

Évaluation des risques psychosociaux parmi les sages-femmes et maïeuticiens du Centre Hospitalier Universitaire Yadalgo Ouédraogo (Burkina Faso)

[Psychosocial risk assessment among midwives and maieuticians of the Yadalgo Ouedraogo University Hospital Center (Burkina Faso)]

Bocar Baïla Diédhiou¹, Armandine Eusebia Roseline Diatta¹, Habib Touré², Bibata Aïda Belemvire¹, and Mor Ndiaye¹

¹Service de Médecine du travail et Médecine Légale, FMPO, UCAD, Senegal

²Faculté des Sciences Techniques et de Santé de Conakry, Guinea Conakry

Copyright © 2022 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Objectives: It consisted in evaluating psychosocial risk factors among midwives/ maieuticians of Yalgado Ouédraogo University Hospital Center of Ouagadougou. Methodology: This was a descriptive, cross-sectional and analytical study, carried out using an anonymous self-questionnaire. The Karasek scale was used to identify risk situations. Data were entered and analyzed using Epi info version 7.0 software. The significance level chosen was $p < 5\%$ to assess the link between socio-professional variables and stress. Result: A total of 42 midwives/maieuticians were participated in the study. The average age was 38 years old. Women predominated (71.4%). The average weekly working hours was 45 hours. The average number of monthly guards was 6. The average seniority in the profession was 10.5 years. The prevalence of psychosocial risks was 88.1% for psychological demand, 57.1% for low decision latitude and 64.3% for low social support. Value conflicts (71.4%), job and work insecurity (52.4%) and emotional demands (21.4%) were collected. The prevalence of job train was 52.4% and that of isostrain was 26.2%. The correlation between socio-professional variables and stress was not statistically significant ($p > 0.05$). Conclusion: Psychosocial risks are omnipresent among midwives/maieuticians. It is urgent to promote the creation of occupational health services in care settings in order to improve the psychosocial environment and to detect the suffering of caregivers early.

KEYWORDS: Psychosocial risks, midwives/maieuticians, karasek, Burkina Faso.

RESUME: Objectifs: Il consistait à évaluer les facteurs de risques psychosociaux parmi les sages-femmes/maïeuticiens du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Méthodologie: Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et analytique, réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme. L'échelle de Karasek était utilisée pour identifier les situations à risque. Les données étaient saisies et analysées grâce au logiciel Epi info version 7.0. Le seuil de signification choisi était de $p < 5\%$ pour évaluer le lien entre les variables socioprofessionnelles et le stress. Résultats: Au total, 42 sages-femmes/maïeuticiens avaient participé à l'étude. L'âge moyen était de 38 ans. Les femmes prédominaient (71,4%). La moyenne d'heures de travail hebdomadaire était de 45 heures. Le nombre moyen de garde mensuelle était de 6. L'ancienneté moyenne dans la profession était de 10,5 ans. Les prévalences des risques psychosociaux étaient de 88,1% pour la demande psychologique, 57,1% pour la faible latitude décisionnelle et 64,3% pour le faible soutien social. Les conflits de valeur (71,4%), l'insécurité de l'emploi et du travail (52,4%) et l'exigence émotionnelle (21,4%) étaient colligés. La prévalence du job train était de 52,4% et celle de l'isostrain était de 26,2%. La corrélation entre les variables socioprofessionnelles et le stress n'était pas statistiquement significative ($p > 0,05$). Conclusion: Les risques psychosociaux sont omniprésents chez les sages-femmes/maïeuticiens. Il urge de promouvoir la création des services de santé au travail dans les milieux de soins afin d'améliorer l'environnement psychosocial et de détecter précocement la souffrance des soignants.

MOTS-CLEFS: Risques psychosociaux, sages-femmes/maïeuticiens, karasek, Burkina Faso.

