



ECOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Années universitaires 2016-2021

**Bien-être au travail et qualité des soins
face à la charge d'activité :**
Enquête auprès des sages-femmes du CHU de Nantes

Mémoire présenté et soutenu par

DEGUIRAL Manon

Née le 29 octobre 1998

Sous la direction de Solenn CARVALHO, sage-femme coordinatrice

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes sincères remerciements aux personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie tout d'abord Solenn Carvalho, sage-femme coordinatrice et directrice de ce mémoire, pour son implication dans ce travail, son soutien et sa confiance. Je remercie aussi Catherine Ferrand, sage-femme enseignante référente pour sa disponibilité et l'aide à l'écriture de ce mémoire.

J'adresse mes remerciements à l'encadrement des sages-femmes du CHU de Nantes, pour m'avoir permis de mener ce travail. Je souhaite remercier particulièrement Laetitia Sionneau et Maele Gautier, sages-femmes coordinatrices, pour leur disponibilité et l'intérêt porté à ce mémoire, ainsi que Claude Daussy, coordonnatrice en maïeutique, pour son soutien et ses précieux conseils.

Je remercie aussi Florence Monpeyssen, responsable qualité de vie au travail, et Docteur Gordeeff, médecin du travail, pour leurs informations et conseils spécialisés sur le sujet.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance aux sages-femmes du CHU de Nantes qui ont participé et pris le temps de répondre à cette étude.

Enfin, je remercie mes amies de promotion ainsi que ma famille pour leur soutien sans faille durant ces années d'étude et pour la relecture de ce mémoire.

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	1
2	METHODOLOGIE	4
2.1	Type d'étude	4
2.2	Outils pour l'élaboration du questionnaire	4
2.3	Réalisation des entretiens semi-directifs	6
2.4	Population étudiée et diffusion du questionnaire	6
2.5	Analyse statistique.....	7
3	RESULTATS.....	8
3.1	Caractéristiques de la population	8
3.1.1	Age	8
3.1.2	Expérience professionnelle	8
3.1.3	Services	9
3.2	Evaluation des facteurs de risque psycho-sociaux	10
3.2.1	Intensité et complexité du travail	10
3.2.2	Horaires de travail difficiles	11
3.2.2.1.	Nombre d'heures maximum par semaine.....	12
3.2.2.2.	Heures supplémentaires.....	12
3.2.3	Exigences émotionnelles	12
3.2.4	Faible autonomie	13
3.2.5	Rapports sociaux au travail dégradés	14
3.2.6	Conflit de valeurs	15
3.2.7	Insécurité de l'emploi et du travail.....	15
3.3	Charge de travail.....	16
3.3.1	Evolution	16
3.3.2	Facteurs de charge d'activité.....	16
3.3.3	Conséquences de la charge de travail.....	18
3.3.3.1.	Surcharge de travail.....	18
3.3.3.2.	Stress professionnel	20
3.3.3.3.	Plaisir à exercer	20
3.4	Prévention des risques psycho-sociaux.....	21
4	DISCUSSION	23
4.1	Points forts et limites de l'étude	23

4.2	Evaluation des facteurs de risque psycho-sociaux	24
4.2.1	Un travail intense et complexe	24
4.2.1.2.	Des interruptions de tâche répétées	25
4.2.1.1.	Une polyvalence bien acceptée.....	25
4.2.2	Des horaires atypiques	25
4.2.2.1.	Horaires atypiques	25
4.2.2.2.	Horaires fluctuants.....	26
4.2.2.3.	Prévisibilité du planning.....	27
4.2.2.4.	Heures supplémentaires.....	28
4.2.3	Exigences émotionnelles	29
4.2.3.1.	De rares tensions avec les patients	30
4.2.3.2.	Soutien psychologique des patientes limité.....	31
4.2.4	Une autonomie à compétences définies	31
4.2.4.1.	Utilisation et développement des compétences	32
4.2.4.2.	Faible possibilité d’agir sur la quantité de travail.....	32
4.2.5	Rapports sociaux au travail	33
4.2.5.1.	Entraide entre sages-femmes	33
4.2.5.2.	Travail en équipe pluriprofessionnelle	34
4.2.5.3.	Confiance des supérieurs hiérarchiques	35
4.2.5.4.	Un manque de reconnaissance général du travail.....	35
4.2.6	Sens du travail	36
4.2.7	Sécurité de la situation de travail	37
4.2.8	Des risques psycho-sociaux en lien avec l’activité de la structure.....	38
4.3	Evolution de la charge de travail des sages-femmes	38
4.3.1	Facteurs de charge de travail	39
4.3.1.1.	Une augmentation considérable du nombre de naissances.....	39
4.3.1.2.	Un manque de moyens humains	39
4.3.1.3.	Un manque de place	41
4.3.1.4.	Des prises en soins pathologiques complexes	42
4.3.1.5.	Un accompagnement physiologique limité	42
4.3.1.6.	Un besoin de soutien psycho-social.....	43
4.3.1.7.	Une surcharge de travail administratif.....	44
4.3.1.8.	Des durées de séjour en suites de couche écourtés.....	45
4.3.2	Impacts de la surcharge d’activité	46
4.3.2.1.	Impacts sur la qualité des soins	46
4.3.2.2.	Un apprentissage des étudiants différent	48
4.3.2.3.	Le bien-être au travail des sages-femmes engagé	48
5	CONCLUSION.....	50

GLOSSAIRE

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

AM : Allaitement Maternel

APD : Anesthésie péridurale

ARS : Agence Régionale de Santé

ATB : Antibiotique

BO : Bloc Obstétrical

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques

ETP : Equivalent Temps Plein

GHR : Grossesses à Haut Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PEC : Prise en charge

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme de Retour A Domicile

SDC : Suites De Couche

SF : Sage-Femme

Mg : Magnésium

1 INTRODUCTION

Dans le domaine médical, les soignants sont confrontés à d'importantes contraintes : des horaires atypiques, une charge mentale élevée due à une forte demande d'attention ainsi qu'une confrontation quotidienne à la souffrance du patient. La HAS publie en 2016 une revue de littérature témoignant du lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins promulgués. [1] Cette même année, le ministère de la santé élabore une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants : « prendre soin de ceux qui nous soignent ». [2] Des actions de prévention des risques psycho-sociaux et des outils de démarche qualité de vie au travail visant les soignants sont alors créés.

Les risques psychosociaux sont définis comme les risques professionnels pour la santé physique et mentale des travailleurs. Plusieurs sont à distinguer : le stress provenant du sentiment de ne pas atteindre les exigences ou les attentes demandées ; les violences internes entre travailleurs ; les violences externes exercées par des personnes extérieures à l'encontre des salariés. Ils peuvent avoir des conséquences sur la qualité de travail mais également sur la santé des travailleurs : augmentation du risque d'accident au travail, absentéisme, troubles musculosquelettiques, maladies cardiovasculaires, dépression, anxiété, pouvant aller jusqu'à l'épuisement professionnel : le « burn out »; ou encore le suicide. [3] Ils se révèlent être un enjeu majeur en termes de santé publique.

Plus récemment, la notion de qualité de vie au travail a été développée afin de permettre une approche plus globale des enjeux du travail, notamment sa dimension positive à travers le bien-être au travail. [3] Elle est définie dans l'Accord National Interprofessionnel du 19 juin 2013 par : « les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment ». [4]

Parmi les métiers soignants à risque psycho-social figure celui de sage-femme. Dans l'enquête « Conditions de travail » de 2016, le métier figure parmi les 15 métiers les moins favorables au bien-être psychologique. [6] « Le plus beau métier du monde » est un métier avec de lourdes responsabilités. Les sages-femmes sont sujettes à une grande pression qui peut mener vers un stress et altérer leur qualité de vie au travail. Parmi 2767 sages-femmes répondant à une enquête du Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) lancée en début d'année 2020, 42,3% souffraient de burnout. [7]

La profession de sage-femme est définie comme profession médicale par le code de la santé publique, au même titre que les médecins et chirurgiens-dentistes. Depuis une quinzaine d'années, leur champ de compétences ne cesse de s'agrandir et d'évoluer. Au-delà de leur pleine autonomie concernant le suivi physiologique de la grossesse et de l'accouchement, les sages-femmes dépistent les pathologies, assurent le suivi gynécologique de prévention et de contraception de la femme en bonne santé, peuvent participer aux activités d'assistance médicale à la procréation, et sont habilitées à pratiquer les IVG médicamenteuses. [5]

L'année 2013 a été un tournant pour la profession : les professionnelles se mobilisent et des grèves nationales s'organisent. Les sages-femmes revendiquent une valorisation de leur profession et de leur statut médical. Un nouveau décret, publié en 2014¹, créé un nouveau corps pour les sages-femmes hospitalières : elles sont désormais sous la direction du personnel médical concernant la gestion de carrière et d'affectation. Cependant, malgré cette évolution statutaire, les sages-femmes salariées des hôpitaux sont toujours dans la catégorie A de la Fonction Publique Hospitalière, comme les professionnels paramédicaux. Depuis 2013, des mouvements militants continuent de se développer. Insuffisamment considérées, les sages-femmes souhaitent une reconnaissance de leur autonomie, des salaires adaptés à leurs responsabilités et une révision des normes fixées par les décrets de périnatalité de 1998 afin d'améliorer la sécurité et qualité de la prise en soins des patientes et nouveau-nés. Les syndicats revendiquent l'obtention du statut de praticiens hospitaliers, au même titre que les médecins, mais aussi les pharmaciens, biologistes et dentistes.

En juillet 2020, les accords du Ségur de la santé n'ont fait qu'accroître le sentiment d'injustice chez les sages-femmes : aucun syndicat convié contrairement aux autres professions et une revalorisation salariale à la même hauteur que les personnels paramédicaux.

La maternité du CHU de Nantes sur laquelle est basée notre étude est une maternité de type III : elle peut accueillir les patientes et nouveau-nés qui présentent des pathologies grâce à l'unité de soins intensifs et de réanimation néonatale et adulte. Le nombre d'accouchements a considérablement augmenté ces dernières années : de 3916 en 2015 à 4381 en 2019. De nouvelles problématiques d'organisation des soins à la maternité sur l'année 2019 ont conduit à 257 transferts de patientes vers d'autres maternités par manque de place.

¹ Décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière.

Nous nous interrogeons alors sur les répercussions de cette intensification du flux de patientes sur le travail des sages-femmes de la maternité : dans quelles conditions peuvent-elles exercer aujourd'hui ? Sont-elles confrontées à des risques psycho-sociaux ? Comment voient-elles évoluer leur charge de travail ? Existe-t-il une surcharge d'activité et par quel biais se serait-elle mise en place ? Cette activité intense a-t-elle des conséquences sur la qualité de leur travail et sur leur bien-être ?

La spécificité de la maternité du CHU et l'augmentation du nombre de naissances nous amènent à l'hypothèse que la charge de travail y est intense, particulièrement pour les sages-femmes. Nous pouvons supposer qu'elles sont exposées à des facteurs de risque psycho-sociaux non négligeables. Une intensification de leur activité pourrait impacter la qualité des soins.

Le but de ce travail repose sur le diagnostic des contraintes professionnelles des sages-femmes du CHU de Nantes, impactant leur qualité de vie au travail et la qualité des soins. Pour cela, le premier objectif de ce mémoire est un dépistage des facteurs de risques psycho-sociaux. Le second est d'étudier le ressenti des sages-femmes sur leur charge de travail et ses conséquences.

2 METHODOLOGIE

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude statistique, observationnelle, transversale, à l'aide d'un questionnaire constitué de données quantitatives et qualitatives. Parallèlement, nous avons mené une étude qualitative grâce à deux entretiens semi-directifs.

2.2 Outils pour l'élaboration du questionnaire

La première partie de ce travail était le dépistage des facteurs de risque psycho-sociaux au travail. Nous avons premièrement effectué un travail de recherche bibliographique afin de construire le meilleur outil. De nombreux questionnaires validés existent pour évaluer ces risques. La plupart sont des questionnaires généraux, communs à toutes les professions. Certains ont été construits spécifiquement pour des corps de métier mais aucun n'existe pour les sages-femmes. Nous avons parallèlement pu organiser une rencontre avec Florence Monpeyssen, ergonomiste, responsable de la qualité de vie au travail au CHU de Nantes.

Grâce à ce premier travail nous avons fait le choix de nous aider d'un outil élaboré par l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). [Annexe II] Cet outil se base sur le rapport d'expertise de 2011 sur le suivi des risques psycho-sociaux au travail, fait sur demande du ministère du travail. [8] Dans ce rapport, sont développées six grandes familles de facteurs de risque :

- L'intensité du travail et le temps de travail
- Les exigences émotionnelles
- Une autonomie insuffisante
- Une mauvaise qualité des rapports sociaux au travail
- Des conflits de valeurs
- Une insécurité de la situation de travail

Les experts suggèrent de décliner ces familles en s'inspirant de questionnaires validés et largement utilisés en France : celui issu de la méthode élaborée par Karasek dans les années 80 : le Job Content Questionnaire, et celui de Siegrist. [9,10]

À la suite de ce rapport, l'INRS a proposé un outil, sous forme de questionnaire. Les grandes familles sont reprises et des sous-thèmes sont développés, qui représentent chacun une question. La première famille de risque « Intensité du travail et temps de travail » a été divisé en deux : « Intensité et complexité du travail » et « Horaires de travail difficiles ». Il y a quatre

variables de réponse : **Jamais-Parfois-Souvent-Toujours**. Comme le suggère l'outil de l'INRS, chaque variable de réponse correspond à un niveau d'intensité du facteur de risque : **Non concerné -Faible-Modéré-Elevé**.

Ce support a été utilisé par le CHU de Nantes dans le cadre du projet d'établissement 2018-2022 au travers de l'engagement « Être attentif à la qualité de vie au travail » afin d'élaborer un plan de prévention. Il a permis de détailler les ressources qui peuvent être mises en place, répondant aux différentes contraintes de travail exposées par l'INRS.

Ce questionnaire n'étant pas spécifique aux professionnels de santé, nous avons adapté quelques questions. Au cours de l'élaboration de notre questionnaire, nous avons découvert l'enquête nationale du CNSF sur le bien-être des sages-femmes. L'enquête permettait de dépister les facteurs de risque psycho-sociaux en comparant les différents types d'exercice. Le questionnaire utilisé était le Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COSPOQ), validé internationalement, qui permet de calculer un score d'exposition aux grands facteurs de risques généraux. Nous concentrant sur une étude locale avec un échantillon plus restreint de sages-femmes, un questionnaire qui détaille davantage les différentes contraintes de travail nous semblait plus adapté pour ce mémoire. Nous nous sommes néanmoins inspirées de certaines questions afin de comparer des résultats locaux aux résultats nationaux. [7]

L'évaluation de la charge de travail repose sur trois dimensions : la charge prescrite, la charge réelle, et la charge ressentie. Etudier ces trois dimensions requière une étude qualitative et quantitative très complète. Nous avons fait le choix de nous concentrer sur celle ressentie par les sages-femmes. Ainsi, pour répondre au deuxième objectif de ce mémoire, la deuxième partie du questionnaire visait à étudier les facteurs de charge de travail, leur évolution ces dernières années, ainsi que ses conséquences sur le bien-être des sages-femmes et la qualité de leur travail. Grâce à de large choix de réponses et des textes libres, nous avons voulu donner à cette partie du questionnaire un aspect le plus qualitatif possible, afin de représenter au mieux le vécu des sages-femmes.

La dernière partie du questionnaire portait sur les caractéristiques des sages-femmes, nous permettant ensuite de pouvoir étudier l'influence de certains critères, notamment du service dans lequel travaille la sage-femme ainsi que son expérience.

2.3 Réalisation des entretiens semi-directifs

Avant la diffusion du questionnaire, des entretiens semi-directifs ont été menés avec deux sages-femmes coordinatrices de la maternité, qui reprennent les parties du questionnaire en apportant une vision de l'encadrement. Ils nous ont aussi permis d'affiner les questions de la deuxième partie du questionnaire, notamment sur les facteurs de charge de travail, afin de pouvoir les adapter au mieux aux problématiques de la maternité du CHU de Nantes.

Nous avons fait le choix de nous entretenir avec Laetitia Sionneau, sage-femme coordinatrice de salle de naissance, et Maele Gautier, en charge des ressources humaines et responsable des secteurs de consultations : suivi intensif de grossesse, échographies, diagnostic anténatal, centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, consultations de grossesse. Ces deux sages-femmes coordinatrices occupaient leur fonction depuis cinq ans, cela permettait une analyse évolutive. Après une demande d'accord pour l'entretien semi-directif et une présentation synthétique de l'objectif du mémoire, nous avons pu réaliser ces deux entretiens respectivement le 30 avril et le 29 juin 2020.

Ces entretiens nous ont aidé à argumenter nos résultats, nous les avons exploités dans la partie « Discussion ».

2.4 Population étudiée et diffusion du questionnaire

Le questionnaire était dédié aux sages-femmes du CHU de Nantes qui travaillent dans les services de salle de naissance, urgences obstétricales, suites de couches, grossesse à haut risque, consultations, suivi intensif de grossesse et diagnostic anténatal. Le service de Procréation Médicalement Assistée (PMA) nous semblait distinct quant aux facteurs et problématiques de charge de travail. Nous avons choisi de nous concentrer sur les sages-femmes cliniciennes du parcours obstétrique.

Le questionnaire a été élaboré sur Google Form. Le lien du formulaire de réponse a été transmis par courriel à la liste de diffusion des sages-femmes du CHU le 2 juillet 2020. L'onglet explicatif en tête de la présentation du formulaire détaillait quelles sages-femmes étaient concernées par l'étude, ainsi que les principaux objectifs de ce mémoire. Une relance a été faite le 7 octobre et nous avons clôturé l'accès au questionnaire le 16 octobre 2020.

2.5 Analyse statistique

Les résultats du Google form étaient automatiquement répertoriés en tableau informatique, que nous avons reporté sur le logiciel Excel.

Pour les données quantitatives, nous avons calculé les moyennes et écart-type, les médianes, les maximums et minimums. Lorsque les résultats semblaient très hétérogènes, nous avons préféré présenter les médianes. Pour les données qualitatives, des pourcentages et effectifs ont été calculés.

