**REPUBLIQUE DU BENIN**

**********

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**********

**UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI**

**********

**FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

**********

**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE**

**ANNEE : 2023** **N° 2558**

# L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES POLYVALENTE D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION ET D'ACCUEIL DES URGENCES DU CNHU-HKM DE COTONOU : PREVALENCE ET CONSEQUENCE

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

**(DIPLOME D'ÉTAT)**

Par :

**Marie Eniola ENIOLORUNDA**

Né le 09 avril 1998 à Adjarra (Bénin)

DIRECTEUR DE THESE :

**Pr Eugène ZOUMENOU**

CO-DIRECTEUR DE THESE

**MA Ernest AHOUNOU**

PRESIDENT DU JURY :

**Pr Edgard Marius OUENDO**

MEMBRES DU JURY :

**Pr Eugène ZOUMENOU**

**MCA Rose MIKPONHOUE -OLOU**

**REPUBLIQUE DU BENIN**
*****
**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**
---
**UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI**
---
**FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**
********

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

**UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI** **FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

NOVEMBRE 2022

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

# LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

---

**DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges**

**VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi**

**VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib**

**VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle**

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

# PROFESSEURS TITULAIRES

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Dr HOUINATO Dismand Stéphan..... | Neurologie |
| 2. | Dr ADJIBABI Wassi..... | ORL-Chirurgie Cervico Faciale |
| 3. | Dr MEHINTO Delphin Kuassi..... | Chirurgie Viscérale |
| 4. | Dr GANGBO Flore ..... | Histologie- Embryologie-Cytogénétique |
| 5. | Dr LALEYE Anatole O. A ..... | Histologie-Embryologie-Cytogénétique |
| 6. | Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi. | Biophysique, Médecine Nucléaire |
| 7. | Dr FIOGBE Michel Armand..... | Chirurgie Pédiatrique |
| 8. | Dr HANS-MOEVI Aristote ..... | Orthopédie -Traumatologie |
| 9. | Dr KPADONOU Toussaint Godonou..... | Médecine Physique – Réadaptation |
| 10. | Dr SOUNOUVOU Ignace..... | Ophtalmologie |
| 11. | Dr BIAOU Olivier ..... | Imagerie Médicale |
| 12. | Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette..... | Ophtalmologie |
| 13. | Dr ZOUMENOU Eugène..... | Anesthésie-Réanimation |
| 14. | Dr DENAKPO Justin Lewis ..... | Gynécologie Obstétrique |
| 15. | Dr DOSSOU Francis Moïse ..... | Chirurgie Générale |
| 16. | Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo ..... | Dermatologie Vénérologie |
| 17. | Dr AFFOLABI Dissou..... | Bactériologie-Virologie |
| 18. | Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules..... | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 19. | Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix..... | Dermatologie- Vénérologie |
| 20. | Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin..... | Physiologie |
| 21. | Dr FIOSSI KPADONOU Emilie..... | Pédopsychiatrie |
| 22. | Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A. | Gynécologie-Obstétrique |
| 23. | Dr ADJIEN Kodjo Constant ..... | Neurologie |
| 24. | Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille. | Parasitologie |
| 25. | Dr SAGBO Gratien..... | Pédiatrie |
| 26. | Dr SEHONOU Jean ..... | Hépato-Gastro-Entérologie |
| 27. | Dr AGODOKPESSI Gildas ..... | Pneumo-Phtisiologie |
| 28. | ALAMOU Soulé..... | Ophtalmologie |
| 29. | Dr ALLABI Aurel Constant Eustache..... | Pharmacologie Clinique |
| 30. | Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges ..... | Urologie-Andrologie |
| 31. | Dr AYELO Ahounmènou Paul ..... | Médecine du Travail |
| 32. | Dr GNONLONFOUN Dieu donné ..... | Neurologie |
| 33. | Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin..... | Gynécologie Obstétrique |
| 34. | Dr TSHABU AGUEMON Christiane ..... | Gynécologie Obstétrique |

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

| | |
|---|---|
| 35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi ..... | Rhumatologie |
| 36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida.. | Imagerie Médicale |
| 37. Dr AGUEMON Badirou Din..... | Santé Publique |
| 38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne ..... | Médecine Physique et de Réadaptation |
| 39. Dr AZON KOUANOU Angèle ..... | Médecine Interne |
| 40. Dr GBESSI Dansou Gaspard ..... | Chirurgie Générale |
| 41. Dr HINSON Vikkey Antoine ..... | Médecine du Travail |
| 42. Dr HOUNKPE Pierre Claver ..... | Anesthésie-Réanimation |
| 43. Dr LALYA Francis Honorat..... | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 44. Dr VIGAN Jacques ..... | Néphrologie |

## MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

| | |
|---|---|
| 1. Dr ASSOUTO A. Pamphile. ..... | Anesthésie –Réanimation |
| 2. Dr AVAKOUDJO François ..... | ORL-Chirurgie Cervico Faciale |
| 3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia..... | ORL-Chirurgie Cervico Faciale |
| 4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande..... | Parasitologie-Mycologie |
| 5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille. ..... | Chimie Analytique-Bromatologie |
| 6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme ..... | Médecine Interne |
| 7. Dr ALIHONOU Thierry ..... | Neurochirurgie |
| 8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila..... | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 9. Dr GANFON M. Yowel Habib ..... | Pharmacognosie |
| 10. Dr KEREKOU Annelie Célestine..... | Endocrinologie |
| 11. Dr VODOUHE Ulrich B. ..... | ORL-Chirurgie Cervico Faciale |
| 12. Dr WANVOEGBE Armand..... | Médecine Interne |
| 13. Dr CODJO Houétondji Léopold..... | Cardiologie |
| 14. Dr ABOUBACAR Moufalilou ..... | Gynécologie-Obstétrique |
| 15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê..... | Ophtalmologie |
| 16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys.... | Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale |
| 17. Dr AKODJENOU Joseph ..... | Anesthésie Réanimation |
| 18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice..... | Dermatologie-Vénérologie |
| 19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba..... | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce..... | Pédopsychiatrie |
| 21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles..... | Chirurgie Générale |
| 22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon ..... | Histologie-Embryologie-Cytogénétique |
| 23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait ..... | Médecine Légale |

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

| | |
|---|---|
| 24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain..... | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric..... | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| 26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle ..... | Dermatologie-Vénérologie |
| 27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R..... | Cancérologie Chirurgicale |
| 28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin... | Urologie-Andrologie |
| 29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou..... | Chirurgie Générale |
| 30. Dr KLIKPO Elvire ..... | Psychiatrie Adulte |
| 31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi ..... | Gastroentérologie et Hépathologie |
| 32. Dr LAWANI Ismaïl..... | Chirurgie Viscérale |
| 33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle ..... | Médecine du Travail |
| 34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu..... | Gynécologie-Obstétrique |
| 35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè..... | Traumatologie-Orthopédie |
| 36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence..... | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo..... | Santé Publique |
| 38. Dr SEIDOU Falilatou ..... | Anatomie et Cytologie Pathologique |
| 39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud..... | Cardiologie |
| 40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique..... | Gynécologie-Obstétrique |
| 41. Dr WACHINOU Ablo Prudence..... | Pneumo-Phtisiologie |
| 42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès..... | Urologie Andrologie |
| 43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A..... | Pédiatrie et Génétique Médicale |

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

## MAITRES ASSISTANTS

| | |
|---|---|
| 1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry ..... | Neurochirurgie |
| 2. Dr AGBOTON Bruno Léopold ..... | Néphrologie |
| 3. Dr DJOSSOU Médéssè David..... | Odontologie Pédiatrique |
| 4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou ..... | Cardiologie |
| 5. Dr AMOSSOU Labissi François..... | Traumatologie-Orthopédie |
| 6. Dr BADOU Agnès Oladoun ..... | Sociologie et Anthropologie sociale |
| 7. Dr GNINKOUN Comlan Jules..... | Endocrinologie Métabolisme et Nutrition |
| 8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose... | Gynécologie-Obstétrique |
| 9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis..... | Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles |
| 10. Dr ADJOBIMEY Mênonli..... | Santé au Travail |
| 11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A..... | Chirurgie Buccale |
| 12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban ..... | Hématologie |
| 13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane..... | Anesthésie-Réanimation |

ANNEE 2022

| | |
|---|---|
| 14. Dr AÏGBE Nestor..... | Ophtalmologie |
| 15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice..... | Gynécologie-Odstrétique |
| 16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis..... | OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale |
| 17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle ..... | Cardiologie |
| 18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I. ..... | Anatomie |
| 19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle..... | Nutrition |
| 20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert..... | Chimie Analytique |
| 21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin..... | Pharmacie Galénique |
| 22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard..... | Psychiatrie |
| 23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana..... | Hématologie Biologie |
| 24. Dr GOUKODADJA Oswald..... | Traumatologie Orthopédie |
| 25. Dr SOSSA Jean ..... | Urologie |

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

## ASSISTANTS

| | |
|---|---|
| 1. Dr VIGNON Cyprien Kossi..... | Chirurgie Générale |
| 2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M. ..... | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou ..... | Pédiatrie et Génétique Médicale |
| 4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe ..... | Hépato-Gastroentérologie |
| 5. Dr AMONLES Yves D. ..... | Psychiatrie |
| 6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué ..... | Pédiatrie |
| 7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles..... | Biophysique |
| 8. Dr DADJO Kinski Aumar..... | Traumatologie Orthopédie |
| 9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin..... | Neurologie |

NOVEMBRE 2022

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

**Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO**

# Action de  Grâce

«Gloire soit rendue à l'Eternel qui m'a fait grâce d'entrer dans cette faculté malgré les conditions difficiles, qui m'a aidé et soutenu tout au long du parcours.»

Merci pour ton amour et fidélité père

# Dédicaces

- **A mon père Felix ENIOLORUNDA**

Merci pour tes multiples sacrifices et encouragements quand tu étais là, tu as toujours cru en chacun de tes enfants, tu nous as élevé et traité comme si nous étions des génies, de ta nouvelle demeure, malheureusement tu es parti trop tôt, j'espère que de ta nouvelle demeure tu es fière de chacun de nous. Que le ciel te soit agréable, nous nous reverrons un jour.

- **A ma mère Pulchérie ADJANOHOUN**

Merci d'avoir toujours été présente pour nous, d'avoir accepté porter le fardeau non seulement d'une mère mais aussi d'un père, merci pour toutes tes prières, ton soutien et tes sacrifices. Tu as toujours cru en moi même lorsque je n'y croyais plus. Tu as toujours été pour moi une inspiration et une source de motivation de part ton courage, détermination, rigueur, intelligence et ambition. Puisse Dieu t'accorder une longue vie et une excellente santé afin que tu puisses voir et jouir des fruits de tes sacrifices multiples.

- **A ma sœur Precious ENIOLORUNDA**

Merci pour tous les sacrifices en tant qu'ainé, ton amour inconditionnel et ton soutien infaillible ont été plus que nécessaires au cours de mon cursus. Merci d'avoir toujours été un bon exemple. Merci pour ta fidélité et tes encouragements incessants. Les mots ne suffiront pas pour t'exprimer ma profonde gratitude.

- **A mon frère Moses ENIOLORUNDA**

Ton affection m'a été d'un grand réconfort. Tu es un mon petit frère chéri. Toujours disponible, merci pour ton amour et fidélité. Trouve en ce travail le signe de notre fraternité.

- **A ma fille chérie Darah Enioluwa Donan KPADONOU**

Ma princesse, je ne saurais exprimer par des mots, la joie que m'apporte, tu es le cadeau précieux et la source de joie que Dieu m'a offert dans un moment difficile de ma vie, ton sourire me rappelle chaque matin la bonté et la grâce de Dieu. Tu es précieuse et Dieu te garde en excellente santé, et que tu croisses en sagesse divine, en connaissance, en amour et en intelligence. La présence et la faveur de Dieu demeurent avec toi tous les jours de ta vie.

- **A mes deux Mémés**

Vous m'avez été d'un grand réconfort, par votre soutien infaillible et encouragements. Que ce modeste travail soit la concrétisation de vos souhaits ardents de me voir réussir.

- **A mon chéri Pérez KPADONOU**

Aucun mot ne saurait exprimer combien je te suis reconnaissante pour tout ce que tu fais pour moi, tu as toujours été spécial et unique, et ta manière d'exprimer ton amour l'est tout autant, tu as toujours été là pour moi, toujours cru en moi quand j'avais cessé de croire. Indéfectible soutien que tu es, merci pour ta tendresse, ton attention, ta patience et tes encouragements. Que Dieu bénisse nos projets communs pour un long et serein chemin ensemble. Que ce travail soit le témoignage de ma reconnaissance et de mon amour pour toi.

- **A mon beau-père, Dr KPADONOU Rufin**

Je ne saurais vous exprimer avec des mots ma profonde gratitude, vous m'avez toujours traité comme votre propre fille, vous n'avez jamais cessé de croire en nous, votre soutien et encouragements ont été une source de motivation pour la réalisation de ce travail. Recevez à travers ce travail ma profonde reconnaissance pour tous ce que vous faites pour nous.

- **A ma belle-mère, Dr Rosalie AIHOUNZONNON**

Trouvez en ces mots ma profonde gratitude pour votre amour et soutien incessable. Vous m'avez toujours traité comme votre propre fille. Votre soutien et encouragements ont été une source de motivation pour la réalisation de ce travail. Recevez à travers ce travail ma profonde reconnaissance pour tous ce que vous faites pour nous.

- **A ma belle-famille KPADONOU**

Arsène et Sèdami KPADONOU, merci de m'avoir accueillie dans votre famille avec amour, gentillesse, tendresse et beaucoup d'affection, que le seigneur demeure au sein de votre famille.

# Remerciements

- ***Aux diverses équipes de soignants des services de CU-PAR et CUAU du CNHU-HKM de Cotonou : Médecins, Surveillants, infirmiers(ères), Aides-Soignantes.***

  Merci pour le temps accordé pour remplir le questionnaire, merci pour la patience et la collaboration

- ***A mon groupe de stage interné TELOS 335***

  Merci pour la collaboration et pour ces moments inoubliables passés en votre compagnie. Chacun avait une personnalité unique et spéciale, nos moments de discordances n'ont contribués qu'à révéler les forces et faiblesses de chacun, ainsi nous avons appris à nous aimer, nous accepter et à être solidaires.

- ***A mes amis : Chancelle LOKOSSOU, Merleen GOUNADON, Regis PADONOU, Dona MEVI, Floriane FALY etc…*** Je vous aime tous, énormément. Merci pour votre présence et vos encouragements.

- ***A toute la 44$^{ème}$ promotion de médecins FSS Cotonou Merci*** pour la fraternité. Brillante carrière à tous.

  Je ne puis hélas citer les noms de tous ceux qui, de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail. Qu'ils reçoivent mes sincères remerciements

# Hommages

- ***A mon directeur de thèse, le Professeur Eugene ZOUMENOU***

Cher Maître, vous êtes pour nous un modèle de détermination et une source d'inspiration. Votre simplicité, votre humilité, votre gentillesse, votre générosité, votre charisme, votre rigueur et surtout votre amour du travail bien fait m'ont beaucoup marquée au cours de mon cursus, veuillez trouver en ces mots, le témoignage de ma grande admiration à votre égard. C'est un grand honneur que vous nous avez fait, en acceptant de diriger ce travail. Recevez cher professeur et maître mes hommages respectueux.

**Profondes gratitudes.**

- ***A mon codirecteur de thèse, le Docteur Ernest AHOUNOU***

Cher Maître, votre simplicité et votre sens du travail bien fait, nous ont poussé à vous soumettre également la codirection de ce travail. Votre oui spontané, vos conseils et votre accompagnement ont forcé notre admiration et notre respect. Vous êtes pour nous un guide et un exemple à suivre. Puisse ce travail refléter votre rigueur scientifique.

**Profondes gratitudes**.

- ***Au Président de notre jury de thèse Cher Maître***

Votre grandeur nous a toujours marqué durant nos années de formation. C'est une grande joie pour nous, de savoir que vous avez accepté de présider notre jury de soutenance de thèse. Vos conseils et recommandations nous aideront à améliorer la qualité de ce travail.

**Hommages respectueux.**

- ***Aux Honorables membres de Jury***

  Nous vous adressons nos remerciements pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail en acceptant de le juger. Nous sommes convaincues que votre contribution nous aidera à parfaire ce travail. Chers Maitres, recevez ici l'admiration et l'estime que nous vous portons ainsi que l'expression de notre reconnaissance.

  **Sincères reconnaissances.**

- ***A tous nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou***

  En reconnaissance de la qualité de la formation et des valeurs humaines que nous avons reçues de vous, acceptez chers Maîtres, nos profondes gratitudes.

  **Hommages mérités.**

# Liste des  sigles et abréviations

| | | |
|---|---|---|
| **OR** | **:** | Odds ratio |
| **IC** | **:** | Intervalle de confiance |
| **CUPAR** | **:** | Clinique Universitaire polyvalente d'Anesthésie Réanimation |
| **CUAU** | **:** | Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences |
| **CNHU-HKM** | **:** | Organisation International du Travail |
| **OMS** | **:** | Organisation Mondiale de la Santé |
| **OIT** | **:** | Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga |
| **MAR** | **:** | Médecin Anesthésiste-Réanimateur |

# Liste des tableaux et figures

# LISTE DES TABLEAUX

**Tableau I**:Répartition des soignants de la CUPAR et la CUAU selon le sexe, la situation matrimoniale et le nombre d'enfants à charge à Cotonou 2023..... 37

**Tableau II**: Répartition des soignants de la CUPAR et la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023, selon leur service d'appartenance, profession et ancienneté dans le service ..... 38

**Tableau III**: Répartition des soignants de la CUPAR et la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023, selon les horaires de travail, nombre d'heure hebdomadaire de travail, nombre de gardes par mois ..... 39

**Tableau IV**: Répartition des soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de cotonou en 2023 selon la pratique de sport et de loisir, temps consacré à la famille et la disponibilité. ..... 40

**Tableau V**: Répartition des soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 selon la consommation d'alcool et de psychotropes . 41

**Tableau VI** : Dégré de l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 43

**Tableau VII**: Niveau du risque d'usure de compassion chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 44

**Tableau VIII**: Prévalence et gravité de la dépression chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 44

**Tableau IX**: Relation entre l'âge et l'épuisement professionnels chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 45

**Tableau X**: Association des autres facteurs sociodémographiques et l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 46

***Tableau XI:*** Association entre le service d'appartenance, la profession et l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023..... 47

***Tableau XII:*** Association entre les horaires, le nombre d'heures de travail par semaine, le nombre de gardes et l'épuisement professionnel, chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023. ..... 48

**Tableau XIII**: association entre le climat de travail et l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 49

**Tableau XIV**: Habitudes de vie et la survenue de l'épuisement professionnel, chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 50

**Tableau XV**: Association antécédents, mode de vie et la survenue de l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 51

**Tableau XVI**: association entre l'usure de compassion et l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 51

**Tableau XVII**: association entre le niveau du risque d'usure de compassion et l'Epuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023..... 52

**Tableau XVIII:** Association entre l'usure de compassion et la gravité de l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023..... 53

**Tableau XIX**: Association entre le risque d'usure de compassion et les dimensions de l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023..... 53

**Tableau XX**: Association entre la dépression et l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 54

**Tableau XXI**: Association entre la dépression et le degré d'épuisement émotionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 55

**Tableau XXII**: Relation entre gravité de la dépression et l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 55

# LISTE DES FIGURES

**Figure 1**: Le burn-out à la croisée de l'engagement dans le travail et des facteurs de risques psychosociaux ..... 16

**Figure 2**: Répartition des soignants selon l'âge ..... 36

**Figure 3:** Prévalence de l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 41

**Figure 4:** Gravité de l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 ..... 42

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que leur auteur.

