

Faculté de santé publique

Sage-femme et stress professionnel en Belgique:

une analyse qualitative en milieu hospitalier d'après
le modèle de Karasek et Theorell

Mémoire réalisé par
Hermine Faure

Promoteur
William D'Hoore

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Sage-femme et stress professionnel en Belgique:

une analyse qualitative en milieu hospitalier d'après
le modèle de Karasek et Theorell

Mémoire réalisé par
Hermine Faure

Promoteur
William D'Hoore

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

NOM et PRENOM : FAURE Hermine

Titre du mémoire : « Sage-femme et stress professionnel en Belgique: une analyse qualitative en milieu hospitalier d'après le modèle de Karasek et Theorell »

Année académique : 2019-2020

Promoteur : D'HOORE William

RESUME

Contenu: Les dernières politiques de santé publique ont ciblé particulièrement le secteur périnatal avec la diminution du séjour en maternité et le retour précoce à domicile afin de rendre plus efficient le système de santé. Or la qualité des soins est intimement liée à la santé du personnel soignant. Ce mémoire-recherche analyse la problématique du stress professionnel des sages-femmes exerçant en milieu hospitalier belge. L'autonomie et le soutien social des sages-femmes permet à la profession de faire face aux demandes institutionnelles et de faire évoluer le paradigme des soins périnataux.

Méthodes : Cette étude de type qualitatif a été réalisée par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de quinze sages-femmes hospitalières exerçant en Belgique. Venant d'horizons variés, la diversité des expériences a permis d'obtenir un échantillon non aléatoire très enrichissant. Une analyse des données récoltées a été réalisée à la fois par « framework analysis » et par démarche inductive.

Résultats : Les stresseurs identifiés sur le lieu de travail peuvent être liés aux relations humaines au travail (personnalité et caractère des collègues, création de clans intra-équipe sage-femme, difficultés dans les relations inter équipes sages-femmes/médecins, relation avec les patientes et leur entourage), liés au travail et à son organisation (nature du travail de la sage-femme, charge de travail, organisation de travail dysfonctionnelle, habitudes hiérarchiques au sein des équipes obstétricales, incertitude professionnelle) ou bien des facteurs plus personnels (problème de santé préexistant). Les leviers du stress professionnel de la sage-femme sont : son autonomie professionnelle ainsi que le soutien social existant entre les sages-femmes à différents niveaux : instrumental, informationnel et émotionnel. Le contrôle de son propre travail et le soutien social sont favorisés par différents éléments de l'environnement de travail. L'identification de ces mécanismes permet de cibler la prévention du stress professionnel de la sage-femme hospitalière.

Conclusion : Les sages-femmes hospitalières belges sont exposées à de hauts niveaux de risques psychosociaux. La pratique sage-femme nécessite de grandes compétences émotionnelles. Un travail en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire favorise de meilleurs résultats de santé périnataux et soutient la valorisation de la profession ainsi que l'autonomie qui lui est propre. La prévention du stress professionnel représente un défi majeur pour les institutions hospitalières car elle est actuellement peu développée et peu adaptée. Améliorer les conditions de travail favorisera la qualité des soins, la satisfaction des sages-femmes au travail et diminuera les risques psychosociaux.

Mots-clés: Burnout, Care, Interprofessional Relations, Intersectoral Collaboration, Nursing Administration Research, Midwifery, Midwives, Stress, Work, Workplace.

Remerciements

Mon mémoire ne serait pas ce qu'il est sans l'aide précieuse des différentes personnes rencontrées tout au long de la réalisation de ce Master en Santé Publique.

Je remercie donc tout particulièrement le Professeur William D'Hoore qui, en tant que promoteur, m'a accompagnée, aidée et conseillée avec une grande disponibilité à chaque étape de la réalisation de ce mémoire.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de la Faculté de Santé Publique de l'UCLouvain qui a permis de faire évoluer mon identité professionnelle ainsi que mon questionnement scientifique et personnel.

J'adresse mes remerciements à toutes les sages-femmes que j'ai rencontrées et qui m'ont volontairement accordé de leur confiance et de leur temps en partageant leurs expériences enrichissantes dans le cadre de cette recherche.

Un très grand merci à ma famille et à mes proches qui m'ont encouragée tout au long de ce parcours académique ainsi qu'à mes collègues et, plus particulièrement, à Aurore Chiêm qui m'a soutenue depuis la reprise de nos études.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

| | | |
|----------|--|----|
| 1. | Introduction | 1 |
| 1.1. | Revue de la littérature internationale et belge | 2 |
| 1.1.1. | Contexte légal de la profession sage-femme en Belgique..... | 2 |
| 1.1.2. | Identité professionnelle de la sage-femme en Belgique..... | 2 |
| 1.1.2.1. | La question du genre | 2 |
| 1.1.2.2. | Histoire de la profession en Belgique | 3 |
| 1.1.2.3. | Paradigme du modèle de soins..... | 5 |
| 1.1.2.4. | Nouveaux défis pour la profession | 6 |
| 1.1.3. | Le stress..... | 7 |
| 1.1.3.1. | Types de stress | 10 |
| 1.1.3.2. | Stress professionnel | 10 |
| 1.1.3.3. | Stress et burnout..... | 12 |
| 1.1.3.4. | Sage-femme et risques psychosociaux..... | 13 |
| 1.2. | Rédaction du cadre théorique et formulation de la question de recherche..... | 18 |
| 2. | Méthodes | 19 |
| 2.1. | Elaboration du protocole de recherche | 19 |
| 2.1.1. | Type d'étude choisi | 19 |
| 2.1.2. | Ethique de la recherche | 20 |
| 2.1.3. | Elaboration du guide d'entretien | 20 |
| 2.1.4. | Stratégie d'échantillonnage | 21 |
| 2.2. | Récolte de données primaires..... | 22 |
| 2.2.1. | Echantillon obtenu..... | 22 |
| 2.2.2. | Méthode d'analyse | 22 |
| 2.2.3. | Caractéristiques de l'échantillon | 23 |
| 2.2.3.1. | Caractéristiques des sages-femmes rencontrées..... | 23 |
| 2.2.3.2. | Caractéristiques du lieu de travail | 24 |

| | |
|---|----|
| 2.2.3.3. Caractéristiques du type d'emploi..... | 24 |
| 3. Résultats | 26 |
| 3.1. Analyse des données et présentation des résultats | 27 |
| 3.1.1. Différents contextes hospitaliers | 27 |
| 3.1.1.1. L'obstétrique, un monde à part | 27 |
| 3.1.1.2. Philosophie des soins proposés en maternité | 29 |
| 3.1.1.3. Effets des politiques de santé publique sur les maternités | 31 |
| 3.1.2. Sage-femme hospitalière, une vocation | 32 |
| 3.1.2.1. Sens du travail..... | 32 |
| 3.1.2.2. Exercice hospitalier de la profession sage-femme | 33 |
| 3.1.3. Stresseurs rencontrés lors de la pratique hospitalière..... | 35 |
| 3.1.3.1. Liés aux relations humaines au travail..... | 35 |
| 3.1.3.2. Liés au travail et à son organisation..... | 37 |
| 3.1.3.3. Facteurs personnels | 42 |
| 3.1.4. Prévention du stress au travail..... | 42 |
| 3.1.4.1. Ce que l'institution propose | 42 |
| 3.1.4.2. Mesures prises par les équipes pluridisciplinaires | 43 |
| 3.1.4.3. Mesures prises par les sages-femmes..... | 45 |
| 3.1.4.4. Mesures souhaitées | 47 |
| 3.1.5. Point de vue sur l'avenir professionnel | 47 |
| 3.1.5.1. Carrière hospitalière | 48 |
| 3.1.5.2. Vers un avenir nouveau | 48 |
| 3.1.5.3. Activité complémentaire | 48 |
| 4. Discussion | 50 |
| 4.1. Synthèse des résultats..... | 50 |
| 4.2. Recommandations | 55 |
| 4.3. Forces | 57 |

| | |
|--|----|
| 4.4. Limites..... | 57 |
| 5. Conclusion..... | 59 |
| 6. Bibliographie..... | 61 |
| Bibliographie..... | 61 |
| 7. Annexes..... | 67 |
| Annexe 1 - Guide d'entretien..... | 67 |
| Annexe 2 - Formulaire d'information et de consentement à la recherche..... | 69 |
| Annexe 3 - Grille d'analyse..... | 72 |

1. Introduction

Dans le domaine de la Santé Publique, le modèle bio-psycho-social nous permet d'approcher l'individu dans sa globalité. En effet, les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont en interaction avec le continuum santé-maladie et la santé est définie en psychologie de la santé comme « un état global de bien-être physique et psychique » (Aujoulat, 2019). La santé mentale et la santé physique sont interdépendantes, ce sont « des processus dynamiques où le biologique et le psychologique s'imbriquent » (Aujoulat, 2019). Dès lors, l'état de santé perçue peut être influencés par deux voies : de manière directe, des facteurs personnels influant sur l'amélioration, le maintien ou la détérioration de celle-ci ou de manière indirecte, la modulation du stress et les comportements de l'individu pouvant avoir les mêmes effets.

Actuellement, les recherches sur le stress se sont décuplées et expliquent l'impact de son omniprésence au quotidien, dans la vie privée ou professionnelle. Dans les pays industrialisés, la problématique du stress professionnel est devenue préoccupante. (Nieuwenhuijsen, et al., 2010) En effet, en 2014, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail révèle qu'environ 45% des travailleurs européens le subissent. Parmi les travailleurs souffrant de problèmes de santé en relation avec leur travail, 14% déclarent que le problème ayant le plus d'importance est le stress, la dépression ou l'anxiété. Son coût annuel s'élève à 25 Milliards d'euros. (EU-OSHA, 2014) L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a donc entrepris de diminuer le fardeau des problèmes de santé mentale liés au travail.

Dans le monde de la santé, le stress peut apparaître chez les professionnels lors d'un manque de compétences ou de soutien social au travail mais dépend aussi de facteurs organisationnels. Il peut favoriser une détresse, un épuisement professionnel, des problèmes psychosomatiques mais aussi détériorer tant la qualité de vie que la réalisation des soins. (Ruotsalainen, et al., 2015). Les professionnels de la santé sont plus à risque de présenter des troubles de santé mentale car ils sont soumis sur leur lieu de travail à de fortes exigences émotionnelles, sensorielles et cognitives ainsi qu'à un rythme de travail soutenu et à une certaine dissimulation de leurs émotions. (Favrod, et al., 2018)

Dans ce travail, j'aimerais m'intéresser plus particulièrement à la problématique du stress professionnel au sein d'une population spécifique : les sages-femmes. Il s'agit de professionnelles de la santé ayant suivi une formation basée « *sur les Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme et le cadre des Normes globales pour la*

formation des sages-femmes de l'International Confederation of Midwives ICM et dûment reconnu dans le pays où il est enseigné; qui a obtenu les diplômes requis pour être enregistrée et/ou avoir le droit d'exercer légalement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de 'sage-femme'; et démontre la maîtrise des compétences du métier. » (ICM, 2005)

1.1. Revue de la littérature internationale et belge

1.1.1. Contexte légal de la profession sage-femme en Belgique

Au niveau européen, la profession est soumise à la Directive 2005/36/CE du Parlement Européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

En Belgique, une sage-femme est le professionnel des soins de santé qui exerce l'art de la maïeutique et son profil professionnel a été décrit par le Conseil Fédéral des Sages-femmes. (SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2016). La profession est décrite dans l'Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. L'Arrêté royal du 1er février 1991 relatif à l'exercice de la profession de sage-femme en décrit les conditions d'exercice.

Elle peut être amenée à accompagner les femmes et les couples aussi bien en période pré-conceptionnelle, pré-, per ou post-natale. Elle est autonome dans la grossesse physiologique et a un rôle important de promotion à la santé. Elle travaille en interdisciplinarité dans le cas de pathologies, étant un atout majeur dans continuité et la globalité des soins. (SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2016)

1.1.2. Identité professionnelle de la sage-femme en Belgique

1.1.2.1. La question du genre

L'identité professionnelle de la sage-femme est un concept fragile, elle se développe à partir de l'identité personnelle : *« ce par quoi l'on différencie une communauté d'une autre ou un individu d'un autre. La différence, qui constitue l'identité, repose toujours sur ce qui est propre et exclusif à un être »*. (Fray & Picouneau, 2010) Elle est composée du monde vécu du travail, des relations de travail ainsi que des trajectoires professionnelles et de la perception de l'avenir. La construction de l'identité professionnelle résulte de relations de pouvoir et d'appartenance à des groupes, ce qui est un processus stable mais évolutif.

La profession de sage-femme est largement féminine. En 2015 en Belgique, on dénombre 10 440 sages-femmes (dont 103 hommes) en droit d'exercer. (KCE, 2016) Il est aisé de

comprendre que l'identité de la profession est initialement fragilisée par son genre. « *La sage-femme est une femme, ce qui est à la fois sa force et sa faiblesse. (...) Que les sages-femmes soient parfois des hommes n'y change rien puisque, en embrassant cette profession, ils ont en quelque sorte choisi de s'identifier à des femmes. Les représentations sociales associées aux professions à forte composante féminine sont empreintes d'une forme de dévalorisation.*»

(Lamiable, 2015) Sylvain Missonnier, psychanalyste, déclare également dans cet article :

«l'histoire des matrones nous enseigne qu'elles ont assisté à un rapt de l'obstétrique par les chirurgiens pour des raisons de pouvoir (...) et (...) a considéré l'art de la sage-femme comme obscurantiste. Cette conflictualité entre obstétriciens et sages-femmes perdure. J'y vois également la marque d'une guerre des sexes. Elle dit quelque chose de ce que ça fait aux hommes de ne pas avoir le pouvoir de faire les bébés. »

L'importance de la question du genre est également mise en exergue par Paula England (2005) lors de ses recherches sur les théories du travail du soin. Il apparaît que les soins sont culturellement reliés au stéréotype du maternage et que les fournisseurs de soins étant majoritairement féminins, ils sont moins bien rémunérés que d'autres types d'emplois par rapport aux compétences requises (a fortiori, s'il s'agit de femmes de couleur). Offrir des soins regroupe à fois des gestes techniques et une relation affective, la motivation intrinsèque à prodiguer des soins permet aux dirigeants et employeurs de payer moins les soignants, qui se trouvent en effet dans une situation vulnérable entre les moyens à disposition et les bénéficiaires de soins. Les soignants sont en quelque sorte des otages émotionnels, les décideurs, plus éloignés de la relation de soins, ne ressentent pas les conséquences de stratégies visant l'économie des moyens. (England, 2005)

Afin de mieux comprendre comment les sages-femmes sont touchées par cette problématique, il est aussi nécessaire de revenir sur l'histoire de la profession en Belgique.

1.1.2.2. Histoire de la profession en Belgique

La pratique de la sage-femme commence à se professionnaliser dès 1830. Des formations voient le jour et les sages-femmes travaillent principalement à domicile. Les médecins sont à l'époque reconnus comme les seuls à avoir une connaissance approfondie dans l'art de l'accouchement. (Mathieu, 2012)

D'un point de vue sociologique, la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement ainsi que le développement technologique ont affaibli la profession. En effet, c'est dans les années

1960 que l'accouchement hospitalier se généralise. Il est réalisé par un médecin spécialisé assisté d'une sage-femme. (Mathieu, 2012) Au fil du temps, les sages-femmes ont perdu de l'autonomie en raison des modifications de leurs conditions de travail : accompagnement de plusieurs patientes, analgésie péridurale, surveillance des monitorings fœtaux et assistance médicale. Or l'autonomie est le fondement de ce qui définit toute profession. Elle implique la reconnaissance de la compétence de la sage-femme, de la valeur de ses savoirs par le public mais aussi par l'autorité médicale.

En 1967, l'Arrêté royal n°78 du 10 novembre relatif à l'Art de guérir médicalise la profession (au même titre que les médecins, pharmaciens, dentistes, puis plus tard kinésithérapeutes). La sage-femme se distingue alors des autres professions paramédicales car elle peut poser un diagnostic et réaliser des actes techniques relevant de l'art de guérir en toute autonomie (consultations, accouchement). Les infirmières relèvent quant à elles de l'Art Infirmier et ne sont plus autorisées à pratiquer des actes d'obstétrique depuis 1990. (Mathieu, 2012)

Dans les années 1980, les sages-femmes ont « *un statut d'auxiliaire médicale (infirmière obstétricale) et non une profession à part entière...et elles acquiescent à ce statut* » (Mathieu, 2012). Il y a donc un fossé entre l'autonomie conférée légalement à la profession et la pratique effective.

Dans les hôpitaux, cette profession médicale est classée au sein des effectifs du « personnel paramédical ». Pendant leur formation, les sages-femmes sont intégrées au sein des catégories paramédicales des établissements scolaires. De 1957 à 1993, infirmières et sages-femmes ont leurs trois premières années d'études en commun. Une spécialisation est ensuite nécessaire pour obtenir le titre d'« infirmière accoucheuse ». La profession récupèrera le titre de « sage-femme » grâce à la Loi du 13 décembre 2006, avec l'envie de récupérer une identité propre et séparée des infirmières. Les étudiantes sages-femmes qui commencent leurs études en 2015 ne seront plus assimilées aux infirmières. Suite à la Loi du 10 avril 2014, le Bachelier sage-femme est organisé en 4 ans.

La législation de la profession connaît depuis quelques années des changements importants notamment au niveau de l'élargissement des domaines d'actions en matière de prescription de médicaments, rééducation périnéo-sphinctérienne et réalisation d'échographies fonctionnelles grâce à la Loi du 13 décembre 2006. En 2020, un seul arrêté royal d'application a vu le jour concernant la prescription médicamenteuse, il s'agit de l'Arrêté royal du 15 décembre 2013.

Depuis la Circulaire ministérielle de mars 2010, les sages-femmes sont également tenues à la formation continue sous peine de sanction.

Actuellement, les sages-femmes travaillent majoritairement en milieu hospitalier (service de maternité, consultations prénatales, grossesses à risque, néonatalogie, procréation médicalement assistée...) (KCE, 2016). Elles sont alors salariées et dépendent, sur l'organigramme de la ligne hiérarchique, du département infirmier. Elles travaillent ainsi sous l'autorité d'un chef sage-femme mais en collaboration avec l'autorité médicale (essentiellement des gynécologues et pédiatres). Elles peuvent également exercer en extrahospitalier dans le domaine de la périnatalité ou de manière libérale avec possibilité de travailler en plateau technique.

1.1.2.3. Paradigme du modèle de soins

Le modèle de soins sage-femme a toujours eu un fort engagement idéologique de « soins centrés sur la femme » et aspire à une pratique autonome. Ce modèle évolue actuellement dans un contexte où les objectifs des systèmes de santé visent l'efficacité et la normalisation des soins. (Hunter B. , 2010).

Les modifications des pratiques d'accouchements ont contribué à un glissement des soins à domicile conduits par des sages-femmes à des soins réalisés à l'hôpital dirigés par des médecins. Le modèle de soins médicaux domine maintenant le modèle des soins sage-femme et les processus de décision, autrefois dirigés par des femmes, sont devenus médicalement orientés dans un modèle de soins patriarcal. En 1990, Walby définit la patriarchie comme un « système de structure sociale et de pratiques dans lesquelles les hommes dominant, oppriment, et exploitent les femmes » (Davison, et al, 2018). Le modèle médical et le modèle sage-femme proposent deux perspectives des femmes et de naissance. Dans le premier, les médecins accouchent les femmes et livrent les bébés. Dans le second, la normalité du processus de la grossesse et de la naissance est renforcée, les sages-femmes aident la femme qui accouche de son bébé. Au sein des établissements hospitaliers, les médecins sont les supérieurs des sages-femmes et les valeurs patriarcales représentent la norme. Les sages-femmes sont partagées entre les soins centrés sur la femme et les besoins d'un système où règnent l'expertise médicale et la technologie, en devant y adapter leurs croyances et pratiques. Leur autonomie est ainsi compromise. Le féminisme, philosophie qui défend l'égalité des sexes, et la profession de sage-femme sont très liés car le courant féministe a remis en question le paradigme dominant de la

naissance en tant qu'évènement médical. Lorsqu'elles exercent dans l'intérêt de la femme, les sages-femmes sont féministes. Lorsque des sages-femmes en formation sont interrogées sur le féminisme, certaines réponses font écho à de la misogynie intériorisée, sous-produit du système patriarcal. Le féminisme étant une valeur qui modifie la façon dont les sages-femmes offrent les soins, elles devraient y être sensibilisées afin d'avoir un esprit critique face au système patriarcal. (Davison, et al., 2018)

1.1.2.4. Nouveaux défis pour la profession

En 2012, une revue systématique examine l'impact de la direction des soins de maternité par des sages-femmes plutôt que par des médecins. Les résultats maternels indiquent que pour des femmes à bas risque, les soins conduits par des sages-femmes sont jugés meilleurs (diminution de l'interventionnisme pendant le travail, augmentation de la satisfaction des soins reçus). En ce qui concerne d'autres résultats maternels/fœtaux/néonataux, il n'existe pas de preuves de différence (ce qui ne signifie pas qu'il y ait une équivalence). Aucun effet indésirable n'a été rapporté ni pour la mère ni pour l'enfant. Un modèle de soins dirigé par les sages-femmes permettrait d'être plus rentable et de permettre aux médecins de s'occuper de femmes présentant des besoins plus complexes. La mesure du coût-efficacité n'a cependant pas été possible par rapport aux données disponibles dans les études. La philosophie des soins sage-femme devrait donc mériter une attention particulière de la part des professionnels et des décideurs politiques souhaitant améliorer la santé et la satisfaction des besoins des femmes et de leurs enfants. (Sutcliffe, et al., 2012)

L'évolution récente de la législation belge s'est faite au sein d'un climat de restructuration des soins de santé qui touche aussi le domaine de l'obstétrique. En 2014, l'accord gouvernemental souhaite *éviter de longs séjours hospitaliers inutiles, en combinaison avec une offre de formes de soins alternatives moins coûteuses. Pour la maternité, il est prévu une mesure d'économie spécifique : adaptation du BMF aux séjours plus courts.* (Van Tielen & Van Woensel, 2016). Selon l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), bien que la durée moyenne d'hospitalisation dans le cadre d'un accouchement ait quand même diminué de 6,9 à 4,1 jours entre 1991 et 2011, la Belgique doit encore faire des efforts pour atteindre la moyenne qui est à 3 jours d'hospitalisation. (KCE, 2014) Le glissement des soins de l'hospitalier vers l'ambulatoire est donc un défi de taille à relever pour la profession : la sage-femme doit pouvoir assurer la continuité et la qualité des soins. En période périnatale cela

permet la réalisation de soins sûrs et rentables, et, pour la patiente de vivre la naissance de manière positive en diminuant sa peur de l'accouchement. (Hildingsson, et al., 2016)

La pratique de cette profession nécessite un important travail émotionnel défini comme « *la régulation émotionnelle requise des employés à l'écran des émotions organisationnellement souhaitée* ». (Pezaro, et al., 2016). Les sages-femmes sont formées à un modèle de soins aux attentes élevées. Elles travaillent au plus proche de femmes éprouvant la douleur de l'accouchement mais doivent aussi accueillir les émotions de l'ensemble des professionnels du service.