Afin d'effectuer des tests de significativité entre nos données, nous avons pu nous servir du logiciel Excel afin de construire les tableaux croisés dynamiques. Nous avons ensuite utilisé le site en ligne BiostaTGV. Le seuil de significativité avait été défini à 5%, une significativité était établie si la p-value était inférieure à 0,05. Les tests statistiques utilisés sont :

- Le **test de Student** lorsqu'une différence significative était recherchée entre deux populations pour des données quantitatives.
- Le **test de Fisher** lorsqu'une différence significative était recherchée entre deux populations pour des données qualitatives et lorsqu'un ou plusieurs effectifs étaient inférieurs à 5.
- Le **test de Chi²** lorsqu'une différence significative était recherchée entre deux populations pour des données qualitatives et lorsque tous les effectifs étaient supérieurs ou égaux à 5.

Pour une meilleure lisibilité, nous avons choisi de présenter les différents résultats avec une décimale. Les p-values seront présentées avec deux décimales.

3 RESULTATS

3.1 Caractéristiques de la population

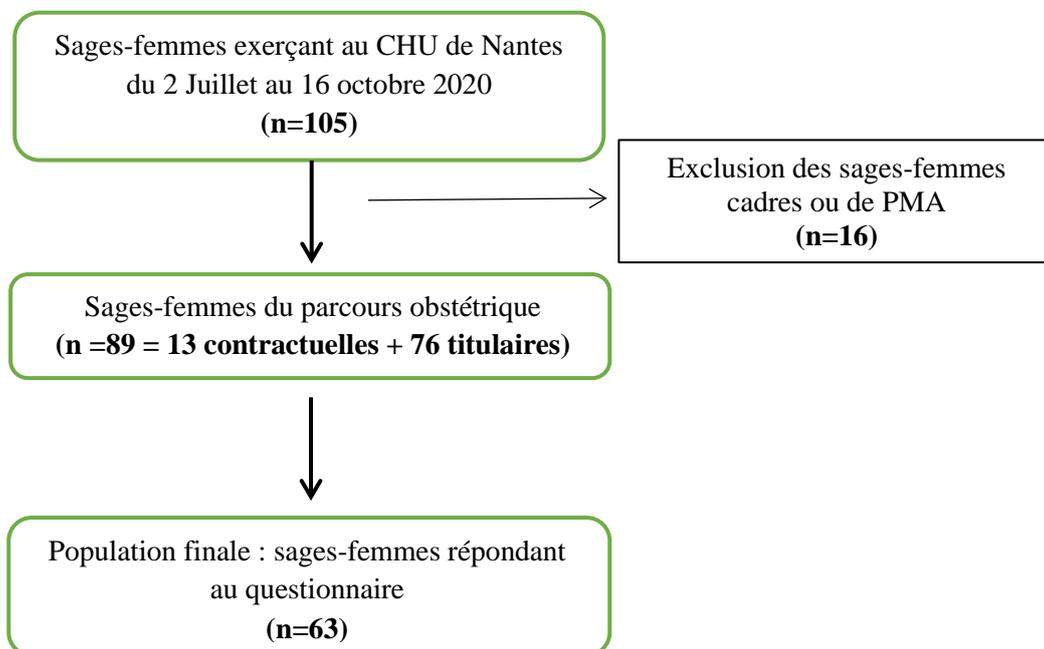


Figure n°1 : Diagramme d'inclusion dit « flow chart »

3.1.1 Age

La moyenne d'âge était de 38,7 ans (écart-type=9,2). Les sages-femmes avaient entre 23 et 62 ans.

3.1.2 Expérience professionnelle

La quasi-totalité des sages-femmes n'ont travaillé qu'en maternité depuis leur diplôme. La moyenne d'année d'exercice en maternité était de 15 ans (écart-type=9,1).

Nous avons réparti les sages-femmes selon leur temps d'exercice en maternité afin d'avoir deux proportions de même ordre de grandeur :

- Les sages-femmes avec moins de 15 ans d'expérience en maternité : **46,0% (n=29)**
- Les sages-femmes avec 15 ans ou plus d'expérience en maternité : **54,0% (n=34)**

3.1.3 Services

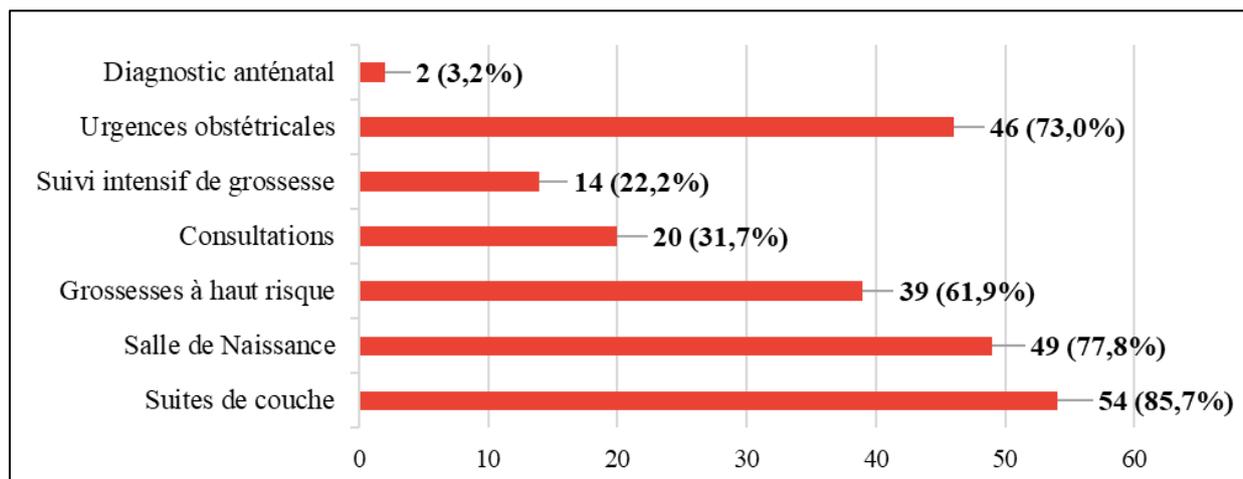


Figure n°2 : Répartition des sages-femmes selon leurs services d'exercice (n=63)

	0-7ans n (%)	8-14 ans n (%)	15-21 ans n (%)	>21 ans n (%)	Total sur échantillon n (%)
Services					
Sages-femmes amenées à travailler en service à activité non programmée	13 (100)	14 (87,5)	20 (87)	4 (36,4)	51 (81)
Sages-femmes travaillant seulement en service à activité régulée	0 (0)	2 (12,5)	3 (13)	7 (63,6)	12 (19)
Fréquence changements de service					
Tous les 4 mois	5 (38,5)	12 (75)	16 (69,6)	1 (9,1)	34 (54)
En fonction des besoins de service	2 (15,4)	1 (6,25)	2 (8,7)	0 (0)	5 (7,9)
Très ponctuellement, si besoin	3 (23,1)	3 (18,75)	3 (13)	4 (36,4)	13 (20,6)
Plusieurs activités par semaine	3 (23,1)	0 (0)	2 (8,7)	0 (0)	5 (8)
Pas de changements	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (54,5)	6 (9,5)
Horaires					
De jour et de nuit en 12 heures	12 (92,3)	13 (81,2)	16 (69,6)	4 (36,4)	45 (71,4)
De jour en 12 heures	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	2 (18,2)	3 (4,8)
De nuit en 12 heures	0 (0)	0 (0)	3 (13)	0 (0)	3 (4,8)
De jour en 7h30	0 (0)	2 (12,5)	3 (13)	4 (36,4)	9 (14,3)
Toutes ces possibilités	0 (0)	1 (6,3)	1 (4,3)	1 (9,1)	3 (4,8)
TOTAL	n=13 (100)	n=16 (100)	n=23 (100)	11 (100)	63 (100)

Tableau n°1 : Services, fréquence de changements et horaires selon l'expérience en maternité

Nous avons réparti les sages-femmes selon leur service d'exercice en deux populations :

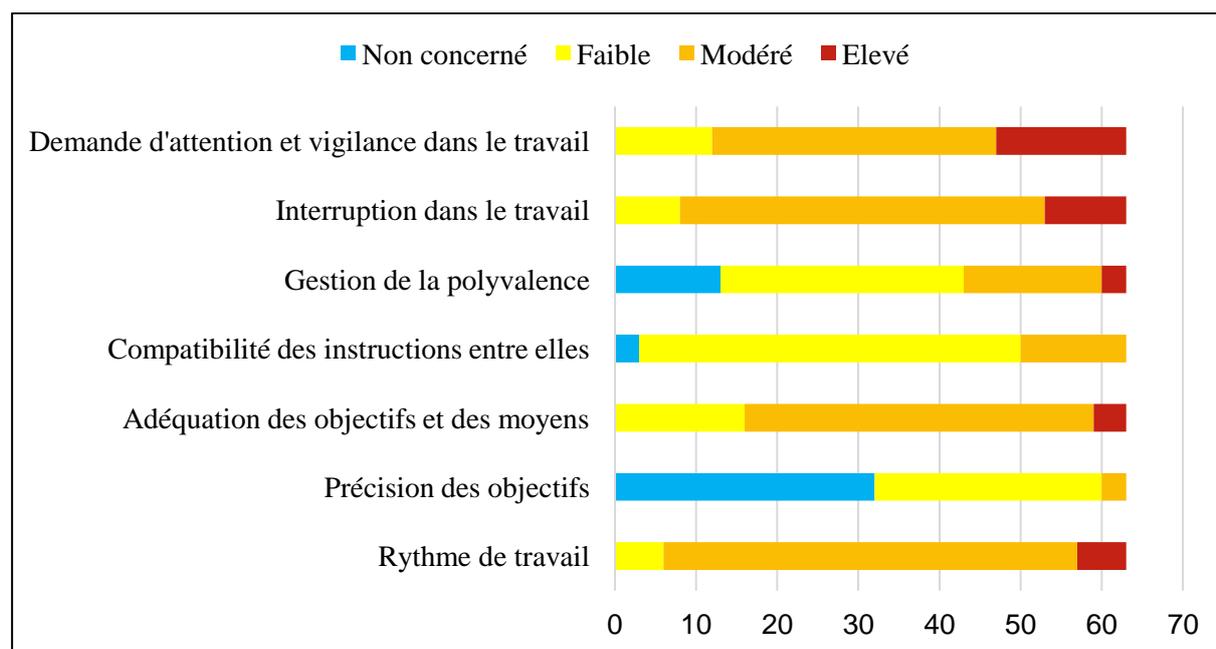
- Les sages-femmes amenées à travailler en service à **activité non programmée** (salle de naissance, urgences obstétricales), représentant **81% (n=51)** de l'échantillon.
- Les sages-femmes qui travaillent seulement en service que nous nommerons à **activité « régulée »** : consultations (de grossesse, suivi intensif de grossesse, diagnostic anténatal) et services d'hospitalisation (suites de couche, grossesses à haut risque), représentant **19% (n=12)** de l'échantillon

3.2 Evaluation des facteurs de risque psycho-sociaux

Les expositions aux sept grands facteurs de risques psycho-sociaux ont été évaluées à travers un niveau d'intensité. Grâce aux items représentés chacun par une question, la sage-femme est soit non concernée par le risque, soit faiblement exposée, soit modérément, soit de façon élevée. Chaque niveau d'intensité sera représenté par une couleur dans les graphiques : plus l'intensité est élevée, plus c'est défavorable.

Pour une meilleure compréhension, nous avons choisi de comparer le taux de sages-femmes non concernées ou faiblement exposées à celui des sages-femmes modérément exposées ou de façon élevée. L'un étant plutôt favorable et l'autre défavorable.

3.2.1 Intensité et complexité du travail



Graphique n°3 : répartition des sages-femmes en fonction du niveau d'intensité du facteur de risque « Intensité et complexité du travail » (n=63)

Parmi les sous-thèmes avec une majorité de sages-femmes modérément ou fortement concernées par le facteur de risque « Intensité et complexité du travail », nous retrouvons :

- Intensité du rythme de travail, **90,5% (n=57)**. Aucune différence significative en fonction de l'expérience ni du service n'a été démontrée.
- L'inadéquation des objectifs et des moyens, **74,6% (n=47)**.
- L'interruption dans le travail, **87,3% (n=55)**. Aucune différence significative en fonction de la possibilité de travailler en service à activité non programmée ou non n'a été démontrée.
- La demande d'attention et de vigilance au travail, **81,0% (n=51)**.

3.2.2 Horaires de travail difficiles

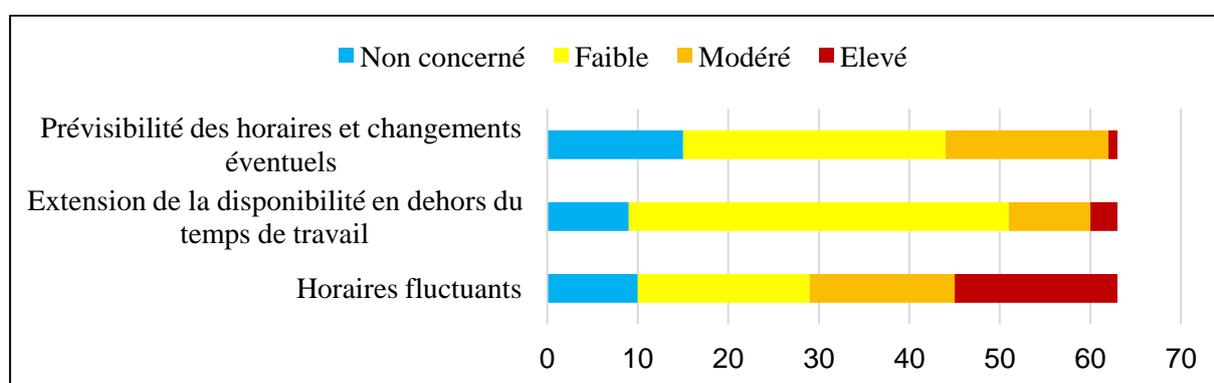


Figure n°4 : Répartition des sages-femmes en fonction du niveau d'intensité du facteur de risque « Horaires de travail difficiles » (n=63)

Il y avait une différence significative entre les services concernant la fluctuation des horaires de travail avec une **p-value=0,01** : les sages-femmes amenées à travailler en salle de naissance ou urgences obstétricales semblaient avoir plus souvent des horaires fluctuants.

Concernant la sollicitation en dehors du temps de travail ainsi que sur le manque de prévision des horaires et des changements, il existait une différence significative en fonction de l'expérience de la sage-femme avec des p-value respectivement de **0,02** et **0,04** : il semble que les sages-femmes avec moins de 15 ans d'expérience étaient plus souvent contactées en dehors de leurs heures de travail et avaient moins de visibilité sur leurs horaires et les changements.

3.2.2.1. Nombre d'heures maximum par semaine

46% (n=29) des sages-femmes faisait **48 heures** de travail hebdomadaire au maximum. **30,2% (n=19)** pouvait travailler **plus de 48 heures**, et **12,7% (n=8)** pouvait aller jusqu'à **60 heures ou plus** par semaine. En moyenne, les sages-femmes faisaient au maximum **47,4 heures** par semaine (écart-type =7,9).

3.2.2.2. Heures supplémentaires

90,5% (n=57) des sages-femmes ont répondu faire des heures supplémentaires. La moyenne du nombre d'heures supplémentaires effectuées par semaine est de **2,2** (écart-type=1,7). Sur tout notre échantillon, **23,8% (n=15)** de sages-femmes effectuait au moins trois heures supplémentaires par semaine.

91,2% (n=52) déclaraient que leurs heures supplémentaires n'étaient pas rémunérées.

3.2.3 Exigences émotionnelles

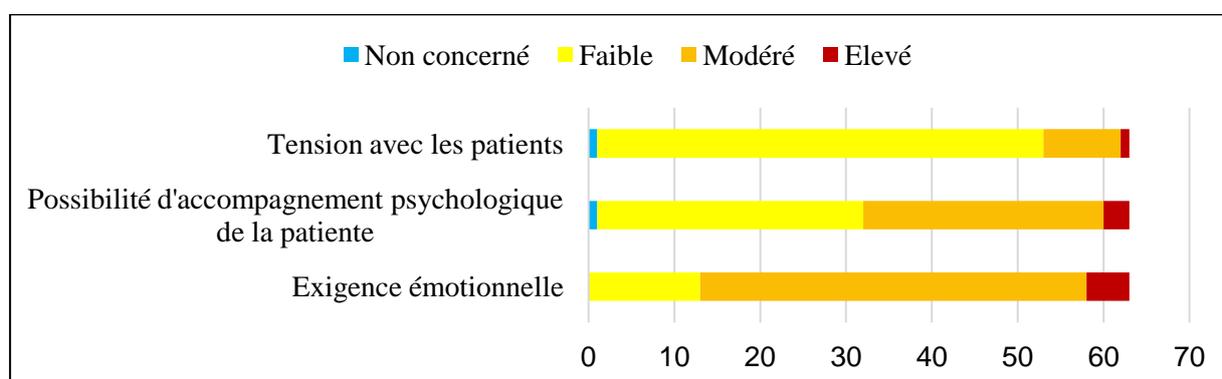


Figure n°5 : Répartition des sages-femmes selon le niveau d'intensité du facteur de risque « exigences émotionnelles » (n=63)

La majorité des sages-femmes évaluait l'exigence émotionnelle de façon modérée ou élevée, soit **79,4% (n=50)**. Aucune différence significative n'a été démontrée en fonction des services et de l'expérience.

Concernant la possibilité d'accompagner les patientes sur le plan émotionnel, une différence significative existait entre les sages-femmes travaillant en salle de naissances ou urgences obstétricales et les autres, avec une **p-value = 0,02** : ces sages-femmes semblaient moins pouvoir soutenir psychologiquement les patientes.

3.2.4 Faible autonomie

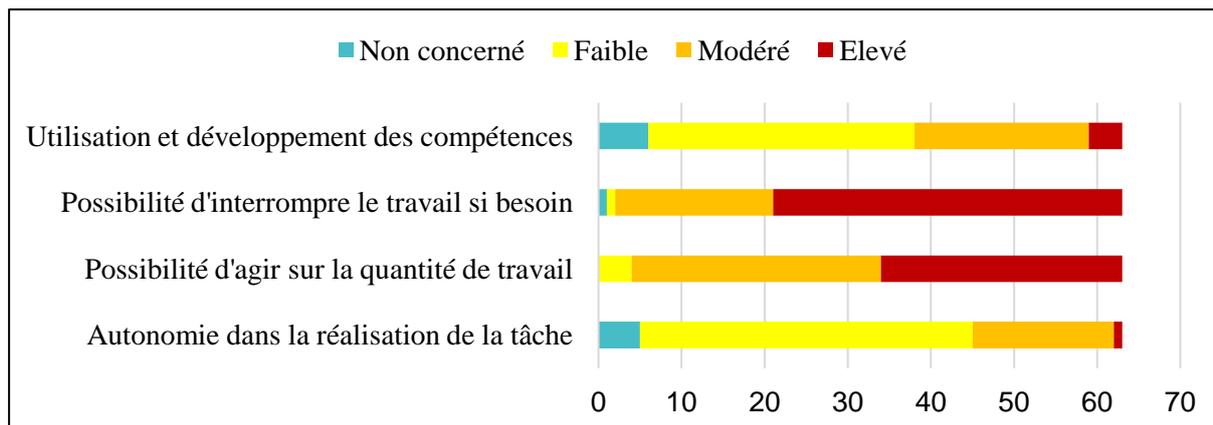


Figure n°6: répartition des sages-femmes selon le niveau d'intensité du facteur de risque « Faible autonomie » (n=63)

Il n'y avait pas de différence significative en fonction de l'expérience de la sage-femme en ce qui concerne la marge de manœuvre dans la réalisation de la tâche.

Les sages-femmes qui ne peuvent jamais intervenir sur leur quantité de travail représentaient **46% (n=29)** et la proportion de sages-femmes qui ne peuvent jamais interrompre leur travail si elles en ressentent le besoin était de **66,7% (n=42)**, ce qui équivaut alors à une exposition « élevée » au facteur de risque « faible autonomie ».

L'utilisation et le développement des compétences semblaient bons ou souvent bons pour plus de la moitié des sages-femmes. Une différence significative a été prouvée en fonction du service avec une **p-value à 0,04** : les sages-femmes travaillant en salle de naissance et urgences obstétricales semblaient davantage pouvoir utiliser et développer leurs compétences.

3.2.5 Rapports sociaux au travail dégradés

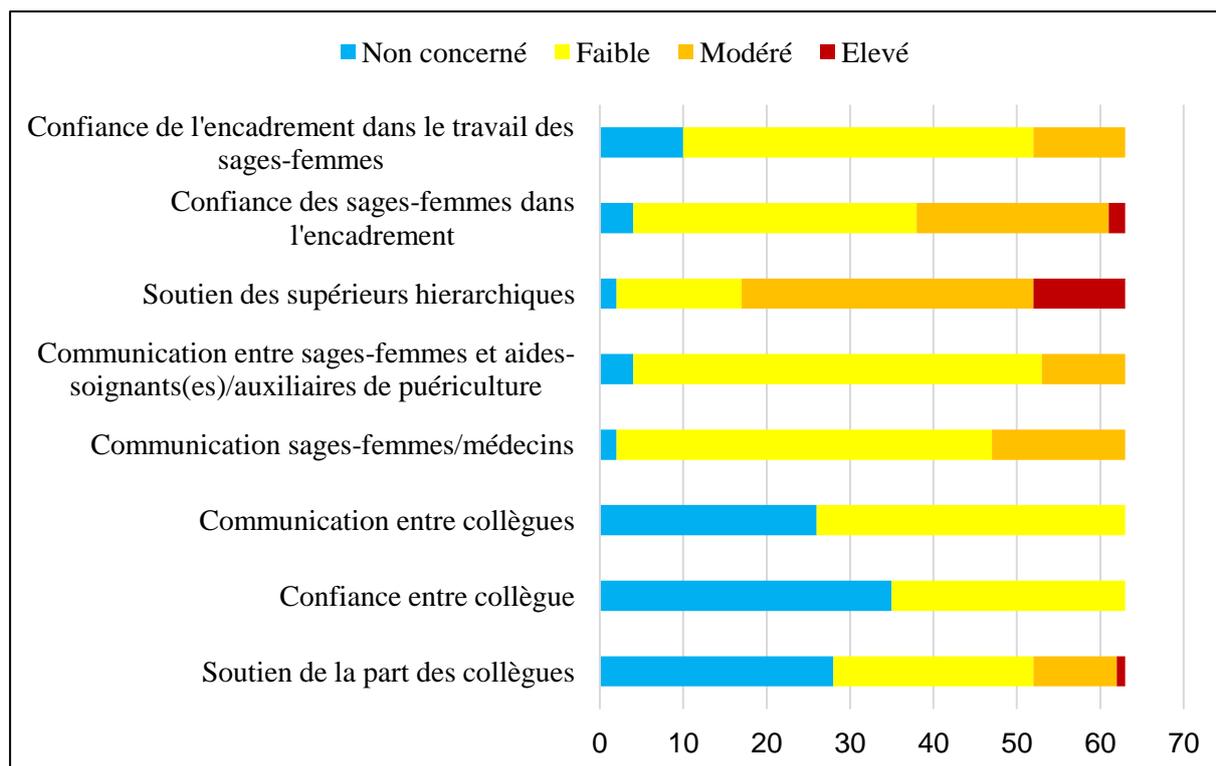


Figure n°7 : répartition des sages-femmes selon le niveau d'intensité du facteur de risque « Rapports sociaux au travail dégradés »

Il existait une différence significative par rapport au soutien entre collègues en fonction des services avec une **p-value <0,01** : **75%** des sages-femmes qui travaillent seulement en consultations ou services d'hospitalisation n'étaient **jamais** ou étaient **parfois** soutenues par leurs collègues, contre **3,9%** des sages-femmes de salle de naissance ou urgences obstétricales. Les sages-femmes qui ne travaillent pas en salle de naissance ni urgences obstétricales semblaient moins souvent soutenues par leurs collègues.

Il n'existait pas de différence significative entre les services concernant la communication entre sages-femmes et médecin, ni entre sage-femme et aide-soignante/auxiliaire de puériculture.

3.2.6 Conflit de valeurs

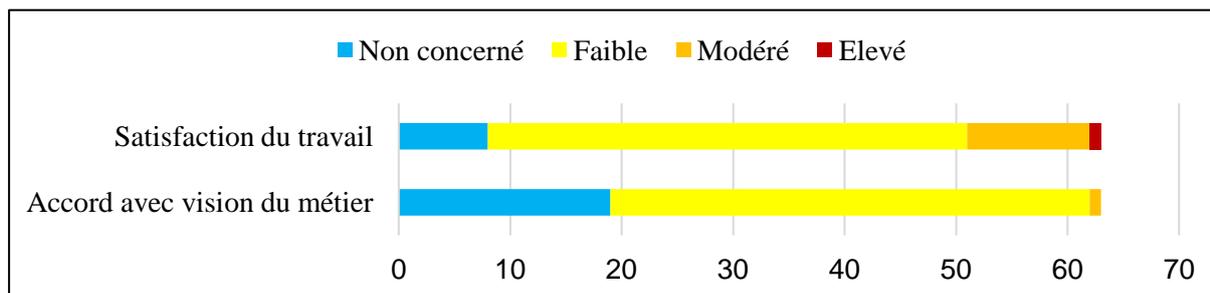


Figure n°8 : répartition des sages-femmes selon le niveau d'intensité du facteur de risque « conflits de valeurs »

La satisfaction du travail dépendait du service d'exercice, une différence significative a été trouvée avec un **p-value < 0,01** : les sages-femmes travaillant en salle de naissance ou urgences obstétricales semblaient plus souvent satisfaites de leur travail dans son ensemble.

3.2.7 Insécurité de l'emploi et du travail

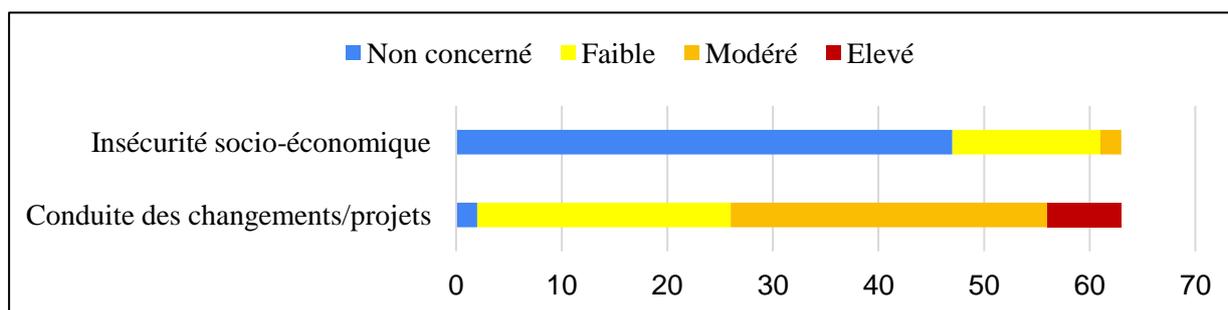


Figure n°9: Répartition des sages-femmes selon le niveau d'intensité du facteur de risque « insécurité de l'emploi et du travail »

Aucune différence significative en fonction de l'expérience de la sage-femme n'a été établie concernant la menace de la perte de l'emploi.

3.3 Charge de travail

3.3.1 Evolution

88,9% (n=56) des sages-femmes travaillaient au CHU de Nantes depuis 2018 ou avant. Parmi elles, **92,9% (n=52)** ressentent une augmentation de leur charge d'activité entre 2017-2018 et 2019-2020. Elles sont composées de :

- 42 sages-femmes amenées à travailler en secteur à activité non programmée
- 10 sages-femmes qui n'y travaillent jamais

3.3.2 Facteurs de charge d'activité

Nous avons proposé huit facteurs potentiels d'augmentation de la charge d'activité à ces 52 sages-femmes :

- **L'augmentation du nombre de naissances**
- **Des pathologies demandant une lourde prise en charge**
- **Un manque matériel**
- **Un manque de personnel**
- **Un besoin de physiologie de la part des parturientes grandissant (ex : accouchement sans APD)**
- **Une surcharge de travail administratif**
- **Un manque de soutien de la hiérarchie médicale (cadres, médecins)**
- **Une population qui demande plus de soutien psycho-social**

Elles devaient les classer par ordre du plus déterminant (score=1) au moins déterminant (score=8) sur leur charge de travail.

Les résultats sont hétérogènes pour chacun des facteurs, avec des étendues égales à 7 pour chacun d'entre eux et des écarts types compris entre 2,1 et 3,1. L'analyse des médianes a donc été préférée à celles des moyennes.

Aucune différence significative n'a été démontrée entre les services.

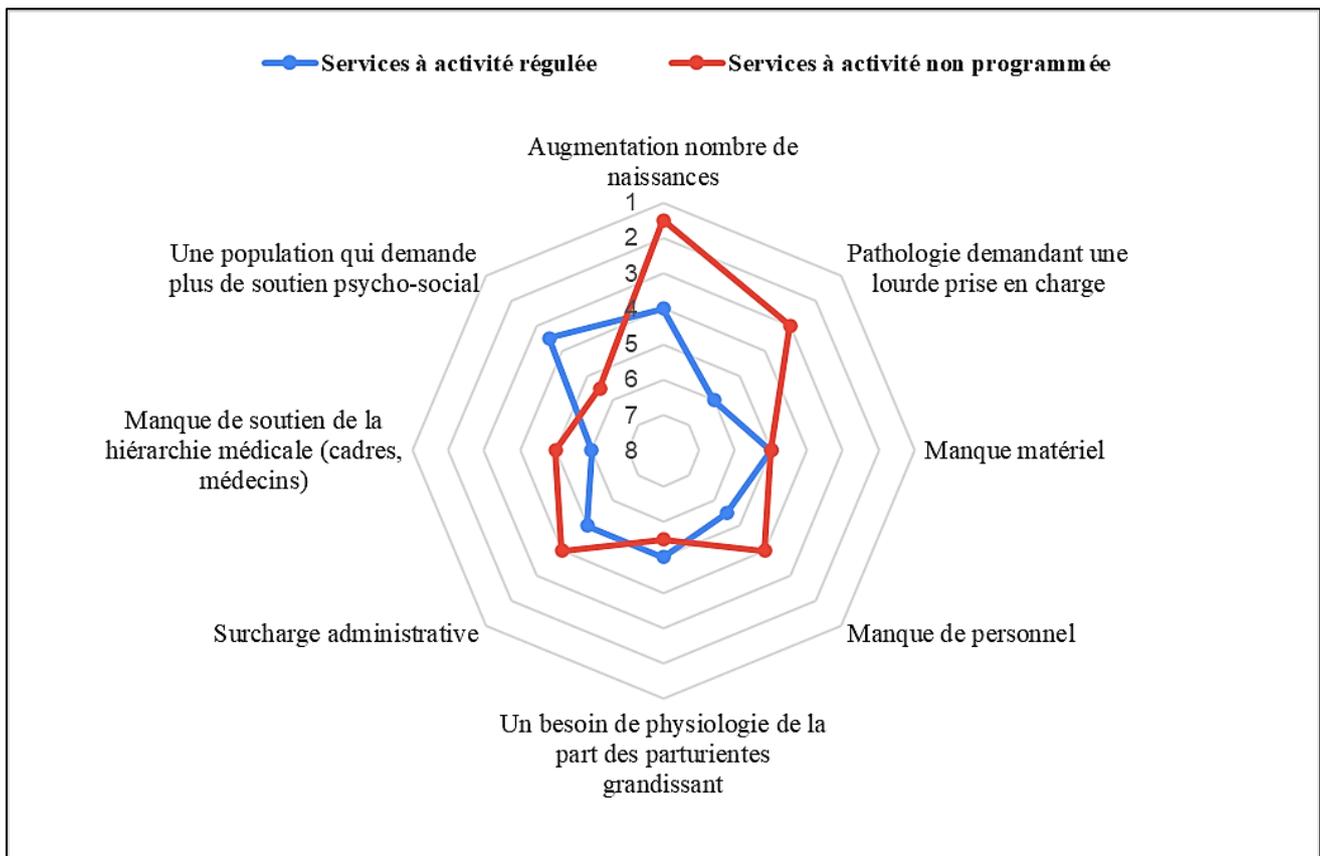


Figure n°10 : Médiannes sur 8 des facteurs de charge d'activité en fonction du service d'exercice (n=52)

Selon les sages-femmes travaillant en salle de naissance ou urgences obstétricales, les facteurs les plus importants semblaient être :

- **L'augmentation du nombre de naissances** avec une médiane de 1,5. Ainsi, la moitié des sages-femmes travaillant en salle de naissance ou urgences obstétricales ont placé l'augmentation des naissances en premier facteur de charge d'activité.
- **Les pathologies demandant une lourde prise en charge** avec une médiane de 3.
- **Le manque de personnel** avec une médiane de 4.
- **La surcharge administrative** avec une médiane de 4.

Selon les sages-femmes travaillant seulement en secteur de consultations ou d'hospitalisation, les facteurs les plus importants semblaient être :

- **La demande de soutien psycho-social** avec une médiane de 3,5.
- **L'augmentation du nombre de naissances** avec une médiane de 4.

D'autres facteurs ont été cités librement par les sages-femmes :

- Le manque de lits d'hospitalisation (n=7) : « *Le manque de place en suites de couche se répercutant en salle de naissances* »
- Les patientes parlant des langues étrangères (n=2) : « *Les patientes ne parlant pas français entraînant parfois d'importantes difficultés de prise en charge médicale* »
- Une pression ressentie pour la date de sortie de suites de couche (n=2)
- La crise sanitaire de la Covid-19 (n=2)

3.3.3 Conséquences de la charge de travail

La charge de travail permet :	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
De faire un travail de qualité	1,6% (n=1)	47,6% (n=30)	49,2% (n=31)	1,6% (n=1)
D'encadrer des étudiants	0,0% (n=0)	49,2% (n=31)	50,8% (n=32)	0,0% (n=0)

Tableau n°2 : Possibilité d'effectuer un travail de qualité (=63)

Il n'y avait pas de différence significative en fonction de l'expérience ni du service.

3.3.3.1. Surcharge de travail

95,2% (n=60) des sages-femmes ressentaient une surcharge de travail. Ces sages-femmes pouvaient donner librement des exemples d'impacts négatifs que cette surcharge avait sur leur travail. 40 sages-femmes ont décrit des impacts entraînant des conséquences directes sur les patientes.

En salle de naissance, il s'agit surtout de conséquences liées à un **manque de salles de travail** « *patientes accouchant en salle d'expectante sans APD alors que souhaitée, et sans accompagnement/ surveillance ; accouchées stockées en expectante en attente des sorties car pas de place en sdc* ». D'autres impacts ont été cités concernant la salle de naissance :

- **Le manque de surveillance du travail et du rythme cardiaque fœtal**, ainsi que le **manque de surveillance des patientes en post-partum** « *mauvaise surveillance post partum des accouchées, patientes laissées seules plusieurs heures quand sf occupées.* ».
- **Le faible accompagnement de la physiologie** « *Horaires pour le suivi des parturientes non respectés, explications données en accéléré, accompagnement des patientes*

"physio" presque bâclé quand patientes présentant des pathologies demandent du temps... »

- **Des déclenchements retardés**
- **Le manque de temps pour le soutien psychologique des patientes et la prise en charge de la douleur**

En suites de couche, une obligation à aller plus vite dans le travail :

- **Un manque de temps pour l'accompagnement psychologique** « *Une rapidité exigée dans le temps passé avec les patientes au détriment du relationnel qui est une part importante du travail en suites de couches dans la mise en place de la relation mère-enfant.* »
- **Des conseils de sortie restreints** « *En suite de couche, beaucoup de conseils de sortie faits trop vite, ou un soutien psy (baby blues...) parfois écourté par l'activité (je prendrai le temps dans l'après-midi, mais elle en a besoin le matin...)* ».
- **Une baisse de la qualité de l'accompagnement à l'allaitement maternel**

Il a aussi été décrit des **réorganisations de services** « *obligation de transférer vers les cliniques privées (et devoir gérer le mécontentement et stress que cela implique); obligation de doubler les ch. seules/ tripler les ch. doubles.....* ». Une **pression pour les sorties précoces** a été ressentie par certaines sages-femmes en suites de couche.

Les sages-femmes ont aussi évoqué des **conséquences sur leur bien-être au travail** : « *sentiment de ne pas faire du bon travail d'accompagnement, pas assez de temps consacré aux patientes : frustration* », une « *perte de l'estime de son travail* ». Il a aussi été cité les interruptions de tâches, les heures supplémentaires et les répercussions familiales.

D'autres impacts ont été cités :

- **Un risque accru d'erreur** « *risque de se tromper car une pression importante est exercée pour aller de plus en plus vite* »
- **Une mauvaise tenue et mauvaise lecture des dossiers** « *Retard de prise en charge, infos découvertes trop tard dans le dossier car on le survole à l'arrivée de la patiente* »
- **Un manque de transmissions**
- **Une mauvaise communication avec l'équipe**
- **Un retard de prise en charge**

- **Un manque de temps pour la gestion du volet psycho-social** « *Manque de temps pour informer pleinement et conseiller les patientes ; manque de temps pour effectuer de la prévention ; manque de temps pour accueillir l'émotionnel, le stress, dépister les facteurs de risques de vulnérabilité...* »

« *Pas le temps d'accompagner les dames pour AM par exemple, pour prendre le temps avec les mamans/couples pendant le travail, lors de gardes chargées pas de sécurité pour les patientes : on ne connaît pas les dossiers, parfois pas voir l'ERCF pendant un moment (même si les collègues regardent l'ERCF), retard de PEC : APD, lactates, ATB.*»

3.3.3.2. Stress professionnel

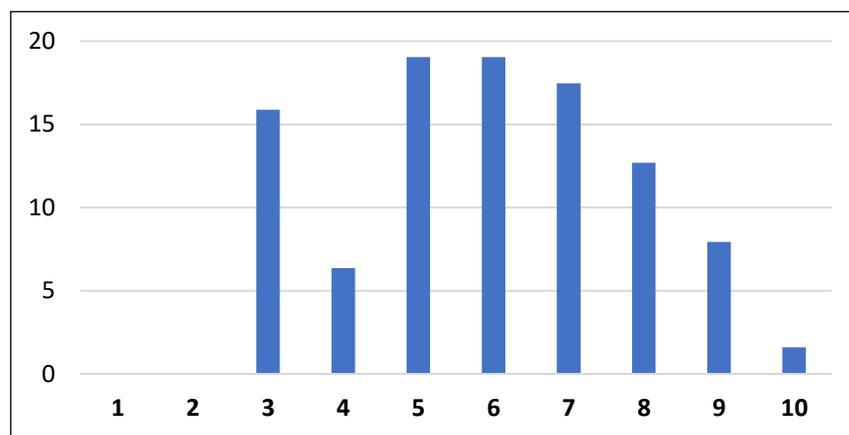


Figure n°11 : Auto-évaluation du stress professionnel, échelle de 1 à 10 (n=63)

La moyenne du stress professionnel auto-évalué est de **5,9** sur 10 (écart-type = 1,9) et la médiane est de **6**. **22,2%** (n=14) des sages-femmes cotaient leur stress professionnel à 8 et plus.

3.3.3.3. Plaisir à exercer

A travers une question à texte libre, **87,3%** (n=55) des sages-femmes ont répondu prendre plaisir à exercer ce métier aujourd'hui. Certaines le justifient par l'**entente entre collègues** et **la reconnaissance des patientes**.

Les points négatifs cités qui impactent le plaisir à travailler sont **la fatigue** et le **manque de moyens pour effectuer leur travail**. « *La majorité du temps oui, mais quand plusieurs gardes très chargées s'accumulent, cela peut être pénible* » ; « *j'adore mon métier mais les conditions de travail doivent être améliorées pour le confort des soignants et des patients* ».

Pour certaines, la surcharge d'activité ne leur permet pas de s'épanouir au travail : « *plus vraiment, la profession est toujours formidable, mais nous n'avons plus le temps de faire ce travail correctement* ». Certaines pensaient au **changement de lieu d'exercice** ou à une reconversion : « *j'arrive à prendre du bon dans mes journées, grâce à mes acquis, mais j'ai globalement beaucoup moins de plaisir à venir travailler et réfléchis sérieusement à changer, pas de métier mais de façon d'exercer* » ; « *je me pose de plus en plus souvent la question d'une reconversion depuis un an, trop d'énergie nécessaire, aucun soutien ressenti de la part des supérieurs hiérarchiques* »

3.4 Prévention des risques psycho-sociaux

Nous avons demandé aux sages-femmes les facteurs de charge de travail évoqués dans ce questionnaire sur lesquels il faudrait travailler pour améliorer la qualité de vie au travail et la qualité du travail, ainsi que leurs suggestions. 49 sages-femmes ont répondu.

Les trois éléments les plus importants sur lesquels il faut travailler selon les sages-femmes sont :

- **Le manque de personnel** (n=22)
- **Le manque de place** (n=15)
- **La limitation du nombre de naissances** (n=8).

Certaines suggèrent un recrutement de sages-femmes, un agrandissement des locaux, ou encore plus de limitation dans les inscriptions à la maternité.

11 sages-femmes souhaitent davantage de **soutien et de reconnaissance du travail** effectué de la part des encadrants et la direction « *amélioration de la compréhension de l'encadrement de notre travail et de l'attente des parturientes/couples* ».

8 sages-femmes désiraient une **baisse de la charge administrative** « *qui pourrait être allégée à l'aide d'outils informatiques intelligents (par ex : ne pas rentrer plusieurs fois les mêmes informations)* » ; « *diminuer la charge administrative en supprimant les dossiers papier* ».

Les **interruptions de tâches** ont été mentionnées par 4 sages-femmes, 2 sages-femmes évoquaient en particulier les appels téléphoniques, notamment en salle de naissance « *partager les demandes téléphoniques incessantes avec le reste de l'équipe (ouverture des portes, renseignements.... Plus d'une trentaine d'interruptions de tâches par garde de 12h sont liées au dérangement téléphonique)* ».

Plus d'**analyse de la pratique** et de **soutien psychologique** des équipes ont été évoqués par 2 sages-femmes. « *Avoir accès si besoin à une psychologue dédiée lors de vécu traumatique (IMG, accouchement difficile, agressions verbales des patients...)* »

D'autres points sur lesquels travailler ont été cités ponctuellement :

- Développement des services de traducteurs
- Renforcer la présence des médecins dans les services
- Renforcer le travail en binôme
- Des changements de planning mieux anticipés
- Une meilleure programmation des actes, déclenchements
- Moins de pression des encadrants par rapport au transfert des patientes
- Pouvoir travailler en collaboration avec un infirmier anesthésiste pour la surveillance de certaines grossesses pathologiques, « *bilan des patientes présentant une prééclampsie, surveillance et pose sulfate de Mg...* »
- Adaptation des postes aux besoins des sages-femmes (âge, handicap...)
- Davantage de formation et d'exploitation des compétences
- Un travail collectif sur la réorganisation des soins

4 DISCUSSION

4.1 Points forts et limites de l'étude

Un des points forts de notre étude est la représentativité. En effet, 70,8% des sages-femmes concernées ont répondu, avec des proportions de même grandeur dans les différents services. Pour donner du poids à ce travail, nous avons pu nous baser sur une méthodologie validée en ce qui concerne le dépistage des facteurs de risque psycho-sociaux, tout en nous inspirant de l'enquête nationale du CNSF. Cette même enquête nous permet de situer la maternité par rapport aux résultats nationaux. 51,7% (n=36) des sages-femmes de notre étude avaient participé à l'enquête du CNSF.

Ce travail constitue une première étape de démarche qualité de vie au travail. Grâce à un questionnaire anonyme et avec de nombreuses « expressions libres », nous voulions retranscrire au mieux le ressenti des sages-femmes. Une démarche complète inclurait une approche par des experts avec une analyse plus qualitative par une phase de travail en groupe ainsi que des entretiens personnalisés. C'est ce que le CNSF entreprend afin de poursuivre son enquête sur le bien-être des sages-femmes et apporter des axes d'amélioration nationaux.

Pour savoir si le type d'activité (programmée ou non) jouait sur la perception des conditions de travail au sein de la maternité, nous avons voulu comparer les sages-femmes travaillant en salle de naissance et les autres. Seulement, la grande majorité des sages-femmes du CHU n'ont pas de poste fixe et peu de sages-femmes ne travaillent jamais en salle de naissance. Les effectifs des deux groupes sont donc inégaux, limitant la significativité des comparaisons. De plus, la question « Dans quel(s) service(s) êtes-vous amené(e) à travailler ? » n'avait pas de limite temporelle. Il aurait été adéquat d'ajouter l'information « dans l'année précédente ».

Les sages-femmes qui ne travaillent pas en salle de naissance ou qui ne changent pas de service sont aussi pour la plupart celles qui ont le plus d'expérience, ce qui constitue un biais. Nous avons rencontré un deuxième biais quant à l'expérience des sages-femmes : la séparation des deux groupes a été faite à 15 ans d'expérience pour avoir deux effectifs de la même proportion et ainsi apporter plus de significativité dans les résultats. Parmi celles qui ont travaillé moins de 15 ans en maternité, nous ne pouvons pas savoir si les résultats sont influencés par les jeunes diplômées contractuelles ou les titulaires avec quelques années d'expériences.

Les entretiens avec deux sages-femmes coordinatrices responsables des services où travaillent la majorité des sages-femmes qui ont participé à l'étude, nous ont permis d'étayer nos résultats. Bien qu'elles aient une approche assez similaire sur le sujet, nous ne pouvons conclure sur une vision de l'ensemble de l'encadrement. De plus, leur fonction a pu les restreindre quant à la possibilité de s'exprimer librement sur le sujet.

Les sages-femmes ont répondu au questionnaire peu après la sortie du premier confinement liée à la Covid-19. La crise sanitaire a pu biaiser les résultats, entre autres sur le nombre d'heures supplémentaires effectuées. Nous avons choisi de ne pas exploiter ce paramètre qui n'était pas pris en compte lors de l'élaboration du questionnaire.

4.2 Evaluation des facteurs de risque psycho-sociaux

4.2.1 Un travail intense et complexe

La grande majorité des sages-femmes de notre étude répondent avoir un rythme de travail intense, ainsi qu'une forte demande d'attention et de vigilance. De même, dans l'enquête nationale du CNSF, les sages-femmes salariées avaient un rythme de travail élevé et de fortes exigences cognitives. [7] Dans l'enquête « Conditions de travail » menée par la DARES en 2013, 76,8% des infirmiers et sages-femmes devaient se dépêcher pour faire leur travail et 75% devaient penser à trop de choses à la fois. [11] D'après l'INRS, lorsque les contraintes de rythme sont élevées, cela exige que le salarié fasse preuve d'une grande réactivité et disponibilité et devient source de stress. [12]

Pour la sage-femme coordinatrice de la filière externe, la charge mentale imposée aux sages-femmes est en lien avec la charge d'activité et l'exigence émotionnelle associée « [...] *en salle d'accouchement, elle va faire trois-quatre accouchements en douze heures, ce qui est beaucoup, surtout sur ces quatre naissances qu'elle va avoir elle aura souvent eu un mort-né sur une IMG, un code rouge ou orange², une patho légère sur un déclenchement et puis si elle a un accouchement physiologique c'est bien. C'est quand même une charge lourde et une charge émotionnelle aussi qui est lourde. En suites de couche et dans les autres services c'est pareil, il y a un volume d'activité qui rend le travail intensif, en plus de l'intensité émotionnelle qui est inhérente à la profession. »*

² Correspond aux indications urgentes ou très urgentes de césarienne

4.2.1.2. Des interruptions de tâche répétées

Toutes les sages-femmes du CHU sont concernées par l'interruption de tâche, 87,3% sont fréquemment ou toujours interrompues.

Afin de promouvoir la sécurisation de l'étape d'administration des médicaments, la HAS publie en janvier 2016 un rapport sur l'interruption de tâche et propose des outils afin de mieux la repérer et agir en équipe. Elle y est définie par « l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité. La raison est propre à l'opérateur, ou, au contraire, lui est externe. » En se basant sur quatorze études différentes, la HAS a estimé qu'un infirmier était interrompu en moyenne 6,7 fois par heure. [13] Dans l'enquête « conditions de travail » menée par la DARES en 2013, 84,9% des infirmiers et sages-femmes était fréquemment interrompus. [11]

Le risque d'erreur en est significativement augmenté. « L'interruption induit une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte. La réalisation éventuelle d'activités secondaires achève de contrarier la bonne marche de l'activité initiale. ». Au-delà du risque d'erreur, l'INRS ajoute que les interruptions de tâche sont source de charge mentale supplémentaire, pouvant entraîner une fatigue, un sentiment d'un travail non achevé, de mauvaise qualité. [13] Les sages-femmes citent dans le questionnaire « *des demandes téléphoniques incessantes* », pour des demandes de renseignements ou de simples ouvertures de porte. Aucune différence entre les services n'a été démontrée.

4.2.1.1. Une polyvalence bien acceptée

La plupart des sages-femmes du CHU de Nantes travaillent dans plusieurs services, la majorité change tous les quatre mois. Quelques-unes sont amenées à changer de secteur à l'improviste. Nous constatons que les services d'exercice et fréquence de changements évoluent en fonction du nombre d'années d'exercice de la sage-femme. La polyvalence demandée ne semble pas complexifier leur travail et leurs tâches sont bien définies.

4.2.2 Des horaires atypiques

4.2.2.1. Horaires atypiques

D'après nos résultats, la grande majorité des sages-femmes peut travailler en 12 heures. Concernant les horaires de travail dans le cadre réglementaire de la fonction publique

hospitalière, la durée quotidienne de travail ne peut pas excéder 9 heures pour les équipes de jour et 10 heures pour les équipes de nuit. Les postes de travail en 12h sont une modalité dérogatoire d'organisation du travail. Leur mise en place est conditionnée au respect de deux critères : les contraintes de continuité du service public et l'avis favorable du comité technique d'établissement.³ La mise en place de ce fonctionnement peut présenter certains avantages : division du nombre de transmission par deux avec moins de risque d'erreurs, temps de repos accumulé plus conséquent, une meilleure répartition de la charge de travail. [14]

Au sein de la maternité du CHU de Nantes, les sages-femmes qui travaillent dans les services de salle de naissance, urgences obstétricales, grossesse à haut risque et suites de couche fonctionnent en 12 heures, de jour et de nuit. Dans les autres services, elles travaillent en journée en 7h30. En salle de naissance, cela peut permettre à la sage-femme de suivre une patiente durant tout le travail et l'accouchement.⁴ « *Le rythme en douze heures, ça permet d'avoir un suivi de travail, c'est plutôt plébiscité par les sages-femmes.* », explique une des sages-femmes coordinatrices.

Nous pouvons trouver dans la littérature plusieurs études qui démontrent les effets négatifs que ce rythme peut avoir sur le travailleur, notamment une augmentation de la fatigue et un ralentissement des fonctions cognitives pouvant entraîner des erreurs ou accidents de travail. Ce rythme serait à contre-indiquer sur des emplois à contraintes mentales élevées, nécessitant une présence régulière et un suivi relationnel. [14] L'ANSES publie en 2016 un rapport d'expertise sur les risques sanitaires liés aux horaires atypiques ; c'est-à-dire le travail en dehors des horaires standards⁵. Ce fonctionnement entraîne des effets néfastes sur la santé du travailleur : des troubles du sommeil, un syndrome métabolique, une capacité de concentration moindre, une anxiété, voire une dépression. [15]

4.2.2.2. Horaires fluctuants

Environ la moitié des répondantes sont concernées de façon modérée ou élevée par des horaires fluctuants, davantage les sages-femmes de salle de naissance et urgences obstétricales. En effet, 69,8% (n=44) alternent jour et nuit en 12 heures, nous retrouvons les mêmes données

³ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Article 7

⁴ L'accouchement normal comprend trois phases de travail : la première correspond à la dilatation cervicale, la deuxième est la phase de descente et d'expulsion du fœtus, et la troisième est le temps entre la naissance et la délivrance du placenta. Définition HAS

⁵ Horaires de travail entre 5h et 23h, 5 jours par semaines, avec une amplitude journalière de 8h

dans l'enquête nationale ou il s'agissait de 76,40% des sages-femmes salariés. [7] Au contraire, les autres professions soignantes disposent généralement d'équipes travaillant seulement de jour ou de nuit.

Dans la maternité du CHU de Nantes, certaines peuvent travailler dans un service en 12 heures et dans un autre en 7h30. En salle de naissance, un roulement a été établi : elles travaillent un jour puis une nuit, puis ont trois jours de repos et ce même schéma se répète. Selon les deux cadres interrogées, ce roulement a été fait en accord avec les sages-femmes concernées et semble leur convenir.

Nous constatons dans nos résultats que plus la sage-femme a d'années d'expérience dans la maternité, moins elle alterne jour et nuit et plus elle travaille de jour en 7h30. Certains postes peuvent être adaptés suivant des besoins et souhaits comme l'a justifié Maele Gautier « *Il y a certaines sages-femmes qui ne bougent plus, qui ne font plus de nuit, mais bon... on va dire que ce n'est pas la majeure partie. [...] c'est des filles qui ont des restrictions, qui sont fatiguées par la nuit, ça abîme quand même les nuits.* »

4.2.2.3. Prévisibilité du planning

Dans le cadre législatif, le tableau de service dans lequel les horaires de chaque agent sont précisés est renouvelé tous les mois et doit être porté à la connaissance des travailleurs au moins quinze jours avant le début du mois.⁶ Pour la maternité du CHU de Nantes, comme l'a expliqué la responsable des ressources humaines, le planning est établi pour l'année avec les vacances posées et est réédité chaque mois deux à trois semaines avant le début du mois, reprenant les changements éventuels.

D'après leurs réponses, les sages-femmes ont globalement une bonne visibilité sur leur planning et les changements éventuels et sont peu contactées en dehors de leur temps de travail. Cependant, cela paraît moins favorable pour les sages-femmes avec moins d'expérience à la maternité. Nous pouvons l'assimiler aux fréquences de changement de service : plus les sages-femmes ont de l'ancienneté, moins elles vont changer de service. Après 21 ans, la grande majorité ne change pas, ou très ponctuellement. Au contraire, parmi celles ayant moins de 8 ans d'expérience, certaines changent de service en fonction des besoins du moment. Les sages-femmes avec moins d'expérience sont le plus souvent en contrat précaire (CDD,

⁶ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Article 13

remplacements). Leur planning est souvent modulé, comme Maele Gautier l'a précisé : « *Un an de remplacement, ça veut dire pas de période de congé de plus d'une semaine, dix jours, ou c'est très rare. [...] Elles remplacent, donc elles font des plannings qui ne sont pas des plannings fixes, donc c'est fatiguant. [...] Les vacances sont posées au mois le mois donc ça veut dire qu'elles ont trois, quatre jours par mois. C'est compliqué. Quand il y a des signes de fatigue, quand elles ont besoin, on essaye de leur donner du repos mais c'est compliqué quand elles sont là pour combler des arrêts, il y en a toujours plus que prévu, elles sont rappelées.* »

4.2.2.4. Heures supplémentaires

Près d'un tiers des sages-femmes peuvent travailler plus de 48 heures par semaine et 8 sages-femmes sont amenées à travailler jusqu'à 60 heures, ce qui équivaut à cinq gardes de douze heures, dépassant le cadre légal. Ce résultat est biaisé par la formulation de la question qui ne précisait pas si les heures supplémentaires étaient comprises, ainsi que son caractère exceptionnel ou non. 90,5% font des heures supplémentaires, environ le quart en effectue trois ou plus par semaine. Dans les résultats nationaux, 57% des sages-femmes faisaient souvent ou très souvent des heures supplémentaires. [7]

Selon la loi concernant la fonction publique hospitalière, le fonctionnaire ne doit pas travailler plus de 48 heures sur sept jours, heures supplémentaires comprises. Le temps de repos minimal hebdomadaire est de 36 heures et quotidien de 12 heures.⁷ Le plafond des heures supplémentaires pour les sages-femmes est de 20 heures par mois depuis mars 2020.⁸ Il est aussi important de préciser que notre étude se situe en pleine pandémie de Covid-19, cela a pu influencer les résultats. D'après le nouveau décret de mars 2020, les établissements de santé peuvent être autorisés à titre exceptionnel, par décision du directeur général de l'ARS ou du préfet du département, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle du travail.

Les heures supplémentaires des sages-femmes peuvent être des remplacements ponctuels non prévus sur le planning de base. Elles peuvent aussi être dues à du retard accumulé dans la journée, ou simplement à la volonté de terminer la prise en charge d'une patiente, par exemple un accouchement juste en fin de garde. Certaines sages-femmes sont amenées à rester aider l'équipe de la relève lorsque l'activité est trop importante.

⁷ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Article 6

⁸ Décret n° 2020-297 du 24 Mars 2020, relatif aux heures supplémentaires et à leur dépassement

Ces heures supplémentaires peuvent aussi correspondre au temps de transmission. Selon les recommandations émises par la Commission « Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail » du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière : si le travail est organisé en 12 heures, les transmissions doivent être comprises dans ce temps. Il est alors demandé une organisation conséquente, avec une arrivée échelonnée des personnels ou des équipes à horaires mixte. [16] Dans la maternité du CHU de Nantes, le temps de transmission n'est pas inclus dans cette plage horaire et cela entraîne alors, de fait, du temps de travail supplémentaire, concernant toutes les sages-femmes fonctionnant en 12 heures. Ce temps de transmission après une garde pourrait correspondre dans nos résultats à la moyenne de 2,2 heures supplémentaires hebdomadaires par sage-femme.

La quasi-totalité des heures supplémentaires dans notre étude ne sont pas rémunérées. En revanche, dans l'enquête du CNSF, 37,4% étaient payées et 58,8% étaient récupérées. [7] La législation prévoit que les heures supplémentaires soit compensées de façon horaire ou par une indemnisation financière.⁹ Dans le questionnaire, seule la rémunération de ces heures était étudiée. Il aurait été opportun d'inclure une question concernant leur récupération. Il est important de préciser que les heures supplémentaires doivent être déclarées par la sage-femme pour être prises en compte, ce qui n'est pas fait systématiquement lorsque les transmissions retardent l'heure de départ de la garde.

Maele Gautier insiste sur l'aspect primordial du respect du planning et des repos minimums : « *Message fort c'est : la sécurité du planning. C'est 90% de l'amélioration des conditions de travail. Je trouve que c'est compliqué d'aller proposer de la sophrologie alors qu'on n'est même pas capable de leur assurer leur 48h de repos. Il faut d'abord commencer par-là, d'abord leur permettre de se reposer, respecter leur planning.* »

4.2.3 **Exigences émotionnelles**

Dans notre étude, la grande majorité trouve le travail éprouvant sur le plan émotionnel. De même, dans l'enquête du CNSF, les sages-femmes cliniciennes évaluaient le niveau d'exigence émotionnelle comme élevé. [7] D'après Maelle Gautier, « *l'intensité émotionnelle [...] est inhérente à la profession* ». Que ce soit pendant la grossesse, en salle de naissance, ou dans les suites de couche, la sage-femme partage un événement fort, marquant pour le couple : « *on rentre dans l'intimité des gens, des couples, donc on va partager avec eux des émotions*

⁹ Décret n°2002-598 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires dans la FPH. Article 4,7

[...] très fortes autour de la naissance, dans le bonheur comme dans le malheur, dans des situations qui sont complexes, chez des patientes qui peuvent être aussi particulières. ».

Les exigences émotionnelles peuvent être liées aux relations avec le public, à des situations de tensions et à l'exposition à la souffrance d'autrui. Elles peuvent aussi être liées à devoir cacher ses émotions. [8] Nous pouvons trouver dans la littérature un lien entre intensité émotionnelle et moins de satisfaction au travail, troubles de l'humeur, voire dépression. Il existerait par ailleurs une association avec le burn out (épuisement). [17] La profession soignante y est spécialement exposée, le relationnel avec les patients est au cœur de ces métiers. [11]

La sage-femme doit en effet faire face à des situations de souffrance : fausses couches, morts in utero, IMG, grossesses à haut risque mais aussi des contextes psycho-sociaux particuliers : précarité, migration, ou encore violences conjugales. Le soutien psychologique des patientes et l'empathie devant ces situations peuvent entraîner une baisse de l'efficacité des soins mais aussi des conséquences négatives sur la santé mentale de la sage-femme. Pour y faire face, une distance est nécessaire avec les patientes. [18] Le partage avec l'équipe est un atout majeur dans la gestion des émotions. Des sages-femmes de notre étude expriment la volonté de davantage d'analyse de pratique, afin de partager en équipe sur certaines situations. Elles sont aussi en demande de soutien psychologique spécifique, en cas de besoin après un vécu traumatique.

4.2.3.1. De rares tensions avec les patients

Au CHU de Nantes, le manque de places et de temps à consacrer aux patients peuvent mener à un mécontentement. Selon Maele Gautier, les sages-femmes pallient le manque de disponibilité en adaptant leur pratique afin de ne pas faire ressentir d'attente ou d'inquiétude aux patientes : *« L'attente est toujours mal vécue par les patients, donc ça nous oblige parfois à accélérer notre travail, de façon qu'ils n'attendent pas trop. Et ça, c'est extrêmement fatiguant pour les équipes ».*

Parmi les sages-femmes du CHU de Nantes, la majorité répond qu'elle est rarement concernée par des situations de tension avec les patients. Par contraste avec notre résultat, 60,3% des agents de la fonction publique hospitalière y étaient exposés dans l'enquête « Conditions de travail » de 2016. [19]

4.2.3.2. Soutien psychologique des patientes limité

La moitié des sages-femmes ne peut jamais ou peut rarement assurer un soutien psychologique aux patientes, et celles amenées à travailler en salle de naissance ou urgences obstétricales semblent particulièrement concernées. La deuxième partie du questionnaire nous a permis d'étudier le ressenti des sages-femmes face à cette problématique.

4.2.4 Une autonomie à compétences définies

Selon le modèle de Karasek¹⁰, la « latitude décisionnelle » comporte l'utilisation des compétences et l'autonomie décisionnelle qui se définit par la marge de manœuvre dans la manière de faire son travail et de prendre part aux décisions qui s'y rattachent. Selon lui, la combinaison entre une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle constitue une situation à risque pour la santé du travailleur. [10]

Nos résultats montrent que les sages-femmes ont en majorité une bonne autonomie concernant la manière d'effectuer leur travail, sans différence en fonction de l'expérience. Une confiance semble donc être donnée aux sages-femmes, dès le début de leur carrière. Comme les autres professions médicales, les sages-femmes peuvent exercer en autonomie dans un domaine défini. Cette liberté accordée aux sages-femmes concorde avec leur champ de compétences qui ne cesse de s'élargir, comme l'ont exprimé les deux sages-femmes coordinatrices : « *C'est une grande chance ! C'est très bien, c'est en lien avec leurs compétences. C'est légitime* » (Laetitia Sionneau) Toutefois, cette autonomie doit rester dans le domaine de la profession. Selon Maele Gautier, « *l'autonomie c'est une autonomie à compétences limitées. C'est une autonomie qui reste limitée. Si on reste dans notre périmètre c'est très très bien. Après c'est la limite entre autonomie et indépendance à ne pas franchir.* »

Nous pouvons observer une nette différence dans les résultats de l'enquête menée par le CNSF : la marge de manœuvre des sages-femmes cliniciennes était médiocre. Nous nous sommes alors questionnées sur les raisons de ce contraste avec les sages-femmes du CHU de Nantes. Le résultat national englobe tous les types d'exercice des sages-femmes cliniciennes : 20% ne travaillaient pas en établissement public, un tiers exerçait dans des maternités de moins de 1500 accouchements et la majorité en type I ou II. La différence pourrait alors être liée au statut et à la taille de la maternité. La place et la responsabilité des médecins est plus importante

¹⁰ Questionnaire de mesure du stress au travail, conçu en 1979 par le sociologue et psychologue américain Robert Karasek. Il évalue l'intensité de la demande psychologique à laquelle est soumis un salarié, la latitude décisionnelle qui lui est accordée et le soutien social qu'il reçoit.

dans certains établissements privés, en particulier à but lucratif, cela peut diminuer l'autonomie ressentie par les sages-femmes. D'autre part, une étude sociologique menée en 1996 par François-Xavier Schweyer montrait une corrélation positive entre le nombre d'accouchements dans une maternité et le ressenti d'autonomie par les sages-femmes. Il le justifiait par « l'acceptation de l'interdépendance », favorisée par le travail en équipe. [20] Dans une maternité de type III, spécifiquement en CHU, les pratiques sont hautement protocolisées. La connaissance de ces protocoles par toute l'équipe professionnelle permet une sécurisation maximale des patients et d'établir plus facilement une confiance interprofessionnelle, laissant davantage de place à la sage-femme sur la gestion des prises en charge.

4.2.4.1. Utilisation et développement des compétences

Dans nos résultats, l'utilisation et le développement des compétences semblent plutôt bons. Travailler dans un CHU peut participer au développement professionnel au vue de la diversité des situations rencontrées. De plus, la possibilité de changer de service permet d'utiliser pleinement ses compétences selon les deux sages-femmes coordinatrices : « *la mobilité ça leur permet aussi de tourner et puis d'organiser. Elles ont le choix, le panel de choix d'exercice au sein de la maternité.* » (Laetitia Sionneau) ; « *On a eu un socle de compétences qui s'est énormément élevé du fait de la mobilité où elles passent partout [...] Elles sont presque toutes expertes* ». (Maele Gautier). D'après la différence significative retrouvée dans les résultats, l'utilisation des compétences semble meilleure pour les sages-femmes qui travaillent en salle de naissance et urgences obstétricales. La majorité d'entre elles changent de services, cela pourrait expliquer en partie la différence retrouvée.

Dans les axes d'amélioration, il a été cité une volonté de davantage de formation. Au-delà de la formation continue triennale obligatoire, le développement des compétences des sages-femmes peut aussi être permis grâce à un large panel de Diplômes Universitaires (DU) ou Diplômes Inter Universitaires (DIU) : acupuncture, sexologie, hypnose, orthogénie etc. L'accès à ces formations est plébiscité par les sages-femmes. Cependant, leur financement par les établissements est limité et ces diplômes sont peu valorisés. Ils peuvent être financés personnellement par les sages-femmes qui le souhaitent.

4.2.4.2. Faible possibilité d'agir sur la quantité de travail

Selon l'outil de l'INRS, pouvoir agir sur sa quantité de travail fait partie intégrante de l'évaluation de l'autonomie du travailleur. [12] D'après notre enquête, près de la moitié des

sages-femmes ne peuvent jamais intervenir sur la quantité de travail qui leur est attribuée et la majorité ne peut jamais interrompre leur travail quand elle en ressent le besoin. Ces contraintes sont fréquemment retrouvées chez les soignants des hôpitaux : dans l'enquête « Conditions de travail » de 2016, 49,4% des agents de la fonction publique hospitalière avaient un rythme imposé par des délais à respecter en peu de temps. [19]

Les temps de pause obligatoires prévus par la législation de la fonction publique hospitalière ne sont pas toujours applicables devant la réalité du terrain d'une maternité. C'est pourquoi les sages-femmes du CHU de Nantes qui travaillent en 12 heures sont rémunérées sur une base de 12 heures et non de 11 heures 30 comme prévu par la loi, incluant une pause réglementaire. Particulièrement au sein d'un secteur à activité non programmée, la quantité de travail des sages-femmes est imprévisible. Celle-ci est tributaire du flux de patientes et des différentes prises en soin nécessaires pour chacune. De plus, les sages-femmes peuvent être amenées à gérer une situation d'urgence à tout moment.

4.2.5 **Rapports sociaux au travail**

Selon l'INRS, le soutien social et la reconnaissance au travail sont des facteurs protecteurs sur la santé des salariés, mais deviennent facteurs de risque psychosociaux lorsqu'ils sont dégradés. [13] Dans un établissement de santé, les relations interprofessionnelles sont d'autant plus importantes, « ainsi, le travail d'équipe est-il un facteur d'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction au travail des soignants, lui-même vecteur de qualité des soins. C'est alors un cercle vertueux. » [1]

4.2.5.1. **Entraide entre sages-femmes**

Dans notre étude, les rapports sociaux entre sages-femmes sont très favorables, que ce soit le soutien, la confiance, ou la communication. C'est aussi ce qu'ont remarqué les deux sages-femmes coordinatrices. « *On a un collectif qui est très soudé, solidaire, et très bienveillant les unes envers les autres. C'est-à-dire qu'on a vraiment une équipe avec un cœur unique qui bat. C'est vraiment une équipe formidable, qui se serre les coudes.* », s'est exprimé Maele Gautier.

Certaines sages-femmes justifient leur plaisir à exercer ce métier par les bonnes relations entre collègues. Cela marque l'importance d'appartenir à une équipe et l'avantage de travailler dans une grande maternité. Dans l'enquête du CNSF, les relations entre sages-femmes étaient

aussi très positives. [7] Cet esprit d'équipe entre collègues semble aussi primordial pour les autres professions soignantes en contact avec les patients : 96% des infirmiers et sages-femmes étaient aidés en cas de travail compliqué par leur collègue dans l'enquête « Conditions de travail » de 2013. [11]

D'après nos résultats, le soutien entre sages-femmes semble plus présent dans les secteurs à activité non programmée. Laetitia Sionneau a souligné l'importance de l'esprit d'équipe en salle de naissance « *Ce qui a sauvé l'équipe je pense que c'est cette bienveillance, cette entraide, cette solidarité au sein de l'équipe, leur professionnalisme.* ». Dans la maternité du CHU de Nantes, alors que les sages-femmes sont séparées dans les secteurs de consultations et hospitalisation, quatre sages-femmes travaillent dans le même poste de soin en salle de naissance nuit et jour. De plus, le soutien des collègues est important pour les actes qui demandent une forte exigence émotionnelle ou une lourde prise en charge médicale, comme le montre une récente étude menée dans un hôpital universitaire allemand par une corrélation entre demandes plus élevées liées à la morbidité et un meilleur soutien social perçu. [21]

La quasi-totalité des sages-femmes qui exercent dans le secteur salle de naissance travaillent aussi dans les autres services de la maternité. Ainsi, la différence de résultat pourrait aussi s'expliquer par des liens et partages plus riches lorsqu'elles changent de service fréquemment. Une d'entre elles l'exprime dans le questionnaire : « *On ne se connaît pas toutes ! Certaines, qui ont des postes qui ne bougent pas, donnent l'impression de ne pas partager l'esprit de groupe, pas de soutien. Il y a celles qui évoluent au BO, en SDC, en GHR etles autres* ».

4.2.5.2. Travail en équipe pluriprofessionnelle

Pour des prises en soins optimales des patientes, un travail d'équipe efficient basé sur la communication est nécessaire. Dans cette optique, la HAS a créé en 2014 le Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE). C'est un programme collaboratif pour les professionnels de santé, qui favorise la continuité du travail en équipe afin de diminuer la survenue d'évènements indésirables et sécuriser l'organisation de la prise en charge du patient. [22]

Selon les sages-femmes répondant à notre questionnaire, la communication avec les médecins est bonne. Dans une maternité, le travail de la sage-femme est en collaboration avec celui du gynéco-obstétricien. Nous pouvons assimiler ce résultat avec l'autonomie laissée aux

sages-femmes, permise notamment grâce à la confiance des médecins. Cependant, il a été cité une volonté de renforcer de la présence des médecins dans les services.

La communication entre sages-femmes et aides-soignants semble aussi favorable. Certaines sages-femmes demandent davantage de travail en binôme. Le travail d'équipe avec l'aide-soignant est basé sur la complémentarité des tâches, indispensable au suivi global de la patiente et de son enfant.

La maternité du CHU de Nantes comportant plusieurs centaines de personnels soignants, le lien entre tous est un enjeu majeur, comme l'a précisé Laetitia Sionneau : « [...] chacun travaille un peu sur son secteur sans tenir compte vraiment des besoins et des attentes des autres. On y a travaillé surtout avec le projet PACTE [...] pour justement être plus efficient et dans le respect du travail de chacun. Donc ce sont des choses auxquelles on veille et on essaye d'améliorer tous les jours, ainsi que la bonne entente et la collaboration effective. ». En salle de naissance, ce programme a permis l'élaboration d'une plaquette adaptée à chaque professionnel ou figurent différentes informations et contacts utiles en cas d'urgence.

4.2.5.3. Confiance des supérieurs hiérarchiques

Les sages-femmes cliniciennes de la maternité sont encadrées en interne par des sages-femmes coordinatrices, responsables d'une ou plusieurs unités. Celles-ci sont en collaboration directe avec la sage-femme coordonnateur en maïeutique, en lien avec le chef de pôle de la maternité et la direction de l'établissement. Nous avons interrogé les sages-femmes sur les relations entretenues avec l'encadrement et leurs supérieurs hiérarchiques. Pour 82% d'entre elles, l'encadrement leur fait confiance ainsi que dans la capacité à bien effectuer leur travail. « ça force même l'admiration de la cadre de voir à quel point l'équipe est réactive et au boulot », « j'ai beaucoup de chance de gérer un collectif de cette qualité. » (Maele Gautier)

4.2.5.4. Un manque de reconnaissance général du travail

La reconnaissance au travail est un élément essentiel pour construire l'identité de l'individu et est en enjeu majeur du bien-être au travail. Elle constitue un jugement de la pratique mais aussi de l'investissement du travailleur. Un manque de reconnaissance peut entraîner une perte de l'estime de soi au travail. Nous pouvons distinguer : la reconnaissance institutionnelle, celle venant des collègues, ou encore du public. [23]

D'après les commentaires libres, les sages-femmes sont dans la demande d'une meilleure compréhension de leur travail de la part des supérieurs hiérarchiques. Certaines pensent que la vision de l'encadrement et de la direction sont loin de leur pratique et veulent davantage d'« écoute », de « soutien », de « prise en compte » de leur travail. 73% ne se sentent jamais ou se sentent parfois soutenues par leurs supérieurs hiérarchiques. Nous retrouvons des résultats similaires dans les autres études : dans l'enquête nationale, les sages-femmes jugeaient médiocre la qualité du soutien social de leur supérieur hiérarchique. [7] D'après une autre étude interrogeant les sages-femmes du Limousin, la moitié ressentait une faible reconnaissance de la part de la hiérarchie médicale. [24]

Un manque global de reconnaissance institutionnelle liée à la gestion économique hospitalière est retrouvé dans les commentaires libres. Selon elles, les moyens dédiés à leur exercice sont insuffisants et inadaptés à leurs responsabilités. Ce ressenti est général dans la profession : les revendications des sages-femmes se concentrent autour d'une meilleure considération de leur travail, la mise à disposition de moyens nécessaires pour travailler dans de bonnes conditions, ainsi qu'une valorisation salariale adaptée. Bien que peu nombreuses comparativement aux autres métiers soignants, les grèves répétées du début d'année 2021 sont témoins de la mobilisation de l'ensemble de la profession autour des mêmes réclamations, le souhait d'être entendues et reconnues par tous. [25]

Ce défaut de reconnaissance venant des dirigeants est contrasté par la vision du métier par les patients et la population générale. Des sages-femmes expriment l'importance des « retours des patients ». La naissance étant le plus souvent un évènement heureux, les sages-femmes bénéficient fréquemment de retours positifs de la part des couples. En particulier dans les métiers de soins, la valorisation du travail et de son utilité sociale est permise grâce à la vision positive de la profession par le public et la gratitude des patients. [23]

4.2.6 **Sens du travail**

Selon l'INRS, le sens du travail est « l'ensemble des conflits intrapsychiques portant sur [...] ce à quoi ils attribuent de l'importance sur le plan professionnel ». Selon les résultats du questionnaire, le travail effectué est en accord avec leur vision du métier et les sages-femmes sont plutôt satisfaites de leur travail dans son ensemble. Les résultats nationaux arrivent à des conclusions similaires : les sages-femmes trouvaient du sens à leur travail et en étaient satisfaites. [7] Aucune différence significative n'a été retrouvée en fonction du temps d'exercice dans la maternité. Il existe cependant une différence très significative entre les services : les

sages-femmes travaillant seulement en activité de consultation et hospitalisation semblent peu satisfaites de leur travail.

Une étude quantitative menée en 2016 interrogeant les sages-femmes bretonnes désignait la relation entre collègues comme un des facteurs organisationnels qui influençait le plus la satisfaction au travail. [26] Nous pourrions alors associer dans notre étude le soutien entre collègues qui semble plus fort en salle de naissance avec leur satisfaction du travail. Cela pourrait aussi se justifier par le développement et l'utilisation des compétences qui sont significativement plus présents dans ces unités à activité non programmée. Juger son travail « enrichissant » est lié à un degré élevé de bien-être au travail. [8]

La valorisation du travail, précédemment développée, participe au sentiment d'utilité au travail et permet de donner du sens à son travail. [8] En effet, selon les sages-femmes cliniciennes dans l'enquête nationale, la reconnaissance ressentie est un facteur important de variabilité de la satisfaction au travail. [7]

4.2.7 Sécurité de la situation de travail

L'insécurité socio-économique repose sur les risques en rapport avec la pérennité de l'emploi, le salaire et le déroulement de la carrière. La stabilité de l'emploi perçue est en lien direct avec la satisfaction salariale. [8]

La majorité des sages-femmes répondantes ne se sentent pas en danger de perdre leur emploi, sans différence en fonction de l'expérience. Avant d'être titulaires, les jeunes diplômées sont embauchées en CDD, comme l'a précisé Maele Gautier pour le CHU de Nantes : « [...] au début ce sont des CDD. On essaye de ne pas aller à plus de deux ans de CDD. Au bout d'un an, les CDD on essaye de les passer sur des plannings fixes. Globalement il y a un an de remplacement. »

Nous avons trouvé une limite dans nos résultats : nous n'avons pas d'information sur le type de contrat des sages-femmes. Seulement six sages-femmes travaillaient dans la maternité depuis un an ou moins, nous n'avons pas pu avoir leur ressenti face à leur sécurité professionnelle.

Un rapport du CNOSF sur le marché du travail des sages-femmes de 2014 conclut sur une « érosion nette de la stabilité de l'emploi », avec une diminution du taux de sages-femmes titulaires dans les établissements publics ainsi qu'une hausse de la proportion des CDD. Le recours au CDD dans les établissements de santé était nettement supérieur à celui de l'ensemble

des autres branches. Selon les témoignages recueillis, ces contrats précaires entraînent une insécurité et des conséquences sur le travail : des contrats de très courtes durées, une absence de planning fixe, des remplacements inopinés, des changements fréquents de service, un salaire moindre et établissement-dépendant, sans évolution possible. [27] L'arrêt des contrats précaires ainsi qu'une revalorisation des grilles indiciaires pour les salaires sont toujours au cœur des réclamations des sages-femmes.

L'insécurité de la situation de travail comprend aussi les risques liés au changements non maîtrisés qui entraîne des répercussions sur la façon dont le travailleur doit exercer. [8] Un peu plus de la moitié des répondantes considèrent que les décisions et changements ne sont pas assez expliqués. Cela est mis en lien dans leurs citations avec le manque de reconnaissance institutionnelle ainsi qu'un souhait de travail commun autour de « *l'organisation globale et la coordination des soins de la maternité* ».

4.2.8 **Des risques psycho-sociaux en lien avec l'activité de la structure**

L'étude des facteurs de risque psycho-sociaux présents chez les sages-femmes est en lien avec l'importance de l'activité de la maternité. Celle-ci s'est globalement intensifiée depuis 2019, ce qui a pu considérablement altérer la qualité de travail et le vécu des sages-femmes. C'est pourquoi l'étude des causes et impacts de l'évolution de la charge de travail des sages-femmes au CHU depuis 2019 nous était nécessaire afin d'étayer cette première partie de recherche.

4.3 **Evolution de la charge de travail des sages-femmes**

92,9% (n=52) des sages-femmes ressentent une augmentation de leur charge de travail entre 2017-2018 et 2019-2020. Les deux sages-femmes coordinatrices interrogées étaient en accord. Laetitia Sionneau s'est exprimée en particulier sur l'année 2019 : « *Ça a été progressif, ça a été crescendo. On a eu une grosse année. L'été dernier, on a eu des mois qui ont été difficiles* »

Dans notre étude, 95,2% (n=60) expriment ressentir une surcharge de travail. Cette notion subjective traduit une charge de travail jugée trop lourde, consistant alors à n'avoir pas assez de ressources pour pouvoir atteindre les objectifs fixés. [28].

4.3.1 Facteurs de charge de travail

4.3.1.1. Une augmentation considérable du nombre de naissances

Le nombre de naissance a considérablement augmenté au CHU de Nantes. Il était de 4084 en 2017, puis 4160 en 2018, et enfin 4381 en 2019. Selon les sages-femmes qui travaillent depuis 2018 ou avant au CHU, l'augmentation du nombre de naissance est le facteur majeur d'augmentation de charge d'activité, en particulier pour les sages-femmes travaillant en service à activité non programmée.

D'après l'enquête périnatale de 2016, si l'on compare à 2010, le lieu d'accouchement change : plus d'accouchements dans le secteur public et dans les services spécialisés de type III. Ce changement est associé à une augmentation du nombre de très grandes maternités et des fermetures des plus petites. [29] D'un point de vue économique, la gestion de grandes structures apporte plus d'avantages. D'autre part, les maternités spécialisées de type III comme le CHU de Nantes disposent d'une équipe médicale complète sur place qui peut apporter toutes les prises en soins nécessaires. Pour les patientes, accoucher au sein de ces structures permet une sécurisation maximale de leur grossesse et accouchement. Laetitia Sionneau justifie aussi l'augmentation du nombre de naissances au CHU de Nantes par l'attrait de la maternité. « *Et puis il y a d'autres maternité sur Nantes qui ont perdu un petit peu de part de marché. Je pense que voilà, sur les réseaux sociaux, les femmes sont satisfaites des prises en charge des sages-femmes de Nantes. Malgré l'étiquette hospitalière, il y a un côté "physio" qui répond beaucoup aux demandes des patientes.* »

Depuis avril 2020, la maternité a mis en place une limitation d'inscription. Les patientes doivent obligatoirement s'inscrire et envoyer un dossier après l'échographie du premier trimestre : les patientes présentant une pathologie ou un facteur de vulnérabilité sont prioritaires. Le maintien et le travail sur les limitations du nombre de naissance ont été cités plusieurs fois dans les axes d'amélioration potentiels. Le nombre d'accouchement a diminué en 2020, passant à 4134. Le risque de cette régulation est d'avoir une augmentation de la proportion des grossesses pathologiques en comparaison aux grossesses à bas risque.

4.3.1.2. Un manque de moyens humains

Selon notre étude, le manque de personnel intensifie la charge de travail des sages-femmes. Dans leurs textes libres pour améliorer les conditions de travail, un tiers proposent une augmentation du nombre de sages-femmes.

Les ratios de personnels en maternité sont définis par les décrets de périnatalité de 1998¹¹. Ces décrets ne proposent qu'un minimum d'effectif. Le nombre d'ETP prévu est établissement-dépendant ; fonction des moyens, du type d'activité et des besoins spécifiques. Bien que les pratiques, les compétences des sages-femmes et les attentes des patientes ont évolué, aucun changement n'a été apporté à ces normes depuis 1998. En 2016, les sages-femmes pratiquent 87,4% des accouchements par voie basse non instrumentales, contre 81% en 2010. [29]

Le CNSF émet depuis 2019 une demande de révision des ratios de personnels en maternité. Il se base sur les recommandations récentes de la Haute Autorité de Santé concernant « la prise en charge de l'accouchement normal et l'accompagnement de l'accouchement physiologique » de 2017 : elle préconise « que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement » (grade A). [30, 31] Selon le CNSF, cet accompagnement optimal ne serait pas réalisable si l'on se base sur les décrets de 1998. Des nouveaux ratios permettraient une sécurité des patientes et des professionnels, une meilleure qualité de l'accompagnement et de la prévention en rapport avec la dimension médico-sociale, une reconnaissance de l'évolution des compétences des sages-femmes, ainsi que la possibilité de répondre aux obligations de qualité émises par la HAS. Concernant l'activité non programmée, l'objectif du CNSF est d'avoir une sage-femme pour deux naissances ainsi qu'une sage-femme dédiée à l'activité des urgences obstétricales.

Au CHU de Nantes, depuis le mois de juin 2019, pour pallier la hausse du nombre de naissances à la maternité, une sage-femme ainsi qu'une auxiliaire de puériculture supplémentaires ont été ajoutées à l'équipe de salle de naissance 24 heures sur 24. Actuellement, 34,8 ETP sages-femmes sont budgétés pour le secteur salle de naissance et urgences obstétricales pour 6 sages-femmes 24 heures sur 24, et 1,5 ETP pour la gestion des transferts entre maternités. Ce nombre d'ETP est largement supérieur aux normes de 1998 qui prévoit pour le nombre d'accouchements effectués au CHU de Nantes un minimum de 21,66 ETP pour ces secteurs. Cependant, selon le CNSF, un minimum de 39,6 ETP est nécessaire pour arriver à leurs objectifs.

Pour les secteurs d'hospitalisation et de consultations, il n'existe pas de normes précises dans les décrets, cela dépend de l'activité spécifique des unités et des maternités. Au CHU de

¹¹ Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique

Nantes, en service de grossesses à haut risque, une sage-femme peut avoir à suivre 10 femmes enceintes, et en suites de couche jusqu'à 12 à 13 couples mère-enfant la journée. Ces chiffres doublent sur les gardes de nuit.

4.3.1.3. Un manque de place

Dans notre étude, le « manque matériel » n'a pas été classé comme étant précurseur de charge d'activité. Ce terme devait principalement se rapporter au manque de place et de lits à la maternité. Nous pouvons supposer qu'il n'a pas été abordé de la même façon par toutes les sages-femmes, car plusieurs évoquent cette problématique dans les « autres facteurs ». *« Nos locaux ne sont pas adaptés à notre activité, c'est pour ça que là on régule un peu notre activité et qu'on a dû faire énormément de transferts l'année dernière. On a une charge de travail qui augmente mais on a aussi des locaux qui ne sont plus adaptés à notre activité »*, a déclaré Laetitia Sionneau.

De même que les ratios de personnel, les locaux des maternités sont normés par les décrets de périnatalité de 1998. Il n'existe pas de nombre de lits minimums pour les secteurs d'hospitalisation en fonction du nombre de naissances. Concernant le secteur de salle de naissance, la maternité du CHU de Nantes répond aux normes prévoyant 7 salles de travail et 4 salles de pré-travail au minimum pour une structure de 4000 accouchements. Seulement, l'activité fluctuante et les pratiques spécifiques du CHU peuvent entraîner un manque de places en salles de naissance pour des femmes en travail, mais aussi en suites de couche.

Le nombre de lits à la maternité n'est que peu modulable quant à la structure des locaux. Le travail sur l'augmentation du nombre de personnels et la limitation des naissances ne peuvent résoudre à eux seuls la régulation de l'activité de la maternité. *« Ce n'est pas parce qu'on déborde, c'est parce qu'on n'a pas de lit. »* (Maele Gautier). Ainsi, le manque de place entraîne une nouvelle gestion de l'activité, comprenant des transferts dans les autres maternités publiques ou privées aux alentours. C'est 257 transferts qui ont été effectués en 2019 : 150 en pré-travail et 107 en post-partum. D'après l'enquête périnatale de 2016, 2% des maternités françaises sont souvent confrontées aux difficultés d'accueil par manque de place, toutes étant des maternités publiques et de grandes tailles. 29% des maternités de type III disent devoir refuser parfois ou souvent des femmes par manque de place. [29]

4.3.1.4. Des prises en soins pathologiques complexes

Comme les autres maternités de niveau III, la maternité du CHU de Nantes dispose d'un service de réanimation néonatale, en plus d'un service de soins intensifs. Elle accueille donc en les nouveau-nés présentant des pathologies. Les patientes suivies dans les maternités de type I ou II aux alentours présentant une menace d'accouchement en grande prématurité ou avec des pathologies maternelles ou fœtales graves sont adressées ou transférées au CHU de Nantes pour une prise en soins adaptée.

Dans leurs compétences, les sages-femmes, spécialistes de la physiologie, sont en première ligne pour le dépistage des situations pathologiques. Elles ont la responsabilité d'avertir le médecin au moment opportun et de pratiquer les premiers examens et gestes nécessaires. Elles ont aussi la compétence pour surveiller les grossesses à risque sur prescription d'un médecin. Elles pratiquent ainsi les examens cliniques et paracliniques nécessaires et la gestion des protocoles médicamenteux prescrits.

Les grossesses compliquées sont prises en charge dans le service de grossesses à haut risque. Ces situations impactent aussi l'activité de la salle de naissance et des suites de couche. Nous pouvons constater dans nos résultats que les situations pathologiques constituent le deuxième facteur majeur de charge de travail pour les sages-femmes qui travaillent en salle de naissance. La pratique de la sage-femme de salle de naissance est significativement différente dans une maternité de type III comme le CHU. Elles pratiquent des surveillances complexes de pathologies materno-fœtales, associées à la gestion de l'anxiété parentale liée à ces contextes.

Selon Maele Gautier, il y aurait « *de plus en plus de soins critiques* ». Une importante charge mentale en résulte : les sages-femmes doivent faire preuve de rigueur tout en étant confrontées à des situations de détresse psychologique face à la souffrance et parfois à la mort. Certaines situations entraînent une interruption médicale de grossesse dont l'accompagnement, le suivi du travail et de l'accouchement sont effectués par la sage-femme. Depuis 2019 au CHU de Nantes, toutes les interruptions médicales de grossesses, même inférieures à 22 semaines d'aménorrhées, sont suivies et gérées en salle de naissance, s'ajoutant à l'activité des sages-femmes du service.

4.3.1.5. Un accompagnement physiologique limité

Ces dernières années, de plus en plus de femmes souhaitent un retour à la « physiologie » de la naissance. Elles veulent se sentir au maximum actrices de leur accouchement, un retour à la naissance sans péridurale et avec le moins d'intervention médicale possible. La HAS

préconise un soutien adapté continu pendant le travail et l'accouchement.[31] Ce soutien requiert une grande disponibilité de la sage-femme pour la patiente et augmente sa charge de travail lorsqu'elle a plusieurs patientes.

Dans un CHU ou des pathologies peuvent aussi demander une surveillance accrue, l'accompagnement optimal dans la physiologie semble parfois compromis. [32] Dans nos résultats, la demande « physiologique » des patientes n'apparaît pas être un facteur majeur de charge d'activité au CHU, quel que soit le service. Les projets de naissance¹² ne peuvent pas toujours être respectés. D'après le témoignage de certaines sages-femmes, elles vont davantage se concentrer sur les prises en charge médicales complexes, au détriment de l'accompagnement d'une patiente présentant une grossesse à bas risque : « *accompagnement des patientes "physio" presque baclé quand patientes présentant des pathologies demandent du temps...* »

4.3.1.6. Un besoin de soutien psycho-social

La demande de soutien psycho-social prend une part importante dans la charge d'activité selon les sages-femmes interrogées, surtout pour celles qui travaillent dans les unités de consultations et d'hospitalisation. Par ce versant « psycho-social », nous englobons de nombreuses situations auxquelles peuvent faire face les personnels de la maternité : des patientes en situation de précarité, migrantes ou non, des situations de vulnérabilité quelle qu'elle soit. Dans l'enquête périnatale de 2016, 74% des CHU déclaraient accueillir au moins une fois par mois des femmes sans hébergement à la sortie de maternité. [29] En effet, les CHU sont à la fois des maternités de proximité et des maternités de recours.

Depuis 2004, l'Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Sociale (UGOMPS) du CHU de Nantes permet un suivi spécialisé de ces femmes. Cette unité est composée d'une équipe pluriprofessionnelle permettant une approche globale du versant social, en lien avec des associations locales, mais aussi de la prise en charge médicale de la grossesse. Depuis 2019, le nombre de patientes sans domicile fixe accueillies à la maternité a considérablement augmenté. Ces patientes sont suivies au sein de l'UGOMPS en anténatal. Ce service permet un soutien personnalisé, un suivi avec des assistants sociaux, des traducteurs, ainsi que la possibilité de participer à des groupes de paroles.

¹² Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés. Définition HAS

Trouver un hébergement peut se révéler encore plus complexe avec un nouveau-né après l'accouchement. L'équipe soignante et la direction de l'hôpital se sont engagés depuis 2019 à garder en maternité les femmes sans hébergement avec leur nouveau-né au maximum jusqu'à ses 28 jours de vie. C'est ainsi que sur l'année 2019, 134 femmes avec leur enfant ont été hébergées à la maternité pour un séjour long faute d'hébergement, soit une augmentation de 80% par rapport à 2018. [33] Le service de suites de couche a alors été repensé : des chambres simples doublées et des chambres doubles triplées afin de pouvoir accueillir ces femmes sans emboliser le service alors que le nombre d'accouchements augmente depuis cette même année. « [...] d'abord c'est compliqué à gérer une accouchée à trente jours, avec un bébé qui a un mois, on ne sait pas faire. Après, derrière, ça désorganise parce que, comme on a moins de lit, on est obligé de transférer des patientes. » (Maele Gautier)

Ces situations réorganisent le service : plus de patientes dans un seul secteur, devoir garder un lien avec les services sociaux (assistants sociaux, PMI, 115, etc.), le suivi d'un nouveau-né qui dépasse les pratiques habituelles de suites de couche en maternité, mais aussi devoir faire face à la précarité sans pouvoir apporter de solutions immédiates.

Contrairement à l'UGOMPS, le personnel des autres services de la maternité ne sont pas formés pour faire face à ces situations. Dans nos réponses, les sages-femmes font part d'une insuffisance de prévention, de dépistage des vulnérabilités et de soutien émotionnel de ces patientes, par manque de temps. S'ajoute à cela un manque de traducteurs, qui complexifie la communication avec les femmes étrangères et leur prise en charge médicale.

Depuis le début de la crise sanitaire en 2020, une mobilisation du SAMU social a permis d'augmenter la capacité d'hébergement d'urgences pour ces femmes, fluidifiant l'activité en suites de couche.

4.3.1.7. Une surcharge de travail administratif

La part administrative comprend la mise à jour des dossiers, la rédaction des différents courriers et ordonnances, ainsi que les cotations des actes. Elle répond avant tout au devoir de traçabilité à l'hôpital. Ce travail est obligatoire et fait partie du quotidien des sages-femmes dans chaque service, au même titre que les soins médicaux dispensés. Un dossier médical complet est nécessaire pour la coordination, la continuité, et la sécurité des soins.

Actuellement à la maternité, à chaque patiente correspond un dossier papier ainsi qu'un dossier informatisé sur le logiciel PerinatGynéco. Les documents sont classés dans le dossier

papier, et c'est celui-ci qui est quotidiennement utilisé dans les secteurs d'hospitalisation. Le reste des informations se trouve dans le logiciel (antécédents, résultats de bilans biologiques, consultations, travail, accouchement). Avoir ces deux supports implique de pouvoir prendre connaissance de chacun afin de n'omettre aucune information importante. D'après nos résultats, une surcharge administrative chronophage est présente dans les différents services de la maternité, plus marquée dans les services à activité non programmée. Elles mentionnent des répétitions fréquentes inutiles dans les informations tracées. « *les heures supp sont nécessaires afin que la traçabilité de nos soins soit toujours présente.* »

En salle de naissance après un accouchement, la sage-femme doit consacrer du temps aux obligations de traçabilité tout en assurant la surveillance post-partum de l'accouchée et de l'enfant : acte de naissance, cahier d'accouchement, transmissions dans le logiciel, le dossier papier, feuille de transmission aux suites de couche, carnet de santé du nouveau-né. Dans le service de suites de couche, les sages-femmes remettent à jour les dossiers, rédigent les documents de sortie : nombreuses ordonnances, transmissions à différents professionnels, liaison à la CPAM.

Plusieurs sages-femmes ont mentionné leur souhait d'une baisse de cette charge administrative. Certaines demandent un arrêt des dossiers papiers et un développement du logiciel afin que tous les services puissent utiliser un seul support adapté commun. Les logiciels informatiques ont de multiples avantages dans les établissements de santé actuellement : une meilleure accessibilité aux données, consultées sur n'importe quel poste, une meilleure sécurité de la prise en charge des patients durant son parcours de soins, une meilleure lisibilité des informations. [34]

4.3.1.8. Des durées de séjour en suites de couche écourtés

Certaines sages-femmes écrivent ressentir une pression pour la date de la sortie en suites de couche, Depuis 2010, le service du PRADO encadre le suivi à domicile des femmes après la maternité. Ce service, remboursé intégralement par l'Assurance maladie, permet des visites à domicile de sages-femmes libérales en retour de maternité afin de soutenir la continuité des soins pour le couple mère-enfant. Au-delà de satisfaire les attentes des femmes qui souhaitent le minimum de soin en hôpital, le PRADO répond à des enjeux économiques, en maternité comme dans divers secteurs de l'hôpital. [35] Le « virage ambulatoire » actuel des hôpitaux tend à réduire les Durée Moyenne de Séjour (DMS), permettant une optimisation des soins et une limitation des coûts d'hospitalisation. En maternité, le séjour représente une part importante

des coûts [36]. Le PRADO permet le développement de « sorties précoces »¹³ pour les couples mères-enfant à bas risque, un taux qui ne cesse d'augmenter. [29] Dans le service de suites de couche du CHU de Nantes, ces sorties précoces représentent 26% des patientes ayant déjà eu un enfant. [37]

Par contrainte des locaux, le service est fréquemment complet au CHU de Nantes. Une pression supplémentaire est exercée sur le personnel pour accélérer le retour à domicile de la patiente et du nouveau-né, comme l'écrit une sage-femme : « *beaucoup de sollicitation à réaliser des (s)orties précoces pour faire de la place* ». Le temps de suivi post-partum en maternité abrégé, les examens et soins obligatoires sur le temps de séjour sont condensés, ce qui augmente significativement la quantité de travail pour chaque patiente.

4.3.2 **Impacts de la surcharge d'activité**

4.3.2.1. **Impacts sur la qualité des soins**

La moitié des sages-femmes pensent que leur activité ne leur permet jamais ou leur permet seulement parfois d'effectuer un travail de qualité.

En salle de naissance, les sages-femmes insistent sur l'insuffisance du temps à consacrer aux patientes, « *laissées seules plusieurs heures quand sf occupées* ». Le manque de disponibilité de la sage-femme peut amener la femme à choisir l'anesthésie alors qu'elle ne le souhaitait pas initialement. Cela entraîne aussi un manque de soutien émotionnel et psychologique des parturientes, un manque d'informations données et une insécurité ressentie par les patientes.

L'indisponibilité de salle de naissance mène à des accouchements dans les salles de prétravail, sans anesthésie péridurale. Cela entraîne aussi fréquemment des transferts des patientes en début de travail vers d'autres maternités. Lorsque le service de suites de couche est complet, les patientes peuvent être transférées après la naissance avec leur nouveau-né. Les salles de prétravail et la salle de réveil peuvent être embolisées plusieurs heures en attendant que des places se libèrent dans le service de suites de couche ou dans les autres maternités : « *Accouchées stockées en expectante en attente des sorties car pas de place en sdc* ». Les

¹³ Correspondant à une sortie de maternité au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ; au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne (HAS, Recommandations de bonne pratique, Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés ; Mars 2014)

couples et nouveau-nés sont alors constamment dans l'attente de place, dans des salles inadaptées.

Dans les citations, plusieurs sages-femmes expriment le sentiment de devoir se dépêcher dans leur travail en suites de couche. Dans ce service, comme nous l'avons étudié, les sages-femmes ont une charge de travail considérable avec des prises en charge pathologiques mais aussi des situations psycho-sociales complexes, et une pression de devoir désengorger la salle de naissance rapidement. Selon elles, devoir travailler rapidement engendre des conséquences sur le suivi des patientes : les difficultés psychologiques auxquelles elles peuvent être confrontées en post-partum sont insuffisamment dépistées et accompagnées, le soutien à l'allaitement maternel passe au second plan lorsque la charge d'activité est trop élevée, certains conseils de sorties de maternité sont succins avec des risques d'oublis et de mauvaise compréhension par le couple.

Plusieurs sages-femmes reconnaissent un risque d'erreur lié au manque de surveillance médicale, à la pression exercée pour aller plus vite, à des transmissions ou lectures de dossiers incomplètes, ou aux interruptions de tâches. Elles mentionnent des retards dans les heures de surveillance du travail et du post-partum, d'administration d'antibiotiques, dans les heures d'alimentation en suites de couche. Cela est causé par manque de temps ou oublis en raison d'une forte charge mentale. Les risques d'erreurs et de retard de prise en charge sont majorés par les difficultés de communication en équipe lorsque l'activité est intense : « *impossible de réellement communiquer avec l'équipe* ». Durant une grossesse, un accouchement, ou dans les suites de couche, ces erreurs peuvent entraîner des conséquences graves sur la santé de la patiente et du nouveau-né. Plusieurs études analysées dans le rapport de la HAS publié en 2013 montrent un lien entre conditions de travail des soignants et sécurité des patients. Le risque d'erreurs serait principalement lié à la charge de travail mais aussi au défaut de communication des équipes et à la fatigue du soignant. [1]

La satisfaction des patients est impactée lorsqu'il existe de mauvaises conditions de travail. [1] Cependant, le sentiment des sages-femmes de ne pas pouvoir effectuer un travail de qualité n'est pas ressenti de la même manière chez les patients, comme Maele Gautier l'a exprimé : « [...] *globalement les patients ne se rendent pas compte qu'il y avait du monde. Ils ont l'impression que la sage-femme elle est là que pour eux tout seuls. [...] Ils voient bien que ça court, mais la sage-femme elle arrive à rendre chaque moment unique et singulier* ».

4.3.2.2. Un apprentissage des étudiants différent

50,8% des sages-femmes, peuvent souvent encadrer des étudiants, 49,2% peuvent le faire seulement parfois. Aucune sage-femme a répondu pouvoir toujours. Dans un CHU, la présence des étudiants est quotidienne dans les services. A la maternité, les sages-femmes sont donc habituées à travailler avec les étudiants sages-femmes. Lorsqu'il y a une forte activité, la sage-femme est moins disponible pour encadrer l'étudiant. Comme les deux sages-femmes coordinatrices l'ont exprimé, l'étudiant doit travailler de façon complémentaire à la sage-femme, afin de participer au bon fonctionnement des services et permettre la meilleure prise en soin des patientes : « *C'est aussi aux étudiantes de s'allier à la sage-femme et de chercher comment je peux être utile, tout en me formant. C'est un apprentissage !* », exprime Maele Gautier. Selon Laetitia Sionneau, c'est une plus-value à l'apprentissage : « *Alors peut-être qu'on va parfois vous demander d'être plus adaptable* » tout ça, mais c'est une belle école d'expérience, de la vie. C'est la réalité du terrain. »

4.3.2.3. Le bien-être au travail des sages-femmes engagé

Le bien-être au travail est une dimension subjective, correspondant la satisfaction du travail exercé, le plaisir à le faire, ainsi que le sens donné à celui-ci. [3]

Parmi les 63 sages-femmes du CHU qui ont participé à notre étude, 55 ont répondu prendre plaisir à exercer leur métier. Elles étaient en majorité satisfaites de leur travail. D'après les expressions libres écrites, malgré les difficultés rencontrées, ce sont les relations avec les patientes et avec l'équipe qui leur permet de continuer à prendre du plaisir au quotidien dans leur travail.

Cependant, la surcharge d'activité ressentie par la quasi-totalité des sages-femmes se traduit par un stress professionnel auto-évalué à 6 sur 10 en moyenne. Selon l'INRS, « on parle de stress au travail quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre. » [38] En effet, la surcharge d'activité et le stress au travail sont directement corrélés, correspondant à ne pas avoir assez de moyens personnels pour pouvoir bien faire son travail. Nous retrouvons le même résultat dans l'enquête du CNSF. [7] Dans les réponses des sages-femmes du CHU, ce stress est traduit par la peur de mal faire, de faire des erreurs, majoré par un sentiment d'avoir trop à faire en peu de temps.

Une perte de l'estime de soi au travail est traduite dans les expressions des sages-femmes par des termes récurrents : « *frustration* », « *démotivation* », « *insatisfaction* », « *culpabilité* »,

« *ne pas faire du bon travail* ». Le manque de temps pour effectuer le travail semble jouer sur la satisfaction du travail : « *manque de plaisir au travail car mauvais accompagnement des patients* ».

La pression ressentie entraîne une mauvaise communication dans l'équipe. Cela conduit à des tensions mais aussi à une insuffisance de continuité et de sécurité dans la prise en charge du patient, augmentant le risque d'erreur. D'autre part, cela peut entraîner des répercussions importantes sur le plaisir d'exercer. En effet, comme nous l'avons constaté précédemment, l'entraide et l'esprit d'équipe sont primordiaux pour les sages-femmes interrogées.

Le bien-être physique est aussi altéré. Des sages-femmes ressentent une importante fatigue. En se basant sur les précédents résultats, cette fatigue au travail peut être liée aux horaires atypiques, au manque de temps de pause, aux heures supplémentaires effectuées, aux interruptions de tâches mais aussi à la pression exercée pour aller toujours plus vite. C'est ce que Maele Gautier a constaté : « [...] *Elles pensent à pleins de choses, elles sont partout en même temps. Elles s'économisent sur leur repos, sur leur temps de repas, pour être là.* » ; « *Moi je vois des filles qui sont crevées.* »

Ainsi, l'intense charge d'activité entraîne des conséquences non négligeables sur le vécu des sages-femmes au travail. « *Une fatigue, psychologique et physique, un stress permanent. De venir en garde avec un nœud au ventre, en se disant "qu'est-ce qu'il va se passer cette nuit ?"* » (Laetitia Sionneau)

5 CONCLUSION

A travers leur ressenti, nous avons pu mettre en lumière les contraintes professionnelles auxquelles sont exposées les sages-femmes du CHU de Nantes, majorées par une importante augmentation de leur activité depuis 2019.

Grâce à d'autres études, notamment l'enquête du CNSF, nous avons constaté que certaines de ces contraintes sont propres au métier en lui-même : un travail qui demande une grande vigilance, une charge émotionnelle, des horaires atypiques et de pouvoir s'adapter à une activité qui fluctue en fonction de la natalité.

Dans cette maternité de type III, la diversité des prises en charge et la polyvalence des sages-femmes leur permettent d'utiliser largement leurs compétences. Néanmoins, l'autonomie qui leur est laissée est limitée par l'impossibilité d'agir sur leur quantité de travail.

L'intensification de l'activité observée depuis 2019 est principalement expliquée par le manque de personnel et de place face à l'augmentation des naissances et la complexité des prises en charge médicales et sociales. Une surcharge de travail est quasi systématiquement ressentie par les sages-femmes, nécessitant une accélération des tâches. L'enjeu sécuritaire devient important, entraînant une priorisation des soins techniques médicaux. Les sages-femmes du CHU adaptent leur pratique afin d'offrir une prise en soin optimale aux femmes. Devoir travailler plus vite impacte leur bien-être au travail. Cependant, l'entraide et le soutien entre elles permettent de maintenir un climat de travail serein et sécuritaire.

Certaines de leurs demandes semblent atteignables : des psychologues et groupes de travail accessibles afin de s'exprimer sur les situations difficiles, un environnement de travail plus ergonomique. Cependant, d'après leurs expressions sur ce sujet, le point central sur lequel agir pour améliorer non seulement leur bien-être au travail mais aussi la qualité des soins, est l'inadaptation des locaux et de l'effectif face à l'activité de la maternité.

Nous observons une généralisation de cette problématique sur l'ensemble du territoire national. La restructuration des maternités depuis les années 2000 s'est accompagnée d'un glissement vers plus de technicité et a modifié la taille des établissements, ouvrant des problématiques d'organisation et de gestion des soins. La revue des décrets de périnatalité de 1998 pourrait permettre une adéquation des moyens à l'activité croissante des grandes maternités. Selon le rapport de la Cour des comptes sur les maternités de 2015 : « Il est indispensable d'éviter une recomposition subie, mal anticipée et mal maîtrisée, de l'offre de soins qui ne ferait qu'aggraver les fragilités et les difficultés du dispositif de prise en charge.

Les nouvelles réorganisations nécessaires doivent au contraire constituer une opportunité pour mettre en place une structuration de l'offre de soins à la fois pérenne, mieux ajustée aux besoins et plus efficiente. »

Nous pouvons espérer que de nouvelles perspectives puissent s'ouvrir à Nantes dans les prochaines années grâce à la construction du nouveau CHU. Pour cela, il est nécessaire que le futur service de maternité soit pensé et réfléchi par l'ensemble des acteurs et actrices du pôle. L'établissement pourra-t-il répondre aux enjeux de l'évolution permanente des soins en maternité ?

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Revue de littérature-Qualité de vie au travail et qualité des soins. janv 2016;54.
2. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, « Prendre soin de ceux qui nous soignent ». 5 déc 2016;20.
3. Risques psychosociaux, bien-être et qualité de vie au travail. INRS. avr 2019;4.
4. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du dialogue social. Accord National interprofessionnel (ANI). Qualité de vie au travail. Juin 2013
5. Code de la Santé Publique;Titre V : Profession de sage-femme (Articles L4151-1 à L4152-9) - Légifrance [Internet]. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISC_TA000006155060/#LEGISCTA000006155060
6. Coutrot T. DARES, Document d'études, « Travail et bien-être psychologique » L'apport de l'enquête CT-RPS 2016. mars 2018;(217):53.
7. CNSF. Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France. juin 2020;Volet 1-Enquête quantitative:4.
8. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. :223.
9. Langevin V, Boini S. Déséquilibre « efforts/récompenses » (Questionnaire dit de Siegrist). 2015;4.
10. Langevin V, François M, Boini S, Riou A. Job Content Questionnaire (JCQ). 2011;(125):6.
11. Locquet J, Richroch L. Les conditions de travail dans les établissements de santé. Le panorama des établissements de santé. 2014;9-30.
12. Guyot S, Langevin V, Montagnez A. Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU. 2013;48.

13. HAS. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments - L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments. janv 2016;34.
14. Weibel L, Caetano G, Imboden D, Junker-Mois L, Bannerot B. Organisation du travail en 2x12h : les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. Mise au point. 2014;(137):7.
15. Anses. Evaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit. juin 2016;430.
16. DGOS. Les organisations du travail en postes d'amplitude 12h dans les établissements de la fonction publique hospitalière : réglementation, recommandations et démarches de prévention associées [Internet]. 2016 [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/pdf/organisation-travail-12h.pdf>
17. Van Hoorebeke D. La gestion des émotions au travail : une revue vers une nouvelle conception du management. Humanisme et Entreprise. 2008;289(4):81.
18. Castra M. Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs. Travail et Emploi. janv 2004;(97):53-64.
19. Quelles sont les évolutions récentes des conditions de travail et des risques psychosociaux ? DARES analyses. déc 2017;(082):10.
20. Schweyer F-X. La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. Sciences Sociales et Santé. 1996;14(3):67-102.
21. Sturm H, Rieger MA, Martus P, Ueding E, Wagner A, Holderried M, et al. Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. PLoS One [Internet]. 4 janv 2019 [cité 1 avr 2021];14(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6319813/>
22. Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 3 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte
23. Brun J-P, Dugas N. La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. Gestion. 2005;30(2):79.

24. Alles S, Barris M, Borel MC, Bourgin D, Charles E, Esquirol C, et al. La souffrance et le burn-out des soignants en limousin, volet 2-Les sages-femmes. juill 2016;2(286):60.
25. CGT, ONSFF, ANESF, FTC, UNSFF, CNSF, et al. Communiqué de presse. 10 févr 2021;1
26. Robin N. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les sages-femmes des Côtes d'Armor, du Finistère et du Morbihan. 2017;56.
27. Micheau J, Alliot Lazertyuiop F. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? Rapport d'étude. oct 2014;100.
28. Anact Aract le réseau. 10 questions sur la charge de travail. 2016;20.
29. Blondel B (INSERM), Gonzalez L et Raynaud P (DREES). Enquête nationale périnatale : synthèse du rapport 2016, Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. oct 2017;10.
30. CNSF. Organisation des plateaux techniques en périnatalité et effectifs sages-femmes. nov 2019;10.
31. Karine P. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandation de bonne pratique. déc 2017;47.
32. Pagès J. Espace physiologique d'une maternité de type III : vécu et prise en charge des parturientes. 2016.
33. Nouhaud M. Une expérience nantaise : la prise en charge de la précarité des femmes enceintes et nouveaux-nés au CHU de Nantes. 2020.
34. Franchi-Godin J. Le dossier patient informatisé : enjeux et conséquences pour le personnel soignant. 2017.
35. Brocas A-M, Hini E. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. études et résultats- DREES. sept 2008;(660):6.
36. Les maternités cahier 1 : analyse générale. Cour des comptes; 2014 déc p. 117.

37. Maternité - sorties anticipées [Internet]. CHU de Nantes. 2020 [cité 3 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/maternite-sorties-anticipees>

38. Stress au travail. Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet]. [cité 3 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/stress/ce-qu-il-faut-retenir.html>

Eléments bibliographiques non cités :

Thèse et mémoires :

- Kuhn S. La grève des sages-femmes de 2013-2014: la remise en question de la profession au sein du système périnatal. 2017.
- Malterre C. La qualité de vie au travail des sages-femmes: quels enjeux ? 2019.
- Carvalho S. Le retour précoce à domicile de maternité : un choix imposé, ou « une occasion d'empowerment » pour les femmes ? 2018
- Hastoy A. Burnout maternité de niveau III : Etude des soignants de l'hôpital Paule De Viguiier. Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.

Rapports :

- Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité. Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant. 2014
- Charrier P. Les sages-femmes en France. 2011 janv p. 139.

Articles :

- Robin N, Josso N, Launay T, Robin Paulard I, Pougnet L, Pougnet R. Vécu au travail des sages-femmes, une analyse textuelle. Enquête-Management. avr 2020;(2):6.

Webographie :

- Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les sages-femmes : une profession en mutation [Internet]. 2016 mai [cité 5 avr 2021] p. 242. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sages-femmes_mai2016.pdf
- Activité des maternités et des services de néonatalogie [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/activite-des-maternites-et-des-services-de-neonatalogie/>

ANNEXES

- I. Questionnaire en ligne aux sages-femmes**
- II. Outil dépistage des facteurs de risque psycho-sociaux de l'INRS**
- III. Guide d'entretien semi-directif avec sage-femme coordinatrice**

ANNEXE I

Questionnaire en ligne aux sages-femmes

Mémoire conditions de travail des sages-femmes du CHU de Nantes

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sage-femme, j'étudie les conditions de travail des sages-femmes du CHU de Nantes, en particulier leur charge d'activité. Ce questionnaire est à destination des sages-femmes travaillant dans les services de consultations, grossesses à haut risque, suivi intensif de grossesse, diagnostic anténatal, urgences obstétricales, salle de naissances, et suites de couches. Merci de prendre quelques minutes pour y répondre.

Manon Déguiral, étudiante sage-femme.

I- Evaluation des risques psycho-sociaux au travail

Les risques psychosociaux sont les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels. Cette première partie d'enquête vise à évaluer ces risques, divisés en 6 catégories. Vous pouvez y répondre à l'aide des variables "Jamais", "Parfois", "Souvent" et "Toujours".

Concernant l'intensité et complexité du travail :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous un rythme de travail intense ?				
Savez-vous exactement ce que l'on attend de vous ?				
Disposez-vous du temps suffisant pour accomplir vos tâches professionnelles ?				
Etes-vous soumis(e) à des demandes contradictoires ?				
Changez-vous souvent de tâches/ poste/service à l'improviste ?				
Etes-vous souvent interrompu(e) au cours d'une tâche ?				
Votre travail nécessite-t-il de longues périodes de concentration ?				

Concernant vos horaires de travail :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous des horaires fluctuants ?				
Etes-vous sollicité(e) en dehors de vos horaires de travail pour des raisons professionnelles				
Connaissez-vous suffisamment à l'avance vos horaires de travail ou les changements éventuels ?				

- Combien d'heures travaillez-vous au **maximum** par semaine ?
- Faites-vous des heures supplémentaires ?
 - Oui
 - Non

Si oui : heures supplémentaires

- Combien faites-vous d'heures supplémentaires en moyenne par semaine ?
- Sont-elles payées ?
 - Oui
 - Non

Concernant les exigences émotionnelles :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Votre travail est-il éprouvant sur le plan émotionnel ?				
Avez-vous assez de moyen pour permettre un accompagnement psychologique des patientes ?				
Etes-vous confrontés à des situations de tension avec des patients ?				

Concernant votre autonomie au travail :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous une marge de manœuvre suffisante dans la manière de réaliser votre travail ?				
Pouvez-vous intervenir sur la quantité de travail qui vous est attribuée ?				
Pouvez-vous interrompre momentanément votre travail quand vous en ressentez le besoin ?				
Vos compétences professionnelles sont-elles pleinement utilisées et pouvez-vous en développer des nouvelles ?				

Concernant les rapports sociaux au travail :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
A quelle fréquence recevez-vous de l'aide et du soutien de vos collègues ?				
Dans l'ensemble, les sages-femmes se font-elles confiance ?				
Y-a-t-il une bonne communication entre les sages-femmes ?				
Y-a-t-il une bonne communication entre sages-femmes et médecins ?				
Y-a-t-il une bonne communication entre sage-femme et aide-soignant/auxiliaire de puériculture ?				
A quelle fréquence recevez-vous de l'aide et du soutien de votre supérieur hiérarchique ?				
Pouvez-vous faire confiance aux informations venant de l'encadrement ?				
L'encadrement fait-il confiance aux salariés et à leur capacité à bien faire leur travail ?				

Concernant l'accord de votre travail avec vos valeurs :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Au travail, devez-vous faire des choses en contradictions avec vos convictions ?				
Etes-vous satisfait (e) de votre travail dans son ensemble ?				

Concernant la sécurité de votre travail :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Les décisions importantes, changements ou projets futurs sont-ils suffisamment anticipés, accompagnés, et expliqués ?				
Vous sentez-vous menacé (e) de perdre votre emploi ?				

II- Charge de travail

- Depuis quand exercez-vous au CHU de Nantes ?
 - 2018 ou avant
 - 2019 ou après

Si « 2018 ou avant »:

- Est-ce que votre charge de travail a augmenté entre 2017-2018 et 2019-2020, selon-vous ?
 - Oui
 - Non

Si oui : **facteurs de charge de travail**

- Quels facteurs majeurs participent à la hausse de la charge de travail **dans votre service** ?

Classez ces facteurs potentiels de 1 à 8, 1 étant le plus déterminant. Si vous pensez à d'autres facteurs, vous pourrez les indiquer dans la question suivante.

	1	2	3	4	5	6	7	8
L'augmentation du nombre de naissances								
Des pathologies demandant une lourde prise en charge								
Un manque matériel								
Un manque de personnel								
Un besoin de physiologie de la part des parturientes grandissant (ex : accouchement sans APD)								
Une surcharge administrative								
Un manque de soutien des supérieurs (cadres, médecins)								
Une population qui demande plus de soutien psycho-social								

- Pensez-vous à d'autres facteurs d'augmentation de la charge de travail ?

Impacts charge de travail :

- Votre charge de travail vous permet-elle ...

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
... d'accompagner comme il se doit les patientes				
... d'encadrer des étudiants ?				
... de faire un travail de qualité ?				

- Pensez-vous qu'il y a une surcharge de travail dans votre service ?
La surcharge de travail consiste à n'avoir pas assez de ressources (moyens techniques, personnels, temps...) pour pouvoir atteindre les objectifs fixés.
 - Oui
 - Non

Si Oui :

- Pouvez-vous me citer des exemples d'impacts négatifs que cette surcharge d'activité a sur votre travail ? **Texte libre**

Répercussions psychologiques

Le stress professionnel se définit par un **déséquilibre entre les contraintes imposées par son activité professionnelle et les ressources dont une personne dispose** pour travailler dans un tel environnement.

- Comment coteriez-vous votre stress professionnel ?
 - Note/10

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Sentez-vous que votre travail vous prend tellement d'énergie que cela a un impact négatif sur votre vie privée ?				

- Prenez-vous plaisir à exercer ce métier aujourd'hui ?

Vers la prévention des risques psycho-sociaux

Selon-vous, parmi tous les facteurs de charge de travail évoqués, sur le (s) quel (s) faut-il travailler pour améliorer la qualité de vie au travail des sages-femmes et la qualité de leur travail au CHU de Nantes ? Avez-vous des suggestions à apporter ?

Expression libre

EXPRESSION LIBRE

III- **Présentation**

- Quel âge avez-vous ?
- En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?
- Combien d'année avez-vous exercé en maternité ? (CHU de Nantes ou autre)

- Dans quel(s) service(s) êtes-vous amené (e) à travailler ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Suite de Couches
 - Salle de Naissance
 - Grossesses à risque
 - Consultations
 - Suivi intensif de grossesse
 - Urgences obstétricales
 - Diagnostic anténatal

- Si vous changez de service, à quelle fréquence ?
 - Très ponctuellement, si besoin
 - Tous les 4mois
 - Plusieurs activités différentes par semaine
 - En fonction des besoins de service

- Quels sont vos horaires de travail ? (Plusieurs réponses possibles)
 - De jour en 12h
 - De jour en 7h30
 - De nuit en 12h
 - De jour et de nuit en 12h
 - Autre :

- Avez-vous répondu à l'enquête du CNSF sur le bien-être des sages-femmes ?
 - Oui
 - Non

ANNEXE II

Outil dépistage des facteurs de risque psycho-sociaux de l'INRS

<i>Famille de facteurs de RPS</i>	<i>Niveau d'intensité des facteurs de risque</i>			
	Non concerné 	Faible 	Modéré 	Élevé 
Intensité et complexité du travail				
1. Contraintes de rythmes de travail				
2. Niveau de précision des objectifs de travail				
3. Adéquation des objectifs avec les moyens et les responsabilités				
4. Compatibilité des instructions de travail entre elles				
5. Gestion de la polyvalence				
6. Interruption dans le travail				
7. Attention et vigilance dans le travail				
Horaires de travail difficiles				
8. Durée hebdomadaire du travail				
9. Travail en horaires atypiques				
10. Extension de la disponibilité en dehors des horaires de travail				
11. Prévisibilité des horaires de travail et anticipation de leur changement				
12. Conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle				
Exigences émotionnelles				
13. Tensions avec le public				
14. Confrontation à la souffrance d'autrui				
15. Maîtrise des émotions				
Faible autonomie au travail				
16. Autonomie dans la tâche				
17. Autonomie temporelle				
18. Utilisation et développement des compétences				
Rapports sociaux au travail dégradés				
19. Soutien de la part des collègues				
20. Soutien de la part des supérieurs hiérarchiques				
21. Violence interne au travail				
22. Reconnaissance dans le travail				
Conflits de valeurs				
23. Qualité empêchée				
24. Travail inutile				
Insécurité de l'emploi et du travail				
25. Insécurité socio-économique (emploi, salaire, carrière...)				
26. Conduite du changement dans l'entreprise				

ANNEXE III

Guide d'entretien semi-directif avec sage-femme coordinatrice

- Présentation du sujet

1) Présentation

- Pouvez-vous vous présenter ? Votre parcours ?
 - Année de diplôme
 - Service encadré
 - Temps d'exercice en tant que cadre/cadre de ce service
 - Temps d'exercice au CHU

2) Facteurs de risque psycho-sociaux auxquels sont exposées les sages-femmes

- Que pensez-vous de l'exigence et de l'intensité de travail des sages-femmes au CHU ?
- Pouvez-vous me parler du rythme, des horaires de travail qu'elles ont ?
 - Quelle visibilité ont-elles sur leur planning ?
- Que pensez-vous des exigences émotionnelles qui leur sont imposées ?
- Que pensez-vous de l'autonomie qui leur a été attribuée ?
- Que pensez-vous des relations interprofessionnelles au travail ?
 - Entre les sages-femmes
 - Entre cadre et sages-femmes
 - Entre sages-femmes et médecins
- Pouvez-vous me parler de la sécurité d'emploi des sages-femmes ?
 - Durée des contrats
 - Temps de stagiairisation

3) Evolution de la charge de travail

- Comment a évolué la charge d'activité des sages-femmes entre 2017-2018 et 2019-2020 ?
- Si elle a augmenté : quels sont les facteurs qui ont fait augmenter cette charge de travail au CHU ?
 - Celui qui prédomine ?
- Pensez-vous qu'il y ait une surcharge de travail ? Pourquoi ?

- Quel impact a la charge de travail/ l'augmentation de la charge de travail sur les sages-femmes ?
 - Ressentez-vous que cela a un impact sur le stress des sages-femmes ? Si elles ressentent un stress, comment se matérialise-t-il ?
 - Sur la qualité de leur travail ? Sur la prise en charge des patientes ?
 - Sur l'encadrement des étudiants ?

- Existe-t-il une différence dans la charge de travail et son évolution entre les services ? répartie la charge de travail dans les différents services de la maternité ?

- Comment pourrait-on améliorer les conditions de travail des sages-femmes au CHU ?

- Avez-vous autre chose à ajouter ?

RÉSUMÉ

Ces dernières années, les sages-femmes se mobilisent pour obtenir une amélioration de leurs conditions de travail, en accord avec leurs responsabilités et statut médical. Notre étude s'est portée sur les conditions d'exercice des sages-femmes du CHU de Nantes. La maternité a connu en 2019 une augmentation importante du nombre d'accouchement, entraînant plus de 250 transferts de patientes vers d'autres maternités par manque de place.

Nous avons développé un outil diagnostique des facteurs de risque psycho-sociaux et étudié le ressenti des sages-femmes sur l'évolution de la charge d'activité. Un questionnaire anonyme leur a été envoyé et nous avons parallèlement mené deux entretiens semi-directifs avec des sages-femmes coordinatrices.

D'après nos résultats, les sages-femmes sont exposées à un rythme de travail intense, des horaires atypiques, ainsi qu'à une forte charge émotionnelle. Leurs compétences sont mises en pratique grâce à leur polyvalence et l'autonomie qui leur ai donnée. Le travail d'équipe est un pilier dans leur pratique. 93% ressentent une augmentation de leur charge d'activité depuis l'année 2019. Celle-ci est dû principalement à l'augmentation des naissances et aux prises en charges médicales et sociales complexes, entraînant une inadéquation avec les effectifs et les locaux. Cette problématique conduit à une réorganisation des soins à la maternité : 95 % des sages-femmes sont en surcharge de travail.

La poursuite de la réflexion autour de l'adéquation des moyens hospitaliers à l'activité des maternités semble nécessaire afin de réguler la charge de travail des sages-femmes et protéger la qualité des soins.

Mots clés : enquête - sage-femme – maternité - risques psycho-sociaux - qualité de vie au travail - charge d'activité – sécurité – autonomie - moyens