

**CARACTERISTIQUES DES PRESTATAIRES DE SOINS EN VIH/SIDA
AU TOGO ET ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL**, Comlan YEHOUEYOU,
Ati-mola TCHASSAMA (Université de Lomé - Togo)
eddyehouenou@gmail.com

Résumé

L'épuisement professionnel représente de nos jours un réel problème de santé publique avec des conséquences lourdes pour la santé des travailleurs en général (M. Delbrouck et coll., 2011), en particulier ceux qui travaillent dans les soins chroniques (C. Maslach, 1976). L'objectif de cette étude est d'analyser le lien entre les caractéristiques des prestataires de soins en VIH/Sida et l'épuisement professionnel. Il s'agit d'une étude prospective et descriptive qui a porté sur 327 prestataires âgés de 23 à 59 ans, avec une sex-ratio hommes et femmes de 0,7. Le « Maslach Burnout Inventory » (C. Maslach & Jackson, 1982) a été utilisé pour évaluer l'épuisement professionnel, et le *r* de Bravais Pearson pour estimer la relation linéaire entre l'épuisement professionnel et les caractéristiques des prestataires. Nous avons retenu l'hypothèse selon laquelle il existe une relation entre les caractéristiques des prestataires de soins en VIH/Sida au Togo et l'épuisement professionnel. Les résultats montrent que ce phénomène touche autant les hommes que les femmes sans distinction d'âge. Néanmoins, il y avait une liaison significative et positive entre l'épuisement professionnel et le fait que les prestataires effectuent des activités complémentaires à la prise en charge. Les sage-femmes et les infirmiers étaient plus affectés.

Mots clés : épuisement professionnel, prestataires de soins, VIH/Sida, Togo.

**CHARACTERISTICS OF HIV/AIDS CARE PROVIDERS IN TOGO AND
BURNOUT**

Abstract

Burnout represents a real public health problem today with serious consequences for the health of workers in general (M. Delbrouck et al., 2011), especially those working in chronic care (C. Maslach, 1976). The purpose of this study is to analyze the relationship between the characteristics of HIV/AIDS care providers and burnout. This is a prospective, descriptive study of 327 providers aged 23-59 years, with a sex ratio of 0.7 men to women. The Maslach Burnout Inventory (C. Maslach & S. Jackson, 1982) was used to assess burnout, and the Bravais Pearson *r* was used to estimate the linear relationship between burnout and claimant characteristics. We adopted the hypothesis that there is a relationship between the characteristics of HIV/AIDS care providers in Togo and burnout. The results show that this phenomenon affects both men and women, regardless of age. Nevertheless, there was a significant and positive relationship between burnout and the fact that that providers perform complementary activities to care. Midwives and nurses were more affected.

Keywords: burnout, healthcare providers, HIV/AIDS, Togo.

Introduction

Toute personne engagée au quotidien dans une relation d'aide envers autrui et soumise à un stress professionnel chronique est susceptible d'être atteinte du syndrome d'épuisement professionnel (P. Canoui et A. Mauranges 1998 ; W. Schaufeli 2003). Le burn out ou épuisement professionnel est conceptualisé comme un type particulier de stress survenant principalement chez les professionnels dans les contextes de surcharge de travail, en particulier ceux d'une nature interpersonnelle (C. Maslach, 1976). Il concerne les professions à fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives et à forte responsabilité tels les soignants. Le personnel hospitalier constitue une cible particulière des risques psychosociaux notamment le stress et le burn out. Ces facteurs peuvent conduire à un épuisement émotionnel chronique, à une dépersonnalisation et à un sentiment réduit d'accomplissement personnel (C. Maslach, opcit) expliquant la plupart des difficultés physiques et psychologiques rencontrées dans le monde du travail, y compris les facteurs exogènes et endogènes.

L'épuisement professionnel a été identifié comme un problème important chez les professionnels de la santé, en particulier ceux qui travaillent dans les soins chroniques (C. Maslach, 1976). En effet, durant de nombreuses années de lutte en matière de VIH/Sida, l'attention était plus focalisée sur la prévention. Mais à mesure que l'infection se transforme en épidémie du Sida, une plus grande importance est accordée aux soins des malades et au soutien psychologique, social et moral des personnes infectées et affectées par le VIH/Sida. La relation d'aide entre soignant et soigné s'est intensifiée, créant une charge excessive de travail. Cette relation soignant-soigné ne s'opère pas sans contraintes : la non observance thérapeutique des patients, le nombre de personnel très réduit par rapport au nombre élevé de patients entraînant une augmentation de la charge du travail ; la souffrance du patient amplifiée par le déficit en soins palliatifs vient compliquer les soins offerts par les prestataires. Cet environnement de travail est marqué par des facteurs de stress, lesquels facteurs qui peuvent générer chez certains prestataires qui y exercent, un état de fatigue morale et physique connu sous le nom de syndrome d'épuisement ou « burnout » (H. Freudenberger, 1974).

1. Les dimensions du burn out

Les travaux de C. Maslach (1976) ont permis de concevoir le burn out comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions :

- L'épuisement émotionnel : L'individu a le sentiment d'être vidé de ses ressources, le soignant ne pouvant alors plus percevoir l'anxiété, la tristesse, la résignation du patient en face de lui. La fatigue peut aussi être physique, elle ne semble pas être améliorée par le repos ou les congés (C. Maslach, 1976) ;

- La dépersonnalisation ou encore la déshumanisation de la relation à l'autre est le noyau dur du syndrome. Ce second critère est marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. Le malade est plus considéré comme un objet, une chose qu'une personne. La personne peut être réduite à l'organe malade. Le soignant s'occupe alors de l'organe malade de son patient et fait abstraction de la personnalité de celui-ci (P. Canoui et A. Mauranges, 2008) ;

- La diminution de l'accomplissement personne : Le soignant a le sentiment de ne plus faire ce pour quoi il s'était engagé : aider le malade. Cette situation crée en lui un sentiment de frustration, d'inutilité et d'échec, questionnant ainsi le sens de sa pratique. Ainsi apparaissent la dévalorisation de soi, la culpabilité, la démotivation (C. Maslach et S. Jackson, 1982).

