Revue de l'Infirmier Congolais

Article Original e-ISSN: 3006 - 2187 p-ISSN: 2520 - 0844

Congé de reconstitution de la santé du personnel soignant à l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason Sendwe à Lubumbashi : Etat de lieu et perspective d'amélioration

Jacob Katunga[1], Baudouin L. Abedi[2,3], Michel S. Kazadi[4], Jean-Paul N. Kasongo[2], Michel Ntanga[5], Tony K. Kayembe[5], Ivone L. Sanga[5], Solange N. Muyumba[5], Evariste N. Kapepula[5], Pascal M. Kabwe[5]

[1] *Ecole de Santé Publique, Université de Mwene-Ditu, Mwene-Ditu, République Démocratique du Congo.*
[2] *Université des sciences et de Technologie de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.*
[3] *Zone de santé de Kipushi, Ville de Kipushi, Kipushi, République Démocratique du Congo.*
[4] *Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalenda, Kalenda, République Démocratique du Congo.*
[5] *Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.*

Résumé

Introduction. Le congé de reconstitution de la santé est un droit fondamental du personnel soignant, essentiel à la préservation de sa santé physique et mentale. Dans les hôpitaux publics des pays à ressources limitées, sa mise en œuvre effective reste problématique. L'objectif était d'analyser la gestion du personnel relative à l'octroi du congé de reconstitution de la santé à l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason Sendwe à Lubumbashi en République Démocratique du Congo (RDC).

Matériel et Méthodes. Une étude transversale mixte a été menée auprès de 207 agents de l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason Sendwe à Lubumbashi (en République Démocratique du Congo) par questionnaire standardisé et entretiens semi-directifs (n=12) sur une période allant d'avril à juin 2026. Les données quantitatives ont été analysées par les tests statistiques et les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats. L'effectif était majoritairement féminin (52,7%), avec une moyenne d'âge de 45,62±11,22 ans. Les infirmiers représentaient 59,9% des répondants. Sur cinq ans, 66,2% des agents avaient bénéficié d'un congé. Les principales raisons du non-bénéfice du congé étaient la surcharge de travail (36,2%) et le manque de personnel de remplacement (18,4%). Près de la moitié des agents (49,8%) jugeaient l'obtention « très difficile », et 70% signalaient une fatigue élevée. Les facteurs associés à l'octroi du congé étaient : la connaissance parfaite des textes ($p = 0,035$), le remplacement par un collègue ($p = 0,012$), le personnel administratif ($p = 0,003$), les techniciens de laboratoire ($p = 0,003$), l'ancienneté < 5 ans ($p = 0,013$), et les services de pédiatrie ($p = 0,040$) et de direction de nursing ($p = 0,030$). Les entretiens ont confirmé la pénurie d'infirmiers, l'absence de compensation financière et les défaillances dans le suivi des planifications.

Correspondance:
Jacob Katunga. Ecole de Santé Publique, Université de Mwene-Ditu, Mwene-Ditu, République Démocratique du Congo.
Téléphone: +243 818 820 528 -Email: israelkatunga@gmail.com
Article reçu: 26-07-2026 **Accepté**: 28-10-2026
Publié: 30-10-2026

Copyright © 2026 Jacob Katunga *et al*. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Katunga J, Abedi B, Kazadi MS, Kasongo JPN, Ntanga M, Kayembe TK, Sanga IL, Muyumba SN, Kapepula EN, Kabwe PM. Congé de reconstitution de la santé du personnel soignant à l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason Sendwe à Lubumbashi : Etat de lieu et perspective d'amélioration. Revue de l'Infirmier Congolais. 2026;10(1):51-63. https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018

Conclusion. L'étude révèle un écart entre le cadre légal et la mise en œuvre effective du congé, un tiers des agents en étant privé. Les obstacles sont structurels, informationnels et financiers. Le renforcement des effectifs, l'information sur les droits, la révision des politiques salariales et un suivi rigoureux des planifications sont des leviers prioritaires pour concilier continuité des soins et bien-être du personnel.

Mots-clés : *Congé de reconstitution, Gestion des ressources humaines, Personnel soignant, Fatigue professionnelle, Hôpital public, Lubumbashi, RDC.*

Introduction

Le congé de reconstitution de la santé est une période de repos obligatoire, souvent de 30 jours ouvrables par an, qui figure dans l'ancien statut de la fonction publique en République Démocratique du Congo. Cette disposition légale vise à permettre aux travailleurs, notamment dans le secteur de la santé, de récupérer physiquement et mentalement après une période de service intense. Ce congé n'est pas simplement un privilège ; il joue un rôle primordial dans la promotion de la santé des employés, la prévention de l'épuisement professionnel et le maintien de la productivité au sein des organisations. Le non-respect de cette mesure pourrait avoir des conséquences néfastes, tant pour les professionnels que pour les patients qu'ils servent.

L'hôpital, souvent perçu comme une institution pathogène en raison de ses exigences élevées et de l'exposition constante au stress, doit reconnaître l'importance du congé dans le cadre de la santé publique. Il est impératif que ce congé de reconstitution de la santé soit considéré comme une obligation institutionnelle et non une simple option, car la santé mentale et physique des soignants est une condition sine qua non pour assurer une sécurité des soins adéquate. Le Conseil International des Infirmières (ICN) a récemment lancé une alerte concernant une crise mondiale de la santé mentale chez les soignants, soulignant l'urgence de mettre en place des périodes de récupération obligatoires pour contrer l'érosion des effectifs [1].

À l'échelle internationale, les données sur l'épuisement professionnel et la fatigue des soignants sont alarmantes. Aux États-Unis, une étude menée auprès des travailleurs de la santé de la Veterans Health Administration a révélé des taux d'épuisement professionnel qui, bien qu'en légère baisse après la pandémie, demeurent élevés par rapport aux niveaux pré-pandémiques, avec des taux de 30,4% en 2018, atteignant un sommet de 39,8% en 2022 avant de redescendre à 35,4% en 2023 [2]. Au Canada, une vaste étude menée auprès de 1 860 répondants et incluant 163 entretiens avec des infirmiers, médecins, sage-femmes et dentistes a montré que le parcours allant des expériences de santé mentale à la décision de prendre un congé et de retourner au travail différait selon les professions de santé, le genre et le leadership jouant un rôle déterminant dans ce processus [3].