**SOMMAIRE**

Introduction ..... 1
1 . Généralités ..... 5
2. Cadre et méthode d'étude ..... 23
3. Résultats ..... 34
4. Discussion ..... 57
Conclusion et suggestions ..... 65
Références ..... 70
Annexes ..... A
Table des matières ..... L

# Introduction

Depuis toujours, le travail a occupé une place importante dans les sociétés humaines.

Les milieux de travail constituent une source de stress important, parfois difficile à gérer. La concurrence en milieu professionnel, l'augmentation des exigences, les relations professionnelles tendues et les longues heures de travail engendrent une forte pression sociale, émotionnelles, psychique et physique.[1]

Ce stress accru peut être à l'origine du Burn-out, encore appelé ''syndrome de l'épuisement professionnel''.

Ce syndrome avait été décrit pour la première fois en 1975 par le chercheur américain FREUDENBERGER Herbert, qui lui donna le nom de ''Burn-Out'' pour caractériser l'épuisement psychique et physique chez des travailleurs des professions d'aide, de soins et de formation.[2]

L'étude du sujet a été poursuivie et approfondie par la chercheuse Christina Maslach qui décrira plus amplement les caractéristiques du syndrome et facilite sa reconnaissance sur le plan scientifique. Elle décrit l'épuisement professionnel comme un état de fatigue professionnelle d'ordre émotionnel, physique et psychique ressenti dans les milieux de travail émotionnellement exigeants.[3]

Les professionnels de la santé étant soumis à un milieu fortement stressant et exigeant émotionnellement et physiquement, ils représentent un groupe à fort risque.

Selon l'OMS le syndrome de l'épuisement professionnel est un syndrome psychologique résultant d'un stress chronique au travail.[4] De nombreuses études ont permis de conclure que les professions d'aide à autrui et de soins sont les plus à risque de développer un épuisement professionnel. En particulier ceux qui sont confrontés à une forte sollicitation émotionnelle et physique sur une longue durée tel que les professionnels des services d'urgences, soins intensifs et de la réanimation.[5, 6]

C'est en effet très important de documenter ce phénomène sous nos cieux. Dans les pays développés, cet épuisement en milieu professionnel de santé est responsable d'une baisse de la performance des soignants, un suicide, et une réduction la qualité des soins[7, 8]

Une étude réalisée aux Etats Unis sur 7288 praticiens, représentatif de l'association des médecins du pays avait noté que la plus forte prévalence de Burn out était chez les praticiens des services d'urgence (52%) et soins intensifs (50%).[9]

En France, dans le CHU D'AMIENS, le syndrome d'épuisement professionnel au sein du personnel soignant étant évalué à 49% chez les soignants en général, dont 33% de médecins, 11,5% des infirmiers et 12.5% des aides-soignants.[10]

En Afrique, au Maroc, dans quatre (04) hôpitaux universitaires, l'épuisement professionnel au sein du personnel de la réanimation a été évalué à 70% du personnels soignants[11]. Au Bénin, à l'hôpital de Parakou[12], 68,3% du personnel soignant des soins intensifs étaient touchés par ce phénomène, 89,42% du personnels du service des Urgences (CUAU) du CNHU-HKM[13] et 30,6% des personnels soignant de l'hôpital de MENONTIN.[14, 13]

La majorité des données disponibles sur l'épuisement professionnel proviennent de recherches effectuées dans les pays développés. Ces études ont contribué considérablement à l'amélioration du milieu de travail en santé, une amélioration de la relation soignant-patient et une amélioration de la qualité des soins offert.
Néanmoins en Afrique, en particulier au Bénin les informations disponibles sur l'EP sont encore peu fournies.

Nous disposons de très peu d'information sur la prévalence, les facteurs associés et les conséquences socio-sanitaires de l'épuisement professionnel du personnel soignant, en particuliers ceux qui sont au contact de patients nécessitant des soins intensifs ; d'où la raison de notre recherche actuelle.

## OBJECTIFS

- **OBJECTIF PRINCIPAL**

Etudier la prévalence et conséquence du syndrome d'épuisement professionnel au sein du personnel soignant de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou.

- **OBJECTIFS SPECIFIQUES**

1. Déterminer la prévalence de l'épuisement professionnel chez le personnel soignant
2. Décrire les facteurs socio-démographiques et professionnels du personnel soignant et leurs associations avec l'épuisement professionnel
3. Décrire quelques conséquences sanitaires de l'épuisement professionnel au sein de ce groupe de soignant

# 1 . Généralités

## 1-1 Définitions de concepts

- **Le stress en milieu de travail**

  Hans Selye définit le stress en termes biologiques comme ‘’*une réponse non spécifique de l'organisme consécutive à toute sollicitation exercée sur cet organisme*’’. [1]

Pour l'OIT, le stress ‘’*est la réponse physique et émotionnelle nocive causée par un déséquilibre entre les exigences perçues et les capacités et ressources perçues des individus pour faire face à ces exigences.*’’. Il se manifeste quand les exigences du travail ne correspondent pas ou dépassent les capacités, ressources ou besoins du travailleur, ou lorsque les connaissances ou les capacités d'un travailleur pour gérer une situation ne correspondent pas aux attentes de la culture organisationnelle d'une entreprise.[1 , 17]

- **Le Burn-out (Epuisement professionnel)**

  C'est un concept aux multiples définitions, il a été classé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans CIM-11 (Classification internationale des Maladies) comme un phénomène du travail sans toutefois être reconnu comme une pathologie à part entière[15]. Il a été défini pour la première fois au regard des professions d'aide et de soins comme un état d'épuisement physique, émotionnel et mental lié à une longue exposition à des situations exigeant une implication émotionnelle importante ou comme étant un processus où le travailleur jusqu'ici impliqué se retranche en réaction aux exigences et au fardeau de son travail[2]. Selon Pines, l'épuisement est ‘’*l'état de fatigue physique, émotionnelle et intellectuelle, se traduisant généralement par un affaiblissement physique, une exténuation émotionnelle, des sentiments d'impuissance et de désespoir, ainsi que par le développement chez le sujet d'une attitude négative aussi bien vis-à-vis de lui-même que de son travail, de la vie et des gens (Pines 1982 :27’’)*[16]

- **Les facteurs favorisants**

  C'est l'ensemble des éléments liés au travail susceptibles d'entrainer un endommagement.

- **Les risques psycho-sociaux**

  C'est l'ensemble de facteurs liés au travail susceptibles de causer un stress, l'Organisation International du Travail (OIT) a défini ces risques comme '' *interactions entre le milieu de travail, le contenu de l'emploi, la situation organisationnelle et les capacités des travailleurs, leurs besoins, leur culture et des considérations personnelles extraprofessionnelles qui peuvent, par l'intermédiaire des perceptions et de l'expérience, influer sur la santé, le rendement et la satisfaction au travail'' [1]*

  Les risques psychosociaux , selon l'institut national de recherche et de la sécurité (INRS), correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non :

  -Du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ;

  -Des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;

  -Des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions…)

## 1-2 Historique du Burn-out

Le concept de Burn-Out est le plus souvent attribué au chercheur Freudenberger qui a été le premier à le décrire et à l'étudier au sein des professionnels d'aide et de soins[2, 18]. Mais en réalité, le phénomène avait débuté lorsque le monde du travail a commencé à changer et se moderniser,

la pression et les exigences du nouveau monde industriel avaient commencé à engendrer de l'épuisement[16]. Par exemple en 1971, aux USA, un groupe de travailleurs signalait un épuisement qui avait été appelé '' Burn out vocationnel''[18].

En 1869, le neurologue George Beard a décrit le terme << Neurasthénie>> pour décrire un épuisement psychique au sein de la communauté des travailleurs intellectuels du nouveau monde industriel.[19, 20]

En 1961 Graham Greene avait publié un livre intitulé << *The Burn Out Case*>> décrivant l'histoire d'un architecte qui s'est progressivement épuisé avec son travail[19]

En 1969 HB Bradley a utilisé le terme « Burn-out » dans un article criminel pour la première fois pour décrire l'épuisement du personnel travaillant dans un centre pénitentiaire de jeunes adultes.[21, 16]

Puis en 1974, le psychologue H. Freudenberger publia un article scientifique « Staff Burn-out » basé sur son observation de l'équipe de volontaires (y compris lui-même) travaillant dans une clinique gratuite pour patients toxicomanes. Dans sa publication, il décrit le Burn out comme étant caractérisé par un épuisement engendré par un travail excessivement demandant. Cet épuisement était accompagné de signes physiques tels que l'irritabilité, les céphalées et l'insomnie. [21, 16]

Après lui, inspiré par sa publication, la psychologue Christina Maslach débuta ses recherches en 1976 puis publit en 1981 en collaboration avec Susan Jackson une échelle d'évaluation du Burn-out appelé MASLACH BURNOUT INVENTORY( MBI)[19, 22]

## 1-3 Aspects cliniques

### 1-3.1 Description de l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel est un syndrome complexe et peut être décrit au travers de 03 dimensions. Les travaux scientifiques réalisés, dont notamment ceux de la psychologue Christina Maslach, ont permis de le décrire comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail. Il est caractérisé par trois (03) dimensions dont :

- **L'épuisement émotionnel**

  Il est ressenti au plan psychique et physique, avec le sentiment d'être totalement vidé de ses ressources. C'est la première manifestation de l'épuisement professionnel, elle est caractérisée par une fatigue extrême due à l'exposition continue à des facteurs de risques psychosociaux très prégnants au travail. De plus les temps de repos habituels (sommeil, week-end, congés, détentes, temps de pause etc.) ne suffisent plus à soulager cette fatigue qui devient chronique.[2, 3 ,5]

- **Le cynisme vis-à-vis du travail** ou **dépersonnalisation**

  L'attitude de l'individu devient négative, dure, détachée, vis-à-vis de son travail et de son entourage. Progressivement il se désengage et se désintéresse de son travail, érigeant inconsciemment une barrière entre lui et le monde autour. Il « déshumanise » inconsciemment les autres en mettant son entourage à distance. Cette seconde dimension correspond en quelque sorte à une réaction d'auto-préservation face aux exigences (émotionnelles) du travail auxquelles la personne ne peut plus faire face, une stratégie d'adaptation en réponse à la sur sollicitation ressentie par l'individu.[2, 5 , 3] Chez le personnel soignant, la déshumanisation de la relation avec patient, qui fait initialement le sens de la profession, est un aspect beaucoup plus spécifique. On parle d'attitude indifférente. Pour certains, la déshumanisation surviendrait en réaction à l'épuisement, dans une tentative du soignant de se

protéger d'une proximité épuisante avec la souffrance du patient en lui déniant sa dimension humaine (réification), cela résulte en une altération de la relation soignant-patient où le patient n'est plus appelé par son nom mais par un indicatif (sa pathologie, numéro de lit etc…) [23, 24]

- **La diminution de l'accomplissement personnel au travail**

  Dans sa troisième dimension, le Burn out se caractérise par une perte de l'accomplissement personnel, une dévalorisation de soi, traduisant à la fois pour l'individu le sentiment d'être inefficace dans son travail et de ne pas être à la hauteur du poste. Malgré tous ses efforts, le travailleur se sent dans une impasse, pouvant conduire à un désinvestissement au travail avec absentéisme ou abandon du travail chez certains, ou par contre un surinvestissement, un prolongement des heures de travail mais avec une rentabilité et efficacité diminuée. Dans les cas les plus extrêmes, le travailleur peut se trouver dans un état physique et psychique tel qu'il ne peut pas poursuivre son activité de travail ; ce qui peut être vécu comme une rupture, un écroulement soudain, alors que des signes avant-coureurs pouvaient le laisser présager. [2, 5, 3, 25, 13]

### 1-3.2 Les différentes étapes de l'épuisement professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant s'installe en général insidieusement. Schématiquement, la première étape est celle de **l'enthousiasme idéaliste vis-à-vis du travail**. Puis vient **la stagnation inefficace avec désinvestissement progressif**, suivie par une phase dominée par **le sentiment de frustration**, avant que ne s'installe **une apathie désabusée** avec recherche d'une position de sécurité.[26]

### 1-3.3 Symptômes

L'épuisement professionnel présente plusieurs symptômes dont les :

- **Manifestations émotionnelles**

  **S**e traduisent par un sentiment de perte de contrôle, des peurs mal définies et des tensions nerveuses, associés à une humeur triste ou un manque de motivation. L'individu peut être irritable, tendu, trop sensible, apathique ou impassible.

- **Manifestations physiques**

  Les manifestations physiques sont très présentes et sont faites de troubles du sommeil, une fatigue physique chronique, des tensions musculaires avec des douleurs rachidiennes (dos, nuque, lombalgie), parfois une prise ou une perte de poids, des céphalées à répétition, des nausées, des vertiges peuvent s'y associées.

- **Manifestations cognitives**

  Sur le plan cognitif, le Burnout retenti sur les capacités de traitement de l'information dont dispose l'individu : avec une difficulté de concentration, difficultés à réaliser plusieurs tâches à la fois, à nuancer, à prendre des décisions, des difficultés à mémoriser, des amnésies, erreurs mineures et fautes à répétition.

- **Manifestations comportementales ou interpersonnelles**

  Sur le plan interpersonnel, l'individu peut se replier sur lui-même, s'isoler socialement, ou développer un comportement agressif, violent, traduisant une diminution de sa tolérance à la frustration professionnelle. Moins enclin à l'empathie, l'individu est moins touché par les problèmes des autres et peut aller jusqu'à traiter ces derniers comme des objets. Se sentant dans une situation inextricable, il peut éprouver du ressentiment et de l'hostilité à l'égard des personnes qu'il côtoie dans son travail ou développer des comportements addictifs au : tabac, alcool, tranquillisants, drogues, etc. Chez le personnel soignant, cela peut se traduire par une agressivité envers les

patients, une insensibilité aux souffrances et une limitation de la relation soignant-patient.

- **Manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude**

  Se sentant déprécié dans son travail, l'individu peut se désengager progressivement. La baisse de motivation et du moral s'accompagnent d'un effritement des valeurs associées au travail. Ne pouvant changer la situation dans laquelle il se trouve, il peut avoir le sentiment d'être pris au piège. L'individu peut développer des doutes de ses propres compétences et se remettre en cause professionnellement, penser qu'il n'est plus capable de faire son travail comme avant : il se dévalorise.[2, 13, 5, 27]

## 1-4 Epidémiologie du Burn out chez les soignants

Le Burn-out est un problème de santé au travail très alarmant qui suscite beaucoup d'attention ces dernières décennies, il est plus présent dans les métiers émotionnellement très exigeants, et les personnels des services d'urgences et de soins intensifs en sont plus enclins, en raison de la forte pression émotionnelle, physique et psychiques aux contacts des patients.[28]

Aux USA, Une enquête de Medskape Lifestyle incluant 20000 médecins américains avait retrouvé une prévalence de 40% en 2013 et 51% en 2017 [29, 30, 31], 33% chez les infirmiers en milieu hospitalier , 37% des infirmiers en soins à domicile et 43% de tous les infirmiers américains en 2011[29, 32, 33, 34], puis une autre étude réalisée sur un échantillon de médecins 7288 avait noté 50% de Burn-out chez les travailleurs aux Urgences, 52% en soins intensifs, 33% en psychiatrie.[5]

Une étude réalisée en France sur les médecins et pharmaciens salariés avait noté une prévalence de Burn out de 38,4% chez les anesthésistes-réanimateurs, 42,4% chez les autres praticiens.[35]

Une enquête, réalisée au Maroc dans quatre (04) grands centres hospitaliers universitaires, avait conclu à 69,65% de prévalence de Burn-out chez les personnels

soignants d'anesthésie réanimation , dont 48,27% avaient un épuisement professionnel sévère [36, 37]

En Tunisie, une étude réalisée dans un service d'urgences, dans un CHU a permis de noter que 56% du personnel soignant étaient affectés par le Burn out dont 47% avaient un Burn-out sévère[38]

En Inde, dans un hôpital, 70% des médecins et 69% des infirmiers avaient un Burn-out.

Au Benin, à l'hôpital de Parakou[12], 68,3% du personnel soignant des soins intensifs étaient touchés par ce phénomène, 89,42% du personnels du service des Urgences (CUAU) du CNHU-HKM[13] et 30,6% des personnels soignant de l'hôpital de MENONTIN[13]

## 1-5 Facteurs favorisants ou risques psychosociaux du Burn out en Réanimation

Les médecins et autres praticiens de réanimation et service de soins intensifs sont particulièrement très soumis à des facteurs psychosociaux donnant lieu à un stress permanent et chronique , par exposition à des états pathologiques graves, des souffrances des patients et de la détresse des familles, des décisions de fin de vie et des procédures diagnostiques et thérapeutiques complexes, des moyens techniques sophistiqués, de l'évolution rapide des connaissances, de l'exigence d'une coordination importante entre les professionnels…etc. ,[39]

L'épuisement professionnel est un syndrome engendré par l'association de facteurs liés au milieu de travail et des facteurs personnels.