A. Mauranges et P. Canoui (2008) ont décrit que face à la maladie grave, les soignants sont confrontés à des situations de diagnostic et de pronostic sévères, à la douleur physique, à la dégradation corporelle, à la mort ainsi qu'à la souffrance morale du malade et de sa famille. Ces confrontations sont porteuses d'une lourde charge émotionnelle qui nécessite d'être reconnue, exprimée, et analysée. Ainsi le travail des soignants face à des pathologies graves et invalidantes est répétitivement ponctué de traumatismes, d'expériences émotionnelles fortes ou violentes. La répétition de ces traumatismes génère l'expérience de souffrance. Un coup d'œil sur la revue de la littérature nous révèle que le sexe, l'âge, la surcharge de travail, les types de profession, etc., sont des variables prépondérantes qui peuvent ou non avoir une influence sur l'épuisement professionnel. Nous essayerons dans les paragraphes suivants de les catégoriser afin d'analyser leur impact sur l'épuisement professionnel.

2. Les caractéristiques des prestataires de soins

Plusieurs variables expliquent les caractéristiques des prestataires de soins. Nous retiendrons dans notre étude que les caractéristiques des prestataires de soins regroupent les caractéristiques sociodémographiques (l'âge, le sexe,) et les caractéristiques professionnelles (types de profession, surcharge de travail, formation sur l'épuisement professionnel).

2.1. Les caractéristiques sociodémographiques

Plusieurs facteurs explicatifs de l'épuisement professionnel ont été étudiés et nombre de facteurs sociodémographiques peuvent contribuer à la compréhension de ce phénomène. Certaines études ont montré que les variables sociodémographiques ne sont pas les plus déterminantes dans le développement de l'épuisement professionnel. E. Bontoux (2016) a réalisé une étude chez les médecins généralistes du Gers. Il est arrivé à la conclusion selon laquelle, le taux de burn out n'est pas influencé par le genre et l'âge des enquêtés. Les recherches menées par Y. Schwartz et coll. (2007) indiquent que l'épuisement professionnel

ne diminue pas de façon significative avec l'âge. En ce qui concerne le sexe, R. Purvanova et J. Muros (2010), par exemple, ont examiné de nombreuses études sur l'épuisement professionnel et croient que la recherche nécessite une plus grande avancée dans ce domaine.

D'autres suggèrent que ces variables agissent comme tampons, de sorte que, l'âge et le sexe peuvent influencer le processus d'épuisement professionnel. C. Maslach et S. Jackson, (1981, 1986) ont indiqué que l'épuisement professionnel est négativement corrélé avec l'âge. L'étude de (J. Duffy et coll., 2009) a montré que l'âge est significativement corrélé avec les trois dimensions de l'épuisement professionnel. S. Norlund et coll. (2010) ont révélé que la prévalence de l'épuisement professionnel est probablement beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

2.2. Burn out et caractéristiques socioprofessionnelles

Les types de profession, la formation des prestataires sur la thématique du burn out, et la surcharge de travail sont les indicateurs des caractéristiques professionnelles que nous avons considérés dans notre travail.

- Types de profession

Des études ont trouvé une relation entre le burn out et les catégories professionnelles. Les travaux de S. Akshaya et coll. (2018) avaient révélé que la profession était significativement déterminante pour l'épuisement émotionnel ($P < 0,01$). Selon A. B. Negueu (2019), le burn out touche la plupart du personnel soignant et les conséquences sont nombreuses. Ce même auteur a réalisé une étude sur les professionnels soignants (anesthésistes réanimateurs, gynécologue-obstétriciens, infirmiers et médecins généralistes, aides-soignants) de l'Hôpital Central de Yaoundé au Cameroun. Il a trouvé un taux de 63% de burn out chez ces enquêtés. Il apparaît dans son étude que le burn out peut toucher chaque soignant, quelle que soit sa catégorie professionnelle.

Selon M. Hayter (1991), les infirmiers sont plus affectés par le VIH et les facteurs de stress sont : le manque de supervision clinique, le surcharge de travail, des expériences traumatisantes en phase terminale de la maladie et le décès. D'autres auteurs, à l'instar de N. Debbou (2013), W. El-Hage et al. (2020), abordent dans le même sens en montrant que les sage-femmes et les infirmiers manifestaient plus de la nervosité, la fatigue persistante, la modification de l'humeur, le sentiment d'inquiétude permanente, des erreurs faites pendant la tâche, des troubles de sommeil, des maux de tête. Ils expliquent ces manifestations par une mauvaise résistance au stress.

- Formation sur l'épuisement professionnel dans les structures de prise en charge

En vue de connaître et de reconnaître l'origine et les conséquences de l'épuisement professionnel dans la pratique professionnelle, des formations spécifiques sur certains sites d'une ou deux journées sont données. Ces formations ont également pour objectifs de prendre du recul sur les situations vécues, de comprendre les mécanismes en jeu et élaborer des réponses individuelles et collectives orientées vers la compétence, la performance et le mieux-être au travail, de développer et stabiliser un niveau d'investissement professionnel optimal, et de gérer et prévenir les situations d'épuisement. Au Togo par exemple, ces formations sont le plus souvent organisées sur les sites associatifs qui sont financés par les partenaires techniques et financiers européens. Par ailleurs, peu d'études, voire aucune n'a porté sur le lien entre le burn out et les formations préventives sur l'épuisement professionnel.