Il existe un lien clair entre qualité des soins aux patients et bien-être du personnel. En effet, un faible bien-être du personnel soignant est corrélé à une faible qualité des soins ainsi qu'à une augmentation des erreurs médicales, des taux d'infections et de mortalité. (Pezaro, et al., 2016)

Le stress, la dépression, l'anxiété et l'épuisement professionnel représentent 25% des absences maladies au sein des employés des NHS en Grande-Bretagne (Pezaro, et al., 2016) et les sages-femmes peuvent développer différents troubles émotionnels liés aux conditions de travail : manque de personnel, charge de travail accrue, situations cliniques difficiles, manque d'autonomie, de continuité des soins ainsi que de soutien de la part des collègues. (Cramer & Hunter, 2019)

1.1.3. Le stress

Il est donc nécessaire de mieux comprendre le stress, la recherche dans ce domaine étant relativement récente. Cité de nombreuses fois dans la littérature scientifique, il reste un concept difficile à définir. Sa définition reste souvent vague, et inclut indifféremment l'agent, le processus ou la réponse. (Le Moal, 2007)

A l'origine, le terme « stress » était utilisé pour décrire les pressions physiques et forces s'exerçant sur un objet. (Robinson, 2018) Il a été défini la première fois en 1936 par Hans Selye comme « une contrainte non-spécifique sur le corps causée par des irrégularités dans son fonctionnement normal ». (CESH, 2019).

La recherche a depuis fortement évolué, passant d'une réaction physiologique non spécifique à des processus psychobiologiques complexes individuels.

Claude Bernard (1813-1878) est un physiologiste français qui a élaboré la théorie du « milieu intérieur ». Lors de ses recherches sur la digestion et la fonction glycogénique du foie ainsi que la dilatation des vaisseaux sanguins, il a remarqué que le corps humain recherche en permanence un environnement interne stable, le tout sous un centre de contrôle central.

L'approche clinique de William Osler (1849-1919) permet de découvrir que les réponses de l'organisme à son environnement peuvent avoir des conséquences sur la santé à long terme.

Les recherches de Walter Cannon (1871-1945) sont dans la continuité de Claude Bernard. Après la première guerre mondiale, ayant étudié les réponses internes à la peur et aux traumatismes, il décrit l'homéostasie physiologique (processus par lequel l'organisme maintient un état interne stable). Il publie en 1935 « Stress et Homéostasie » mais n'y définit pas le terme « stress ». Il explique cependant les réactions d'adaptation aux « troubles » qui peuvent être compris comme « facteurs de stress ». Il a aussi décrit qu'une issue fatale peut survenir après une exposition prolongée à un état persistant et inquiétant de peur. Il travaille avec Philip Bard sur « la théorie de l'émotion » : les expressions émotionnelles seraient organisées par les centres émotionnels du cerveau situés au niveau des zones thalamiques.

L'homéostasie s'oppose au concept d'allostasie. Dans ce cas, si l'organisme est soumis de manière prolongée ou répétée à un stressor, on observe que l'individu ne revient pas à la situation homéostatique initiale mais s'adapte dans un nouvel équilibre. Sterling et Ever définissent l'état allostatique comme « *processus permettant d'obtenir la stabilité par le biais d'un changement d'anticipation des exigences physiologiques* » (1988). Lorsque l'organisme n'arrive plus à répondre de manière adéquate aux stressors, il se produit alors une surcharge allostatique qui favorise le développement de différentes pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, métaboliques ou psychiatriques. (McEwen, 1998) Tous les individus ne réagissent pas de la même manière mais le stress agit comme un élément déclencheur chez ceux présentant des vulnérabilités, notamment génétiques. (McEwen & Sapolsky, 1995)

Il convient cependant de distinguer « stress », qui est le « stressor » (facteur de stress), et « strain » - qui se traduit par surmenage et fatigue - le processus qui survient en réponse au stress ». (Le Moal & Moisan, 2012)

Le stress entraîne une série de réactions physiologiques (y compris la sécrétion hormonale de cortisol) et psychologiques. Le Syndrome Général d'Adaptation explique de manière linéaire les réactions à court et à long terme de l'organisme soumis au stress en 3 phases : la réaction d'alarme, la résistance et l'épuisement. Selon Heyle, il existe deux types de stress : l'un négatif (défavorable), l'autre positif (favorable).

Au début de la théorie, cette réaction physiologique n'était pas spécifique au stressor. En 1960, les travaux de John Mason contrediront cette approche en démontrant « *l'importance de l'activation émotionnelle dans l'intensité des réponses de stress* ». (Le Moal & Moisan, 2012) Plusieurs auteurs développèrent ensuite la théorie cognitive du stress. Seymour Levine démontre que trois caractéristiques influent sur la modulation de la réponse biologique au

stresseur : la nouveauté, l'imprévisibilité ainsi que le manque de contrôle. Robert Lazarus et Susan Folkman décrivent ensuite le modèle transactionnel du stress : « *Le stress est une relation particulière entre la personne et l'environnement, relation qui est évaluée par l'individu comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être.* » (Servant, 2012)

Dans ce modèle, ce n'est pas l'intensité du stresseur qui détermine la réponse mais l'évaluation subjective de l'individu. Le stress est ici un état psychologique impliquant des aspects cognitifs et émotionnels. C'est pourquoi certaines situations peuvent être considérées comme stressantes pour une personne et non pour une autre. De plus, le niveau de stress chez un même individu peut être différent selon le contexte. Les individus ne sont donc pas égaux face au stress et adoptent des moyens de défense plus ou moins efficaces. Il est aussi important de différencier les stresseurs objectifs liés au contexte de l'environnement et le stress perçu par l'individu (caractéristiques analysées comme menaçantes, enjeu de la situation). Après cette première évaluation, l'individu analyse ses propres ressources pour réagir face à la situation. C'est de cette appréciation subjective de l'enjeu de la situation et de ses ressources que l'individu va répondre grâce à des stratégies d'adaptation ou d'ajustement au stress : on parle alors de coping.

Il s'agit de « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* ». (Mariage, 2001)

Il existe trois catégories de coping :

- **Centré sur le problème** : il s'agit de maîtriser ou modifier la situation stressante, stratégie plus efficace à long terme ou si l'évènement est contrôlable par l'individu.
- **Centré sur l'émotion** : pour diminuer la tension émotionnelle induite, stratégie plus efficace à court terme ou si l'évènement est incontrôlable par l'individu.
- **Centré sur la recherche de soutien social.**

Lorsque l'organisme est soumis à un stresseur, une réponse cérébrale et physiologique est obtenue à la suite d'un enchaînement complexe de processus neurobiologiques et l'individu ressent le stress. Le stress est donc un concept psychobiologique résultant de processus cognitifs et émotionnels.

1.1.3.1. Types de stress

Le stress aigu survient lorsque l'individu est confronté à des situations spécifiques d'imprévisibilité, de manque de contrôle, de nouveauté ou de menace de l'égo. Il n'est pas nécessairement délétère puisqu'il permet la sécrétion d'hormones permettant d'aider l'individu à gérer la situation. Induisant un retour à l'équilibre au sein de l'organisme, on peut le caractériser d'adaptatif.

A contrario, le stress chronique survient après une exposition prolongée ou répétée à des situations stressantes. La récupération et le retour à l'équilibre ne sont plus possibles et laissent des traces au sein de l'organisme, objectivées par des symptômes biopsychologiques. Différentes pathologies peuvent alors être favorisées.

Il existe différents « stressseurs ». Cela peut être un stressseur physique (exerçant une contrainte corporelle) ou psychologique (négatif ou danger identifié au sein d'évènements, situations, individus). Les stressseurs peuvent être absolus ou relatifs : tout le monde réagit à un stressseur absolu (situation de réel risque pour la survie) tandis que seules certaines personnes réagissent à un stressseur relatif (situation évaluée comme menaçante pour l'individu). (CESH, 2019)

1.1.3.2. Stress professionnel

D'après l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, « *un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Ils affectent également la santé physique, le bien-être et la productivité* » (INRS, 2006) Cela fait référence aux liens entre l'individu et son environnement, tout comme Lazarus & Folkman.

En 2004, l'accord cadre européen du 08 octobre, définit le stress comme « *un état accompagné de plaintes ou dysfonctionnements physiques, psychologiques ou sociaux, et qui résulte du fait que les individus se sentent inaptes à combler un écart avec les exigences ou les attentes les concernant. L'individu est capable de gérer la pression à court terme (...) mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée à des pressions intenses. En outre, différents individus peuvent réagir de manière différente à des situations similaires et un même individu peut, à différents moments de sa vie, réagir différemment à des situations similaires. Le stress*

n'est pas une maladie mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et peut causer des problèmes de santé »

Le stress professionnel représente un défi majeur pour les organisations car il peut entraîner de l'épuisement professionnel, de l'absentéisme et un turn-over important au sein des équipes. De plus, il peut être un frein au recrutement et à la rétention des employés. Le stress professionnel affecte la satisfaction au travail mais touche aussi d'autres domaines de vie tels que la famille, la santé, le niveau d'instruction, l'engagement communautaire... (Nowrouzi, et al., 2015)

Le stress professionnel peut être réduit par différents coping : formation cognitivo-comportementale, relaxation mentale et physique. Au niveau des interventions organisationnelles, seule la modification des horaires de travail a un impact favorable. (Ruotsalainen, et al., 2015)

En 1980, Karasek explique le stress professionnel grâce à son modèle bidimensionnel. Le stress est le résultat de l'interaction entre la demande exercée sur l'individu (charges psychologiques, contraintes, quantité et complexité liées au travail) et sa latitude décisionnelle (contrôle, autonomie dans l'organisation de son travail, participation aux décisions, possibilités d'utiliser ses compétences et d'en développer de nouvelles). (Légeron, 2008)

En 1990, Karasek et Theorell apportent une nouvelle dimension au modèle : celle de l'influence du soutien social au travail. Il s'agit alors du « job demand-control-support model ». Le soutien social peut avoir différentes formes : instrumentale (aide à la résolution de problème), tangible (donner un bien), informationnelle (conseiller) ou émotionnelle (rassurer). Le tableau 1 ci-dessous permet d'objectiver l'évolution des différentes dimensions du modèle de Karasek et Theorell.

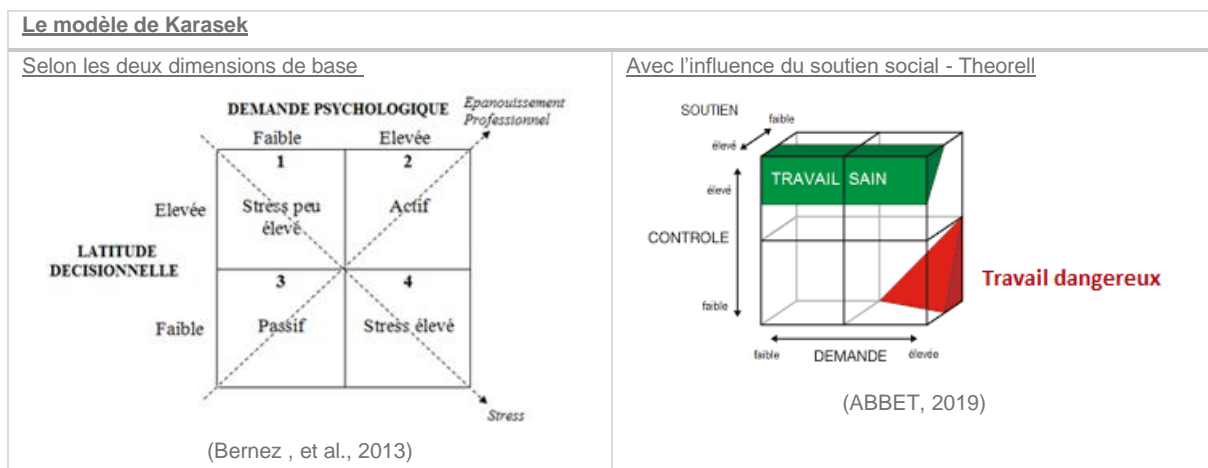


Tableau 1 : Evolution du modèle de Karasek grâce à la dimension du soutien social au travail

Lorsque le travailleur fait face à des exigences psychologiques élevées avec un espace décisionnel limité, il est soumis au stress. Les relations de soutien ont un effet positif et peuvent modérer ce stress, à l'inverse des relations absentes ou conflictuelles peuvent avoir un effet nocif. Le risque le plus important pour la santé mentale et physique se présente alors quand le travailleur a un faible contrôle et un faible soutien social pour faire face à des exigences élevées au travail.

1.1.3.3. *Stress et burnout*

De l'anglais « se consumer, brûler jusqu'au bout », aussi appelé « maladie de l'âme en deuil de son idéal », la recherche sur le burnout a émergé en dehors de celle sur le stress. Cependant les liens entre mécanismes de stress et burnout sont avérés et le burnout peut être la finalité d'une exposition chronique au stress professionnel. (INRS, 2012)

En 1974, Feudenberger le définit comme « état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie ou une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail. » Il insiste sur les facteurs personnels de l'individu comme source de burnout. En 1976, Maslach insiste sur l'environnement de travail et les stratégies mises en place par les soignants dans la relation d'aide.

En 1981, Maslach et Jackson approfondissent la définition du burnout et le décrivent en trois dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation (déshumanisation) et réduction de l'accomplissement personnel (démotivation) chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. Elles sont à la base du Maslach Burn out Inventory (MBI), outil pouvant être utilisé comme instrument de mesure.

D'après la onzième Classification Internationale des Maladies (CIM-11), le burnout est un phénomène lié au travail et non une maladie. L'OMS le définit comme « *un syndrome résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré* » caractérisé par « *un sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement ; un retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail ; une perte d'efficacité professionnelle* » (OMS, 2019)

L'épuisement professionnel est un facteur favorisant les maladies somatiques. Il engendre une baisse des performances au travail ainsi que du retrait, par absentéisme ou intention de quitter

le travail. L'épuisement professionnel ne résulte pas uniquement du travail mais des mécanismes personnels et individuels y sont liés. (Koutsimani, et al., 2019)

1.1.3.4. Sage-femme et risques psychosociaux

Les sages-femmes et les infirmières en Belgique sont différenciés par leur formation et leur appartenance à l'art de guérir ou à l'art infirmier pour l'une/l'autre. Cependant elles sont toutes les deux soumises au stress professionnel sur le terrain. La question de l'autonomie professionnelle et du modèle de soins sages-femmes versus modèle patriarcal est cependant inhérent à la pratique de l'obstétrique (les infirmières en Belgique ne pouvant pas réaliser de soins obstétricaux). Le fait de préserver la santé mentale et le bien-être des sages-femmes permet d'améliorer les soins périnataux et l'expérience des professionnels ainsi que d'offrir des services obstétricaux plus sûrs. (Pezaro, et al., 2016)

Cependant, les sages-femmes sont exposées à des risques de détresse psychologique liés à des cultures organisationnelles dysfonctionnelles et des événements professionnels traumatiques. La détresse psychologique est décrite comme un état général de fonctionnement psychologique non adapté faisant suite à une exposition prolongée ou aiguë à des stressseurs, elles peuvent alors présenter des symptômes d'épuisement professionnel, de dépression ou de traumatisme secondaire. Elles sont alors susceptibles de prendre de la distance au sein des relations avec leurs collègues et patientes.

Certaines d'entre elles peuvent présenter des niveaux de stress exacerbés, pour lesquels peu de soutien existe. Certaines disent éprouver de la stigmatisation, de l'intimidation, un sentiment d'incompétence et d'exclusion. (Pezaro, et al., 2016) Le métier étant reconnu par la société et par elles-mêmes comme « agréable et privilégié », cela minimise l'attention portée à leur bien-être mental. De plus, les sages-femmes ne s'identifient pas en mauvaise santé psychologique elles-mêmes vu qu'elles continuent de travailler en utilisant des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles, certaines se tournant vers la consommation de somnifères et d'alcool afin de réduire leur stress. (Pezaro, et al., 2016)

Il est aussi intéressant de souligner que plus les sages-femmes sont jeunes et fraîchement diplômées, plus elles ont un niveau élevé de stress, d'anxiété, de dépression et d'épuisement professionnel. (Hunter, et al., 2019). Pour rendre la première année de travail moins difficile, l'encadrement des nouvelles engagées grâce à un modèle de gestion de cas peut s'avérer utile. (Griffiths, et al., 2019)

Plusieurs facteurs sont décrits comme favorisant le stress au sein de cette profession :

➤ **Facteurs de stress modifiables :**

- Les sages-femmes s'identifient elles-mêmes à des stressseurs (Geraghty, et al., 2019). Le fait de travailler avec des chefs ou collègues stressées peut augmenter le stress chez la sage-femme.
- La création de « clans élitistes » entre elles (Pezaro, et al., 2016)
- Le manque de soutien au sein de leur équipe (Favrod, et al., 2018)
- Le manque de temps pour effectuer son travail ainsi qu'une autonomie réduite dans la prise de décision (du fait de ses collègues comme des médecins) (Favrod, et al., 2018)
- La fragmentation des soins (Fenwick, et al., 2018)

➤ **Facteurs de stress difficilement modifiables :**

- Le manque de moyens et une organisation du travail dysfonctionnelle (Favrod, et al., 2018)
- L'environnement de travail complexe (lié à une augmentation de la charge de travail, des pathologies gravidiques, relation intra et inter équipes sages-femmes/médecins), certaines sages-femmes le décrivant comme « semblable à la guerre » : « J'ai l'impression d'être un soldat envoyé en Afghanistan : j'ai été envoyée en salle de travail qui ressemble à une zone de guerre à cause des défis constants auxquels je suis confrontée » (Geraghty, et al., 2019)
- La lourdeur de la charge de travail (Favrod, et al., 2018) ; devant être effectuée avec un personnel en nombre insuffisant (Geraghty, et al., 2019). Cette surcharge est liée au développement de détresse psychologique chez les sages-femmes (Oe, et al., 2018) quand on retrouve sur le lieu de travail un déséquilibre dans la conception des tâches, une incertitude professionnelle, un manque de valeur et de respect.
- Habitude hiérarchique au sein des équipes obstétricales avec risque de subordination, autonomie réduite dans leur travail, contrôle médical diminuant les compétences de la sage-femme en termes d'innovation, confiance et leadership (Pezaro, et al., 2016)

➤ **Facteurs de stress non modifiables :**

- La nature de leur travail en lui-même (Favrod, et al., 2018)
- La confrontation à des situations cliniques urgentes et inattendues (Pezaro, et al., 2016)
- L'exposition à la mort de manière directe ou non, à des blessures ou violences obstétricales (Favrod, et al., 2018) Lors de la prise en charge de patientes, les sages-femmes peuvent vivre des situations de soins traumatiques (urgences médicales, accouchements dystociques, risque de décès du bébé ou de la mère). Ils sont inattendus, graves et entraînent des complications médicales. Cela favorise la perte d'espoir dans le processus physiologique de

la naissance et l'envie de quitter la profession. (Sheen, et al., 2016). Ces évènements sont également identifiés comme générant du stress notamment lorsque les sages-femmes voient comment les femmes subissent certains actes médicaux douloureux, la prise d'une mauvaise décision médicale ainsi que l'absence de consentement éclairé. (Geraghty, et al., 2019)

Les facteurs de stress professionnel de sage-femme hospitalière sont résumés grâce au Tableau 2 ci-dessous.