Au Royaume-Uni, un audit clinique mené auprès du personnel soignant a révélé que 38% du personnel dormaient moins de six heures avant leurs postes, 44% manquaient fréquemment leurs pauses protégées, et 100% reconnaissaient avoir subi des baisses de performance liées à la fatigue. En outre, 39% admettaient avoir été témoins ou acteurs d'une erreur clinique attribuable à la fatigue, et 16% choisissaient de ne pas la divulguer par peur des répercussions [4]. À Belgrade en Serbie, une étude transversale menée auprès de 491 professionnels de santé et de services sociaux a identifié les heures supplémentaires comme un facteur de risque significatif de l'épuisement professionnel, tandis que l'auto-évaluation positive de l'état de santé constituait le seul facteur protecteur significatif [5].

En Irlande, les recherches ont mis en évidence l'impact des facteurs contextuels sur l'absentéisme professionnel, notamment la nature du travail, les attentes culturelles, la conjoncture économique et la saisonnalité. Ces résultats montrent que lorsqu'un environnement de travail est tributaire de l'instabilité économique, les employés ont tendance à minimiser leur absence, craignant pour leur sécurité d'emploi [6]. En Chine, une étude qualitative menée à l'hôpital Union de l'université des sciences et technologies de Huazhong a révélé que les infirmières font face à une fatigue professionnelle significative, avec une récupération insuffisante entre les quarts de travail, et ont exprimé des intentions fortes de quitter la profession [7]. Dans les services de médecine et d'urgence d'un hôpital de l'ouest de la Jamaïque, une étude qualitative a mis en lumière les défis importants auxquels les infirmières font face pour obtenir un repos adéquat, le manque de personnel, la surcharge de travail, les horaires irréguliers et le soutien managérial limité étant identifiés comme des obstacles systémiques [8].

https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018

En Jordanie, une étude transversale a examiné l'équilibre travail-vie personnelle, la satisfaction professionnelle et l'épuisement professionnel chez les infirmières, montrant que les charges de travail excessives et le manque d'opportunités d'avancement contribuent à l'insatisfaction et à des taux de rotation élevés [9]. En Tunisie, une étude transversale menée au Centre hospitalier universitaire Farhat Hached de Sousse a révélé que le syndrome de fatigue chronique affectait 11,2% des professionnels de santé, avec un impact significatif sur la qualité de vie physique et mentale, les participants atteints présentant des scores de dépression significativement plus élevés [10]. Dans l'est de l'Éthiopie, une étude transversale menée auprès de 392 infirmières des hôpitaux publics a révélé que 30,4% souffraient de troubles du sommeil liés au travail posté, le sexe féminin et un nombre élevé de nuits travaillées étant significativement associés à ces troubles [11].

En République Démocratique du Congo, une étude menée auprès de 166 soignants de Kinshasa a révélé que les professionnels de santé congolais présentaient un épuisement professionnel modéré, avec un niveau élevé de dépersonnalisation et un faible accomplissement personnel [12]. Ces données confirment que le congé de reconstitution de la santé émerge comme un élément crucial, agissant tel un régulateur de la charge mentale. Sans ce repos essentiel, les soignants peuvent connaître une dépersonnalisation qui nuit non seulement à leur bien-être, mais aussi à la qualité de la prise en charge des patients [13,14].
Pour remédier à cette situation préoccupante, il est impératif de développer des stratégies appropriées visant à éradiquer cette réalité, qui expose le personnel de l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason Sendwe à des risques psychologiques accrus. Le congé de reconstitution doit cesser d'être perçu simplement comme une absence, mais doit être réévalué et considéré comme un investissement stratégique dans le capital humain de l'hôpital. En définitive, la santé du soignant est la condition sine qua non de la performance du système de santé. L'objectif de cette étude était d'analyser la gestion du personnel relative à l'octroi du congé de reconstitution de la santé à l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason Sendwe à Lubumbashi, en République Démocratique du Congo.

Matériel et Méthodes

Milieu et cadre de l'étude

Notre étude a été réalisée à l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason Sendwe. L'Hôpital Jason Sendwe a été choisi en raison de son rôle majeur dans le système sanitaire du Haut-Katanga et de la diversité des professionnels concernés.

Type et Période de l'étude

La présente étude a adopté une approche mixte combinant les méthodes quantitatives et qualitatives durant la période comprise entre Avril et juin 2026.
La composante quantitative est une étude descriptive transversale à visée analytique et la composante qualitative a exploré les perceptions, les expériences et les facteurs influençant la prise ou la non-prise de ce congé.

Population d'étude

La population d'étude est constituée de l'ensemble du personnel soignant de l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason Sendwe concerné directement ou indirectement par le congé de reconstitution de la santé. Cette population comprend notamment les médecins ; infirmiers ; sage-femmes ; techniciens de laboratoire ; pharmaciens ; techniciens de la pharmacie ; administratifs et responsables des ressources humaines.

- *Echantillonnage*

Un échantillonnage aléatoire simple a été effectué sur l'ensemble des deux groupes de la population concernée par cette étude notamment les personnels soignants. Le recours à cette technique d'échantillonnage nous a permis d'obtenir un échantillon de 207 personnels soignants sur un effectif de plus de 300 personnels soignants que regorge l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason.

- *Echantillon*

Pour la composante quantitative, l'étude a porté sur un échantillon de 207 membres du personnel soignant pour le volet quantitatif et 15 personnels soignants pour le volet qualitatif de l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason Sendwe. Les participants ont été sélectionnés selon les critères d'éligibilité de l'étude, sur la base de leur disponibilité et de leur consentement libre et éclairé. La taille de l'échantillon a été déterminée selon une approche quantitative adaptée aux objectifs de l'étude.
Pour la composante qualitative, c'est une étude empirico-inductive où la taille de l'échantillon ne pas à priori à déterminer, l'étude a été arrêtée après avoir atteint la saturation et la redondance.

Nous avons réalisé 15 entretiens individuels approfondis auprès des participants sélectionnés de manière raisonnée.

https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018

- *Critères d'inclusion*

Ont été inclus dans cette étude :

- Tous les membres du personnel soignant et administratif de l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason Sendwe ;
- Les agents ayant exercé au sein de l'hôpital durant la période concernée par l'étude sur le congé de reconstitution de la santé ;
- Les agents directement ou indirectement concernés par la gestion, l'octroi ou le bénéfice du congé de reconstitution de la santé ;
- Les agents présents au moment de la collecte des données ;
- Les agents ayant accepté librement de participer à l'étude après consentement éclairé.

