



LABORATOIRE DE SOCIOLOGIE
D'ANTHROPOLOGIE
ET D'ETUDES AFRICAINES

LAS ANEA



REVUE DEZAN

VOLUME 8, NUMERO 1, 2020

UAC, Juin 2020

DEZAN

VOLUME 8, NUMERO 1, 2020

UAC, Juin 2020

Toute correspondance est adressée au :
Comité de Rédaction de la revue DEZAN
01 BP 526 Cotonou, République du Bénin
revuedezean@yahoo.fr

Toute reproduction sous quelle forme que ce soit est interdite et de ce fait passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la production du droit d'auteur en République du Bénin.

ISSN 1840-717-X DU 4^{ème} trimestre

Dépôt Légal N°6378 du 4^{ème} trimestre

Ce numéro a été réalisé grâce à l'engagement, aux conseils et observations d'enseignants et chercheurs du Département de Sociologie-Anthropologie et d'autres entités de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université d'Abomey Calavi.

Nous tenons à témoigner de notre reconnaissance aux **Professeurs Michel BOKO, Guy Ossito MIDIOHOUAN, Ambroise MEDEGAN, Bertin YEHOUEYOU et Maxime da CRUZ.**

Dr. Narcisse YEDJI et Romuald T. SOSSOU ont assuré le recueil, l'agencement et la mise en forme des textes. Le tout, sous la supervision du Rédacteur en Chef par intérim **Dr. Codjo Timothée TOGBE**

REVUE DEZAN <i>Volume 8, NUMERO 1, Juin 2020</i>
--

Directeur de publication

Dr. IMOROU Abou-Bakari (MC)
Maitre de Conférences des Universités (CAMES)

Rédacteur en Chef par intérim

Dr.Codjo Timothée TOGBE
Maitre Assistant des Universités (CAMES)

Comité Scientifique

Pr. Michel BOKO (Bénin), Pr. Prospère I. LALEYE (Sénégal),
 Pr. Albert TINGBE-AZALOU MC (Bénin), Pr. Francis AKINDES (Côte d'Ivoire),
 Pr. Maxime Da CRUZ (Bénin), Pr. Thomas BIERSCHEK (Allemagne), Pr
 Yendoukoa Lalle LARE, MC (Togo), Pr. Albert NOUHOUAYI (Bénin), Gautier
 BIAOU, MC (Bénin), Pr. Mamoudou IGUE (Bénin), DANIQUE TAMASSE Roger,
 MC (Togo), MONGBO Rock (Bénin), Pr. Issiaka KONE (Côte d'Ivoire), Pr. Séri
 DEDY, Pr. Elisabeth FOURN (BENIN), Alkassoum MAIGA (BURKINA FASO)
 et Pr. Lolouvou Foly HÉTCHÉLI (TOGO) , HOUNGNIHIN Rock

Comité de Lecture

Pr Toussaint TCHITCHI (Bénin), Pr. Sylvain ANIGNIKIN Bénin),
 Pr. Paulin T. HOUSSOUNOU (Bénin), Pr. Albert TINGBE AZALOU, MC
 (Bénin), Pr Roch Gnahoui DAVID (Sénégal), IGUE Babatundé Charlemagne
 (Bénin), MIDIOHOUAN Guy Ossito (Bénin), MEDEGAN Ambroise (Bénin)

Recueil, agencement et mise en forme des textes

Dr. Narcisse YEDJI & Tokandé Romuald SOSSOU

SOMMAIRE

LE COMMERCE TRANSFRONTALIER DU POISSON TRANSFORME ENTRE LA COTE D'IVOIRE ET LE GHANA, _____	7
Aboya Narcisse & Kanga Koco Marie Jeanne	
SOIGNANTS ET VECUS DU BURNOUT A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE (CUGO) DE COTONOU _____	25
Alphonse Mingnimon AFFO, Elwis Roland ASSOGBA & Grégoire Magloire GANSOU	
PRATIQUE DU RITE ASEN CHEZ LES FON DE OUIDAH : ENTRE SACRALITE ET SYMBOLISME IDENTITAIRE _____	45
John AKINTOLA	
L'ACCES A L'EAU POTABLE ET SES INCIDENCES SOCIO-ENVIRONNEMENTALES DANS LE PREMIER ARRONDISSEMENT DE LA COMMUNE DE DJOUGOU AU NORD DU BENIN _____	59
AKIYO Offin Lié Rufin	
GLOBALISATION DES MŒURS, GOUVERNABILITE ET INCIVISME DANS LES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES A OUAGADOUGOU _____	75
Yisso Fidèle BACYE & Moubassiré SIGUE	
STRATEGIES D'ORGANISATION DE LA SECURITE AUTOUR DES MARCHES FORAINS DE BROBO EN COTE D'IVOIRE _____	95
BALLY Claude Koré	
FACTEURS SOCIAUX LIMITANT L'ADHESION DES FEMMES AUX COOPERATIVES PAYSANNES A AKPRO-MISSERETE AU SUD DU BENIN _____	113
BENON MONRA ABDOULAYE	
LA VERTU COMME VÉRITABLE RICHESSE DES ÉTATS CHEZ PLATON _____	129
BROU Nanou Pierre	
« IYAWO » DE KETOU AU BENIN: ENTRE HERITAGE CULTUREL ET AUTONOMISATION FINANCIERE _____	149
Cabiratou OGOUBIYI, Donald V. B. CHAOU & Dodji AMOUZOUVI	
RADIOSCOPIE D'UNE COMMUNICATION INSTITUTIONNELLE AUX FINS DE VALORISATION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE AU BURKINA FASO _____	165
Tionyéfé FAYAMA, Mariétou SORY & Flavienne Valérie SAWADOGO	
GENRE ET GESTION INTEGREE DES DECHETS SOLIDES (BALLES) ISSUS DE LA TRANSFORMATION DU RIZ DANS LES COLLECTIVITES TERRITORIALES DE L'ATACORA AU BENIN _____	191
Appolinaire D. GNANVI	
ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN MILIEU RURAL AU BURKINA FASO ET LOGIQUES D'ACTEURS : UNE LECTURE A PARTIR DE LA STREET LEVEL BUREAUCRACY _____	211
Sidbéwendin David Olivier ILBOUDO	
PATRIMOINE ARCHITECTURAL URBAIN DE LA VILLE DE ZINDER : ROLE ET SIGNIFICATION DE L'HABITAT TRADITIONNEL DU DEDANS AU DEHORS _____	231
Issoufou ISSA	
MOBILES EXPLICATIFS DE LA MONETARISATION DES TRANSACTIONS FONCIERES CHEZ LES NIABOUA DE TAPEGUHE DANS LE CENTRE OUEST IVOIRIEN _____	247
Arsène KADJO ; Koffi Noël KOUASSI & Kounadi TRAORE	
CONSTRUCTION DE L'IDENTITE RELIGIEUSE DÁÁGBÓVI AU SEIN DE LA TRES SAINTE EGLISE DE JESUS-CHRIST AU SUD-BENIN _____	263
KOKOU Bessan Florentin, AFADJINOU Horace & AKINTOLA John	