1 INTRODUCTION

Le travail occupe une place importante dans notre vie et contribue à l'équilibre de notre psychisme. Il peut dans certains cas, affecter négativement ce bien-être et être source de stress professionnel [1]. L'évolution du monde du travail a entraîné l'intensification du rythme de travail, la diminution des effectifs, la flexibilité et la précarité des emplois. Toutes ces conditions ont placé au-devant de la scène, des risques professionnels encore peu étudiés par les politiques et les entreprises. Il s'agit notamment, des risques psychosociaux dits « risques émergents » constitués, du « stress », de la « violence », du « harcèlement moral », de la « souffrance au travail » [2]. Il est important de souligner la particularité des sages-femmes/maïeuticiens très exposés à ce type de risque. Ces professionnels accumulent des risques propres liés à leur travail (risques biologiques et psychosociaux élevés). Cela est lié au contact récurrent avec des personnes en souffrance, à la fluctuation des horaires de travail et au contact avec un public parfois hostile [3]. En France, un travailleur sur deux, déclare être stressé au travail et avoir ressenti intensément les rythmes imposés et/ou un manque de reconnaissance au regard de l'implication déployée [4]. Au Burkina Faso, la rareté voire l'inexistence des études portant spécifiquement sur les risques psychosociaux (RPS) chez les sages-femmes/maïeuticiens, justifie le choix porté sur cette étude. En effet, leur charge de travail est importante, de même que les contraintes qu'ils vivent au quotidien. Le décalage croissant entre l'engagement et l'idéal de départ est une réalité faite de contraintes, d'exigences de la patientèle, de relations compliquées avec certaines institutions. A cela s'ajoute, la perception d'un sentiment de faible reconnaissance pouvant induire un mal-être, voire une souffrance au travail. Cette étude avait pour but, d'évaluer les facteurs de risques psychosociaux chez les sages-femmes/maïeuticiens du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU/YO). La finalité était de contribuer à l'amélioration du bien-être des sages-femmes/maïeuticiens d'état en milieu hospitalier burkinabé.

2 MÉTHODOLOGIE

• Cadre d'étude

La présente étude avait été réalisée au niveau du département de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU/YO). Ce centre est l'un des hôpitaux de référence du Burkina Faso et a une mission de soins, d'enseignement et de recherche.

• Type, période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique. L'enquête avait été réalisée sur une période de 2 mois précisément, du 1^{er} mai 2021 au 30 juin 2021.

• Population d'étude

La population d'étude était les sages-femmes/maïeuticiens travaillant au département de gynécologie obstétrique du CHU/YO. Etaient inclus, ceux présents au moment de l'étude et ayant accepté d'y participer. Les professionnels en congé (administratif ou de maternité), en arrêt maladie ou ceux ayant mal rempli les questionnaires n'étaient pas inclus. La population étudiée comptait 53 sages-femmes/maïeuticiens au moment de l'étude.

• Collecte des données

La collecte des données avait été réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré, anonyme. Ce questionnaire renseignait sur les caractéristiques socioprofessionnelles; l'environnement professionnel; les risques psychosociaux. Le questionnaire de Karasek dans sa version française (Karasek's Job Content Questionnaire; KJCQ) était utilisé pour coter trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail (demande psychologique, latitude décisionnelle, soutien social). Le questionnaire comporte 26 questions: 9 pour la demande psychologique (DP), 9 pour la latitude décisionnelle (LD) et 8 pour le soutien social (SS). La demande psychologique évalue, la quantité, la rapidité, la complexité, l'intensité, le morcellement et la prévisibilité du travail. Son score est donné par la formule: $Q_{10}+Q_{11}+Q_{12}+(5-Q_{13})+Q_{14}+Q_{15}+Q_{16}+Q_{17}+Q_{18}$. Il est calculé sur 36 avec une médiane à 21. Elle est significative, si le score de la médiane est supérieur à 21. La latitude décisionnelle apprécie les marges de manœuvre, le développement des compétences. Son score est obtenu par la formule: $4xQ_4+4x(5-Q_6)+4x(Q_8)+2x(5-Q_2)+2x(Q_5)+2x(Q_7)+2x(Q_1)+2x(Q_3)+2x(Q_9)$. Le soutien social estime l'appui professionnel et émotionnel par les supérieurs et les collègues. Son score est donné par la formule: $Q_{19}+Q_{20}+Q_{21}+Q_{22}+Q_{23}+Q_{24}+Q_{25}+Q_{26}$. Les réponses proposées (sur une échelle de Likert en 4 points) sont: « pas du tout d'accord », « pas d'accord », « d'accord » et « tout à fait d'accord ». Ce qui permet de les coter de 1 à 4 et de calculer un score pour chacune des trois dimensions. On calcule ensuite la valeur de la médiane de chacun des scores, c'est-à-dire la valeur qui partage l'ensemble de la population enquêtée en deux parties égales. Quatre situations sont identifiées dans ce modèle: « autonomie faible- exigences faibles », « autonomie faible - exigences élevées », « autonomie élevée - exigences faibles », « autonomie élevée - exigences élevées ».