Collecte des données

- *Volet quantitatif :*

La collecte des données a été rendue possible grâce à l'enquête transversale par l'utilisation d'un questionnaire d'enquête saisi sur le logiciel kobocollect version 2025.2.4 installé sur un Smart phone.

- *Volet qualitatif :*

L'analyse des données a été réalisée selon une approche mixte, combinant les volets quantitatif et qualitatif.
Pour le volet quantitatif : les données collectées ont été saisies, codifiées, nettoyées puis exportées dans Microsoft Excel 2016 avant d'être analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 20. L'analyse statistique a comporté trois niveaux : univarié, bivarié et multivarié. Lors de l'analyse univariée, la normalité des variables quantitatives a été vérifiée à l'aide des tests de Kolmogorov-Smirnov et de Shapiro-Wilk. Les variables à distribution normale ont été décrites par la moyenne et l'écart-type, tandis que celles ne suivant pas une distribution normale ont été résumées par la médiane et l'intervalle interquartile. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages.
L'analyse bivariée a permis d'évaluer les associations entre les variables à l'aide des tests statistiques appropriés, notamment le test du Khi carré de Pearson (χ^2) pour les variables qualitatives et le test t de Student pour la comparaison des moyennes lorsque les conditions d'application étaient remplies. Les résultats ont été interprétés sur la base d'un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$, avec un intervalle de confiance de 95 %.

Pour le volet qualitatif : les entretiens ont été écoutés à plusieurs reprises afin de garantir une compréhension fidèle des propos des participants. Les verbatim ont ensuite été transcrits intégralement en respectant le langage des enquêtés, puis soumis à une analyse thématique. Les données ont été organisées en thèmes, sous-thèmes et en catégories à l'aide du logiciel ATLAS. Ti. Les résultats ont été présentés sous forme de figures élaborées avec Microsoft Excel 2016, tandis que le logiciel Zotero a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

Considérations éthiques

Avant le début de la collecte des données, l'approbation éthique de l'étude a été obtenue auprès du Comité d'Éthique Médicale de Université de Lubumbashi. Par ailleurs, une attestation de recherche a été délivrée par le Secrétariat Général à la Recherche de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, autorisant la descente sur le terrain. De même, l'autorisation administrative de mener cette étude a été obtenue auprès des autorités compétentes de l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason Sendwe.
Tous les participants ont été préalablement informés des objectifs et de l'intérêt scientifique de l'étude. Leur participation a été libre et volontaire, et un consentement éclairé a été obtenu auprès de chacun d'eux avant l'administration des outils de collecte des données.
Le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations recueillies a été garanti tout au long de l'étude. Ainsi, aucun nom ni élément permettant d'identifier les participants n'a figuré dans la présentation des résultats et les informations collectées ne sont divulguées à aucune personne non autorisée. Les données obtenues sont exclusivement utilisées à des fins scientifiques dans le cadre de cette recherche.

Résultats

Volet quantitatif

Dans ce tableau, 52,7% des agents étaient du sexe féminin. La majorité des agents se situaient dans la tranche d'âge de 36 à 43 ans. La moyenne d'âge était de 45,62±11,22 ans avec le minimum de 28 ans et le maximum de 69 ans. Le personnel infirmier représentait la grande majorité des agents (59,9%). Dans ce tableau, 28,5% des agents avaient une ancienneté < 5 ans. La médiane était de 10 ans (EIQ : 16 ans ; Q1=4 et Q3=20). Les services de médecine interne (20,8%) et gynécologie-obstétrique (16,9%) regroupaient le plus grand nombre d'agents *(Tableau 1)*.

https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectifs *(n=207)*	Pourcentage
Sexe		
Féminin	109	52,7
Masculin	98	47,3
Age (ans) ***(Moyenne : 45,62±11,22 ans)***		
28 – 35	33	15,9
36 – 43	63	30,4
44 – 51	46	22,2
52 – 59	53	25,6
60 – 69	12	5,8
Profession		
Personnel administratif	15	7,2
Technicien de laboratoire	1	0,5
Infirmier(ère)	124	59,9
Médecin	50	24,2
Pharmacien	3	1,4
Sage-femme	10	4,8
Technicien en radiologie	4	1,9
Ancienneté professionnelle (ans) ***[Médiane : 10 ans (EIQ : 16 ans ; Q1=4 et Q3=20)]***		
< 5	59	28,5
5 – 10	42	20,3
11 – 20	55	26,6
> 20	51	24,6
Service affectation		
Administration générale	15	7,2
Dispensaire	14	6,8
LTBC	1	0,5
Ophtalmologie	5	2,4
Chirurgie	27	13,0
Direction de Nursing (DN)	3	1,4
Gynécologie-obstétrique	35	16,9
Médecine interne	43	20,8
Pédiatrie	16	7,7
Pharmacie	12	5,8
Radiologie	11	5,3
Stomatologie (dentisterie)	4	1,9
Tous services	4	1,9
Urgences	17	8,2

Tableau 2. Données relatives au congé de reconstitution de la santé

Variables	Effectifs *(n=207)*	Pourcentage
Connaissance sur les dispositions légales régissant le congé de reconstitution de la santé		
Non, pas du tout	20	9,7
Oui, parfaitement	61	29,5
Partiellement	126	60,9
Congé de reconstitution bénéficié au cours des 2 dernières années		
Non	70	33,8
Oui	137	66,2
Raisons principales du non-bénéfice du congé		
Sans raisons	50	24,2
Ignorance de la procédure	18	8,7
Manque de personnel de remplacement	38	18,4
Refus de la hiérarchie	26	12,6
Surcharge de travail dans le service	75	36,2
Facilité d'obtention du congé		
Très difficile	103	49,8
Moyenne	62	30,0
Très facile	42	20,3
Niveau de fatigue physique et mentale		
Faible	6	2,9
Elevé	87	42,0
Modéré	56	27,1
Très élevé	58	28,0
Impact du congé sur la productivité		
Faiblement	10	4,8
Fortement	76	36,7
Moyennement	108	52,2
Pas du tout	13	6,3
Existence d'un plan de roulement clair pour les congés		
Oui	108	52,2
Non	12	5,8
Ne sait pas	87	42,0

https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018

Tableau 2. Données relatives au congé de reconstitution de la santé (suite)