D'après les études de R. Wiertz (2012), aucune corrélation n'a été établie entre le burn out et les formations préventives.

- Surcharge de travail

Le premier problème de santé mentale auquel on pense en cas de surcharge de travail, c'est évidemment le burn out. M. Bouzit et al. (2002) distinguent deux types d'effort dans la définition de la surcharge de travail : l'effort physique et l'effort intellectuel. Ainsi, le terme surcharge de travail représente généralement la quantité de travail physique et intellectuel qu'un travailleur peut accomplir sans mettre en danger sa santé et sa sécurité, ainsi que celle des autres, tout en demeurant efficace (M. Bouzit et al., opcit). La surcharge quantitative est vécue lorsqu'un individu a l'impression que la charge de travail qu'on lui demande d'accomplir dans le temps alloué, excède ses capacités (M. Cordes & T. Dougherty, 1993 ; C. Maslach, W. Schaufeli, & M. Leiter, 2001). Une charge de travail quantitative trop importante peut provoquer une augmentation de tension chez l'individu et le pousser jusqu'aux limites de ses capacités émotionnelles (M. Cordes, T. Dougherty, & M. Blum, 1997). En effet, si cette surcharge est chronique, l'employé peut éprouver de plus en plus de difficulté à s'adapter aux exigences, à gérer son stress de façon adéquate et à récupérer son énergie (M. Cordes & C. Dougherty, 1993, C. Maslach & M. Leiter, 2005).

Pour les individus, l'augmentation de la charge de travail génère des effets nocifs sur la santé et la sécurité du travail tels que des troubles musculo-squelettiques, de la détresse psychologique, de la fatigue et des accidents (L. Grumberg, 1986 ; P. Sarazin, 2001). Pour les organisations, ces conséquences entraînent, notamment, une augmentation de l'absentéisme, du présentéisme, du roulement de personnel et des problèmes de qualité (L. Beech-Hawley, R. Wells, & D. Cole, 2004 ; M. Rochefort, 2000).

Au Togo, précisément à l'hôpital de Bè et à ACS (Action Contre le Sida), une organisation non gouvernementale de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida au Togo où nous exerçons quotidiennement, nous avons observé chez les prestataires, des comportements qui sont en déphasage avec l'éthique de la profession notamment : des permissions temporaires non consignées dans les documents officiels que les prestataires trouvent normales, des absences non justifiées, ou justifiées à tort par le décès ou la maladie d'un proche. Les retards répétitifs au service sans explication couplés du désir de vite partir ne sont pas du reste. Il n'est pas rare de voir ces prestataires se mettre en colère contre les patients en leur criant dessus. À côté de ces comportements, on peut relever les cahiers de charge constitués de tâches énormes pour les prestataires. Pour les infirmiers par exemple, la journée de travail débute avec la communication la plus étroite avec les clients, principalement avec les patients qui nécessitent des soins et une attention vigilante. Il a pour tâche de surveiller les patients, administrer les soins et traitement, de prescrire des ARV en délégation de tâches. Ils transfèrent les malades pour la mise en observation ou pour une hospitalisation. En outre, ils assurent les soins palliatifs sur le site et à domicile quand le malade ne peut pas se déplacer, ainsi que les soins en fin de vie ; et sont souvent témoins de la phase terminale. Un autre exemple, c'est le cas des sage-femmes. La sage-femme de la PTME (Prévention de la transmission de la mère à l'enfant) quant à elle, doit réaliser le test de dépistage du VIH et les conseils pré et post test. En cas de séropositivité, elle est chargée d'assurer gérer le soutien psychosocial et de faire la prescription mensuelle des ARV, le suivi mensuel de la femme enceinte séropositive pour avoir une charge virale indétectable avant de minimiser la contamination de son enfant, la gestion du statut sérologique de la femme vis-à-vis de son partenaire, etc.

À ces différentes tâches précitées s'ajoutent parfois d'autres responsabilités non liées à la prise en charge des patients vivant avec le VIH/Sida. Nous observons également des activités complémentaires qui sont entre autres : les consultations et soins aux patients non séropositifs, la gestion des programmes comme le paludisme, la tuberculose, les maladies non transmissibles, la planification familiale, la vaccination ...etc. Toutes ces activités qui viennent s'ajouter aux cahiers de charge des différents prestataires constituent une charge excessive. Ainsi, dans notre contexte, nous retiendrons comme surcharge de travail, le fait que les prestataires de soins aient une ou des activités complémentaires à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH sur le site.

Selon M. Hayter (1999), la surcharge de travail est l'un des principaux facteurs de stress chez les infirmières affectées au VIH/Sida. Cette variable a été déterminée comme l'une des plus liées au stress dans la communauté canadienne des infirmières. Cependant, les résultats ont montré que dans cet échantillon (la communauté canadienne des infirmières), la surcharge de travail n'était pas fortement liée aux niveaux d'épuisement. D. Truchot (2004) explique que la

surcharge quantitative et qualitative ouvre la voie au burn out. Cependant, certaines études rapportent que la surcharge de travail ne semble pas contribuer au cynisme ou à la réduction du sentiment d'accomplissement professionnel (E. Demerouti et al., 2001 ; C. Maslach&Leiter, 2016).