Le « Job strain » ou « tension au travail » est la combinaison faible latitude/forte demande. En pratique, si le score de la demande psychologique est supérieur à 20 et le score de latitude décisionnelle inférieure à 71, le salarié est dans le cadran « tendu » et est considéré en situation de « job strain ». L'isostrain est la combinaison d'une situation de job strain et d'un faible soutien social, inférieur à 24 [5].

- **Analyse des données**

Les données étaient saisies et analysées grâce au logiciel Epi info version 7.0. La comparaison entre les proportions était effectuée à l'aide du test de Khi-2. L'appréciation du niveau de stress au travail était faite selon l'échelle de Karasek. Le lien entre les caractéristiques socioprofessionnelles et le stress était recherché. Le seuil de signification choisi était de $p < 5\%$.

- **Considérations éthiques**

Nous avons formulé une demande manuscrite d'autorisation auprès du directeur du CHU/YO laquelle, avait bénéficié d'une suite favorable pour mener l'enquête. Le consentement éclairé des participants avait été obtenu avant leur inclusion dans le protocole. L'anonymat et la confidentialité étaient garantis.

3 RESULTATS

3.1 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

Au total, 42 agents avaient participé à l'étude soit un taux de participation de 79,2%. L'âge moyen de l'échantillon était de 38 ans avec des extrêmes de 23 à 47 ans et un écart-type de 5,7. L'échantillon était composé de 28,6% d'hommes ($n=12$) et 71,4% de femmes ($n=30$). Le sex-ratio (H/F) était de 0,4 en faveur des femmes. La majorité était mariée (71,4%). Les célibataires représentaient 28,6%. Plus de $\frac{3}{4}$ de l'échantillon (89,2%) avaient un âge supérieur à 30 ans. En revanche, 10,8% avaient un âge inférieur ou égal à 30 ans. Le cyclomoteur était le principal moyen de transport (64,3%). Par contre, 35,7% des travailleurs disposaient d'un véhicule. La pratique sportive était régulière chez 71,4% et irrégulière chez 28,6% des enquêtés. La pratique de loisirs était régulière chez 61% et irrégulière chez 39%.

3.2 CARACTÉRISTIQUES PROFESSIONNELLES

La moyenne d'heures de travail par semaine était de 45 heures avec des extrêmes de 34 et 56 heures. Le nombre moyen de permanence mensuelle était de 7 avec des extrêmes de 0 à 18. La moyenne de garde mensuelle était de 6 variant de 5 à 7 gardes. La moyenne d'ancienneté dans la profession était de 10,5 ans et celle dans l'hôpital était de 4 ans. La charge de travail était adaptée chez 18% des enquêtés. En revanche, elle était excessive tout le temps dans 48,7% des cas et parfois excessive dans 33,3% des cas. La participation à l'organisation et au fonctionnement de service était effective chez 85% des professionnels à des degrés différents: tout le temps (30%), souvent (37,5%) et rarement (17,5%). Par contre, 15% n'y avaient jamais participé. La tenue des réunions de service était effective dans 95,1% des cas à des degrés différents. Les impacts de ces réunions sont répertoriés dans le tableau I.

Tableau 1. Répartition des médecins selon la tenue des réunions de service et leurs impacts

Variables	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Tenue des réunions de service		
Régulière	11	26,8
Parfois	15	36,6
Rarement	13	31,7
Jamais	2	4,9
Impacts des réunions de service		
Tout le temps	7	18
Souvent	20	51,2
Rarement	12	30,8

3.3 ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

- **Qualité des relations avec les autres collègues**

La majorité de l'échantillon (52,4%) la jugeait détendue et amicale et 38,1% la jugeaient souvent détendue et amicale. Par contre, elle était parfois hostile et tendue dans 9,5% des cas.

