

# Sage-femme et stress professionnel en Belgique : une analyse qualitative en milieu hospitalier d'après le modèle de Karasek et Theorell

Par Hermine Faure

Dans le cadre du mémoire en santé publique réalisé lors de l'année académique 2019-2020  
à l'Université Catholique de Louvain. Promoteur : D'HOORE William

## Introduction

Dans le domaine médical, le stress apparaît chez les professionnels par 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 et détériorer la qualité de vie et la réalisation des soins. (Ruotsalainen, et al., 2015). Les professionnels de santé sont plus à risque de présenter des troubles de la 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)

Le stress professionnel représente un défi majeur, car il entraîne épuisement, 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. Il affecte la satisfaction au travail et touche aussi la famille et la santé. (Nowrouzi, et al., 2015) Le modèle de Karasek et Theorell explique qu'il résulte de l'interaction entre la demande exercée sur l'individu et sa latitude décisionnelle ainsi que de l'influence du soutien social au travail. (Légeron, 2008) Ce dernier peut se présenter sous différentes formes : instrumentale (aide à la résolution de problème), tangible (donner un bien), informationnelle (conseiller) ou émotionnelle (rassurer). Lorsque le travailleur fait face à des exigences psychologiques élevées dans un espace décisionnel limité, il est soumis au stress. Les relations de soutien ont un effet positif, mais des relations absentes ou conflictuelles sont nocives. Ainsi, le risque le plus important se présente quand le travailleur a un faible contrôle et un faible soutien face à des exigences élevées au travail.

Le burnout peut être la finalité d'une exposition chronique au stress professionnel. (INRS, 2012) D'après la onzième Classification Internationale des Maladies (CIM-11), il est lié au travail et favorise les maladies somatiques. (OMS, 2019) Il engendre également une baisse des performances au travail et du retrait (par absentéisme ou intention de quitter le travail). (Koutsimani, et al., 2019)

S'intéresser à l'évolution de la pratique des sages-femmes en Belgique permet de comprendre les risques psychosociaux qui y sont liés. Historiquement, les modifications des pratiques d'accouchements ont contribué à un glissement des soins à domicile à des soins réalisés à l'hôpital, dirigés par des médecins. Le modèle de soins médicaux domine maintenant les soins sage-femme ; les processus de décision sont devenus médicalement orientés dans un modèle de soins patriarcal. En 1990, Walby le définit 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 différentes : 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. Celles-ci sont donc partagées entre les soins centrés sur la femme et les besoins d'un système où règnent l'expertise médicale et la technologie.

Les sages-femmes se sont toujours « centrées sur la femme » et aspirent à une pratique autonome. Actuellement les systèmes de santé visent l'efficacité et la normalisation des soins. (Hunter, 2010). En Belgique, l'évolution législative récente s'est faite au sein d'un climat de restructuration qui touche aussi l'obstétrique. En 2014, l'accord gouvernemental souhaite

"LE STRESS PROFESSIONNEL  
REPRÉSENTE UN DÉFI MAJEUR,  
CAR IL ENTRAÎNE ÉPUISEMENT,  
ABSENTÉISME ET UN TURN-OVER  
IMPORTANT AU SEIN DES ÉQUIPES."

éviter de longs séjours hospitaliers inutiles et offrir des soins moins coûteux. 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 diminué de 6,9 à 4,1 jours entre 1991 et 2011, la Belgique doit encore faire des efforts pour atteindre la moyenne de 3 jours d'hospitalisation. (KCE, 2014) Le glissement vers l'ambulatoire est donc un défi 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). En 2012, une revue systématique intéressante 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). Pour d'autres résultats maternels/foœtaux/néonataux, il n'existe pas de preuves de différence. Aucun effet indésirable n'a été rapporté pour la mère et l'enfant. Un modèle de soins dirigé par les sages-femmes serait plus rentable, permettant aux médecins de s'occuper des cas plus complexes. La mesure du coût-efficacité n'a cependant pas été possible par manque de données. La philosophie des soins sage-femme devrait donc mériter une attention particulière. (Sutcliffe, et al., 2012)

Préserver la santé mentale et le bien-être des sages-femmes améliore les soins périnataux, l'expérience des professionnels et offre des services plus sûrs. 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). Cependant, dans leur exercice, les sages-femmes peuvent être exposées à des risques de détresse psychologique liés à des organisations dysfonctionnelles et des événements professionnels traumatiques. La détresse psychologique est un état général de fonctionnement psychologique non adapté, suite à une exposition prolongée ou aiguë à des stressseurs : cela signifie symptômes d'épuisement professionnel, de dépression ou de traumatisme secondaire. Les sages-femmes sont susceptibles de prendre de la distance avec leurs collègues ou patientes. (Pezaro, et al., 2016) Elles 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) Certaines présentent des niveaux de stress exacerbés, pour lesquels peu de soutien existe. D'autres ressentent de

la stigmatisation, de l'intimidation, un sentiment d'incompétence et d'exclusion. (Pezaro, et al., 2016) Le métier étant reconnu comme « agréable et privilégié », cela minimise l'attention portée à leur bien-être mental. De plus, elles ne s'auto-identifient pas en mauvaise santé psychologique vu qu'elles continuent de travailler en utilisant des stratégies dysfonctionnelles (consommation de somnifères ou d'alcool) pour réduire leur stress. (Pezaro, et al., 2016)