En somme, il est apparu dans la littérature scientifique que les caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, et les caractéristiques professionnelles tels que le type de profession, la surcharge de travail, contribueraient au développement du burn out chez les prestataires de soins. Aucune étude scientifique, à notre connaissance, n'a été menée au Togo pour élucider la relation entre les caractéristiques des prestataires de soins en VIH/Sida et l'épuisement professionnel. Ainsi, la présente étude s'intéresse à la relation entre le burn out et les caractéristiques des prestataires de soins en VIH/Sida au Togo, cette cible qui est en contact permanent avec les patients et leurs accompagnants et exposée à plusieurs facteurs de risque par rapport à leur santé mentale. À cet effet, notre étude tente de répondre à la question suivante : les caractéristiques des prestataires de soins en VIH/Sida au Togo expliquent-elles leur épuisement professionnel ? En réponse à cette interrogation, nous retenons ce qui suit : les caractéristiques des prestataires des soins en VIH/Sida expliquent leur épuisement professionnel.

2. Méthodes

2.1. Cadre de l'étude

Pour notre étude, nous nous sommes intéressés aux prestataires de soins en VIH/Sida issus des 20 plus grands sites de prise en charge du VIH/Sida au Togo. Ces 20 plus grands sites ont été sélectionnés de par leur file active supérieure à 1100 patients vivant avec le VIH/Sida recensées dans les six régions sanitaires du Togo. Il s'agit de 13 sites publics, 5 sites associatifs et 2 sites confessionnels. Le tableau ci-contre nous renseigne les sites sur lesquels ont été recensés les prestataires de soins ayant fait l'objet de cette étude.

Tableau 1 : Répartition des formations sanitaires selon les régions sanitaires du Togo et la file active.

Régions sanitaires	Formations sanitaires	Types de formation sanitaire
Grand Lomé	CHU Campus	Étatique
Grand Lomé	CHR Lomé-Commune	Étatique
Grand Lomé	Hôpital de Bè	Étatique
Grand Lomé	CMS Adidogomé	Étatique
Grand Lomé	CMS AgoéNyivé	Étatique
Grand Lomé	Aides Médicales et Charité	Associatif
Grand Lomé	CMS Lucia	Associatif
Grand Lomé	CMS Dzidzo de Sid Espoir	Associatif
Grand Lomé	CMS Action Contre le Sida	Associatif
Grand Lomé	ONG Famme	Associatif

Maritime	CHR Tsévié	Étatique
Maritime	CHP Aného	Étatique
Maritime	CHP Vogan	Étatique
Maritime	CHP Notsé	Étatique
Maritime	CMS Sœurs de la Providence de Kouvé	Confessionnel
Plateaux	CHR Atakpamé	Étatique
Plateaux	CHP Kpalimé	Étatique
Centrale	CHR Sokodé	Étatique
Kara	CHU Kara	Étatique
Savanes	ONG Vivre dans l'espérance	Confessionnel

2.2. Population et type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive, réalisée dans les six régions sanitaires du Togo de décembre 2021 à juillet 2022 soit huit (8) mois. Notre population d'étude était constituée des prestataires de soins exerçant dans les structures de prise en charge des PVVIH au Togo.

Au Togo, les acteurs de mise en œuvre du VIH/Sida sur site sont constitués par les médecins, les assistants médicaux, les infirmiers, les sage-femmes, les psychologues, les médiateurs, les conseillers psychosociaux, les dispensateurs d'ARV, les opérateurs de saisie, les points focaux VIH/Sida et PTME (Prévention de la Transmission du VIH/Sida de la Mère à l'Enfant), (Guide de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH au Togo, 2019). Afin d'amener les patients séropositifs à une charge virale supprimée ou indétectable, la prise en charge se doit être globale, complète et donc multidisciplinaire. L'implication de tous les acteurs est impérative. Pour cette raison, nous définissons comme prestataire de soins, toute personne intervenant dans la prise en charge des personnes vivant au Togo.

Nous avons choisi enquêter les prestataires de soins qui sont en contact permanent, et qui sont engagée au quotidien dans une relation d'aide avec les patients. Il s'agit des médecins, des infirmiers, des assistants médicaux, des sage-femmes intervenant dans les services de PTME, les psychologues, les médiateurs et les conseillers psychosociaux.

2.3. Échantillonnage

La taille de notre échantillon était constituée de 327 prestataires de soins après un échantillonnage exhaustif.

Au départ, nous avons recensé 378 prestataires de soins selon l'estimation que le Programme National nous a communiquée. Mais suite à l'indisponibilité des prestataires à notre arrivée sur les sites, 51 prestataires (13,49%) n'ont pas pu participer à l'enquête. Ont été inclus dans notre étude, l'ensemble des prestataires de soins exerçant dans ces services présents au moment de l'enquête et ayant donné leur consentement verbal éclairé.

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon en fonction de la catégorie socioprofessionnelle

		Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Médicaux	Médecins	51	15,60
	Assistants médicaux	84	25,68
	Infirmiers	55	16,82
	Sage-femmes	23	7,04
Psychosociaux	Psychologues	32	9,78
	Médiateurs	66	20,18
	Conseillers psychosociaux	16	4,90
Total		327	100

Au total, 327 prestataires des soins ont été enquêtés : il s'agit de 201 hommes (61,46%) et 126 femmes (38,53%). Les plus jeunes étaient âgés de 23 ans et le plus âgé avait 59 ans. La tranche d'âge de 30-35 ans était la plus représentée (59%).

2.4. Outils de collecte des données

Pour collecter les données, un questionnaire composé de deux parties était administré aux participants de l'enquête sur les sites de prise en charge. La première partie du questionnaire comprenait l'étude des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, nombre d'enfant en charge, statut matrimonial, niveau d'étude, lieu d'exercice, nombre d'années d'expérience, nombre d'heures de travail hebdomadaires), et les caractéristiques professionnelles (catégorie socioprofessionnelle, mode d'exercice, durée de travail hebdomadaire, relation avec les collègues et la hiérarchie). La deuxième partie correspondait au Maslach Burn-out Inventory (MBI) pour l'évaluation du niveau du syndrome d'épuisement professionnel. Nous avons choisi le Maslach Burnout Inventory (MBI) dans notre étude car il est le questionnaire scientifiquement validé le plus utilisé aujourd'hui qui s'adresse aux professions d'aide et de soins (S. Jackson, 1996). En outre, pour cette échelle, le calcul de l'alpha de Cronbach donne un taux de .789.