| Facteur de stress | Lié à l'organisation du travail | Lié à la charge de travail | Lié aux relations interpersonnelles au travail |
|---------------------------------|--|--|---|
| Modifiable | Autonomie dans la prise de décisions Fragmentations des soins | Manque de temps pour réaliser son travail | Caractéristiques des collègues (chefs ou collègues stressés) Création de clans à l'intérieur des équipes sages-femmes Manque de soutien au sein de l'équipe |
| Difficilement modifiable | Manque de moyens Organisation de travail dysfonctionnelle Déséquilibre dans la conception des tâches, incertitude professionnelle, manque de valeur et de respect Habitues hiérarchiques au sein des équipes obstétricales avec risque de subordination, contrôle médical diminuant les compétences de sage-femme | Environnement de travail complexe (charge de travail élevée, pathologies gravidiques) Lourdeur de la charge de travail effectuée en effectif insuffisant | Difficultés dans les relations intra et inter équipes sages-femmes/médecins |
| Non modifiable | | Nature du travail en lui-même Confrontation à l'urgence, l'inattendu Exposition à la mort, aux violences obstétricales, aux situations de soins traumatiques | |

Tableau 2: Facteurs de stress au sein de la pratique de la sage-femme hospitalière

Lorsque les stressseurs augmentent, les sages-femmes sont d'autant plus affectées et leur engagement dans le travail diminue. (Geraghty, et al., 2019)

Il est cependant possible de prévenir le stress au sein de la pratique sage-femme :

➤ **Mesures de prévention primaire :**

- La culture de sa propre identité professionnelle (Pezaro, et al., 2016)
- Le travail en collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire (Pezaro, et al., 2016)

- La culture de la continuité des soins au travail (Fenwick, et al., 2018), en effet, les sages-femmes travaillant dans des équipes où les soins sont fragmentés sont plus à risque de détresse psychologique
- La mise en place par les équipes obstétricales d'un modèle de supervision clinique réflexive (Love, et al., 2017)
- Le soutien social (Favrod, et al., 2018) et l'environnement de travail : les sages-femmes sont satisfaites lorsque le travail leur permet de « faire la différence pour les femmes » et qu'elles évoluent dans une équipe avec un sentiment d'appartenance. (Sullivan, et al., 2011) Les cinq piliers favorables à celui-ci font penser à la pratique avancée en soins : des ressources adéquates (personnel et matériels), un travail en collaboration (avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire mais aussi avec les patientes), un leadership efficace, un contrôle du travail ainsi qu'un soutien du modèle de soin sage-femme (congruence des valeurs, développement de relations avec les femmes). (Thumm & Flynn, 2018)

➤ **Mesures de prévention secondaire :**

- Le développement de la conscience en soi et les techniques d'auto-distraktion (Pezaro, Clyne, Gerada, Turner, & Fulton, 2016)
- Les interventions de pleine conscience, des ateliers de résilience (Hunter L. , 2016 ; Wright, et al. , 2017) associés à un programme de mentorat et une supervision clinique (Pezaro, et al., 2017)
- Les stratégies d'adaptation (Favrod, et al., 2018) reprises par l'acronyme « **CORES** » pour aider les sages-femmes à faire face à un décès maternel. C'est-à-dire avoir recours à un **Conseiller professionnel** pour explorer et comprendre leurs sentiments, avoir une **Communication ouverte** lors du débriefing en équipe, avoir du **Répit** en s'éloignant du travail afin de diminuer l'anxiété liée à la mort, bénéficier d'une **Éducation formative** pour mieux comprendre la problématique de la mort et être **Soutenu** par ses collègues afin de partager des émotions positives.
- Une qualité de vie élevée ainsi que le sentiment d'auto-efficacité permettent aux sages-femmes d'évaluer leur environnement de travail plus favorablement (Hildingsson & Fenwick, 2015)

➤ **Mesures de prévention tertiaire :**

- La résilience (Favrod, et al., 2018) La résilience peut être une stratégie d'adaptation pour faire face aux pressions liées au travail, mais aussi aux exigences émotionnelles de celui-ci. En effet, la résilience leur permet d'accéder à un soutien et de développer leur propre conscience et protection de soi. Elle est favorisée par un sentiment d'identité professionnelle puissant. (Hunter & Warren, 2014)
- Les sages-femmes peuvent également se tourner vers une prise en charge médicale du stress : par la médecine générale ou la médecine du travail afin de mettre en place différentes mesures telles que thérapie, médicaments ou congés.

L'exposition à un niveau de stress élevé au travail peut favoriser l'épuisement professionnel des sages-femmes, ce qui va alors dégrader leur prise en charge clinique. (Banovcinova & Baskova, 2014). Il est donc important de les soutenir sur leur lieu de travail pour préserver leur santé mais aussi leurs performances. En effet, plus les niveaux d'épuisement professionnel sont élevés, plus la qualité des soins diminue. (Oe, et al., 2018)

Il existe une méconnaissance de l'épuisement professionnel au sein des sages-femmes. Elles sont en effet moins soutenues dans cette problématique que les infirmières exerçant en services généraux ou soins palliatifs. Ce manque de soutien peut également dévaloriser leur profession. (Pezaro, et al., 2016)

Les facteurs favorisant le burnout chez les sages-femmes sont :

- Le manque de personnel, le manque de ressources et un environnement de travail stressant (Hildingsson, et al., 2013)
- Les conflits inter ou intra-équipes (médecin, cadre ou sage-femme) et la surcharge de travail (Banovcinova & Baskova, 2014)
- Une faible résilience des professionnels, les cultures de travail dysfonctionnelles, les soins aux populations précaires et le turn-over au sein du personnel. (Pezaro, et al., 2016)

Le turn-over du personnel est à la fois cause et conséquence du syndrome d'épuisement professionnel, il impacte la qualité des soins négativement lorsqu'il augmente. (Creedy, et al., 2017 ; Stoll & Gallagher, 2019)

Le soutien social, intra et extraprofessionnel, est quant à lui un facteur protecteur. En effet, les sages-femmes mariées ou cohabitantes et celles ayant plus de 60 ans ont des scores moins élevés

d'épuisement professionnel. Le travail à pause ainsi que le nombre d'heures de travail ne semblent cependant pas le favoriser. (Henriksen & Lukassea, 2016)

Il est donc intéressant de se questionner sur l'évolution à long terme des sages-femmes travaillant dans un environnement stressant ainsi que leurs risques de développer des symptômes psychopathologiques. Il est nécessaire de préparer les sages-femmes à cette exposition et de les soutenir lorsqu'un événement traumatique survient.

1.2. Rédaction du cadre théorique et formulation de la question de recherche

Nous avons pu voir que les sages-femmes sont soumises à des conditions de travail difficiles et exigeantes. De plus, il est prouvé que la qualité des soins est directement liée à la santé du personnel soignant. (HAS, 2016). De même, à l'hôpital, un environnement de travail favorable ainsi que la diminution du ratio patients/infirmière permet de diminuer la mortalité hospitalière. (Aiken, et al., 2012) Les soins infirmiers manqués sont liés à la dotation en personnel infirmier, lorsque les infirmières sont confrontées à une augmentation de leur charge de travail, ces soins manqués augmentent, tout comme la mortalité du patient à la suite d'opérations chirurgicales courantes. (Ball, et al., 2018)

D'un autre côté, nous voyons que le paysage hospitalier belge est soumis à de grands changements visant des soins de santé efficaces. Ces changements sont contradictoires avec le modèle de soins sages-femmes centré sur le soutien à la mère et la parentalité. En effet, pour mieux connaître et adapter les soins qu'elle prodigue, la sage-femme a besoin de temps auprès des patientes et des couples pour proposer des soins adaptés à chacun dans une relation de confiance.

Ce mémoire-recherche se centre sur la problématique du stress au sein des sages-femmes exerçant en Belgique en milieu hospitalier. La population cible est donc les sages-femmes hospitalières exerçant en services de maternité, salle d'accouchement, grossesses à risque et néonatalogie.

La revue de la littérature montre que les sages-femmes sont confrontées à différents risques psychosociaux. Ma première hypothèse est donc que les sages-femmes exerçant en Belgique sont également soumises au stress professionnel. Ma deuxième hypothèse est que le contexte de travail est au cœur des enjeux car il serait lié à des tensions entre la latitude décisionnelle

des sages-femmes, la demande exercée par le modèle de soins dominant en intra hospitalier ainsi que le soutien social perçu par les sages-femmes.

Afin de répondre aux hypothèses émises, la question de recherche traitée dans ce mémoire est donc : « **En Belgique, au sein du secteur hospitalier, quels sont les stressseurs perçus par les sages-femmes et comment leur autonomie et le soutien social leur permettent de faire face aux demandes institutionnelles ?** »

Mon objectif général est de décrire la latitude décisionnelle des sages-femmes belges face aux demandes organisationnelles de l'institution hospitalière ainsi que les stratégies utilisées pour faire face aux stressseurs perçus, notamment par le biais du soutien social.

Mes objectifs opérationnels sont donc :

- de comprendre l'évolution de l'offre des soins obstétricaux en Belgique ainsi que des paradigmes des modèles de soins dominant actuellement
- de comprendre les mécanismes du stress, plus particulièrement celui du stress professionnel expliqué par le modèle de Karasek et Theorell
- de réaliser une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de sages-femmes hospitalières en Belgique afin de décrire :
 - les charges exercées sur ces dernières (charges psychologiques, contraintes, quantité et complexité liées à la culture organisationnelle du service)
 - la variabilité de leur latitude décisionnelle : contrôle, autonomie dans l'organisation de leur travail, participation aux décisions avec l'équipe médicale, possibilités d'utiliser leurs compétences et d'en développer de nouvelles
 - le soutien social perçu par celles-ci

2. Méthodes

2.1. Elaboration du protocole de recherche

2.1.1. Type d'étude choisi

Afin de répondre aux différents objectifs ainsi qu'à la question de recherche citée précédemment « **En Belgique, au sein du secteur hospitalier, quels sont les stressseurs perçus par les sages-femmes et comment leur autonomie et le soutien social leur**

permettent de faire face aux demandes institutionnelles ? », une étude de type qualitatif a été choisie. La recherche qualitative, en utilisant les données du langage, permet d'explorer l'expérience humaine relative à un phénomène particulier et de le décrire en tenant compte des particularités individuelles. En prenant en compte différents comportements et expériences, elle permet d'expliquer la réalité et de générer de nouveaux concepts ainsi que de mettre à jour de nouvelles hypothèses de recherche. (Green & Thorogood, 2004)

2.1.2. Ethique de la recherche

Afin de respecter l'éthique, le projet de mémoire a été soumis à la commission d'éthique de l'UCLouvain en début de recherche. Après analyse du projet, ce mémoire étant une analyse des pratiques professionnelles, un avis contraignant d'un comité d'éthique n'a donc pas été demandé.

2.1.3. Elaboration du guide d'entretien

La collecte des données se réalise par le biais d'un **entretien semi-directif** auprès de la population cible. Ce dernier permet d'offrir aux participantes une liberté de parole relative au sein du cadre défini par la recherche.

Afin de réaliser les entretiens, un guide de 15 questions ouvertes a été créé. La revue de littérature préalablement réalisée a permis de réaliser un outil qui permette de répondre aux objectifs du mémoire. Un pré-test de l'outil a été effectué lors d'un entretien avec une de mes collègues, sage-femme hospitalière. Cet entretien n'a pas été analysé au sein de cette recherche, il aura permis d'apporter des modifications afin d'explorer au mieux le sujet dans sa globalité.

Le guide d'entretien permettra de commencer l'entretien par une description de l'institution hospitalière où la sage-femme exerce, ainsi que d'une description de son travail au quotidien. Différentes questions seront ensuite posées afin d'explorer la thématique du stress professionnel et du vécu de la sage-femme. Enfin, l'entretien se terminera par des questions relatives à son avenir professionnel. Il se trouve en Annexe 1.

Le guide permet d'orienter la discussion mais n'est pas un cadre rigide. Les différentes questions permettent de guider la conversation, mais il s'agit également d'un échange avec la sage-femme au cours duquel il est possible de relancer ou approfondir certaines idées intéressantes ou de reformuler afin de s'assurer que l'on comprend les propos de la participante. Au cours de l'entretien différentes données sont à obtenir afin de pouvoir décrire l'échantillon comme : la nationalité, l'âge, le type d'emploi, le type d'horaire, le temps de travail, la

formation, l'ancienneté au sein de la profession et du service, l'hôpital, le nombre d'accouchements au sein de la structure, travail complémentaire. Si certaines données sont manquantes à la fin de la rencontre, elles seront demandées à la sage-femme.

2.1.4. Stratégie d'échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage respecte les **critères d'inclusion** suivants :

- **Emploi** : sage-femme exerçant actuellement au sein d'un service hospitalier de maternité et/ou salle d'accouchement et/ou grossesses à risques et/ou néonatalogie
- **Langue maîtrisée pour l'entretien** : français
- **Genre** : féminin. Afin de ne pas être biaisé par la problématique du genre inhérente à la profession, seules les femmes seront interrogées.
- **Lieu de pratique** : Belgique

Souhaitant rester indépendante d'une structure hospitalière et dans l'espoir de récolter des expériences différentes, les sages-femmes sont sollicitées par le biais de l'annuaire de l'Union Professionnelle des Sages-femmes Belges. Un email de participation leur a été envoyé, ainsi qu'une publication sur leur page professionnelle du réseau social Facebook. Les participantes seront invitées à proposer l'étude à leurs collègues afin d'obtenir également un échantillonnage « boule de neige » si possible. Il s'agit donc d'un échantillon non aléatoire.

Les entretiens ont été réalisés en veillant à respecter la confidentialité et l'anonymisation stricte des données. Un formulaire d'information et de consentement à la recherche a été réalisé afin d'obtenir le consentement éclairé de chaque participante, il a été signé en double exemplaire. Il se trouve en Annexe 2.

Avant chaque début d'entretien, une explication est donnée par rapport au contexte de la recherche, un accord d'enregistrement est également obtenu. Les sages-femmes rencontrées pourront également poser leurs questions et seront informées de la possibilité d'un feedback en fin de travail. De plus, elles ont également la possibilité de se retirer de l'étude sans préjudice. Chaque entretien sera ensuite retranscrit dans son intégralité pour avoir une analyse précise de celui-ci et favoriser une analyse globale. Afin de préserver l'intimité de chacune, la retranscription ne sera pas annexée.

Les entretiens individuels seront réalisés à la convenance de la sage-femme dans un endroit calme de son choix, à l'exclusion de son lieu de travail. Ceci dans le but de favoriser la liberté d'expression de chacune et d'obtenir une grande subjectivité lors de chaque entretien.

2.2. Récolte de données primaires

2.2.1. Echantillon obtenu

Au total, l'échantillon s'élève à quinze sages-femmes. Les entretiens semi-directifs ont été réalisés du 02 mars au 08 avril 2020. Suite à la crise sanitaire présente en Belgique avec la pandémie de Coronavirus, les neuf entretiens réalisés à partir du 25 mars, se sont déroulés en vidéoconférence grâce au logiciel Zoom. Dans le cadre des entretiens à distance, le consentement éclairé à la recherche et à l'enregistrement sonore a été obtenu de manière orale. Les entretiens ont duré en moyenne 55 minutes (minimum : 40, maximum : 90 minutes). Trois entretiens prévus ont été annulés à cause des mesures de confinement, les sages-femmes ne maîtrisant pas bien l'outil informatique n'ont pas souhaité maintenir leur participation. Les entretiens ont été retranscrits intégralement du 05 mars au 22 avril 2020.

2.2.2. Méthode d'analyse

L'analyse des entretiens s'est déroulée du 15 avril au 31 mai 2020. Après retranscription, les entretiens seront relus plusieurs fois afin « *d'en saisir le sens au-delà des significations premières* ». (Aujoulat, 2020)

Les matériaux seront découpés en unités d'analyse. Une grille d'analyse sera réalisée afin de classer ces unités selon leur fonction. La rubrique permet de classer et se trouve proche du contenu de l'entretien. Les thèmes permettent de décrire, comprendre ce qui est dit dans l'extrait : il s'agit du premier niveau d'analyse. Finalement la catégorie conceptualisante permet d'analyser plus en profondeur : il s'agit du deuxième niveau d'analyse. (Aujoulat, 2020)

L'analyse qualitative en science humaine a deux fonctions : une descriptive qui permet de mieux comprendre le sujet étudié, l'autre interprétative grâce aux thèmes et catégories conceptualisantes. La revue de la littérature et l'analyse des entretiens permettent d'interpréter les résultats avec subjectivité. (Paillé & Mucchielli, 2003)

Dans ce travail, les unités d'analyse sont à la fois guidées par la recherche initiale (framework analysis) mais émergeront également au fur et à mesure de la lecture des retranscriptions (démarche inductive). La grille d'analyse évoluera au fil du temps, certaines unités d'analyse

pouvant fusionner, se subdiviser, se regrouper. Une hiérarchie peut également émerger au sein des différentes unités d'analyse. (Aujoulat, 2020)

La grille d'analyse a été mise en annexe 3 et se présente comme suit :

| Catégorie conceptualisante | Thème | Rubrique | Verbatim |
|----------------------------|-------|----------|----------|
| | | | |

Chaque entretien a été numéroté dans l'ordre chronologique de réalisation. Lors de la retranscription, les lignes ont été numérotées. Les verbatims, ou extraits d'entretiens peuvent aisément se retrouver, par exemple E1L1 fait référence à la ligne 1 de l'entretien1.

2.2.3. Caractéristiques de l'échantillon

Les entretiens ont permis de rencontrer des sages-femmes d'âges, d'expériences et d'horizons variés. Les 15 sages-femmes viennent de 11 hôpitaux différents, la stratégie d'échantillonnage en boule de neige n'a pas donné de résultats directs.

2.2.3.1. Caractéristiques des sages-femmes rencontrées

- **Nationalité** : 13 sages-femmes sont Belges, 2 sont Françaises mais ont effectué leurs études en Belgique
- **Situation familiale** : 3 sages-femmes sont célibataires et vivent seules, 2 sont célibataires et vivent chez leurs parents, 1 est célibataire et vit avec ses enfants, 9 sont mariées ou en cohabitation légale avec leur conjoint. 12 sages-femmes ont des enfants (minimum 1, maximum 3).
- **Age** : L'âge moyen des sages-femmes rencontrées est de 37,8 ans (âge minimum : 25ans, âge maximum 55ans). Le Tableau 3, ci-après, permet de comparer l'âge et l'expérience des sages-femmes. L'ancienneté moyenne au sein de la profession est de 13,6 ans (minimum : 2ans, maximum : 33 ans). L'ancienneté moyenne au sein du service actuel est de 10,5 ans (minium 2, maximum 32,5 ans).

| Variable | Moyenne en années (min, max) |
|-------------------------------------|------------------------------|
| Âge | 27,8 (25 ; 55) |
| Ancienneté au sein de la profession | 13,6 (2 ; 33) |
| Ancienneté au sein du service | 10,5 (2 ; 32,5) |

Tableau 3: Caractéristiques des sages-femmes rencontrées (n=15)

- **Formation** : 3 sages-femmes ont le double diplôme, elles sont également infirmières. 1 des sages-femmes rencontrées a la certification de consultante en allaitement maternel (International Board Certified Lactation Consultant IBCLC). 1 des sages-femmes a

entrepris le Master en Santé Publique, 2 autres détiennent le Master en Sciences de la Famille et Sexualité.

2.2.3.2. Caractéristiques du lieu de travail

- **Lieux de travail :** Les sages-femmes rencontrées travaillent dans 11 hôpitaux belges différents, 4 sont situés en Région de Bruxelles-Capitale et 7 en Région Wallonne. En Région Wallonne, les sages-femmes travaillent dans 4 hôpitaux de la Province de Hainaut, ainsi qu'un hôpital en Province de Luxembourg, un en Province de Liège et un en Province de Brabant Wallon.
- **Agrément des hôpitaux :** En Région de Bruxelles-Capitale, les maternités se situent au sein d'un hôpital universitaire, un hôpital général à caractère universitaire et deux hôpitaux généraux. En Région Wallonne, il s'agit d'un hôpital général à caractère universitaire et 6 hôpitaux généraux.
- **Nombre d'accouchements :** Au sein des différents hôpitaux, la moyenne du nombre d'accouchements réalisés par an est de 1729,1 accouchements (minimum 600, maximum 3400 accouchements). En Région de Bruxelles-Capitale, elle s'élève à 2412,5 accouchements (minimum 1200, maximum 3200 accouchements). En Région Wallonne, elle s'élève à 1338,6 accouchements (minimum 600, maximum 3400 accouchements).
- **Labellisation :** 5 des 11 maternités où les sages-femmes travaillent ont reçu le label Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB), créé par l'OMS et le Fonds International des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) en 1991 afin de permettre aux mères et à leur nouveau-né d'accéder à un meilleur capital santé et bien-être, ainsi que d'aider à promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.
- Ces caractéristiques sont synthétisées dans le tableau 4 ci-dessous.

| Répartition des caractéristiques du type d'hôpital | En Région Bruxelles capitale (n=4) | En Région Wallonne (n=7) |
|--|------------------------------------|--------------------------|
| Hôpital universitaire | 1 | 0 |
| Hôpital général à caractère universitaire | 1 | 1 |
| Hôpital général | 2 | 6 |
| Label IHAB | 2 | 3 |
| Moyenne du nombre accouchements réalisés (min ; max) | 2412,5 (1200 ; 3200) | 1338,6 (600 ; 3400) |

Tableau 4: Caractéristiques des lieux de travail(n=11)

2.2.3.3. Caractéristiques du type d'emploi

- **Temps de travail :** 3 sages-femmes travaillent à temps-plein, 6 travaillent à 4/5^{ème} temps, 3 à 3/4 temps et 3 à mi-temps.