- **Qualité des relations avec les patients et leurs accompagnants**

Elle était détendue et amicale chez 81% des professionnels à des degrés différents: souvent (62%) et tout le temps (19%). En revanche, elle était parfois hostile et tendue dans 19% des cas.

- **Qualité des relations avec les médecins du service**

Quarante pour cent (40%) des professionnels la trouvaient détendue et amicale tout le temps et 47,5% la trouvaient souvent détendue et amicale. Mais, 12,5% des professionnels la jugeaient parfois hostile et tendue.

- **Qualité des relations avec le supérieur hiérarchique immédiat**

Elle était détendue et amicale la plupart du temps (90,5%). Cependant, 9,5% des travailleurs la trouvaient parfois hostile et tendue.

- **Inférence de la profession sur la vie privée**

La profession interférait dans la vie privée chez 95,1% des enquêtés à des degrés différents: souvent (51,2%), tout le temps (2,4%) et rarement (41,4%). La profession n'interférait jamais dans la vie privée chez 4,9% des enquêtés.

3.4 PRÉVALENCE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

La médiane du score global de la latitude décisionnelle était de 69 points. Elle était inférieure à la valeur de référence du score de Karasek qui est de 71 points. La médiane de la demande psychologique était à 23 points (supérieure à 20, la valeur de référence du score de Karasek). La médiane du score de soutien social était de 24 points (égale à la valeur de référence du score de Karasek). Le score global de l'exigence émotionnelle était compris entre 9 et 20 points. La médiane était de 13 points. Le score total des conflits de valeur était compris entre 6 et 8 et celui de l'insécurité de la situation était compris entre 1 et 4. Les prévalences du Job strain et de l'isostrain étaient respectivement, de 52,4% et de 26,2%.

3.5 FACTEURS ASSOCIÉS AUX RISQUES PSYCHOSOCIAUX

- **Association entre caractéristiques sociodémographiques et stress**

L'âge, le sexe, la situation matrimoniale, la pratique sportive et la consécration de temps aux loisirs n'étaient pas statistiquement corrélés au stress dans notre série ($p > 0,05$) (voir tableau II).

Tableau 2. Association entre caractéristiques sociodémographiques et stress

Caractéristiques sociodémographiques	Stressés (%)	Non stressés (%)	P-value
Age	51,3% (n=19)	48,7% (n=18)	0,52
• ≤30 ans	15,8% (n=3)	5,6% (n=1)	
• >30ans	84,2% (n=16)	94,4% (n=17)	
Sexe	52,4% (n=22)	47,6% (n=20)	0,63
• Masculin	58,3% (n=7)	41,7% (n=5)	
• Féminin	50% (n=15)	50% (n=15)	
Situation matrimoniale	50% (n=20)	50% (n=20)	0,44
• Célibataires	37,5% (n=3)	62,5% (n=5)	
• Mariés	53,1% (n=17)	46,9% (n=15)	
Activités sportives	52,4% (n=22)	47,6% (n=20)	0,111
• Régulières	36,4% (n=8)	20% (n=4)	
• Irrégulières	63,6% (n=14)	80% (n=16)	
Activités de loisirs	51,2% (n=21)	48,8% (n=20)	0,113
• Régulières	47,6% (n=10)	75% (n=15)	
• Irrégulières	52,4% (n=11)	25% (n=5)	
Moyen de transport	52,4% (n=22)	47,6% (n=20)	0,24
• Voiture	40% (n=6)	60% (n=9)	
• Cyclomoteur	59,3% (n=16)	40,7% (n=11)	

- **Association entre caractéristiques professionnelles et stress**

L'ancienneté dans l'hôpital, l'ancienneté dans la profession, la moyenne d'heures de travail hebdomadaire, la charge de travail, la participation au fonctionnement du service n'étaient pas statistiquement liées au stress ($p>0,05$) (voir tableau III).