C'est un outil d'évaluation de l'état mental des professionnels engagés dans la relation d'aide. Les variables dépendantes du MBI représentent les trois dimensions du burn out : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation, l'accomplissement personnel. Ces trois dimensions sont mesurées séparément. Le résultat du MBI n'est donc pas un score global mais un score exprimé en « absent/modéré/élevé » pour chacune des trois dimensions. L'obtention d'au moins un score pathologique (score élevé d'épuisement

émotionnel ou de dépersonnalisation, score bas d'accomplissement personnel) suffit à définir le burn out (S. Jackson, opcit).

Il s'agit d'une échelle de fréquence composée de 22 items explorant les 3 dimensions du burn out. L'épuisement professionnel est dit élevé lorsqu'on totalise des scores élevés pour l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation, et un score bas pour l'accomplissement personnel.

Une situation de burn out est identifiée dès l'atteinte d'au moins l'une des 3 dimensions. Pour cette étude, l'épuisement professionnel est défini comme la présence d'un score élevé d'épuisement émotionnel (total >29) et/ou d'un score élevé de dépersonnalisation (total >11) et/ou d'un score bas d'accomplissement personnel (total <34).

La présente étude considère le burn out sévère lorsque les deux premiers scores sont élevés et le troisième est bas, le burn out modéré lorsque qu'il y'a deux scores modérés, et burn out bas lorsque l'on trouve un seul des deux scores (élevé et modéré).

2.5. Modes d'analyse et de traitement des données

Le recueil de données a été réalisé à l'aide du logiciel Excel 2019 et analysées à l'aide de SPSS v21. Les fréquences et les pourcentages ont été déterminés pour nos variables qualitatives. Le test de corrélation de Pearson et le Test-t ont permis de comparer les moyennes et de mettre une corrélation ou non entre les différentes variables.

3. Résultats

Les lignes qui suivent apportent des réponses à notre question sur laquelle prend appui l'orientation de la présente recherche. Cette question concerne la relation entre les caractéristiques des prestataires de soins en VIH/Sida et leur épuisement professionnel.

3.1. La prévalence du burn out

Le tableau ci-contre présente la répartition des prestataires de soins enquêtés selon le nombre de dimensions de burn out atteintes.

Tableau 3 : Fréquence des répondants selon le nombre de dimensions de burn out atteintes

Burn out élevé dans :	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Aucune dimension	89	27,12%
Une dimension	141	43,11%
Deux dimensions	81	24,77%
Trois dimensions	16	5,00%
Total	327	100%

Nos sujets de notre enquête étaient 43,11% avec un seul score de burn out élevé dans une seule dimension, 24,77% avaient un score élevé de burn dans deux dimensions, et 5% étaient en burn out élevé dans les trois dimensions du MBI.

Tableau 4 : Répartition du nombre de cas de burn out en fonction des catégories professionnelles

Catégories professionnelles	Burn Out					
	Oui		Non		Total	
	Eff (n)	Taux (%)	Eff (n)	Taux (%)	Eff (n)	Taux (%)
Médecins	38	74,5%	13	25,5%	51	100%
Assistants	56	66,67%	28	33,33%	84	100%
Infirmiers	43	78,18%	12	21,82%	55	100%
Sage-femmes	18	78,20%	5	21,80%	23	100%
Psychologues	23	71,87%	9	28,13%	32	100%
Médiateurs	48	72,72%	18	27,28%	66	100%
Conseillers psychosociaux	12	75%	4	25%	16	100%
Total	238	72,78%	89	27,22%	327	100%

La répartition du nombre de cas de burn out en fonction des catégories professionnelles était comme suit : 18 (78,20%) sage-femmes ; 43 (78,18%) infirmiers ; 12 (75%) conseillers psychosociaux ; 38 (74,5%) médecins ; 48 (72,72%) médiateurs ; 23 (71,87%) psychologues ; 56 (66,67%) assistants médicaux.

3.2. Les caractéristiques des prestataires

3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et burn out

Ces caractéristiques sociodémographiques concernent l'âge, le sexe.

- L'âge

Tableau 5 : Relation entre l'âge et le burn out

	1	2	3	4
1_Age	1			
2_Dépersonnalisation	-0,054	1		
3_Accomplissement	-0,011	-,212**	1	

4_Epuisement	0,011	,375**	-0,035	1
--------------	-------	--------	--------	---

La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Cette répartition montre qu'il n'existe pas de relation significative entre les dimensions du burn out et l'âge des prestataires.

- Le sexe

Tableau 6 : Relation entre le sexe et le burn out

	1	2	3	4
1_Sexe	1			
2_Dépersonnalisation	-0,043	1		
3_Accomplissement	-0,024	-,212**	1	
4_Epuisement	-0,026	,375**	-0,035	1

La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Cette répartition montre qu'il n'existe pas de relation significative entre les dimensions du burn out et le sexe des prestataires enquêtés.