### 1-5.1 Les facteurs liés au travail :

- **Les exigences au travail**

  Chez les professionnels de la santé, en particuliers, les travailleurs dans le secteur de soins intensifs sont soumis à une forte intensité de travail, à de longues heures de travail (permanences, gardes) associées à des risques de perturbations du rythme circadien, la complexité du travail avec une mentalité de « Aucune erreur permise ». Le stress lié aux risques de poursuites judiciaires, les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, le manque d'appréciation par les supérieurs hiérarchiques, et des revenus mensuels insuffisants sont tous des facteurs favorisant la survenue d'un épuisement professionnel chez le travailleur . [2, 3, 40, 41, 42]

- **Les exigences émotionnelles**

  Les relations avec le public qui sollicite énormément l'implication émotionnelle du travailleur, les contacts conflictuels ou difficiles avec l'entourage (collègues, patients, supérieurs hiérarchiques…) ; le fait d'afficher vis-à-vis du public des émotions en contradiction avec son ressenti (devoir sourire ou tolérer à un patient qui suscite un certain énervement, par exemple) sont des exigences émotionnelles. Auprès des professionnels de la santé, selon les études de Christina Maslach, L'analyse dévoile que si les expériences émotionnelles peuvent être gratifiantes (certains patients guérissent, grâce aux efforts du professionnel), elles sont le plus souvent stressantes (travailler avec des patients difficiles, déplaisants, avoir de mauvaises nouvelles à annoncer, annoncer les décès, être en conflit avec les collègues font partie des facteurs de stress).[2, 3, 41, 42].

### 1-5.2 Facteurs liés à l'individu

Les motivations inconscientes du choix de la profession, les capacités limitées d'adaptation aux difficultés du travail, l'excès d'idéalisation de la profession sont des facteurs favorisants de l'épuisement professionnel.[26]

Certaines études réalisées ont permis de noter que les femmes étaient plus à risque que les hommes, en particulier les jeunes femmes, brillantes, engagées, et très dynamiques. [27, 43]

De plus les personnes ayant une personnalité hypersensible, qui absorbent facilement et intensément les émotions de leurs patients, des personnes très attachées au travail bien fait, perfectionnistes, trop dynamique ou trop investies dans le travail sont plus à risque.

Il a été aussi démontré que l'épuisement professionnel était plus susceptible d'apparaitre chez les professionnels qui sont au début de leur carrière si ces derniers travaillent trop dure avec des standards trop hauts voire impossible sur une longue durée, en milieu de carrière chez ceux ayant développé une insatisfaction et une déception face au travail, et en fin de carrières chez ceux ayant développés une dépendance du travail avec un système de fonctionnement tel que « Je ne suis rien en dehors du travail »

Enfin, les problèmes conjugaux ou d'autres stress provenant de la vie privé peuvent aggraver les signes du burn-out.[27, 44]

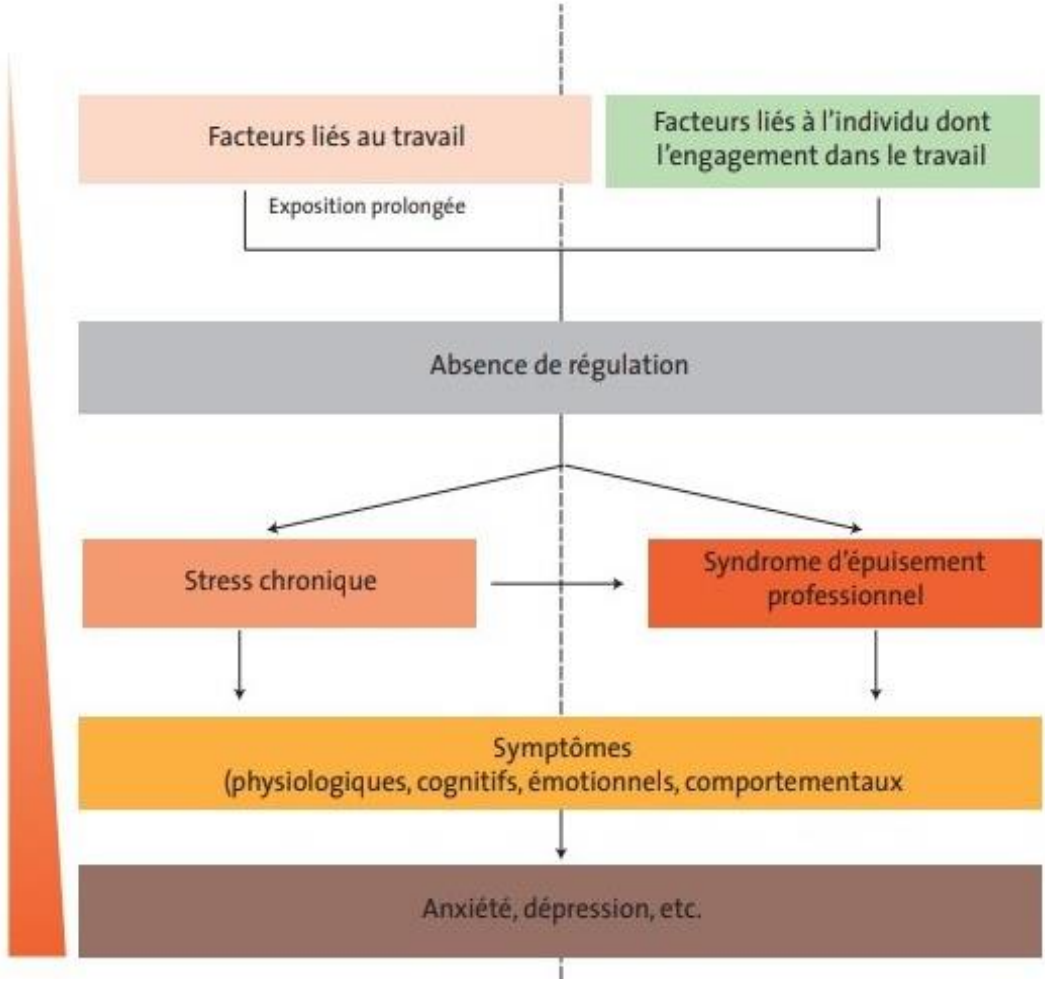



**Figure 1**: Le burn-out à la croisée de l'engagement dans le travail et des facteurs de risques psychosociaux

*Diagramme provenant du livre « le syndrome d'épuisement professionnel ou Burn Out » écrit par INRS p16 [2]*

## 1-6 Conséquences de l'épuisement professionnel

### 1-6.1 Pour le soignant

L'épuisement professionnel peut être à l'origine de la dégradation de la santé mentale du soignant avec un risque élevé de développer des conduites addictives (alcool , drogues …) [45]

Dans les cas extrêmes, cela peut aboutir à une dépression sévère voir un suicide.[46].

Les médecins ont un risque double de suicide par rapport à la population générale, chez les femmes médecins, le risque est triple (18). On sait que les MAR eux même ont un risque accru de toxicomanie (11% d'addiction dont 60% d'éthylisme) et de suicide. Une étude américaine avait démontré qu'environ 400 professionnels de santé se suicident chaque année.

Sur le milieu de travail, l'épuisement professionnel peut être à l'origine d'absentéisme ou d'abandon, réduction de l'efficacité au travail, plus grandes susceptibilités à faire des erreurs.[23, 42, 47, 48]

Il existe un risque de redistribution du travail sur les collègues, une désorganisation de l'équipe de travail et une baisse importante de la performance.[13]

Une étude réalisée a permis de noter que le BO était impliqué dans l'apparition de pathologies telles que l'hypercholestérolémie, le diabète type II, pathologie cardiovasculaires, les douleurs musculosquelettiques, fatigue chronique, les migraines, et les troubles gastro-intestinaux, les troubles respiratoires et mort précoce (inférieur à 45ans) .[47] [49] [50]

### 1-6.2 Pour le patient

Le BO a des conséquences indirectes sur le patient, les risques d'erreurs dans les soins, une baisse dans l'efficacité des soins et un contact soignant-patient médiocre, difficile voir agressif. [23, 35, 42, 44, 51].

La durée d'hospitalisation du patient peut être également allongé en lien avec la baisse de la performance du soignant [52, 53]

L'exigence émotionnelle très forte que nécessite la pratique de la médecine, en particulier dans un environnement tel que la réanimation et les urgences où le contact avec les cas grave est régulier, l'épuisement émotionnel peut s'accompagner, chez certains soignants, de l'usure de la compassion.

L'usure de compassion qui se définit comme une profonde érosion émotionnelle et physique, qui s'installe lorsque les soignants ne sont plus capables de se régénérer, de se ressourcer et de se protéger de la charge émotionnelle de leurs patients. Selon Fortier elle est *« liée à une compassion extrême, à un désir profond d'aider l'autre quitte à s'oublier, ce qui mène à une perte d'énergie psychologique, émotionnelle et physique. C'est une usure qui s'installe de façon lente et graduelle et qui se produit lorsque la personne qui aide n'est plus capable de se ressourcer et de retrouver son énergie.»* Fortier, 2018. [54]

Cette usure de compassion comporte 02 phases, la première caractérisée par l'épuisement professionnel puis la deuxième phase, un stress post-traumatique où le soignant revoit en flash les traumatismes de ses patients.[55]

### 1-6.3 Pour l'hôpital

Les différents impacts du Burn-out sur le praticien auront des répercussions directes ou indirectes sur l'hôpital.

L'absentéisme du praticien sera responsable d'une désorganisation des équipes de travail, une augmentation de la charge de travail pour les collègues, et une perte financière pour l'institution.

La baisse de la performance du soignant et la baisse de l'efficacité des soins favoriseraient les erreurs de soins, qui augmenteront significativement le nombre de litiges contre l'hôpital donc de dépenses financières. [52, 56, 57]

## 1-7 Prise en charge du Burn out

### 1-7.1 Prévention

- **Sur le plan personnel**

Pour prévenir l'épuisement professionnel, il est important de relativiser les facteurs de risque psychologiques, de réaliser une auto prise en charge durable et d'acquérir des compétences dans la gestion du stress, dans la résolution de conflits et dans l'interaction sociale.

Il est aussi important de faire un choix de carrière basé sur des informations vérifiées et choisir en pleine connaissance de cause. [58]

- **Sur le plan collectif**

Aménagement du milieu de travail, Organisation des rencontres de loisir, favoriser la communication entre collègues et avec supérieurs hiérarchiques, favoriser la communication sans tabous ni honte des difficultés personnelles rencontrées au travail, instaurer des séances d'informations sur le sujet dès le début de carrière ainsi que les mesures individuelles de protection, promouvoir l'accès aux thérapies psychologiques, organiser les heures de travail et améliorer la compensation financière.

Il serait aussi important d'instaurer une politique de suivi régulière des agents de santé par des psychologues qualifiés. [13] et un dépistage systématique de l'épuisement professionnel dans les services à haut risque.

La psychoéducation, sur le stress, le burnout et la dépression ainsi que sur les diverses stratégies thérapeutiques, est un élément essentiel du traitement.[58]

### 1-7.2 Traitement curatif

- **Aider le travailleur à reprendre pied**

Il s'agira de prendre des mesures visant à rétablir l'équilibre du travailleur en agissant à la fois sur sa sphère professionnelle mais aussi sa vie personnelle. Son responsable, le médecin du travail ou son médecin traitant peut lui suggérer de : s'arrêter de travailler temporairement, afin de prendre du recul, de récupérer, notamment, par le repos, par la relaxation ou le sport, etc. ; d'accepter l'idée « qu'à l'impossible nul n'est tenu » pour effectuer un « retour à la réalité».

Selon la sévérité du syndrome, un arrêt maladie de deux (02) à trois (03) mois peut être nécessaire. Une prise en charge par psychothérapie (par exemple, une thérapie comportementale et cognitive) associée à un antidépresseur est recommandée.[2]
Ensuite, se fera une reprise progressive du travail, après visite pré-reprise.
Il est crucial qu'il y ait eu une amélioration du milieu de travail avec modification des facteurs de stress sinon, la crainte d'une récidive pourrait empêcher le travailleur d'y retourner.

## 1-8 Instrument de mesure de l'EP

### 1-8.1 Evaluation de La prévalence de l'EP

La prévalence de l'épuisement professionnel a été mesurée avec le questionnaire Maslach Burn-out Inventory (MBI) développé par la psychologue Susan Jackson, Michael Leiter et Christina Maslach. Le Maslach Burnout Inventory (MBI) est le questionnaire scientifiquement validé le plus utilisé aujourd'hui. Il s'adresse aux travailleurs et se décline en deux versions : une version pour des populations spécifiques (les professions d'aide et de soins, les professions de l'enseignement et de la formation) et une version pour la population générale au travail.
Le MBI est constitué de vingt-deux items :

- Neuf (09) pour l'épuisement émotionnel.

- Cinq (05) pour la dépersonnalisation.
- Huit (08) huit pour l'accomplissement personnel.

La personne interrogée indique la fréquence selon laquelle elle éprouve le sentiment en question. L'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel sont mesurés séparément. Autrement dit, l'individu n'a pas un score global de burnout, mais un score pour chacune des trois dimensions. Les recherches qui ont étudié la validité du MBI ont confirmé qu'une structure à trois dimensions correspondait mieux aux données qu'une structure à deux ou à une seule dimension [2, 13, 26, 40]

Les modalités de réponses pour les 22 items sont basées sur une échelle de fréquence de 7 points avec une intensité allant de 0 à 6 : « 0 = jamais » à « 6 = chaque jour ».

Le score dans chaque dimension permet de déterminer le degré d'atteinte : élevé, modéré ou faible.

Selon MBI il existe deux manières de catégoriser le patient ayant un burnout :

- Soit dimension par dimension: ainsi on est atteint de burnout si l'Epuisement émotionnel (EE) est élevée, ou lorsque la Dépersonnalisation (DP) élevée ou lorsque l'Accomplissement personnel (AP) faible.
- Soit en donnant un score global au sujet à partir de ces dimensions: burnout faible si une seule dimension est atteinte (EE élevé ou DP élevée ou AP bas), burnout modéré si deux dimensions sont atteintes (EE + DP, ou EE + AP, DP + AP), burnout sévère si les trois dimensions atteintes (EE élevé + DP élevée + AP bas).

### 1-8.2 l'évaluation des facteurs déterminants de l'épuisement professionnel

Les facteurs en lien avec la survenue de l'épuisement professionnel seront évalués à travers différentes questions, réparties en plusieurs catégories de la manière suivantes :

- Les facteurs épidémiologiques et professionnels : 07 questions concernent le sexe, l'âge, le statut marital, la présence d'enfants chez les participants, le statut actuel au sein du service, l'ancienneté professionnelle.
- L'organisation du travail et la gestion de l'emploi du temps : 06 questions concernent les horaires de travail (permanences, gardes).
- Relations avec les collègues et les loisirs :02 questions pour évaluer l'influence de ces relations sur la satisfaction au travail.
- Etat de santé du personnel : 05 questions concernent les conduites à risques (alcool, tabac, traitements psychotropes, les antécédents médicaux).

1-8.3 **l'évaluation du Niveaux de stress, dépression et usure de compassion**

- Dépression : elle est évaluée à travers le Beck Depression Inventory (BDI-13) et ses 13 questions.
- Usure de compassion : elle est étudiée avec le test d'usure de compassion (Tuc) et ses 40 questions.[25, 54, 59]

D'autres questionnaires existent, par exemple :

• le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) qui explore trois dimensions du burnout : l'épuisement personnel, l'épuisement professionnel et l'épuisement relationnel ;

• le Burnout Measure ;

• le Oldenburg Burnout Inventory .[40, 13]

# 2. Cadre et méthode d’étude

# 2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

## 2-1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans l'hôpital universitaire de référence de Cotonou : le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM)

### Le CNHU-HKM

Le CNHU-HKM est l'hôpital de référence dans la pyramide sanitaire du pays. Il est situé dans la capitale économique de la République du Bénin. Il a été créé le 30 octobre 1962 par la loi N°62-36 sous le nom « hôpital Hubert MAGA » ou vulgairement appelé « hôpital 350 lits ». Il change de statut et devient le centre national hospitalier le 21 Décembre 1966. Avec la création de l'université, il devient centre national hospitalier et universitaire de Cotonou. En novembre 2001, à l'inauguration de l'unité de scannographie et dans le but d'immortaliser la mémoire du Président MAGA, l'hôpital devient le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM).

Notre collecte s'était déroulée à la fois dans :

- La Clinique Universitaire Polyvalente d'Anesthésie Réanimation (CUPAR)

- La clinique Universitaire d'accueil des Urgences (CUAU)

### La CUPAR

La CUPAR assure les soins aux patients, la formation des étudiants en médecine générale et en spécialisation en anesthésie-réanimation et effectue de la recherche. Elle est située dans le bâtiment abritant les blocs centraux.

### Ressources humaines

L'équipe soignante est composée de :

- Six (06) médecins anesthésistes-réanimateurs dont un professeur titulaire et un maître-assistant

- Vingt-cinq (25) d'infirmiers Sages-femmes Anesthésistes Réanimateurs (ISAR)
- Neuf (09) infirmiers diplômés d'Etat
- Quatre (04) infirmiers spécialistes
- Deux (02) surveillants
- Aide chirurgien (01)
- Deux (02) infirmiers brevet
- Onze (06) aides-soignants

**Infrastructures**

Il dispose :

- D'un pavillon d'hospitalisation de 18 lits répartis dans quatre salles pour l'accueil des patients présentant une détresse vitale. Ce service accueille également certains patients en provenance du bloc opératoire et dont l'état en post opératoire nécessite une prise en charge en réanimation.
- Sept (05) salles d'opérations numérotées de 01 à 05 avec des attributions pour chaque spécialité.
- Une salle de réveil pour la surveillance post-interventionnelle de sept (07) lits des patients opérés au bloc central et devant être transférés dans leur service d'origine.

**Bloc de la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU)**

La CUAU a été créée en 1995 à l'approche de l'évènement du sommet de la francophonie. Elle est située dans un bâtiment limité au nord par la morgue du CNHU-HKM, au sud par le service d'ORL-CCF, à l'Est par la CUTO-CR et la clinique universitaire de chirurgie pédiatrique, et à l'Ouest par la chapelle catholique de l'aumônerie des malades du CHNU-HKM. La CUAU assure les soins d'urgence médico-chirurgicale et la formation des étudiants en médecine générale et des médecins en spécialisation.