Variables	Effectifs *(n=207)*	Pourcentage
Modalités de remplacement durant l'absence		
Par un collègue du même service (surcharge pour lui)	106	51,2
Autres	69	33,3
Le poste reste vacant	17	8,2
Par un personnel vacataire	15	7,2
Importance accordée par l'hôpital à la santé du personnel		
Pas du tout d'accord	21	10,1
Plutôt pas d'accord	33	15,9
Plutôt d'accord	69	33,3
Tout à fait d'accord	84	40,6
Principaux obstacles à une gestion optimale des congés		
Les agents sont mal informés sur leurs droits aux congés	29	14,0
La gestion des congés manque d'organisation et suivi	24	11,6
Le manque de personnel limite l'octroi des congés	144	69,6
Les procédures d'octroi des congés sont trop lentes	9	4,3

Les résultats montrent que 60,9% des agents possédaient une connaissance partielle des dispositions légales régissant le congé de reconstitution de la santé. La majorité des agents (66,2%) avaient bénéficié du congé de reconstitution de santé. Les raisons majeures du non-bénéfice étaient la surcharge de travail dans le service (36,2%) et le manque de personnel de remplacement (18,4%). Près de la moitié des agents (49,8%) jugeaient la facilité d'obtention du congé comme très difficile. Un niveau élevé ou très élevé de fatigue était signalé par 70% des agents. Plus de la moitié des agents (52,2%) estimaient que le congé a un impact moyen sur la productivité. Près de la moitié des agents (47,8%) déclaraient que le repos améliore leur motivation au travail. Plus de la moitié des agents (52,2%) affirmaient qu'un plan de roulement clair existe. La majorité des agents (51,2%) indiquaient que le remplacement est assuré par un collègue du même service, ce qui génère une surcharge pour ce dernier. Une majorité des agents était plutôt ou tout à fait d'accord (74%) pour dire que l'hôpital accorde de l'importance à leur santé. Le principal obstacle identifié était le manque de personnel limitant l'octroi des congés (69,6%) *(tableau 2)*.

Les associations statistiquement significatives ont été trouvées entre l'octroi du congé de reconstitution de la santé et l'âge des agents, la connaissance des dispositions légales régissant le congé de reconstitution de la santé (p = 0,000) et le remplacement dans le service par un collègue (p = 0,000) *(tableau 3)*.

Tableau 3. Facteurs associés à l'octroi du congé de reconstitution de la santé

Variables	Octroi du congé de reconstitution de la santé		p - value
	Oui *(n=137)*	Non *(n=70)*	
Connaissance des dispositions légales régissant le congé de reconstitution de la santé			
Non, pas du tout	4 (20,0%)	16 (80,0%)	
Oui, parfaitement	52 (73,2%)	9 (26,7%)	0,0001
Partiellement	81 (64,3%)	45 (35,7%)	0,0001
Remplacement dans le service			
Par un collègue du même service	92 (86,8%)	14 (13,2%)	0,0001
Autres	27 (39,1%)	42 (60,9%)	
Le poste reste vacant	14 (82,4%)	3 (17,6%)	
Par un personnel vacataire	4 (26,7%)	11 (73,3%)	
Age des agents (ans)			
28 – 35	23 (69,6%)	10 (30,4%)	
36 – 43	45 (71,4%)	18 (28,6%)	0,008
44 – 51	32 (69,6%)	14 (30,4%)	
52 – 59	33 (62,3%)	20 (37,7%)	
60 – 69	4 (33,3%)	8 (66,7%)	

https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018

Après ajustement, les associations statistiquement significatives trouvées entre l'octroi du congé de reconstitution de la santé étaient le personnel administratif (p = 0,003), le technicien de laboratoire (p = 0,003), l'ancienneté de moins de 5 ans (p = 0,013) et le service de pédiatrie (p = 0,040), la direction de nursing (p = 0,030) *(tableau 4)*.

Après ajustement, les associations statistiquement significatives trouvées entre l'octroi du congé de reconstitution de la santé étaient la connaissance parfaite des dispositions légales régissant le congé de reconstitution de la santé (p = 0,035) et le remplacement dans le service par un collègue (p = 0,012), *(tableau 5)*.

Tableau 4. Facteurs associés à l'octroi du congé de reconstitution de la santé après ajustement

Variables	Octroi du congé de reconstitution de la santé		p – value
	Oui *(n=137)*	Non *(n=70)*	
Sexe			
Féminin	62 (56,8%)	47 (43,1%)	1,000
Masculin	75 (76,5%)	23 (23,5%)	
Profession			
Personnel administratif	8 (53,3%)	7 (46,7%)	0,003
Technicien de laboratoire	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0,052
Infirmier(ère)	71 (57,3%)	53 (42,7%)	1,00
Médecin	45 (90,0%)	5 (10,0%)	0,852
Pharmacien	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0,309
Sage-femme	9 (90,0%)	1 (10,0%)	0,19
Technicien en radiologie	2 (50,0%)	2 (50,0%)	0,46
Ancienneté (ans)			
< 5	27 (45,8%)	32 (54,2%)	0,013
5-10	37 (88,9%)	5 (11,9%)	
11-20	43 (78,2%)	12 (21,8%)	
> 20	30 (57,7%)	21 (30,3%)	
Service d'affectation			
Administration générale	8 (53,3%)	7 (46,7%)	
Dispensaire	5 (35,7%)	9 (64,3%)	
LTBC	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Ophtalmologie	2 (100,0%)	0 (0,0%)	
Chirurgie	21 (77,8%)	6 (22,2%)	
Direction de Nursing (DN)	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0,030
Gynécologie-obstétrique (Maternité)	25 (71,4%)	10 (28,6%)	
Médecine interne	35 (81,4%)	8 (18,6%)	0,101
Pédiatrie	15 (93,8%)	1 (6,2%)	0,040
Pharmacie	3 (25,0%)	9 (75,0%)	
Radiologie	5 (45,4%)	6 (54,6%)	
Stomatologie (dentisterie)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	
Tous services	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
Urgences	8 (47,1%)	9 (52,9%)	

https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018

Tableau 5. Facteurs associés à l'octroi du congé de reconstitution de la santé après ajustement

Variables	Octroi du congé de reconstitution de la santé		p – value
	Oui *(n=137)*	Non *(n=70)*	
Connaissance des dispositions légales régissant le congé de reconstitution de la santé			
Non, pas du tout	4 (20,0%)	16 (80,0%)	
Oui, parfaitement	52 (73,2%)	9 (26,7%)	0,035
Partiellement	81 (64,3%)	45 (35,7%)	0,077
Remplacement dans le service			
Par un collègue du même service	92 (86,8%)	14 (13,2%)	0,012
Autres	27 (39,1%)	42 (60,9%)	
Le poste reste vacant	14 (82,4%)	3 (17,6%)	
Par un personnel vacataire	4 (26,7%)	11 (73,3%)	