- **Pause de travail :** 1 sage-femme effectue uniquement du travail de jour, 3 exclusivement du travail de nuit, les 11 autres travaillent aussi bien le jour que la nuit. Pour 7 des 15 sages-femmes rencontrées, les prestations sont imposées et ne dépendent pas de leur volonté.
- **Services de travail :** 1 sage-femme travaille exclusivement au sein d'un centre néonatal intensif, 3 sages-femmes ne travaillent qu'en salle d'accouchement, 2 sages-femmes ne travaillent qu'à la maternité. 3 sages-femmes travaillent aussi bien en maternité qu'en salle d'accouchement. 4 sages-femmes travaillent à la fois en maternité, salle d'accouchement et centre néonatal non intensif. 2 sages-femmes travaillent en maternité, salle d'accouchement et services de grossesse à haut risques.
- **Activité complémentaire :** 5 sages-femmes exercent également en tant que sage-femme indépendante.

3. Résultats

Comme nous l'avons vu dans le chapitre Méthode, la question de recherche est « **En Belgique, au sein du secteur hospitalier, quels sont les stresseurs perçus par les sages-femmes et comment leur autonomie et le soutien social leur permettent de faire face aux demandes institutionnelles ?** ». L'analyse qualitative des quinze entretiens a été réalisée par « framework analysis » et par démarche inductive. La grille d'analyse permet de répondre à notre question par catégories conceptualisantes. Nous décrivons tout d'abord les différents contextes de travail ainsi que les motivations personnelles des sages-femmes. Les stresseurs perçus seront ensuite analysés ainsi que les différents moyens de prévention existant à ce jour au sein des services obstétricaux belges. Enfin, nous analyserons les projections personnelles des sages-femmes par rapport à leur carrière. Les différentes catégories peuvent être résumées grâce à l'arbre thématique de la Figure 1 ci-dessous.

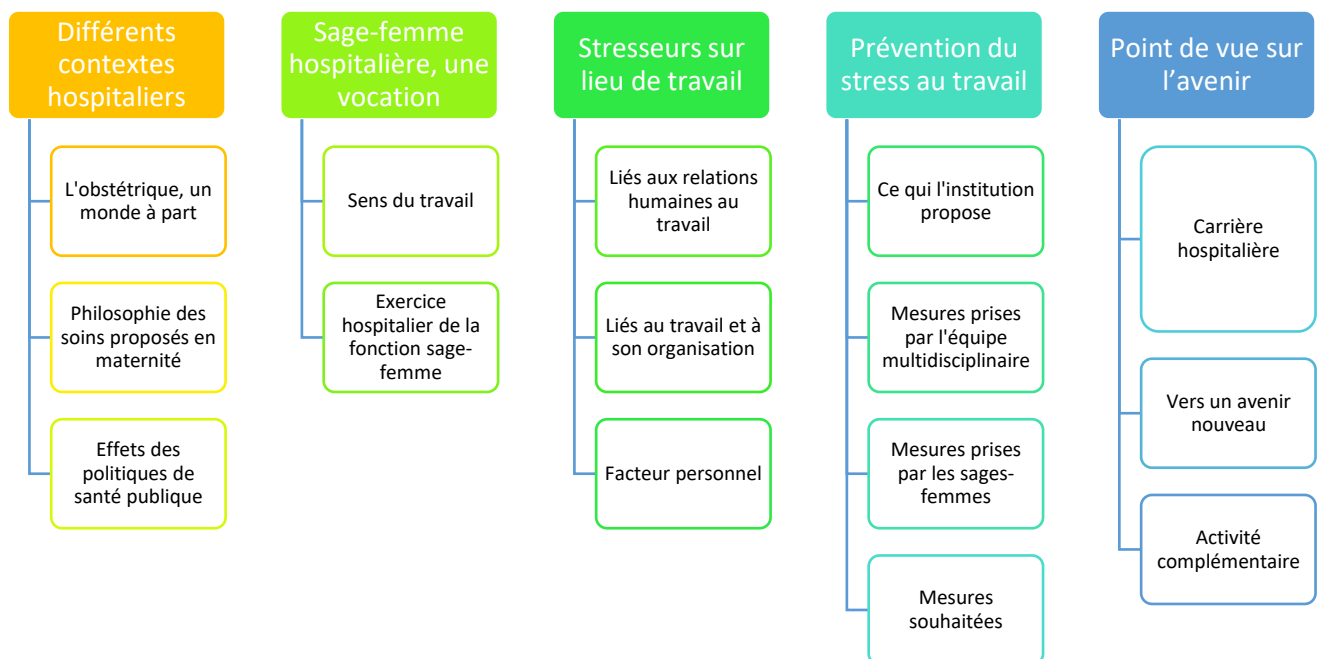


Figure 1 : Arbre thématique reprenant l'analyse des résultats

3.1. Analyse des données et présentation des résultats

3.1.1. Différents contextes hospitaliers

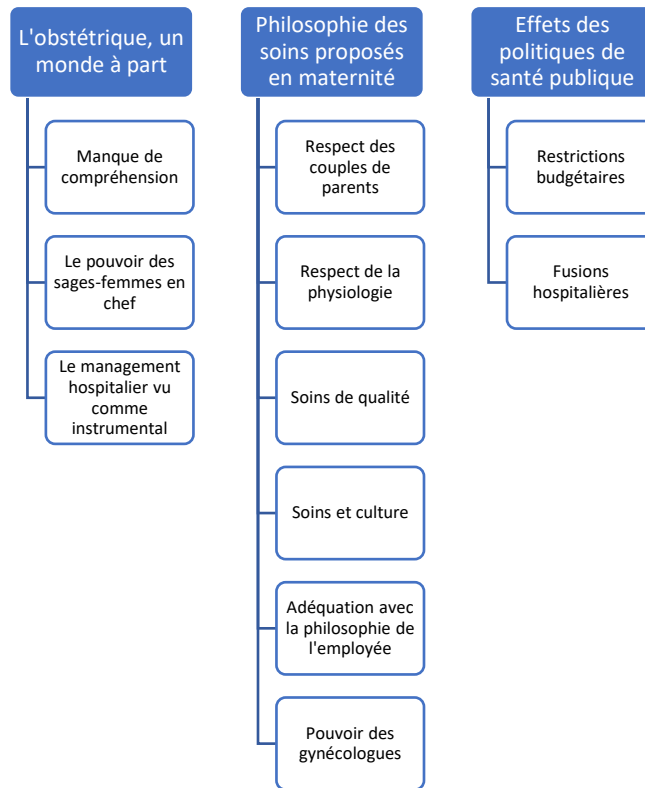


Figure 2: Caractéristiques de l'environnement de travail des sages-femmes hospitalières belges

Les sages-femmes interrogées travaillent dans des maternités variées, cependant certaines similitudes apparaissent. Une contextualisation de l'environnement de travail permet de mieux appréhender leur stress professionnel ainsi que les stressseurs perçus. Nous décrivons donc dans cette partie la philosophie des services d'obstétrique, les jeux de pouvoirs en place ainsi que les effets des récentes politiques de santé publique sur les maternités belges. Le plan d'analyse de cette partie est synthétisé par la Figure 2 ci-dessus.

3.1.1.1. L'obstétrique, un monde à part

❖ Manque de compréhension

De manière globale, les maternités semblent être un service à part dans lequel les sages-femmes ont peu d'échanges avec les autres unités. Elles ressentent un manque de compréhension de leur hiérarchie qui privilégie la rentabilité, pourtant leur mission est un travail d'accompagnement des parents et ne peut se résumer à des statistiques.

« *« Ce qui est intéressant c'est le taux d'allaitement quand elles sortent de l'hôpital... ce qui se passe après à la maison on s'en fout... » En gros... C'est les réponses de notre hiérarchie »*
(E10L306-308)

Leur charge de travail est difficilement représentative au sein d'un dossier. Ainsi, elles se sentent peu soutenues et obtiennent peu de réponses à leurs difficultés.

❖ **Le pouvoir des sages-femmes en chef**

La sage-femme en chef occupe une position difficile entre ses supérieurs et son équipe. Sa place lui donne autorité et pouvoir sur celle-ci mais pas face à la ligne hiérarchique sur laquelle elle a peu d'influence. Pas soutenue, elle peut éprouver de la solitude dans son poste face aux pressions hiérarchiques. En effet, au-delà de ce poste, la profession n'est plus présente car les cadres sont des infirmières.

Les sages-femmes en chef sont également face au dilemme d'aider leurs équipes à gérer leur charge quotidienne ce qui les confronte à des difficultés qui peuvent les conduire à remettre en question le sens de leur travail.

« *On lui demandait d'être 100% dans l'administratif, et je crois que petit à petit ben... ben ça la décourageait et que de plus être sur le terrain elle avait **plus aucune motivation** à s'occuper de la salle d'accouchement » (E5L69-71)*

Les sages-femmes de l'équipe semblent toutefois se rendre compte des pressions existant sur ces dernières : de la part de l'équipe obstétricale ou de la ligne hiérarchique infirmière. Les chefs peuvent être aussi bien démissionnaires ou soutenantes. Quand les chefs sont démissionnaires, les sages-femmes se retrouvent seules car les difficultés liées au travail augmentent (manque de communication sur les nouveaux protocoles, projets non soutenus, pas de remplacements des malades, charge de travail augmentée) et cela peut conduire certaines à ne plus autant s'impliquer.

« *Je me suis rendu compte avec le temps que s'il fallait faire quelque chose, **il fallait presque le décider soi** » (E9L166-168)*

Seule la sage-femme travaillant au sein de la structure hospitalière universitaire exprime un pouvoir plus important du cadre par rapport à la direction avec la présence d'un syndicat ayant du poids.

« *Je l'ai vraiment attribué à ça, quand je suis arrivée ici... c'est **le pouvoir des syndicats c'est la folie ici** » (E14L36-37)*

❖ **Le management hospitalier vu comme instrumental**

Les employées se perçoivent comme des rouages de la chaîne permettant à l'institution d'atteindre ses buts de mission car leurs désirs semblent de moins en moins respectés dans un milieu où les conditions de travail ne semblent pas idéales.

*« L'humain avait énormément plus d'importance que maintenant (...) Maintenant on a l'impression qu'on est **beaucoup plus des pions**, et que voilà, **l'humain n'a plus rien à voir** »
(E6L489-491)*

Un manque de communication entre la direction et les maternités existe, alors les sages-femmes ont un faible sentiment d'appartenance à cette organisation. Souvent débordées, elles font face au burnout qui semble émerger au sein des institutions. Un des hôpitaux a d'ailleurs financé un audit externe, bien perçu par l'équipe : l'impartialité de cette étude indépendante permettant de trouver des solutions est vue comme un atout.

L'analyse des entretiens a permis de décrire la philosophie de travail des différentes employées en réponse aux enjeux institutionnels.

3.1.1.2. *Philosophie des soins proposés en maternité*

Des valeurs communes émergent en termes de philosophie des soins offerts.

❖ **Respect des couples de parents**

Les différentes structures revendiquent l'accompagnement personnalisé des couples dans le respect de leurs désirs et leur intégrité physique, psychologique et émotionnelle ainsi que leur autonomie.

« Chez nous c'est avant tout ... la physiologie de la grossesse du travail et de l'accouchement. Ça c'est vraiment ce qui est prôné. Ce qui est, je pense, respecté, est vraiment l'autonomie de la mère » (E11L4-6)

❖ **Respect de la physiologie**

De manière globale, la philosophie des maternités tend vers le respect de la physiologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

❖ **Soins de qualité**

Les maternités donnent de l'importance aux soins globaux en respectant la sécurité de dyade mère-enfant, tout en intégrant le père.

❖ Soins et culture

Les maternités belges doivent intégrer le respect des parents dans leur culture autant à Bruxelles qu'en Région Wallonne. Les sages-femmes peuvent alors être confrontées à des prises en charge complexifiées par la barrière de la langue, des coutumes ou croyances.

« C'est une dame qui était excisée et infibulée et donc quand il a fallu la sonder, l'examiner (...) ça a été des gestes qui ont été très difficiles à poser » (E7L295-297)

Elles bénéficient parfois de l'aide d'un interprète, d'un membre de l'institution parlant la langue de la patiente ou utilisent une application mobile pour les aider à communiquer. Ces soins demandent alors plus d'énergie à la sage-femme.

❖ Adéquation avec la philosophie de l'employée

La philosophie des soins offerts au sein des différentes maternités rejoint en général les valeurs professionnelles personnelles de la sage-femme. Le lieu de travail est souvent choisi car il correspond à l'identité que la sage-femme s'est construite au fil de sa formation initiale puis continue.

Une sage-femme travaille cependant dans une maternité où ses valeurs sont mises à mal par le pouvoir des gynécologues. Elle souligne notamment un manque de respect des valeurs des soins et essaye de se battre pour les femmes qu'elle accompagne.

« On travaille avec des gynécologues et on fait pas ce qu'on veut et (...) on fait des choses qu'on a pas envie de faire » (E10L12-13)

❖ Pouvoir des gynécologues

Les gynécologues ont le pouvoir sur les sages-femmes et la philosophie des soins. En majorité, cette dernière évolue vers plus de respect de la physiologie mais elle dépend surtout de l'impulsion donnée par le ou la gynécologue en chef.

Les sages-femmes notent aussi une évolution des paradigmes médicaux. La « jeune génération » de gynécologues semble plus ouverte et les échanges facilités entre équipes lorsqu'ils apprennent pendant leurs études avec les sages-femmes de terrain.

« Ils sont pas très encadrés par les autres gynéco. (...) ils nous demandent de suivre le travail avec nous (...) souvent on les forme un peu à la thérapeutique posturale. Déjà dès qu'ils arrivent, donc du coup ils sont un petit plus ... ouverts. (rire) » (E5L215-218)

L'unité au sein de l'équipe médicale favorise une évolution vers la physiologie et le travail en collaboration avec la sage-femme.

« Les anciens gynécologues... ne sont pas butés et essayent de s'adapter aussi, donc ça y'a vraiment beaucoup de collaboration entre les jeunes, les plus anciens et les sages-femmes » (E6L127-129)

Le financement à l'acte et la philosophie de travail des gynécologues impactent également la diversité des actes réalisés par les sages-femmes, surtout en salle d'accouchement, notamment lorsque les patientes sont privatisées. Ceci amène de nouvelles attentes, notamment en termes d'infrastructures souvent non satisfaites par manque de budget.

La manière dont le gynécologue privé travaille retentit sur sa relation avec la sage-femme. Quand la privatisation des patientes affecte trop le travail de celle-ci, elle se retrouve en difficulté face à une médicalisation jugée non nécessaire. L'évolution de la société avec la dénonciation des violences obstétricales faites aux femmes permet cependant aux gynécologues d'évoluer et de développer l'empowerment des femmes enceintes.

*« Avec tout ce qu'on entend sur les **violences obstétricales** et compagnie, je crois qu'ils se remettent un peu en question, je trouve que ça s'améliore, à la fois par l'arrivée des jeunes et aussi parce que maintenant nous **on refuse un peu plus de faire les choses** et aussi parce que **les femmes refusent aussi** » (E10L136-139)*

3.1.1.3. Effets des politiques de santé publique sur les maternités

Les conséquences des récentes politiques mettent en difficulté l'application d'une philosophie respectueuse de la physiologie périnatale.

❖ Restrictions budgétaires

Le travail des sages-femmes engage leur responsabilité alors que le manque de moyens matériels et en ressources humaines augmente leur sensation d'insécurité.

*« Le manque de matériel ou un matériel obsolète, ou des chambres qui sont pas bien renflouées, des problèmes plus de gestion et d'intendance ou ça, **ça peut rajouter du stress**. Une table de réanimation bébé pas bien remontée... une couveuse qui a pas été vérifiée » (E7L255-257)*

Elles sentent une mise en danger quand le profit de l'entreprise hospitalière prend le dessus sur les conditions de travail.

*« Officieusement c'est comme un peu partout **rendement avant tout**, peu importe la sécurité et voilà il faut que ça rapporte de l'argent, c'est le **premier principe qui est appliqué** je pense » (E10L8-9)*

D'ailleurs, une seule sage-femme note une amélioration des conditions de travail au fil de ses 23 ans d'ancienneté.

❖ Fusions hospitalières

Les politiques de santé récentes ont abouti à la fusion de certaines maternités, ce qui affecte aussi les dynamiques d'équipes. Une sage-femme en ayant fait l'expérience évoque ainsi le fait qu'elle ait du mal à trouver l'existence d'une philosophie de soins dans le service où elle est depuis maintenant 3 ans. Il semble qu'il n'y ait plus de réel esprit d'équipe.

« Un peu de **compétition** j'ai l'impression avec certaines en disant « Ah celles de (nom de l'hôpital) elles travaillent comme ça... celles d'ici comme ça... » Oui ça a créé des petites **tensions** c'est inévitable » (E13L92-94)

Les dernières recommandations du KCE au sujet des fermetures des petites structures inquiètent les sages-femmes.

« On va devoir regrouper les maternités de (2 villes) et là l'entente entre les gynécologues va du coup pas être là, **on travaille pas du tout de la même façon** donc ça, ça va pas du tout le **faire** » (E11L406-408)

3.1.2. Sage-femme hospitalière, une vocation

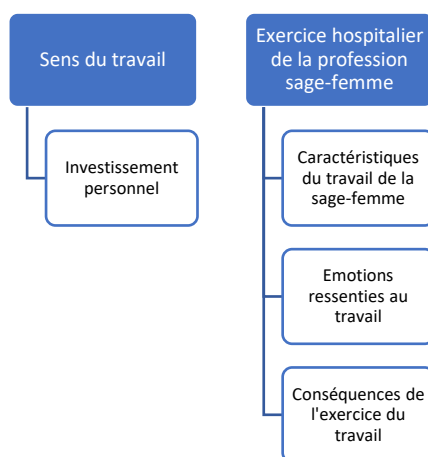


Figure 3: Exercice de la profession sage-femme hospitalière

Nous décrivons dans cette partie les perceptions des sages-femmes quant à leur investissement personnel et les conditions du travail hospitalier. Les différents aspects abordés sont représentés sur la Figure 3 ci-dessus. L'adéquation entre la philosophie des maternités et leurs valeurs personnelles renforce les sentiments positifs : la majorité semble en effet effectuer un travail qui leur plaît.

3.1.2.1. Sens du travail

Le sens du travail est très important pour la sage-femme qui tient à s'épanouir dans sa profession. Elles sont motivées par l'amour de leur métier, le respect de leurs valeurs, le bien-être de leurs patientes et leurs collègues.

❖ Investissement personnel

Les sages-femmes interrogées s'investissent au-delà des difficultés organisationnelles rencontrées. Elles s'impliquent souvent aussi dans des projets de manière volontaire (amélioration des dossiers informatiques, groupe pour les parents endeuillés...) mais leur équilibre entre travail et vie privée semble nécessaire car un surinvestissement au travail est néfaste. Ainsi, après avoir été chef de service, une sage-femme souhaite maintenant préserver

son énergie. Une autre a changé d'emploi après avoir travaillé dans un service trop énergivore pour elle. Une autre ayant connu des difficultés au sein de son équipe ne souhaite pas s'investir autant qu'elle le faisait.

Dès lors, si leurs conditions de travail sont difficiles, les sages-femmes préfèrent s'investir dans la relation avec leurs patientes plutôt que dans le service.

3.1.2.2. *Exercice hospitalier de la profession sage-femme*

Décrivant les contextes hospitaliers, les entretiens ont aussi permis de comprendre comment les maternités organisent le travail de terrain.

❖ **Variabilité des caractéristiques du travail de la sage-femme**

Le post-partum et la salle d'accouchement forment les deux services de base de la maternité. Certains hôpitaux ont également un centre de grossesse à haut risque, un centre néonatal ou un centre de néonatalogie intensive pour l'accueil des grands prématurés.

Les sages-femmes travaillent dans ces différents services : « fixes » ou « tournantes » pour une période courte (changement de service au jour le jour) ou plus longue (tournantes organisées sur plusieurs mois). La charge de travail aléatoire et lorsque l'effectif n'est pas suffisant les sages-femmes ne peuvent accompagner les parents comme elles l'auraient voulu. Afin d'assurer une continuité des soins, elles travaillent par équipe sur différentes pauses et la gestion des horaires représente une difficulté dans l'organisation de leur vie privée pour concilier vie sociale, vie de famille et activités personnelles.

Certaines sont confrontées à des collègues plus âgées ne souhaitant plus travailler en salle d'accouchement pour ne pas endosser de responsabilités. Lorsque les sages-femmes se spécifient dans une branche par peur des responsabilités, elles peuvent perdre leur expertise professionnelle. Cela représente des difficultés pour l'équipe, lorsqu'elles ne savent plus prendre en charge les patientes et lorsque la chef de service soutient cette manière de fonctionner, les sages-femmes polyvalentes doivent absorber une charge de travail supplémentaire.