LES UNIVERSITÉS PUBLIQUES IVOIRIENNES DANS LA COOPÉRATION CÔTE D'IVOIRE-JAPON DE 1983 À NOS JOURS _____	277
N'Dri Laurent KOUAKOU	
RESISTANCE DES ACTEURS SOCIAUX AUX RECOMMANDATIONS DE LA MEDECINE MODERNE POUR LA GESTION DE LA GROSSESSE A TOFFO _____	303
LALY Ambroise, CADASSOU Marcien K. S. , IMOROU Abou-Bakari & HOUNGNIHIN A. Roch	
FACTEURS LOCAUX DES ALEAS CLIMATIQUES ET MESURES D'ADAPTATION DES POPULATIONS DU DEPARTEMENT DES COLLINES AU BENIN _____	327
MAKPONSE Makpondéou	
GOUVERNANCE LOCALE DU SERVICE PUBLIC D'EAU POTABLE EN MILIEU RURAL DANS LES COMMUNES DE LALO, KLOUEKAMEY ET TOVIKLIN (MOYEN-COUFFO) AU SUD DU BENIN _____	353
Brice Hugues Serge MARIANO & Marius K. VODOUNNON TOTIN	
DOULEUR CHRONIQUE : DES RÉALITÉS CULTURELLES AUX FONCTIONNEMENTS PSYCHIQUES DU SOIGNANT-SOIGNÉ À L'HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES DE COTONOU (BÉNIN) _____	369
MEHINTO Michel Mètonou	
ESSOR DE L'HEVEACULTURE EN COTE D'IVOIRE : DEVELOPPEMENT DES CONTRATS DE PRET DE TERRE CONTRE ENTRETIEN DE JEUNES PLANTS ET DE MISE EN GAGE EN SITUATION DE RECONVERSION CULTURALE _____	393
MLAN Konan Séverin	
MOUVEMENTS SOCIOPOLITIQUES AU TOGO : QUEL AGIR STRATEGIQUE ET COMMUNICATIONNEL DES ACTEURS POLITIQUES ? _____	413
Gbati NAPO	
LES ENFANTS ORPHELINS ET REBELLES DANS LES CONTES AFRICAINS : CANON D'UNE MORALE DE DIDACTISATION _____	435
Konan Germain N'GUESSAN	
LE MAGHREB AU VIIIème SIECLE : RESISTANCES A L'IDEAL ISLAMIQUE D'UNITE (720-745) _____	453
Nogbou M'domou Eric	
ENFANT, MALADIE ET GUERISON A LOUGSI (BURKINA FASO) : L'ANTHROPOLOGIE ET LA TRANSITION DES PRATIQUES DE SANTE PUBLIQUE _____	473
Natéwindé SAWADOGO	
DYNAMIQUE DES VECUS SOCIO-CULTURELS ET RAPPORT A L'ECOLE DES SENOUFU MIGRANTS DANS LA ZONE FORESTIERE DE LA COTE D'IVOIRE ____	495
SILUE Abou	
VALEURS RELIGIEUSES ET LAÏCITE _____	525
TAYORO Gbotta	
CONCILIATION VIE FAMILIALE ET VIE PROFESSIONNELLE : UN DEFII POUR LES FEMMES SOIGNANTES DU SECTEUR PUBLIC DE LA SANTE A LOME _____	547
TOUDEKA Ayawavi Sitsopé & GNOUMOU THIOMBIANO Bilampoa	
GESTION DE FLUX DES ELEVES AU NIVEAU DE L'ENSEIGNEMENT FONDAMENTAL AU MALI : INNOVATION OU ENSEIGNEMENT AU RABAIS ? _	569
Ibrahima TRAORE	
INTEGRATION DU GENRE DANS L'AFFERMAGE DES OUVRAGES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE DANS LA COMMUNE DE KLOUEKANME _____	585
GBOYOU G. Nestor ; TOBADA Alexis Babyilas ; GOMEZ COUAMI Ansèque & VISSIN Expédit Wilfrid	

SOIGNANTS ET VECUS DU *BURNOUT* A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE (CUGO) DE COTONOU

Alphonse Mingnimon AFFO,

Centre de Formation et de Recherche en matière de Population (CEFORP),
Université d'Abomey-Calavi (UAC), Tél (229) 66 414 016, Email
amaffo@gmail.com

Elwis Roland ASSOGBA,

Doctorant à l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire Espace Culture et
Développement (EDP/ECD) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC), Tél (229)
96 177 931, Email: asselwis@gmail.com

Grégoire Magloire GANSOU,

Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHU-P), Faculté
des Sciences de la Santé (FSS), Université d'Abomey-Calavi (UAC), Tel (229)
97328678, Email : gregansou@gmail.com

Résumé

Le *burnout* constitue l'une des pathologies touchant les personnes impliquées auprès d'autrui et particulièrement dans les relations de soin. Affection généralement associée aux services d'urgence des hôpitaux, elle s'étend progressivement à d'autres services. En 2016, le *burnout* a été étudié à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou à travers une investigation descriptive transversale qui vise à révéler les malaises des soignants en situation de soin. Les données ont été collectées auprès de 77 soignants à l'aide de questionnaires dont une échelle d'évaluation du *burnout*. Les résultats indiquent que la majorité des soignants (83,0%) présente des signes de burnout. Les femmes sont plus touchées que les hommes. En considérant la catégorie socioprofessionnelle, les sages-femmes et aides-soignants sont plus affectés par le burnout que les infirmiers; les médecins le sont dans une moindre mesure. Ces résultats traduisent un décalage entre les contraintes professionnelles associées aux services de la CUGO et les ressources organisationnelles que déploient les soignants et leur

institution pour satisfaire les patients/clients. A cet environnement anxiogène marqué par les relations asymétriques de confiance entre soignants et soignés, s'ajoute l'insuffisance de soutien dont se plaignent les soignants. Il est nécessaire pour les pouvoirs publics d'entreprendre une démarche d'amélioration des pratiques de soin consistant à mettre en place des stratégies préventives et curatives propres à chaque service, tout en insistant sur l'intérêt de l'organisation du travail et la valorisation du soignant.

Mots-clés : Burnout, conditions de travail, Soignants, CUGO/CNHU-HKM.

HEALTH CARE AND BURNOUT AT THE UNIVERSITY OBSTETRIC GYNECOLOGY (CUGO) CLINIC OF COTONOU

Abstract

Burnout is one of the pathologies affecting people involved with others and particularly in care relationships. A condition generally associated with hospital emergency departments, it is gradually spreading to other departments. In 2016, burnout was studied at the University Clinic of Obstetric Gynecology (CUGO) of the Center National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) of Cotonou through a transversal descriptive survey which aims to reveal the discomforts of caregivers in situations of care. Data were collected from 77 caregivers using questionnaires including a burnout assessment scale. The results obtained that the majority of caregivers (83.0%) showed signs of professional exhaustion. Women are more affected than men. Considering the socio-professional category, midwives and nursing assistants are more concerned with burnout than nurses; doctors are to a lesser extent. These results reflect a discrepancy between the professional constraints associated with CUGO services and the organizational resources that deploy caregivers and their institution to satisfy patients / clients. In addition to this anxiety-provoking environment marked by asymmetrical relationships of trust between caregivers and caregivers, there is the insufficient support of which caregivers complain. It is necessary for the public authorities to undertake a process of improvement of care practices consisting in implementing preventive and curative strategies specific to each service, while insisting on the activity of work organization and promotion of the caregiver.

