan vital, de l'anhédonie et un ralentissement psychomoteur. Cette définition met en évidence que la pathologie conduit non seulement à une détresse morale et physique, mais aussi à une incapacité à ressentir du plaisir ou de l'intérêt pour des activités qui étaient autrefois agréables. De leur côté, les classifications internationales, telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2022) et l'American Psychiatric Association (2023), définissent l'épisode dépressif majeur comme un syndrome associant humeur dépressive,

perte d'intérêt, ainsi que troubles du sommeil et de l'appétit, persistant pendant au moins deux semaines. Dès lors, l'évaluation d'un état dépressif repose de manière cruciale sur la durée des symptômes, qui s'expriment à travers une grande variété de signes.

Faisant le lien entre ces perspectives, Ehrenberg (1998) considère la dépression non seulement comme une affection médicale, mais comme le reflet même de notre société moderne. Selon lui, l'injonction permanente à la performance, à l'autonomie et à l'initiative pèse lourdement sur l'individu, transformant le sentiment d'échec professionnel en effondrement dépressif. Par conséquent, comme le confirment également Silvia et Marcolan (2020), la dépression s'impose comme un trouble hautement invalidant dont les symptômes provoquent d'importantes répercussions tant dans la sphère privée que professionnelle de la personne touchée.

Cette influence de l'environnement professionnel se traduit concrètement sur le terrain par des données épidémiologiques alarmantes en Afrique. À cet égard, une étude menée par Lankoandé et al. (2024) au Burkina Faso à l'aide de l'échelle HANDS (Harvard Department of Psychiatry / National Depression Screening Day Scale) chez 240 infirmiers anesthésistes révèle une probable manifestation de la dépression dans 93,7 % des cas. Les symptômes identifiés s'y présentent de la manière suivante : fatigue chronique (87 %), culpabilité (58 %), sommeil fragmenté (25 %), sentiment de désespoir (15 %), diminution d'appétit (11,2 %) et pensées suicidaires (2 %).

En Tunisie, Brahim et al. (2021) ont réalisé une étude parallèle auprès de 158 personnels paramédicaux (infirmiers, techniciens supérieurs, sages-femmes, aides-soignants, kinésithérapeutes, ouvriers). Les résultats obtenus à l'aide de l'échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (HAD) montrent une symptomatologie dépressive certaine chez 17,1 % d'entre eux et douteuse chez 30,4 %, parallèlement à des troubles du sommeil légers (24,7 %) et sévères (15,8 %).

Enfin, au Togo, les travaux de Baberime et Pari (2023) se sont intéressés à la violence et à la souffrance des infirmiers des centres hospitaliers universitaires. Parmi les conséquences à moyen et long termes de ces violences sur leur santé, le syndrome dépressif s'exprime chez 48,8 % des sujets, à travers des manifestations telles que la tristesse, la douleur morale, le repli sur soi et la fatigue.

Face à ce constat empirique et territorial, nous nous interrogeons légitimement sur l'ampleur exacte de la dépression chez les travailleurs, ainsi que sur ses manifestations physiques et psychologiques spécifiques. C'est pourquoi nous envisageons de mener une étude approfondie centrée sur la dépression au travail chez les travailleurs togolais, en mobilisant la dimension dépression du Questionnaire d'exploration psychologique du travailleur (QEPT). Cette recherche vise, en premier lieu, à évaluer le niveau de dépression et à quantifier la sévérité des symptômes au sein de cette population. Elle ambitionne également d'identifier les manifestations spécifiques auprès de la cible, qu'elles soient physiques ou psychologiques, afin de poser les jalons d'une meilleure prévention de la santé mentale au travail.

1. Méthodologie

Cette étude descriptive et analytique concerne l'ensemble des travailleurs des secteurs public et privé de tous les secteurs d'activité au Togo. La collecte des données a été réalisée par questionnaire auprès d'un échantillon de 616 travailleurs. Nous avons ainsi pris en compte ceux qui ont accepté répondre au questionnaire par autoévaluation.

L'outil de collecte des données est la dimension dépression du questionnaire d'exploration psychologique du travailleur (QEPT) de 19 items, de modalité de réponse « oui » ou « non », prenant en compte les 12 derniers mois d'activités du travailleur. Les items sont sous le modèle : « je ressens souvent la perte d'intérêt pour le travail ».