Volet qualitatif

1. Perception de la charge de travail

- Charge de travail perçue comme satisfaisante

Pour les médecins, la satisfaction en regard de la charge de travail dépend surtout de l'organisation des gardes, du respect des temps de travail et de la possibilité de réaliser les missions qui leur sont confiées. *"La charge de travail est satisfaisante, car nous assurons une garde par semaine et cela ne pose pas de problème."* [M1] *"Notre charge de travail est bonne. L'horaire est respecté et nous disposons du matériel nécessaire."* [M2] *"Notre charge est satisfaisante parce que nous arrivons à accomplir toutes les tâches qui nous sont confiées."* [M3] Certains participants jugent que le rythme de travail actuel leur permet de concilier les obligations professionnelles et le repos. Cette perception se retrouve également chez certains infirmiers, qui considèrent que la charge de travail reste gérable malgré les contraintes du service. Pour eux, le respect des horaires et l'adaptation progressive aux exigences du travail contribuent à rendre la situation acceptable. *"La charge de travail est satisfaisante. Malgré les difficultés, elle m'a appris à mieux travailler et à vivre avec les autres."* [I1]. *"Notre charge est satisfaisante parce que nous respectons les horaires de travail"* [I3].

- Charge de travail non satisfaisante

À l'inverse, de nombreux infirmiers évoquent une charge de travail importante et difficile à tenir. Cette perception est liée à la pénurie de personnel soignant, à la continuité des soins, à l'accumulation des activités et à l'insuffisance des périodes de récupération. *"Notre charge de travail n'est pas satisfaisante parce que nous travaillons beaucoup et il n'y a pas de temps pour se reposer."* [I4]. *"Ce n'est pas satisfaisant parce que nous travaillons énormément"* [I5]. Les discours suggèrent que la surcharge ressentie ne dépend pas uniquement du nombre d'activités à réaliser mais aussi de la disponibilité limitée du personnel pour assurer les remplacements et maintenir la continuité des soins.

Signification : Les résultats mettent en évidence une divergence de perception entre les médecins et les infirmiers. Les médecins perçoivent globalement leur charge de travail comme acceptable, en raison d'une organisation des gardes jugée satisfaisante et du respect des horaires. À l'inverse, les infirmiers rapportent plus souvent une surcharge professionnelle liée au manque d'effectifs, à l'intensité des soins et à la réduction des temps de repos. Cette différence pourrait refléter des conditions de travail et des niveaux de disponibilité des ressources humaines distincts selon les services et les catégories professionnelles.

2. Planification et organisation du congé de reconstitution de la santé

- Existence d'une planification annuelle

Les médecins et les infirmiers participants conviennent qu'il existe une planification annuelle des congés de reconstitution de la santé au sein de l'hôpital. Cette planification se concrétise par l'établissement d'un calendrier de congés, l'approbation des demandes par la hiérarchie et la délivrance d'autorisations ou de lettres de congé. "*Chaque année, une planification est organisée et chacun choisit le mois souhaité avant validation par la*

https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018

hiérarchie." [M1] *"Oui, le congé est organisé une fois par an pour une durée d'un mois."* [M2] *"La planification existe et elle est réalisée chaque année."* [I4] *"Nous recevons des lettres de congé."* [I6].

- Participation variable à la planification

La participation des soignants à la définition du planning des congés ne semble pas uniforme. Certains participants disent être consultés et pouvoir choisir la période souhaitée, tandis que d'autres suivent une organisation déjà établie par la hiérarchie. *"Nous proposons le mois auquel nous souhaitons partir en congé avant validation."* [M1]. *"Chaque année, je participe à la planification."* [I4] *"Nous ne participons pas directement ; il existe déjà une organisation établie."* [M1] Certains infirmiers précisent cependant que cette participation à la planification ne garantit pas toujours sa mise en œuvre effective, notamment lorsque le manque de personnel limite les possibilités de remplacement. *"Même si la planification existe, l'insuffisance du personnel empêche parfois son application."* [I5]

Signification : Les résultats montrent que la planification des congés existe formellement à l'Hôpital Jason Sendwe. Cependant, le caractère participatif de cette planification demeure inégal selon les services et les catégories professionnelles. Lorsque les contraintes liées au manque de personnel sont fortes, la participation des agents peut devenir essentiellement procédurale, sans réelle possibilité de choisir ou de respecter la période de congé souhaitée.

3. Bénéfices perçus du congé de reconstitution de la santé

- Récupération physique et psychologique

Tous les participants s'entendent pour reconnaître que ce congé est un moment essentiel de récupération physique et mentale. Il aide à diminuer le stress, à retrouver de l'énergie et à repartir au travail dans de meilleures. *"Le congé permet de se reposer, de récupérer et de revenir plus frais au travail."* [M1] *"Il permet de se reconstituer physiquement et psychologiquement."* [M3] *"Le cerveau se repose et le stress diminue."* [I5] *"Le repos permet de récupérer physiquement."* (I 6).

- Équilibre familial et social

Le congé est vu comme une opportunité, au-delà de la pause professionnelle, de resserrer les liens familiaux, de s'occuper de certaines affaires personnelles, et de se déconnecter temporairement du travail. *"Le congé permet également de voyager, de voir la famille et de régler certaines occupations personnelles."* [M1] *"Le congé permet de régler les problèmes familiaux."* [I1] *"Il permet également de vivre avec la famille."* [I5]

- Amélioration du rendement professionnel

Certains participants relient directement le congé à une amélioration des performances au retour au travail. Le repos permettrait de retrouver de l'énergie, de la concentration et une meilleure disponibilité pour les patients. *"Le congé permet de reprendre le travail avec plus d'énergie."* [I4]

Signification : Les participants voient dans le congé de reconstitution de la santé un moyen de préserver la santé physique et mentale, l'équilibre familial et la performance professionnelle. Ce n'est donc pas seulement un droit au repos, c'est aussi un moyen de prévenir l'épuisement professionnel et de maintenir la qualité des soins.

4. Obstacles à la prise effective du congé

- Insuffisance des effectifs

Le manque de personnel est le problème le plus souvent signalé, surtout par les infirmiers. Le manque de personnel oblige certains agents à reporter leur congé, à remplacer des collègues absents ou à renoncer totalement à leur droit au repos. *"Je ne pars pas en congé parce que nous sommes en insuffisance d'infirmiers et je dois remplacer les autres."* [M2] *"Depuis que je travaille ici, je n'ai jamais bénéficié du congé parce que nous ne sommes pas nombreux dans le service."* [I1] *"L'insuffisance du personnel nous oblige souvent à reporter le congé."* [I6] *"Lorsque quelqu'un part en congé, il faut couvrir son absence. "* [I5].