Elle est composée de quatre secteurs :

-le secteur accueil, orientation et hospitalisation de courte durée

-le secteur bloc opératoire et l'unité de soins intensifs des urgences

**Ressources humaines**

- Trois (03) médecins anesthésistes-réanimateurs dont un maître de conférences agrégé,
- Trois (03) chirurgiens généralistes
- Deux (02) médecins généralistes
- Un (01) neurochirurgien
- Trois (03) surveillants
- Quatre (04) infirmiers-anesthésistes
- Quatre (04) infirmiers-aides chirurgiens
- Quatre (04) infirmiers instrumentistes
- 22 infirmiers repartis en secteurs et dans des équipes de garde/permanence
- Quatorze (14) aides-soignants
- Une (01) secrétaire
- Deux (02) archivistes

**Infrastructures**

*Le secteur accueil, orientation et hospitalisation de courte durée*

- 03 boxes d'examens utilisent pour certains patients en détresse
- 01 salle d'hospitalisation médicale de courte durée pour femmes à 08 lits
- 03 salles d'hospitalisation médicale de courte durée pour hommes à 06 lits
- 01 salle de mise en observation à 03 lits
- 01 salle d'hospitalisation chirurgicale de courte durée pour hommes à 09 lits
- 02 salles d'hospitalisation chirurgicale de courte durée pour femmes à 03 lits chacune
- 03 salles VIP de 01 lit chacun

- Une salle de déchoquage a 02 lits (non fonctionnel)

*Le secteur bloc opératoire et l'unité de soins intensifs*

- Trois salles opératoires pour la chirurgie en urgence dont une salle de chirurgie viscérale, une salle de chirurgie traumatologique et une salle pour les interventions septiques ;
- Une salle pour la petite chirurgie qui est située en dehors de ce bloc opératoire
- Une Unité de Soins Intensifs (USI) de six (06) lits pour les malades nécessitant une réanimation ou présentant une détresse majeure à l'accueil et ne pouvant pas être admis directement au SPAR

## 2-2 METHODE D'ETUDE

### 2-2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique

### 2-2.2 Période d'enquête

La collecte de données s'est réalisée sur une période de trois (03) semaines du 10 au 30 Janvier 2023.

### 2-2.3 Population d'étude

La population d'étude était constituée des personnels soignants des cliniques universitaires polyvalente d'anesthésie-réanimation (CU-PAR) et d'accueil des urgences (CUAU) de l'hôpital de référence du Cotonou (CNHU-HKM) durant la période de collecte de données et répondants aux critères ci-après

### 2-2.4 Critères d'inclusion

- Être un membre du personnel médical et paramédical travaillant dans le service de la CUPAR ou de la CUAU
- Avoir consenti à participer à l'enquête

- Être présent dans l'un des services pendant la période de déroulement de l'enquête

### 2-2.5 Critères de non-inclusion

- Personnel administratif

### 2-2.6 Critères d'exclusion

- Données manquantes dans le questionnaire d'enquête

### 2-2.7 Echantillonnage

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les personnels médicaux et paramédicaux ayant consentis à remplir notre fiche de questionnaire de recherche et qui répondent aux critères d'inclusions.

## 2-3 Collecte de données

### 2-3.1 Techniques et outil de collecte

**Outil de collecte**

Auto-Questionnaire comportant 03 parties:

**1ère partie : Evaluation de La prévalence de l'épuisement professionnel *:***

La prévalence de l'EP a été mesurée avec le questionnaire Maslach Burn-out Inventory (MBI) développé par la psychologue Susan Jackson, Michael Leiter et Christina Maslach. Le Maslach Burnout Inventory (MBI) est le questionnaire scientifiquement validé le plus utilisé aujourd'hui.

Le MBI est constitué de vingt-deux items : dont neuf (09) pour l'épuisement émotionnel, cinq (05) pour la dépersonnalisation et huit (08) huit pour l'accomplissement personnel.

L'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel sont mesurés séparément. Autrement dit, l'individu

n'a pas un score global, mais un score pour chacune des trois dimensions. [2, 13, 26, 40]

- Le score d'épuisement émotionnel (SEE) s'obtient en additionnant les scores obtenus aux questions (01), (02), (03), (06), (08), (13), (14), (16), (20)
  Si SEE < à 17 : Degré faible
  Si 18 < SEE < 29 : Degré modéré
  Si 30 < SEE : Degré élevé
- Le score de la Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD) s'obtient en additionnant les scores obtenus aux questions (05), (10), (11), (15), (22),
  Si SD < à 5 : Degré faible
  Si 6 < SD < 11 : Degré modéré
  Si 12 < SD : Degré élevé
- Le score d'Accomplissement Personnel (SAP) s'obtient en additionnant les scores obtenus aux questions (04), (07), (09), (12), (17), (18), (19), (21),
  Si SAP < à 33 : Degré faible
  Si 34 < SAP < 39 : Degré modéré
  Si 40 < SAP : Degré élevé

Les modalités de réponses pour les 22 items sont basées sur une échelle de fréquence de 7 points avec une intensité allant de 0 à 6 : « 0 = jamais » à « 6 = chaque jour ». Le score dans chaque dimension permet de déterminer le degré d'atteinte en élevé, modéré ou faible.

Selon MBI il existe deux manières de catégoriser le patient : soit dimension par dimension: ainsi on est atteint de burnout si l'Epuisement émotionnel (EE) est élevée, ou lorsque la Dépersonnalisation (DP) élevée ou lorsque l'Accomplissement personnel (AP) faible; soit en donnant un score global au sujet à partir de ces dimensions: burnout faible si une seule dimension est atteinte: EE élevé ou DP élevée ou AP bas, burnout modéré si deux dimensions sont atteintes: EE + DP, ou

EE + AP, DP + AP, burnout sévère si les trois dimensions atteintes: EE élevé + DP élevée + AP bas.

**2ème partie : l'évaluation des facteurs déterminants dans l'EP :**

Les facteurs en lien avec la survenue de l'EP ont été évalués à travers différentes questions, réparties en plusieurs catégories de la manière suivantes :

- Les facteurs sociodémographiques et professionnels : 07 questions concernent le sexe, l'âge, le statut marital, la présence d'enfants chez les participants, le statut actuel au sein du service, l'ancienneté professionnelle.
- L'organisation du travail et la gestion de l'emploi du temps : 06 questions concernent les horaires de travail (permanences, gardes).
- Relations avec les collègues et les loisirs : 02 questions pour évaluer l'influence de ces relations sur la satisfaction au travail.
- Etat de santé du personnel : 05 questions concernent les conduites addictives (alcool, tabac, traitements psychotropes…), les antécédents médicaux.

**3ème partie : l'évaluation du niveaux de dépression et d'usure de compassion:**

- Dépression : elle a été évaluée à travers le Beck Depression Inventory (BDI-13) et ses 13 items, le score obtenu par sommation des points permet de classer en :

Si 0 < score >9 : dépression mineure

Si 10 < score >18 : dépression légère

Si 19< score >29 : dépression modérée

Si 30 < score >63 : dépression sévère

- Le risque d'usure de compassion : il a été étudié avec le test d'usure de compassion (Tuc) et ses 40 items. le score obtenu par sommation des points permet de classer en :

Si 0 < score >26 : très faible

Si 27 < score >30 : faible

Si 31< score >35 : moyen

Si 36 < score >40 : élevé

Si score ≥41 : très élevé

[25, 54, 59]

**Technique de collecte**

Il s'est agi d'une étude prospective d'une durée de trois (03) semaines qui s'est déroulée dans la CUPAR et la CUAU. Les données ont été collectées en faisant remplir par chaque participant une fiche de collecte en papier préétablie à cette intention et comportant des rubriques correspondantes au diverses variables à étudiées ainsi que les différents tests internationaux nécessaires.

### 2-3.2 Procédure de la collecte

Nous avons pris contact avec les autorités de services afin de leur expliquer les objectifs de l'étude et obtenir leur autorisations .Nous avons obtenu la également la liste exhaustive des personnels soignants de chaque service contenant leur titre et leur secteur de travail.

Ensuite nous avons sollicité l'aide de 02 étudiants en médecine de la 4em année pour aider à la distribution et au remplissage des fiches d'enquête. Ces derniers passaient chaque jour entre 07h et 17h pour distribuer et collecter le questionnaire auprès du personnel selon leur disponibilité.

Ainsi chaque fiche d'enquête électronique ou manuscrit a été remplie auprès de chaque personnel soignant de chaque service.

### 2-3.3 Traitement et analyse des données

- **Traitement des données**

  L'enregistrement des données a été fait avec l'application Kobocollect. Tous les champs du questionnaire pour la phase de dépouillement ont été rendus obligatoires. Cette stratégie a permis d'éviter de collecter les données manquantes. Nous poserons des algorithmes de contrôle de saisie pour limiter les erreurs dans la saisie des données. La cohérence des données et la complétude des informations ont été vérifié avant l'envoi de chaque formulaire enregistré. Une prévisualisation de l'ensemble des données a été faite sur la plateforme avant d'être exporté au format Excel pour l'analyse.

- **Analyse des données**

  L'analyse des données a été fait avec le logiciel Epi-Info version 3.5.3

### 2-3.4 Variables

- **Variable dépendante**

  La variable dépendante de notre étude est le syndrome d'épuisement professionnel

- **Variables indépendantes**
  - **Variable sociodémographique** :
    - Age
    - Sexe
    - Situation matrimoniale
  - **Variables professionnelles**
    - Ancienneté au poste
    - Profession
    - Répartition selon les services

- Equipement de protection

- **Variables liées à l'organisation du travail**
  - Nombre d'heures de travail hebdomadaire
  - Climat de la relation au travail avec collègues
  - Qualité de la relation avec la hiérarchie
  - Pression du travail
  - Rôle dans la prise de décisions au travail
  - Reconnaissance du travail accompli par environnement et hiérarchie
  - Perception de la charge de travail
  - Sécurité de l'emploi
  - Qualité de la relation avec patient
  - Accès à l'information et la PEC psychologique du stress au travail
  - Impact du travail sur la vie privée

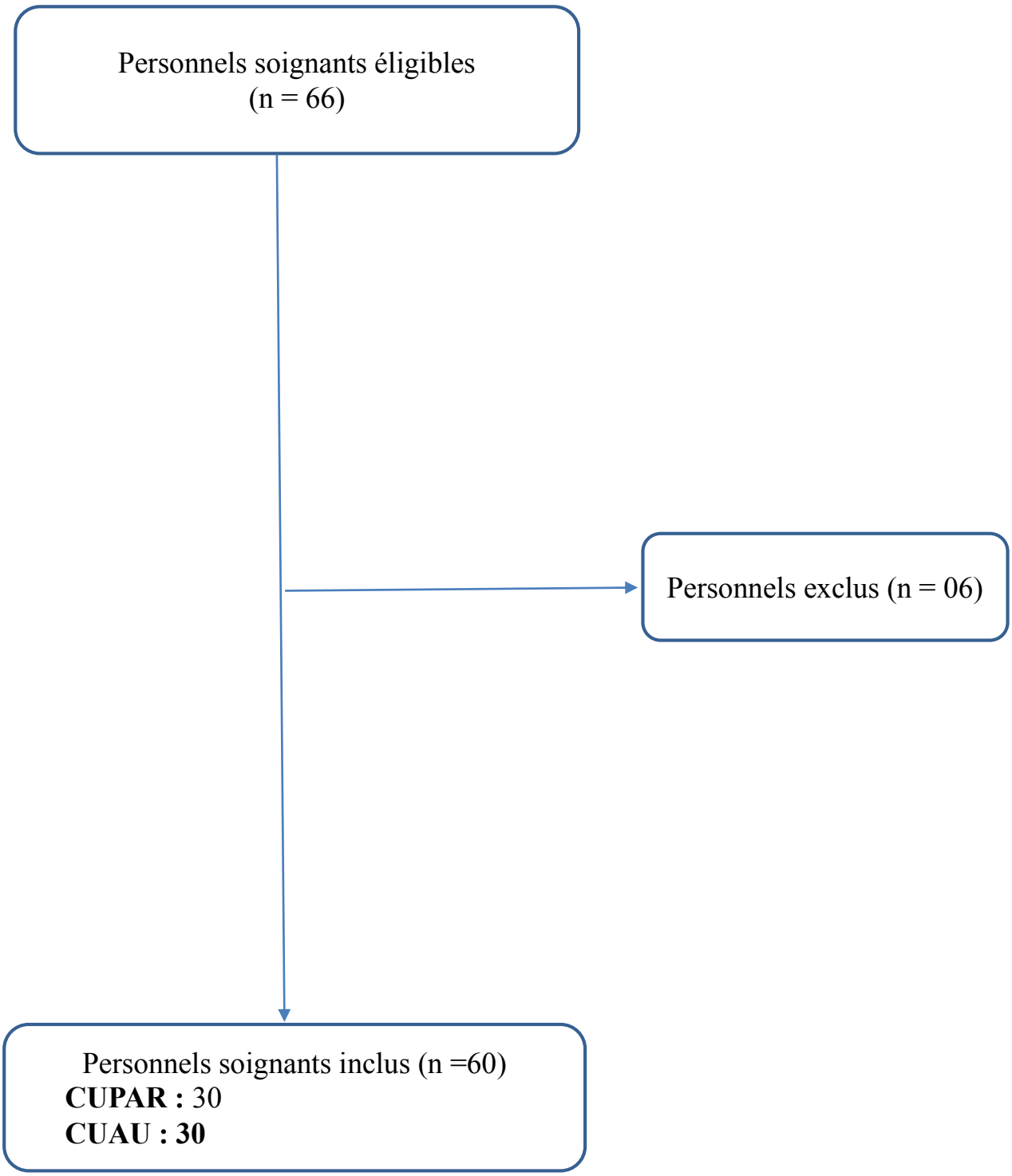
### 2-3.5 Considérations éthiques

La réalisation de cette enquête a nécessité l'autorisation du directeur du CNHU-HKM à la suite d'une demande qui avait été faite.

L'exploitation et la confidentialité des données recueillies sur l'identité des sujets participants ont été garanti par l'équipe de recherche.

# 3. Résultats

## DIAGRAMME DE FLUX



## 3-1 Les caractéristiques socio-démographiques des soignants

Notre étude a porté sur 70 agents de santé répartis sur les 02 services, dont 06 exclus pour données manquantes, et 04 exclus car n'étant pas membre du personnel soignant.

L'analyse des données a été faite en considérant donc 60 participants.

### 3-1.1 Répartition des soignants selon l'âge

La moyenne d'âge des agents de santé était de 38,95ans ± 10,50 avec des extrêmes allant de 19 à 59 ans. La médiane étant de 40 ans.

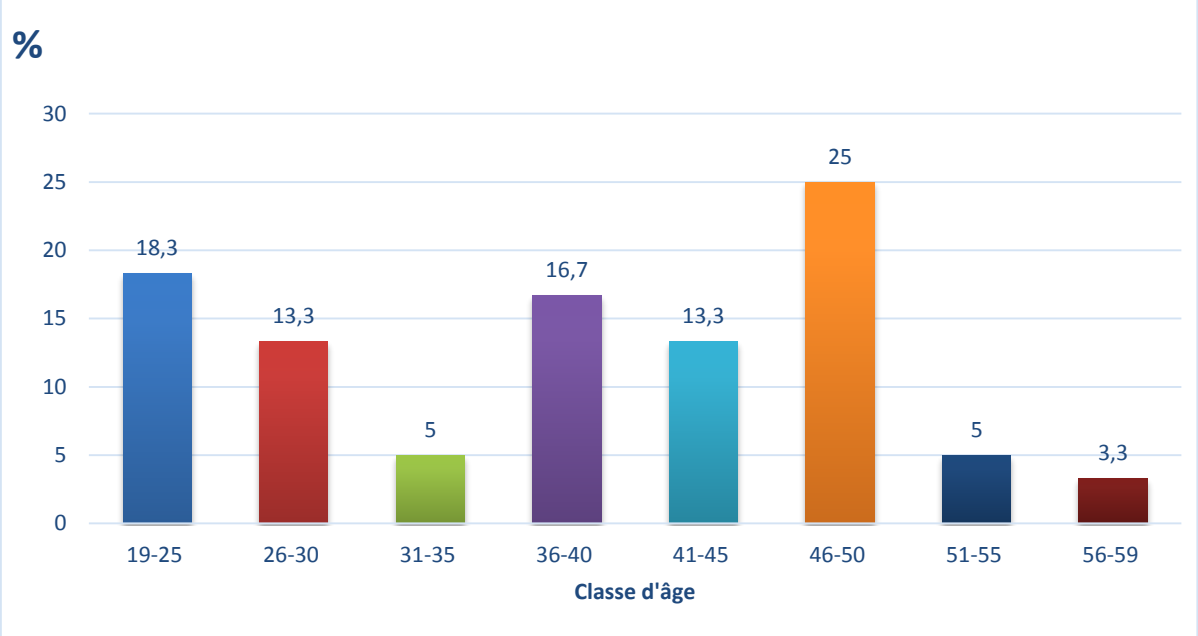



**Figure 2**: Répartition des soignants selon l'âge

73,3%, soit plus de la moitié des soignants avait un âge compris entre 26 et 50ans

### 3-1.2 Répartition des soignants selon le sexe

**Tableau I**:Répartition des soignants de la CUPAR et la CUAU selon le sexe, la situation matrimoniale et le nombre d'enfants à charge à Cotonou 2023

| Sexe | Effectif | % |
|---|---|---|
| Femme | 24 | 40,0 |
| Homme | 36 | 60,0 |
| **Situation matrimoniale** | | |
| Marié | 36 | 60,0 |
| Concubinage | 10 | 16,7 |
| Célibataire | 14 | 23,3 |
| **Enfants** | | |
| Aucun | 14 | 23,3% |
| [1-3] | 32 | 53,3% |
| [4-6] | 13 | 21,7% |
| ≥7 | 1 | 1,7% |

Plus de la moitié des soignants (60%) était des hommes avec un sexe-ratio de 1.5 homme pour une femme.

Plus de la moitié (60%) des soignants étaient mariés et 23,3% étaient célibataires.

Un peu plus de la moitié des soignants (53.3%) avaient un nombre d'enfants à charge compris entre 1 et 3.