Tableau 3. Relations entre les caractéristiques professionnelles et l'état de stress

Caractéristiques professionnelles	Stressés (%)	Non stressés (%)	P-value
Ancienneté à l'hôpital	52,4% (n=22)	47,6% (n=20)	0,38
≤4 ans	77,3 (n=17)	60% (n=12)	
>4 ans	22,7% (n=5)	40% (n=8)	
Ancienneté professionnelle	52,4% (n=22)	47,6% (n=20)	0,40
≤10 ans	50% (n=11)	50% (n=10)	
>10 ans	50% (n=11)	50% (n=10)	
Moyenne d'heures de travail	57,1% (n=20)	42,9% (n=15)	0,40
≤ 45	15% (n=3)	6,67% (n=1)	
>45	85% (n=17)	93,35% (n=14)	
Charge de travail	56,4% (n=22)	43,6% (n=17)	0,22
Excessive	68,2% (n=15)	76,5% (n=13)	
Adaptée	31,8% (n=7)	23,5% (n=14)	
Participation au fonctionnement	55% (n=22)	45% (n=18)	0,72
Oui	83,4% (n=19)	83,3% (n=15)	
Non	13,6% (n=3)	16,7% (n=3)	

• **Caractéristiques de l'environnement professionnel et stress**

L'environnement professionnel n'était pas statistiquement lié au stress ($p > 0,05$) (cfr tableau IV).

Tableau 4. Relations entre environnement professionnel et état de stress

Environnement professionnel	Stressés (%)	Non stressés (%)	P-value
Qualité des relations avec les médecins	52,5% (n=21)	47,5% (n=19)	0,41
• Bonne	90,5% (n=19)	84,2% (n=16)	
• Mauvaise	9,5% (n=2)	15,9% (n=3)	
Qualité des relations avec les collègues	52,4% (n=22)	47,6% (n=20)	P=0,113
• Bonne	90,9% (n=20)	90% (n=18)	
• Mauvaise	9,1% (n=2)	10% (n=2)	
Qualité des relations avec le supérieur hiérarchique	52,4% (n=22)	47,6% (n=20)	0,38
• Bonne	95,5% (n=21)	85% (n=17)	
• Mauvaise	4,5% (n=1)	15% (n=3)	
Qualité des relations avec les patients	52,4% (n=22)	47,6% (n=20)	0,62
• Bonne	81,8% (n=18)	80% (n=16)	
• Mauvaise	18,2% (n=4)	20% (n=4)	
Inférence de la vie professionnelle sur la familiale	53,7% (n=22)	46,3% (n=19)	0,57
• Oui	90,9% (n=20)	94,7% (n=18)	
• Non	9,1% (n=2)	5,3% (n=1)	

4 DISCUSSION

La principale limite de notre étude était la méthodologie. Il s'agissait de la subjectivité des réponses. Un sujet souffrant de stress professionnel peut ne pas répondre objectivement au questionnaire. La prévalence des risques psychosociaux pourrait être donc sous-estimée. Le modèle de Karasek, bien qu'il soit l'instrument le plus utilisé pour évaluer les risques psychosociaux, reste insuffisant. Il est un outil de perception des conditions de travail qui ne donne pas une mesure objective.

L'âge moyen était de 38 ans soit, une population relativement jeune. Cette jeunesse de l'échantillon se superpose à celle de la population du Burkina Faso dans son ensemble [6]. Les femmes étaient plus représentées. En effet, la mission dévolue à cette catégorie professionnelle est, le suivi, l'accompagnement des femmes enceintes avant, pendant et après l'accouchement. La particularité de ce métier qui s'intéresse essentiellement à l'appareil génital féminin, explique la prédominance des femmes dans notre échantillon.