Il est donc intéressant de se questionner sur l'évolution du travail dans un environnement stressant en préparant les sages-femmes à cette exposition et en les soutenant. En effet, elles sont soumises à des conditions de travail difficiles, or la qualité des soins est liée à la santé du personnel soignant. (HAS, 2016). En milieu hospitalier, un environnement de travail favorable ainsi que la diminution du ratio patients/infirmière permettent de diminuer la mortalité. (Aiken, et al., 2012) Nous voyons que le paysage hospitalier belge est soumis à de grands changements, contradictoires avec le modèle de soins sages-femmes centré sur le soutien à la mère et la parentalité, car pour mieux adapter ses soins, la sage-femme a besoin de temps auprès des patientes et des couples afin de proposer des soins individualisés dans une relation de confiance.

### **Méthodologie**

Cette étude qualitative a été réalisée grâce à des entretiens semi-directifs auprès de quinze sages-femmes hospitalières exerçant dans onze hôpitaux belges. La diversité des expériences a permis d'obtenir un échantillon non aléatoire très enrichissant. Les données récoltées ont été analysées à la fois par « frameworkanalysis » et démarche inductive. Souhaitant rester indépendantes d'une structure hospitalière et dans l'espoir de récolter des expériences différentes, les sages-femmes ont été sollicitées par le biais de l'Union Professionnelle des Sages-femmes Belges.

### **Résultats**

Il en ressort que les maternités subissent les réformes imposées par les dernières politiques de santé publique, le secteur est très empreint de restrictions budgétaires. Le travail est modifié par la réforme du retour précoce, ce qui oblige les équipes hospitalières à accompagner les parents en un temps réduit avec une charge administrative croissante. Pourtant un changement est 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, surtout la jeune génération. Les futures mères semblent reprendre du pouvoir sur leur corps en s'informant mieux, 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.



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

Leur latitude décisionnelle 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. Quand elles participent à la prise de décision avec l'équipe médicale, elles se sentent valorisées et reconnues dans leur rôle, 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 est son équipe, car le travail en collaboration permet une meilleure gestion du stress.

Les médecins et les sages-femmes en chef peuvent également être source de soutien social. Ces dernières 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 et sont partagées entre le travail administratif et

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 stressors. Ils sont soit liés aux relations humaines au travail (personnalité et caractère des collègues, création de clans intraéquipe sage-femme, difficultés dans les relations interéquipes 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 dysfonctionnelle, habitudes hiérarchiques au sein des équipes obstétricales, incertitude professionnelle) soit à des facteurs plus personnels (problèmes de santé préexistants). Une meilleure identification de ceux-ci permet de cibler la prévention du stress professionnel de la sage-femme hospitalière. Les leviers de ce stress sont l'autonomie professionnelle, de même que 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 dans 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.

### Discussion

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

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

Quatre sages-femmes interrogées envisagent de changer de travail (à court ou moyen terme) en raison de leur insatisfaction. 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. Cela s'évalue avec différents critères, dont l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, les relations avec l'équipe, la reconnaissance professionnelle, la capacité à contrôler son travail, les horaires et récompenses extrinsèques.

Une évaluation de la satisfaction au travail par les institutions est donc recommandée. (Cronie, et al., 2019) Les critères 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 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. Les sages-femmes envisagent de changer d'institution ou de profession lorsqu'elles sont 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 psychosociaux. Stoll & Gallagher (2019) ont montré qu'elles sont exposées à un haut risque de stress professionnel et de burn-out. Lorsqu'elles envisagent de quitter la profession, elles présentent 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 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, pertes des soins globaux, augmentation de la charge administrative) ainsi qu'une exposition plus importante au burn-out et à l'augmentation du stress professionnel. (UpSfb, 2019)

Récemment, le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) a publié son Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France (2020). Il apparaît que 42,3% des sages-femmes hospitalières présentent un score d'épuisement élevé sur l'échelle utilisée (MBI), qui 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 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 et leurs conséquences sur la qualité et la sécurité des soins.

L'analyse de la problématique a fait émerger différentes recommandations s'adressant 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 soient adaptés au travail sur le terrain. Au-delà des statistiques, il s'agit de reconnaître le temps nécessaire à l'établissement d'une relation d'accompagnement de qualité.

#### **Au niveau hospitalier**

Le management doit devenir plus humain, car en « se reconnectant au vrai travail » de façon globale (objective, subjective et collective) (Thunus, 2020), il favorise la reconnaissance de chacun des travailleurs.

Les institutions devraient également évaluer la satisfaction au travail : l'amélioration des conditions de travail favorisera un meilleur engagement et une plus grande satisfaction, ce qui améliore qualité et sécurité des soins.

Il est aussi nécessaire de donner un réel pouvoir à la sage-femme en chef, qui devrait être accompagnée par la hiérarchie dans son rôle de manager. L'absence de sages-femmes au sein des cadres supérieurs n'aide pas à valoriser la profession au sein de la hiérarchie hospitalière. Les syndicats institutionnels devraient aussi soutenir la mise en place d'environnements de travail sains.

Comme elles sont exposées à de nombreux stressseurs, les institutions devraient s'investir dans la prévention par le biais d'acteurs ou d'actions identifiées, durables et adaptées aux horaires afin de favoriser leur participation. Elles devraient également consacrer un budget à la formation continue.

### Au niveau des équipes sages-femmes

Les sages-femmes en chef devraient favoriser la cohésion de leur équipe par diverses stratégies et apporter un soutien à chaque sage-femme. Organiser des moments en dehors du travail permet de souder les 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 acteurs. Cela favorise l'accès à des soins périnataux sûrs et qualitatifs. (Smith, 2016) On augmente alors la satisfaction des patientes, diminue les coûts et améliore les résultats de santé (diminution du recours à la césarienne, favorisation du démarrage de l'allaitement maternel). Les principes de cette collaboration sont : une communication efficace, une relation de confiance entre les deux groupes professionnels, le respect et l'autonomie de chacun des partenaires.

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 et celles de l'autre. Cela améliorerait la communication au sein de l'équipe, 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. Cela favoriserait le sentiment de recon-

naissance de la sage-femme et la participation à la prise de décision. Des protocoles clairs et actualisés devraient être à la disposition des sages-femmes afin de favoriser la sécurité des soins.

### Conclusion

Les sages-femmes hospitalières travaillent dans des contextes variés qui ont en commun l'empreinte des récentes politiques de santé belges et des restrictions budgétaires qui y sont liées (restructuration du paysage hospitalier et réduction des séjours post-partum).

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 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, à leurs forces comme à leurs faiblesses. Les entretiens semi-directifs ont permis d'obtenir une grande variété des participantes et des 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. Elles sont confrontées à des stressors de différentes natures, qui 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

### 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., et al. (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.

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%AAte-Bien-%C3%AAre.pdf](https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/06/2020.06_Enqu%C3%AAte-Bien-%C3%AAre.pdf)

Cramer, E., & Hunter, B. (2019, décembre). Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women and Birth*, 32 , pp. 521-532.

Cronie, D., Perdok, H., Verhoeven, C., Jans, S., Hermus, M., de Vries, R., et al. (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.

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., et al. (2018, août 20). Mental Health Symptoms and Work-Related Stressors in Hospital Midwives and NICU Nurses: A Mixed Methods Study. *Frontiers in psychiatry*, 9 .

HAS. (2016). *Qualité de vie au travail et qualité des soins: Revue de littérature*.

Henriksen, L., & Lukassea, 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.

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 .

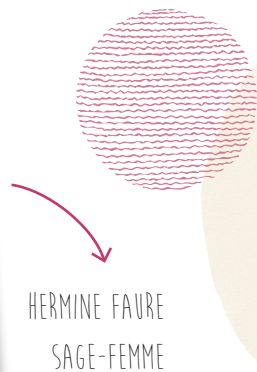
INRS. (2006). Documents pour le médecin du travail. *Stress et risque psychosociaux: concepts et prévention* , pp. 169-186.

d'exercer leur travail avec un degré d'autonomie variable. Plus la privatisation des patientes augmente, plus l'autonomie de la sage-femme diminue. À 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 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 sentant 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 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 administrative à l'époque de l'informatisation des dossiers. Le management hospitalier doit reconsidérer la place des sages-femmes en chef et leur 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 pour 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 pour accompagner les sages-femmes tout au long de leur carrière.

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.



HERMINE FAURE  
SAGE-FEMME

#### REMERCIEMENTS

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

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., Gurokova, E., Palese, A., Godeas, G., Ziakova, K., Song, M., et al. (2016, janvier). Job satisfaction and leaving intentions of midwives: analysis of a multinational cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 24, pp. 70-79.

KCE. (2014). *Rapport 232Bs: L'organisation des soins après l'accouchement*.

KCE. (2016). *Rapport 278B: Planification des ressources humaines pour la santé et données relatives aux sages-femmes*.

Légeron, P. (2008). Le stress professionnel. *L'information psychiatrique*, 84, pp. 809-820.

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.

Nowrouzi, B., Lightfoot, N., Larivière, M., Carter, L., Rukholm, E., Schinck, R., et al. (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.

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/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/)

Smith, D. (2016, juillet-septembre). Interprofessional Collaboration in Perinatal Care: The Future of Midwifery. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 30, pp. 167-173.

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.

Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K., et al. (2012, Mars). Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 68, pp. 2376-2386.

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 Économie de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité: [https://www.mloz.be/sites/default/files/publications/economie\\_de\\_la\\_grossesse\\_de\\_lacc](https://www.mloz.be/sites/default/files/publications/economie_de_la_grossesse_de_lacc)