## 3-2 Les caractéristiques professionnelles des soignants

### 3-2.1 Répartition des soignants selon leur service d'appartenance

**Tableau II**: Répartition des soignants de la CUPAR et la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023, selon leur service d'appartenance, profession et ancienneté dans le service

| | Effectifs | % |
|---|---|---|
| **Service** | | |
| CUPAR | 30 | 50,0 |
| CUAU | 30 | 50,0 |
| **Profession** | | |
| Aide-soignant | 23 | 38,3 |
| Infirmier | 35 | 58,3 |
| Médecin | 2 | 3,3 |
| **Ancienneté dans le service** | | |
| <01 an | 24 | 40,0 |
| 1-5 ans | 12 | 20,0 |
| 6-10 ans | 15 | 25,0 |
| 11-20 ans | 5 | 8,3 |
| >20 ans | 4 | 6,7 |

Notre population d'étude provenant à part égale (50%) de la CUPAR et de la CUAU.

Parmi les soignants évalués, plus de la moitié (58.3%) étaient des infirmiers, 38.3% étaient des aides-soignants et 3.3% des médecins.

Les soignants ayant moins de 01an d'ancienneté étaient majoritaires, ils représentaient 40% de la population, 8.3% avaient une ancienneté comprise entre 11 et 20ans, seulement 6.7% avaient une ancienneté de plus de 20ans.

### 3-2.2 Répartition des soignants selon les caractéristiques professionnelles

**Tableau III**: Répartition des soignants de la CUPAR et la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023, selon les horaires de travail, nombre d'heure hebdomadaire de travail, nombre de gardes par mois

| | Effectifs | % |
|---|---|---|
| **Horaire de travail** | | |
| Garde uniquement | 1 | 1,7 |
| Permanence 08h-16h, garde 24h, garde 16h-08h | 1 | 1,7 |
| Fixe de 08h à 16h | 21 | 35,0 |
| P 08h-16h, G 24 en alternance | 2 | 3,3 |
| Permanence 08h-16h, Garde 16h-08h alternée | 30 | 58,3 |
| **Nombre d'heures de travail par semaine** | | |
| <40 heures | 9 | 15,0 |
| [40 à 72 heures] | 50 | 83,3 |
| >72 heures | 1 | 1,7 |
| **Nombre de gardes par mois** | | |
| [1 à 5] | 4 | 6,7 |
| [6 à 10] | 36 | 60,0 |
| Aucune | 20 | 33,3 |
| **Climat de travail** | | |
| Bien | 38 | 63,3 |
| Très Bien | 8 | 13,3 |
| Mauvais | 8 | 13,3 |
| Très Mauvais | 6 | 10,0 |

La majorité des soignants (83,3%) travaillait entre 40 et 72 heures par semaine. Seulement 1.7% travaillait plus de 72heures.

Plus de la moitié des soignants (60%) avaient entre 6 et 10 gardes par mois.

Parmi les soignants, 13,3% jugeaient le climat dans leur milieu de travail comme mauvais, et 10% le jugeaient très mauvais.

### 3-3 Antécédents médicaux, mode de vie et habitudes de vie

**Tableau IV**: Répartition des soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de cotonou en 2023 selon la pratique de sport et de loisir, temps consacré à la famille et la disponibilité.

| | Effectif | % |
|---|---|---|
| **Pratique d'activités physiques régulière** | | |
| Non | 38 | 63,3 |
| Oui | 22 | 36,7 |
| **Pratique d'activité de loisir régulière** | | |
| Non | 40 | 66,7 |
| Oui | 20 | 33,3 |
| **Le temps consacré à la famille** | | |
| Insuffisant | 47 | 78,3 |
| Suffisant | 13 | 21,7 |
| **Les remarques négatives sur la disponibilité** | | |
| Non | 19 | 31,7 |
| Oui | 41 | 68,3 |

Plus de la moitié 63,3% des soignants évalués ne pratiquaient pas d'activité physique régulière et 66,7% n'avaient pas d'activité de loisir régulière.

Notons que plus des ¾ des soignants (78,3%) consacraient un temps jugé insuffisant avec leur famille, et 68,3% recevaient de leur entourage des remarques négatives concernant leur disponibilité.

Au sein du groupe de soignants évalués 13,33% avaient l'hypertension artérielle.

**Tableau V**: Répartition des soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023 selon la consommation d'alcool et de psychotropes

| | Effectifs | % |
|---|---|---|
| **Alcool** | | |
| Non | 45 | 75,0% |
| Oui | 15 | 25,0% |
| | | |
| **Psychotrope** | | |
| Non | 58 | 96,7% |
| Oui | 2 | 3,3% |

25% des soignants consommaient occasionnellement de l'alcool, et 3,3% prenaient des psychotropes.

## 3-4 Prévalence et gravité de l'épuisement professionnel

### 3-4.1 Prévalence de l'épuisement professionnel

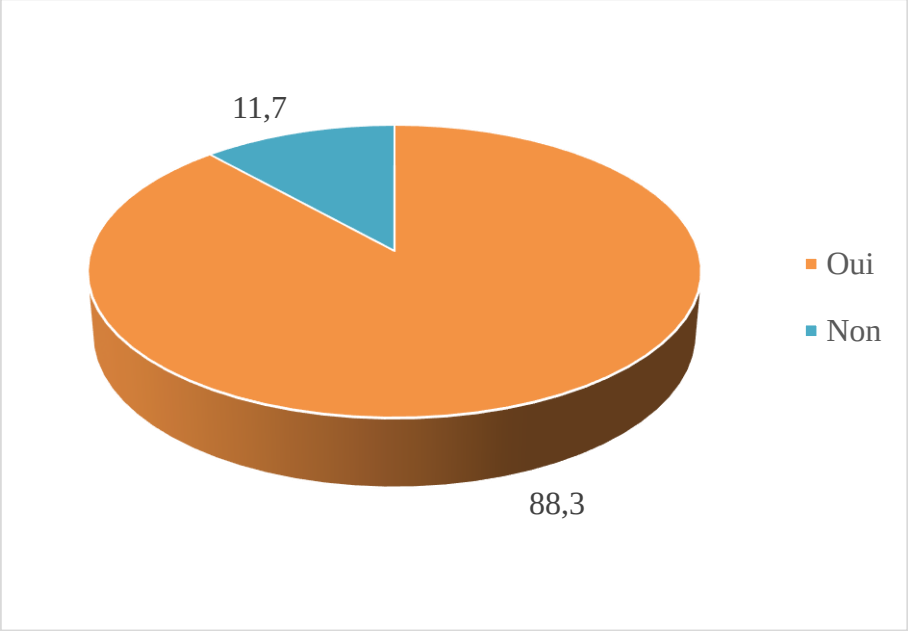



**Figure 3:** Prévalence de l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

Parmi la population de soignants étudiés, la prévalence de l'épuisement professionnel était de 88,3%

### 3-4.2 Gravité de l'épuisement professionnel

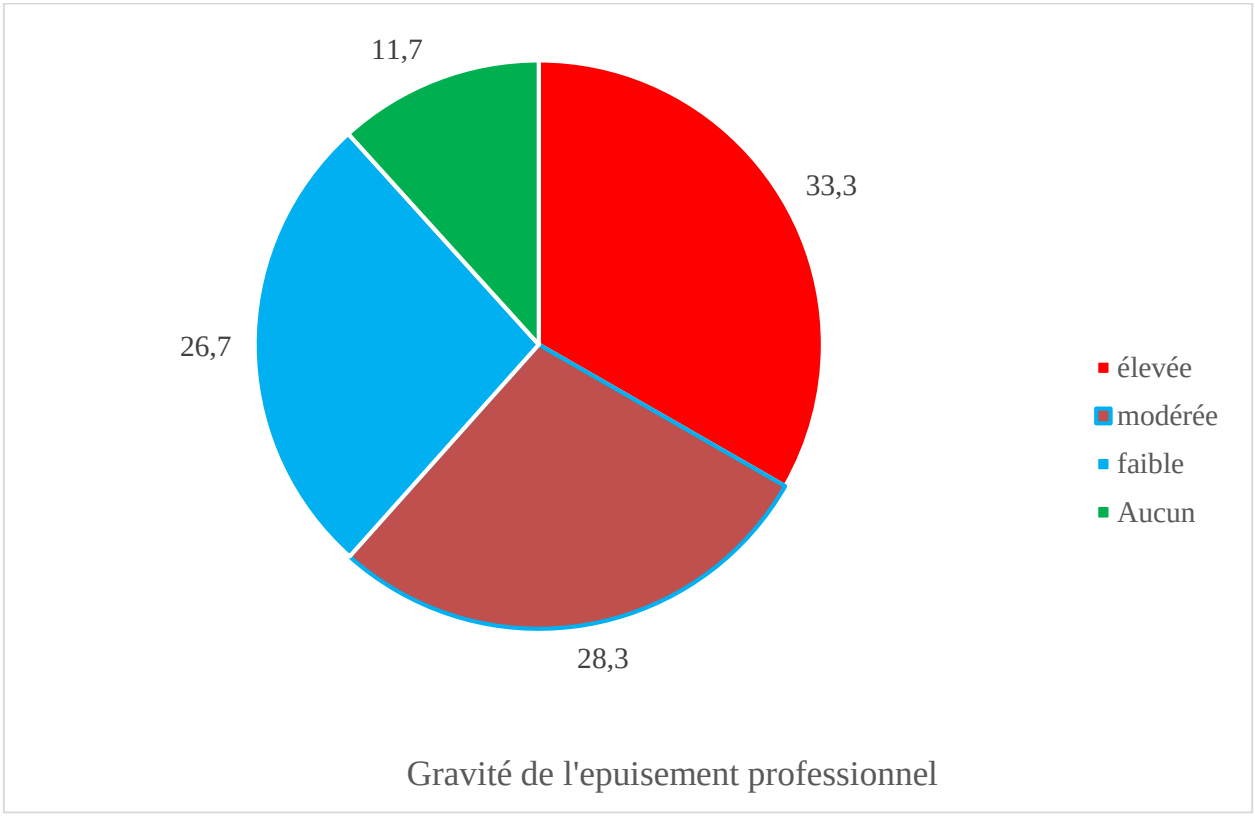



**Figure 4:** Gravité de l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

Parmi les 88,3% de soignants chez qui l'épuisement professionnel avait été retrouvé, 33,3% avaient un degré élevé, 28,3% avaient un degré modéré et 26,7% avaient un degré faible.

### 3-4.3 Degré de l'épuisement professionnel selon les dimensions

**Tableau VI** : Dégré de l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| Dimension de l'EE | Effectifs | % |
|---|---|---|
| **Épuisement émotionnel (EE)** | | |
| SEE >30 : Degré élevé | 27 | 45,0 |
| 18 < SEE < 29 Degré modéré | 22 | 36,7 |
| SEE < 17 : Degré faible | 11 | 18,3 |
| **Dépersonnalisation** | | |
| SD >12 : Degré élevé | 17 | 28,3 |
| 6 < SD < 11 Degré modéré | 15 | 25,0 |
| SD < 5 : Degré faible | 28 | 46,7 |
| **Accomplissement personnel (AP)** | | |
| SAP >40 : Degré élevé | 33 | 55,0 |
| 34 < SAP < 39 Degré modéré | 11 | 18,3 |
| SAP < 33 : Degré faible | 16 | 26,7 |

**SEE** : Score d'épuisement émotionnel

**SD** : Score de dépersonnalisation

**SAP** : Score d'accomplissement personnel

On peut noter que 45% des soignants avaient un degré élevé d'EE, 28,3% avaient un degré de dépersonnalisation élevée, et 26.7% avaient un degré faible d'AP.

### 3-5 Risque d'usure de compassion

**Tableau VII**: Niveau du risque d'usure de compassion chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| Risque d'Usure de compassion | Effectifs | % |
|---|---|---|
| 0 à 26 Très Faible | 6 | 10,0 |
| 27 à 30 Faible | 8 | 13,3 |
| 31 à 35 Moyen | 9 | 15,0 |
| 36 à 40 Elevé | 8 | 13,3 |
| 41 et + Très Elevé | 29 | 48,3 |
| Total | 60 | 100,0 |

Dans notre population d'étude, 48,3% avaient un risque élevé d'usure de compassion

### 3-6 Prévalence et gravité de la dépression

**Tableau VIII**: Prévalence et gravité de la dépression chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| | Effectifs | % |
|---|---|---|
| **Dépression** | | |
| Dépression mineure : 0-9 | 53 | 88,3 |
| Dépression légère : 10-18 | 7 | 11,7 |
| Dépression modérée : 19-29 | 0 | 0 |
| Dépression sévère : 30-63 | 0 | 0 |
| **Total** | 60 | 100,0 |

11,7% des soignants avaient une dépression légère, aucun n'avait une dépression modérée ou sévère.

### 3-7 Association entre les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles et l'épuisement professionnel

#### 3-7.1 Association entre l'épuisement professionnel et caractéristiques sociodémographique

**Tableau IX**: Relation entre l'âge et l'épuisement professionnels chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| EP | Effectif | Moyenne | Ecart type | P-value |
|---|---|---|---|---|
| **Non** | 7 | 40,4286 | 12,2319 | 0,5314 |
| **Oui** | 53 | 37,8113 | 10,0958 | |

**EP** : Epuisement professionnel

La moyenne d'âge de ceux ayant l'épuisement professionnel est de 37,8 ; celle de ceux n'ayant pas le syndrome est de 40,4 et P=0,5314, il n'y a donc pas d'association entre l'âge et la survenue de l'épuisement professionnel.

**Tableau X**: Association des autres facteurs sociodémographiques et l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| | Epuisement Professionnel | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Oui | | Non | | TT | OR[IC95%] | P-value |
| | N | % | N | % | | | |
| **Sexe** | | | | | | | |
| Femme | 23 | 95,8 | 1 | 4,2 | 24 | 1 | |
| Homme | 30 | 83,3 | 6 | 16,7 | 36 | 4,50 | 0,08 |
| **Situation matrimoniale** | | | | | | | 0,29 |
| Marie | 30 | 83,3 | 6 | 16,7 | 36 | 1 | |
| Concubinage | 10 | 100, | 0 | 0,0 | 10 | 0,00 | 0,97 |
| Célibataire | 13 | 92,9 | 1 | 7,1 | 14 | 0,38 | 0,39 |
| **Nombre d'enfant à charge** | | | | | | | 0,77 |
| [1-3] | 27 | 84,4 | 5 | 15,6 | 32 | 1 | |
| [4-6] | 12 | 92,3 | 1 | 7,7 | 13 | 0,45 | 0,48 |
| ≥7 | 1 | 100, | 0 | 0,0 | 1 | 0,00 | 0,96 |
| Aucun | 13 | 92,9 | 1 | 7,1 | 14 | 0,41 | 0,44 |

En vue de ces résultats, on peut dire qu'il n'y a pas d'association entre le sexe, la situation matrimoniale (P=0,29), le nombre d'enfants à charge (P=0,77) et la survenue de l'épuisement professionnel.

### 3-7.2 Association entre facteurs professionnels et épuisement professionnel

***Tableau XI***: Association entre le service d'appartenance, la profession et l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| | Epuisement Professionnel | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Oui | | Non | | TT | OR[IC95%] | Pvalue |
| | N | % | N | % | | | |
| **Profession** | | | | | | | 0,00 |
| Aide-soignant | 21 | 91,3 | 2 | 8,7 | 23 | 1 | |
| Infirmier | 32 | 91,4 | 3 | 8,6 | 35 | 0,98 | 0,98 |
| Médecin | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 2 | - | 0,96 |
| **Service d'appartenance** | | | | | | | |
| CU- PAR | 25 | 83,3 | 5 | 16,7 | 30 | 1 | |
| CUAU | 28 | 93,3 | 2 | 6,7 | 30 | 0,36 | 0,13 |
| **Ancienneté dans le service** | | | | | 0,09 | | |
| <01 an | 23 | 95,8 | 1 | 4,2 | 24 | 1 | |
| >20 ans | 4 | 100,0 | 0 | 0,0 | 4 | - | |
| 11-20 ans | 5 | 100,0 | 0 | 0,0 | 5 | - | |
| 1-5 ans | 8 | 66,7 | 4 | 33,3 | 12 | - | |
| 6-10 ans | 13 | 86,7 | 2 | 13,3 | 15 | - | |

Il n'y a pas d'association entre le service d'appartenance et l'épuisement professionnel. Néanmoins il existe une corrélation avec la profession (P=0.0004), l'épuisement était présent prioritairement chez les infirmiers.

Il n'y a pas d'association entre l'ancienneté dans le service et l'épuisement professionnel, P=0,09

***Tableau XII***: Association entre les horaires, le nombre d'heures de travail par semaine, le nombre de gardes et l'épuisement professionnel, chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023.

| | L'épuisement professionnel | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Oui | | Non | | Total | OR[IC95%] | Pvalue |
| | N | % | N | % | | | |
| **Horaire** | | | | | | | 0,36 |
| Fixe (08h à 16h) | 19 | 90,5 | 2 | 9,5 | 21 | 0,10 | 0,15 |
| Permanence (08h-16h, G 24h) alternanée | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,00 | 0,96 |
| Permanence (08h-16h, Garde 16h-08h) alternée | 31 | 88,6 | 4 | 11,4 | 35 | 0,12 | 0,17 |
| Autre | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 2 | 1 | |
| **Nombre d'heures de travail/semaine** | | | | | | | 0,45 |
| [40 à 72 heures] | 43 | 86,0 | 7 | 14,0 | 50 | | |
| <40 heures | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 | 9 | | |
| >72 heures | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 | | |
| **Nombre de garde** | | | | | 0,03 | | |
| [6 à 10] | 32 | 88,9 | 4 | 11,1 | 36 | 0,12 | 0,06 |
| [1 à 5] | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | 4 | 1 | |
| Aucune | 19 | 95,0 | 1 | 5,0 | 20 | 0,05 | 0,03 |

Il n'y a pas d'association entre les horaires, le nombre d'heures de travail par semaine et l'épuisement professionnel.

Nous avons constaté une association entre le nombre de gardes effectuées et la survenue de l'épuisement professionnel. En effet, on note que les soignants n'ayant fait aucune garde, avaient moins (OR=0.052) de chance de développer l'épuisement professionnel.