- Absence d'incitation financière

Les participants parlent aussi du manque de motivation financière lié au congé. Certains perçoivent comme décourageant la prise effective du repos la réduction de certains revenus pendant la période de congé et l'absence de pécule de congé. "Quand on part en congé, on nous retranche une partie de notre rémunération." [M2] *"Il n'existe pas de pécule de congé et cela décourage plusieurs agents."* [M3] *"Quand on part en congé, il n'y a aucune motivation financière."* [I3].

- Contraintes administratives et hiérarchiques

Moins souvent, des infirmiers évoquent la pression hiérarchique et la lourdeur administrative comme frein à la jouissance effective du congé. *"Il y a aussi la pression de la hiérarchie et la lourdeur administrative."* [I1]

https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018

Signification : Les obstacles à la prise du congé ne sont pas seulement organisationnels. Ils sont également économiques et managériaux. La pénurie de personnel, l'absence d'incitations financières et les contraintes administratives peuvent transformer un droit légalement prévu en une possibilité difficile à exercer dans la pratique.

5. Conséquences du non-respect du congé sur la santé des soignants

- Fatigue et épuisement professionnel

Les participants associent le report ou la non-prise du congé à une fatigue progressive et à un épuisement physique et mental. *"Sans repos, le personnel s'épuise physiquement et psychologiquement."* [M1] *"Il y a de la fatigue lorsqu'on travaille sans congé."* [M2] *"Quand je ne pars pas en congé, je me sens fatiguée."* [I1] *"Le cerveau est fatigué et le corps réclame le repos."* [I4] *"L'organisme refuse progressivement de travailler."* [I5] Cette situation serait particulièrement marquée chez les agents qui cumulent les activités sans période suffisante de récupération.

- Stress et troubles psychologiques

Le non-respect du congé est également perçu comme un facteur de stress persistant. Certains participants estiment que cette situation peut favoriser des troubles psychologiques, voire des états dépressifs chez les soignants exposés de manière prolongée à la surcharge de travail. *"Certaines personnes développent même des troubles psychiatriques ou une dépression liée au stress."* [M1] *"Il y a beaucoup de stress et de perturbations."* [I1] *"Le stress devient permanent."* [I6]

Signification : Les médecins et les infirmiers convergent dans leur perception des conséquences du non-respect du congé. L'absence de repos serait associée à une accumulation de fatigue, au surmenage, au stress chronique et à un risque accru de troubles psychologiques. Ces résultats soulignent l'importance du congé comme mesure de prévention de la détérioration de la santé des personnels soignants.

6. Conséquences de la fatigue sur la qualité et la sécurité des soins

- Risque d'erreurs professionnelles

La fatigue liée à l'absence de congé augmente le risque d'erreurs dans l'exercice professionnel. *"La fatigue favorise les erreurs dans l'administration des soins. "* [M1] *"L'agent risque de passer à côté d'un diagnostic ou d'être moins attentif."* [M3] Ces erreurs concernent notamment l'administration des soins, la vigilance clinique et la prise en charge des patients. *"La fatigue peut conduire à des erreurs dans l'administration des médicaments."* [I5] *"Lorsque le cerveau est fatigué, on risque de mal prendre en charge les patients."* [I4]

- Diminution de la qualité des soins

La fatigue est également perçue comme un facteur de baisse de performance professionnelle. Les participants associent l'épuisement du personnel à une diminution de la qualité des soins dispensés aux patients. *"Lorsque le personnel est fatigué, la qualité des soins diminue."* [M3] *"Le personnel devient moins performant lorsqu'il est épuisé."* [I5].

- Stratégies compensatoires

Malgré la reconnaissance des risques liés à la fatigue, certains infirmiers estiment que leur expérience professionnelle et l'organisation des roulements permettent de limiter, du moins partiellement, les conséquences sur la qualité des soins. *"Malgré la fatigue, nous faisons tout pour éviter les erreurs."* [I1] *"Les roulements permettent parfois de limiter les conséquences."* [I6]

Signification : Les participants considèrent que la fatigue professionnelle compromet la sécurité des patients en augmentant le risque d'erreurs et en réduisant la qualité des soins. Les stratégies individuelles ou organisationnelles de compensation ne suppriment pas ce risque, mais traduisent plutôt une adaptation des soignants face à des contraintes structurelles liées au manque de personnel.

7. Perspectives d'amélioration de la prise du congé

- Renforcement des effectifs

Les participants recommandent en priorité le renforcement des effectifs et la mise en place d'un système de remplacement afin de permettre aux agents de bénéficier de leur congé sans compromettre la continuité des soins. *"Il faut prévoir un personnel de remplacement afin que les services continuent à fonctionner normalement."* [M1] *"L'hôpital doit recruter davantage d'infirmiers."* [I1] *"Chaque service doit disposer d'un effectif suffisant pour remplacer les absents."* [I6]

- Respect effectif du congé annuel

Les participants souhaitent que le congé annuel soit effectivement respecté pour tous les agents, indépendamment des contraintes de service. *"Chaque*

https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018

agent devrait bénéficier obligatoirement d'un congé annuel." [I5]

- Mise en place d'incitations financières

Les participants proposent d'éviter les retenues salariales pendant le congé et d'envisager l'octroi d'un pécule de congé afin d'encourager les agents à prendre effectivement leur repos. *"Il faut arrêter de couper l'argent des agents qui partent en congé et même leur accorder un pécule."* [M2] *"Le paiement du pécule de congé encouragerait davantage les agents à partir en congé."* [M3] *"Il ne faut pas pénaliser financièrement celui qui part en congé."* [I3]

- Amélioration de la gestion des ressources humaines

Les participants recommandent une planification participative, un suivi rigoureux du calendrier des congés et une meilleure organisation des remplacements afin de concilier le droit au repos et la continuité des soins. *"Chaque agent devrait choisir librement sa période de congé au début de l'année."* [M1] *"Les ressources humaines doivent assurer un suivi rigoureux de la planification."* [M3] *"Une bonne planification permettra d'assurer simultanément les congés et la continuité des soins."* [I5] *"Les ressources humaines doivent organiser correctement les remplacements."* [I6]
Signification : Les perspectives d'amélioration formulées par les médecins et les infirmiers sont largement convergents. Elles portent sur le renforcement des effectifs, le respect effectif du congé annuel, l'introduction d'incitations financières et l'amélioration de la gestion des ressources humaines. Ces recommandations traduisent la nécessité d'une réponse institutionnelle globale, capable de garantir à la fois le droit au repos des soignants et la continuité des soins aux patients.