3.2.2. Caractéristiques professionnelles et burn out

- Types de profession

Tableau 7 : Répartition du nombre de cas de burn out en fonction des types de profession

Types de profession	Burn Out				Total	
	Oui		Non			
	Eff (n)	Taux (%)	Eff (n)	Taux (%)	Eff (n)	Taux (%)
Médecins	38	74,5%	13	25,5%	51	100%
Assistants	56	66,67%	28	33,33%	84	100%
Infirmiers	43	78,18%	12	21,82%	55	100%
Sage-femmes	18	78,20%	5	21,80%	23	100%

Psychologues	23	71,87%	9	28,13%	32	100%
Médiateurs	48	72,72%	18	27,28%	66	100%
Conseillers psychosociaux	12	75%	4	25%	16	100%
Total	238	72,78%	89	27,12%	327	100%

La répartition du nombre de cas de burn out en fonction des catégories professionnelles était comme suit : 18 (78,20%) sage-femmes ; 43 (78,18%) infirmiers ; 12 (75%) conseillers psychosociaux ; 38 (74,5%) médecins ; 48 (72,72%) médiateurs ; 23 (71,87%) psychologues ; 56 (66,67%) assistants médicaux.

Tableau 8 : Relation entre types de profession et burn out

	1	2	3	
Type de profession	1			
Dépersonnalisation	,132*	1		
Accomplissement de soi	-,174**	-,212**	1	
Épuisement Émotionnel	0	,375**	-0,035	1

La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

L'analyse de ce tableau nous montre une corrélation significativement positive ($r = ,132$) entre les types de profession et la dépersonnalisation au seuil $P = .05$; cette corrélation est négative ($r = - ,174$) entre les types de profession et l'accomplissement émotionnel au seuil $P = .01$. Il n'existe pas de corrélation entre les types de profession et l'épuisement émotionnel.

-Formation préventive en burn out

Tableau 9 : Répartition selon que les prestataires aient reçu de formation ou non en burn out.

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Oui	31	9,5
Non	295	90,2
Sans réponse	1	0,3

Total	327	100
-------	-----	-----

Cette répartition montre que 90,2% (n=295) des prestataires enquêtés n'ont pas reçu de formation sur le burn out.

Tableau 10 : Relation entre le burn out et formation reçue ou non en burn out.

	1	2	3	4
1_Formation reçue ou non en burn out	1			
2_Dépersonnalisation	-,040	1		
3_Accomplissement de soi	,094	-,212**	1	
4_Epuisement Émotionnel	,031	,375**	-,035	1

La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

On déduit de l'analyse de ce tableau qu'il n'existe pas de corrélation entre l'épuisement professionnel et les dimensions du burn out.

- Activités complémentaires à la prise en charge des PVVIH (surcharge du travail)

Tableau 11 : Répartition de l'échantillon selon que les prestataires aient des activités complémentaires ou non.

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Oui	225	68,8%
Non	102	31,2%
Total	327	100%

Plus de deux-tiers (68,8%) des prestataires exercent des activités complémentaires à la prise en charge des personnes vivant sur leur site.

Tableau 12 : Relation entre burn out et Activités complémentaires à la prise en charge des PVVIH.

	1	2	3	4
1_Activités complémentaires	1			
2_Dépersonnalisation	,127*	1		
3_Accomplissement de soi	-,180**	-,212**	1	

4_Épuisement Émotionnel	-,018	,375**	-,035	1
-------------------------	-------	--------	-------	---

La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Le présent tableau montre qu'il existe une corrélation significativement positive ($r=,127$) au seuil $P=.05$ entre les activités complémentaires et la dépersonnalisation ; la relation est négative ($r= -,180$) au seuil $P=.01$ entre le burn out et l'accomplissement de soi. Il n'existe pas de corrélation entre les types de profession et l'épuisement émotionnel.

4. Discussions

En rappel, nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle il existe une relation entre les caractéristiques des prestataires de soins en VIH/Sida au Togo et leur épuisement professionnel.

Nous n'avons pas noté une relation entre le burn out et les caractéristiques sociodémographiques notamment l'âge et le sexe. Ces mêmes résultats ont été retrouvés dans les études de E. Bontoux (2016), qui est arrivé à la conclusion selon laquelle, le taux de burn out n'est pas influencé par le genre et l'âge des enquêtés.

Par contre, les données de cette étude ne corroborent pas celles de S. Akshaya et coll. (2018) qui avaient révélé que les symptômes du burn out étaient significatifs avec l'âge ($P = 0,008$) ; le fait d'être un homme était un facteur de risque significatif pour les trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel.

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

En ce qui concerne les caractéristiques professionnelles, les résultats indiquent une liaison entre l'épuisement professionnel et les types de profession. La corrélation significativement positive ($r= +,132$) entre les types de profession et la dépersonnalisation au seuil $P=.05$; cette corrélation est négative ($r= -,174$) entre les types de profession et l'accomplissement émotionnel au seuil $P=.01$. Nous avons trouvé que les sage-femmes et les infirmiers étaient plus touchés par le burn out. (N. Debbou, 2013). Ces résultats concordent avec ceux de N. Debbou (2013), W. El-Hage et al. (2020), qui ont trouvé que les sage-femmes et les infirmiers manifestaient plus les symptômes du burn out. Ces résultats s'expliqueraient par le statut particulier de chacun. Vu leur cahier de charge très conséquent, les infirmiers et les sage-femmes sont enclins à des émotions négatives qui les amènent à s'impliquer involontairement, en commençant eux-mêmes à ressentir un stress émotionnel. Les résultats en ce qui concerne la relation entre le burn out et les types de profession diffèrent de ceux d'A. B. Negueu et al. (2019) qui ont travaillé sur le burn out chez les professionnels soignants des services de gynécologie et de

la médecine générale de l'Hôpital Central de Yaoundé. Pour ces derniers, le burn out peut toucher chaque soignant, quelle que soit sa catégorie professionnelle. Cette différence dans les résultats peut s'expliquer par la taille des échantillons : notre étude a englobé non seulement le corps médical, mais aussi le personnel du service psychosocial (psychologues, médiateurs et conseillers psychosociaux), et qui n'ont pas le même cahier de charge. La différence de contexte (le VIH/Sida) peut également constituer un biais.