« Elle ne sait pas travailler quoi : c'est un bou-let ! (...) Et donc (...) la chef (...) elle t'appelle : « ben écoute demain tu dois faire l'après-midi parce qu'en fait j'ai l'intérimaire, une jeune et celle-ci donc c'est pas possible, tu dois faire l'après-midi pour faire support. » »
(E2L204-207)

La qualification du personnel des maternités peut conduire les sages-femmes à ne pas réaliser de prise en charge globale lorsqu'il reste encore des puéricultrices. Elles se répartissent alors les patientes et leurs bébés et organisent elles-mêmes leur journée de travail en fonction des habitudes du service.

Comme vu précédemment, la variété des actes dépend de l'équipe obstétricale. La sage-femme sera moins impactée si elle travaille en maternité où les gynécologues interviennent moins dans les prises en charge lorsqu'un avis médical n'est pas nécessaire. En néonatalogie, les sages-femmes dépendent plus des ordres médicaux des pédiatres mais organisent leur journée en autonomie, pourtant elles semblent y être moins à l'aise par manque d'expérience ou de formation. Lorsque les sages-femmes changent régulièrement de service, elles n'ont pas assez de temps pour développer leurs compétences au sein de ce service spécifique, dans lequel elles vont également moins en stage pendant leurs études.

❖ **Emotions ressenties au travail**

De manière générale, les sages-femmes hospitalières éprouvent des sentiments positifs en allant travailler. C'est cependant plus laborieux lorsqu'elles ont vécu des situations de soins difficiles (deuil périnatal, complications obstétricales). De même, l'apparition de la pandémie de Covid 19 diminue le sentiment de sécurité des sages-femmes, mais elles se sentent d'une manière générale bien dans l'exercice de leur profession.

La majorité des sages-femmes ressentent du stress au travail : celui-ci est reconnu par l'ensemble de celles-ci comme un métier les confrontant à des situations stressantes diverses, les stresseurs étant subjectifs et multifactoriels. Le stress est perçu lors de situations aiguës (prises en charge particulières et compliquées, charge de travail augmentée) mais pas vécu de manière chronique.

❖ **Conséquences de l'exercice du travail**

Lorsqu'elles terminent une journée de travail, les sages-femmes ressentent une fatigue physique.

*« C'est un boulot où **on s'investit physiquement et mentalement** et donc j'ai un coup de pompe en rentrant, même quand la journée se passe bien. » (E7L201-202)*

Emotionnellement, les sages-femmes sont également affectées par les situations de soins qu'elles vivent, positivement ou négativement. Laisser le travail au travail semble parfois difficile, le trajet de retour permet aux sages-femmes de prendre un temps pour elles et de ne pas impacter trop leur vie privée. Leur travail, associé à une charge émotionnelle forte, nécessite donc un développement des compétences émotionnelles.

3.1.3. Stresseurs rencontrés lors de la pratique hospitalière

Dans cette partie, nous décrivons les différents stresseurs perçus par les sages-femmes. Trois catégories émergent : ceux liés aux relations humaines au travail, à l'organisation de celui-ci ou à des facteurs personnels. Ils sont synthétisés par la Figure 4 ci-après. Nous verrons par la suite quelles stratégies positives existent au sein des services obstétricaux et permettent de diminuer le stress perçu provenant d'éléments négatifs.

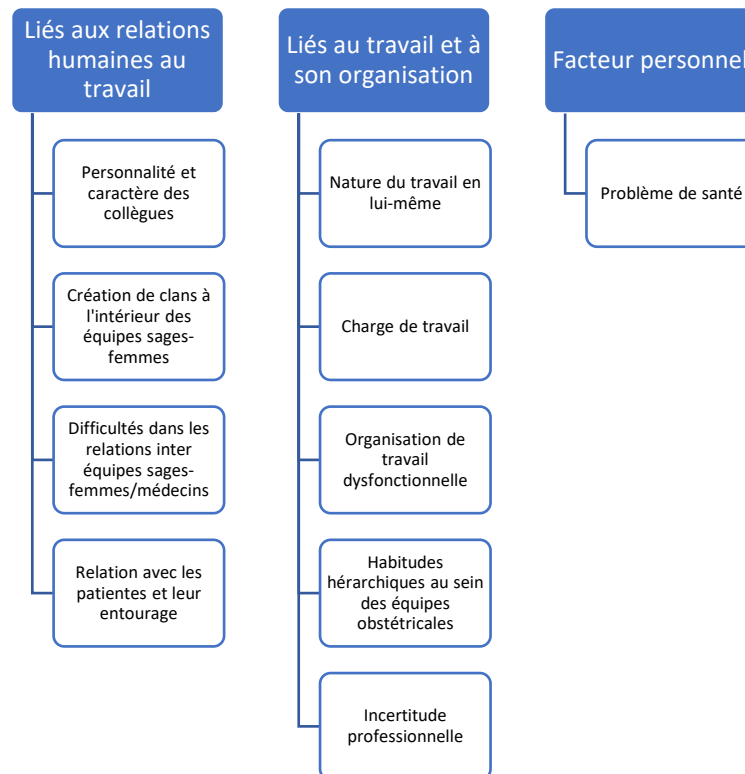


Figure 4: Stresseurs perçus par les sages-femmes lors de l'exercice professionnel hospitalier

3.1.3.1. Liés aux relations humaines au travail

❖ **Personnalité et caractère des collègues**

Les sages-femmes hospitalières peuvent être stressées par leurs collègues. Il peut s'agir de plus anciennes qui n'ont pas fait évoluer leurs techniques, de personnes moins motivées, qui ne réalisent pas le travail de la même manière ou qui ne respectent pas la physiologie périnatale et les protocoles du service.

« **Elles prennent leur travail un peu à la légère, elles bouclent pas tout leur boulot et donc quand on sait qu'on va faire des après-midi à deux avec quelqu'un qui n'est pas efficace ben... voilà.. je vais travailler avec des pieds de plomb à ce moment-là. Et ça me stresse.** » (E1L225-228)

La chef de service peut également être un stresser. L'équipe a l'impression qu'elle ne comprend pas le travail de terrain quand son chef effectue beaucoup de tâches administratives. Elle peut aussi augmenter le stress professionnel quand elle renforce sa position d'autorité en les contrôlant et en affichant sa mauvaise humeur.

Les sages-femmes peuvent même subir certains médecins « maltraitants » : il s'agit souvent de problèmes de communication et d'un manque de respect.

*« Franchement jamais on m'a parlé comme ça, **comme une grosse merde** quoi! » (E14L216-217)*

Les sages-femmes qui vivent ces situations ne se sentent pas respectées. Les gestes déplacés ou violents sont rares mais évoqués par l'une d'entre elles.

*« Les gynécos je me suis dit « **ils sont cinglés** ou quoi?? » L'autre dingue de (Nom du chef de service), il, **il te prenait une farde il te la claquait sur la tête !** » (E14L243-245)*

Les équipes paraissent habituées à ces comportements et rien ne semble être fait pour améliorer les choses...

*« Les filles elles me disaient « ouais mais tu sais... il opère bien... » Tes collègues elles te disent ça, mais j'en ai rien à foutre moi qu'il opère bien ! J'avais l'impression que, si tu veux, **elles étaient comme... habituées** quoi... La **maltraitance**... et que ça leur sautait pas aux yeux » (E14L248-250)*

... Ce qui peut pousser certaines sages-femmes à changer de travail.

*« Après j'ai plus voulu faire sage-femme quoi! j'ai fait trois ans autre chose, tellement... tellement ça m'a été loin je me suis dit « si c'est pour travailler comme ça non... **je préfère faire caissière** » (E14L255-257)*

❖ **Création de clans à l'intérieur des équipes sages-femmes**

Les difficultés peuvent également être augmentées au sein de l'équipe lorsque des clans se forment. Les sages-femmes se sentent en insécurité en assumant la responsabilité du service lorsqu'elles travaillent avec des collègues qui ont perdu leur expertise professionnelle avec le temps.

Les clans, formés par habitudes de travail ou par affinités, dans des sous-groupes, peuvent rendre difficile l'intégration d'une nouvelle et annihiler l'esprit d'équipe.

*« **C'est vraiment Koh Lanta** : le clan des jaunes et le clan des rouges » (E11L195)*

❖ **Difficultés dans les relations inter équipes sages-femmes/médecins**

Les sages-femmes se retrouvent parfois en difficulté face aux gynécologues, toujours entre les médecins et les patientes, à se battre pour les valeurs qui leur tiennent à cœur. Il peut être difficile d'accompagner une patiente en sachant qu'un anesthésiste ne se déplacera pas de nuit

dans le cadre d'un déclenchement médical du travail. De même, il est très compliqué de respecter des protocoles qui changent d'un jour à l'autre en fonction des médecins.

Elles ont aussi beaucoup de difficultés face à une philosophie peu humaniste, comme dans les unités de réanimation néonatale intensive. En effet, elles s'attachent à ces grands prématurés qu'elles soignent parfois pendant des mois.

*« [Les médecins] Qui vivent leur vie, qui font leur traitement, **qui considèrent les enfants comme des objets** et ça, ça me rend malade parce que je trouve qu'un enfant c'est un être humain et qu'il faut en prendre soin. Et pas.. « bah voilà **le lit numéro 5** » (E3L148-150)*

De même, quand les médecins ne sont pas toujours à l'écoute et que le travail bascule vers la pathologie, la sage-femme ne se sent pas toujours soutenue et rassurée.

❖ **Relation avec les patientes et leur entourage**

Lorsqu'elles travaillent, elles doivent s'adapter à la personnalité complexe des couples qu'elles rencontrent. La privatisation des patientes peut également amener des tensions car le rôle de soignant étant moins respecté face aux exigences de la « clientèle ». Le métier nécessite donc des compétences émotionnelles importantes, leur permettant d'absorber les émotions négatives des patientes et accompagnants.

*« Après il y a des parents qui ont en marre parce que c'est long, le séjour est parfois très, très, très long et donc du coup **c'est la colère qui parle** en fait. Et donc ils se fâchent sur certaines filles, après ils s'en veulent.. mais c'est légitime d'être fâchés» (E3L129-131, en service néonatal intensif)*

3.1.3.2. *Liés au travail et à son organisation*

❖ **Nature du travail en lui-même**

Les sages-femmes sont régulièrement interrompues dans leurs soins : les accouchements ne se programment pas et les rythmes des parents doivent être respectés. Une charge mentale importante pèse sur la sage-femme qui réalise ses soins mais doit aussi effectuer le travail administratif d'encodage. La complexité des cas, la confrontation à l'urgence ou l'exercice au sein d'un service dans lequel les sages-femmes sont moins expérimentées peuvent les mettre en difficulté.

*« Même si c'est pas des stress aigus y'a toujours... une... **une incertitude** qui est là voilà. Qui est propre aux naissances quoi, et **faut pas la nier non plus**, faut... **c'est ça aussi qui permet de rester vigilant.** » (E14L312-314)*

Les sages-femmes accompagnent la physiologie de la naissance mais sont également aux premières loges pour déceler la pathologie. L'inattendu génère du stress qui sera d'autant plus

important lorsqu'elles n'ont jamais été confrontées sur le terrain à des situations nouvelles. Le métier est reconnu comme agréable, cependant elles n'oublient pas les difficultés ressenties lorsque les situations se dégradent et qu'elles sont confrontées à la mort.

*« Après parfois y'a des accouchements où tu te dis « **mon Dieu ce qui a été fait là c'est une horreur** ».. (...) parfois les instrumentations forcées à fond, où ils essayent vraiment plusieurs fois, où on voit que ça devient compliqué... les périnées après, tu vois l'état des périnées t'es là « Ooh... » (E8L383-387)*

La confrontation aux violences obstétricales est également difficile pour les sages-femmes qui défendent le respect du corps et des décisions des femmes, mais elles ont peu de pouvoir face à l'autorité médicale et soutiennent leurs patientes du mieux qu'elles le peuvent.

*« Une patiente qui dit dans son projet de naissance « je souhaite ne pas avoir d'épisiotomie »... un gynécologue dit « oui, oui y'a pas de problème » et qui au moment de l'accouchement coupe sans prévenir la patiente, sans l'informer... **pour moi c'est quelque chose qui est impossible à supporter** » (E15L153-156)*

Les sages-femmes sont également confrontées à un environnement de travail complexe et doivent prendre en charge des pathologies obstétricales ou néonatales.

❖ **Charge de travail**

Les sages-femmes sont confrontées régulièrement à une lourde charge de travail. Souvent des impératifs institutionnels comme la récupération des heures supplémentaires entraînent la suppression d'une sage-femme dans l'effectif de la pause suivante.

« On a l'habitude d'être tout le temps à assumer des charges de travail lourdes, quand c'est plus calme... Eh bien on supprime du personnel pour le mettre en récupération, (...) du coup même quand c'est calme, c'est quand même le bordel » (E11L116-119)

Les sages-femmes se sentent en général bien dans l'exercice de leur profession, lorsque la charge de travail est en adéquation avec l'effectif en personnel. Seule celle travaillant en milieu universitaire semble en être satisfaite. Deux d'entre elles ont vécu un burnout lorsqu'elles ont travaillé dans un contexte ou rôle professionnel (celui de chef) qui les a mises en difficulté. Elles avaient alors du mal à se rendre au travail mais se sentent désormais mieux car leurs tâches leur correspondent davantage.

L'augmentation de la charge de travail diminue le temps passé auprès des patientes ainsi que la sécurité des soins (erreurs, soins oubliés).

*« Si t'as beaucoup (...) tu sais pas prendre le temps, t'es stressée d'oublier ou de mal faire un truc... **de te tromper** » (E8L348-349)*

Elles sont obligées de privilégier la réalisation des actes techniques, ce qui leur fait perdre le sens de leur travail.

« *On n'a plus le temps de s'occuper des patients correctement* » (E10L23)

L'informatisation des dossiers et l'augmentation des tâches administratives deviennent une charge de plus en plus présente, certaines maternités allant jusqu'à l'informatisation de la pharmacie.

« *On a l'impression d'être des robots, on n'a plus le temps de faire d'éducation.* » (E10L25)

La charge de travail augmentée diminue la qualité des soins perçue. En outre, le respect de la physiologie de la naissance et l'individualisation des prises en charge peuvent être une difficulté quand les services ne bénéficient pas de protocoles sécurisants. Ceux-ci semblent être un outil pouvant aider les sages-femmes à gérer leurs responsabilités. Certains services sont parfois laissés sans surveillance la nuit, ce qui peut être le cas de la maternité ou d'un petit centre néonatal si la salle d'accouchement déborde.

« *Je suis tombée en burnout justement à cause de cette charge de travail qui était difficile à gérer... on demande beaucoup en nous donnant peu et quand on essaye de s'investir y'a toujours des barrières... on n'est pas très suivies, on nous écoute pas* » (E15L61-64)

- **Conséquences de l'absentéisme**

L'absentéisme est présent plus ou moins fortement et entraîne des problèmes de remplacements, pour lesquels les sages-femmes semblent peu soutenues.

« *Il y a eu une période où il y avait beaucoup, beaucoup de certificats... ça prouvait aussi, ça soulignait un peu la mauvaise ambiance de l'équipe* » (E13L333-334)

Il existe une communication inadéquate sur la manière dont elles sont invitées à revenir travailler : l'autorité de la chef leur pèse et les sages-femmes ne semblent pas pouvoir s'exprimer librement.

« *On te fait comprendre que t'as pas le choix, qu'en fait tu n'as pas le choix. C'est même pas on te téléphone pas pour te le demander, c'est pour te dire que tu bosses* » (E13L375-377)

- **Encadrement des nouveaux et turnover**

Le turnover du personnel représente une charge de travail supplémentaire (formation de leurs nouvelles collègues ou des étudiant(e)s). L'encadrement qui est nécessaire n'est pas toujours facilement réalisable en fonction de la charge de travail, ce qui amène des difficultés dans la gestion du stress des apprenantes mais également chez les sages-femmes qui les encadrent.

« *Si c'est des nouvelles... voilà en fonction de la charge de travail c'est aussi un stress de responsabilités à avoir, de dire ben c'est moi qu'on va venir voir pour se rassurer, pour poser les questions. Mais moi du coup je me rassure auprès de qui ?* » E7L228-231

Ce turnover est parfois programmé (départ en pension) ou imprévisible (changement de service du personnel, écartement de grossesse), mais l'encadrement semble un travail moins apprécié car il diminue l'engagement personnel dans ses propres soins et demande beaucoup d'énergie. Le stress ressenti peut en être augmenté car le travail doit être pourtant réalisé dans le temps imparti.

Les nouvelles engagées arrivent donc parfois dans des conditions difficiles où elles sont soumises à un test d'arrivée par l'équipe sage-femme ou médicale, ce qui peut également renforcer leur anxiété.

❖ **Organisation de travail dysfonctionnelle**

La spécificité du travail réalisé dans les maternités par les sages-femmes rend difficile l'aide extérieure d'une infirmière.

*« Ce n'est pas la volante qui est responsable d'aller donner un coup de main dans l'hôpital, qui a le temps de rester en stand-by en maternité, et qui en plus **n'arrive pas à avoir les réponses adéquates** aux demandes des mamans en maternité ! **Parce que c'est une infirmière.** » (E6L27-30)*

Une structure a envisagé d'engager une sage-femme consultante en lactation afin d'alléger la charge de travail augmentée par les complications de l'allaitement maternel, pourtant cette stratégie est finalement inadaptée car insuffisante. Alors que des sages-femmes assignées à une équipe mobile de remplacement sont rares et seraient plus adaptées.

De même, lorsque l'organisation du service fait que les gynécologues ne sont pas présents sur place lors des gardes, l'insécurité augmente.

❖ **Habitudes hiérarchiques au sein des équipes obstétricales**

L'autorité médicale reste parfois présente entre les sages-femmes et les médecins, avec l'impossibilité d'avoir une communication constructive.

*« « Moi je suis médecin, toi t'es sage-femme et tu fais ce que je dis » et donc **tu peux pas discuter**, et si tu respectes pas il va parler à la chef... » (E8L256-258)*

Lorsque les patientes sont privées, l'autonomie se réduit à suivre la ligne de conduite du gynécologue et le contrôle de leur travail par les médecins peut dès lors être exacerbé.

*« **Quand on doit appeler à chaque toucher.. C'est quand même pas hyper gai. Bon après on s'habitue** » (E8L205-206)*

Certains gynécologues vont jusqu'à effectuer personnellement des actes techniques auprès des patientes en travail, afin de mieux faire coïncider ses différentes contraintes horaires.

« *Si le gynéco s'en mêle et vient rompre des poches sans nous le dire au milieu du bazar, c'est l'enfer quoi* » (E10L177-178)

Lorsqu'elles échouent à concilier leur propre travail avec les horaires des gynécologues, les sages-femmes peuvent être confrontées à subir la colère de ces derniers.

« *Il m'a fait une **crise de nerf**... que sa femme avait loupé un accouchement! Mais moi j'en pouvais rien! Elle était en salle d'op, c'était une troisième pare... qui avait pas de péri, **ben oui ! cette femme elle a accouché avec moi*** » E14L206-208

Il semblerait toutefois que l'évolution des mentalités soit bénéfique car les jeunes gynécologues sembleraient plus respectueux à la fois de la physiologie de la naissance mais également de l'autonomie de la sage-femme.

« *Les gynécos c'étaient de très vieux gynécos et donc c'était la hiérarchie, t'étais la petite sage-femme et euh... **tu devais exécuter** et puis point barre **il fallait surtout la fermer.*** » (E13L103-105)

La culture de la formation des gynécologues semble aussi influencer la vision qu'ils ont de l'autonomie de la sage-femme. Les gynécologues étrangers s'installant en Belgique semblent s'adapter à l'autonomie plus importante de la praticienne belge.

« *En Italie par exemple, la sage-femme n'a pas beaucoup d'autonomie donc c'est vrai que quand ils arrivent, **le temps qu'ils comprennent** en fait... qu'on a notre propre autonomie, parfois **il peut y avoir des petites frictions**... et après ça s'arrange* » (E15L266-268)

Lorsque les sages-femmes sont autonomes dans la gestion de leur journée et de leurs patientes, celles-ci peuvent aussi subir l'autorité de gynécologues qui ne sont pas responsables de leur service.

« *Quand ils viennent ils regardent les monitorings, ils disent « euh elle est à combien [de centimètres] la patiente? et t'as fait si t'as fait ça? est-ce que t'as rompu la poche? » Alors que... **ils sont pas en salle d'accouchement, c'est pas à eux de gérer les situations**... ça ça fait aussi une charge supérieure, surtout psychologique et émotionnelle* » (E15L176-179)

Les sages-femmes ressentent aussi un manque de valorisation de la part de médecins qui ne s'intéressent pas à la nature même de leur travail ni ne soutiennent les valeurs des soins qu'elles réalisent.

« *Chez nous, **personne s'investit**, le gynéco n'est jamais venu à une seule réunion* » (E1L489-490)

❖ **Incertitude professionnelle**

Lorsque les sages-femmes ne sont pas reconnues par l'institution grâce à un contrat d'emploi stable : elles sont en insécurité personnelle quand les contrats à durée déterminée s'enchaînent, comme cela devient la règle dans un certain nombre de centres hospitaliers.

« Ils ont carrément falsifié mon contrat... c'est un contrat en double volet, ils ont arraché la première page, réimprimé une autre page... je veux dire c'est un faux en écriture »
(E11L267-629)

3.1.3.3. Facteurs personnels

❖ Problème de santé

Une des sages-femmes parle d'un souci de santé : un problème auditif augmente sa difficulté en salle d'accouchement, où l'ouïe est aussi un outil de travail.