Discussion

Cette étude visait à analyser la gestion du personnel relative à l'octroi du congé de reconstitution de la santé à l'Hôpital Public de Référence Tertiaire Jason Sendwe à Lubumbashi. Les résultats révèlent une divergence notable entre le cadre légal et la mise en œuvre effective de ce droit : si 66,2% des agents ont bénéficié d'un congé au cours des deux dernières années, près de la moitié (49,8%) jugent son obtention « très difficile », et 70% signalent un niveau de fatigue élevé ou très élevé.
Nos résultats sont comparables à ceux rapportés en Afrique Subsaharienne où le taux élevé de fatigue observé dans notre étude (70%) rejoint les conclusions de Nyirigira *et al.* au Rwanda, qui ont rapporté que 71,0% des 294 professionnels de santé interrogés dans un hôpital universitaire de référence présentaient une fatigue professionnelle, et 57,0% un épuisement professionnel [15]. Cette convergence suggère que la charge de fatigue des soignants dans les hôpitaux de référence des Grands Lacs constitue un phénomène régional, lié à des structures sanitaires et à des contraintes de ressources comparables.

L'étude qualitative menée auprès de 64 professionnels de santé rwandais par de Bould *et al.* a mis en évidence des expériences d'épuisement émotionnel, de réduction de l'accomplissement personnel et de dépersonnalisation, modulées par des récits culturels de patriotisme et d'objectifs collectifs de développement [16]. Ces éléments aident à comprendre pourquoi, dans notre étude, certains soignants conservent un engagement professionnel malgré des conditions difficiles tout en soulignant que cette « résilience » apparente un risque de masquer la gravité des problèmes structurels.
Les principaux obstacles identifiés dans notre étude étaient l'insuffisance du personnel (69,6% des agents considèrent que l'insuffisance du personnel limite l'octroi des congés) et les pénalités financières trouvent un écho dans d'autres travaux réalisés en République Démocratique du Congo. Baba *et al.*, à travers des entretiens biographiques auprès de 26 sage-femmes de la province de l'Ituri, ont documenté une pénurie critique de professionnels qualifiés, des conditions de travail dégradées et la suspension des salaires par l'État, contraignant les soignants à l'agriculture ou à la sollicitation d'organisations locales pour survivre [17]. Dans un tel contexte, le congé cesse d'être un droit pour devenir un luxe inaccessible.

Une étude menée à Kinshasa avait déjà signalé que la précarité salariale poussait certains agents à refuser volontairement le congé afin d'exercer des activités supplémentaires et de maintenir leurs revenus [12]. Nos données qualitatives confirment cette dynamique : les participants déclarent explicitement que *"quand on part en congé, on nous retranche une partie de notre rémunération"* et qu'*"il n'existe pas de pécule de congé"*. Ce mécanisme de punition économique fait du congé une charge financière plutôt qu'une opportunité de récupération. Cette situation contraste avec celle décrite par Sinsky *et al.* aux États-Unis, où le nombre insuffisant de jours de congé et la poursuite du travail pendant les vacances constituent des facteurs de risque indépendants d'épuisement professionnel, mais où le mécanisme principal est l'intrusion de la charge de travail et non la perte de revenus [18]. Cette différence révèle une nature fondamentalement distincte des obstacles au

https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018

congé entre pays à revenu élevé et pays à ressources limitées.

Les études menées dans l'est de la République Démocratique du Congo offrent une perspective élargie pour interpréter nos résultats. Mbasha *et al.*, auprès de 407 professionnels de santé au Sud-Kivu, ont montré que l'exposition aux attaques contre les établissements de santé augmentait significativement la prévalence des symptômes de santé mentale sévères (peur ; symptômes de stress post-traumatique, ainsi que l'absentéisme et l'intention de quitter l'emploi [19]. Bien que l'Hôpital Jason Sendwe soit situé à Lubumbashi, région relativement stable, l'insécurité générale en RDC peut constituer un facteur de stress contextuel qui amplifie les effets de la pénurie de personnel et des difficultés financières sur l'application du régime de congé.

Le résultat le plus central de notre étude montre un paradoxe institutionnel : d'une part, une majorité d'agents (74%) estiment que l'hôpital accorde de l'importance à leur santé ; d'autre part, l'accès effectif au congé est systématiquement entravé. Cette *''séparation entre le discours et la pratique''* trouve un écho dans l'étude qualitative d'Appiah *et al.* au Ghana, où les soignants, bien que manifestant un fort engagement professionnel pendant la COVID-19, percevaient un soutien institutionnel largement insuffisant, générant frustration et ressentiment [20].

Bourgeault *et al.* ont montré au Canada que le parcours allant des problèmes de santé mentale à la décision de prendre un congé, puis au retour au travail, variait selon la profession, le genre et le leadership [21]. Notre étude dialogue avec ces travaux : à l'Hôpital Jason Sendwe, le groupe des infirmiers (59,9% des répondants) rencontre les obstacles les plus importants à l'obtention du congé : les entretiens qualitatifs révélant que plusieurs d'entre eux *''n'ont jamais bénéficié du congé''* ou ne l'ont obtenu que rarement, tandis que les médecins rapportent une expérience relativement plus satisfaisante. Cette disparité entre professions suggère que l'application inégale du régime de congé reflète des rapports de pouvoir et une hiérarchie professionnelle profondément ancrés au sein de l'hôpital.

Dans notre étude, les soignants estiment majoritairement que la fatigue augmente le risque d'erreurs cliniques. Cette préoccupation est corroborée par des données empiriques. Caillet *et al.*, à partir de 8 926 120 interventions chirurgicales programmées dans 609 hôpitaux français, ont constaté que la mortalité opératoire en août (période de forte prise de congés) était significativement supérieure à celle des autres mois (1,15% contre 0,81%, p < 0,001) [22]. Piras *et al.* ont confirmé l'existence d'un « effet week-end » — le risque d'erreur médicale entraînant des complications ou le décès étant 3,3 fois plus élevé le week-end ou les jours fériés [23].