La dimension dépression du QEPT est un outil d'évaluation des facteurs de la dépression développé par Amega (2026). Il comporte 04 sous dimensions :

- **Sous- dimension « Affectations psychologiques », composée de 06 items** ; (un score <16% indique un niveau faible, un score entre 16%-34% indique un niveau moyen, un score entre 35%-67% indique un niveau élevé, un score >67% indique un niveau très élevé) ;
- **Sous- dimension « Affectations physiques », composée de 05 items** ; (un score <20% indique un niveau faible, un score entre 20%-40% indique un niveau moyen, un score entre 41%-80% indique un niveau élevé, un score >80% indique un niveau très élevé) ;
- **Sous- dimension « Incapacité à surmonter les difficultés », composée de 04 items** ; (un score <25% indique un niveau faible, un

score entre 25%-49% indique un niveau moyen, un score entre 50%-75% indique un niveau élevé, un score >75% indique un niveau très élevé) ;

- **Sous- dimension « Troubles d'alimentation et ou de sommeil », composée de 04 items** ; (un score <25% indique un niveau faible, un score entre 25%-49% indique un niveau moyen, un score entre 50%-75% indique un niveau élevé, un score >75% indique un niveau très élevé).

La dimension global de dépression comporte 19 items ; (un score <15% indique un niveau faible, un score entre 15%-35% indique un niveau moyen, un score entre 36%-67% indique un niveau élevé, un score >67% indique un niveau très élevé).

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés par le logiciel statistique Jamovi 2.4.1 et le MS Excel. Nous avons ainsi, déterminé la fiabilité de l'outil de collecte par sa consistance interne qui donne une valeur de 0,875 ce qui est supérieur à la valeur de référence acceptable ($\alpha=0,70$), l'outil présente une fiabilité satisfaisante.

Le KMO global élevé (0,883>0,8) et le test de Bartlett significatif ($\chi^2(171)=3586$, $p<.001$) confirment une forte corrélation entre les 19 items mesurant les facteurs de la dépression. L'échantillon est donc de bonne qualité. L'analyse factorielle confirmatoire (AFC) montre un ajustement acceptable avec un Avec un ($\chi^2(142)=516$, $p<.001$), le modèle indique un indice CFI de 0,90 et un indice TLI de 0,870 ; quant au indice SRMR la valeur est de 0,0422 et RMSEA de 0,0653. Le modèle est globalement acceptable. L'outil présente une validité satisfaisante.

Le coefficient d'asymétrie de 1,06; le coefficient d'aplatissement de 0,655; valeur de Shapiro-Wilk est de 0,888 avec une p-value de 0,001. La dimension dépression du QEPT ne suit pas une distribution normale. La dimension dépression du QEPT présente une sensibilité psychométrique satisfaisante et conforme aux attentes pour ce type de construit clinique. Bien que la distribution ne soit pas normale $p < 0,05$ en raison d'une asymétrie positive marquée, l'outil démontre une bonne capacité à discriminer les variations de scores dans les niveaux de symptomatologie élevés. Sa sensibilité est donc optimale pour le repérage et la différenciation des profils à tendance dépressive au sein de l'échantillon.

2. Résultats

Les résultats montrent les différents scores à la dépression globale, aux sous dimensions ainsi que les différents symptômes manifestés par les travailleurs.

Tableau 1

Score à la dimension dépression globale

Score global à la dépression	Quantités	% du Total	% cumulés
<15	248	40.3 %	40.3 %
15 à 35%	204	33.1 %	73.4 %
36 à 67%	126	20.5 %	93.8 %
>67%	38	6.2 %	100.0 %

Note. Données issues de l'enquête (2023). Un score de 15 indique un niveau faible ; un score entre 15 et 35 indique un niveau moyen ; un score entre 36 et 67 indique un niveau élevé ; un score supérieur à 67 indique un niveau très élevé.

Les données de ce tableau indiquent que 73,4 % des participants se situent dans une zone de risque faible ou moyen. Cela montre que la majorité de l'échantillon ne présente pas de détresse psychologique sévère. Un signal d'alerte concerne 26,7 % des personnes interrogées (soit 164 individus combinant les niveaux élevé et très élevé) qui présentent des scores préoccupants. Plus d'un quart de la population étudiée nécessite une attention ou un soutien en santé mentale.

Tableau 2

Score à la sous-dimension « Affectations psychologiques »

Score « Affectations psychologiques »	Quantités	% du Total	% cumulés
< 16%	312	50.6 %	50.6 %
16 à 34%	164	26.6 %	77.3 %

35 à 67%	80	13.0 %	90.3 %
>67%	60	9.7 %	100.0 %

Note. Données d'enquête, 2023. Un score < 16 % indique un niveau faible ; un score entre 16 % et 34 % indique un niveau moyen ; un score entre 35 % et 67 % indique un niveau élevé ; un score > 67 % indique un niveau très élevé.