Keywords: Burnout, Working Conditions, Caregivers, CUGO / CNHU-HKM.

Introduction

Malgré les efforts fournis pour améliorer son système de santé, les progrès accomplis en matière de réduction des risques sanitaires au Bénin n'ont pas encore permis d'atteindre la couverture universelle en matière de santé. Les résultats des investigations réalisées dans le secteur ont révélé : une offre inadéquate et insuffisante de services sanitaires ; un personnel de santé insuffisant et pas toujours qualifié et une faible utilisation des services sanitaires (INSAE et Macro International Inc., 2007 ; INSAE et ICF International, 2013 ; Ministère de la santé, 2017). En ce qui concerne particulièrement le personnel soignant, on note en 2016 un ratio personnel soignant-population qui est de 13 agents qualifiés¹ pour 10000 habitants pour une cible de 25 pour 10000 habitants recommandée par l'OMS (Ministère de la santé, 2018). Cette situation expose les professionnels de santé à une surcharge de travail marquée par l'augmentation du nombre d'heures de travail dans des conditions qui ne sont pas toujours appropriées. Il convient de souligner également que les politiques publiques ne sont pas toujours orientées vers un recrutement conséquent de personnels qualifiés pour répondre convenablement aux défis en santé des populations.

Dans une perspective de couverture sanitaire universelle et d'équité d'accès aux soins, la communauté internationale prescrit le droit à la santé comme partie intégrante des Droits de l'Homme. Or, les inégalités sociales en santé demeurent importantes (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme Organisation des Nations Unies, 2009 ; V. Liégeois, 2016). Cette situation induit un déficit de la couverture des besoins en santé de la population avec plusieurs conséquences. Du point de vue de la demande, on note une diminution de la fréquentation des formations sanitaires au profit d'autres choix thérapeutiques comme la médecine naturelle ou endogène, les prières, l'automédication, etc. (A. Sousa & A. Affo, 2011 ; C. Baxerres, 2016). Du côté de l'offre, s'observe également une insatisfaction des soignants qui sont par ailleurs confrontés à des affections de plus en plus complexes, à une charge de travail plus élevée dans des conditions de travail peu adéquates (M. Estryn-Béhar, 2008). Il convient de rappeler que comme tout travailleur, les soignants en milieu hospitalier aspirent à vivre dans un environnement paisible,

¹ Médecins, infirmiers, sages-femmes, technicien de laboratoire et techniciens de radiologie.

stable et favorable à un bon accomplissement de leur travail. Par ailleurs, les incidents critiques tels que la souffrance ou la mort des patients, les accidents de travail, l'atmosphère tendue avec les patients, la charge de travail, etc. constituent des situations stressantes voire traumatiques susceptibles d'affecter négativement les soignants (M. Delbrouck, 2008). Bien que formés pour assurer une bonne santé aux patients/clients en milieu hospitalier, les professionnels de santé ne sont pas exposés au même niveau de risque sur leur lieu de travail. Certains services sont particulièrement à risque de morbidité chronique ou de décès précoce pour les patients si des mesures idoines ne sont pas prises pour assurer convenablement la prise en charge des patients. Il s'agit des services d'urgence, de réanimation, de traumatologie, de chirurgie, de gynécologie, etc.

Plusieurs travaux ont mis l'accent sur la mauvaise qualité des interactions entre soignants et soignés (J. Benoist, 1996 ; Y. Jaffré & *al.*, 2003 ; P. Oberteli & *al.*, 2015). Des récriminations récurrentes des patients et de leurs accompagnants sont portées à l'encontre du personnel soignant. Des réprobations sociales à l'encontre du personnel soignant concernent des pratiques corruptogènes, la mauvaise qualité des soins, la négligence, des manquements en matière de déontologie, etc. A cela s'ajoute le coût de l'investissement individuel ou familial pour assurer le capital-santé considéré comme relativement dispendieux dans les hôpitaux (F. K. Ayéna, 2012). En réaction à leur condition de travail, les professionnels de santé se plaignent des problèmes d'espace de travail, d'insuffisance d'équipements adéquats, de mauvaise rémunération, d'insuffisance de compliance des patients, de spéculation des patients sur l'origine causale de leur maladie avec pour conséquences la préférence des savoirs et thérapies populaires ou endogènes à ceux dits modernes (mobilisant une interprétation projective de la maladie qui renvoie hors sujet la cause du mal) ou biomédicaux ou la combinaison de plusieurs types de thérapies, etc. (J. Andoche, 1988 ; P. Joly & *al.*, 2005). Quelquefois, il arrive que des cas de décès surviennent dans le processus de soin, touchant la famille de la victime mais aussi le soignant. Lorsque ces événements deviennent répétitifs alors ce dernier peut se trouver confronter au burnout qui peut contribuer à détériorer sa vie à cause de la double stigmatisation relevant de l'auto-culpabilisation et de l'altérité. L'inexistence de service susceptible d'aider les professionnels de santé à traverser l'épreuve déstabilisant de leur « incapacité » à satisfaire les besoins des patients/clients constitue une circonstance encore plus redoutable pour ces derniers. D'après M. Loriol (2005), la fatigue, le stress et la souffrance

psychologique constituent des états difficiles à objectiver et à faire reconnaître. Cette situation fait du burnout un phénomène largement dépendant du contexte dans lequel il se développe, ce qui en montre les dimensions socialement construites.

Sur un autre plan, il arrive parfois que la douleur ressentie par le patient ou le client dans un service hospitalier soit si intense que ce dernier se met à accuser quasiment tous ses interlocuteurs, s'engageant ainsi dans une logique de bouc émissaire due en partie à la profondeur des malaises qu'il ressent. Accusant tous azimuts tantôt son voisinage, tantôt ses parents, tantôt le personnel soignant, tantôt il s'en remet à Dieu, tantôt, il s'accuse lui-même, une sorte de fatalisme, etc. Cet état d'esprit proche de la paranoïa relève le plus souvent de la douleur que génère sa maladie et/ou de la chronicité de celle-ci sans toutefois qu'il soit établi forcément un lien entre son ressenti et les causes qu'il impute à son état physique et mental. En miroir, être régulièrement exposé à la souffrance (parfois aux dictats) de son patient dans le processus de prise en charge, peut susciter incompréhension et finir par amener le soignant (surtout en début de carrière) et en dépit des conditions de travail, à éprouver un certain ressentiment qui se manifeste par une douleur intérieure et qui n'est pas moins affligeant que celle du patient (F. Lahlou, 2013). D. Fassin (1999) rappelait que nul ne saurait empêcher le savant d'avoir des convictions personnelles. A chacun donc sa douleur, celle du soignant est insidieuse et réside surtout dans son incapacité (momentanée ou prolongée) à ne pas encore réussir à détruire le mal qui ronge son patient/client alors que ce dernier lui vouait une confiance quasi-totale. Lorsqu'il arrive que le soignant qui est censé apporter une guérison - que le patient espère soudaine voire magique - est confronté à des doutes ou lorsqu'il ne comble pas les attentes de son patient, la relation de confiance entre les deux parties peut se transformer en une relation de méfiance ce qui ajoute un malaise supplémentaire à celui existant. En s'intéressant aux professionnels de santé dans le processus de prise en charge des patients admis dans les services hospitaliers, cet article voudrait apporter un éclairage sur le malaise ressenti par ceux-ci en situation de soin. Il se préoccupe d'analyser le ressenti du soignant au cours du processus thérapeutique. Il s'agit de mettre en relief les liens entre les conditions de travail et la qualité des interactions « soignant-soigné » ainsi que les effets sur le parcours de soins du soignant. A cet effet, il ambitionne de répondre à la question de savoir qu'arrive-t-il lorsque le soignant se trouve confronté à un stress intense en milieu hospitalier? Le champ d'investigation est la Clinique Universitaire de

Gynécologie Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, le plus grand hôpital de référence du Bénin.