**Tableau XIII**: association entre le climat de travail et l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| | **l'épuisement professionnel** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Oui** | | **Non** | | **TT** | **OR[IC95%]** | **Pvalue** |
| | N | % | N | % | | | |
| **Climat de travail** | | | | | | | 0,73 |
| Bien | 33 | 86,8 | 5 | 13,2 | 38 | 1 | |
| Mauvais | 7 | 87,5 | 1 | 12,5 | 8 | - | |
| Très Bien | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 | 8 | - | |
| Très Mauvais | 5 | 83,3 | 1 | 16,7 | 6 | - | |

Pas d'association entre le climat de travail et l'épuisement professionnel

### 3-7.3 Association entre antécédents, mode de vie, habitude de vie et la survenue de l'épuisement professionnel

**Tableau XIV**: Habitudes de vie et la survenue de l'épuisement professionnel, chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| | l'épuisement professionnel | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Oui | | Non | | TT | OR [IC95%] | Pvalue |
| | N | % | N | % | | | |
| **Temps consacré à la famille** | | | | | | | |
| Insuffisant | 42 | 89,4 | 5 | 10,6 | 47 | 1 | |
| Suffisant | 11 | 84,6 | 2 | 15,4 | 13 | 1,51 | 0,32 |
| **Les remarques négatives sur la disponibilité** | | | | | | | |
| Non | 15 | 78,9 | 4 | 21,1 | 19 | 1 | |
| Oui | 38 | 92,7 | 3 | 7,3 | 41 | 0,30 | 0,08 |
| **Pratique d'activités physiques** | | | | | | | |
| Non | 35 | 92,1 | 3 | 7,9 | 38 | 1 | |
| Oui | 18 | 81,8 | 4 | 18,2 | 22 | 2,54 | 0,13 |
| **Pratique d'activité de loisir** | | | | | | | |
| Non | 37 | 92,5 | 3 | 7,5 | 40 | 1 | |
| Oui | 16 | 80,0 | 4 | 20,0 | 20 | 3,01 | 0,09 |

Nous n'avons noté aucune association entre le temps passé en famille, les remarques négatives sur la disponibilité, la pratique d'activité sportive, la pratique d'activité de loisir et la survenue de l'épuisement professionnel.

**Tableau XV**: Association antécédents, mode de vie et la survenue de l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| | Epuisement professionnel | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Oui | | Non | | TT | OR [IC95%] | Pvalue |
| | N | % | N | % | | | |
| **Hypertension artérielle** | | | | | | | 0,47 |
| Aucun | 44 | 89,8 | 5 | 10,2 | 49 | 1 | |
| Autre | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | 3 | 4,40 | 0,25 |
| HTA | 7 | 87,5 | 1 | 12,5 | 8 | 1,25 | 0,84 |
| **Consommation d'alcool** | | | | | | | |
| Non | 39 | 86,7 | 6 | 13,3 | 45 | 1 | |
| Oui | 14 | 93,3 | 1 | 6,7 | 15 | 0,46 | 0,27 |
| **Consommation de psychotrope** | | | | | | | |
| Non | 51 | 87,9 | 7 | 12,1 | 58 | 1 | |
| Oui | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 2 | - | 0,38 |

Aucune association n'a été constatée entre l'HTA, la consommation d'alcool, la consommation de psychotrope et l'épuisement professionnel.

**Tableau XVI**: association entre l'usure de compassion et l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| EP | Effectifs | Moyenne | Pvalue |
|---|---|---|---|
| **Oui** | 53 | 45,43 | 0,0028 |
| **Non** | 7 | 29,28 | |

Il y avait une association avec l'usure de compassion. Le score moyen du risque d'usure de compassion chez les soignants ayant un épuisement professionnel était

supérieur à celui observé chez ceux qui ne présentaient pas d'épuisement avec une différence statistiquement significative P-value=0,0028

**Tableau XVII**: association entre le niveau du risque d'usure de compassion et l'Epuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| | Epuisement professionnel | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Usure de compassion | **Oui** | | **Non** | | **Total** | **OR(IC95 %)** | **Pvalue** |
| | N | % | N | % | | | 0,00 |
| 0 à 26 Très Faible | 3 | 50,0 | 3 | 50 | 6 | | |
| 27 à 30 Faible | 6 | 75,0 | 2 | 25 | 8 | 0,33 | 0,34 |
| 31 à 35 Moyen | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | 9 | 0,12 | 0,12 |
| 36 à 40 Elevé | 7 | 87,5 | 1 | 12,5 | 8 | 0,14 | 0,14 |
| 41 ≥ Très Elevé | 29 | 100 | 0 | 0,0 | 29 | 0,00 | 0,96 |
| TOTAL | 53 | | 7 | | 60 | | |

Il existe une association entre le niveau du risque d'usure de compassion et l'épuisement professionnel, P=0,0081. Notons que 100% de ceux ayant un risque très élevé d'usure de compassion avaient un épuisement professionnel et plus le risque d'usure était élevé, plus on avait de chance de retrouver un épuisement chez le soignant.

**Tableau XVIII:** Association entre l'usure de compassion et la gravité de l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| Gravité | Effectif | Moyenne | P-value |
|---|---|---|---|
| Élevé | 17 | 55,88 | 0,00 |
| Modéré | 20 | 41,80 | |
| Faible | 16 | 38,87 | |
| Non | 7 | 29,28 | |

Il y avait une association entre l'usure de compassion et la gravité de l'épuisement professionnel (Pvalue <0,05). La moyenne du score d'usure de compassion est plus élevé chez ceux ayant un degré élevé d'épuisement professionnel.

**Tableau XIX**: Association entre le risque d'usure de compassion et les dimensions de l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| | | Effectif | Moyenne | P-value |
|---|---|---|---|---|
| **SEE** | | | | |
| | Faible | 11 | 34,63 | |
| | Modéré | 22 | 37,77 | |
| | Élevé | 27 | 51,88 | 0,0012 |
| **SD** | | | | |
| | Faible | 28 | 35,10 | |
| | Modéré | 15 | 45,20 | |
| | Élevé | 17 | 56,00 | 0,00 |
| **SAP** | | | | |
| | Faible | 16 | 45,56 | |
| | Modéré | 11 | 53,45 | |
| | Élevé | 33 | 39,27 | 0,02 |

SEE : score d'épuisement émotionnel, SD : score de dépersonnalisation,

SAP : score d'accomplissement professionnel

Il y avait une association entre le risque d'usure de compassion et le degré d'épuisement émotionnel P-value= 0,0012

Il y avait une association entre le risque d'usure de compassion et la dépersonnalisation P-value<0,001

Il y avait une association entre le score d'usure de compassion et le degré d'accomplissement professionnel P-value= 0,0236.

**Tableau XX**: Association entre la dépression et l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| Gravité | Effectif | Moyenne | P-value |
|---|---|---|---|
| Élevé | 17 | 6,52 | 0,01 |
| Faible | 16 | 2,31 | |
| Modéré | 20 | 2,40 | |
| Non | 7 | 0,71 | |

Il y avait une association entre la dépression et la survenue de l'épuisement professionnel, P=0,015, néanmoins, le score moyen chez ceux ayant un épuisement professionnel élevé est 6,5 (Dépression mineure, négligeable)

**Tableau XXI**: Association entre la dépression et le degré d'épuisement émotionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| | | Effectif | Moyenne | Pvalue |
|---|---|---|---|---|
| **SEE** | | | | |
| | Élevé | 27 | 5,03 | 0,05 |
| | Faible | 11 | 1,63 | |
| | Modéré | 22 | 2,13 | |
| **SD** | | | | |
| | Élevé | 17 | 4,23 | 0,15 |
| | Faible | 28 | 1,96 | |
| | Modéré | 15 | 4,93 | |
| **SAP** | | | | |
| | Faible | 16 | 4,25 | |
| | Modéré | 11 | 6,27 | |
| | Elevé | 33 | 1,93 | 0,03 |

**SEE** : score d'épuisement émotionnel, S**D :** score de dépersonnalisation,

**SAP** : score d'accomplissement professionnel

Il n'y avait pas d'association entre la dépression et le degré d'épuisement émotionnel P-value=0,05, mais il y avait une association entre la dépression et le degré de l'accomplissement professionnel P-value=0,0326

**Tableau XXII**: Relation entre gravité de la dépression et l'épuisement professionnel chez les soignants de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM de Cotonou en 2023

| Epuisement professionnel | Effectif | Moyenne | Ecart-Type | P-value |
|---|---|---|---|---|
| **Oui** | 53 | 3,6981 | 4,2271 | 0,0389 |
| **Non** | 7 | ,7143 | 1,4960 | |

Il y avait une association entre l'épuisement professionnel et la gravité de la dépression chez les agents de santé. La moyenne du score de gravité de la dépression était supérieure à celle observée chez ceux n'ayant pas l'épuisement professionnel P-value=0,0389, toutefois, cette moyenne est inférieure à 09, soit une dépression mineure négligeable.

# 4. Discussion

Des résultats de cette étude s'articulera autour des axes ci-après :

- L'atteinte des objectifs
- La qualité et la validité des résultats
- Les limites et biais de l'étude
- La comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs

### 4-1 Atteinte des objectifs

Au terme de notre étude, les objectifs définis ont été atteints. En effet, cette étude nous a permis de déterminer la prévalence de l'épuisement professionnel du personnel soignant de la CUPAR et de la CUAU du CNHU-HKM, de décrire les facteurs socio-démographiques et professionnels du personnel soignant et leurs associations avec l'épuisement professionnel et de déterminer l'impact sanitaire de l'EP sur le personnel soignant

### 4-2. La qualité et la validité des résultats

La validité de notre étude repose sur l'outil utilisé est constitué du MBI, de l'échelle de TUC et de l'échelle de BECK.

Il s'agit en effet, de questionnaires internationaux utilisés dans la majorité (90%) des études portant sur le sujet. Notre étude était une étude transversale et analytique à visée descriptive réalisée sur une période de trois semaines.

### 4-3. Les limites et biais de l'étude

- **La nature transversale de l'étude :**

Celle-ci ne nous permet pas d'établir formellement des liens de causalités entre les différentes variables.

De plus, nous n'avons pas pu évaluer les conséquences de l'épuisement professionnel sur les performances médicales, la qualité des soins, et l'impact sur le patient.

- **La subjectivité des réponses**

Notre étude a été faite avec un auto questionnaire, rempli directement par les soignants, certains sujets en dénie de leur état pourrait répondre de manière non objective. Le contexte culturel où nous mettons un accent particulier sur le travail bien fait et une honte sur la médiocrité pourrait engendrer chez certains une peur d'exprimer leur véritable état en remplissant le questionnaire

- **Taille de l'échantillon**

Une population d'étude plus grande nous aurait permis de mieux étudier les facteurs impliqués dans la survenu de l'épuisement professionnel ainsi que les conséquences socio professionnelles et sanitaires

### 4-4 Prévalence de l'épuisement professionnel

La prévalence de l'épuisement professionnel dans notre étude était de 88,3%, parmi laquelle 33,3% avaient un degré élevé, 28,3% avaient un degré modéré et 26,7% avaient un degré faible. Une prédominance de la dimension d'épuisement émotionnel était notée avec une prévalence de 45% à degré élevé, contre 28,3% de dépersonnalisation à degré élevé et 26.7% de faible accomplissement professionnel. Au Bénin, notre résultat se rapproche de celui de Adelin et Al de Parakou avec 68,3% du personnel soignant des soins intensifs touchés par ce phénomène [12], Abdoulaye avait retrouvé une prévalence de 89,42% du personnels du service des Urgences (CUAU) du CNHU-HKM en 2018 [13], par contre notre prévalence était nettement supérieure à celui de Sembeya retrouvé auprès des personnels soignant de l'hôpital de MENONTIN à 30,6%.[14] [13].

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que cette étude impliquait tous les personnels soignant de toute catégorie professionnelle et service confondues, ainsi un plus grand échantillon et une population d'étude non spécifique au service de réanimation et soins intensif.

En Afrique, S. Mhamdi et Al dans un centre de réanimation tunisien, avait retrouvé un résultat plus élevé que le nôtre de 94,71%, ce résultat pourrait s'expliquer par le

fait que l'étude a été réalisée au sein des services d'anesthésie réanimation de 07 centres hospitaliers universitaires du Centre tunisien.[60]

Au Maroc, dans o4 hôpitaux universitaires, S Massou et Al avait retrouvé l'épuisement professionnel au sein du personnel des services d'Anesthésie-réanimation à 70% [11].Ce chiffre plus bas que le nôtre pourrait s'expliquer par le système de santé marocain qui est bien meilleur au notre.

En France, dans le service de réanimation de 03 CHU D'AMIENS, Musi et Al avait trouvé une prévalence de 49% chez les soignants en général.[10, 61]

Aux USA, TP Reith et Al ont retrouvé une prévalence de 40% au plan national, ce faible taux pourrait s'expliquer par le fait que l'étude avait inclus toutes les catégories de professionnels de la santé indépendamment de leur service d'exercice et sur le plan national, aussi le système de santé et les conditions de travail américains sont bien meilleur aux nôtres.[62]

## 4-5 Facteurs socio-démographiques et professionnels du personnel soignant et leurs associations avec l'épuisement professionnel

- **Données socio-démographiques**

### L'âge

La moyenne d'âge des soignants était de 38,95ans ± 10,50 avec des extrêmes allants de 19 à 59 ans. La médiane étant de 40 ans. Ces résultats sont similaires à ceux de Adelin et Al de Parakou (34,4±9,3) , et à celui de Sembeya retrouvé auprès des personnels soignant de l'hôpital de MENONTIN (39±10,1) [13], Negueu et Al au Cameroun avait 38,06±9,99 [63] , GB Barbosa du Brasil avait retrouvé 33,9± 6,3 [64].

Dans notre étude nous n'avons pas trouvé de lien entre la survenue l'épuisement professionnel et l'âge, pareil pour les études sur-cités. Néanmoins, certains auteurs ont retrouvés une corrélation négatives entre eux, dont Sok et Al en Corée du

sud[65] et GB Barbosa du Brasil [64], pouvant faire penser au fait que plus les soignants sont jeunes, plus susceptibles ils sont de développer un burn-out, parce que ces derniers sont plus dynamiques et fournissent beaucoup plus d'efforts.

**Le sexe**

Notre étude avait retrouvé un sexe ratio de 1,5 hommes pour une femme, mais nous n'avons retrouvé aucune association entre l'épuisement professionnel et le sexe. Adelin et Al (56.9% homme, sexe ratio 1,3), Abdoulaye (59,62% homme, 1.48 sex-ratio) ont trouvé des résultats similaire au notre.

Par contre, Sembeya auprès des personnels soignant de l'hôpital de MENONTIN (68% femme, sex-ratio 0.47) [13], GB Barbosa du Brasil (90.8% Femmes) qui ont tous retrouvé une prédominance féminine.[64]

Dans notre étude nous n'avons pas trouvé d'association entre le sexe et l'épuisement professionnel, néanmoins nous avons retrouvé une forte proportion chez les femmes, 95.8% des femmes avaient l'épuisement professionnel contre 83.3 % chez les hommes, cela s'accorde avec les résultats des différentes recherches précédemment évoquées, de même que dans la littérature, les femmes étaient plus à risque du fait des obligations domestiques qui s'ajoutent à leur profession et du fait de la susceptibilité émotionnelle.

**Situation matrimoniale, nombre d'enfant à charge**

Nous n'avons pas retrouvés de corrélation entre ces facteurs et la survenue de l'épuisement professionnel, Sembeya avait retrouvé des résultats similaires auprès des personnels soignant de l'hôpital de MENONTIN [13], de même que GB Barbosa du Brasil [64].

- **Données professionnelles**

**Catégorie professionnelle, horaire de travail, nombre d'heure de travail, climat de travail et ancienneté dans le service**

Notre étude n'a retrouvé aucune corrélation entre ces différents facteurs professionnels et l'épuisement professionnel, néanmoins nous avions retrouvé une association avec la profession, les infirmiers étaient majoritairement touchés. Ces

résultats concordent avec ceux de Sembeya qui avait retrouvé des résultats similaires auprès des personnels soignant de l'hôpital de MENONTIN [13]. De même Adelin et al à Parakou [12]. Par contre, En France, dans le CHU D'AMIENS, Musi et Al avait retrouvé une prédominance auprès des médecins réanimateurs.[10] Mais cela peut s'expliquer par le fait que notre étude comportait majoritairement d'infirmiers.

**Nombre de garde faites par mois**

Notre étude avait retrouvé une association entre le nombre de garde effectuées et la survenue de l'épuisement professionnel, mais cette corrélation était négative, ceux qui ne faisaient pas de garde avait le plus de chance de développer l'épuisement professionnel, ceci ne concorde pas avec la littérature , Embriaco N et AL [67], ainsi que M Ponchet retrouvaient que plus le nombre de garde effectué par mois était élevé , plus grand était le risque .[68] Un résultat similaire a été retrouvé par N MaaroufI et AL en Tunisie.[69] . Les résultats obtenus dans notre étude pourraient être dûs à la taille de notre échantillon ou à d'autres facteurs justifiants pourquoi un nombre important ne faisait pas de garde, ceci nécessiterait d'avantages d'exploration.

- **Données liées au mode et habitudes de vie**

Dans notre étude nous n'avons identifié aucune corrélation entre temps passé en famille, les remarques négatives sur la disponibilité, la pratique ou non d'activité physique ou de loisir régulier avec la survenue de l'épuisement professionnel. Néanmoins nous avons constaté que parmi ceux touchés 79,2% affirmaient consacrer moins de temps avec leur famille et 71,69% recevaient des remarques négatives sur leur disponibilités, 66% ne pratiquent pas d'activité physique régulière, 69,8% n'avaient pas d'activité de loisir. D'autres auteurs ont effectués les même remarques Sembeya [13] et Adelin et Al de Parakou [12].

## 4-6 Impact sanitaire de l'épuisement professionnel

- **L'usure de compassion**

Dans notre étude 48,3% avaient un risque très élevé d'usure de compassion, la totalité avait présenté un épuisement professionnel, de plus nous avons retrouvé une association entre l'importance de l'usure de compassion et le degré de gravité de l'épuisement professionnel (P=0,0006), le score moyen d'usure de compassion de ceux ayant un épuisement de degré élevé était de 55,88 ainsi ce groupe de soignant avait un risque très élevé d'usure de compassion.

De plus nous avons retrouvé une corrélation entre l'usure de compassion et les trois (03) dimensions de l'épuisement professionnel, le score moyen d'usure de compassion de ceux ayant épuisement émotionnel de degré élevé était de 51,88, ce score était en moyenne de 56 pour ceux ayant un degré élevé de dépersonnalisation, et de 45 à 53 pour ceux ayant un degré d'accomplissement professionnel de faible à modéré. Nous pouvons dire donc que plus sévère est l'épuisement professionnel, plus le risque d'usure de compassion est élevé.