L'analyse montre que les affectations psychologiques restent globalement limitées pour la majorité de la population étudiée (77,3 % sous le seuil moyen). Néanmoins, une proportion non négligeable de près de 23 % présente un niveau élevé à très élevé, ce qui nécessite une attention ciblée pour ces cas plus sévères.

Tableau 3

Score à la sous-dimension « Affectations physiques »

Score « Affectations physiques »	Quantités	% Total	% cumulés
<20%	146	23.7 %	23.7 %
20 à 40%	226	36.7 %	60.4 %
41 à 80%	182	29.5 %	89.9 %
>80%	62	10.1 %	100.0 %

Note. Données d'enquête 2023. Un score < 20 % indique un niveau faible, un score entre 20 % et 40 % indique un niveau moyen, un score entre 41 % et 80 % indique un niveau élevé, et un score > 80 % indique un niveau très élevé.

Le phénomène reste modéré pour la majorité des cas (60,4 %) se concentrant sous la barre des 40 %. Près de 40 % des répondants (39,6 % en combinant les scores élevés et très élevés) affichent un score supérieur à 40 %. Cette proportion indique que les affectations physiques pèsent lourdement sur une frange non négligeable de la population enquêtée, nécessitant une attention particulière.

Tableau 4

Score à la sous-dimension « Incapacité à surmonter les difficultés »

Score « Incapacité à surmonter les difficultés »	Quantités	% du Total	% cumulés
<25%	462	75.0 %	75.0 %
25 à 49%	88	14.3 %	89.3 %
50 à 75%	48	7.8 %	97.1 %
>75%	18	2.9 %	100.0 %

Note. Données issues de l'enquête 2023. Les intervalles d'interprétation des scores sont définis de la manière suivante : un score < 25 % indique un niveau faible, un score entre 25 %–49 % indique un niveau moyen, un score entre 50 %–75 % indique un niveau élevé, et un score > 75 % indique un niveau très élevé.

Les données indiquent une bonne résistance générale avec 75 % des personnes disposant des ressources nécessaires pour faire face aux situations complexes. Cependant le quart des enquêtés est à surveiller : en additionnant les niveaux moyen, élevé et très élevé, 25 % (soit 154 personnes) éprouvent des difficultés notables. Les efforts d'accompagnement ou de soutien doivent se concentrer en priorité sur les 10,7 % de la population (niveaux élevé et très élevé) qui risquent l'épuisement ou le décrochage.

Tableau 5

Score à la sous-dimension « Troubles d'alimentation et ou de sommeil »

Score « Troubles d'alimentation et ou de sommeil »	Quantités	% du Total	% cumulés
<25%	368	59.7 %	59.7 %
25 à 49%	140	22.7 %	82.5 %
50 à 75%	102	16.6 %	99.0 %
>75%	6	1.0 %	100.0 %

Note. Données d'enquête 2023. Les intervalles de score indiquent le niveau de sévérité des troubles : < 25 % indique un niveau faible ; 25 %–49 % indique un niveau moyen ; 50 %–75 % indique un niveau élevé ; > 75 % indique un niveau très élevé.

Plus de la moitié des répondants (près de 60 %) gèrent bien leur sommeil et leur alimentation. Près de 40 % de la population (39,3 % en combinant moyen et élevé) souffrent de perturbations notables. Cela représente 242 personnes au total (140 + 102). Ce groupe nécessite une attention particulière. Une minorité est en détresse critique : 1 % de l'échantillon (6 personnes) dépasse 75 % de score. Ce cas extrême demande une prise en charge rapide et ciblée, même si le nombre reste faible.

Tableau 6

Les différents symptômes exprimés

Symptômes	Sous-dimensions	Effectifs	Pourcentage
perte d'intérêt pour soi	affectations psychologiques	136	22,08%
sentiment d'échec		108	17,53%
tristesse		162	26,30%
trouble d'intérêt social		90	14,61%
besoin d'isolement		178	28,90%
perte d'intérêt pour le travail		160	25,97%
maux de dos	affectations	278	45,13%
fatigue	physiques	378	61,36%
douleur articulaire		184	29,87%
douleur musculaire		198	32,14%
maux de tête		238	38,64%
agitation	incapacités à	48	7,80%
perte d'intérêt pour la vie	surmonter les	48	7,80%
sentiment de culpabilité	difficultés	74	12,01%
difficulté à prendre des décisions		106	17,21%
trouble digestif		96	15,58%
trouble d'appétit		88	14,29%

perte de poids involontaire	troubles	68	11,04%
difficultés de sommeil	alimentaires et ou de sommeil	160	25,97%

Note. Données issues de l'enquête menée en 2023.

Les personnes interrogées souffrent de plusieurs maux à la fois. La forte présence de la fatigue et des maux physiques, associée à l'isolement et à la tristesse, montre que la santé des participants est touchée à la fois sur le plan corporel et psychologique. Autrement, la combinaison d'une fatigue massive, de douleurs physiques (dos, tête, muscles) et de signes psychologiques (isolement, tristesse, perte d'intérêt pour le travail) peut être associé à un état d'épuisement professionnel ou personnel.

3. Discussion

Les résultats issus de cette étude montrent une combinaison de fatigue chronique, de douleurs physiques et de repli psychologique chez près de 40 % des répondants. Ce constat rejoint la vision d'Ehrenberg (1998), pour qui la pression moderne de la performance transforme l'échec professionnel en effondrement personnel. La solitude et l'isolement observés chez une partie des salariés confirment l'analyse de Dejours (2015) sur l'écroulement des solidarités collectives face à l'individualisation. Notons aussi que la présence conjointe de perturbations du sommeil (39,3 %) et d'une douleur morale s'aligne avec les critères des classifications internationales (OMS, 2022 ; APA, 2023) et la définition de la dépression selon Benyamin (2023). Tout comme Baberime et Pari (2023) au Togo ou Brahim et al. (2021) en Tunisie, notre étude confirme l'existence réelle d'une souffrance psychologique et de troubles du sommeil en milieu professionnel. Le quart de la population en difficulté (25 % à 26,7 %) atteste d'un signal d'alerte non négligeable. Autrement, sur le plan théorique et contextuel, ces constats s'inscrivent en parfaite résonance avec la littérature scientifique. L'intrication des maux physiques et moraux observée chez nos participants corrobore les critères cliniques de l'OMS (2022) et les analyses de Dejours (2015) ou d'Ehrenberg (1998) sur l'épuisement de l'individu face aux exigences managériales modernes. Toutefois, notre étude se distingue des données régionales ouest-africaines notamment des niveaux de détresse extrêmes

observés chez les personnels soignants au Burkina Faso (Lankoandé et al., 2024) ou au Togo (Baberime et Pari, 2023) par un profil global plus modéré. Cette divergence souligne l'importance des facteurs sectoriels et la variabilité des ressources d'adaptation selon les environnements de travail. Au final, si la détresse critique ne concerne qu'une minorité (1 %), la proportion de 25 % à 26 % de salariés en souffrance ne peut être ignorée. Ces données démontrent que le milieu professionnel demeure un puissant vecteur de risques psychosomatiques.

En clair, les travaux de Lankoandé et al. (2024) au Burkina Faso relèvent un taux de probabilité de dépression de 93,7 % chez les infirmiers anesthésistes, notre étude montre que 73,4 % des participants se situent dans une zone de risque faible ou moyen. Avec 75 % des enquêtés disposant de bonnes ressources de résistance, la population étudiée semble moins en détresse critique que les personnels soignants étudiés par Baberime et Pari (2023) au Togo (48,8 % de syndrome dépressif). Cette divergence s'explique par la nature de notre échantillon, qui intègre des secteurs d'activité plus diversifiés et moins lourdement traumatiques que le milieu hospitalier d'urgence.

La présente étude se démarque par un profil globalement modéré (60,4 % sous la barre des impacts physiques sévères et 75 % de résistance), mais elle rejoint les auteurs en identifiant un groupe d'environ 25 % à 26 % de la population qui nécessite une attention urgente en santé mentale.

Conclusion

Cette étude offre un éclairage nuancé sur la réalité de la dépression et de la souffrance psychologique au travail. Les résultats mettent en évidence une dynamique à double vitesse. D'un côté, une majorité encourageante de la population étudiée (plus de 73 %) affiche une bonne résilience générale, dispose des ressources nécessaires pour faire face aux situations complexes et préserve une relative stabilité biologique (sommeil et alimentation). De l'autre, l'étude tire un signal d'alerte critique : plus d'un quart des répondants (26,7 %) se trouve dans une zone de risque préoccupante, matérialisée par l'expression simultanée de troubles psychosomatiques lourds (fatigue massive, douleurs physiques) et de signes de détresse psychique (isolement, tristesse, perte d'intérêt). Pour préserver le capital humain et inverser la tendance de ce quart de population vulnérable, il devient impératif de dépasser le simple cadre de

la résistance individuelle. Les organisations doivent engager des actions concrètes de prévention primaire : restaurer les espaces de solidarité collective pour briser l'isolement, adapter la charge de travail aux capacités réelles des individus et valoriser le sens des compétences acquises. C'est ainsi que le travail pourrait redevenir un lieu d'accomplissement de soi et de santé, plutôt qu'un espace d'effondrement psychologique.

La portée sociale et utilisatrice de cette étude réside dans la nécessité pour les organisations de dépasser la résistance individuelle pour transformer le milieu professionnel en un espace de santé et d'accomplissement. Elle alerte sur la situation critique de plus d'un quart des salariés en détresse psychologique et enjoint aux entreprises de mettre en place une prévention primaire axée sur la solidarité, l'adaptation de la charge de travail et la valorisation des compétences.

Même si la recherche permet d'identifier des tendances claires, la taille de la population étudiée reste localisée à Lomé. De plus, l'absence de stratification précise par secteur d'activité ou par profession ne permet pas de généraliser ces résultats à l'ensemble de la population active. Les données ont été recueillies par le biais d'auto-questionnaires. Cette méthode expose l'étude au biais de désirabilité sociale, où certains participants sous-évaluent leur souffrance par peur du jugement ou par tabou autour de la santé mentale. À l'inverse, l'évaluation subjective de la fatigue ou de la douleur peut surestimer la prévalence de certains symptômes par rapport à un diagnostic médical formel. Les données ont été recueillies à un instant T. Cette approche transversale capture une photographie de l'état psychologique des répondants, mais ne permet pas d'établir des liens de cause à effet formels entre les conditions de travail spécifiques et l'apparition de la dépression, contrairement à une étude longitudinale. L'utilisation de la seule dimension dépression de l'outil QEPT ne permet pas de dissocier formellement les manifestations dépressives liées exclusivement à l'environnement professionnel de celles provoquées par des facteurs personnels, ou des vulnérabilités psychiatriques préexistantes. À cet effet, l'utilisation conjointe des dimensions stress professionnel, burnout, harcèlement, discrimination, dépression du QEPT permettra de mettre en évidence l'origine de la dépression chez les travailleurs.

Afin de prolonger ces travaux et d'approfondir la compréhension des mécanismes de la souffrance au travail, plusieurs pistes de recherche sont

envisagées. Il serait pertinent d'élargir l'échantillon à différents secteurs professionnels (notamment en comparant les métiers à forte charge émotionnelle comme la santé et l'enseignement aux secteurs corporatifs ou industriels) pour identifier les environnements les plus pathogènes. Il serait également intéressant d'associer les questionnaires quantitatifs à des entretiens cliniques semi-directifs afin de comprendre la trajectoire subjective de leur effondrement.

Bibliographie

AMEGA Enyam Mesa Komi, 2026. *Les qualités psychométriques des huit dimensions du questionnaire d'exploration psychologique du travailleur (QEPT) : fiabilité, validité et sensibilité*. Recherches et Pratiques Psychologiques en Afrique, L'Harmattan, Paris, 81 p.

American Psychiatric Association, 2023. *DSM-5-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux

BABERIME Akanta et PARI Paboussoum, 2023, « Violence et souffrance des infirmiers des centres hospitaliers universitaires du Togo », in *Uirtus*, N°3 décembre 2023, pp 379-404

BENYAMIN, Mickael, 2023. *Chapitre 1. Qu'est-ce que la dépression ?*. La dépression Du mal-être à la vie, Press, cairn.info, Paris, 27 p.

BRAHIM Dorra, SNENE Houda, RAFRAFI Rym, SALAH Nozha Ben, BLIBECH Hana, MEHIRI Nadia, & LOUZIR Bechir, 2021, « Troubles du sommeil et troubles psychoaffectifs chez le personnel paramédical travaillant à horaire atypique », *Revue des Maladies Respiratoires*, N°2 février 2021 pp147-156

DE GAULEJAC Vincent, 2011. *Travail, les raisons de la colère*. Seuil, Paris

DEJOURS Christophe, 2015. *Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale*. Seuil, Paris

EHRENBERG Alain, 1998. *La fatigue d'être soi : Dépression et société*. Odile Jacob, Paris

LANKOANDÉ Martin et al, 2024, « Burnout chez les infirmiers anesthésistes au Burkina Faso ». *RAMUR*, N°3 septembre, pp6–11

LINHART Danièle, 2021. *L'insoutenable subordination des salariés*. Érès, Toulouse

Organisation mondiale de la santé, 2022. *Classification internationale des maladies*. Édition de l'organisation mondiale de la santé, Genève

SILVA Márcia Regina Guedes & MARCOLAN João Fernando,
2020, « Working conditions and depression in hospital emergency service
nurses ». *Revista Brasileira de Enfermagem*, N°1 Avril, pp1-7