Ces résultats ont une implication majeure pour notre étude : la stratégie à court terme consistant à limiter les congés pour réduire les « vacances de poste » peut se faire au détriment de la sécurité des patients. Lorsque le droit au congé est érodé, la baisse de la vigilance clinique et de la précision technique des soignants épuisés finit par nuire aux patients. Ce constat rejoint celui de Sinsky *et al.*, pour qui garantir un nombre suffisant de jours de congé et assurer la couverture des postes pendant les absences est significativement associé à un moindre épuisement professionnel [18].

Limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites. Premièrement, son design transversal ne permet pas d'établir de relation causale entre le congé et les outcomes de santé. Deuxièmement, la collecte des données s'est limitée à un seul hôpital, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres établissements publics de la RDC. Troisièmement, les outcomes de santé auto-déclarés peuvent être soumis à un biais de désirabilité sociale. Enfin, la période de collecte (2026) peut avoir été influencée par des circonstances institutionnelles spécifiques.

Conclusion

Cette étude révèle un écart persistant entre le cadre légal du congé de reconstitution de la santé et sa mise en œuvre effective à l'Hôpital Jason Sendwe. Les obstacles sont structurels, informationnels et financiers, et le remplacement par un collègue du même service ne permet pas une véritable récupération. Le congé doit être considéré comme un investissement stratégique dans le capital humain, condition indispensable à la performance du système de santé et à la sécurité des patients. Le renforcement des effectifs, l'information sur les droits, la révision des politiques salariales et un suivi rigoureux des planifications sont des leviers prioritaires.

Conflits d'intérêt : Aucun.

https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018

Références

1. International Council of Nurses. Seventy-ninth World Health Assembly: Item 12.2 Mental health. Geneva: ICN; 2026.
2. Mohr DC, Elnahal S, Marks ML, Derickson R, Osatuke K. Burnout trends among US health care workers. JAMA Netw Open. 2025;8(4):e255954.
3. Bourgeault IL, Atanackovic J, McMillan K, Akuamoah-Boateng H, Simkin S. The pathway from mental health, leaves of absence, and return to work of health professionals: Gender and leadership matter. Healthc Manage Forum. 2022;35(4):199-206.
4. Chukwunonso-Ogbu A, *et al.* Sleep deprivation and fatigue in healthcare staff: A clinical audit on the risk to patient safety. Cureus. 2025;17(11):e96543.
5. Marković S, Kostić O, Terzić-Supic Z, Tomic Mihajlovic S, Milovanović J, Radovanovic S, *et al.* Exposure to stress and burnout syndrome in healthcare workers, expert workers, professional associates, and associates in social service institutions. Medicina (Kaunas). 2024;60(3):499.
6. Brady AM, *et al.* Absenteeism in healthcare: contextual factors and seasonal variations. J Nurs Manag. 2019.
7. Pi R, Liu Y, Yan R, OuYang Y, Li W, Hou Z, *et al.* "I can't endure it" vs. "I can handle it" - experiencing work fatigue risk for nurses: a qualitative study. BMC Nurs. 2025;24(1):361.
8. Smith A, *et al.* The effects of adequate rest on nurse job satisfaction, burnout prevention, and physical health in medical and emergency units: a qualitative study. JMIR Nurs. 2026;9(1):e84106.
9. Abuhammad S, Alzoubi KH, Al-Azzam S, Karasneh R, Masadeh MM, Alameddine M. Work-life balance, job satisfaction, and burnout among nurses in Jordan: A cross-sectional study. PLoS One. 2025;20(10):e0334603.
10. Ghammam R, Dergaa I, Fredj SB, *et al.* Chronic fatigue among healthcare staff at Farhat University Hospital Hached, Sousse, Tunisia. Eur Psychiatry. 2026.
11. Abate H, Letta S, Worku T, Tesfaye D, Amare E, Mechal A. Shiftwork sleep disorder and associated factors among nurses working at public hospitals in Harari Regional state and Dire Dawa Administration, Eastern Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2023;22(1):118.
12. Ntambue Fula Buana, Mukuna Mukendi J, Muanza Kabangu M, Nseyi Manshimba L, Kanyonga F. Diagnostic et facteurs explicatifs du burn-out chez le personnel soignant congolais. Revue Internationale du Chercheur. 2024;5(2).
13. Mutelo KC, *et al.* Coping diversifié des médecins, infirmiers et gestionnaires face au stress professionnel à Lubumbashi. Tanganyika Journal of Science. 2023;3(1):60-69.
14. Kasongo Maloba Tshikal, Nooy Fiama Bitambile, Ngoïe Musasa. Burnout et stratégies de coping chez les employés congolais. Recherches Qualitatives. 2020;HS-20.
15. Nyirigira G, *et al.* Staff burnout and its risk factors at King Faisal Hospital Rwanda: a cross-sectional survey. BMC Health Serv Res. 2025;25(1):508.
16. Bould MD, *et al.* Lived experience of burnout and fatigue in perioperative healthcare professionals in Rwanda: a qualitative study. Br J Anaesth. 2024;133(5):1051-1061.
17. Baba A, *et al.* 'Being a midwife is being prepared to help women in very difficult conditions': midwives' experiences of working in the rural and fragile settings of Ituri Province, Democratic Republic of Congo. Rural Remote Health. 2020;20(2):5677.
18. Sinsky CA, *et al.* Vacation Days Taken, Work During Vacation, and Burnout Among US Physicians. JAMA Netw Open. 2024;7(1):e2351635.
19. Mbasha JJ, *et al.* Long-term impact of attacks on health care on mental health and workforce retention among healthcare workers in protracted emergency settings: East of the Democratic Republic of Congo. Compr Psychiatry. 2026;150:152739.
20. Appiah SCY, *et al.* COVID-19 and Healthcare Workers Burnt out: A Qualitative Study of Burnout Experiences of Healthcare workers in a Secondary Hospital in Ghana. Nurs Open. 2025;12(8):e70279.
21. Bourgeault IL, Atanackovic J, McMillan K, Akuamoah-Boateng H, Simkin S. The pathway from mental health, leaves of absence, and return to work of health professionals: Gender and leadership matter. Healthc Manage Forum. 2022;35(4):199-206.
22. Caillet P, *et al.* Increased Mortality for Elective Surgery during Summer Vacation: A Longitudinal Analysis of Nationwide Data. PLoS One. 2015;10(9):e0137754.
23. Piras GN, *et al.* The weekend factor: the effect on healthcare quality. A medico-legal, retrospective study. Clin Ter. 2024;175(Suppl 2(4)):213-218.

https://doi.org/10.62126/zqrx.20261018