Dans notre étude, nous avons relevé qu'il existe une liaison entre le burn out et le fait que les prestataires exercent des activités complémentaires à la prise en charge des PVVIH : cette corrélation est positive ($r=,127$) au seuil $P=.05$ entre les activités complémentaires et la dépersonnalisation ; la relation est négative ($r= -,180$) au seuil $P=.01$ entre le burn out et l'accomplissement de soi. Ces résultats signent l'impact de la surcharge du travail sur la santé psychologique des prestataires de soins en VIH/Sida. Ces résultats concordent avec ceux de N. Fremont (2013) ont montré que plus les employés ont une surcharge de travail élevée, plus ils souffrent de l'épuisement professionnel.

Aucune corrélation n'a été établie entre le burn out et les formations préventives sur le burn out. Cela pourrait signifier que le fait que les prestataires ont reçu de formation ou non, n'a pas d'effet sur le burn out. Ces résultats peuvent surprendre car, il serait logique de penser que le manque de formations préventives pourrait constituer des facteurs de risque du burn out. On penserait alors que, soit le contenu de ces formations n'est pas adapté. Cette inadaptation pourra rendre difficile l'application de ces formations au quotidien. On pourrait également penser que les prestataires de soins ne prennent pas conscience de ces formations au point de mettre en pratique les recommandations issues de ces formations préventives du burn out.

Les résultats ont permis d'évaluer l'indice de relation entre les caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles des prestataires de soins en VIH/Sida au Togo.

Néanmoins, ne voulant pas embrasser beaucoup de variables à la fois, nous n'avons pas pu évaluer l'impact de la personnalité qui est une caractéristique très importante qui puisse impacter négativement la santé mentale des prestataires de soins. En effet, l'épuisement professionnel est un facteur important, et pas seulement parce qu'il est un indice pour montrer la faible performance des individus au travail, mais également parce qu'elle évalue les attitudes, leur santé physique et mentale et, enfin, leur comportement (C. Cordes et T. Dougherty, 1993 ; C. Maslach, W. Schaufeli et M. Leiter, 2001). De là, l'une des causes probables de ce phénomène est la personnalité des prestataires selon certaines études (C. Maslach et S. Jackson, 1984 ; C. Maslach et M. Leiter, 2005). Nous pensons relever ce défi en menant une étude plus approfondie en vue d'investiguer la relation entre la personnalité et l'épuisement professionnel auprès des prestataires de soins en VIH/Sida au Togo.

Conclusion

L'épuisement professionnel est un problème qui prend de l'ampleur chez les professionnels de la santé et principalement dans la prise en charge des maladies chroniques (C. Maslach, 1976) à l'exemple du VIH/Sida.

La présente étude a révélé que ce phénomène touche autant les hommes que les femmes, sans distinction d'âge. Elle a montré que les sage-femmes et les infirmiers étaient plus affectés par l'épuisement professionnel. L'étude a également révélé que le fait d'accomplir d'autres tâches ou activités complémentaires à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida exposaient les prestataires de soins au burn out.

Ces résultats impliquent la nécessité de sensibiliser les professionnels de la santé aux risques dont ils font face dans l'exercice de leur fonction. Il s'agira également de former et recycler régulièrement les prestataires de soins en VIH/Sida dans le but de prévenir l'épuisement professionnel. La santé mentale des travailleurs doit être préservée en évitant les facteurs de stress responsables du burn out.

Références bibliographiques

- AKSHAYA Srikanth et coll., 2018, Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les professionnels de la santé travaillant à l'hôpital universitaire Gondar, Éthiopie. <http://www.jehp.net>, DOI : 10.4103/jehp.jehp_196_18.
- AMAMOU Badii., BANNOUR Ahmed Souhail, YAHIA Ben Hadj, NASR Ben, S., et ALI Ben Hadj, 2014, « Haute prévalence du Burnout dans les unités Tunisiennes prenant en charge des patients en fin de vie », *The Pan Afr Med J*;19:9. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2014.19.9.2865>.
- BEECH-HAWLEY Lisa, WELLS Richard et COLE Donald, 2004, « Multi-method Approach to Assessing Deadlines and Workload Variation among Newspaper Workers », *The Changing Face of Work*, vol. 23, no. 1, pp. 43-58, 200.
- BONTOUX Edouard, 2016, *Prévalence et facteurs de risque du burnout chez les médecins généralistes du Gers*, Thèse de doctorat en Médecine, Gers.
- BOUZIT Mohammed., BURDEA, Georges., Popescu, Gabriel and BOIAN, Rares. (2002) « The Rutgers Master II-New Design Force-Feedback Glove. IEEE/ASME Transactions on Mechatronics », *Journal of Computer and Communications*, Vol.9 No.9, September 9, 7, 256-263. <https://doi.org/10.1109/TMECH.2002.1011262>.
- CANOUI Pierre et MAURANGES Aline, 1998, *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn-out aux réponses*, Paris : Masson, 211p.
- CANOUI Pierre et MAURANGES Aline, 2008, *Le burnout à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*, Broché.

- CORDES Cynthia and DOUGHERTY Thomas, 1993, « A review and an integration of research on job burnout », *The Academy of Management Review*, 18(4), 621–656. <https://doi.org/10.2307/258593>.
- CORDES Cynthia, DOUGHERTY Thomas and BLUM Michael, 2004, « Patterns of Burnout among Managers and Professionals: A Comparison of Models », *Journal of Organizational Behavior*, pp. 685-701.
- CURY François et SARRAZIN Phillipe, 2001, *Théories de la motivation et pratiques sportive, État des recherches*, Presses Universitaires de France.
- DEBBOU Nadia, 2013, *Le Stress professionnel chez les sage-femmes, Etude de huit cas réalisés au sein de l'établissement Public hospitalier de sidi Aich*, Mémoire de master, psychologie clinique, Université Abderrahmane Mira De Bejaia, <http://univ-bejaia.dz/dspace/123456789/5927>.
- DELBROUCK Michel, VENARA Pascale, GOULET François, LADOUCEUR Roger, 2011, *Comment traiter le burn-out : principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel*, De Boeck. [Google Scholar].
- DEMEROUDI Evangelia, BAKKER Arnold, NACHREINER Friedhelm, SCHAUFELI Wilmar, 2001, « The Job Demands–Resources Model of Burnout, *Journal of Applied Psychology* » 86(3):499-512.
- DUFFY Jeanne, WILLSON Hannah, WANG Wei, CZEISLER Charles, 2009, « Healthy Older Adults Better Tolerate Sleep Deprivation Than Young Adults », *Journal of the American geriatrics society*, <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02303.x>.
- EL-HAGE Wissam et al, 2020, « Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? », *L'Encéphale*, 46(3S).
- FREMONT Nathalie, 2013, *Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectif ? Déterminants psychologiques, sociaux et organisationnels auprès des cadres à responsabilités et élaboration d'un modèle*, Psychologie, Université Charles de Gaulle - Lille III.
- FREUDENBERGER Herbert, 1974, « Staff burnout », *Journal of Social Issues*, Vol. 30, pp. 159-65.
- FREUDENBERGER Herbert, 1987, *L'épuisement professionnel : la brulure interne*, Ed. Tous les formats et éditions, Québec.
- GRUNBERG Léon, 1986, « Les rapports de pouvoir, la productivité et la sécurité : une enquête empirique ». *Sociologie et sociétés*, 18(2), 11–24. <https://doi.org/10.7202/001314ar>.
- HAYTER Mark, 1999, « Burnout and AIDS care-related factors in HIV community clinical nurse specialists in the North of England », *Journal of Advanced nurse cares*, 29, 984-93.
- HYMAN Steve, DAMON Michaels, James BERRY, SCHILDCROUT Jonathan, MERCALDO Nathaniel, WEINGER Matthew. 2011, « Risk of burnout in

- perioperative clinicians: a survey study and literature review », *Anesthesiology*.114(1):194–204.
- LEBIGOT François et LAFONT Bernadette, 1985, « Psychologie de l'épuisement professionnel », *Annales Médico-psychologiques*, 8, 769-775.
- MASLACH Christian, 1976, « Burnout, Human Behavior », 5: 16-22.
- MASLACH Christian, et GOLDBERG Jacques, 1998, « Prevention of burnout: new perspectives », *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- MASLACH Christian et JACKSON Susan, 1996, *Maslach burnout inventory*, Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- MASLACH Christian, et JACKSON Susan, 1982, « Burn-out in health professions: a social psychological analysis », *Social Psychology of Health and Illness*.
- MASLACH Christian et LEITER Michael, 2005, « Stress and burnout: the critical research », in Cooper, C.L. (Ed.), *Handbook of Stress Medicine and Health*, CRC Press, Lancaster, 155-72.
- MASLACH Christian., SCHAUFELI Wilmar. B., et LEITER Michael, 2001, « Job burnout », *Annual review of psychology* 52 (1), 397-422.
- NEGUEU Anicet Bopda et al., 2019, « Burn out chez les professionnels soignants de l'Hôpital Central de Yaoundé », *The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688*. <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/34/126/full>.
- NORLUND Sofia, REUTERWALI Christina, HÖÖG Jonas, LINDAHL Bernt, JANLERT Urban, 2010, « Burnout, working conditions and gender - results from the northern Sweden MONICA Study », *BMC Public Health*, vol 10, 326.
- PICQUENDAR Guillaume, 2016, *Le burnout des médecins généralistes picards : prévalence et facteurs associés*, Thèse pour le doctorat en médecine (diplôme d'état) spécialiste médecine générale. 64: 29.
- PURVANOVA Radostina et MUROS John 2010, « Gender differences in burnout: A meta-analysis », *Journal of vocational behaviour*, Volume 77, Issue 2, Pages 168-185.
- ROCHEFORT Michel, 2000, *Le défi urbain dans les pays du Sud*. Paris, L'Harmattan, Coll. « Géographie en liberté », 184 p. (ISBN 2-7384-7536-1).
- SCHAUFELI Wilmar B. et LEITER Michael, 2001, « Job burnout », *Annual review of psychology* 52 (1), 397-422.
- SCHAUFELI Wilmar., 2003, « Past performance and future perspectives of burnout research », *SA journal of Industrial Psychology*; 29: 1-15.
- SCHWARTZ Yves, « La conceptualisation du travail, le visible et l'invisible », *L'Homme & la Société*, 2004/2 (n° 152-153), p. 47-77. DOI : 10.3917/lhs.152.0047. URL : <https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2004-2-page-47.htm>.
- TRUCHOTDunod., 2004, *Épuisement professionnel et burnout*, Paris, Dunod.

Comlan YEHOUEYOU, Ati-mola TCHASSAMA / Caracteristiques des prestataires de soins en VIH/Sida au Togo et épuisement professionnel, / revue *Échanges*, n° 020, juin 2023

WIERTZ Ruth, 2012, *Psychiatres et burnout ? Étude de la Prévalence du Syndrome d'épuisement professionnel auprès des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais*, Thèse, Médecine, Lille.