3.1.4. Prévention du stress au travail

Bien que les sages-femmes soient confrontées à différents stressseurs, plusieurs stratégies de prévention du stress professionnel ont été identifiées lors de l'analyse qualitative. Nous les décrivons en fonction des niveaux par lesquels elles sont proposées : à savoir au niveau de l'institution hospitalière, de l'équipe pluridisciplinaire ainsi qu'à un niveau plus personnel. Nous analyserons ensuite les mesures souhaitées par les employées dans la lutte contre leur stress perçu. Elles sont représentées dans la Figure 5 ci-dessous.

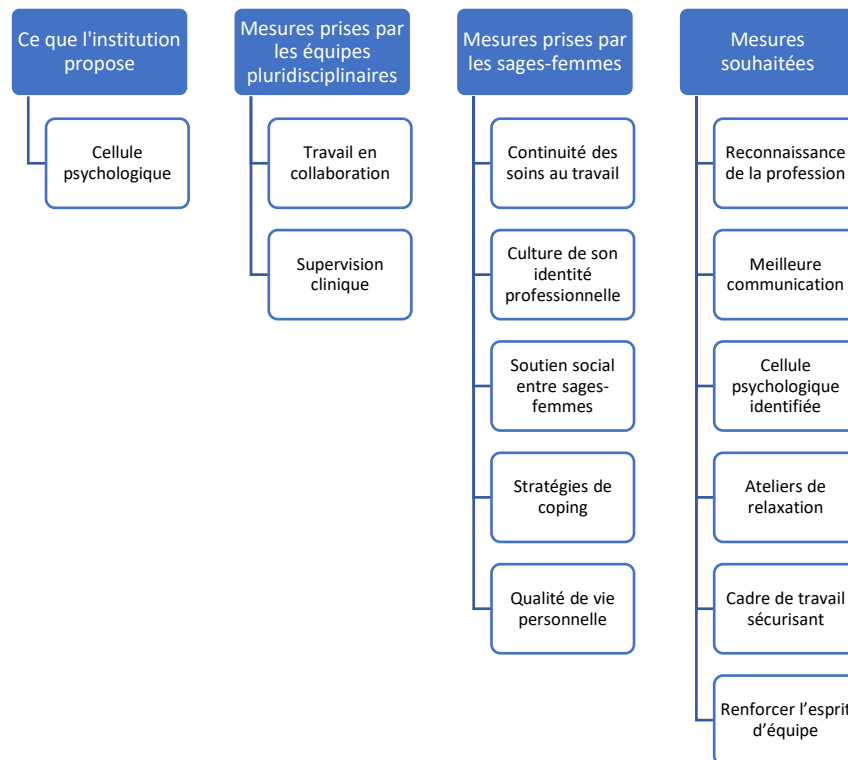


Figure 5: Mesures de prévention du stress professionnel de la sage-femme hospitalière

3.1.4.1. Ce que l'institution propose

Les institutions semblent peu s'investir dans la prévention du stress professionnel. Des journées bien-être, des ateliers sur la respiration ou des consultations sur la gestion du stress sont parfois

organisés mais ne tiennent pas compte des horaires des soignants : un manque de participation est donc à déplorer.

« Ça se fait pendant les temps de midi aussi... donc toi t'es là t'as ton seul moment de pause, t'as pas forcément envie de faire un atelier » (E8L438-439)

Les sages-femmes ne semblent pas convaincues par ce que propose leur employeur. Au sein d'un hôpital, une enquête est réalisée une année sur deux mais reste sans suite.

Souvent lorsque les équipes sont confrontées à la mort, au sein de membres de l'équipe ou lors de prises en charge notamment celles de prématurés, rien n'est organisé.

« Cet été on a eu 8 décès, quasi à la suite les uns des autres donc c'était très dur... Y'a eu quelques filles qui se sont écroulées, y'a eu quelques burnout qui sont passés par là... » (E3L245-247)

Il faut également attendre des événements déclencheurs, comme des problèmes d'équipes amplifiés, pour que l'institution propose des formations sur la communication. Seul un hôpital se lance dans une équipe de « sages-femmes remplaçantes » afin d'agir sur les stressés liés à l'environnement de travail.

❖ Cellule psychologique

Le recours à une cellule psychologique au sein des hôpitaux est réalisé en routine dans un seul hôpital afin de discuter des situations de soins plus complexes avec les sages-femmes. Les membres de l'équipe identifient cependant les psychologues rattachés au service ou à l'institution comme une ressource mobilisable. Lorsque des situations plus problématiques arrivent, les chefs de service font appel au soutien d'une cellule psychologique (intra ou extra hospitalière), cependant les rencontres sont peu nombreuses et s'essouffent vite avec le temps. Ces rencontres peuvent également être inadaptées lorsque l'organisation de celles-ci ne se préoccupe pas des disponibilités des sages-femmes ayant vécu des situations de soins difficiles.

« C'était un jour où j'étais pas disponible et donc on a répondu « ben t'es pas là tant pis ». Alors que j'étais la première concernée dans cette histoire » (E7L283-284)

3.1.4.2. Mesures prises par les équipes pluridisciplinaires

❖ Travail en collaboration

Même si la pratique privée des gynécologues est un stresser en salle d'accouchement, les équipes de sages-femmes entretiennent en général de bonnes relations avec les gynécologues lorsqu'elles se sentent respectées en tant que personne et dans leur rôle professionnel.

« On a des gynécos, ça c'est un avantage, des gynécos très compréhensifs et qui travaillent vraiment beaucoup en collaboration avec les sages-femmes, qui tiennent pas mal compte de l'avis des sages-femmes » (E6L113-115)

A la maternité, la sage-femme travaille également en étroite partenariat avec les pédiatres. Le travail en collaboration en vue du bien-être des patientes prend donc tout son sens lorsque les sages-femmes ont l'occasion de prendre part aux décisions médicales.

« Je suis une collègue et pas la petite sage-femme, la petite exécutante, on discute, ils me posent des questions, ils me demandent des choses » (E13L218-219)

Le travail en collaboration est facilité par une relation de confiance qui s'installe avec le temps et les échanges entre les professionnels. Une meilleure connaissance de l'autre permet de diminuer les tensions et le stress ressenti face à une nouvelle sage-femme.

*« C'est qu'il fallait **gagner leur respect** entre guillemets, au bout de deux, trois ans d'expérience, je me suis sentie beaucoup plus à l'aise au bout de deux, trois ans de travail, où là on nous fait plus confiance » (E7L122-124)*

L'aptitude à communiquer est essentielle pour créer une relation d'échange et de confiance car lorsque la collaboration est forte, cela confère à la sage-femme une grande autonomie au sein de son travail.

*« En général ils ont quand même une **confiance assez large** et donc on les appelle que si y'a un souci mais si tout va bien on n'a pas à les contacter. » (E9L98-100)*

L'autonomie de la sage-femme peut également dépendre de la pause prestée : notamment la nuit où les sages-femmes sont plus indépendantes.

Le travail en collaboration avec les médecins représente un atout au niveau de la ligne hiérarchique hospitalière car ils peuvent être des alliés pour défendre les projets de service. Les gynécologues peuvent être une vraie source de soutien social pour les sages-femmes.

*« Y'a même une gynéco elle met par exemple des petits papiers sur le frigo, des petits post-it pour faire des compliments aux autres. Ça s'appelle "**free compliment**" » (E14L265-266)*

❖ Supervision clinique

Un seul hôpital procède deux fois par an à un atelier de simulation d'urgences obstétricales faisant participer les différents intervenants d'une situation de soins dans un climat d'échange et d'apprentissage qui permet à chacun d'évoluer, d'échanger et de se remettre en question.

*« On fait des **simulations des jeux de rôles**, et on essaye de se mettre dans des situations d'urgences, des césariennes en urgence en général, pour telle ou telle raison et on fait un débriefing par rapport à ça. Donc c'est vraiment **tout l'hôpital** : vraiment... les admissions, tout le monde est en jeu de rôle et on essaye de voir ce qui ne fonctionne pas par rapport à ça, et comment faire pour y remédier » (E6L235-239)*

Les autres équipes obstétricales proposent des débriefings après la survenue d'une prise en charge difficile. Les sages-femmes vivent différemment ces séances : elles peuvent être bénéfiques pour certaines ou sembler n'être qu'une justification des décisions médicales. Ces

séances s'organisent différemment selon les équipes : être ouvertes à tous ou restreintes aux personnes ayant vécu la situation de soin.

3.1.4.3. *Mesures prises par les sages-femmes*

❖ **La continuité des soins au travail**

Les sages-femmes exercent toutes dans des maternités qui prônent la continuité des soins ce qui leur permet de garder un sens au travail ainsi qu'une motivation à un accompagnement humain, dans la globalité de la patiente et de son enfant.

« Ça nous permet d'être polyvalente et de toucher toujours à tout et puis ça a le côté sympa que parfois on a des mamans qu'on a suivies en travail et puis on les retrouve à la maternité donc ça c'est chouette. » (E4L34-36)

Les relations de confiance qu'elles tissent avec les patientes les valorisent, une personnalisation des soins et une capacité d'adaptation sont nécessaires afin d'accompagner au mieux les familles dans leur singularité. Ces relations nécessitent également de la disponibilité et du temps de la part du soignant.

« Elles sont parfois très intenses, il y a beaucoup d'émotion, parfois on s'attache. Ça va dépendre, parfois on a connu déjà la patiente pendant sa grossesse, si on a l'occasion de la recroiser après, parfois y'a vraiment un lien qui se crée, une relation de... une grosse relation de confiance et un lien affectif qui se crée » (E7L85-88)

❖ **La culture de son identité professionnelle**

Une sage-femme participe régulièrement à des formations professionnelles qui lui permettent à la fois de se mettre à jour mais également de se ressourcer pour mieux avancer au travail.

« Quand t'es un peu déçue ou que tu t'y retrouves plus vraiment dans ce que tu as envie de donner dans ton travail et que les contraintes font que tu n'arrives pas à le faire... Le fait de suivre ces formations ça te donne un boost d'énergie et de motivation » (E6L319-322)

❖ **Le soutien social entre sages-femmes**

De manière générale, les sages-femmes décrivent leur équipe comme une grande source de soutien, bien que des affinités individuelles existent plus particulièrement. Ce soutien peut provenir des collègues ou de certaines chefs de services.

« Il y a des affinités plus avec certaines qu'avec d'autres mais on... pour ce qui est du travail en tout cas on se fait confiance les unes les autres et on sait que si on appelle une de nos collègues pour nous aider y'aura aucun problème » (E5L270-272)

Elles s'entraident à la fois en ce qui concerne la charge de travail (aide à la réalisation du travail) mais également en ce qui concerne l'aide à la décision (réflexion entre sages-femmes sur la prise en charge). Les sages-femmes effectuent un véritable travail d'équipe dans lequel elles essaient le plus souvent de tirer parti des forces de chacune afin de s'entraider.

« En néonate, ce qui me diminue mon stress c'est **d'avoir une collègue**... Pédiatrique ou sage-femme **qui a plus l'habitude.** » (E4L339-340)

L'entraide est favorisée lorsque la charge de travail est adaptée à la dotation en personnel. Ce soutien existe entre elles à la fois au niveau de leur contexte professionnel mais semble également présent à un niveau plus personnel lorsqu'un grand esprit d'équipe est présent.

« Je vais pas dire que c'est **comme une grosse famille** mais **c'est tout comme** en fait. Dès qu'il y a quelqu'un qui va pas, on sait qu'on peut se pencher sur l'épaule de l'autre... Et dès qu'il y en a une qui va pas bien, beaucoup viendront auprès de nous pour prendre des nouvelles, nous rassurer, nous motiver. » (E3L136-140)

Cette cohésion est favorisée par des rencontres en dehors du travail, souvent à l'initiative des sages-femmes.

Le vécu personnel leur permet également d'être plus attentives à la gestion des émotions de leurs collègues, et cette capacité est un atout pour les cadres.

« Une des adjointes... parce qu'elle a été malade, elle. (...) quand on n'est pas bien elle sait que ça va pas. Parce qu'elle a connu une souffrance, elle a connu la maladie et elle sait que quand on... fait sonner la sonnette c'est qu'il faut venir. » (E3L443-446)

❖ **Stratégies de coping**

Les sages-femmes interrogées mettent en place des mécanismes différents afin de mieux gérer les émotions ressenties au travail : prise de recul, analyse de la situation avec patience ou humour, mise en place de séance de relaxation, atelier d'écriture...

« Je fais des séances de méditation, je, je suis ancrée dans mon fauteuil, **je me mets dans ma bulle** et je respire calmement, profondément **et je rentre chez moi**... » (E3L340-342)
... afin de préserver leur énergie personnelle et de se détacher de leur travail pour se concentrer sur leur vie personnelle.

Ce travail émotionnel est facilité par une écoute attentive de la sage-femme elle-même, en respectant notamment ses besoins de sommeil et sa fatigue physique.

❖ **Qualité de la vie personnelle**

La richesse de la vie personnelle de la sage-femme lui permet d'analyser son environnement de travail plus favorablement. Elles mettent en place des activités extra-professionnelles (personnelles, familiales ou sociales) variées qui leur permettent de maintenir un équilibre de vie. L'entourage familial représente également un soutien social pour les sages-femmes.

« J'en parle pas tout le temps mais j'en parle de temps en temps à ma maman, je trouve que **c'est gai de pouvoir en discuter** » E8L416-417

Une perception plus positive du travail serait aussi favorisée par l'exercice d'un temps de travail réduit.

3.1.4.4. Mesures souhaitées

Les mesures souhaitées par chacune font référence aux stresseurs qu'elles identifient. Les principales mesures désirées par les sages-femmes ressentant du stress au travail sont :

- une meilleure reconnaissance de la profession et du travail effectué
 - une meilleure communication entre la direction et les équipes par le biais d'une personne ressource externe afin d'améliorer les conditions de travail, de bénéficier d'un effectif en personnel capable d'absorber la charge de travail rencontrée sur le terrain
 - l'existence d'une cellule psychologique clairement identifiée ayant les outils nécessaires pour comprendre les situations de soins périnatales
 - la création d'ateliers de relaxation afin de lâcher le stress vécu au travail, adaptés aux horaires
 - la création d'un cadre plus sécurisant au travail avec : présence d'un gynécologue sur place de manière continue afin d'augmenter le sentiment de sécurité des sages-femmes, réalisation d'ateliers cliniques réguliers en collaboration avec les gynécologues, réalisations de protocoles plus spécifiques, moment réel d'échanges lors des situations difficiles, plus de pratiques dans des domaines spécifiques comme la néonatalogie
 - favoriser l'esprit d'équipe afin d'améliorer les liens entre les sages-femmes
- « *Faire des choses en dehors du boulot, en équipe, pour vivre un peu autre chose que des journées stressantes* » (E10L517-518)

Au-delà de la variété des approches, une constante doit être nécessaire : celle de la régularité de l'accompagnement des équipes.

3.1.5. Point de vue sur l'avenir professionnel

Afin de mettre en balance les stresseurs identifiés et les stratégies de prévention du stress professionnel existantes, une exploration de l'avenir professionnel a été réalisée. Trois possibilités sont citées par les sages-femmes : continuer leur carrière hospitalière, quitter la profession ou se tourner vers une activité complémentaire en tant que sage-femme indépendante. Elles sont reprises dans la Figure 6 ci-dessous.

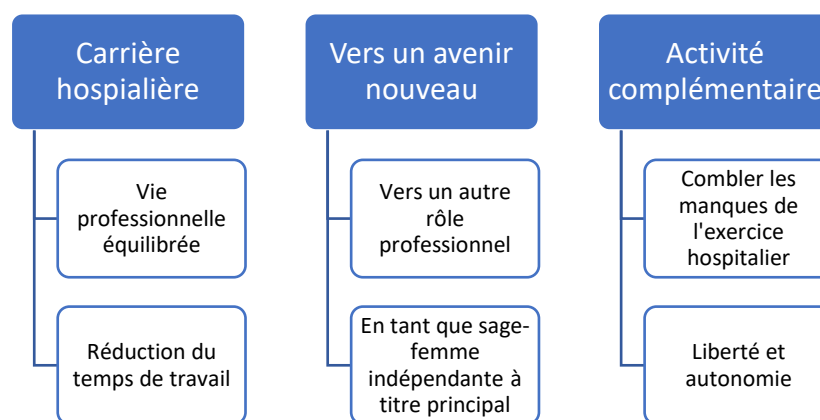


Figure 6: Projection des sages-femmes quant à leur avenir professionnel

3.1.5.1. Carrière hospitalière

A l'heure actuelle, la majorité des sages-femmes interrogées souhaitent continuer leur carrière dans leur lieu de travail actuel tant qu'elles s'y sentiront bien. Certaines l'envisagent cependant avec une diminution du temps de travail afin de consacrer plus de temps à une future vie de famille. L'avenir de la sage-femme se projette en fonction de l'équilibre qu'elle trouve avec son travail.

*« Quand ça correspond plus. Alors je crois qu'il faut **savoir avoir l'intelligence de partir**, de changer, pour être bien... si on se sent stressée ou pas bien, si ça correspond pas aux valeurs, il faut... il faut. Mais faut **trouver le courage**, faut trouver... savoir s'en rendre compte, s'écouter, **oser changer si ça va plus**. » (E14L419-422)*

3.1.5.2. Vers un avenir nouveau

Quatre sages-femmes interrogées envisagent cependant de quitter la profession à court ou moyen terme. Plusieurs raisons sont évoquées :

- l'autonomie qu'elle a en tant que sage-femme ne correspond pas à ses attentes ou risque de régresser suite aux fusions hospitalières
- la sage-femme n'envisage plus de résister aux pressions à moyen ou long terme. Cette sage-femme avait auparavant réalisé un master en Sexologie et Sciences de la famille afin d'avoir une possibilité d'évolution de carrière

*« Je pense que les horaires vont **finir par m'épuiser**... à moins que nos conditions de travail s'améliorent... que le stress diminue... **qu'on se sente moins écrasée par l'argent, et par le fait que tout est une entreprise** » (E10L541-543)*

- les priorités de vie de la sage-femme évoluent (notamment avec sa propre maternité) et semblent incompatibles avec les exigences hospitalières

*« J'ai envie de **pouvoir en profiter autrement** quoi... Là je me rends compte que **ça va pas être compatible**... Après y'en a qui le font et si c'est possible mais... Moi j'ai envie de la voir grandir, c'est maintenant ses plus belles années... » (E13L251-252)*

3.1.5.3. Activité complémentaire

Sans toutefois changer de carrière, 4 sages-femmes hospitalières se sont lancées dans une activité libérale complémentaire afin de combler l'écart entre ce qu'elles offrent à l'hôpital et ce qu'elles souhaitent vraiment proposer aux couples en particulier plus de leur temps et d'écoute mais en ayant également une autonomie parfaite. Varier les fonctions permet à la sage-femme de combler ses manques.

« Le fait d'être indépendante sage-femme à côté ça m'a beaucoup aidée en fait. Parce que, je fais ce que je veux quand je veux avec mes patientes, ma propre patiente à moi. Et donc ça compense un peu de la routine de l'hôpital » (E3L472-474)

3 sages-femmes souhaitent diminuer leur temps de travail hospitalier afin de consacrer plus de temps à une activité de sage-femme indépendante afin de jouir d'une liberté plus importante dans leur prise en charge.

4. Discussion

4.1. Synthèse des résultats

Les résultats de l'étude ont permis de répondre à la question de recherche initiale qui est : « **En Belgique, au sein du secteur hospitalier, quels sont les stressseurs perçus par les sages-femmes et comment leur autonomie et le soutien social leur permettent de faire face aux demandes institutionnelles ?** ». Les sages-femmes rencontrées représentent un échantillon varié de différents lieux de travail hospitaliers ayant des caractéristiques contextuelles similaires :

Les différentes maternités subissent les réformes imposées par les dernières politiques de santé publique en matière de restructuration du paysage hospitalier, le secteur est très empreint de restrictions budgétaires qui pèsent sur l'environnement de travail et se reflète par le biais d'un manque de moyens matériels ou en ressources humaines.

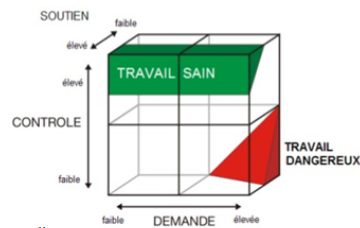
Le travail des sages-femmes est également modifié par la réforme du retour précoce à domicile après l'accouchement : les équipes hospitalières se doivent de réaliser un travail complexe d'accompagnement des parents en un temps réduit avec une charge administrative croissante.

Un changement des paradigmes de soins dans le domaine périnatal est cependant en marche : celui du respect de la physiologie de la naissance ainsi que de l'autonomie des parents. Les sages-femmes sont les premières à défendre ces valeurs et les gynécologues les rejoignent également, surtout lorsqu'il s'agit de la jeune génération. Les futures mères semblent reprendre du pouvoir sur leur corps en s'informant mieux et souhaitant devenir actrices de leur accouchement.

Le modèle du stress professionnel de Karasek et Theorell s'adapte tout à fait à l'analyse de la pratique professionnelle de la sage-femme hospitalière. La Figure 7 ci-dessous représente les difficultés rencontrées sur les lieux de travail.