Certains auteurs ont également retrouvé un résultat similaire au notre, Zhang et AL avaient retrouvés une prévalence de 52,55% d'usure de compassion et 51,98% d'épuisement professionnel au cours de son étude avec une corrélation entre les 02 entités. [70]

Sung et AL avaient retrouvé une corrélation entre l'usure de compassion et l' épuisement professionnel et l'abandon de poste, en effet son étude évaluait l'implication de ces entités comme des variable de prédiction de l'abandon de poste par les soignants, il est intéressant de noter que l'usure de compassion combinée à l'épuisement professionnel donnait un taux de 42,2% d'abandon de poste contre 29,6% de l'usure de compassion isolée.[71]

Dans la littérature, pour certains auteurs, ceux 02 phénomènes (usure de compassion et épuisement professionnel) sont 02 entités différentes qu'il ne faut

pas confondre, les soignants peuvent développer l'un ou l'autre ou les 2 selon leur milieu de travail, d'autres par contre pensent que l'épuisement professionnel serait la première étape ou un terrain favorisant l'usure de compassion, en vue de nos résultats, nous pensons que l'usure de compassion est la conséquence d'un épuisement professionnel sévère ou non pris en charge.

- **La dépression**

Dans notre étude, aucun des soignant ne présentait une dépression significative, 88,3% avaient une dépression mineure (négligeable), 11,7% avaient une dépression légère, aucun ne présentait des idées suicidaires.

Bien que nous ayons retrouvé un lien entre la dépression et l'épuisement professionnel, le score moyen de la dépression pour les degrés élevés de l'épuisement professionnel et de chacune de ces dimensions étaient inférieur à 9, tous avaient donc une dépression mineure (négligeable).

De nombreux auteurs ont retrouvés la corrélation entre la dépression et l'épuisement professionnel dont P. Koutsimani et AL [72], il existe toujours une controverse entre le type de lien entre ces entités, P Kaschka avait retrouvé une telle corrélation et avait conclu que l'épuisement professionnel pourrait être un état psychologique favorisant la survenue de la dépression [73], N Embriaco N et ALavaient avaient retrouvé l'épuisement professionnel à degré élevé chez 80,6% des soignants ayant la dépression dans son étude [67], d'autres auteurs au contraire pensent que la dépression et l'épuisement professionnel sont la même pathologie engendrée par des causes différentes. Quoi qu'il en soit nous pensons qu'il faudrait une étude plus approfondie avec un échantillon plus grand pour bien évaluer la relation entre ces 02 entités.

# Conclusion et  suggestions

## CONCLUSION

Au terme de notre étude intitulée « Epuisement professionnel du personnel soignant des cliniques universitaire polyvalente d'anesthésie réanimation et d'accueil des urgences du CNHU HKM : prévalence et conséquences », nous pouvons retenir ce qui suit :

- La prévalence de l'épuisement professionnel dans notre étude était de 88,3%, parmi lesquels 33,3% avaient un degré élevé, 28,3% avaient un degré modéré et 26,7% avaient un degré faible.
  11,7% n'avait pas l'épuisement professionnel
- La population d'étude est à prédominance masculine (60%) avec un sexe ratio de 1.5. Parmi ceux touchés par l'épuisement professionnel 79,2% affirmaient consacrer moins de temps avec leur famille et 71,69% recevaient des remarques négatives sur leur disponibilité, 66% ne pratiquaient pas d'activité physique régulière, 69,8% n'avaient pas d'activité de loisir régulier.
  9,43% trouvent leur milieu de travail très mauvais.
- Le nombre de gardes effectuées, la profession, la dépression et l'usure de compassion étaient des facteurs associés.
- 48,3% des soignants atteints par l'épuisement professionnel avaient un risque très élevé d'usure de compassion, le score moyen d'usure de compassion de ceux ayant un épuisement émotionnel de degré élevé était de 51,88 ; de 56 pour ceux ayant un degré élevé de dépersonnalisation, et de 45 pour ceux ayant un degré d'accomplissement professionnel faible. Ainsi plus sévère est l'épuisement professionnel, plus le risque d'usure de compassion est élevé.

A la lumière de ces résultats, nous pouvons conclure que la problématique sur l'épuisement professionnel est une réalité sous nos cieux et dans nos hôpitaux. Les facteurs associés à sa survenue sont encore peu connus. Cette donne implique donc

des suggestions en vue d'une meilleure exploration, d'une prévention et une prise en charge éventuelle.

## SUGGESTIONS

### A l'endroit des soignants de la CUPAR et CUAU

- S'instruire sur le syndrome d'épuisement professionnel
- S'instruire des moyens et techniques de protections contre le stress professionnel
- Solliciter de l'aide auprès de psychologues pour la gestion émotionnelle du travail au quotidien
- Choisir une activité de loisir et une activité physique à pratiquer régulièrement afin de se divertir ,réduire le stress lié au travail

### A l'endroit des autorités administratives de la CUPAR, de la CUAU et du CNHU-HKM

- Organiser des séances ou ateliers de formation sur le syndrome d'épuisement professionnel, ses causes, et les moyens de protections individuels et collectifs
- Organiser des séances de dépistages de l'épuisement professionnel
- Organiser des séances d'activité collective extraprofessionnelle (sport, sortie etc...) pour favoriser les bonnes relations entre collègues.

### A l'endroit des autorités politiques

- Encourager le suivi psychologique des soignants en organisant des consultations gratuites et/ou des séances de formations sur le syndrome d'épuisement professionnel
- Améliorer les conditions de travail des soignants
- Assurer une bonne orientation professionnelle des cadres afin de réduire l'épuisement professionnel en lien avec la déception professionnelle
- Améliorer la rémunération des soignants

- Effectuer des recherches à échelle nationale pour évaluer l'ampleur du phénomène dans tous les hôpitaux du Bénin, déterminer les facteurs influençant et les impacts socio-sanitaires et professionnels.

# Références

1. Organisation internationale du travail(OIT). Stress au travail un défi collectif. Génève, 2016.
2. DGT, Anact, INRS. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out : Mieux comprendre pour mieux agir. DICOM; 34p, 2015.
3. Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL. Stress and Quality of Working Life: Current Perspectives in Occupational Health. IAP; 2006. 226 p.
4. World health organisation. Burn-out an « occupational phenomenon »: International Classification of Diseases. Departmental news. 29 Mai 2019 [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases
5. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. Clin Gastroenterol Hepatol. mars 2018;16(3):311‑7.
6. Hanouz JL, Doppia MA, Buléon C, Lepori AL, Simonet-Grosset T, Gerard JL. Évaluation du syndrome d'épuisement professionnel dans un service d'anesthésie réanimation. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 1 sept 2014;33:A265.
7. Humphries N, Morgan K, Catherine Conry M, McGowan Y, Montgomery A, McGee H. Quality of care and health professional burnout: narrative literature review. International Journal of Health Care Quality Assurance. 6 mai 2014;27(4):293‑307.
8. Mion G, Libert N, Journois D. Facteurs associés au burnout en anesthésie–réanimation. Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 1 mars 2013;32(3):175‑88.
9. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 1 mars 2018;16(3):311‑7.

10. Musi A, Malaquin S, Mahjoub Y, Tinturier F, Zogheib E, Salomon A, et al. Prévalence du « burnout » chez les soignants de réanimation au CHU d'Amiens. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 1 sept 2014;33:A265‑6.
11. Massou S, Doghmi N, Belhaj A, Aboulaala K, Azendour H, Haimeur C, et al. Enquête sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les personnels d'anesthésie réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 sept 2013;171(8):538‑42.
12. Adelin TB, Anselme D, Frédéric TNC, Armistice GGT, Prosper G.Burn-Out chez le personnel soignant des unités de soins intensifs de l'hopital universitaire de Parakou au B2nin. European Scientific Journal, ESJ. 2018;14(24):408.
13. Mikponhoue R, Hinson A, Adjobimey M, Sembeya P, Cisse IM, Gounongbe F, et al. Epidemiological Aspect of Burnout among Careful Staff of A Zone Hospital in Cotonou in 2019. ODEM. 2021;09(02):49‑62.
14. Sembeya P. Aspects épidémiologiques du «Burn-out» chez le personnel soignant de l'hopital de zone de Menontin à Cotonou [Thèse de doctorat]. [Cotonou-Benin]: Université d'Abomey-Calavi (UAC); 2019.
15. L'OMS classe le burn-out comme « phénomène lié au travail » | Ecole L'Arbre Rouge [Internet]. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur: https://www.l-arbre-rouge.fr/2022/01/20/loms-classe-le-burn-out-comme-phenomene-lie-au-travail/
16. Munroe V, Brunette N. L'épuisement professionnel (burn-out) : un problème réel. Reflets : Revue ontaroise d'intervention sociale et communautaire. 2001;7(1):165.
17. Servant D, Pradeau P, Sobaszek A. Stress au travail - État des lieux et remèdes possibles. Mise au point. 2004;4.
18. Samra R. Brief history of burnout. BMJ. 27 déc 2018;363:k5268.
20. Beard G. Neurasthenia, or Nervous Exhaustion. The Boston Medical and Surgical Journal. 29 avr 1869;80(13):217‑21.

22. Maslach Burnout Inventory--ES Form - PsycNET [Internet]. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur: https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft05190-000
23. Mion G, Libert N, Petitjeans F, Journois D. Burn out en anesthésie-réanimation. In 2010. p. 201‑7.
24. Pines A, Aronson E. Career burnout: Causes and cures. New York Free Press; 1988.
25. Negueu AB, Cumber SN, Donatus L, Nkfusai CN, Ewang BF, Bede F, et al. Burnout chez les professionnels soignants de l'Hôpital Central de Yaoundé. Pan Afr Med J. 21 juin 2019;34:126.
26. Barbier D. Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. La Presse Médicale. 1 mars 2004;33(6):394‑9.
27. Nunn K, Isaacs D. Burnout. Journal of Paediatrics and Child Health. 2019;55(1):5‑6.
28. Guntupalli KK, Wachtel S, Mallampalli A, Surani S. Burnout in the intensive care unit professionals. Indian J Crit Care Med. mars 2014;18(3):139‑43.
29. Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review [Internet]. Cureus. 4 déc 2018 [cité 10 nov 2022];10(12).
30. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. Archives of Internal Medicine. 8 oct 2012;172(18):1377‑85.
31. Medscape. Physician Lifestyle Report [Internet]. 2013 [cité 11 nov 2022]. Disponible sur: https://www.medscape.com/sites/public/lifestyle/2013
32. Benson MA, Peterson T, Salazar L, Morris W, Hall R, Howlett B, et al. Burnout in Rural Physician Assistants: An Initial Study. The Journal of Physician Assistant Education. juin 2016;27(2):81‑3.

33. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. Health Affairs. mai 2001;20(3):43‑53.
34. Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care | Health Affairs [Internet]. [cité 11 nov 2022]. Disponible sur: https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2010.0100
35. Doppia MA, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 1 nov 2011;30(11):782‑94.
36. Massou S, Doghmi N, Belhaj A, Aboulaala K, Azendour H, Haimeur C, et al. Enquête sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les personnels d'anesthésie réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 sept 2013;171(8):538‑42.
37. Azzaoui S. "Le Burn out en milieu de Réanimation : Enquête auprès des praticiens" [Internet] [Thesis]. 2010 [cité 11 nov 2022]. Disponible sur: http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/804
38. Maaroufi N, Rzeigui J, Ayari L, Abid Z. BURN-OUT DU SOIGNANT AUX URGENCES. 2015;11.
39. Fortune YPC. PHÉNOMÈNE DE « SECONDE VICTIME » CHEZ LES PRESTATAIRES DE SOINS EN RÉANIMATION ET AU BLOC OPÉRATOIRE À ANTANANARIVO. :129.

41. Hartog CS. [Burnout-a call for action]. Med Klin Intensivmed Notfmed. nov 2019;114(8):693‑8.

42. Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. West J Emerg Med. mai 2019;20(3):485‑94.
43. Chambers CNL, Frampton CMA, Barclay M, McKee M. Burnout prevalence in New Zealand's public hospital senior medical workforce: a cross-sectional mixed methods study. BMJ Open. 1 nov 2016;6(11):e013947.
44. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. [Burn out among French general practitioners]. Presse Med. 1 déc 2004;33(22):1569‑74.
45. Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population - Ahola - 2006 - Addiction - Wiley Online Library [Internet]. [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2006.01539.x
46. Associations between satisfaction with life, burnout-related emotional and physical exhaustion, and sleep complaints: The World Journal of Biological Psychiatry: Vol 11, No 5 [Internet]. [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/15622971003624205
47. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM de. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. PLOS ONE. 4 oct 2017;12(10):e0185781.
48. Burnout and Behavior-Related Health Risk Factors: Results From the Population-Based Finnish Health 2000 Study on JSTOR [Internet]. [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: https://www.jstor.org/stable/45009971
49. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders—results from the Finnish Health 2000 Study. Journal of Affective Disorders. 1 sept 2005;88(1):55‑62.
50. Role of Occupational Stress and Burnout in Prevalence of Musculoskeletal Disorders Among Embassy Personnel of Foreign Countries in Iran - PMC

[Internet]. [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4082528/

51. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. J GEN INTERN MED. 1 avr 2017;32(4):475‑82.
52. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. Journal of Internal Medicine - Wiley Online Library [Internet]. 2018 [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12752
53. Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy: A Prospective Longitudinal Study | Depressive Disorders | JAMA | JAMA Network [Internet]. [cité 16 nov 2022]. Disponible sur: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/203249
54. Jabbour J. Les risques psychosociaux et la pénibilité du travail chez les médecins urgentistes. Enquête réalisée chez les urgentistes du CHRU de Nancy. :138.
55. Compassion Fatigue [Internet]. [cité 15 févr 2023]. Disponible sur: https://web.archive.org/web/20210929183546/https://proqol.org/compassion-fatigue
56. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician Burnout: A Potential Threat to Successful Health Care Reform. JAMA [Internet]. 18 mai 2011 [cité 9 nov 2022];305(19). Disponible sur: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2011.652
57. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, et al. Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. Mayo Clinic Proceedings. 1 avr 2016;91(4):422‑31.
58. Hochstrasser B, Brühlmann T, Cattapan-Ludewig K, Hättenschwiler J, Holsboer-Trachsler E, Kawohl W, et al. Le traitement du burnout, partie 2:

Recommandations pratiques. Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum. 28 juin 2016;16.

59. Fall A. Reconnaissance au travail : validation d'une échelle de mesure dans le contexte des entreprises. European Review of Applied Psychology. 1 juill 2015;65(4):189‑203.
60. Mhamdi S, Nakhli MS, Kahloul M, Latrech N, Rejeb MB, Khadhraoui M, et al. Prévalence du burnout en milieu d'anesthésie réanimation dans le centre tunisien. Pan African Medical Journal. 12 oct 2018;31(1).
61. Musi A, Malaquin S, Mahjoub Y, Tinturier F, Zogheib E, Salomon A, et al. Prévalence du « burnout » chez les soignants de réanimation au CHU d'Amiens. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 1 sept 2014;33:A265‑6.
62. Cureus | Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review [Internet]. [cité 5 févr 2023]. Disponible sur: https://www.cureus.com/articles/16398-burnout-in-united-states-healthcare-professionals-a-narrative-review#!/
63. Negueu AB, Cumber SN, Donatus L, Nkfusai CN, Ewang BF, Bede F, et al. Burnout chez les professionnels soignants de l'Hôpital Central de Yaoundé. Pan Afr Med J [Internet]. 21 juin 2019 [cité 5 févr 2023];34:126. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7906560/
64. Aragão NSC de, Barbosa GB, Santos CLC, Nascimento D dos SS, Bôas LBSV, Martins Júnior DF, et al. Burnout Syndrome and Associated Factors in Intensive Care Unit Nurses. Rev Bras Enferm. 2021;74(suppl 3):e20190535.
65. Sok S, Sim H, Han B, Park SJ. Burnout and Related Factors of Nurses Caring for DNR Patients in Intensive Care Units, South Korea. International Journal of Environmental Research and Public Health. janv 2020;17(23):8899.
66. Mion G, Libert N, Journois D. Facteurs associés au burnout en anesthésie–réanimation. Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 1 mars 2013;32(3):175‑88.

67. High Level of Burnout in Intensivists [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://www.atsjournals.org/doi/epdf/10.1164/rccm.200608-1184OC?role=tab
68. Ponchet M, Geeraerts T. Le stress de l'anesthésiste-réanimateur.
69. Maaroufi N, Rzeigui J, Ayari L, Abid Z. BURN-OUT DU SOIGNANT AUX URGENCES. 2015;
70. Zhang YY, Han WL, Qin W, Yin HX, Zhang CF, Kong C, et al. Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. Journal of Nursing Management. 2018;26(7):810‑9.
71. Sung K, Seo Y, Kim JH. Relationships between Compassion Fatigue, Burnout, and Turnover Intention in Korean Hospital Nurses. J Korean Acad Nurs. 31 déc 2012;42(7):1087‑94
72. Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Psychology. 2019;10.
73. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a Fashionable Diagnosis. Dtsch Arztebl Int. nov 2011;108(46):781‑7.

# Annexes

# Questionnaire d'enquête

## SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT EN MILIEU HOSPITALIER A COTONOU

Bonjour Mr/Mme, dans le cadre de notre soutenance de thèse en médecine à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), nous vous soumettons le présent questionnaire portant sur le « Syndrome d'épuisement professionnel ou Burn-out ». En effet le Burn-out est état psychologique qui représente un problème de santé publique du personnel au travail et surtout très fréquent au sein des personnels soignants mais le Bénin dispose encore de peu d'information sur le sujet. Dans le but de pallier à cet état de chose, la présente recherche a été initiée sous la supervision du Dr AHOUNOU et du Pr ZOUMENOU. Ce travail a reçu l'autorisation des autorités des différents services et se déroulera dans la confidentialité et le respect de l'anonymat des participants.

Signature du participant :…… Date :……

**Fiche d'enquête n° :……..**

**Identité (optionnel) :** **Téléphone :**

### 1. Données socio-professionnelles

Cochez la/les bonnes réponses

Q1) Sexe : 1. Homme ☐ 2. Femme ☐ ☐

Q2) Ethnie : 1. Fon ☐ 2. Yoruba ☐ 3. Goun ☐

Autre (précisez) :…….

Q3) Age : ……..

Q4) Profession : 1.Médecin ☐ 2.Infirmier ☐ 3.Aide-soignant ☐

Autre :……..

Q5) Situation matrimoniale : 1. Marié ☐ 2. Divorcé ☐ 3. Concubinage ☐

4.Veuve/veuf ☐ 5. Célibataire ☐

Q6) Nombre d'enfants à charge : Aucun ☐ [1-3] ☐ [4-6] ☐ ≥7 ☐

Q7) Dans quel service exercez-vous ?

CU- PAR : ☐ CUAU: ☐

Q8) votre ancienneté dans le service :

<01an ☐ 1-5ans ☐ 6-10ans ☐

11-20ans ☐ >20ans ☐

Q9) Horaire de travail :

Fixe de 08h à 16h ☐ Alternée (pemanence08h-16h, Garde 16h-08h) ☐

Alternée (pemanence08h-16h, Garde 24) ☐ Autre :..... ☐

Q10) Nombre d'heures de travail en moyenne par semaine :

<40 heures ☐ [40 à 72 heures] ☐ >72 heures ☐

Q11) Nombre de gardes nocturnes effectuées par mois :

Aucune ☐ [1 à 5 ] ☐ [6 à 10] ☐ ≥11 ☐

Q12) Nombre de semaines de vacances par an, en moyenne :

[1 à 2 semaines] ☐ [3 à 4 semaines] ☐ >5 semaines ☐

Q13) comment estimez vous le temps que vous consacrez à votre famille ?

Suffisant ☐ Insuffisant ☐

Q14) Recevez-vous des remarques négatives de votre entourage sur votre disponibilité ?

Oui ☐ Non ☐

Q15) Pratiquez-vous une activité sportive régulière ?

Oui ☐ Non ☐

Q16) Avez-vous une activité de loisir régulière ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui: laquelle?.....

Q17) Comment jugez-vous le climat de travail dans votre service ?

Très bien ☐ Bien ☐ Mauvais ☐ Très mauvais ☐

**2- Antécédents**

Q18) Souffrez de l'une ou plusieurs des pathologies suivantes :

Hypertension artérielle ☐ Diabète ☐

Autre (Précisez ) :

Q19) Consommez-vous de l'alcool ?( bière, vin, sodabi, whisky, vodka etc….)

Oui ☐ Non ☐ , si oui combien de verres ? …….par jour ou …….par semaine

Q20) Consommez-vous de la cigarette ?

Oui ☐ Non ☐ , si oui combien de cigarettes ? ……..par jour,

Depuis quand fumez-vous ? ……ans

Q21) Avez-vous consommé un psychotrope ces 03 derniers mois ? (Antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères…)

Oui ☐ Non ☐ si oui, lequel ?.....

### 3- Echelle de MASLACH

Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant.

**NB : Pour la validité de ce score, veuillez SVP répondre à toutes les questions**.

| | |
|---|---|
| 0= Jamais | 4=Une fois par semaine |
| 1= Quelques fois par an au moins | 5= Quelques fois par semaine |
| 2= Une fois par mois au moins | 6= Chaque jour |
| 3= Quelques fois par mois | |

| Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.<br>Entourer le chiffre correspondant à votre réponse | Jamais | Quelquefois par année au moins | Une fois par mois au moins | Quelques fois par mois | Une fois par semaine | Quelques fois par semaine | Chaque jour |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Je sens que je craque à cause de mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Je me sens plein(e) d'énergie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Je me sens frustré(e) par mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Je ne me soucis pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Je me sens au bout du rouleau | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

**4-Test d'usure de compassion (Tuc)**

Lisez chaque énoncé en pensant à votre situation actuelle en milieu de travail. Pour chacun, inscrivez à côté du numéro, le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

| **1** Jamais/rarement | **2** Parfois | **3** Indécis | **4** Souvent | **5** Très souvent |
|---|---|---|---|---|

**1.**_____ Je m'efforce d'éviter certaines pensées ou certains sentiments qui me rappellent une expérience effrayante.

**2.**_____ Je constate que j'évite certaines activités ou situations parce qu'elles me rappellent une expérience effrayante.

**3.**_____ J'ai des trous de mémoire aux sujets d'événements effrayants.

**4.**_____ Je me sens étranger aux autres.

**5.**_____ Je m'endors difficilement ou je me réveille durant la nuit.

**6.**_____ Je suis facilement irritable, je me mets en colère pour un rien.

**7.**_____ Un rien me fait sursauter.

**8.**_____ En travaillant avec une victime, il m'est arrivé d'avoir des fantasmes violents envers son agresseur.

**9.**_____ Je suis une personne vulnérable.

**10.**_____ J'ai déjà eu des flash-backs à propos de mes clients.

**11.**_____ J'ai moi-même vécu une expérience traumatisante à l'âge adulte.

**12.**_____ J'ai moi-même vécu une expérience traumatisante dans mon enfance.

**13.**_____ J'ai déjà pensé que je devrais régler un traumatisme personnel.

**14.**_____ J'ai déjà pensé qu'il me faudrait plus d'amis intimes.

**15.**_____ Il m'est arrivé de penser que je n'avais personne avec qui parler des choses qui me stressent beaucoup.

**16.**_____ J'en suis venu à la conclusion qu'il n'est pas sain pour moi de travailler autant.

**17.**_____ Je suis effrayé par certains propos ou gestes d'un client à mon égard.

**18.**_____ Je fais des rêves troublants, semblables à ceux d'un client.

**19.**_____ Il m'est arrivé d'être dérangé par le souvenir d'entretiens avec des patients particulièrement difficiles.

**20.**_____ Un souvenir effrayant s'est déjà imposé à moi pendant un entretien avec un client.

**21.**_____ J'ai plus d'un client pour lequel je me fais du souci.

**22.**_____ Les expériences traumatiques d'un client m'empêchent de dormir.

**23.**_____ Il m'arrive de penser que je suis "contaminé" par le stress post-traumatique de mes clients.

**24.**_____ Je me répète de moins m'en faire avec le bien-être de mes clients.

**25.**_____ Il m'est arrivé de me sentir "siphonné" par mon travail d'intervenant.

**26.**_____ Avec certains clients, j'ai eu l'impression que c'était sans espoir.

**27.**_____ Il m'est arrivé d'avoir les nerfs à vif dans diverses situations et je pense que c'est à cause de mon travail auprès de certains clients.

**28.**_____ Il m'est arrivé de souhaiter pouvoir éviter de travailler avec certains clients.

**29.**_____ Il m'est arrivé d'être en danger avec certains clients.

**30.**_____ J'ai déjà eu l'impression que mes clients ne m'aimaient pas comme personne.

**31.**_____ Il m'est arrivé de me sentir fragile, fatigué ou exténué à cause de mon travail auprès de clients.

**32.**_____ Il m'est arrivé d'être déprimé à cause de mon travail avec des clients.

**33.**_____ Je ne réussis pas à séparer travail et vie personnelle.

**34.**_____ Je n'ai aucune compassion pour ce que vivent la plupart de mes collègues.

**35.**_____ J'ai l'impression de travailler pour le salaire plus que pour ma satisfaction.

**36.**_____ Je trouve difficile de séparer ma vie personnelle de ma vie professionnelle.

**37.**_____ J'ai l'impression que mon travail est inutile ; ça me laisse amer et désillusionné.

**38.**_____ Il m'arrive de penser que j'ai raté ma vie professionnelle.

**39.**_____ Il m'arrive de penser que je ne réussis pas à atteindre mes objectifs de vie.

**40.**_____ Mon travail m'oblige à effectuer des tâches bureaucratiques qui sont sans importance à mes yeux.

## 5-**Echelle de Beck Depression Inventory (BDI-13)**

**Entourez la réponse qui vous correspond le mieux**

**A**

0 Je ne me sens pas triste

1 Je me sens cafardeux ou triste

2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir

3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

**B**

0Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir

1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir

2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer

3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

**C**

0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie

1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens

2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs

3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

**D**

0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait

1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances

2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit

3 Je suis mécontent de tout

**E**

0Je ne me sens pas coupable

1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps

2 Je me sens coupable

3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vaux rien

**F**

0Je ne suis pas déçu par moi-même

1 Je suis déçu par moi-même

2 Je me dégoûte moi-même

3 Je me hais

**G**

0 Je ne pense pas à me faire du mal

1 Je pense que la mort me libérerait

2 J'ai des plans précis pour me suicider

3 Si je le pouvais, je me tuerais

**H**

0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens

1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois

2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux

3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

**I**

0Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume

1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision

2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions

3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

**J**

0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant

1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux

2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux

3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

**K**

0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant

1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose

2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

**L**

0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude

1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude

2 Faire quoi que ce soit me fatigue

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

**M**

0 Mon appétit est toujours aussi bon

1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude

2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant

3 Je n'ai plus du tout d'appétit

REPUBLIQUE DU BENIN - MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
Direction Générale

01 BP : 386
(+229) 21 30 06 56
www.cnhu-hkm.org

SERVICE DE LA STATISTIQUE MEDICALE ET DE LA RECHERCHE

Cotonou, le 30 DEC 2022

# NOTE DE SERVICE

N°2227/MS/CNHU-HKM/DAF/SSMR

**Objet** : Autorisation de collecte

**Références** : - Bordereau N°208/MS/CNHU-HKM/CSMR du 23 décembre 2022 ;
- Demande de Madame ENIOLORUNDA M. Eniola en date du 21 décembre 2022 ;
- Photocopie de la carte d'étudiant N°11882516.

Dans le cadre de la réalisation de sa thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, portant sur le thème « **Epidémiologie et conséquences de l'épuisement professionnel chez le personnel soignant des Cliniques Universitaires Polyvalente d'Anesthésie et Réanimation, et d'Accueil des Urgences du CNHU-HKM de Cotonou** », Madame **ENIOLORUNDA Marie Eniola**, étudiante en septième année de médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisée à effectuer une collecte de données dans les **Cliniques Universitaires Polyvalente d'Anesthésie et Réanimation, et d'Accueil des Urgences** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA (CNHU-HKM).

A cet effet, les Chefs desdites Cliniques et leurs Surveillants sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressée, l'accès aux sources de données. La collecte de données se fera sous l'encadrement du Chef Service de la Statistique Médicale et de la Recherche.

A la fin de l'étude, l'intéressée devra **transmettre à la Direction Générale du CNHU-HKM, les versions électroniques du rapport d'étude et de la base de données recueillies, par mail, à l'adresse suivante : « csmr.cnhuhkm@gmail.com »**.

La présente note de service est valable pour compter de la date de sa signature.

**NB : Les dossiers médicaux et les registres doivent être consultés sur place. La confidentialité des données collectées est requise.**

**Ampliations** :
- DAF, C/SRH, P/CME, C/SSRM
- C/CUPAR, C/CUAU, Surveillants
- Intéressée, Archives, Chrono

Le Directeur Général,

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE * HKM * Le Directeur Général

**Prof. Dieu donné GNONLONFOUN**

# Table des matières

# Table des matières

Action de Grâce ..... i

Dédicaces ..... iii

Remerciements ..... vi

Hommages ..... viii

Liste des sigles et abréviations ..... xi

Liste des tableaux et figures ..... xiii

LISTE DES TABLEAUX ..... xiv

LISTE DES FIGURES ..... xvii

Introduction ..... 1

1 . Généralités ..... 5

1-1 Définitions de concepts ..... 6

1-2 Historique du Burn-out ..... 7

1-3 Aspects cliniques ..... 9

1-3.1 Description de l'épuisement professionnel ..... 9

1-3.2 Les différentes étapes de l'épuisement professionnel ..... 10

1-3.3 Symptômes ..... 10

1-4 Epidémiologie du Burn out chez les soignants ..... 12

1-5 Facteurs favorisants ou risques psychosociaux du Burn out en Réanimation 13

1-5.1 Les facteurs liés au travail : ..... 14

1-5.2 Facteurs liés à l'individu ..... 15

1-6 Conséquences de l'épuisement professionnel ..... 17

1-6.1 Pour le soignant ..... 17

1-6.2 Pour le patient ..... 17
1-6.3 Pour l'hôpital ..... 18
1-7 Prise en charge du Burn out ..... 19
1-7.1 Prévention ..... 19
1-7.2 Traitement curatif ..... 20
1-8 Instrument de mesure de l'EP ..... 20
1-8.1 Evaluation de La prévalence de l'EP ..... 20
1-8.3 l'évaluation du Niveaux de stress, dépression et usure de compassion .. 22
2. Cadre et méthode d'étude ..... 23
2-1 Cadre d'étude ..... 24
2-2 METHODE D'ETUDE ..... 27
2-2.1 Type d'étude ..... 27
2-2.2 Période d'enquête ..... 27
2-2.3 Population d'étude ..... 27
2-2.4 Critères d'inclusion ..... 27
2-2.5 Critères de non-inclusion ..... 28
 Personnel administratif ..... 28
2-2.6 Critères d'exclusion ..... 28
2-2.7 Echantillonnage ..... 28
2-3 Collecte de données ..... 28
2-3.1 Techniques et outil de collecte ..... 28
2-3.2 Procédure de la collecte ..... 31
2-3.3 Traitement et analyse des données ..... 32
2-3.4 Variables ..... 32

2-3.5 Considérations éthiques ..... 33
3. Résultats ..... 34
DIAGRAMME DE FLUX ..... 35
3-1 Les caractéristiques socio-démographiques des soignants ..... 36
3-1.1 Répartition des soignants selon l'âge ..... 36
3-1.2 Répartition des soignants selon le sexe ..... 37
3-2 Les caractéristiques professionnelles des soignants ..... 38
3-2.1 Répartition des soignants selon leur service d'appartenance ..... 38
3-2.2 Répartition des soignants selon les caractéristiques professionnelles . 39
3-3 Antécédents médicaux, mode de vie et habitudes de vie ..... 40
3-4 Prévalence et gravité de l'épuisement professionnel ..... 41
3-4.1 Prévalence de l'épuisement professionnel ..... 41
3-4.2 Gravité de l'épuisement professionnel ..... 42
3-4.3 Degré de l'épuisement professionnel selon les dimensions ..... 43
3-5 Risque d'usure de compassion ..... 44
3-6 Prévalence et gravité de la dépression ..... 44
3-7 Association entre les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles et l'épuisement professionnel ..... 45
3-7.1 Association entre l'épuisement professionnel et caractéristiques sociodémographique ..... 45
3-7.2 Association entre facteurs professionnels et épuisement professionnel.. 47
3-7.3 Association entre antécédents, mode de vie, habitude de vie et la survenue de l'épuisement professionnel ..... 50
4. Discussion ..... 57

4-1 Atteinte des objectifs ..... 58

4-2. La qualité et la validité des résultats..... 58

4-3. Les limites et biais de l'étude ..... 58

4-4 Prévalence de l'épuisement professionnel..... 59

4-5 Facteurs socio-démographiques et professionnels du personnel soignant et leurs associations avec l'épuisement professionnel ..... 60

4-6 Impact sanitaire de l'épuisement professionnel ..... 63

Conclusion et suggestions ..... 65

CONCLUSION ..... 66

Références ..... 70

Annexes ..... A

Table des matières .....L

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple Béninois,

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination,

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité,

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance,

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères,

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail,

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs,

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort,

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission,

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure.**

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY – CALAVI

## RESUME

**Introduction** : Le syndrome d'épuisement professionnel est un problème de santé publique dans le milieu de travail, en particulier chez des soignants exerçant à un poste émotionnellement très exigeant.

**Objectif** : Etudier la prévalence et les conséquences du syndrome d'épuisement professionnel au sein du personnel soignant de CU-PAR et CUAU du CNHU-HKM de Cotonou.

**Méthode** : Il s'est agi d'une étude transversale et analytique à visée descriptive qui s'est déroulée sur une période de 03 semaines allant du 09 Janvier au 27 Janvier 2023 auprès des soignants de CU-PAR et CUAU du CNHU-HKM DE Cotonou. L'échantillonnage a été non probabiliste avec recrutement exhaustif de tous les soignants ayant consenti à l'enquête, un auto-questionnaire leur a été transmis L'analyse des données fut réalisée avec le logiciel Epi-Info version 3.5.3.

**Résultat** : Au total, 60 ont été enregistrés. Parmi eux, 53 (88 ,3%) avaient un épuisement professionnel dont 33 ,3% avait un degré élevé, de ceux qui sont atteint 79 ;2% consacrait moins de temps à leur famille et 71 ;9% recevait des remarques sur leur disponibilité, 66% ne pratiquent pas d'activité physique régulière, 69,8% n'avaient pas d'activité de loisir. L'usure de compassion et la dépression étaient associées à l'épuisement profession, avec 48,3% des soignants atteints ayant un risque très élevé d'usure de compassion,

**Conclusion** : Ce travail montre une prévalence élevée d'épuisement professionnel au sein des soignants de la CU-PAR et CUAU du CNHU-HKM ainsi qu'un lien entre le degré de l'épuisement et l'usure de compassion. L'explorations des facteurs impliqués, la prévention et la prise en charge de l'épuisement professionnel de ces soignants pourrait améliorer la relation soignant-patient et la qualité des soins.



**Mots clés** : Epuisement professionnel, prévalence, conséquences, usure de compassion, dépression, Cotonou



## ABSTRACT

**Introduction**. Burn-out is a public health issue related to workplace, especially among health care professionals working in an emotionally high demanding position

**Objective**: Studying the prevalence and consequences of burn-out among health care professionals in intensive care unit (CU-PAR) and Emergency (CUAU of the referral hospital CNHU-HKM of Cotonou

**Method:** This was a cross-sectional and analytical study with a descriptive aim which took place over a period of 03 weeks from January 09 to January 27, 2023 among the health care professionals of CU-PAR and CUAU of the referral hospital CNHU-HKM of Cotonou. The sampling was non-probabilistic, all caregivers who consent to participate in the survey were included, a questionnaire were giving to each participant to fill, Data analysis were carried out with Epi-Info software version 3.5.3.

**Results**: A total of 60 participants were taking into consideration. Among them, 53 (88.3%) had a burnout of which 33.3% had a high-level burn-out, of those who were affected 79.2% devoted less time to their family and 71.9% received feedback on their unavailability, 66% do not practice regular physical activity, 69.8% had no leisure activity. Compassion fatigue and depression were correlated with burnout, with 48.3% of affected caregivers having a very high risk of compassion fatigue

**Conclusion:** This survey shows a high prevalence of burnout among CU-PAR and CUAU caregivers in the referral hospital CNHU-HKM of Cotonou, in addition, it shows a link between the level of burnout and the level of risk of compassion fatigue. Exploring the factors involved in developing burnout, it's prevention and management in these services could improve the caregiver-patient relationship and the quality of care.



**Keywords** : Burnout, prevalence, consequences, compassion fatigue, depression, Cotonou