Modèles explicatifs du burnout

De façon générale, l'un des malaises les plus courants qui menacent les professionnels de santé travaillant dans les services hospitaliers est le *burnout* ou Syndrome d'Épuisement Professionnel (SEP), un phénomène qui se trouve au croisement des domaines médical, psychologique, et sociologique. Le burnout représente la plus fréquente des affections psychologiques chez les soignants. C'est une brûlure interne due au stress en milieu de travail qui s'est développée avec l'urbanisation et les changements sociaux qui en découlent (V. Munroe et N. Brunette, 2001; H. Freudenberg, 1987). Le burnout est caractérisé par le stress, l'épuisement émotionnel², la réduction de l'accomplissement personnel, etc. Il a pour conséquences la détérioration de la relation entre le soignant, les patients et les accompagnants souvent colorées par la mauvaise qualité de la relation de soin et la mauvaise manipulation des patients dans les services de soin (R. Wiertz, 2012). Plusieurs travaux (H. Freudenberger, 1974 ; C. Maslach & *al.*, 1996 ; N. Hautefeuille, 2013) ont essayé de montrer comment les conditions de travail notamment les relations entre les soignants et leurs patients/clients en milieu de travail peuvent contribuer à transformer la relation de soin et la qualité de vie du professionnel de santé. Ces travaux, en mettant en évidence le burnout comme l'une des premières difficultés qui marquent la vie du travailleur confronté à un niveau élevé de stress, ont identifié comme cause, l'utilisation excessive de son énergie par la victime et de ses ressources à atteindre un but qualifié d'irréalisable qu'il s'est fixé ou que la société lui impose. Cette situation provoque chez le soignant le sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué. La victime commence alors par se plaindre de fatigue, ou de frustration aiguë, conséquence de sa dévotion envers une cause, un mode de vie ou une relation qui n'a pas produit la récompense attendue. L'épuisement professionnel se manifeste par une incapacité d'adaptation de l'individu à un niveau de stress émotionnel continu causé par

² L'épuisement émotionnel se traduit par une démotivation, une baisse d'énergie au travail, et un sentiment d'accablement qui fait que tout semble difficile, la dépersonnalisation (qui consiste à ne plus voir ses patients comme des êtres humains, mais comme des maladies, des objets sans vie ni intérêt, voire de problèmes.

l'environnement de travail. Lorsque le burnout s'installe, le professionnel de soin développe une image de soi inadéquate, des attitudes négatives au travail avec perte d'intérêts et de sentiments pour ses clients. D'après N. Hautefeuille (2013, op.cit.), il est difficile de délimiter le *burnout* car il peut revêtir un double aspect marqué soit par un processus de déséquilibre entre l'investissement au travail ou les efforts fournis et les résultats obtenus, soit par un état marqué par le résultat d'une interaction entre un individu et son travail. L'auteur ajoute que plus les interactions avec autrui dans le monde professionnel sont directes, répétées, longues, plus le risque de développer les symptômes du *burnout* augmente. Dans ce dernier cas, il est considéré comme la conséquence principale d'une réponse prolongée à un stress chronique dû à des agents stressseurs affectifs et interpersonnels au travail.

Cadre analytique adopté

Les approches théoriques qui ont tenté d'expliquer le *burnout* sont généralement d'ordre bio-médical, psychanalytique, psychologique, sociologique, etc. L'approche bio-médicale met en relief les réactions normales ainsi que les troubles physiques liés à l'état de stress. L'approche psychanalytique identifie la perte des facultés au travail (angoisse ou démotivation) due à la consommation des ressources internes à l'organisme humain même si l'enveloppe semble intacte (H. Freudenberg, 1974, op.cit.). L'approche psychologique se focalise sur les agents stressseurs ainsi que les réactions à ces agents alors que celle sociologique s'intéresse plus aux événements qui provoquent le stress (V. Munroe et N. Brunette, 2001, op.cit.). Quant au modèle transactionnel du stress, il considère ce dernier comme la réponse à un stimulus environnemental (D. Truchot, 2004) ; mais ce modèle a la faiblesse de ne pas prendre en compte les perceptions individuelle ainsi que le contexte de travail de l'individu exposé au stress.

La présente démarche s'inscrit dans les approches psychologiques et sociologiques du *burnout* qui mettent l'accent sur les effets de l'environnement sur la qualité de vie du professionnel de santé. D'après C. Maslach et M. Leiter (2011), le *burnout* traduit la fracture entre ce que l'individu est et ce à quoi il se trouve contraint de faire. C'est une érosion des valeurs, de la dignité, de l'esprit et de la volonté qui enferment les individus dans un cercle vicieux. Cette situation met en cause aussi bien l'organisation du travail (à l'hôpital) que l'histoire personnelle du soignant. A travers les analyses, il sera vérifié si comme

l'indique C. Gervais (1991), l'épuisement physique et émotionnel résultant du burnout prend sa source dans le travail. L'intérêt sera particulièrement portée sur l'influence des facteurs environnementaux et sociaux notamment les trois façons clefs à travers lesquelles les transformations sociales sont susceptibles de conduire à l'épuisement professionnel dans le domaine des services sociaux rapportées par V. Munroe et N. Brunette (2001, op.cit.): (i) l'anomie sociale qui engendre la désorganisation sociale avec pour conséquences la restriction de la solidarité et du communautarisme ; (ii) la détresse psychologique ainsi que la diminution de l'influence des systèmes sociaux intégrateurs ; (iii) le manque de confiance des individus à l'égard des institutions officielles. La situation du personnel soignant des services hospitaliers constamment exposé à des événements stressants sans relâche se prête assez bien à cette étude.

1 Données et méthode

1.1 Données

Les données proviennent d'une étude transversale, descriptive réalisée en 2016 auprès du personnel soignant de la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou dans le cadre d'un mémoire de master en psychologie. La population étudiée au sein de la CUGO est constituée de 79 soignants (45 femmes et 32 hommes) de profils variés (médecins, infirmiers, sages-femmes et gardes malades ou aides-soignants) dont 77 ont été interrogés au cours des quatre derniers mois de l'année. Les deux personnes qui n'ont pu être interrogées étaient absentes. A ces répondants, il a été adressé un questionnaire qui a permis de recueillir des informations sur leur profil sociodémographiques (âge, sexe, situation familiale, mode de vie, etc.), leurs conditions de travail (statut professionnel, ancienneté, exercice et relation avec les collègues et supérieure hiérarchique), leur état de santé (comportements, antécédents médicaux, conduites additives), etc. En outre, un outil d'évaluation du *burnout* appelé (MBI) leur a été adressé afin d'apprécier leur confrontation au *burnout* à leur niveau. Enfin, une grille d'observation a permis d'enregistrer pendant le séjour dans les services de la CUGO, des faits et gestes des usagers et qui sont susceptibles d'illustrer certaines réalités des conditions de travail du personnel soignant. Le MBI est une échelle standard de mesure utilisée dans l'étude du *burnout* au niveau international. Simple d'utilisation, fiable et scientifiquement validé, le MBI est un instrument de mesure de référence dans l'étude du burnout (N. Hautefeuille, 2013, op.cit.). Il est composé de 22 items qui permettent

d'examiner les trois dimensions qui définissent le burnout. Il s'agit de l'Épuisement Emotionnel (EE), de la Dépersonnalisation (DP) et de l'Accomplissement Personnel (AP). En prélude à la collecte des données empiriques, les outils de collecte ont été testés auprès de 5 professionnels du service de kinésithérapie qui accueille des patients marqués par un handicap physique. Le pré-test a permis d'apprécier la sensibilité des outils de collecte et de les améliorer.

1.2 Méthode

Le MBI est l'échelle de mesure utilisée dans l'étude du *burnout* chez les soignants de la CUGO du CNHU-HKM. Chaque dimension constitutive du Burnout est explorée par certains items de façon randomisée (cf. tableau 1).

Tableau 1: Dimensions du Burnout et items associés

Dimension du MBI	Nombre d'Items	Questions
EE	9 items	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 18
DP	5 items	5, 10, 11, 15, 22
AP	8 items	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Source : R. Wiertz (2012)

La cotation de chaque item se fait en termes de fréquence allant de 0 à 6 : 0 pour "jamais" ; 1 pour "quelques fois par an" ; 2 pour "tous les mois" ; 3 pour "quelques fois par mois" ; 4 pour "chaque semaine" ; 5 pour "quelques fois par semaine" et 6 pour "chaque jour". Pour l'interprétation, il convient de retenir que les résultats ne s'expriment pas sous forme d'un score global mais sous forme d'un score dans chacune des trois dimensions (EE, DP, AP). Chaque score est exprimé en "bas", "modéré" ou "élevé" selon la Version Originale du MBI. Un score élevé d'Épuisement Emotionnel (EE) ou de Dépersonnalisation (DP) ou un score bas d'Accomplissement Personnel (AP) suffisent à définir le burnout. En cas de *burnout*, le degré de gravité peut être déterminé. Il est dit faible, foyen ou sévère en fonction du nombre de dimensions atteintes (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Dimensions du MBI (Version française)

Score de Burnout	EE	DP	AP
Élevé	≥ 30	≥ 12	≤ 33
Modéré	18-29	6-11	34-39
Bas	≤ 17	5	≥ 40

Source : P. Canouï et A. Mauranges (2008)

Le *burnout* est faible s'il y a atteinte de l'une quelconque des trois dimensions ; il est moyen s'il y a atteinte de deux des trois dimensions et sévère lorsque les trois dimensions sont atteintes. Une dimension atteinte correspond à un score EE ou DP élevé ou un score AP bas.

2 Principaux résultats

2.1 Caractéristiques sociodémographiques des répondants

La majorité des soignants avait un âge compris entre 41 et 51 ans avec un âge moyen de 42,3 ans. On note une prédominance féminine dans l'échantillon (58,0%). La quasi-totalité (94,8%) des soignants était mariée et vivait en couple. Les autres sont célibataires (2,6%) ou veufs (ves) (2,6%). Selon le profil professionnel, 46,8% des soignants sont des infirmiers, 28,6%, des sages-femmes et 16,9%, des médecins, 3,9%, des garde-malades et 3,9%, des aides-soignants. Près de la moitié (45%) des soignants font des gardes de nuit. Dans la quasi-totalité des cas (96,0%), le choix du service (CUGO) lors des affectations des soignants n'était pas forcément volontaire. Enfin, la moitié (53,0%) des répondants a déclaré avoir des relations insatisfaisantes avec le supérieur hiérarchique.

2.2 Perception de leurs conditions de travail par les soignants

En considérant les relations qu'entretiennent les soignants avec leur hiérarchie, les résultats révèlent que dans l'ensemble, la moitié des soignants (49,0%) a déclaré travailler dans de mauvaises conditions. De même, le tiers (34,0%) s'est plaint d'être critiqué voire humilié par leur supérieur hiérarchique. En plus, un répondant sur deux (53,0%) a souligné un manque de reconnaissance de la hiérarchie malgré les efforts fournis sur le lieu du travail. Par ailleurs, les observations empiriques réalisées sur le terrain laissent entrevoir une perte du sens des liens positifs avec les "autres" et une perte de chance du support social au sein des répondants. La situation est aussi préoccupante lorsqu'on considère les relations entre les soignants et les patients/clients dans le processus de prise en charge. D'après les investigations, les interactions "soignant-soigné" à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou sont du point de vue des soignants de mauvaise qualité. En effet 54,6% des soignants déclarent l'existence de difficulté à bien écouter les patients/clients ou leurs accompagnants. Les contraintes physiques et psychiques en plus de celles liées aux conditions d'exercice de leur métier peuvent expliquer ce genre de situation.

2.3 Détermination de l'épuisement professionnel selon le MBI

Comme l'indique la figure 1, l'analyse des données révèle que les répondants ayant un score élevé d'EE (2,6% de soignants) ; de DP (54,4% de soignants) et un score bas d'AP (26% de soignants) étaient sévèrement touchés par le burnout. Ceux ayant un score modéré de EE (62,4%), de DP (19,5%) et d'AP (24,7%) étaient modérément touchés par le burnout. Les autres qui ont un score bas d'EE (35,0%) ; de DP (26,0%) et un score élevé d'AP (49,3%) ne sont pas en situation de burnout.

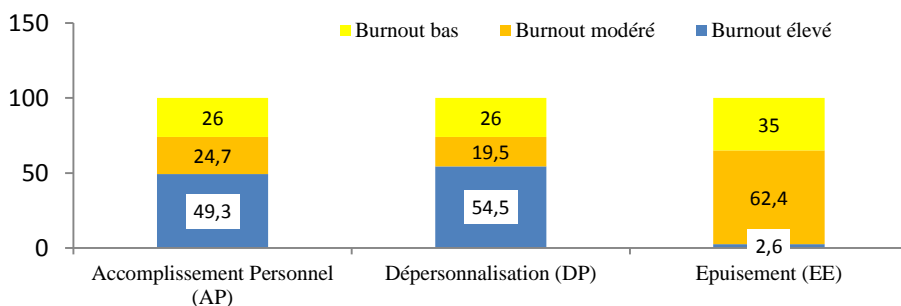


Figure I : Répartition (%) du personnel soignant de la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou selon le burnout exprimé par dimension de l'échelle MBI.

Au total, 83% des répondants présentent des signes d'épuisement professionnel c'est-à-dire au moins atteinte de l'une des trois dimensions du MBI.

2.4 Quelques facteurs associés à l'épuisement professionnel

2.4.1 Relations entre épuisement professionnel, caractéristiques individuelles et statut professionnel des répondants

La figure 2 montre que la répartition du burnout selon les catégories sociodémographiques permet de distinguer celles qui y sont le plus associées. On note que le burnout est très marqué chez les femmes professionnelles de la santé (100,0%) comparées aux hommes (59,4%). Selon la situation matrimoniale, les célibataires (100,0%) et veufs (100,0%) en sont plus touchés comparativement aux mariés en (82,1%).

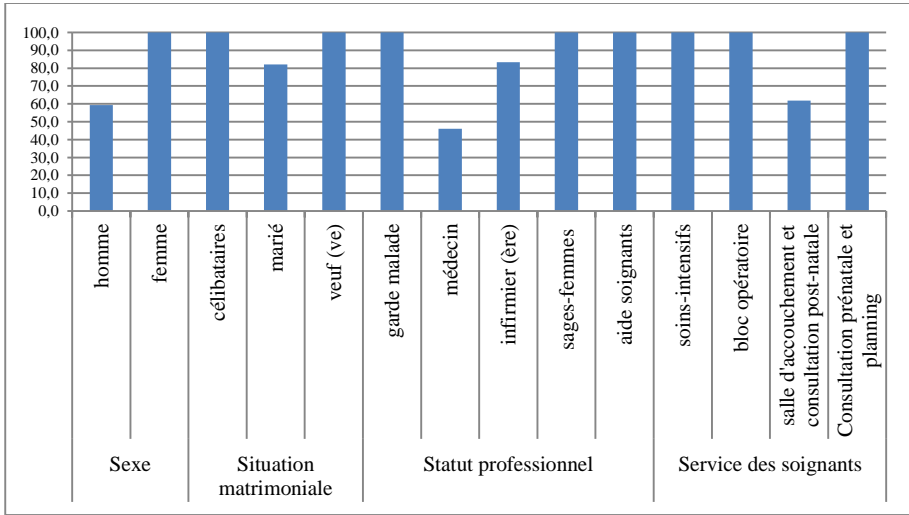


Figure II : Répartition (%) du *burnout* selon quelques caractéristiques des répondants

Selon le statut socioprofessionnel, les aides-soignants (100,0%) et sages-femmes (100,0%) sont les plus touchés par le *burnout*; viennent ensuite, les infirmiers (83,3%) et les médecins (46,0%). En considérant les services soignants, le *burnout* est manifestement très élevé au bloc opératoire (100,0%), aux services de soins intensifs (100,0%), et au service de consultation prénatale et de planning (100,0%). Il est relativement moindre dans la salle d'accouchement et de consultation post-natale (61,8%).

2.4.2 *Symptômes marquant l'épuisement professionnel chez les soignants*

Comme l'indique la figure 3, à la question de savoir le type de symptôme marquant leur épuisement, la majorité (76,6%) des répondants a évoqué l'asthnie ; le reste éprouvait soit l'émoussement émotionnel (14,3%), soit la frustration (6,5%) soit l'irritabilité (2,6%).

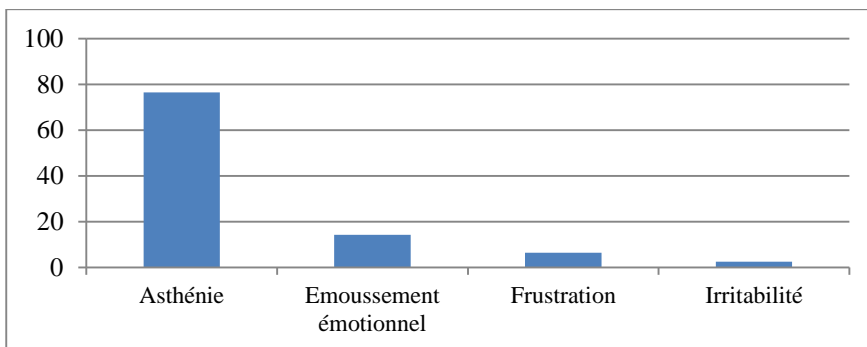


Figure III : Répartition (%) des soignants de la CUGO du CNHU-HKM selon les symptômes marquant leur Epuisement professionnel.

2.4.3 Conséquence des conditions de travail sur la qualité vie des soignants

La figure 4 donne un aperçu des types d'épuisement ressentis par les répondants sur leurs conditions de travail. On note que les troubles de sommeil (35,1%) et l'insatisfaction au travail (33,7%) touchent respectivement une personne sur trois ; le stress (16,9%) est ressenti par une personne sur six ; quant aux difficultés en famille (7,8%) et à la fatigue (6,5%), elles sont évoquées respectivement par moins d'une personne sur dix.

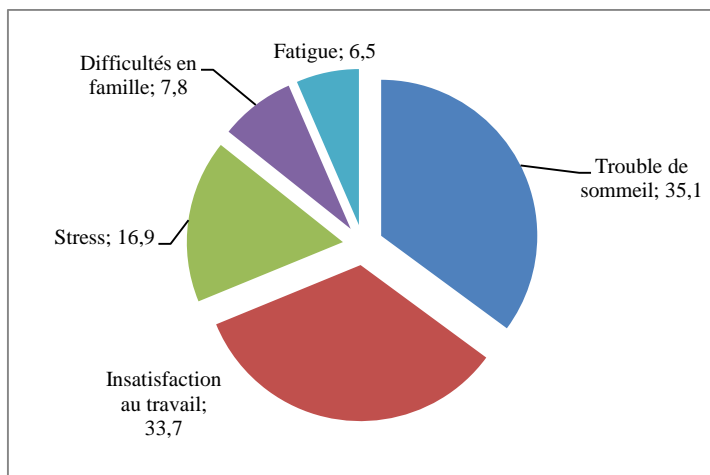


Figure IV : Répartition (%) des répondants selon les effets négatifs perçus de leurs conditions de travail

Par ailleurs, 62% des soignants souhaitaient quitter leur service à cause des difficultés liées aux conditions de travail.

3 Discussion

Les résultats de l'étude révèlent que la majorité (83%) du personnel soignant de la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou est touchée par l'épuisement professionnel du fait surtout des conditions et de la charge de travail. Ce résultat est supérieur à celui de R. Wiertz (2012, op.cit.) qui a identifié sur 227 répondants, 41% touchés par le phénomène. L'auteur a déterminé un score d'EE élevé chez 19,5%, un score d'AP bas chez 16% et un score de DP élevé chez 8,5% de médecins au Nord pas de Calais en France. Parmi les facteurs explicatifs du burnout à la CUGO du CNHU-HKM, figurent le décalage entre les exigences des services investigués et les ressources organisationnelles que déploie l'institution et les soignants pour combler les attentes des patients/clients. A cela s'ajoute l'insuffisance (perçue) du soutien auquel les soignants s'attendent dans le cadre de leur métier. Le déficit de reconnaissance associé à la charge et aux conditions de travail constitue une source de souffrance mise en évidence par M. Ntsame Sima (2015) dans une étude comparative entre la France et le Gabon chez les enseignants et les infirmiers. Cette situation engendre des cas de violence psychologiques chez les soignants.

On note également que les femmes sont plus atteintes par le burnout que les hommes. Les femmes professionnelles de santé au Bénin semblent plus susceptibles d'être touchées par une vulnérabilité physique et émotionnelle car contraintes de concilier en permanence des responsabilités professionnelles et familiales. Le souci constant d'assumer les tâches domestiques (y compris les servitudes liées à la vie familiale) et de répondre efficacement aux attentes des patients/clients engendre un conflit de rôles source de stress qui marquent leur vie. Lorsqu'on sait que les sages-femmes sont au cœur du dispositif de l'accouchement à moindre risque et qui permet de réduire la mortalité maternelle et infantile, on peut comprendre que la célérité et la précision des gestes à accomplir par ces dernières pendant les différentes phases d'un accouchement en milieu hospitalier est susceptible de les exposer à un niveau élevé de stress. Faut-il rappeler que bien souvent, la moindre négligence dans le respect des standards de soins (notamment ceux relatifs à l'accouchement) peut être fatale pour la gestante. Contrairement à nos résultats, H. Dusmesnil *et al.* (2009) dans une étude sur l'épuisement professionnel chez 511 médecins généralistes a mis en relief une prédominance du phénomène chez 75,7% d'hommes. En plus, comme les services des urgences, la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou figure parmi les services qui sollicitent le plus en temps et énergie ses usagers. Les soignants sont

confrontés aux accouchements allant des plus simples aux plus complexes et qui nécessitent parfois des interventions chirurgicales. Par ailleurs, la forte occurrence des accouchements à risque réalisés par ce personnel réduit complexifie encore leurs conditions de travail. Les grossesses à risque qui parviennent à la CUGO résultent en partie des défauts liés aux consultations prénatales (CPN), des défauts de compliance médicale de la part des gestantes, ou des grossesses non planifiées, des grossesses précoces, etc. Quelques fois, par défaut de ressources financières les gestantes s'orientent pour le suivi de leur grossesse d'abord vers la médecine non conventionnelle avant de se retrouver en dernier ressort vers l'hôpital. Il en résulte que les contraintes liées au service à la CUGO peuvent marquer négativement la qualité de vie des soignants au regard de leurs conditions précaires de travail. Il s'ensuit que le personnel de la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou est en plus des conditions de travail, exposé aux difficultés de l'acceptabilité des soins due en partie aux patients/clients (notamment les retards au soin).

Les résultats concernant les facteurs associés aux trois dimensions de l'épuisement professionnel sont globalement conformes à ceux de M. P. Leiter et C. Maslach (2004) qui postulent que le risque d'épuisement professionnel est d'autant plus élevé qu'il existe des déséquilibres importants entre la personne et son environnement de travail. Ces déséquilibres sont particulièrement importants s'ils portent sur l'un des domaines suivants : la charge de travail, la latitude de décision, la reconnaissance, la communauté/organisation, le respect et les valeurs. Les investigations révèlent également que 62% des soignants souhaitent quitter leur service à cause des difficultés liées à l'organisation du travail. Selon M. P. Leiter et C. Maslach (2004), un excès de charge de travail dépassant les ressources est corrélé avec l'épuisement émotionnel (EE). De même, un déséquilibre dans le domaine de la latitude de décision est observé. Il est caractérisé par le manque de moyens matériels et d'écoute de la part des autorités évoqués par le personnel du bloc opératoire. Cette situation contribue à affaiblir davantage leur Accomplissement Personnel (AP).

Sur un autre plan, les résultats indiquent que la majorité des soignants de la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou éprouve des difficultés à planifier correctement les tâches relatives à l'exercice de leur métier et craint également de faire des erreurs médicales. Cette situation est en partie influencée par des conditions de vie et de travail qui les exposent à l'épuisement professionnel. Par ailleurs, le fait de s'occuper par

moments de patients ayant peu de chance de survivre est associé à un épuisement professionnel avec un EE élevé. C'est le cas des soignants du service consultation postnatale et des soins intensifs qui déclarent être professionnellement épuisés. Cette situation peut être associée au stress dû au déficit de connaissances spécifiques dans ce domaine que certains soignants éprouvent. En ce qui concerne l'environnement de travail marqué par les relations avec la hiérarchie d'une part et celles entre "soignant-soigné", il semble globalement anxiogène. Mécontents des interpellations de leurs supérieurs hiérarchiques, des soignants se plaignent également des comportements des patients/clients dans les relations de soin. Cette situation crée un certain décalage qui traduit un écart entre ce qui est attendu d'eux et leurs comportements réels à l'égard des patients/clients. Les contraintes physiques et psychiques en plus de celles liées aux conditions d'exercice de leur métier peuvent expliquer ce genre de situation. Les travaux de A. El Kettani *et al.* (2017) à Casablanca ont également mis en évidence les liens entre les facteurs d'ordre organisationnel et interindividuels et le burnout des médecins en formation au CHU Ibn Rochd.

En termes d'implication politique, les pouvoirs publics pourraient, en s'appuyant sur les présents résultats, se pencher sur le *burnout* dans les formations sanitaires pour améliorer les conditions de travail des soignants afin que ces derniers ne courent pas des risques supplémentaires de morbidité et de mortalité dans le processus de prise en charge des patients/clients. Une telle amélioration pourrait être envisagée en termes de mise en place de programmes de prévention et de prise en charge propres à chaque service, tout en insistant sur l'intérêt de l'organisation du travail et de la valorisation du soignant dans sa trajectoire personnelle car la multiplicité des appartenances est l'une des caractéristiques majeures de la contemporanéité urbaine (E. Piccoli, 2005). Il est par ailleurs important de ne pas oublier non plus les questions éthiques notamment la conciliation du respect de l'autonomie décisionnelle du patient/client et celui des normes et standards de soin.

Conclusion

Cette étude visait à mettre en relief les liens entre les conditions de travail et l'exposition du personnel soignant au syndrome d'épuisement professionnel (*burnout*) à la CUGO du CNHU/HKM de Cotonou. Les résultats révèlent que la majorité des répondants est touchée par le phénomène mais à des degrés divers. Les femmes le sont plus que les hommes. Au plan professionnel, les sages-femmes et aides-soignants

sont plus affectés par le burnout que les infirmiers. La situation est relativement moindre chez les médecins. Ces résultats peuvent mettre en cause la qualité des soins à la CUGO et exposer aussi bien les soignants que les patients/clients à des risques majeurs pourtant évitables. Le *burnout* peut donc être révélateur des conditions de vie des soignants en milieu hospitalier au Bénin et nécessiter qu'une stratégie spécifique soit élaborée pour le prévenir ou le prendre en charge lorsqu'il est déjà en place.

Références bibliographiques

1. ANDOCHE Jacqueline (1988) : « L'interprétation populaire de la maladie et de la guérison à l'île de la Réunion », *Sciences Sociales et Santé* VI (3-4), p.145-165
2. AYENA Kadoukpè Fidèle. (2012) : Afrique comparable ? Santé publique et sécurité globale au Bénin, Thèse de doctorat, Université de Toulouse en science politique, 616p
3. BENOIST Jean, 1996 : Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical, Paris, *Les Éditions Karthala*, 1996, 520p
4. BAXERRES Carine (2016) « Quand les modes de distribution pharmaceutique influencent les usages des médicaments. Une recherche comparative menée au Bénin, au Ghana et au Cambodge » p22-30. In Véronique Guienne, Charlie Marquis, Marion David, Sébastien Fleuret, Estelle d'Halluin. L'automédication en question : Un bricolage socialement et territorialement situé. L'automédication en question : un bricolage socialement et territorialement situé, May 2016, Nantes, France. 2016. fihal-01380350f
5. CANOÛ Pierre, MAURANGES Aline. (2008) « Le burnout à l'hôpital. Le Syndrome d'épuisement professionnel ». *Masson*, 4ème édition, p.149-160.
6. DELBROUCK Michel (2008) « Le Burn out du soignant - Le syndrome d'épuisement professionnel », 2ème édition, de *Boeck*, p144-170
7. DUSMESNIL Hélène et al. (2009). « Epuisement professionnel chez les médecins de ville : prévalence et déterminant » *santé publique* ; (vol 21), p. 355-364.
8. EL KETTANI Assya et al. (2017) « L'évaluation du syndrome du Burnout chez les médecins en formation au CHU Ibn Rochd de Casablanca » *Pan African medical journal, Pan Afr Med J.* 2017; 27: 243. DOI : 10.11604/pamj.2017.27.243.6257.
9. ESTRYN-BEHAR Madeleine (2008) « La situation des infirmiers », dans : , Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. sous la direction de Estryn-Béhar Madeleine. Rennes, Presses de l'EHESP, « Hors collection », p. 25-76.

10. FASSIN Didier (1999), « L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le Sida en Afrique », in Becker C., Dozon J.P., Obbo C. et Touré M. (éds.), *Vivre et penser le Sida en Afrique*, Paris, *Codesria/Karthala/IRD*, p. 41-66.
11. FEUDENBERG Herbert (1974), « Staff Burn out », *Journal of Social Issues*,; 30(1): 159- 165.
12. FREUDENBERG Herbert. (1987) « L'épuisement professionnel : la brûlure interne », Québec: *Gaëtan Morin* Éditeur, p.159-165
13. GERVAIS, Claude (1991), « Comprendre et prévenir le burnout », Ottawa, Éditions *Agence d'arc*, 214p.
14. HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME, 2009 : « Le droit à la santé », fiche n°31, Genève, 65p.
15. HAUTEFEUILLE Natacha (2013) : Syndrome d'épuisement professionnel (burnout) du chirurgien-dentiste ; Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire, Unité de formation et de recherche d'odontologie, université de Nantes, 177p.
16. INSAE et MACRO INTERNATIONAL Inc. (2007) : Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) - Bénin 2006. Calverton, Maryland, 512p.
17. INSAE et ICF International (2013), « Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012 ». Calverton, Maryland, USA, Rapport final, 551p.
18. JAFFRE Yannick et al., (2003) : Une médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris, *Editions Karthala*, 464p.
19. JOLY Patricia & al. (2005) « Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe », *La psychiatrie de l'enfant* 2005/2 (Vol. 48), p 537-575
20. MINISTERE de la santé (2018) « Annuaire des statistiques sanitaires 2017 », Cotonou, 143p
21. LAHLOU Fatima (2013). « Le burnout en milieu hospitalier dans la ville de FES : enquête auprès des médecins » ; Mémoire pour l'obtention du CES de psychiatrie, faculté de médecine et de pharmacie/ université sidi Mohammed ben Abdallah (Maroc), 130p.
22. LEITER Michael P., MASLACH Christina. (2004) « Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout » In: *Research in occupational stress and well being: Vol. 3. Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*. Oxford, UK: JAI Press/Elsevier. P. 91-134.
23. LIEGEOIS Victoria, 2016, « Chronique : le droit à la santé », *Revue des Questions Scientifiques*, p. 651-678
24. LORIOL Marc (2005) « La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière », *Cahier Burn out, Santé conjugulée* -n°32, p. 39-43

25. MASLACH Christina & al. (1996) Maslach Burnout Inventory Manual, Third Edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, Inc, p.147-150
26. MASLACH, Christina and JACKSON, E. Susan (1982) : « Burnout in health professions: A social psychological analysis ». In: Sanders, G.S. and Suls, J., Eds., *Social Psychology of Health and Illness*, Erlbanm, Hillsdale, p. 227-251.
27. MASLACH Christina et Leiter Michael (2011) : Burnout : le syndrome d'épuisement professionnel, Paris, édition Arènes, 270p.
28. MUNROE Viviane. et BRUNETTE Nicole, 2001, "L'épuisement professionnel (burn-out) : un problème réel", Reflets, Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire. *Santé mentale et les défis de l'an 2001*, Volume 7, numéro 1, 29p.
29. NTSAME Sima Murielle (2015) « Pour un modèle explicatif de l'épuisement professionnel et du bien-être psychologique au travail : vers une validation prévisionnelle et transculturelle », Thèse de doctorat, Université Charles de Gaulle - Lille III, 2012, édition HAL, 293p.
30. PICCOLI Emmanuelle (2005) « Quelle place pour l'autre dans une ethnologie prospective? De la définition d'un objet à une attitude méthodologique et épistémologique » Laboratoire d'Anthropologie Prospective (LAAP), UCL, 59p.
31. SOUSA (de) Alexandra et AFFO Mingnimon Alphonse (2011) : « Acceptabilité du Traitement préventif intermittent infantile du paludisme au sein du système sanitaire et en milieu communautaire au Bénin : acteurs et stratégies » *Sciences sociales et santé* 2011/4 (Vol. 29), p 69-94.
32. TRUCHOT Didier. (2004). Epuisement professionnel et Burn out : concepts, modèles, interventions. Paris : *Dunod*, 380 p.
33. WIERTZ Ruth (2012) : *Psychiatres et burnout? Etude de la Prévalence du Syndrome d'Epuisement Professionnel auprès des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais*. Thèse de doctorat en médecine, 448p.

NOTE A L'INTENTION DES CONTRIBUTEURS

DEZAN est la revue scientifique du Département de Sociologie-Anthropologie de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université d'Abomey-Calavi au Bénin. De sa dénomination «dézan» signifiant «rameau» en langue béninoise «fɔngbé», elle est représentative de la symbolique du changement social en culture africaine. De ce fait, la **Revue DEZAN** se donne pour vocation première de contribuer à une configuration décloisonnée des sciences de l'homme et de la société, pour une synergie transversale et holistique génératrice d'une interdisciplinarité plus fertile à un développement convergent où l'endogène et l'exogène sont en parfaite cohésion. Elle paraît au rythme de deux numéros par an. Les articles y sont rédigés en français, anglais, allemand, ou en langues nationales africaines.

Le comité de lecture est habilité à accepter pour publication ou non les articles soumis. Chaque article est résumé en une page au plus assorti de cinq mots clés du travail. Le manuscrit de 20 pages au plus est soumis en exemplaire original, recto seulement, saisi à l'intérieur d'un cadre de frappe 21 x 29,7; police Times New Roman, point 12, interligne 1,5. Il est accompagné d'un CD-RW ou d'une clé USB comprenant les données. Chaque auteur est appelé à donner son adresse électronique et son institution d'attache. Les cartes et les croquis sont scannés et notées de façon consécutive.

L'usage de l'Alphabet Phonétique International pour transcrire les termes en langues nationales est vivement conseillé. Les références bibliographiques dans le texte sont faites selon l'approche Van Couver ou Harvard dans une parfaite harmonie selon le choix de l'auteur. Chaque auteur apporte une participation de **30.000F**.



ISSN 1840-717-X DU 4ème trimestre
Dépôt Légal N°6378 du 4ème trimestre

Impression : Centre des Publications Universitaires
(Université d'Abomey-Calavi) Tél. : (00229) 95 91 57 61
République du Bénin