Soutien faible :

- Au niveau hospitalier : services obstétricaux « à part », management hospitalier de type instrumental, faible pouvoir des sages-femmes en chef sur la ligne hiérarchique
- Au niveau des services périnataux : sage-femme en chef peu soutenante voire démissionnaire, manque de collaboration au sein de l'équipe pluridisciplinaire, manque de moyens matériels et humains, clans au sein des équipes sages-femmes, personnalité et caractère des collègues, incertitude professionnelle, manque de reconnaissance de la profession
- Au niveau de la relation de soins : manque de reconnaissance des patientes



Contrôle faible :

- Organisations de travail dysfonctionnelles
- Habitudes hiérarchiques au sein de l'équipe pluridisciplinaire
- Manque de participation à la prise de décision/d'autonomie dans l'exécution de son travail

Demande professionnelle élevée :

- Effets des politiques de santé publique (restriction budgétaire, diminution du séjour hospitalier en post-partum, fusions hospitalières)
- Philosophie des soins proposés en maternité (respect des couples de parents, de la physiologie, soins de qualité/multiculturels)
- Nature du travail de la sage-femme hospitalière + charge de travail élevée
- Investissement personnel dans le travail (adéquation avec son identité professionnelle, compétences émotionnelles importantes nécessaires)

Figure 7: Modèle de Karasek et Theorell adapté aux conditions des sages-femmes hospitalières belges : difficultés rencontrées sur le lieux de travail

En effet, de nombreuses pressions sont exercées sur le personnel : l'exercice de la profession nécessite de grandes compétences émotionnelles. Les sages-femmes sont régulièrement confrontées aux urgences ainsi qu'aux émotions de leurs collègues sages-femmes et médecins, mais également des patientes et de leur entourage. Elles effectuent une prise en charge globale tout en tenant compte des pressions organisationnelles (travail en effectif réduit, manque de matériel, etc.) tout en continuant d'assurer un rôle d'encadrement dans l'accueil de nouvelles collègues ou étudiantes (sages-femmes mais également médecins).

Leur latitude décisionnelle est contextuelle : elle dépend notamment de la pratique des gynécologues, plus la privatisation des patientes augmente et moins les sages-femmes ont d'autonomie dans l'organisation de leur travail, surtout en salle d'accouchement où les horaires des gynécologues priment. Lorsqu'elles participent à la prise de décision avec l'équipe médicale, les sages-femmes se sentent valorisées et reconnues dans leur rôle professionnel car elles ont la possibilité d'utiliser leurs compétences et ne sont pas des exécutantes.

Les sages-femmes bénéficient d'un soutien social provenant de différentes personnes. La plus importante source de soutien social au travail est son équipe. Le travail en collaboration permet une meilleure gestion du stress (que ce soit dans l'accomplissement du travail ou une aide à la décision). Les médecins et les sages-femmes en chef peuvent également être source de soutien social.

Les sages-femmes en chef ont une position hiérarchique difficile qui leur confère peu de pouvoir au sein des décisions institutionnelles. Elles ont également peu de soutien social dans l'exercice de leur fonction de la part des directions. Elles sont partagées entre le travail administratif et sur le terrain. Ces mises en difficulté rendent parfois les chefs démissionnaires, ce qui impacte les dynamiques d'équipe et peut rendre les conditions de travail défavorables.

La pratique hospitalière de la profession confronte les sages-femmes à différents stressseurs. Ils sont soit liés aux relations humaines au travail (personnalité et caractère des collègues, création de clans intra-équipe sage-femme, difficultés dans les relations inter équipes sages-femmes/médecins, relation avec les patientes et leur entourage), soit liés au travail et à son organisation (nature du travail de la sage-femme, charge de travail, organisation de travail dysfonctionnelle, habitudes hiérarchiques au sein des équipes obstétricales, incertitude professionnelle) soit à des facteurs plus personnels (problème de santé préexistant). Une meilleure identification de ceux-ci permet de cibler la prévention du stress professionnel de la sage-femme hospitalière. La Figure 8, présente à la page suivante, permet d'identifier les leviers du stress professionnel de la sage-femme : l'autonomie professionnelle est une caractéristique importante pour les sages-femmes hospitalières, de même les équipes sages-femmes sont très soutenantes entre elles de différentes façons : instrumentale (les sages-femmes s'aident pour accomplir la charge de travail), informationnelle (elles s'entraident aussi au niveau de la prise de décisions) et émotionnelle (les sages-femmes se rassurent l'une/l'autre). Le contrôle et le soutien social sont favorisés par différents éléments de l'environnement de travail.

Soutien favorisé par :

- Travail en collaboration au sein de l'équipe pluridisciplinaire
- Supervision clinique
- Soutien social entre sages-femmes + rôle de la sage-femme en chef

Contrôle favorisé par :

- Autonomie de la sage-femme dans la prise de décision, participation à la décision en équipe
- Continuité des soins au travail
- Culture de l'identité professionnelle
- Compétences émotionnelles
- Qualité de la vie personnelle

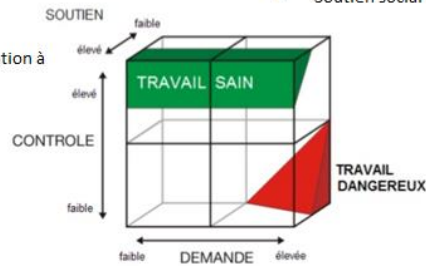


Figure 8 Modèle de Karasek et Theorell adapté aux conditions des sages-femmes hospitalières belges : facteurs protecteurs du stress professionnel

La prévention du stress professionnel des sages-femmes représente donc un défi pour les institutions hospitalières, l'accompagnement de ces dernières est important pour la qualité des soins offerts par les services périnataux. Actuellement, les mesures de prévention en place semblent faibles et peu adaptées à la pratique sage-femme.

Les interventions de pleine conscience semblent des outils utiles et adaptés aux sages-femmes : en effet, lorsqu'elles bénéficient de programmes de prévention du stress de ce type leurs scores de stress diminuent et leurs capacités d'adaptation par mécanisme de coping augmentent. (Wright, et al., 2017)

Les sages-femmes interrogées dans notre étude envisagent de changer de travail à la suite d'une évaluation de critère d'insatisfaction au travail. Tout comme Jarosova et al (2016) où les sages-femmes ayant l'intention de rester au sein de l'institution présentaient un score plus élevé à l'échelle de satisfaction McCloskey/Mueller : la satisfaction ou l'insatisfaction au travail conditionne l'intention de rester ou quitter son poste. La satisfaction au travail s'évalue sur différents critères dont notamment l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle, les relations avec l'équipe de travail, la reconnaissance professionnelle, la capacité à contrôler son travail, les horaires et récompenses extrinsèques.

La satisfaction au travail a un impact sur la qualité des soins ainsi que sur le vécu de ceux qui en bénéficient. Une évaluation de la satisfaction au travail par les institutions est donc recommandée. (Cronie, et al., 2019) Les critères importants de satisfaction au travail cités par les sages-femmes sont : le développement professionnel (l'épuisement professionnel augmente lorsque le potentiel de développement diminue), l'existence de protocoles de soins actualisés (afin d'augmenter le sentiment de sécurité des sages-femmes et la qualité des soins), l'équilibre

entre vie professionnelle et vie privée, les exigences professionnelles (lorsque la pression au travail augmente, la motivation au travail diminue, ce qui peut augmenter le recours aux arrêts maladie mais également pousser à changer de travail), la capacité à contrôler son travail (plus de contrôle permet plus de satisfaction) ainsi que le soutien social au travail (un système formel de mentorat augmenterait également la satisfaction au travail).

L'environnement de travail est un des enjeux de la rétention des sages-femmes au sein du milieu hospitalier. D'après Hildingsson & Fenwick (2015), la satisfaction au travail est augmentée par l'autonomie que la sage-femme possède, de bonnes relations au travail ainsi qu'un sentiment de reconnaissance et de valorisation de son travail. Les sages-femmes envisagent de changer d'institution ou de profession lorsqu'elles travaillent en effectif réduit, se sentent dans l'incapacité de fournir des soins de qualité, vivent des conflits au travail et ne sont pas soutenues par leur manager. Il est donc important pour la direction hospitalière de mettre en place un lieu de travail sain et d'améliorer la reconnaissance et la valorisation de son personnel.

Les sages-femmes belges sont confrontées à de nombreux facteurs de risques psycho-sociaux. Stoll & Gallagher (2019) ont également montré que les sages-femmes sont exposées à un haut risque de stress professionnel et de burnout. Lorsqu'elles envisagent de quitter la profession, elles présentent également des taux d'épuisement professionnel plus élevés.

En 2019, l'Union professionnelle des Sages-femmes belges s'est associée à l'Association Francophone des Sages-femmes catholiques afin d'informer sur les risques encourus par les sages-femmes hospitalières à la suite de la réforme de 2014. Elles dénonçaient notamment l'augmentation de la charge de travail qui met à mal les équipes hospitalières (contrats précaires, pertes d'emplois entraînant un turnover de l'équipe plus important) mais également les soins offerts (diminution de la qualité des soins, pertes des soins globaux, augmentation de la charge administrative) ainsi qu'une exposition plus importante pour les sages-femmes au burnout et à l'augmentation du stress professionnel. (UpSfb, 2019)

Récemment, le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) publie son Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France (2020). Il apparaît alors que 42,3% des sages-femmes hospitalières présentent un score d'épuisement élevé sur l'échelle utilisée (MBI), le pourcentage s'élève à 65,7% lorsqu'il s'agit des sages-femmes en chef. L'épuisement est augmenté par un critère principal : le déséquilibre entre la vie privée et vie professionnelle. De même d'autres facteurs de risques sont mentionnés comme la lourdeur de

la charge de travail, les exigences émotionnelles élevées ainsi que le manque de reconnaissance. L'encadrement des étudiants est également pointé du doigt car il s'ajoute à la charge de travail du terrain. Le CNSF souhaite interpeller les pouvoirs publics sur les conditions de travail des sages-femmes et leurs conséquences sur la qualité et la sécurité des soins.

4.2. Recommandations

L'analyse de la problématique a fait émerger différentes recommandations qui peuvent être formulées à plusieurs niveaux.

❖ **Au niveau des politiques de santé**

Une réévaluation de l'organisation des soins périnataux et de la charge de travail semble nécessaire afin que les effectifs des équipes soient adaptés au travail sur le terrain

Une meilleure évaluation et reconnaissance du travail réalisé par la sage-femme ne doit pas s'arrêter à des statistiques mais reconnaître le temps nécessaire à l'établissement d'une relation d'accompagnement afin d'offrir des soins de qualité

❖ **Au niveau hospitalier**

Une évolution du paradigme de management hospitalier semble nécessaire. Le management instrumental doit tendre vers un encadrement humain. En permettant de « se reconnecter au vrai travail » (Thunus, 2020) de façon globale : objective, subjective et collective, il favorise la reconnaissance du travail effectué par chacun des travailleurs, et notamment celui des sages-femmes.

Les institutions devraient également travailler la thématique de l'engagement institutionnel. En effet, les sages-femmes se sentent à l'écart de l'institution hospitalière. Au-delà de la motivation individuelle au travail, l'engagement lie l'individu à l'organisation. Il se caractérise par une croyance dans les valeurs et buts institutionnels, la volonté de réaliser des efforts pour elle ainsi que le souhait d'en rester membre. Différents types d'engagement existent mais l'engagement affectif semble adapté. Il est favorisé par le soutien émotionnel, la reconnaissance et la participation des employés. (Meurens, 2020) Les sages-femmes travaillant dans des environnements de travail plus sains étant plus satisfaites, les institutions devraient également évaluer la satisfaction au travail des sages-femmes. L'amélioration des conditions de travail favorise aussi un meilleur engagement des sages-femmes, une plus grande satisfaction de ces dernières ce qui favorise la qualité et la sécurité des soins.

Une meilleure compréhension des services de soins sages-femmes est également nécessaire au sein de la hiérarchie hospitalière, la sage-femme en chef devrait avoir un réel pouvoir et une réelle représentation des sages-femmes afin d'améliorer les conditions de travail sur le terrain. Les sages-femmes en chef devraient également être accompagnées par la hiérarchie dans leur rôle de manager. Elles peuvent souffrir d'un manque de soutien social dans leur tâche, ce qui entrave la dynamique des équipes et impacte négativement les conditions de travail. Les syndicats institutionnels devraient soutenir l'analyse de la satisfaction au travail ainsi qu'aider à la mise en place d'environnements de travail sains.

Un budget devrait être utilisé pour la formation continue des sages-femmes.

Les sages-femmes étant exposées à de nombreux stressseurs, les institutions devraient s'investir dans la prévention du stress professionnel au travail par le biais d'acteurs ou d'actions identifiées, durables et adaptées aux horaires des sages-femmes afin de favoriser leur participation.

❖ **Au niveau des équipes sages-femmes**

Les sages-femmes en chef devraient favoriser la cohésion de l'équipe par diverses stratégies managériales et apporter également un soutien individuel à chaque sage-femme de son équipe.

Organiser des moments en dehors du contexte de travail permet également de nouer des liens d'équipes et de mieux se connaître en tant qu'individu.

❖ **Au niveau de l'équipe pluridisciplinaire**

Le travail en collaboration entre chefs médicaux et chefs sages-femmes est à favoriser afin de permettre le travail en collaboration de l'ensemble des médecins et sages-femmes travaillant au sein du secteur périnatal. La collaboration entre médecins et sages-femmes favorise l'accès à des soins périnataux sûrs et qualitatifs. (Smith, 2016) Elle permet d'augmenter la satisfaction des patientes, de diminuer les coûts et d'améliorer les résultats de santé (diminution du recours à la césarienne ; favorisation du démarrage de l'allaitement maternel). Les principes de la relation de collaboration sont : une communication efficace, l'existence d'une relation de confiance entre les deux groupes professionnels, le respect et l'autonomie de chacun des partenaires. Smith définit la collaboration comme « *un groupe de participants autonomes s'engageant dans un processus interactif, utilisant des règles, des normes et des structures partagées, pour agir ou décider sur des questions liées à leur domaine* »

Des protocoles clairs et actualisés devraient être à la disposition des sages-femmes afin de favoriser la sécurité des soins.

Une formation sur les compétences émotionnelles serait favorable à chacun des acteurs. En effet, les compétences émotionnelles ont un impact à différents niveaux : au sein des relations sociales, sur la performance professionnelle mais également sur la santé mentale et physique. Une formation permettrait à chacun de mieux identifier, comprendre, exprimer, réguler et utiliser ses propres émotions mais également celles de l'autre. Cela améliorerait la communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire, participerait à la création d'une relation de confiance favorable au travail en collaboration et à l'inter reconnaissance des compétences de chacun. (Mikolajczak, 2018)

Des modules de réflexions cliniques devraient être réalisés de manière régulière en regroupant à la fois les sages-femmes et les gynécologues dans les prises en charge communes. Cela favoriserait également le travail en collaboration, le sentiment de reconnaissance de la sage-femme et la participation à la prise de décision.

4.3. Forces

Peu d'études ont été réalisées sur les conditions de travail des sages-femmes hospitalières en Belgique et cette dernière a permis d'explorer et mieux comprendre les différents enjeux et mécanismes auxquels les sages-femmes sont confrontées dans leur pratique professionnelle.

4.4. Limites

Cette recherche est influencée par mon propre rôle professionnel. Exerçant moi-même en tant que sage-femme hospitalière, mon identité professionnelle a influencé sur l'évolution de cette recherche, mais a également aussi pu influencer les réponses des sages-femmes rencontrées lors des entretiens. Mon expérience personnelle au sein de mon propre contexte hospitalier et mes représentations relatives à la problématique ont également nourri ma réflexion. Cela m'a cependant permis de comprendre au mieux les enjeux des situations de soins vécues par les sages-femmes.

La stratégie d'échantillonnage n'a pas permis de solliciter l'entièreté des sages-femmes hospitalières mais a quand même pu recruter des sages-femmes intéressées par la problématique de ce travail.

La méthode de recherche a également été adaptée en raison de la pandémie de Covid19 et au confinement sanitaire qui a été instauré. Tous les entretiens n'ont donc pas été réalisés comme prévu en rencontre individuelle mais certains réalisés en vidéoconférence : les sages-femmes interviewées auraient préféré un contact plus humain, cela a pu diminuer la qualité de certains entretiens par manque d'un cadre de rencontre plus formel. Certains entretiens avec des sages-femmes intéressées par l'étude ont dû être annulés en raison d'une non-maîtrise de la technologie informatique, des témoignages ont donc été perdus. Cependant, les rendez-vous virtuels ont enlevé la barrière des kilomètres et m'ont permis de pouvoir discuter avec des sages-femmes très éloignées géographiquement, ce qui est enrichissant pour la recherche car cela augmente la diversité de l'échantillon.

5. Conclusion

Les sages-femmes hospitalières travaillent dans des contextes hospitaliers variés qui ont en commun l’empreinte des récentes politiques de santé belges et des restrictions budgétaires qui y sont liées : il s’agit notamment de la restructuration du paysage hospitalier ainsi que de la réduction des séjours en maternité après l’accouchement.

Les sages-femmes belges mettent du cœur à leur travail et s’investissent de manière personnelle auprès des familles qu’elles accompagnent mais également dans des projets de services de manière volontaire et bénévole la plupart du temps. Elles défendent également le respect de la physiologie de la naissance ainsi que les choix éclairés des parents.

Cette recherche s’est intéressée aux conditions de travail des sages-femmes hospitalières : aussi bien à leurs forces qu’à leurs faiblesses. Les entretiens semi-directifs ont permis d’obtenir une grande variété des participantes, lieux d’exercices et expériences professionnelles afin de décrire justement la réalité de terrain. Les sages-femmes accompagnent les couples dans leur intimité en essayant de leur offrir des soins de qualité et individualisés. Ces relations privilégiées sont parfois plus difficiles à mettre en place face à la pression de l’environnement de travail. Les sages-femmes hospitalières sont confrontées à des stressors de différentes natures : ils relèvent des relations interpersonnelles au travail, de la nature du travail en lui-même ou de facteurs personnels.

Face aux pressions diverses, les sages-femmes des équipes hospitalières bénéficient cependant d’une grande source de soutien social : leurs collègues. Elles ont également l’occasion d’exercer leur travail avec un degré d’autonomie variable. Plus la privatisation des patientes augmente, plus l’autonomie de la sage-femme diminue. A l’inverse, lorsque les équipes ont des protocoles clairs, elles se sentent en sécurité. Ce sentiment est renforcé par le travail en étroite collaboration avec l’équipe pluridisciplinaire et notamment les gynécologues, pédiatres et anesthésistes. Lorsqu’une relation de confiance se crée avec les médecins, elles se sentent plus reconnues dans leur rôle professionnel et participent activement à la prise en charge médicale des familles qu’elles rencontrent. Ces dimensions leur permettent donc de mieux appréhender la gestion du stress professionnel qu’elles peuvent ressentir lorsqu’elles sont mises en difficulté.

Le management hospitalier doit cependant évoluer car il est encore vécu et décrit comme instrumental, les sages-femmes se sentent utilisées par l’entreprise afin d’assumer une charge de travail importante, souvent en effectif réduit. Ce sont des situations qui augmentent leur

stress professionnel. Un besoin de reconnaissance de leur travail au sein de l'institution semble nécessaire : les statistiques ont bien du mal à mettre en avant le travail effectué par les sages-femmes, qui sont de plus en plus accablées par la charge de travail administrative à l'époque de l'informatisation des dossiers. Le management hospitalier doit également reconsidérer la place des sages-femmes en chef et sa capacité à défendre l'intérêt de la profession afin de faire évoluer les conditions de travail vers un environnement plus sain. Il est également nécessaire que les institutions s'investissent à améliorer les conditions de travail de leurs employées afin de favoriser la qualité des soins, la satisfaction au travail et diminuer les risques psychosociaux. Les syndicats pourraient être des partenaires dans ce défi de taille. Il est nécessaire d'investiguer le stress professionnel ressenti par les sages-femmes et de mettre en place des actions connues par les employées, accessibles à des horaires adaptés. Ces efforts sont à maintenir dans le temps afin d'accompagner les sages-femmes tout au long de leur carrière hospitalière.