Six principaux facteurs de risques psychosociaux (RPS) ont été identifiés par un collègue d'expert. Il s'agit, de l'intensité du travail, des exigences émotionnelles, de l'autonomie dans le travail, des rapports sociaux au travail, des conflits de valeur et de l'insécurité de la situation de travail [7]. La prévalence de la demande psychologique était très élevée (88,1%). En effet, la pression au travail et la quantité excessive de travail sont des facteurs très marquants dans notre étude. L'intensité du travail et le temps de travail allongé constituent un facteur correspondant au concept de demande psychologique qui évoque à la fois, la quantité de travail, la pression temporelle et la complexité des tâches [8]. La latitude décisionnelle comprend, la marge de manœuvre, l'utilisation, le développement des compétences et la participation dans les prises de décisions [9]. Or, l'absence de développement des compétences et l'impression de ne pas être reconnue pour son travail, entraînent l'insatisfaction au travail. Dans notre série, 57,1% de l'échantillon souffraient d'une faible latitude décisionnelle. Ce résultat est proche de celui retrouvé par Hegg-Deloye chez des paramédicaux au Canada [2]. Ces sages-femmes/maïeuticiens étaient également confrontés à un faible soutien social au travail (54,7%). Dans l'étude de Laraqui, le faible soutien social affectait 52,4% des travailleurs [10]. En effet, les rapports sociaux au travail couvrent à la fois, le soutien social perçu, la dimension récompense, la justice organisationnelle et les formes de violence telles que, le harcèlement moral [11]. L'absence de soutien social est identifiée parmi les variables les plus fortement associées au burnout [12]. La prévalence des conflits de valeur était très élevée (71,4%). Cette valeur était inférieure à celle observée par Ebatetou dans son étude (85,33%) [13]. Ce conflit de valeur pourrait générer une souffrance éthique lorsque le soignant a le sentiment de ne pas avoir les moyens nécessaires pour faire un travail de qualité en vue d'une prise en charge adaptée ou lorsque, la réalisation d'actes techniques médicaux est mal maîtrisée [14]. Ces conflits de valeur induisent une augmentation de l'insatisfaction au travail. L'insécurité de l'emploi et du travail était rapportée par 52,4% des enquêtés. Cela s'expliquerait par la précarité actuelle de l'emploi. Ce résultat se rapproche de celui trouvé par Dujarier en France chez des agents du secteur public (67%) qui stipulaient « vivre des changements imprévisibles ou mal préparés » [15]. L'insécurité de la situation de travail

fondée sur la sécurité de l'emploi, du salaire et de la carrière, constitue un facteur d'insatisfaction au travail [16]. L'exigence émotionnelle était colligée chez 21,4% des enquêtés. Elle regroupe le travail émotionnel et le contact avec la souffrance. Le travail émotionnel prérequis à la fonction de soignant, consiste à contrôler et à façonner ses propres émotions pour mieux maîtriser celles des patients [17]. Le personnel soignant, en contact quotidien avec des personnes en souffrance, est particulièrement affecté par les exigences émotionnelles associées à des sentiments négatifs, à l'insatisfaction au travail et au stress [18]. La majorité de l'échantillon était en situation de stress (job strain). Cela traduit l'ampleur de ce dernier dans le secteur de la santé. Mais, la prévalence du stress diffère d'une étude à l'autre en fonction du type de questionnaire proposé, des scores utilisés, de la population cible et du lieu de l'enquête. Elle était de 60,7% chez le personnel du service d'urgences du centre hospitalier universitaire de Sfax en Tunisie [19]. Les situations de forte demande psychologique et de faible latitude décisionnelle sont génératrices de stress susceptible d'être aggravé par le manque de soutien social [20].

L'analyse statistique ne notait pas de différence significative entre le stress ressenti et l'âge des professionnels ($p=0,52$). Par contre, Laraqui au Maroc avait noté que l'âge moyen des sujets stressés ($41,6 \pm 7,3$ ans) était significativement plus élevé que celui des non stressés ($40,3 \pm 6,5$ ans) ($p < 0,001$) [20]. Cette corrélation semble controversée. Pour certains auteurs, l'âge n'est pas un facteur déterminant de la souffrance psychique [21]. En Tunisie, Chakroun avait noté une association significative entre le stress au travail et l'âge. Le risque d'être dans un quadrant tendu était plus élevé chez les individus jeunes (moins de 30 ans) que chez les individus âgés au moins de 30 ans [19]. Cela serait lié au manque d'expérience et de ressources psychologiques pour faire face aux exigences du travail. Les professionnels de sexe masculin étaient plus affectés par le stress. La différence n'était pas significative ($p=0,30$). En revanche, Laraqui avait retrouvé une plus grande susceptibilité du stress chez les femmes [20]. Ces dernières sont plus exposées aux situations de high job strain liées à une latitude décisionnelle faible contrastant avec une charge de travail élevée [22]. La majorité de l'échantillon était mariée. Toutefois, aucune corrélation statistiquement significative entre le stress ressenti et le statut matrimonial n'avait été observée ($p=0,63$). L'impact du statut matrimonial dans la survenue du stress au travail est encore un sujet de controverse. Le mariage semble être un facteur protecteur contre le burnout [23].

L'ancienneté professionnelle n'était pas statistiquement liée au stress ($p=0,40$). Par contre, Abdo avait observé que les années d'expériences étaient un facteur prédictif de la survenue de l'épuisement professionnel [24]. La corrélation n'était pas statistiquement significative entre le stress et les horaires de travail dans notre étude ($p=0,40$). Mais, Van der Doef avait retrouvé un lien entre la charge de travail élevée et la survenue de l'épuisement émotionnel [25]. En effet, la charge de travail fait partie des aspects organisationnels qui demandent des efforts physiques et psychiques constants [26].

5 CONCLUSION

Les risques psychosociaux sont omniprésents chez les sages-femmes/maïeuticiens. Cette omniprésence résulte de la complexité du travail et d'un problème d'organisation, aggravés par des conditions précaires dans lesquelles s'effectue le travail. La réduction de la morbidité et de la mortalité materno-infantile reposent sur la qualité des soins délivrés. Or, ces professionnels ne peuvent jouer pleinement leur rôle s'ils sont dans un état de souffrance professionnelle. Autrement dit, leur bien-être de santé pourrait constituer un indicateur de la qualité et de la sécurité des soins. Ainsi, il urge d'améliorer leurs conditions de travail et de promouvoir la création des services de santé au travail dans les milieux de soins. La finalité serait de réguler l'environnement psychosocial et de détecter précocement la souffrance des soignants.

REFERENCES

- [1] E.H.M. Ba, F. Ba, J.A.D. Tine, M.H. Thiam, "Burn-out des troupes sénégalaises engagées dans les opérations extérieures: cas de la mission de maintien de la paix au Darfour," *L'information psychiatrique*, vol. 91, no. 9, pp. 762–766, 2015.
- [2] S. Hegg-Deloye, P. Brassard, J. Prairie, D. Larouche, N. Jauvin, A. Tremblay, et al, "Portrait global de l'exposition aux contraintes psychosociales au travail des paramédics québécois," *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 16, no. 3, 2014.
- [3] R. Bourbonnais, C. Brisson, M. Vézina, "Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting," *Occup Environ Med*, vol. 68, no. 7, pp. 479–86, 2011.
- [4] *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 9 juin 2009, n°25-26 Santé mentale et travail: comprendre pour surveiller. [Online] Available: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-9-juin-2009-n-25-26-sante-mentale-et-travail-comprendre-pour-surveiller> (consulté, le 16/7/2021).
- [5] I. Niedhammer, J.F. Chastaing, L. Gendrey, S. David, S. Degioanni, "Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER," *Santé Publique*, vol. 18, no. 3, pp. 413–27, 2006.
- [6] Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso.

- Disponible sur: https://www.insd.bf/contenu/documents_rgph5/RAPPORT_PRELIMINAIRE_RGPH_2019.pdf (consulté, le 16/7/2021).
- [7] M. Gollac, M. Bodier, "Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, DARES, Ministère du travail et de l'emploi, avril 2011". [Online] Available: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf. (Consulté, le 16/7/2021).
- [8] E. Garrosa, C. Rainho, B. Moreno-Jimenez, M.J. Monteiro, "The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points," *Int J Nurs Stud*, vol. 47, no. 2, pp. 205–15, 2010.
- [9] A. Robert, J. Karasek, "Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign," *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, no. 2, pp. 285–308, 1979.
- [10] O. Laraquia, N. Manarb, S. Laraquib, R. Hammoudab, F. Deschamps, C.H. Laraqui, "Risques psychosociaux et syndrome d'épuisement professionnel des professionnels de soins hospitaliers," *Arch Mal Prof Env*, vol. 80, no. 5, pp. 386–397, 2019.
- [11] M.F. Hirigoyen. Que sais-je. le harcèlement moral au travail. Paris: Presse universitaire de France. 2014. [Online] Available: https://www.puf.com/content/Le_harc%C3%A8lement_moral_au_travail. (Consulté, le 16/7/2021).
- [12] A. Duquette, S. Kérowc, B.K. Sandhu, L. Beaudet, "Factors related to nursing burnout a review of empirical knowledge," *Issues Ment Health Nurs*, vol. 14, no. 4, pp. 337–58, 1994.
- [13] E.E. Ataboho, J.K. Bakala, P. Atipo-Galloye, P.R.K. Menga, et al, "Évaluation des facteurs de risques psychosociaux chez les Professionnels de Santé à Pointe-Noire (Congo)," *Health Sciences and Diseases*, vol. 21, no. 8, pp. 108–13, 2020.
- [14] C.M. Surawicz, J. Edward Berk, "Distinguished lecture: avoiding burnout: finding the balance between work and everything else," *Am J Gastroenterol*, vol. 109, no. 4, pp. 511–4, 2014.
- [15] M.A. Dujarier, "Au-delà du stress au travail, une sociologie des agents publics au contact des usagers," *Sociol Trav*, vol. 52, no. 3, pp. 429–31, 2010.
- [16] Dares 2007-15.1. Contact avec le public: près d'un salarié sur quatre subit des agressions verbales. [Online] Available: <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2007.04-15.1.pdf>, (Consulté, le 16/07/2021).
- [17] J.M. Diefendorff, E.M. Richard, M.H. Croyle, "Are emotional display rules formal job requirements? Examination of employee and supervisor perceptions," *J Occup Organ Psychol*, vol. 79, no. 2, pp. 273–98, 2006.
- [18] J. Diefendorff, R.J. Erickson, A.A. Grandey, J.J. Dahling, "Emotional display rules as work unit norms: a multilevel analysis of emotional labor among nurses," *J Occup Health Psychol*, vol. 16, no. 2, pp. 170-86, 2011.
- [19] W.O. Chakroun, I. Rejeb, L. Kammoun, A. Nasri, et al, "Évaluation du stress chez le personnel des urgences: enquête dans un service d'urgences tunisien," *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, vol. 32, no. 9, pp. 565-571, 2012.
- [20] O. Laraqui, S. Laraqui, D. Tripodi, A. Caubet, C. Verger, C.H. Laraqui, "Evaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc: à propos d'une étude multicentrique," *Arch Mal Prof Env*, vol. 69, no. 5-6, pp. 672–682, 2008.
- [21] D. Tripodi, B. Keriven-Dessomme, P. Lombrail, M. Lacouture, A.S. Chabot, M.T. Houdebine, et al, "Evaluation des risques professionnels perçus chez le personnel du centre hospitalo-universitaire de Nantes," *Arch Mal Prof Env*, vol. 68, no. 5, pp. 457-73, 2007.
- [22] K.L. Belkic, P.A. Landsbergis, P.L. Schnall, D. Baker, "Is job strain a major source of cardiovascular disease risk?," *Scand J Work Environ Health*, vol. 30, no. 2, pp. 85–128, 2004.
- [23] V.O. Lasebikan, M.O. Oyetunde. "Burnout among Nurses in a Nigerian General Hospital: Prevalence and Associated Factors," *ISRN Nurs*, vol. 2012, pp. 402157, 2012.
- [24] S.A.M. Abdo, R.M. El-Sallamy, A.A.M. El-Sherbiny, I. Kabbash, "Burnout among physicians and nursing staff working in the emergency hospital of Tanta University, Egypt," *East Mediterr health J*, vol. 21, no. 12, pp. 906-15, 2016.
- [25] M.V.D. Van der Doef, F.B. Mbazzi, C. Verhoeven, "Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses," *J Clin Nurs*, vol. 21, no. 11-12, pp. 1763-75, 2012.
- [26] A.B. Bakker, E. Demerouti, "The Job Demands-Resources Model. State of the art," *Journal of Managerial Psychology*, vol. 22, no. 3, pp. 309-28, 2007.