Les institutions devraient donc investir, pour leur personnel et leurs patientes, dans les relations humaines afin de mieux accompagner les familles et leurs patients de demain. C'est également ce que les politiques de santé devraient soutenir à une heure où la pandémie à Covid19 a rappelé la difficulté des conditions de travail des soignants mais également l'importance de l'instauration d'une relation de confiance ainsi que de l'accompagnement global pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

6. Bibliographie

- ABBET. (2019, septembre). *Le stress au travail*. Récupéré sur ABBET: <https://abbet.be/Fiche-6-3-Le-stress-au-travail>
- Aiken, L., Cimiotti, J., Sloane, D., Smith, H., Flynn, L., & Neff, D. (2012, Octobre). Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *The Journal of Nursing Administration*, 49, pp. 1049-1053.
- Aujoulat, I. (2019, Novembre). Introduction à la psychologie de la santé. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain - Faculté de Santé publique.
- Aujoulat, I. (2020, Mars). Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain - Faculté de Santé publique.
- Ball, J., Bruyneel, L., Aiken, L., Sermeus, W., Sloane, D., Rafferty, A., . . . Griffiths, P. (2018, Février). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, pp. 10-15.
- Banovcinova, L., & Baskova, M. (2014, Mai). Sources of Work-related Stress and their Effect on Burnout in Midwifery. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, pp. 248-254.
- Bernez , L., Batt, M., Trognon, A., & Jonveaux, T. (2013, Décembre). *Etude des Facteurs psychosociaux, du burnout, de la Vigueur et des troubles musculosquelettiques chez les soignants hospitaliers*. Récupéré sur Research Gate: https://www.researchgate.net/publication/297616824_Etude_des_Facteurs_psychosoci_aux_du_burnout_de_la_Vigueur_et_des_troubles_musculosquelettiques_chez_les_soignants_hospitaliers
- CESH. (2019, Octobre). *Historique du stress*. Récupéré sur Centre d'études sur le stress humain: <https://www.stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/historique-du-stress/>
- CESH. (2019, Octobre). *Stresseurs*. Récupéré sur Centre d'études sur le stress humain: <https://www.stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/stresseurs/>
- Collège National des Sages-femmes de France. (2020, Juin). *Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France*. Récupéré sur https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/06/2020.06_Enqu%C3%AAtre-Bien-%C3%AAtre.pdf
- Cramer, E., & Hunter, B. (2019, Décembre). Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women and Birth*, 32, pp. 521-532.
- Creedy, D., Sidebotham, M., Gamble, J., Pallant, J., & Fenwick, J. (2017, Janvier). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17. Récupéré sur doi: 10.1186/s12884-016-1212-5.

- Cronie, D., Perdok, H., Verhoeven, C., Jans, S., Hermus, M., de Vries, R., & Rijnders, M. (2019, Novembre). Are midwives in the Netherlands satisfied with their jobs? A systematic examination of satisfaction levels among hospital and primary-care midwives in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 19, p. 832.
- Davison, C., Geraghty, S., & Dobbs, K. (2018, Novembre). The F word: Midwifery students' understanding of feminism. *British Journal of Midwifery*, 26, pp. 731-737.
- England, P. (2005). Emerging Theories of Care Work. *Annual Review of Sociology*, 31, pp. 381-399.
- EU-OSHA. (2014). *Calculating the Cost of Work-Related Stress and Psychosocial Risks*.
- Favrod, C., Jan du Chêne, L., Martin Soelch, C., Garthus-Niegel, S., Tolsa, J.-F., Legault, F., . . . Horsch, A. (2018, Août 20). Mental Health Symptoms and Work-Related Stressors in Hospital Midwives and NICU Nurses: A Mixed Methods Study. *Frontiers in psychiatry*, 9.
- Fenwick, J., Sidebotham, M., Gamble, J., & Creedy, D. (2018, Février). The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: A comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. *Women and Birth*, 31, pp. 38-43.
- Fray, A.-M., & Picouneau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management&Avenir*, 38, 72-88. Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/mav.038.0072>
- Geraghty, S., Speelman, C., & Bayes, S. (2019, Juin). Fighting a losing battle: Midwives experiences of workplace stress. *Women and Birth*, 32, pp. 297-306.
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. Sage.
- Griffiths, M., Fenwick, J., Carter, A., Sidebotham, M., & Gamble, J. (2019, Novembre). Midwives transition to practice: Expectations and experiences. *Nurse Education in Practice*, 41.
- Halter, M., Boiko, O., Pelone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., . . . Drennan, V. (2017, Décembre). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC health services research*, 17, p. 824.
- HAS. (2016). *Qualité de vie au travail et qualité des soins: Revue de littérature*.
- Henriksen, L., & Lukasse, M. (2016, Octobre). Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 9, pp. 42-47.
- Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2015, Octobre). Swedish midwives' perception of their practice environment – A cross sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6, pp. 174-181.

- Hildingsson, I., Karlström, A., Haines, H., & Johansson, M. (2016, Mars). Swedish women's interest in models of midwifery care – Time to consider the system? A prospective longitudinal survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, pp. 27-32.
- Hildingsson, I., Wiklund, I., & Westlund, K. (2013, Octobre). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4, pp. 87-91.
- Hunter, B. (2010, Mai). Mapping the emotional terrain of midwifery: What can we see and what lies ahead? *International Journal of Work Organisation and Emotion*, 3.
- Hunter, B., & Warren, L. (2014, Août). Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery*, 30, pp. 926-934.
- Hunter, B., Fenwick, J., Sidebotham, M., & Henley, J. (2019, Décembre). Midwives in the United Kingdom: Levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery*, 79.
- Hunter, L. (2016, Janvier). Making time and space: the impact of mindfulness training on nursing and midwifery practice. A critical interpretative synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 25, pp. 918-929.
- ICM. (2005). Récupéré sur https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2019/07/cd2011_001-v2017-fre-definition-de-la-sage-femme.pdf
- INRS. (2006). Documents pour le médecin du travail. *Stress et risque psychosociaux: concepts et prévention*, pp. 169-186.
- INRS. (2012, septembre). *Risques psychosociaux: outils d'évaluation Maslach Burnout Inventory*. Récupéré sur INRS: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2026>
- Jarosova, D., Gurkova, E., Palese, A., Godeas, G., Ziakova, K., Song, M., . . . Nedvedova, D. (2016, Janvier). Job satisfaction and leaving intentions of midwives: analysis of a multinational cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 24, pp. 70-79.
- Jordan, K., Fenwick, J., Slavin, V., Sidebotham, M., & Gamble, J. (2013, Juin). Level of burnout in a small population of Australian midwives. *Women and Birth*, 26, pp. 125-132.
- Journal officiel de l'Union européenne. (2005). Directive 2005/36/CE du parlement européen et du conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.
- KCE. (2014). *Rapport 232Bs: L'organisation des soins après l'accouchement*. Récupéré sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_232Bs_soins_postnatal_Synthese.pdf
- KCE. (2016). *Rapport 278B: Planification des ressources humaines pour la santé et données relatives aux sages-femmes*.
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019, Mars). *The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Récupéré sur *Frontiers in Psychology*: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>

- Lamiable, C. (2015, Juillet). Sage-femme, pourquoi une identité si fragile? *Profession sage-femme*, 217, pp. 14-18.
- Le Moal, M. (2007, Août). Historical approach and evolution of the stress concept: A personal account. *Psychoneuroendocrinology*, 32, pp. 3-9.
- Le Moal, M., & Moisan, M.-P. (2012, Juin-Juillet). Le stress dans tous ses états. *Médecine/Sciences*, 28.
- Légeron, P. (2008). Le stress professionnel. *L'information psychiatrique*, 84, pp. 809-820.
- Loquet, J., & Nagou, G. (2014, Novembre). *Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales*. Récupéré sur ces-asso.org: https://www.ces-asso.org/sites/default/files/Loquet_Nagou.pdf
- Love, B., Sidebotham, M., Fenwick, J., Harvey, S., & Fairbrother, G. (2017, Aout). “Unscrambling what’s in your head”: A mixed method evaluation of clinical supervision for midwives. *Women and Birth*, 30, pp. 271-281.
- Mariage, A. (2001). Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Le travail humain*, 64, pp. 45-59.
- Mathieu, E. (2012, septembre). *D’où venons-nous ? : Historique de la profession de sage-femme en Belgique*. Récupéré sur UPSFB: <https://www.sage-femme.be/wp-content/uploads/2010/05/historique-de-la-profession-de-Sf-en-Belgique.pdf>
- McEwen, B. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences: Vol 840. Molecular aspects, integrative systems, and clinical advances*, pp. 33-44.
- McEwen, B., & Sapolsky, R. (1995, Avril). Stress and cognitive function. *Current Opinion in Neurobiology*, 5, pp. 205-216.
- Meurens, P. (2020, Février). *Management Humain et Comportement Organisationnel*. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain - Faculté de Santé Publique.
- Mikolajczak, M. (2018, Octobre). *Compétences émotionnelles et santé: relations, processus explicatifs et pistes d’intervention*. Woluwé-Saint-Lambert: UCLouvain - Faculté de Santé Publique.
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010, Juin). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine*, 60, pp. 277-286.
- Nowrouzi, B., Lightfoot, N., Larivière, M., Carter, L., Rukholm, E., Schinke, R., & Belanger-Gardner, D. (2015). Occupational Stress Management and Burnout Interventions in Nursing and Their Implications for Healthy Work Environments: A Literature Review. *Workplace Health & Safety*, 63, pp. 308-315.
- O'Brien-Pallas, L., Griffin, P., Shamian, J., Buchan, J., Duffield, C., Hughes, F., . . . Stone, P. (2006, Août). The impact of nurse turnover on patient, nurse, and system outcomes: a

- pilot study and focus for a multicenter international study. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(3), pp. 169-179.
- Oe, M., Ishida, T., Favrod, C., Martin-Soelch, C., & Horsch, A. (2018, Septembre). *Burnout, Psychological Symptoms, and Secondary Traumatic Stress Among Midwives Working on Perinatal Wards: A Cross-Cultural Study Between Japan and Switzerland*. Récupéré sur *Frontiers in Psychiatry*: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00387>
- OMS. (2019, Mai). *Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un «phénomène lié au travail»*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/
- Paillé, & Mucchielli. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Collin.
- Pezaro, S., Clyne, W., & Fulton, E. (2017, Juillet). A systematic mixed-methods review of interventions, outcomes and experiences for midwives and student midwives in work-related psychological distress. *Midwifery*, 50, pp. 163-173.
- Pezaro, S., Clyne, W., Gerada, C., Turner, A., & Fulton, E. (2016, Juin). 'Midwives Overboard!' Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women and Birth*, 29, pp. 59-66.
- Robinson, A. (2018, Février). Let's Talk About Stress: History of Stress Research. *Review of General Psychology*, 22.
- Ruotsalainen, J., Verbeek, J., Mariné, A., & Serra, C. (2015). *Preventing occupational stress in healthcare workers (Review)*. Récupéré sur Cochrane Library: DOI: 10.1002/14651858.CD002892.pub5
- Servant, D. (2012). *Le stress au travail: Prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives*. Elsevier Masson.
- Service Public Fédéral Santé publique, s. d. (1991, Février 01). Arrêté royal du 1er février 1991 relatif à l'exercice de la profession de sage-femme.
- Service Public Fédéral Santé publique, s. d. (2006, Décembre 13). Loi portant dispositions diverses en matière de santé .
- Service Public Fédéral Santé publique, s. d. (2010, Mars 15). Circulaire ministérielle de mars 2010 pour les personnes concernées .
- Service Public Fédéral Santé publique, s. d. (2014, Avril 10). Loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé.
- Service Public Fédéral Santé publique, s. d. (2016). Récupéré sur SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_fr_vv_annexe_profil_professionnel.pdf

- Service Public Fédéral Santé publique, s. d. (s.d.). Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. 1967.
- Service public fédéral, s. p. (2013, Décembre 15). Arrêté royal fixant les modalités et les critères de qualification particulière permettant au titulaire du titre professionnel de sage-femme de prescrire des médicaments.
- Sheen, K., Slade, P., & Spiby, H. (2014, Avril). An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 70, pp. 729-743.
- Sheen, K., Slade, P., & Spiby, H. (2016, Juin). What are the characteristics of perinatal events perceived to be traumatic by midwives? *Midwifery*, 40, pp. 55-61.
- Smith, D. (2016, Juillet-Septembre). Interprofessional Collaboration in Perinatal Care: The Future of Midwifery. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 30, pp. 167-173.
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). *Allostasis: A New Paradigm to Explain Arousal*. Handbook of Life Stress, Cognition and Health.
- Stoll, K., & Gallagher, J. (2019, Août). A survey of burnout and intentions to leave the profession among Western Canadian midwives. *Women and Birth*, 32, pp. 441-449.
- Sullivan, K., Lock, L., & Homer, C. (2011, Juin). Factors that contribute to midwives staying in midwifery: A study in one area health service in New South Wales, Australia. *Midwifery*, 27, pp. 331-335.
- Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K., . . . Thomas, J. (2012, Mars). Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 68, pp. 2376-2386.
- Thumm, B., & Flynn, L. (2018, Janvier-Février). The Five Attributes of a Supportive Midwifery Practice Climate: A Review of the Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63, pp. 90-103.
- Thunus, S. (2020, Mars). Management humain et comportement organisationnel. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain - Faculté de Santé Publique.
- UpSfb. (2019). *Mémoire 2019 de l'Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges et de l'AFSFC*. Récupéré sur <https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2019/06/Memorandum2019-OK-Web.pdf>
- Van Tielen, R., & Van Woensel, R. (2016). Récupéré sur Economie de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité: https://www.mloz.be/sites/default/files/publications/economie_de_la_grossesse_de_la_cc
- Wright, E., Matthai, M. T., & Warren, N. (2017, Octobre). Methods for Alleviating Stress and Increasing Resilience in the Midwifery Community: A Scoping Review of the Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62, pp. 737-745.

7. Annexes

Annexe 1 - Guide d'entretien

Thème 1 : Découverte de l'institution hospitalière et du travail

Pouvez-vous me décrire la philosophie des soins offerts par votre hôpital dans le domaine périnatal ? Est-ce qu'elle vous convient ?

Comment votre travail est-il organisé au sein de votre service ? Pouvez-vous me décrire votre travail quotidien ?

Quelles sont vos motivations au travail ? Comment vous investissez-vous dans votre travail ?

Quelle est votre charge de travail ? Vous arrive-t-il de vous ennuyer, ou au contraire d'être surchargée ? Souvent ?

Quel est votre degré d'autonomie au sein de votre travail ? (pouvoir, prise de décisions, exécution, possibilité d'utiliser ses compétences, de réaliser ses tâches avec liberté...)

Pouvez-vous me décrire vos relations avec les patientes/couples/bébés ? Vos collègues (cohésion, soutien social) /médecins ?

De manière générale, comment vous sentez-vous au sein de l'institution hospitalière ?

A quelles contraintes/difficultés êtes-vous confrontée ? Lesquelles et pourquoi ?

Thème 2 : Emotions au travail

Comment vous sentez-vous en allant travailler ? au travail ? Comment vous sentez-vous en rentrant après une journée de travail ?

Ressentez-vous du stress au travail ? Pouvez-vous me décrire les situations stressantes auxquelles vous êtes confrontée ?

Les phénomènes d'absentéisme et de turnover affectent-ils votre travail ? Expliquez.

Pouvez-vous identifier des facteurs pouvant augmenter votre stress au travail ?

Pouvez-vous identifier des facteurs vous permettant de faire face à ce stress au travail ? en dehors du travail ?

Que propose votre service / vos collègues / votre institution pour faire face à la problématique du stress ?

(Uniquement à celles qui sont stressées) D'après vous quelles interventions ou outils vous aideraient à gérer votre stress professionnel ?

Thème 3 : Avenir professionnel

Comment envisagez-vous l'avenir/votre avenir au sein de votre profession, dans cet hôpital ou ailleurs ?

Données à recueillir lors de l'entretien : nationalité, âge, type d'emploi, type d'horaire (choix ou imposé), temps de travail, formation (date), hôpital, ancienneté au sein du service, nombre d'accouchements au sein de la structure, travail complémentaire.



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes sollicitée dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de Master en Santé Publique réalisé au sein de l'UCLouvain. Ce document vous renseigne sur les modalités de ce projet. Si vous ne comprenez pas certains points ou que vous désirez plus de détails, n'hésitez pas à poser des questions. Afin de valider votre participation à ce projet de recherche, une signature du formulaire de consentement vous est demandée en double exemplaire.

Titre du projet (*provisoire*)

Le stress professionnel et les sages-femmes hospitalières en Belgique

Personnes responsables du projet de recherche

Ce mémoire est réalisé par Mme FAURE Hermine (rue du moulin au bois 16, 7022 Hyon) dans le cadre de son Master en Santé Publique au sein de l'UCLouvain. Le promoteur encadrant la recherche est M. D'HOORE William.

Financement du projet de recherche

Aucun financement n'est reçu dans le cadre de ce projet.

Objectifs du mémoire

Décrire la latitude décisionnelle des sages-femmes belges face aux demandes organisationnelles de l'institution hospitalière ainsi que les stratégies utilisées pour faire face aux stressés perçus, notamment par le biais du soutien social.

Raison et nature de votre participation

Vous êtes sollicitée pour un entretien d'environ 1 heure. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous convient, en excluant votre lieu de travail, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions sur votre pratique professionnelle hospitalière ainsi que le stress professionnel. Cet entretien sera enregistré dans le but de pouvoir retranscrire et mieux analyser les données collectées.

Avantages pouvant découler de votre participation

Votre participation à la réalisation de ce mémoire contribuera à l'avancement des connaissances entourant le stress professionnel au sein de la pratique de la sage-femme hospitalière en Belgique.

Inconvénients et risques pouvant découler de votre participation

Votre participation à l'entretien ne devrait pas comporter d'inconvénients majeurs, si ce n'est le fait d'octroyer un peu de votre temps. À tout moment, vous pourrez demander une pause ou de poursuivre à un autre moment qui vous conviendra.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Votre participation à ce mémoire est tout à fait volontaire. Vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits ?

- Oui
- Non

(cochez votre réponse)

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Compensations financières

Votre participation à ce projet est tout à fait volontaire et n'est donc pas rémunérée.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, les données vous concernant seront enregistrées dans un dossier de recherche. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : âge, conditions de travail... etc. Tous les renseignements recueillis resteront strictement confidentiels. En effet, afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous serez identifiée grâce à un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur principal. Les données seront utilisées à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement. Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier ou d'identifier l'établissement dans lequel vous travaillez (anonymisation stricte).

Résultats de la recherche et publication

Toutes les données récoltées lors de cette recherche seront strictement anonymisées. Une synthèse des résultats sera envoyée sur demande. Les résultats de la recherche seront publiquement présentés durant la défense du mémoire en fin d'année académique à la Faculté de Santé Publique de l'UCLouvain.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche ?

- Oui
- Non

(cochez votre réponse)

Surveillance des aspects éthiques

En début de projet, j'ai contacté le comité d'éthique de l'UCLouvain. D'après le cadre de ma recherche, mon projet de mémoire se révèle être une analyse des pratiques professionnelles et ne tombe donc pas sous le champ d'application de la Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. Un avis favorable (contraignant) d'un comité d'éthique n'est donc pas requis.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (nom et prénom), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

J'autorise que l'entretien soit enregistré au niveau audio. Oui Non (cochez votre réponse)

Signature de la participante : _____

Fait à _____, le _____ 2020

Déclaration de responsabilité

Je, Hermine FAURE, chercheur principal de l'étude, déclare être responsable du déroulement du présent projet de recherche. Je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer d'un élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, Hermine FAURE, certifie avoir expliqué à la participante intéressée les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____, le _____ 2020

Annexe 3 - Grille d'analyse

| Catégories conceptualisantes | Thèmes | Rubriques | Verbatim |
|--|---|--|--------------------------|
| Différents contextes hospitaliers | L'obstétrique, un monde à part | Manque de compréhension | |
| | | Le pouvoir des sages-femmes en chef | |
| | | Le management hospitalier vu comme instrumental | |
| | Philosophie des soins proposés en maternité | Respect des couples de parents | |
| | | Respect de la physiologie | |
| | | Soins de qualité | |
| | | Soins et culture | |
| | | Adéquation avec la philosophie de l'employée | |
| | | Pouvoir des gynécologues | |
| | Effet des politiques de santé publique | Restrictions budgétaires | |
| | | Fusions hospitalières | |
| | Sage-femme hospitalière, une vocation | Sens du travail | Investissement personnel |
| Exercice hospitalier de la profession sage-femme | | Caractéristiques du travail de la sage-femme | |
| | | Emotions ressenties au travail | |
| | | Conséquences de l'exercice du travail | |
| Stresseurs sur lieu de travail | Liés aux relations humaines au travail | Personnalité et caractères des collègues | |
| | | Création de clans à l'intérieur des équipes sages-femmes | |
| | | Difficultés dans les relations inter équipes sages-femmes/médecins | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | Relation avec les patientes et leur entourage | |
| | Liés au travail et à son organisation | Nature du travail en lui-même | |
| | | Charge de travail | |
| | | Organisation de travail dysfonctionnelle | |
| | | Habitudes hiérarchiques au sein des équipes obstétricales | |
| | | Incertitude professionnelle | |
| | Facteur personnel | Problème de santé | |
| Prévention du stress au travail | Ce que l'institution propose | Cellule psychologique | |
| | Mesures prises par les équipes pluridisciplinaires | Travail en collaboration | |
| | | Supervision clinique | |
| | Mesures prises par les sages-femmes | Continuité des soins au travail | |
| | | Culture de son identité professionnelle | |
| | | Soutien social entre sages-femmes | |
| | | Stratégies de coping | |
| | | Qualité de vie personnelle | |
| | Mesures souhaitées | Reconnaissance de la profession | |
| | | Meilleure communication | |
| | | Cellule psychologique identifiée | |
| | | Ateliers de relaxation | |
| | | Cadre de travail sécurisant | |
| | | Renforcer l'esprit d'équipe | |
| Point de vue sur l'avenir professionnel | Carrière hospitalière | Vie professionnelle équilibrée | |

| | | | |
|--|--------------------------------|---|--|
| | | Réduction du temps de travail | |
| | Vers un avenir nouveau | Vers un autre rôle professionnel | |
| | | En tant que sage-femme indépendante à titre principal | |
| | Activité complémentaire | Comblar les manques de l'exercice hospitalier | |
| | | Liberté et autonomie | |

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp