



HAL
open science

**Le syndrome d'épuisement professionnel chez les
sages-femmes des Côtes d'Armor, du Finistère et du
Morbihan. Étude quantitative, prospective, menée entre
le 1er août 2016 et le 30 novembre 2016 auprès des
sages-femmes des Côtes d'Armor, du Morbihan et du
Finistère**

Noluenn Robin

► **To cite this version:**

Noluenn Robin. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les sages-femmes des Côtes d'Armor, du Finistère et du Morbihan. Étude quantitative, prospective, menée entre le 1er août 2016 et le 30 novembre 2016 auprès des sages-femmes des Côtes d'Armor, du Morbihan et du Finistère. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01559323

HAL Id: dumas-01559323

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01559323>

Submitted on 10 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de médecine

Et des sciences de la santé,

BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2017

**« LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL
CHEZ LES SAGES-FEMMES DES CÔTES D'ARMOR, DU
MORBIHAN ET DU FINISTERE »**

Étude quantitative, prospective, menée entre le 1^{er} août 2016 et le 30 novembre 2016 auprès des sages-femmes des Côtes d'Armor, du Morbihan et du Finistère.

Présenté et soutenu par :

Noluenn ROBIN

Née le 03/10/1994

Promotion 2012-2017

Directeur de mémoire : Docteur Nolwen JOSSO

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Noluenn ROBIN

Assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ici tous ceux qui m'ont permis de réaliser ce travail, et plus particulièrement :

- Les sages-femmes ayant répondu à mon questionnaire, merci pour vos messages d'encouragements,
- Les sages-femmes coordinatrices des établissements de santé et de la fonction publique territoriale pour la diffusion de mon questionnaire,
- Le Docteur Nolwen JOSSO, d'avoir accepté de suivre mon travail et de m'avoir aidée à appréhender le milieu de la santé au travail,
- Isabelle ROBIN-PAULARD de m'avoir encouragée et guidée tout au long de ce mémoire,
- Mes parents et mes sœurs, pour les heures passées à relire minutieusement ce travail,
- Ma famille toute entière pour m'avoir subie tout au long de ce mémoire et de ces années de formation,
- Mes chères amies... Je vous souhaite de devenir des (sages-)femmes heureuses, dans votre vie professionnelle mais aussi, et surtout, dans votre vie personnelle, au Canada ou ailleurs...
- Et enfin, Titouan, évidemment, mille mercis pour ton aide si précieuse, ton soutien sans faille, j'admire ta patience face à mon stress permanent, quel courage ...

Sommaire

Introduction	6
1. Epuisement professionnel chez les sages-femmes : méthodologie d'étude	8
1.1. Type d'étude	8
1.2. Objectifs	8
1.3. Population : critères d'inclusion et d'exclusion	8
1.4. Lieu de réalisation	8
1.5. Matériel	8
1.6. Méthode	9
1.7. Méthodologie d'analyse des résultats	10
2. Présentation des résultats	11
2.1. Population étudiée	11
2.1.1. Présentation générale de la population	11
2.1.2. Exercice en établissement de santé	11
2.1.3. Exercice libéral	12
2.1.4. Exercice en fonction publique territoriale	13
2.2. Mesure du syndrome d'épuisement professionnel	14
2.2.1. Population générale	14
2.2.2. Exercice en établissement de santé	14
2.2.3. Exercice libéral	15
2.2.4. Exercice en fonction publique territoriale	15
2.2.5. Etude score par score pour l'ensemble de la population étudiée :	15
2.3. Les facteurs influents	16
2.3.1. Facteurs généraux	16
2.3.2. Exercice en établissement de santé	16
2.3.3. Exercice libéral	18
2.3.4. Exercice en fonction publique territoriale	18
2.4. Auto-évaluation	18
2.4.1. Facteurs organisationnels	18
2.4.2. Facteurs personnels	21
2.4.3. Autres éléments	22
3. Discussion	22
3.1. Forces et limites de notre étude	23
3.2. Le syndrome d'épuisement professionnel des sages-femmes françaises : les autres travaux réalisés	24
3.3. Les trois scores du Maslach Burnout Inventory : définition et analyse	25
3.4. Les signes cliniques et facteurs de risque d'épuisement professionnel dans la littérature et dans notre étude	25
3.5. Burnout : les difficultés diagnostiques en pratique	27
3.6. Apports de notre étude pour la pratique quotidienne	28
4. Conclusion	30
Références	32
ANNEXES	33

Introduction

La profession de sage-femme a connu de nombreuses mutations depuis le XX^{ème} siècle. Nous pouvons par exemple noter la modification du nombre d'années d'études, passant de 4 à 5 en 2001, permettant ainsi l'obtention du grade master, l'ajout de nouvelles compétences telles que le suivi gynécologique de prévention ou encore l'acquisition du droit de réalisation des IVG médicamenteuses en 2016 (1).

Parallèlement, nous pouvons constater un profond remaniement du paysage périnatal : diminution de 20.1% du nombre de maternités en France entre 2002 et 2012, maternités majoritairement déficitaires (2), augmentation des délais de rendez-vous chez les gynécologues-obstétriciens, médicalisation croissante de la naissance (péridurales, césariennes, extractions instrumentales ...). Autant de modifications qui impactent le quotidien des sages-femmes françaises.

En 2013, la profession a connu un important mouvement de grève, concernant plus de 90% des maternités françaises et mobilisant des milliers de sages-femmes et étudiants sages-femmes. Les principales revendications étaient une meilleure reconnaissance de leurs compétences, une meilleure visibilité auprès des femmes, et enfin, un statut adapté au sein des hôpitaux.

Ce mouvement de grève, bien que très suivi, ne fut pas suffisant pour obtenir gain de cause sur toutes les demandes.

Il semble persister, encore aujourd'hui, un sentiment de frustration dans cette profession qui peine à se faire reconnaître à la hauteur de ses compétences. Un tel mouvement serait-il le signe d'un mal être général des sages-femmes au travail ?

Les sages-femmes françaises ne sont pas seules à rencontrer des difficultés dans l'exercice de leur métier. L'Organisation Mondiale de la Santé, dans une récente étude sur les soins de maternité dans le monde (3), a mis en avant la volonté générale des sages-femmes « *d'offrir des soins de la meilleure qualité possible aux femmes, aux nouveau-nés et à leurs familles* ». Malheureusement, cette étude met également en exergue l'impossibilité pour ces soignants de mener cette mission à bien (manque de moyen, de personnel...), générant chez eux une frustration profonde.

C'est donc dans ce contexte que nous nous sommes posé la question de l'épanouissement au travail des sages-femmes : souffrent-elles d'un épuisement professionnel ?

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burnout, bien qu'évoqué dès les années 60 en France, est conceptualisé pour la première fois en 1970 par le Dr H. FREUNDENBERGER (4), médecin psychanalyste américain. Il décrit alors ce syndrome comme « *un état de fatigue, de dépression et de frustration apporté*

par la dévotion à une cause, un mode de vie ou à une relation à l'autre qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail».

Selon lui « *Les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles, sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte* ».

S'il peut toucher tous les domaines, ce syndrome est majoritairement observé dans les professions soignantes, impliquant une relation d'aide.

C. MASLACH, chercheuse canadienne en psychologie, le définit comme « *un épuisement mental et physique des personnes dont le travail nécessite un contact permanent avec autrui* » (4). En accord avec S. JACKSON, ils décrivent ce phénomène comme étant l'association de trois composantes qui sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la perte de l'accomplissement personnel.

De nombreux travaux ont été réalisés sur le burnout des professions soignantes (5) (6) (7). En effet, ces dernières seraient plus sujettes à cette pathologie du fait de la relation à l'autre et de l'investissement personnel que cela implique. L'impact sur la qualité du travail est non négligeable, pouvant aller jusqu'à la maltraitance ou l'erreur médicale.

Si les médecins ou les infirmières ont été les sujets de plusieurs de ces études (démontrant un taux de burnout allant de 20 à 30% d'entre eux) (6)(7), peu de travaux ont été réalisés chez les sages-femmes françaises (8) (9) (10) (11). Parmi ces études, la majorité rend compte du burnout chez les sages-femmes hospitalières uniquement (concernant 20 à 30% des interrogées).

L'objectif de notre travail est donc à la fois d'établir la prévalence du burnout (ou syndrome d'épuisement professionnel) et d'identifier la présence d'éventuels facteurs de risque chez les sages-femmes de trois départements bretons, en incluant la quasi-totalité des modes d'exercice: les sages-femmes libérales, territoriales et des établissements de santé.

1. Epuisement professionnel chez les sages-femmes : méthodologie d'étude

1.1. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative et prospective, afin d'avoir un aperçu global de la prévalence de ce syndrome dans notre population.

1.2. Objectifs

L'objectif principal de notre étude était d'établir la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les sages-femmes dans trois départements bretons : Côtes-d'Armor, Finistère et Morbihan.

Secondairement, nous avons cherché à identifier les principaux facteurs de risque de ce syndrome, qu'ils soient personnels ou organisationnels.

1.3. Population : critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus dans notre étude les sages-femmes des trois départements concernés :

- Exerçant en établissement public ou privé de santé (que nous avons réunies sous les termes « sages-femmes exerçant en hospitalier »)
- Exerçant en libéral
- Exerçant dans la fonction publique territoriale

Nous avons exclu les sages-femmes non joignables par e-mail et les sages-femmes enseignantes.

1.4. Lieu de réalisation

Nous avons choisi de nous intéresser à trois des quatre départements bretons, soit les Côtes d'Armor, le Finistère et le Morbihan. En effet, en incluant l'Ille et Vilaine, la population étudiée aurait été trop importante, nécessitant un travail de recueil et d'analyse plus long que le temps qui nous était imparti. De plus, ce département disposant d'une école de sages-femmes à Rennes, les sages-femmes sont déjà sollicitées par d'autres travaux d'étudiants.

1.5. Matériel

Nous avons rédigé un questionnaire informatisé, via le site « google form », disponible en annexe I. Les questions ont été choisies suite à l'analyse des critères pouvant influencer le burnout retrouvés dans la littérature. Le questionnaire se compose de trois parties :

- Une première précisant les données démographiques, personnelles, le déroulé des études, les conditions d'exercice. Des questions spécifiques à chaque mode d'exercice ont été proposées, afin d'avoir des données plus précises sur le mode et le rythme de travail.
- Une deuxième utilisant l'échelle de mesure du burnout « Maslach Burnout Inventory » (MBI). Cette échelle, décrite par Christina MASLACH, regroupe 22 items étudiant les trois phénomènes retrouvés dans le burnout : épuisement émotionnel, déshumanisation et accomplissement personnel. Grâce à ces items, nous obtenons 3 scores correspondants aux 3 phénomènes. La

conjugaison d'un score élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et d'un score faible d'accomplissement personnel révèle un état de burnout important. Chacune de ces trois dimensions se mesure de manière indépendante. On retrouve ainsi, pour chacune, un score « bas », « modéré » ou « élevé ». Le MBI est internationalement reconnu pour la mesure du burnout (16).

Il existe d'autres échelles, chacune s'appuyant sur la vision de ce syndrome par son auteur. L'échelle MBI semble être, à ce jour, celle ayant été la plus testée. Ainsi, sa validité et sa reproductibilité ont été scientifiquement prouvées. De plus, de nombreuses études sur le burnout l'utilisant, elle a l'avantage de permettre d'effectuer des comparaisons entre plusieurs populations.

- Une dernière comportant en majorité des questions ouvertes, permettant aux sages-femmes interrogées de s'exprimer sur leurs idées des facteurs influençant leur satisfaction au travail (personnels, organisationnels, ...)

L'anonymat a été maintenu tout au long du questionnaire. Il a été demandé aux sages-femmes exerçant en milieu hospitalier de préciser leur lieu d'exercice, dans le but de cibler les relances éventuelles. Ces données n'ont été utilisées pour aucune autre fin.

1.6. Méthode

Afin de connaître le nombre de sages-femmes concernées par notre étude, nous avons contacté les cadres des différentes maternités, les sages-femmes coordinatrices de la fonction publique territoriale ainsi que le conseil de l'ordre des départements des Côtes d'Armor, du Finistère et du Morbihan. Par mail ou par téléphone, nous avons donc, grâce à leurs réponses et aux recherches en ligne, identifié 597 sages-femmes.

Le questionnaire a été diffusé entre le 1^{er} août 2016 et le 30 novembre 2016, soit 4 mois de recueil.

- Mode de contact des sages-femmes hospitalières :

Dans un premier temps, nous avons contacté les sages-femmes cadres des différents établissements par e-mail. Nous leur avons proposé, lorsque cela était faisable, de diffuser le questionnaire à l'ensemble de leurs collègues sages-femmes via leurs e-mails professionnels. Certains établissements ne disposant pas d'adresses électroniques spécifiques, nous avons directement demandé aux sages-femmes leurs adresses électroniques personnelles. Nous avons effectué une relance le 20 septembre 2016, à nouveau par e-mail puis par contact téléphonique pour certaines maternités.

- Mode de contact des sages-femmes libérales :

Nous avons consulté le 15 juillet 2016 l'annuaire du site internet du conseil de l'ordre des sages-femmes (12) afin de recueillir les adresses e-mails. Une mise à jour de plusieurs adresses a pu avoir lieu lors d'un reconrôle de l'annuaire du site le 22 octobre 2016. Associé à celui-ci, nous avons consulté le site internet de l'association nationale des sages-femmes libérales aux mêmes dates (13). Une relance a ainsi pu être réalisée le 22 octobre 2016.

- Mode de contact des sages-femmes territoriales :

Nous avons contacté par e-mail les sages-femmes coordinatrices des trois départements afin de leur demander de diffuser le questionnaire à leurs collègues sages-femmes. Nous avons effectué une relance le 22 octobre 2016.

1.7. Méthodologie d'analyse des résultats

Nous avons recueilli les réponses aux questionnaires de manière anonyme, via le site « google form ». Nous les avons ensuite exportées sous la forme d'un tableau avec le logiciel « Excel 2013 ».

L'ensemble des analyses descriptives, univariées ou multivariées, ont été réalisées avec le logiciel « Excel 2013 ». La réalisation des tests statistiques s'est faite à l'aide du logiciel « R 3.2.5 ».

Nous avons calculé les scores de burnout grâce aux réponses au questionnaire du MBI. Le calcul de ces scores est permis grâce à l'attribution de point pour chaque réponse. Le nombre de point attribué en fonction de la réponse est codifié, cette échelle de mesure étant internationalement définie. Nous avons donc utilisé la grille de lecture de cette échelle. Le tableau répertoriant les différents seuils utilisés pour la lecture des scores du MBI est disponible en annexe IIa.

La mesure se basant sur 3 scores (épuiement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel), nous avons ensuite testé chacune des variables récoltées dans la première partie du questionnaire afin de connaître son impact sur l'un ou l'autre des scores.

Pour ce faire, nous avons utilisé le test de Student, permettant la comparaison de moyennes. Ainsi, nous avons comparé les moyennes des scores de MBI des groupes concernés par chaque variable à celles de ceux non concernés, puis testé si la différence entre ces moyennes était significative. Nous avons posé les hypothèses suivantes :

- H0 « Les moyennes des scores des différents groupes ne sont pas différentes »
- H1 « Les moyennes des scores des différents groupes sont différentes »

Un risque d'erreur de première espèce (c'est-à-dire conclure que H1 est vraie alors que c'est H0 qui est vraie) de 5% est considéré comme acceptable. Autrement dit, si « p » est inférieur à 0.05 (5%), alors l'hypothèse H1 est conclue (avec « p » étant la probabilité que ce soit H0 qui soit vraie).

Concernant les analyses des données « textuelles », nous avons utilisé le package « IRaMuTeQ 0.7 » du logiciel « R ». Nous avons importé les réponses sous forme de fichiers texte dans ce logiciel, puis construit un dictionnaire de mot selon leur type grammatical. Ainsi, le logiciel a pu créer des nuages de mots et des analyses de similitude (c'est-à-dire l'analyse des liens entre les différents mots). Ces nuages de mots et graphiques de similitude sont disponibles en annexe III.

2. Présentation des résultats

2.1. Population étudiée

2.1.1. Présentation générale de la population

Nous avons reçu 236 réponses sur 597, représentant 39,5% des sages-femmes ciblées. Parmi les sages-femmes interrogées, nous avons obtenu une répartition du mode d'exercice comme le présente la figure 1.

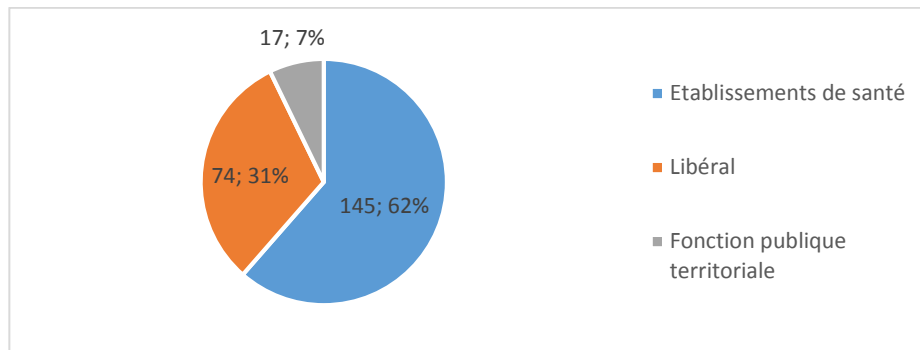


Figure 1 : Mode d'exercice (n ;%)

La moyenne d'âge de notre population est de 36 ans. 94,1% sont des femmes.

- Vécu de leurs études, attentes professionnelles

Le vécu des études est bon ou très bon pour 43%, mitigé pour 37,4%, mauvais pour 14,5% et très mauvais pour 4,7%. Le métier correspond, dans l'ensemble ou totalement, aux attentes présentes à l'entrée à l'école pour 84% des sondées. Il ne correspond pas aux attentes, dans l'ensemble ou totalement pour 12,8%. Lorsqu'il ne correspond pas aux attentes, les points divergents concernent les responsabilités, la rémunération, la place de l'administratif, la crainte du médico-légal ou l'accompagnement des patientes souhaité face à celui effectivement réalisé. Certaines sages-femmes ne pensaient pas un jour exercer ailleurs qu'en établissement de santé (pas ou peu de stage en PMI, par exemple). D'autres n'avaient pas d'attentes particulières. Enfin, certaines sont agréablement surprises de la réalité du métier par rapport à leurs attentes.

2.1.2. Exercice en établissement de santé

Notre population de 145 sages-femmes (dont 8 hommes) se répartit entre les différents niveaux de maternité comme la figure 2 le résume.

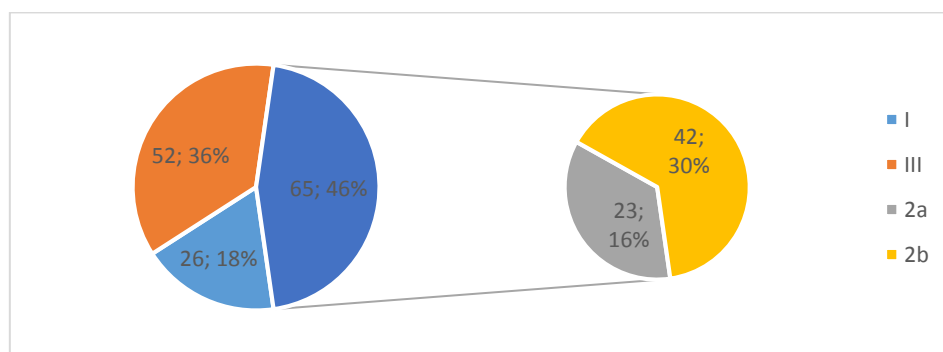


Figure 2: Niveaux de maternité (n ;%)

- Mode de travail

24 sages-femmes exercent une activité d'encadrement. 66% sont en contrat à durée indéterminée.

La majorité (75.9%) des sages-femmes hospitalières se trouvent en salle de naissance. 84.3% d'entre elles alternent entre les différents services au cours de l'année, de manière plus ou moins régulière. La majorité exerce en garde en 12 heures. En moyenne, elles travaillent 2 week-ends par mois. 85% alternent entre le jour et la nuit et 80% d'entre elles indiquent ne pas, ou ne pas toujours, récupérer suffisamment après une nuit.

47% d'entre elles estiment leur charge de travail lourde ou trop lourde.

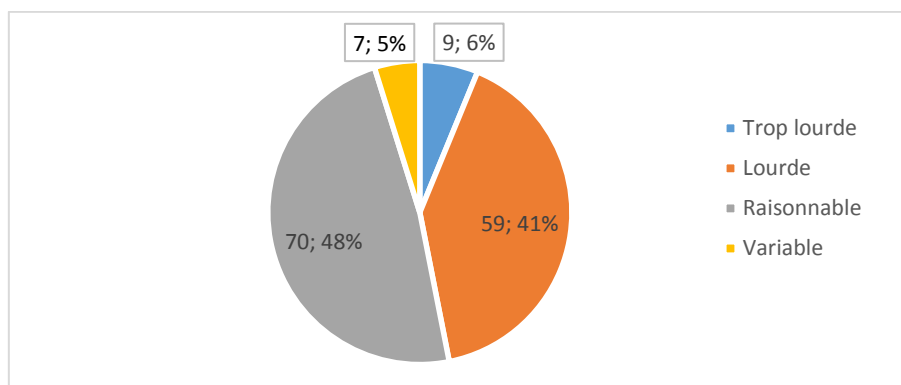


Figure 3 : Charge de travail estimée par les sages-femmes des établissements de santé (n ;%)

Pour elles, le service le plus anxiogène est la salle de naissance (82.6%). Les raisons les plus souvent citées sont le stress, l'urgence et l'imprévu.

93% des sages-femmes interrogées indiquent qu'il existe, dans leur établissement, un espace de régulation des pratiques : staff, analyse des pratiques ou revue de la morbi-mortalité.

44% indiquent qu'il existe des procédures, des ressources pour faire face aux situations difficiles. Le plus souvent, il s'agit des psychologues du service ou du réseau. 34% n'en n'ont pas connaissance.

- Relations entre collègues

Les relations entre sages-femmes sont jugées satisfaisantes ou très satisfaisantes pour 97% d'entre elles. Les relations avec les médecins sont jugées satisfaisantes ou très satisfaisantes pour 74% d'entre elles. Les relations avec les auxiliaires de puériculture, les infirmières puéricultrices, les aides-soignantes, sont jugées satisfaisantes ou très satisfaisantes pour 98% d'entre elles. Enfin, les relations avec la hiérarchie sont jugées satisfaisantes ou très satisfaisantes pour 66% d'entre elles.

2.1.3. Exercice libéral

- Mode de travail

Parmi les sages-femmes nous ayant répondu, 64 sont des hommes. 1.6% sont installées en libéral depuis moins de 5 ans et 90% des interrogées ont exercé en milieu hospitalier auparavant. Parmi les raisons de ce

changement d'exercice, le mot revenant le plus fréquemment est « changer ». Ainsi, il s'agissait pour la majorité d'une volonté de changer de rythme et de mode de travail

Les sages-femmes exerçant seules sont approximativement aussi nombreuses que celles exerçant avec d'autres sages-femmes ou professionnels de santé.

Le nombre moyen d'heures travaillées par semaine est de 38. La médiane se place à 40 heures, certaines indiquant exercer jusque 50 heures hebdomadaires. 25% d'entre elles ne travaillent pas le week-end, 20% travaillent 2 week-ends par mois et 20% travaillent 3 week-ends par mois, en moyenne.

Majoritairement, les sages-femmes libérales estiment leur charge de travail raisonnable.

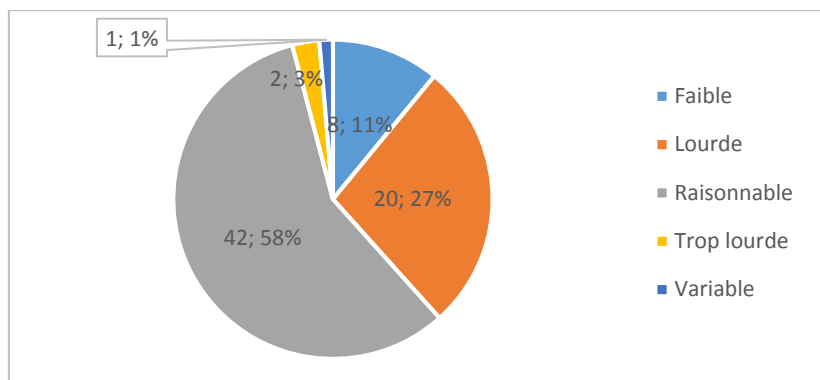


Figure 4 : Charge de travail estimée par les sages-femmes libérales (n ;%)

2.1.4. Exercice en fonction publique territoriale

- Mode de travail

Sur 17 sages-femmes exerçant dans la fonction publique territoriale nous ayant répondu, une était un homme.

92% d'entre elles ont exercé en milieu hospitalier auparavant. Parmi les raisons de ce changement, le mot revenant le plus souvent est « changer ». Il s'agissait de changer de rythme et de mode de travail. Pour d'autres, le changement a eu lieu car une opportunité s'est proposée.

En moyenne, le nombre d'heures travaillées par semaine est de 34. La médiane se place à 38 heures, le maximum est de 40 heures.

41 % des sages-femmes territoriales estiment que leur charge de travail est lourde, 35% d'entre elles l'estiment raisonnable.

- Relation entre collègues

Les relations avec les collègues sages-femmes, assistantes sociales, puéricultrices ou médecins ont été jugées satisfaisantes ou très satisfaisantes pour 80 à 95% des interrogées.

2.2. Mesure du syndrome d'épuisement professionnel

2.2.1. Population générale

En considérant qu'un burnout sévère est l'association de trois scores élevés, qu'un burnout modéré est l'association de deux scores élevés et, enfin, qu'un burnout faible est la présence d'un score élevé, nous avons retrouvé les résultats présentés dans la figure 5.

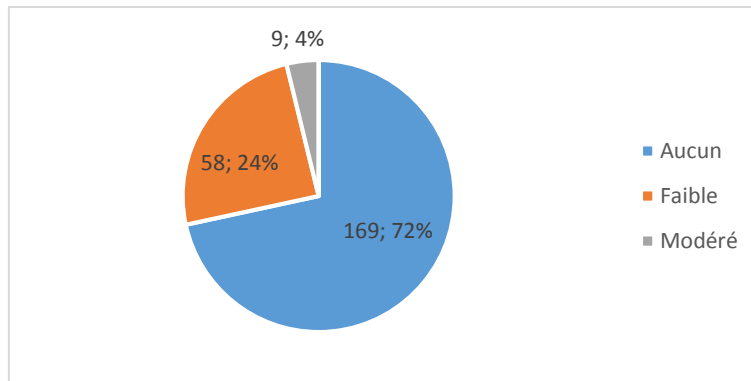


Figure 5 : Niveau de burnout des sages-femmes interrogées (n ;%)

Nous pouvons donc observer que 28% des sages-femmes interrogées ont au moins un score de l'échelle MBI considéré comme élevé, marquant ainsi un certain épuisement professionnel.

L'analyse score par score suivant le mode d'exercice est disponible en annexe IIb.

2.2.2. Exercice en établissement de santé

Chez les sages-femmes hospitalières, 30% sont en burnout faible, 6% en burnout modéré.

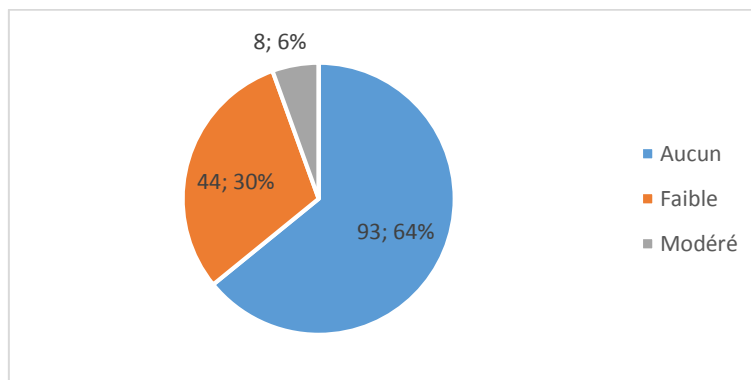


Figure 6 : Niveau de burnout des sages-femmes des établissements de santé (n ;%)

2.2.3. Exercice libéral

Chez les sages-femmes libérales, 12% sont en burnout faible, 1% en burnout modéré.

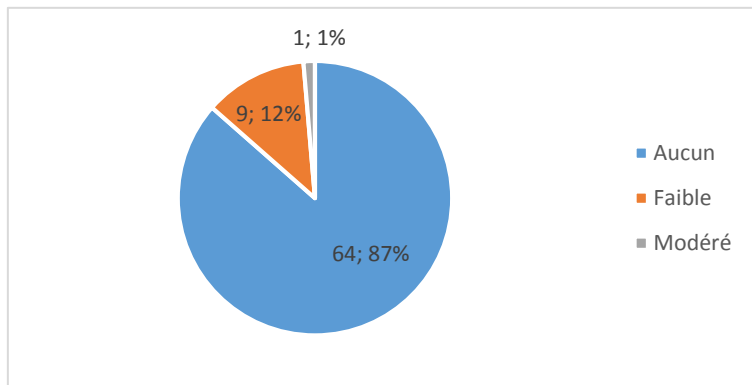


Figure 7: Niveau de burnout des sages-femmes libérales (n ;%)

2.2.4. Exercice en fonction publique territoriale

Chez les sages-femmes territoriales, 29% sont en burnout faible, aucune en burnout modéré.

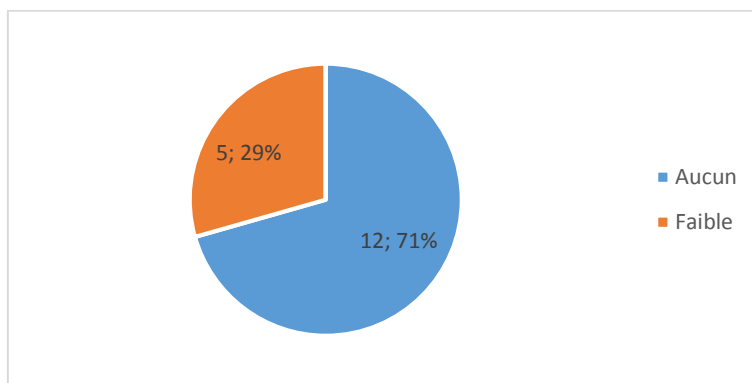


Figure 8 : Niveau de burnout des sages-femmes de la fonction publique territoriale (n ;%)

2.2.5. Etude score par score pour l'ensemble de la population étudiée :

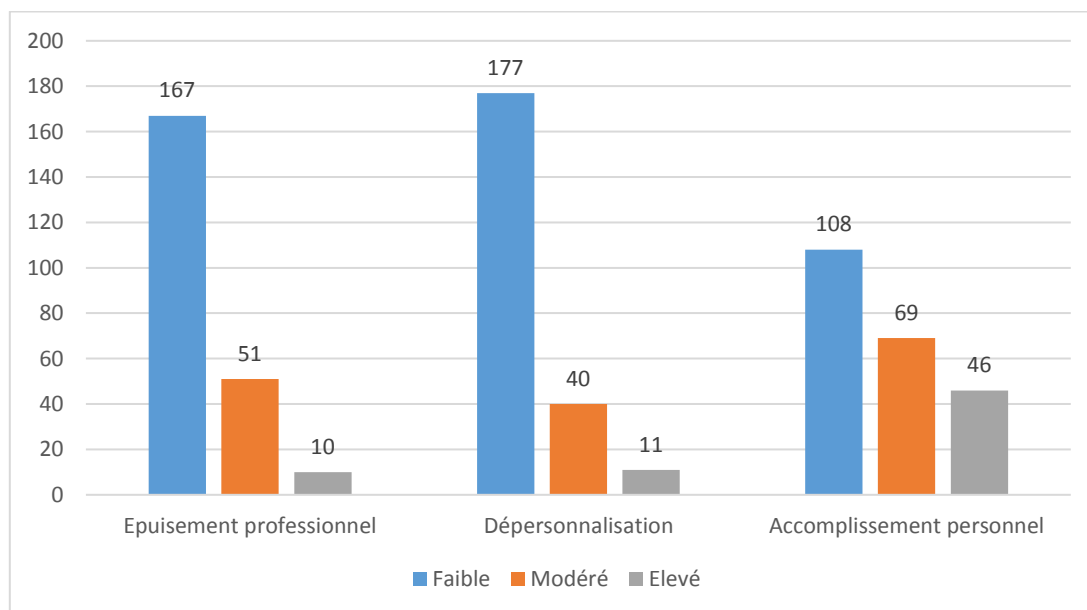


Figure 9 : Nombre de sages-femmes dans les différents degrés des différents scores du MBI (n)

Nous pouvons observer que le score le plus souvent touché de manière élevée est celui de l'accomplissement personnel.

2.3. Les facteurs influents

2.3.1. Facteurs généraux

- Sexe

Les sages-femmes hommes interrogées présentent un score de dépersonnalisation significativement plus élevé, de 2,3 points en moyenne, que celui des femmes.

Variabes (Sexe)	P-valeur	Différence
score d'épuisement	0,7	-0,34
score d'accomplissement	0,9	-0,1
score de dépersonnalisation	0,04	-2,3

Tableau 1 : Comparaison des scores de MBI en fonction du sexe

- Mode d'exercice

Les sages-femmes libérales présentent un score d'épuisement émotionnel inférieur de 2,2 points en moyenne par rapports aux sages-femmes des établissements de santé. Il en est de même pour le score de dépersonnalisation, qui est en moyenne de 2,4 points inférieur. Enfin, le score d'accomplissement personnel en d'en moyenne 4 points plus élevé. Nous n'avons pas pu inclure les sages-femmes de la fonction publique territoriale dans nos comparaisons statistiques du fait du trop petit effectif recruté.

Variabes	P-valeur	Différence
score d'épuisement	0,03	-2,2
score d'accomplissement	0,0001	4
score de dépersonnalisation	0,02	-2,4

Tableau 2 : Comparaison des scores de MBI en fonction du mode d'exercice (libérales/ets de santé)

- Différences non significatives

Il n'existe pas de différence significative entre les sages-femmes ayant choisi la maïeutique en premier choix lors du concours de la PACES et celles ayant fait un autre choix prioritairement. Le nombre d'enfant au foyer ou le temps de trajet n'ont pas d'impact sur les différents scores. Ni le vécu des études, l'inadéquation entre les attentes du métier à l'entrée à l'école et la réalité, ni l'expérience n'influent sur les scores.

2.3.2. Exercice en établissement de santé

- Charge de travail estimée

La charge de travail estimée impacte significativement le score d'épuisement émotionnel. Il n'influe pas de manière significative les autres scores. En effet, une sage-femme estimant sa charge de travail raisonnable aura un score d'épuisement émotionnel en moyenne 4,4 points inférieur à une sage-femme l'estimant lourde. De même, une sage-femme estimant sa charge de travail trop lourde aura un score d'épuisement émotionnel de 10,3 points supérieur à un sage-femme l'estimant lourde. Enfin, une sage-femme estimant sa

charge de travail trop lourde aura un score supérieur de 14,7 points en moyenne à une sage-femme l'estimant raisonnable.

Score d'épuisement		
Charge de travail estimée	P-valeur	Différence
Raisonnaible vs Lourde	0,002	-4,4
Trop lourde vs Lourde	0,0002	10,3
Trop lourde vs Raisonnaible	0,0000001	14,7

Tableau 3 : Comparaison du score d'épuisement en fonction de la charge de travail estimée

- Relation avec médecins

Nous avons regroupé les sages-femmes décrivant leur relation avec les médecins satisfaisante ou très satisfaisante d'une part, et celle la décrivant peu ou non satisfaisante, d'autre part.

Les sages-femmes estimant leur relation peu ou non satisfaisante ont un score d'épuisement émotionnel plus élevé d'en moyenne 3,7 points.

Le score de dépersonnalisation est lui aussi impacté : il sera en moyenne 2,5 points supérieur lorsque la relation est peu ou non satisfaisante.

Variables	P-valeur	Différence
score d'épuisement	0,001	3,7
score d'accomplissement	0,11	-1,6
score de dépersonnalisation	0,02	2,5

Tableau 4: Comparaison des scores MBI en fonction de la relation estimée avec les médecins

- Relation avec la hiérarchie

Nous avons regroupé les sages-femmes décrivant leur relation avec leur hiérarchie satisfaisante ou très satisfaisante d'une part, et celles la décrivant peu ou non satisfaisante, d'autre part.

Comme pour la relation avec les médecins, une différence significative est retrouvée entre les deux groupes. Ici, les trois scores sont concernés. Ainsi, une relation jugée peu ou non satisfaisante induit un score d'épuisement émotionnel de 2,7 points supérieur en moyenne, un score de dépersonnalisation de 2,6 points supérieur et, enfin, un score d'accomplissement personnel inférieur de 2,6 points.

Variables	P-valeur	Différence
score d'épuisement	0,01	2,7
score d'accomplissement	0,01	-2,6
score de dépersonnalisation	0,01	2,6

Tableau 5 : Comparaison des scores de MBI en fonction de la relation estimée avec la hiérarchie

- Différences non significatives

Le niveau de maternité, l’alternance jour/nuit, l’alternance entre les services ou le nombre de week-ends travaillés par mois ne semblent pas impacter significativement les scores du burnout.

Les relations avec les collègues sages-femmes ou auxiliaires de puériculture ayant été jugées très satisfaisantes ou satisfaisantes à 97% et 98%, nous n’avons pas réalisé de tests statistiques sur ces données.

2.3.3. Exercice libéral

Les questions que nous avons choisies de poser aux sages-femmes libérales dans le questionnaire n’ont pas mis en avant d’élément influençant significativement les scores du MBI. Ainsi, l’expérience, l’association ou non avec d’autres sages-femmes ou professionnels de santé, le nombre d’heure par semaine, la charge de travail estimée n’ont pas d’impact significatif sur l’épuisement professionnel.

2.3.4. Exercice en fonction publique territoriale

17 sages-femmes exerçant en milieu territorial ont participé à l’étude. Cet échantillon étant très faible, il n’a pas été possible de réaliser des groupes comparatifs offrant des résultats significativement interprétables.

2.4. Auto-évaluation

Les questions ouvertes composant la dernière partie du questionnaire nous ont apporté beaucoup d’informations sur le ressenti des sages-femmes dans leur quotidien. Les nuages de mots et graphiques de similitudes qui nous ont permis d’analyser les réponses sont disponibles en annexe III.

Nous avons demandé aux sages-femmes d’évaluer leur niveau d’épanouissement au travail sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant « pas du tout épanouie » et 10 « complètement épanouie ».

Nous avons obtenu les résultats suivants :

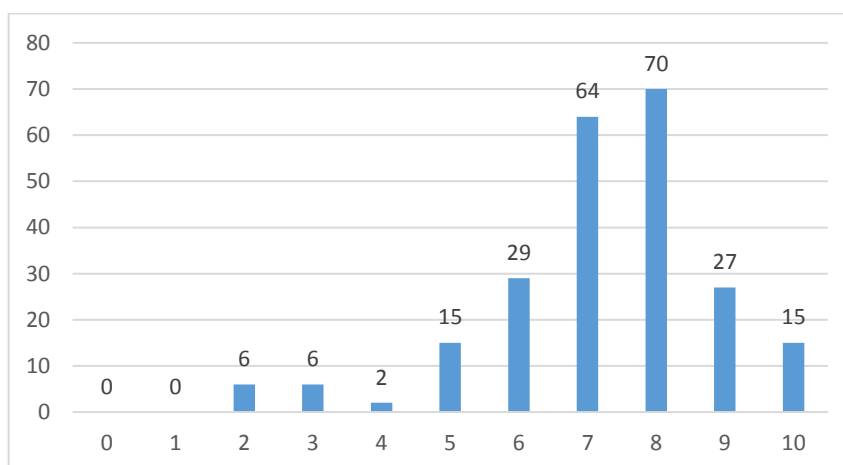


Figure 10 : Niveau d’épanouissement au travail (n)

2.4.1. Facteurs organisationnels

La question posée était la suivante : « Selon vous, quels sont les facteurs organisationnels qui influencent votre satisfaction/insatisfaction au travail? ». Nous avons séparé les réponses des différents modes d’exercice.

2.4.1.1. Etablissements de santé

- Charge de travail

La charge de travail en elle-même est très souvent citée comme impactant négativement la satisfaction au travail (« *Surmenage avec une charge de travail très forte* », « *surcharge de travail qui me donne l'impression de bâcler mon travail* »).

Les charges administratives, la traçabilité, le poids de l'informatique sont des thèmes fréquemment évoqués. A cela, est mis en balance le temps passé auprès des patientes. Pour de nombreuses sages-femmes, ce temps consacré à l'administratif est autant de temps non passé à accompagner les couples, entraînant un sentiment de frustration (« *L'impression d'être accaparées par des tâches non essentielles* », « *Une même donnée peut être à saisir 10 fois* », « *Obligation, sous couvert de traçabilité, de passer de plus en plus de temps sur nos ordis au détriment du temps accordé aux couples* »).

- Rythme de travail

Le rythme de travail en alternance jour/nuit, le travail le week-end et les jours fériés, les plannings parfois reçus « tardivement », semblent impacter négativement la satisfaction au travail (« *Alternance jour/nuit difficile à gérer* », « *irrégularité des plannings* », « *rythme jour/nuit difficile à tenir sur le long terme* »).

Au contraire, avoir des jours de repos réguliers, un roulement stable et équitable, gérer son planning soi-même, travailler de jour sont, pour elles, des facteurs influençant positivement la satisfaction au travail.

- Relation avec les autres professionnels de santé

Les relations parfois compliquées avec les médecins sont citées environ 40 fois par les sages-femmes interrogées, comme étant un facteur négatif : manque de reconnaissance de leur travail, conduites à tenir divergentes... (« *relation difficile avec certains médecins parfois* », « *manque de communication avec les médecins* », « *humeur des médecins* »).

Les relations avec la hiérarchie sont également fréquemment retrouvées comme étant source d'insatisfaction : sentiment de ne pas être entendu, manque de soutien... (« *manque de soutien des cadres* », « *pression de la direction qui nous demande toujours plus* », « *manque de reconnaissance par la hiérarchie du travail fourni* »).

Parallèlement, la relation d'équipe avec leurs collègues sages-femmes ou auxiliaires de puériculture est une source de motivation au travail. (« *bonne entente avec les collègues* », « *soutien des collègues* », « *la relation avec les collègues est pour moi une source de satisfaction* »).

- Relations avec les patientes, les couples

La relation avec les patientes semble être une source de satisfaction majeure pour les sages-femmes interrogées (« *la relation avec les patientes influence positivement ma satisfaction au travail* »).

Inévitablement, le manque de temps à consacrer aux patientes, comme cité plus haut, est considéré comme une source d'insatisfaction (« *Réduction de notre disponibilité auprès des couples* », « *trop peu de temps avec les patientes* »).

- Précarité de l'emploi, financière

Le sujet de l'emploi est revenu plusieurs fois parmi les réponses. Ainsi, certaines expriment le stress induit par l'instabilité de leur emploi, l'impossibilité de faire des projets d'avenir ou la crainte de voir le nombre de poste réduit (« *nombreuses suppressions de différents postes* », « *travailler avec moins d'effectifs* », « *5 ans de CDD avant d'entrevoir la titularisation* », « *manque de reconnaissance financière* »).

- Manque de reconnaissance

Le manque de reconnaissance que ce soit de la part la hiérarchie, des médecins ou du grand public est souvent cité (« *Manque énorme de reconnaissance de notre profession* », « *Manque de reconnaissance de nos compétences* », « *Manque de reconnaissance par la hiérarchie et les médecins du travail fourni* »).

2.4.1.2. Exercice libéral

- Charge de travail

La charge de travail est également retrouvée comme impactant négativement la satisfaction au travail. En majorité, il s'agit de la charge liée à l'administratif (« *gestion de la « paperasse » parfois compliquée* », « *tracasserie administrative* »).

- Rythme de travail

Le rythme de travail est noté comme étant un facteur positif, dans l'ensemble. Ainsi, il est souvent cité que la liberté de planning, les jours de repos réguliers et le travail de jour sont des facteurs de satisfaction au travail. Les sages-femmes libérales disent avoir la possibilité d'organiser leur vie professionnelle et personnelle plus aisément (« *satisfaction = liberté de l'agenda* », « *indépendance dans le choix de mes horaires* », « *moins de stress et de fatigue depuis l'arrêt de l'alternance jour/nuit* »).

- Relation avec les patientes

La possibilité de suivre les patientes sur le long terme, de pouvoir leur accorder plus de temps, sont des facteurs influençant positivement leur satisfaction au travail. (« *meilleure relation avec les couples depuis que je suis en libéral* », « *Avoir de large créneau pour chaque patiente permet une meilleure prise en charge* », « *pouvoir échanger librement sans être pressée par la montre* »).

- Manque de reconnaissance

Le manque de reconnaissance de la profession est aussi cité par ces sages-femmes (« *On se heurte par moment aux médecins qui ne reconnaissent pas, pour certains, notre travail* »).

2.4.1.3. *Fonction publique territoriale*

L'organisation du travail est notée comme étant un facteur important de satisfaction au travail. Le fait de ne pas travailler le week-end et la nuit est un facteur positif permettant d'organiser leur vie personnelle et familiale plus facilement.

Les relations avec les collègues sages-femmes ou avec les autres professionnels sont source de satisfaction. A noter cependant des relations parfois difficiles avec la hiérarchie, liées principalement à un manque de reconnaissance du travail effectué.

2.4.2. **Facteurs personnels**

La question était la suivante « Pensez-vous que certains facteurs personnels peuvent influencer votre satisfaction/insatisfaction au travail ? Si oui, lesquels ? »

Pour 82.1% (n=193) des sages-femmes, les facteurs personnels influencent leur satisfaction ou insatisfaction au travail. Ceux-ci sont différents selon le type d'exercice.

2.4.2.1. *Exercice en établissement de santé*

Le mot le plus fréquemment retrouvé est « familiale ». Les sages-femmes interrogées évoquent l'impact des difficultés familiales (deuil, maladie, conflits ...) sur leur satisfaction au travail mais aussi l'impact de la satisfaction au travail sur leur vie familiale (« *état de santé de l'entourage familiale* », « *lien avec la vie de famille compliqué, ce qui engendre du stress pour eux et donc pour moi* »).

Les problèmes éventuels de garde des enfants liés au rythme irrégulier des gardes sont souvent retrouvés (« *difficultés familiales avec mauvaise coordination des plannings* », « *Parfois difficultés à faire garder les enfants le week-end* », « *difficultés d'organisation à la maison avec de jeunes enfants* »).

L'irrégularité des plannings est également source de difficultés pour organiser les temps de loisirs. Le manque de temps pour soi est cité fréquemment (« *Manque de temps pour soi +++* », « *Difficultés pour organiser des week-ends/soirées entre amis* », « *horaires atypiques rendant l'organisation personnelle très compliquée* »).

Pour de nombreuses sages-femmes, la satisfaction au travail peut être impactée par des soucis de santé. Le mot « fatigue » est retrouvé dans de nombreuses réponses (« *fatigue physique, problème de dos* », « *problème de sommeil* », « *problème de santé* », « *fatigue liée aux enfants* »).

Enfin, de nombreuses sages-femmes expriment l'importance, pour elles, de ne pas faire apparaître les difficultés personnelles au travail.

2.4.2.2. *Exercice libéral*

Les mots les plus fréquemment employés sont « manquer » et « temps ». Comme les sages-femmes des établissements de santé, les sages-femmes libérales ont indiqué que les problèmes familiaux impactent leur travail, tout comme leur travail (notamment sa charge) impacte leur vie personnelle (« *temps accordé au conjoint et aux enfants, disponibilité à la maison* », « *charge de travail* »). L'état de santé personnel et familial est également impliqué.

Elles expriment, elles aussi, le manque de temps pour elles.

2.4.2.3. Exercice dans la fonction publique territoriale

Les sages-femmes exerçant dans la fonction publique territoriale ont mis en avant le manque d'écoute de la hiérarchie (« *Sentiment que notre avis compte peu* »).

Il semble parfois difficile de gérer émotionnellement certaines situations, face à des femmes en difficultés psycho-sociales. Certaines évoquent la nécessité de temps de partage, d'écoute pour les aider face à ces situations difficiles.

2.4.3. Autres éléments partagés

La question était la suivante « Pour terminer, il y a-t-il d'autres éléments que vous souhaitez partager à propos de la satisfaction/insatisfaction au travail ? ».

Le manque de reconnaissance est à nouveau apparu dans cette question (par la hiérarchie, par les médecins, par la population générale). Les sages-femmes exerçant en hospitalier regrettent pour certaines de ne pas avoir de retours positifs de leur hiérarchie ou des médecins, générant un sentiment de frustration (« *un peu de gratitude peut faire du bien, surtout lorsque l'on se donne autant* », « *manque de compliments, moindre manque largement signalé mais jamais « bravo » lors des prises en charge d'hémorragie ou de dystocie. Toujours quelque chose à négativer* »).

Plusieurs sages-femmes libérales expriment leur satisfaction d'avoir quitté le milieu hospitalier, et ainsi de pouvoir exercer de la manière dont elles le souhaitent (respect de la physiologie, par exemple).

Les retours des patientes, la possibilité de les suivre sur le long terme (en ce qui concerne les sages-femmes libérales et exerçant dans la fonction publique territoriale) est gratifiant pour les interrogées (« *en hospitalier je n'avais pas le temps de faire mon boulot comme je le souhaitais* », « *principale satisfaction du travail en libéral est l'accompagnement personnalisé des couples en périnatalité et la relation de confiance qui se créer* »).

Le salaire jugé insuffisant face aux responsabilités a été cité par 10 sages-femmes. Le stress créé par la situation de précarité pour les jeunes sages-femmes est également fréquemment exprimé (« *compliqué de savoir l'avenir, d'être sûre d'être sortie d'affaire* », « *angoisse de ne pas être renouvelée à la fin du CDD* »).

Si 9 sages-femmes décrivent leur métier comme « *passionnant* », « *merveilleux* », « *gratifiant* », 4 sages-femmes expriment leur volonté d'arrêt d'exercice de la profession.

3. Discussion

Notre étude nous a permis de mesurer la prévalence du burnout chez les sages-femmes de trois départements bretons. Nous avons pu constater que 28% d'entre elles présentent un burnout, au moins faible.

Si les sages-femmes hospitalières semblent être les plus touchées par l'épuisement professionnel (36%), les autres modes d'exercices n'en sont pas indemnes.

Les facteurs de risques retrouvés sont : le travail en établissement de santé, la qualité de la relation avec les médecins ou la hiérarchie, le fait d'être un homme et, enfin, la charge de travail estimée. Ces mêmes facteurs sont retrouvés dans les ressentis personnels récoltés via les questions ouvertes.

3.1. Forces et limites de notre étude

- Les forces :

- Le taux de participation

Avec 236 réponses, soit environ 40% de la population, nous avons obtenu un panel suffisant pour pouvoir réaliser des tests statistiques représentatifs.

- L'échelle de mesure MBI

Le MBI étant une échelle fréquemment utilisée, en France mais aussi internationalement, elle permet d'effectuer des comparaisons entre les différents groupes étudiés. Ses trois scores distincts permettent de mettre en valeur les différents aspects du burnout et ainsi d'observer les domaines les plus atteints.

- La population ciblée

Parmi les travaux retrouvés, la majorité concernent les sages-femmes hospitalières. Pourtant, une étude menée par l'observatoire régional du Limousin en 2015 (10) a mis en évidence qu'il s'agit d'une profession non épargnée par le syndrome d'épuisement professionnel, qu'importe le mode d'exercice : une sage-femme sur 10 présenterait un burnout sévère selon cette étude.

Notre travail a donc permis d'inclure les sages-femmes libérales et territoriales, afin de connaître leur ressenti au travail.

- Les limites :

- La population

Si le taux de réponse global est satisfaisant, les sages-femmes territoriales, malgré une participation de 60% d'entre elles, n'étaient pas suffisamment nombreuses pour pouvoir effectuer des tests statistiques à leur sujet. De plus, certaines maternités n'ont pu être contactées par e-mail, ce qui n'a pas permis de les inclure dans l'étude.

- L'auto-questionnaire

Les réponses à un auto-questionnaire sont soumises à un biais de confusion. En effet, elles sont sensibles à l'état émotionnel dans lequel se trouve le sujet, influençant alors ses réponses. Une étude qualitative, par exemple au travers d'entretiens directs avec les sages-femmes, auraient pu limiter ce biais.

Créer un questionnaire implique également de choisir les questions posées. Nous n'avons pas pu aborder tous les facteurs de satisfaction ou d'insatisfaction au travail, dans un souci de limiter le temps de réponse et, ainsi, de maximiser les retours. Les questions ouvertes ont permis de limiter ce biais, sans totalement l'annuler. Nous pouvons ici prendre pour exemple la question de l'impact de la rémunération sur la satisfaction au travail, qui ne semble pas négligeable selon les interrogées.

Les questionnaires étant anonymes, nous n'avons pas eu accès à l'identité de ceux qui n'ont pas répondu. Les relances n'ont donc pas pu être ciblées. Il est possible de se demander si cette absence de réponse n'est pas, pour certaines, l'expression en elle-même d'un mal être.

- La période de recueil

S'agissant d'une enquête sur 4 mois seulement, il n'est pas possible de connaître l'évolution des symptômes du burnout sur le long terme. Nous avons étudié la prévalence de ce phénomène à un temps t , donc non extrapolable à tout moment de la vie d'une sage-femme.

3.2. Le syndrome d'épuisement professionnel des sages-femmes françaises : autres travaux réalisés

Une étude menée dans le cadre d'un mémoire d'étudiante sage-femme par C. LUCIANI (9), en 2015, concernait les sages-femmes hospitalières de la région Centre. Un taux de burnout d'environ 23% (20% faible, 1% modéré et 2% sévère) avait été retrouvé. Un second mémoire, réalisé en 2014, toujours chez les sages-femmes hospitalières, par AS. MAZAS (8), retrouvait un taux d'épuisement professionnel de 18.2% (11.1% faible, 5.6% modéré, 0.6% élevé).

A. HASTOY, dans sa thèse de doctorat en médecine (11), retrouve un taux de burnout de 36% chez les sages-femmes d'une maternité de niveau III de Toulouse (Paule de Viguier). Si ce taux est plus important que le nôtre, il existe tout de même une similarité dans nos deux études puisque le score d'accomplissement personnel se trouvait également être le plus touché.

Une étude menée par l'observatoire régional de santé du Limousin, en 2015, concernait les sages-femmes hospitalières et non hospitalières. 19% des sages-femmes interrogées présentaient un burnout. Les sages-femmes hospitalières étaient davantage exposées (28%) que les libérales (17%).

Concernant les facteurs de risque, ces différentes études rapportent des facteurs similaires à notre étude tels que la charge de travail et les relations avec la hiérarchie et les médecins, à l'exception des sages-femmes du Limousin, qui, contrairement aux autres travaux, considèrent leurs relations avec les médecins et leur hiérarchie satisfaisantes et n'impactant pas leur qualité de vie au travail. Il est également à noter dans cette étude que le niveau de maternité et le fait d'exercer une fonction d'encadrement ont été retrouvés comme étant significativement impactant sur le syndrome d'épuisement professionnel, à l'inverse de nos résultats.

Les sages-femmes interrogées décrivent les mêmes problématiques que notre population : manque de reconnaissance, précarité de l'emploi, manière de travailler contraire aux volontés personnelles (manque de

temps pour les patientes, impression de travail bâclé), poids croissant de l'administratif, de la crainte du médico-légal et les difficultés, parfois, à trouver l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée du fait d'un rythme de travail particulier. La salle de naissance est également considérée comme le service le plus anxiogène.

3.3. Les trois scores du Maslach Burnout Inventory : définition et analyse

Les trois scores mesurés dans l'échelle MBI correspondent aux trois composantes de l'épuisement professionnel décrites par C. MASLACH et S. JACKSON (4) : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel.

Atteint d'épuisement émotionnel, le sujet ressent une fatigue intérieure intense, un sentiment d'être « vidé », un manque de motivation. Cela implique une difficulté à entrer en relation avec l'autre, que ce soit le patient ou un collègue.

La dépersonnalisation se traduit par la déshumanisation de la relation à l'autre. Le sujet considère le patient comme un simple corps, un objet et instaure alors une relation froide, distante, pouvant aller jusqu'au cynisme. La déshumanisation de la relation est un mécanisme de défense du sujet face à des émotions liées au travail trop importantes, devenues ingérables.

Enfin, la perte d'accomplissement personnel se traduit par le sentiment de ne pas être à la hauteur, de ne plus être efficace, par une dévalorisation de ses compétences. Le soignant ne se sent pas utile pour son patient, se démotive et finit par se désintéresser de son travail : pour lui, les efforts fournis ne sont pas efficaces et sont donc sans intérêt.

Dans notre étude, nous avons pu observer que le score le plus sévèrement atteint est celui de l'accomplissement personnel. En effet, il semblerait que lorsqu'une sage-femme est menacée par l'épuisement professionnel, cela se traduise en majorité par un sentiment de ne pas exercer la profession comme elle le souhaiterait. Dans les réponses aux questions ouvertes, nous avons pu retrouver cette idée de manque de temps pour les patientes, de sentiment de ne pas leur offrir le meilleur soin, de ne pas être aussi présentes qu'elles le voudraient notamment à cause des charges administratives. Cela est plus fréquemment retrouvé chez les sages-femmes exerçant en établissement de santé. Le score d'accomplissement personnel des sages-femmes libérales est significativement plus élevé, confirmant le fait que la qualité de la relation aux patientes est primordiale : la possibilité d'un suivi sur le long terme, en dehors de l'urgence, est source de satisfaction, d'épanouissement pour les sages-femmes et est donc un facteur protecteur de l'épuisement professionnel.

3.4. Les signes cliniques et facteurs de risque d'épuisement professionnel dans la littérature et dans notre étude

Les signes cliniques du burnout sont psychiques (absentéisme, irritabilité, sensibilité accrue, anxiété, troubles de la mémoire, perte de confiance en soi ...) et physiques (asthénie, anorexie, trouble du sommeil, douleurs

diverses (migraines, dorsalgies, douleurs ostéo-articulaires...). Ils sont nombreux mais non spécifiques puisque similaires à certaines pathologies psychiques liées au stress.

Plusieurs facteurs de risque d'épuisement professionnel ont été décrits. Ces facteurs peuvent être individuels, par exemple liés aux caractéristiques personnelles du soignant. Martin WINCKLER, médecin généraliste et auteur français, décrit le soignant atteint de burnout comme « initialement dévoué, consciencieux, scrupuleux, disponible et apprécié » (14).

Le désir de plaire à tout le monde, le perfectionnisme, l'anxiété, l'addiction au travail (« workaholisme »), seraient autant de facteurs de risque de burnout (15). En effet, le sujet se fixant des objectifs difficiles à atteindre aura d'autant plus de mal à supporter ne pas y parvenir. L'insatisfaction permanente engendrée aboutit à un épuisement émotionnel important.

Mais l'origine de ce syndrome résidant dans la qualité de vie au travail, il serait trop aisé d'expliquer l'apparition d'un tel mal uniquement par la personnalité du sujet, réduisant ainsi l'impact de son environnement professionnel. En effet, ces facteurs de risque sont aussi et surtout organisationnels (16) (17). Selon le modèle de KARASEK et THERELL (18), le burnout résulterait de l'incompatibilité entre les demandes (la charge de travail) et les ressources proposées pour faire face. Une idée que l'on retrouve dans le rapport de l'OMS sur l'état de santé des sages-femmes dans le monde (3).

Enfin, selon M. GOLLAC, dans un rapport concernant les facteurs de risques psychosociaux commandé par le ministère du Travail en 2011 (18), on retrouve 6 catégories de facteurs de risques qui sont : les exigences au travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie et de marge de manœuvre, le manque de soutien social et de reconnaissance au travail, les conflits de valeurs et l'insécurité de l'emploi.

Au cours de notre étude, nous avons mis en évidence la présence de certains des facteurs de risques présentés par M. GOLLAC chez les sages-femmes.

- Exigences au travail, exigences émotionnelles

Les exigences au travail, les exigences émotionnelles sont inévitables dans les métiers de soin. La profession de sage-femme est au cœur même de l'émotion, la joie, principalement, mais également la peine, l'anxiété, le désarroi, l'incompréhension lorsque la grossesse, l'accouchement, la maternité ne se passent pas idéalement. Il s'agit alors pour la sage-femme de faire face aux émotions du couple mais aussi à ses propres ressentis sans qu'ils ne soient perçus par les patients.

- Manque d'autonomie, marge de manœuvre

Le métier de sage-femme fait partie des professions dites « médicales ». Ainsi, elles disposent d'un droit de prescription défini, elles sont autonomes dans le suivi gynécologique de prévention, dans le suivi d'une grossesse, d'un accouchement et du post-partum dans la limite de la physiologie. Cela signifie que lorsque la situation dépasse ses compétences, la sage-femme doit être capable de le diagnostiquer et de passer la main

au médecin. Il s'agit donc d'une profession médicale à compétences définies. Parfois, il est difficile de faire valoir cette autonomie auprès de certains praticiens, ou même de certains patients.

- Manque de reconnaissance

Le manque de reconnaissance est effectivement très largement ressorti de notre étude. Qu'il vienne des autres professionnels de santé ou de la hiérarchie, il s'agit d'un problème récurrent de la profession. Il s'agissait d'ailleurs d'un point essentiel du mouvement revendicatif mené en 2013 : une meilleure visibilité pour les sages-femmes, une reconnaissance de leurs responsabilités, une rémunération à la hauteur de celles-ci.

- Insécurité de l'emploi

Si, selon une note de synthèse publiée en Octobre 2014 à la demande du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (20), l'emploi des sages-femmes en établissement de santé ne recule pas, « *En revanche, la nature des emplois créés a radicalement changé. La création d'emploi dans le public ne concerne que de l'emploi non titulaire et tant dans le public que dans le privé, la part de postes en CDD a augmenté. Elle est passée de 11.8% à 14.2% entre 2009 et 2012.* ».

L'exercice libéral, en parallèle, ne cesse de se développer. Ainsi, selon cette même note, en poursuivant le rythme de croissance mesuré entre 2011 et 2014, l'exercice libéral devrait doubler entre 2014 et 2020. Cette augmentation semble inquiéter certaines sages-femmes interrogées dans notre étude. En effet, elles craignent la surpopulation de sages-femmes sur certains territoires, entraînant des difficultés à se créer une patientèle suffisante. En 2009, aucune zone n'avait été évaluée comme étant sur-dotée en sages-femmes libérales en Bretagne, (21). En 2016, selon les données statistiques du ministère des affaires sociales et de la santé, certaines zones du Finistère et du Morbihan sont maintenant sur-dotées (22). Le département des Côtes d'Armor semble, à ce jour, épargné.

3.5. Burnout : les difficultés diagnostiques en pratique

Il est important de noter que la définition du burnout n'est ni simple, ni figée. Classé parmi les risques psychosociaux, il est, par exemple, à différencier de la dépression, même s'il lui emprunte de nombreux aspects.

La différence principale se trouve dans l'origine du syndrome : si le syndrome dépressif est lié à plusieurs composantes de la vie du sujet, la source du burnout se limite initialement à la sphère professionnelle.

Cependant, il n'est pas rare de retrouver un burnout initial, aggravé par la volonté du sujet de ne pas laisser son mal être « empiéter » sur son travail, se concentrant sur l'autre et s'oubliant lui-même, se transformer en syndrome dépressif. Inversement, il est possible de retrouver dans le burnout une forme d'expression d'un syndrome dépressif appliquée à la sphère professionnelle.

Ces difficultés de définitions rendent difficile la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel comme maladie professionnelle : comment être certain que le mal être est imputable au travail, faisant

abstraction de l'impact de la vie privée du sujet, de facteurs individuels ? Comment le différencier d'un syndrome dépressif ?

Le diagnostic du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout est donc très difficile à poser pour le médecin. L'échelle MBI peut être utilisée mais avec précaution. En effet, l'Académie Nationale de Médecine, dans un rapport datant de 2016 (23), insiste sur le fait que l'échelle MBI ne constitue pas en elle-même un outil diagnostic, mais une aide pour évaluer la sévérité du mal-être lié à l'exercice professionnel.

Les études sur le sujet sont encore peu nombreuses et ne permettent pas de délimiter clairement ce syndrome, ni d'établir avec précision les facteurs de risque.

C'est pourquoi, à ce jour, le burnout ne fait pas partie des classifications des maladies professionnelles de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Il ne fait pas non plus partie des classifications actuelles des troubles mentaux ou encore de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

Un groupe de travail a été créé par le ministère de la santé afin d'éclairer les médecins du travail sur ce syndrome, de les aider à le diagnostiquer pour une meilleure reconnaissance et une meilleure prévention. Le rapport a été rendu public le 15 février 2017 (25). Celui-ci met en avant la nécessité d'approfondir les connaissances sur ce syndrome, par exemple en créant « *un centre national de référence consacré à la santé psychique au travail* » afin de créer des grilles diagnostiques précises.

3.6. Apports de notre étude pour la pratique quotidienne

Comme expliqué par le rapport du 15 février 2017 commandé par le ministère de la santé, il est important d'améliorer la prévention des risques psycho-sociaux, notamment du burnout. Cette prévention passe obligatoirement par l'identification des facteurs de risque. Notre étude nous a permis de mettre en avant certains de ces facteurs dans la pratique des sages-femmes bretonnes. Ainsi, nous avons recherché quelques pistes pouvant améliorer le bien-être au travail.

Dans le domaine de la santé au travail, lorsque l'on souhaite maîtriser un risque, une chronologie est à respecter dans les axes de travail à mobiliser (24). Il faut ainsi commencer par essayer de supprimer le risque. Si cela n'est pas possible, il faut alors tenter de le limiter autant que possible. Ensuite, il faut mettre en place des mesures de protections collectives et individuelles et enfin former le personnel au risque et à sa maîtrise.

Dans le cas du syndrome d'épuisement professionnel, il est difficile d'imaginer supprimer totalement le risque. Il faut alors essayer de limiter.

- Limiter le risque

En ce qui concerne l'organisation en établissement de santé, la salle de naissance étant considérée comme le service le plus anxiogène, il semble important de maintenir un roulement régulier afin de ne pas exposer les sages-femmes à un stress prolongé. De même, certaines sages-femmes estiment ne pas récupérer suffisamment après une nuit, le maintien d'une alternance pour leur permettre d'exercer régulièrement de jour est donc nécessaire, tout comme le respect des heures de repos entre chaque garde.

La charge administrative, la charge de travail sont des points clés ressortis de notre travail. Une réduction de ces charges serait bénéfique pour la satisfaction au travail et la qualité de soin aux patientes : cela pourrait limiter l'épuisement professionnel. Cependant, au vu de la situation économique des établissements de santé (2), il semble difficile de trouver une solution à ce problème. De plus, le nombre de sages-femmes à temps plein sur le secteur de la salle de naissance est réglementé par l'article D6124-44 du code de la santé publique, ne laissant que peu de liberté aux coordinateurs en maïeutique. Ainsi, « *Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme est présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance ; Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires.* ». Cet effectif imposé ne tient peut-être pas suffisamment compte de la charge administrative, informatique, organisationnelle de certains établissements. Cette charge de travail entraîne souvent l'obligation de réaliser des heures supplémentaires pour terminer le travail (partogrammes à rédiger, cotations à faire, ...). Or ces heures supplémentaires ne doivent pas devenir « *une norme à laquelle le travailleur se sent obligé de répondre mais doit correspondre à un surcroît d'activité* » (25). De plus, elles doivent être récupérées afin d'obtenir un juste retour du travail fourni.

Le manque de reconnaissance semble être également un problème récurrent de cette profession. Le ministère de la santé, en 2016, a mis en place une campagne de promotion autour du métier de sage-femme (26). L'impact de cette campagne est difficile à évaluer à ce jour, mais la volonté de reconnaître la profession semble réelle. Ce travail est donc à poursuivre auprès du grand public mais aussi auprès des professionnels de santé travaillant avec les femmes et les nouveau-nés.

- Mettre en place des protections collectives face au risque

Accorder des temps d'échanges, de partage d'expériences professionnelles : staff, comité de retour d'expérience, revue de la morbi-mortalité, analyse de pratiques... pourrait permettre aux sages-femmes de ne pas rester seules face aux difficultés. Si cela est déjà mis en place dans certaines maternités, ce n'est pas le cas de toutes, ou pas toujours de manière accessible à tous. Il s'agirait donc de faciliter l'accès à ces temps d'échange à toutes les sages-femmes. Certaines professionnelles de la fonction publique territoriale ont également exprimé ce besoin. Pour les sages-femmes libérales, parfois seules face à leurs difficultés, il pourrait être intéressant de mettre en place des temps de rencontre entre collègues afin d'avoir un moment pour partager. Certains réseaux de périnatalité sont parvenus à mettre en place ce type de rencontre, cela mériterait de se développer davantage.

- Mettre en place des protections individuelle face au risque

En ce qui concerne les protections individuelles dans les établissements de santé, il s'agirait peut-être d'adapter le mode ou le rythme de travail à chacune, notamment en fonction des situations les plaçant en grande difficultés et celles leur permettant de s'épanouir professionnellement. Les retours positifs sur l'investissement au travail sont également primordiaux, tout comme l'accès à la formation continue.

Préparer les plannings suffisamment à l'avance, permettant à chacune de s'organiser dans sa vie personnelle pourrait influencer positivement la satisfaction au travail, comme certaines sages-femmes ont pu l'évoquer.

- Former les professionnels au risque

Il serait intéressant de former tout individu susceptible de diriger une équipe à la santé au travail. Le rapport de l'académie nationale de médecine (23) relève d'études menées dans des pays étrangers (notamment au Québec) la phrase suivante « *A chaque instant, par ses comportements, ses décisions, ses pratiques, le manager peut être un facteur de risque ou un facteur de protection pour la santé de ses équipes.* ». A l'instar de notre étude, la place de la hiérarchie, du chef de service en ce qui concerne les établissements de santé semble être stratégique dans la prévention du burnout. De même, toujours dans le rapport commandé par le ministère de la santé, Gérard SEBAOUN, député, préconise la formation de « *tous les acteurs susceptibles d'intervenir à toutes les étapes, de la prévention des risques psychosociaux à la prise en charge des victimes d'épuisement professionnel* ».

Enfin, il est important de sensibiliser tous les professionnels au sujet de la santé mentale au travail. Ainsi, ils seraient plus à même de détecter certains signes, chez leurs collègues mais aussi chez eux. Il s'agirait alors de permettre la sortie de l'isolement par la discussion, afin d'éviter l'aggravation de la situation (25).

4. Conclusion

Notre travail avait pour objectif d'étudier la prévalence du burn-out chez les sages-femmes des Côtes d'Armor, du Finistère et du Morbihan.

Nous avons pu noter que, si aucune sage-femme participante ne présente de burnout sévère, 28% d'entre elles ont au moins un score de l'échelle MBI élevé. Si cette échelle ne peut constituer à elle seule un diagnostic de syndrome d'épuisement professionnel, elle permet de nous donner une idée de l'état de santé psychologique au travail des sages-femmes.

Les trois modes d'exercices de la profession étudiés sont concernés par ce syndrome. Le fait de travailler en libéral plutôt qu'en établissement de santé est protecteur pour le score d'accomplissement personnel, cela peut notamment être expliqué par le temps disponible pour les patientes, leur permettant une prise en charge plus adaptée à leurs attentes. De plus, le fait de travailler en cabinet permet de limiter les situations de tensions liées aux relations entre professionnels.

La charge de travail, le manque de reconnaissance et les relations avec les médecins ou la hiérarchie sont les principaux facteurs de risque que nous avons pu identifier. La relation avec les patientes, les couples est le facteur protecteur le plus souvent repéré.

Une étude quantitative sur ce sujet ne permet pas de mettre en valeur toutes les variables impactant la qualité de vie au travail des sages-femmes. Une étude qualitative, sous forme d'entretien leur permettrait de s'exprimer plus facilement sur leurs difficultés quotidiennes. Il serait alors plus aisé de différencier l'impact de la vie personnelle sur le travail, afin de bien différencier épuisement professionnel et syndrome dépressif.

Le syndrome d'épuisement professionnel est, à ce jour, peu reconnu dans les classifications médicales. Pourtant, il s'agit d'un mal croissant de notre société. Les récents travaux entrepris à ce sujet permettront peut-être d'aider à le diagnostiquer, à le prévenir puis à le reconnaître comme maladie professionnelle.

Chez les sages-femmes, cette prévention est primordiale afin d'assurer la sécurité des soins aux femmes et aux nouveau-nés.

Références

1. Quatrième partie, Livre 1^{er}, Titre V du Code de la santé publique.
2. Cour des comptes. Les maternités, cahier 1 : analyse générale. Rapport. 2013. 117p
3. OMS. "Midwives voices, midwives realities". Conclusion d'une consultation mondiale sur l'exercice des sages-femmes; 2016: 76p.
4. Delbrouck M. Le burnout du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel. De Boeck Supérieur; 2008, 284p. (coll. oxalis)
5. Collange J. Tavani J-L. Soula M.-C. Regards croisés sur le burn-out : aspects médicaux et psychologiques. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. 2013.
6. Hery V. Etude du burn ou syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins hospitaliers du Finistère. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Brest;2008: 114p.
7. Molenda S. Ducrocq F. L'IDE et le burn-out. Article pour le 53e congrès national d'anesthésie et de réanimation; 2011: 5p.
8. Mazas A-S. Evaluation du burn-out chez les sages-femmes hospitalières du Grand Lyon. Mémoire de sage-femme. Université Claude Bernard, Lyon;2014:38p.
9. Luciani C. Epuisement professionnel : enquête auprès des sages-femmes hospitalières de la région Centre. Mémoire de sage-femme. Université François Rabelais, Tours;2015 :46p.
10. Observatoire régional de santé du Limousin. La souffrance des soignants en Limousin, volet 2 : les sages-femmes. Etude de l'observatoire régional de santé du Limousin, rapport n°286.2; 2015
11. Hastoy A. Burn out en maternité de niveau III : étude des soignants de l'hôpital Paule de Viguier. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université Toulouse III; 2014:103p.
12. Site du conseil de l'ordre des sages-femmes. [En ligne] www.ordre-sages-femmes.fr Consulté le 22/10/2016
13. Annuaire en ligne. Association nationale des sages-femmes libérales. [En ligne] <http://ansfl.org/trouver-une-sf/> Consulté le 22/10/2016.
14. Winckler M. La maladie de Sachs. P.O.L édition;1998:668p.
15. Fremont N. Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectif ? Déterminants psychologiques, sociaux et organisationnels auprès des cadres a responsabilités et élaboration d'un modèle. Thèse de psychologie. Université Charles de Gaulle, Lille III;2013:307p.
16. Zawieja P. Guarnieri F. Epuisement émotionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques;2013: 21p.
17. Pezet-Langevin V. Burn out : mieux connaître l'épuisement professionnel. INRS, département expertise et conseil technique; Décembre 2014: 9p.
18. Gollac M. Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé;2011:223p.
19. Epuisement professionnel ou burnout - Ce qu'il faut retenir. Institut National de Recherche et Sécurité [En ligne] <http://www.inrs.fr/risques/epuisement-burnout/ce-qu-il-faut-retenir.html>. Consulté le 17/02/2016.
20. Micheau J. Alliot F. "Le marché du travail des sages-femmes: transition ou déséquilibre?" Note de synthèse à la demande du conseil national de l'ordre des Sages-Femmes;Octobre 2014:98p.
21. Portail d'accompagnement des professionnels de santé, Bretagne. Carte de la répartition géographique des sages-femmes libérales de Bretagne. 2009. [En ligne] <http://www.bretagne.paps.sante.fr/Zonage-des-sages-femmes-liberales.37139.0.html> Consultée le 17/02/2017.
22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère des affaires sociales et de la santé, effectifs des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge. 2015
23. Le burn-out. Académie Nationale de Médecine. Rapport;23 Février 2016: 16p
24. Institut National de Recherche en Santé. Politique de maîtrise des risques professionnels. Valeurs essentielles et bonnes pratiques de prévention. Recommandations;2009:16p
25. Direction générale du travail. Association nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Institut National de la Recherche en santé. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir :2016 ; 24p.
26. Relayer la campagne pour la reconnaissance de sages-femmes. Ministère des affaires sociales et de la santé. [En ligne] <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/sages-femmes/article/relayer-la-campagne>. Consulté le 20/02/2017.

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire.....	34
ANNEXE II : Grille d'interprétation et résultats des scores MBI.....	41
a. Lecture des scores du burn-out.....	42
b. Résultats score par score en fonction du mode exercice.....	42
c. Calcul des p-valeurs des différentes variables.	43
ANNEXE III : Nuages de mots et graphiques de similitudes	44
a. Etablissements de santé :	45
i. Espaces de régulation.....	45
ii. Ressources face aux situations difficiles.....	46
iii. Facteurs organisationnels pouvant impacter la satisfaction au travail.....	47
iv. Facteurs personnels pouvant impacter la satisfaction au travail.....	48
v. Autres éléments à ajouter sur le sujet	49
b. Exercice libéral :	50
i. Raisons du changement d'exercice :	50
ii. Facteurs organisationnels pouvant impacter la satisfaction au travail.....	51
iii. Facteurs personnels pouvant impacter la satisfaction au travail.....	52
iv. Autres éléments à ajouter sur le sujet	53
c. Fonction publique territoriale	54
i. Facteurs organisationnels pouvant impacter la satisfaction au travail :.....	54

ANNEXE I :

Questionnaire

Bonjour,

Actuellement en dernière année à l'école de sage-femme de Brest, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la satisfaction au travail des sages-femmes de trois départements bretons, (Côtes-d'Armor, Finistère et Morbihan). L'étude concerne aussi bien les sages-femmes hospitalières que libérales et territoriales.

C'est dans ce contexte que je vous sollicite afin de remplir ce questionnaire. Celui-ci vous prendra entre 5 et 10 minutes, et est totalement anonyme.

Si le résultat de mon travail vous intéresse, n'hésitez pas à me contacter par mail (noluenn.robin@gmail.com) afin que je puisse vous les communiquer à la fin de l'étude.

En vous remerciant sincèrement pour le temps que vous y consacrerez,

Bien cordialement,

Noluenn ROBIN, étudiante sage-femme, école de Brest

PRESENTATION :

- Le nombre d'enfant à charge :
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - plus de 3
- Vous êtes :
 - une femme
 - un homme
- Votre âge :

VOTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE

- Quel vécu avez-vous de vos études ? :
 - Très bon
 - Bon
 - Mitigé
 - Mauvais
 - Très mauvais
- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?
- Etes-vous passés par la PCEM1 ou la PACES ? :
 - Oui
 - Non
- Si oui, :
 - La filière « maïeutique » était mon premier choix
 - La filière « maïeutique » n'était pas mon premier choix
- Votre travail correspond-il aux attentes que vous aviez lors de votre entrée à l'école de sage-femme :
 - Oui, totalement
 - Dans l'ensemble, oui
 - Dans l'ensemble, non
 - Non pas du tout
 - Autre :
- Si non, pourquoi ?
- Ou exercez-vous ?
 - En hôpital ou en clinique
 - En cabinet libéral
 - En centre médico-social (PMI)
- Combien de temps vous faut-il pour vous rendre à votre travail :

- Moins de 15 minutes
- Entre 15 et 30 minutes
- Entre 30 minutes et une heure
- Plus d'une heure

EXERCICE HOSPITALIER :

- Dans quel niveau de maternité exercez-vous ?
- Vous êtes :
 - En CDD
 - En CDI/titulaire
 - Autre : ..
- Dans quel(s) service(s) exercez-vous actuellement ?
- Exercez-vous une fonction d'encadrement ? :
 - Oui
 - Non
- Comment estimez-vous votre charge de travail ? :
 - Faible
 - Raisonnable
 - Lourde
 - Trop lourde
 - Autre : ..

EXERCICE HOSPITALIER HORS ENCADREMENT

- Alternez-vous entre les différents services au cours de l'année ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, à quelle fréquence ?
- Pour vous, quel est le service le plus anxiogène ?
- Pouvez-vous expliquer pourquoi ?
- Existe-t-il dans votre établissement un espace de régulation à type de STAFF, réunion de service, analyse des pratiques, partage d'expérience ... ? :
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- Si oui, de quoi s'agit-il ?
- Existe-t-il dans votre établissement des procédures, des ressources pour faire face aux situations difficiles (dramas obstétricaux, ...)?
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- Si oui, lesquelles ?
- Vous travaillez :
 - A temps plein
 - A temps partiel
 - Autre
- Majoritairement, :
 - Je travaille en 12h
 - Je travaille en 8h
 - Je travaille en 10h
 - Autre
- En moyenne, combien de weekends travaillez-vous dans un mois ?
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
- Concernant votre rythme de travail :
 - Je travaille seulement le jour

- J'alterne entre le jour et la nuit
- Je travaille seulement la nuit
- Autre
- S'il vous arrive de travailler de nuit, pensez-vous suffisamment récupérer ?
 - Oui
 - Non
 - Pas toujours

RELATIONS AU SEIN DE L'EQUIPE SOIGNANTE :

- Comment décririez-vous les relations avec vos collègues sages-femmes ?
 - Très satisfaisantes
 - Satisfaisantes
 - Peu satisfaisantes
 - Non satisfaisantes
- Comment décririez-vous les relations avec vos collègues médecins ?
 - Très satisfaisantes
 - Satisfaisantes
 - Peu satisfaisantes
 - Non satisfaisantes
- Comment décririez-vous les relations avec vos collègues auxiliaire de puériculture, aides - soignantes, puéricultrices...?
 - Très satisfaisantes
 - Satisfaisantes
 - Peu satisfaisantes
 - Non satisfaisantes
- Comment décririez-vous les relations avec votre hiérarchie ?
 - Très satisfaisantes
 - Satisfaisantes
 - Peu satisfaisantes
 - Non satisfaisantes

EXERCICE LIBERAL :

- Depuis combien d'années exercez-vous en libéral ? :
 - 5 ans ou moins
 - Plus de 5 ans
 - 10 ans ou plus
- Votre mode d'exercice :
 - Individuel
 - En association avec une ou plusieurs sages-femmes
 - En association avec un ou plusieurs autres professionnels de santé
- Avez-vous exercé en hospitalier auparavant ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, pourquoi vous-êtes-vous installée en libéral ? :
 - Car le milieu hospitalier ne me plaisait plus
 - Car l'exercice libéral me plaît davantage
 - Car une opportunité s'est proposée
 - Pour changer de rythme de travail
 - Pour changer de mode d'exercice
 - Autre :
- Combien d'heures travaillez-vous par semaine ?
- Combien de WE travaillez-vous par mois, en moyenne ?
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4

- Comment estimez-vous votre charge de travail ? :
 - Faible
 - Raisonnable
 - Lourde
 - Trop lourde
 - Autre

EXERCICE TERRITORIAL :

- Avez-vous exercé en hospitalier auparavant ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, pourquoi avez-vous quitté l'hôpital ? :
 - Car le milieu hospitalier ne me convenait plus
 - Car l'exercice territorial m'intéressait davantage
 - Car une opportunité s'est proposée
 - Pour changer de rythme de travail
 - Pour changer de mode d'exercice
 - Autre :
- Combien d'heures travaillez-vous par semaine ?
- Combien de WE travaillez-vous par mois, en moyenne ?
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
- Comment estimez-vous votre charge de travail ? :
 - Faible
 - Raisonnable
 - Lourde
 - Trop lourde
 - Autre
- Comment décririez-vous vos relations avec vos collègues sages-femmes ?
 - Très satisfaisantes
 - Satisfaisantes
 - Peu satisfaisantes
 - Non satisfaisantes
 - Autre
- Comment décririez-vous vos relations avec vos collègues médecins ?
 - Très satisfaisantes
 - Satisfaisantes
 - Peu satisfaisantes
 - Non satisfaisantes
 - Autre
- Comment décririez-vous vos relations avec vos collègues puéricultrices, assistantes sociales... ?
 - Très satisfaisantes
 - Satisfaisantes
 - Peu satisfaisantes
 - Non satisfaisantes
 - Autre

ECHELLE MBI : il s'agit ici d'une reproduction du MBI, la forme est différente de celle utilisée sur le questionnaire en ligne afin de pouvoir la lire plus aisément sur papier.

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.	Jamais	Quelquefois par année au	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patientes	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patientes	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patientes	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patientes	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes patientes me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

POUR TERMINER :

- Sur une échelle de 0 à 10, pouvez-vous évaluer votre niveau d'épanouissement au travail ?

Pas du tout épanoui(e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Complètement épanoui(e)

- Selon vous, quels sont les facteurs organisationnels qui influencent votre satisfaction/insatisfaction au travail ?
- Pensez-vous que certains facteurs personnels peuvent influencer votre satisfaction/insatisfaction au travail ?
- Si oui, lesquels ? (Ex : Manque de temps pour soi, problèmes de santé, difficultés familiales, caractère anxieux, problème d'ordre psychologique...)
- Pour terminer, il y a-t-il d'autres éléments que vous souhaitez partager à propos de la satisfaction/insatisfaction au travail ?

ANNEXE II : Grille d'interprétation et résultats des scores MBI

a. Lecture des scores du burn-out

	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement professionnel
Faible	<18	<11	<33
Modéré	18<SEE<29	6<SD<11	34<SAP<39
Elevé	>30	>12	>40

b. Résultats score par score en fonction du mode exercice

	Epuisement							
	Elevé		Modéré		Faible	Non réponses	Total	
Liberal	1	1,4%	16	21,6%	55	74,3%	2	74
PMI	1	5,9%	3	17,6%	12	70,6%	1	17
Hospitalier	8	5,5%	32	22,1%	100	69,0%	5	145
	Dépersonnalisation							
	Elevé		Modéré		Faible	Non réponses	Total	
Liberal	2	2,7%	8	10,8%	63	85,1%	1	74
PMI	1	5,9%	1	5,9%	14	82,4%	1	17
Hospitalier	8	5,5%	31	21,4%	100	69,0%	6	145
	Accomplissement professionnel							
	Elevé		Modéré		Faible	Non réponses	Total	
Liberal	7	9,5%	19	25,7%	44	59,5%	4	74
PMI	3	17,6%	5	29,4%	6	35,3%	3	17
Hospitalier	36	24,8%	45	31,0%	58	40,0%	6	145

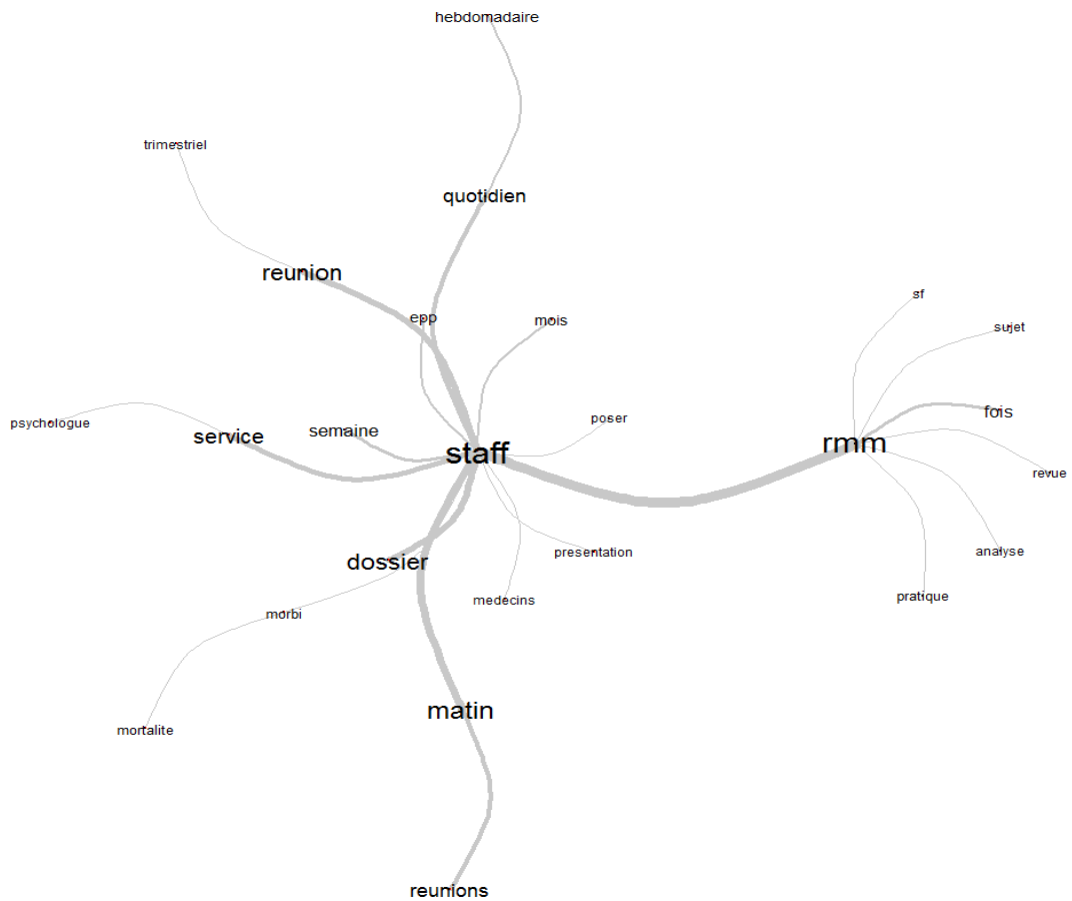
c. Calcul des p-valeurs des différentes variables.

Info générale	P-valeur		
	score d'épuisement	score de dépersonnalisation	score d'accomplissement
Profession (hospitalier, libéral, territorial)	0,03	0,02	0,0001
Sexe	0,7	0,04	0,9
ter choix PACES	0,76	0,91	0,54
Nombre d'enfant	0,68	0,17	0,56
Vécu des études	0,13	0,72	0,62
Temps de trajet domicile-travail	0,58	0,13	0,96
Hospitalier			
Rythme de travail	0,14	0,97	0,58
Nombre de week-end travaillé	0,99	0,55	0,62
Relation médecins	0,0005	0,017	0,11
Relation avec la hiérarchie	0,008	0,0097	0,012
Situations difficiles	0,22	0,18	0,11
Niveau de maternité	0,09	0,07	0,35
Type de contrat	0,64	0,8	0,57
Fonction encadrement	0,31	0,09	0,74
Charge de travail estimée	0,000000008	0,009	0,13
Alternance entre les services	0,28	0,47	0,28
Libéral			
Nombre d'années d'exercice libéral	0,49	0,84	0,99
Nombre de week-end travaillé	0,0451	0,206	0,49
Charge de travail estimée	0,00026	0,41	0,49

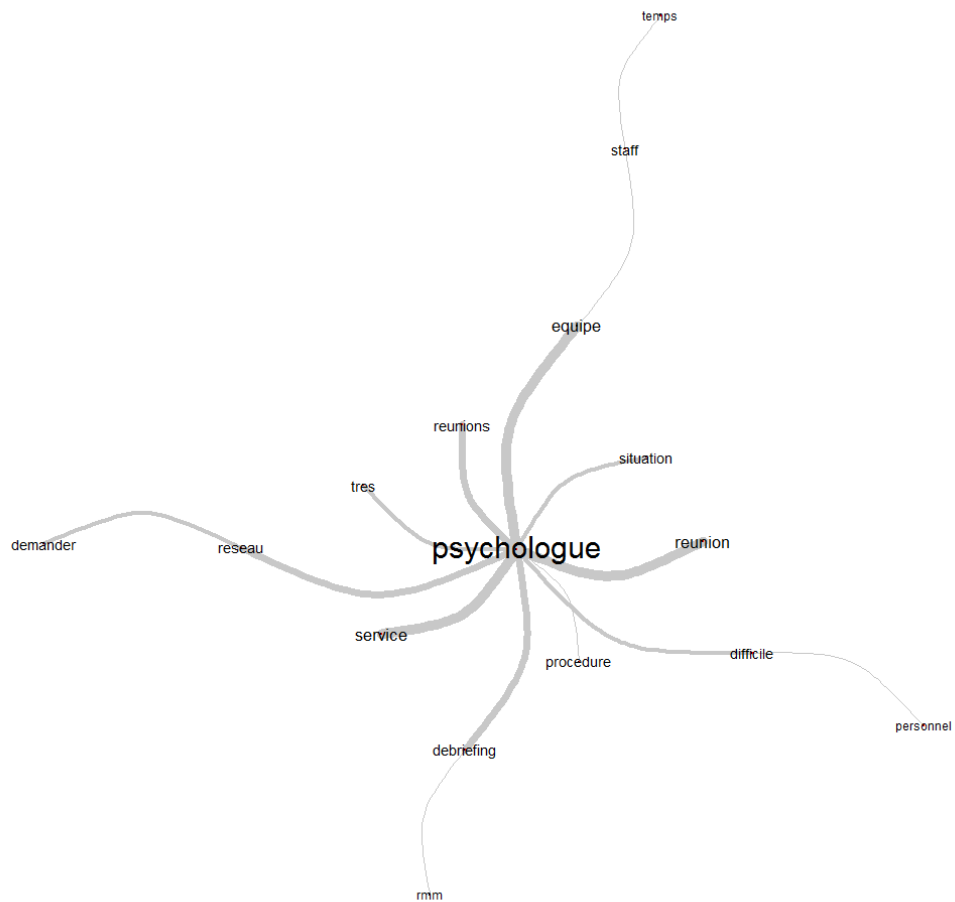
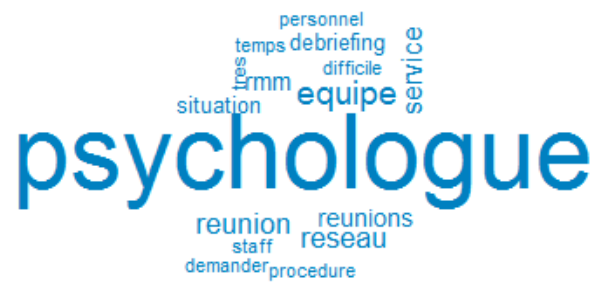
ANNEXE III : Nuages de mots et graphiques de similarités

a. Etablissements de santé :

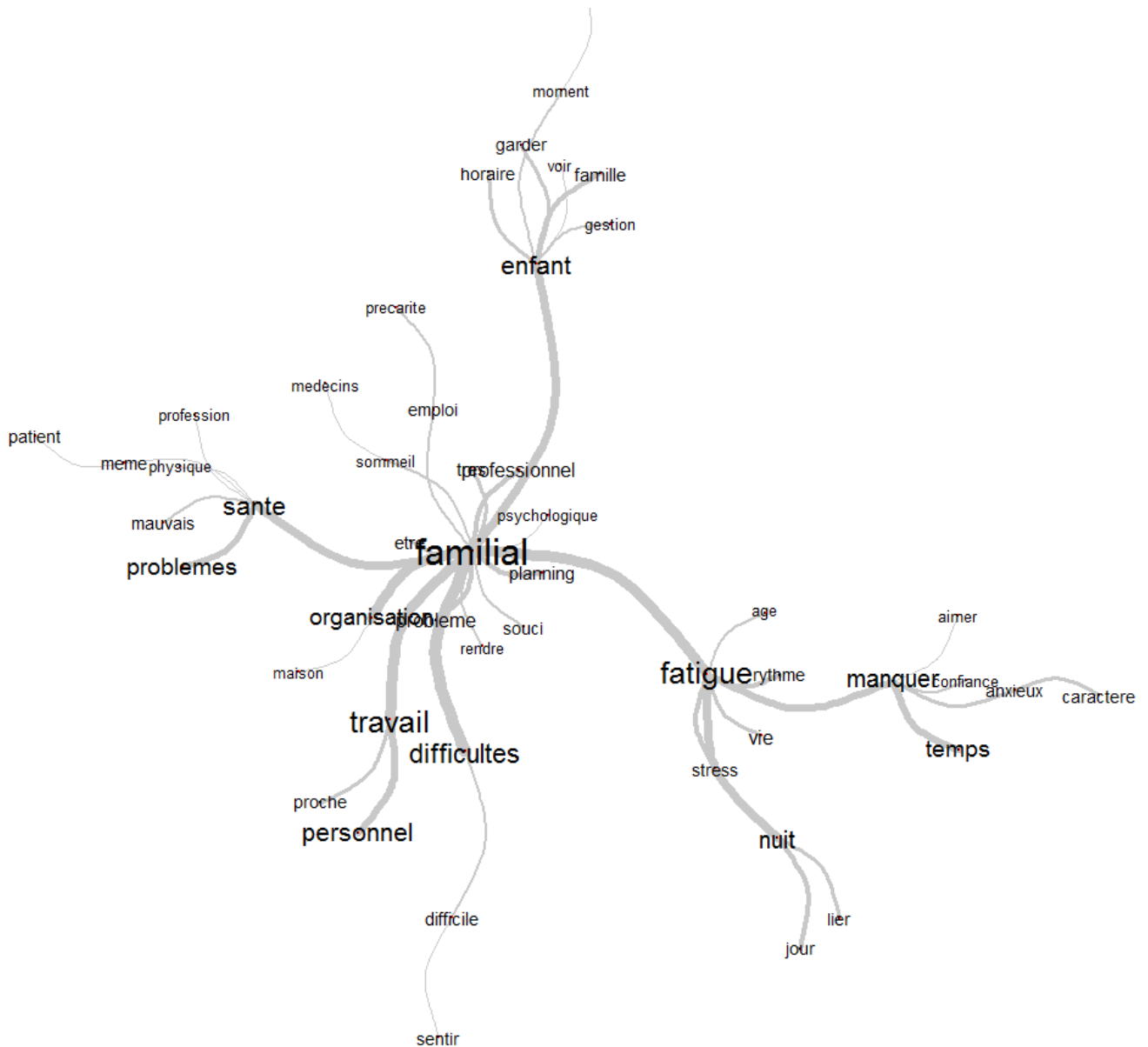
i. Espaces de régulation



ii. Ressources face aux situations difficiles

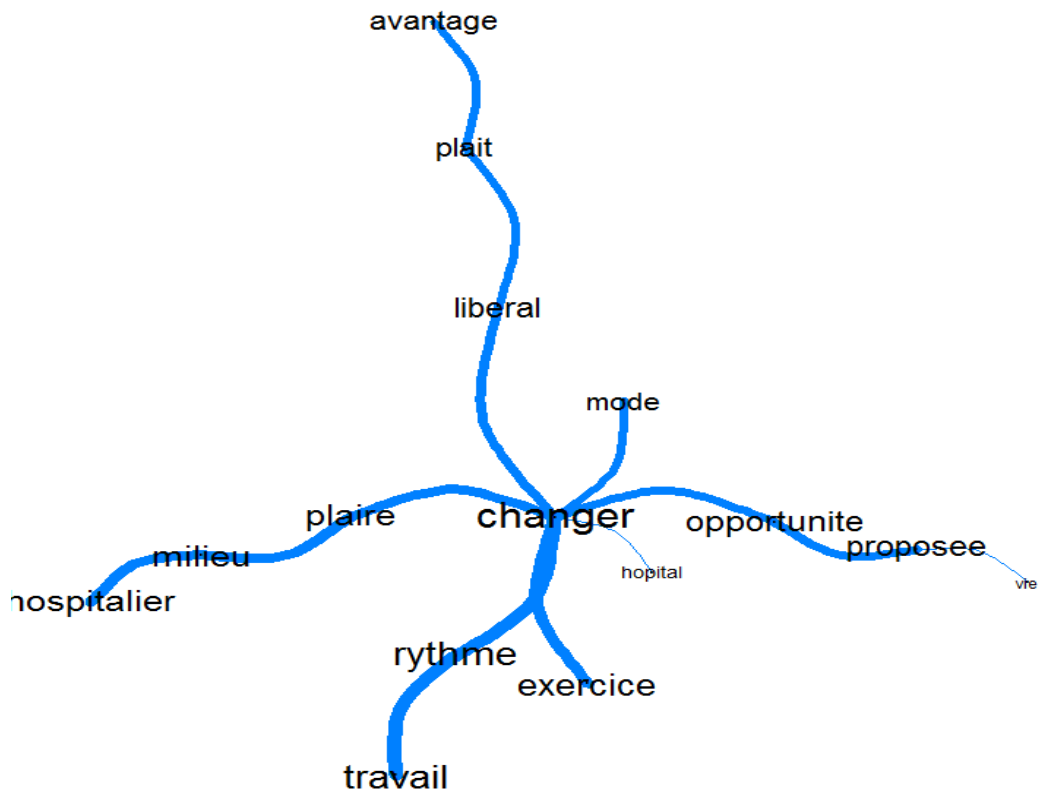


iv. Facteurs personnels pouvant impacter la satisfaction au travail

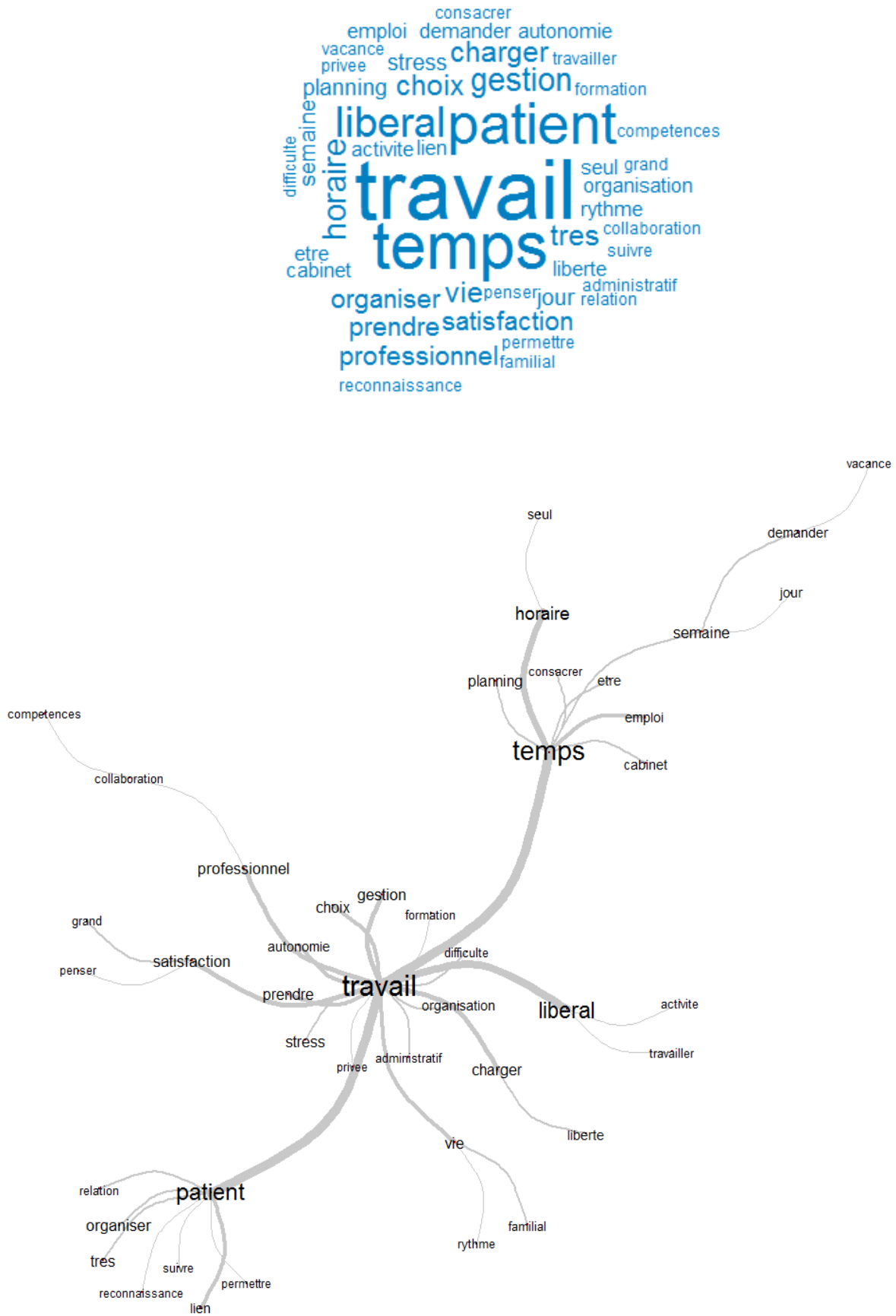


b. Exercice libéral :

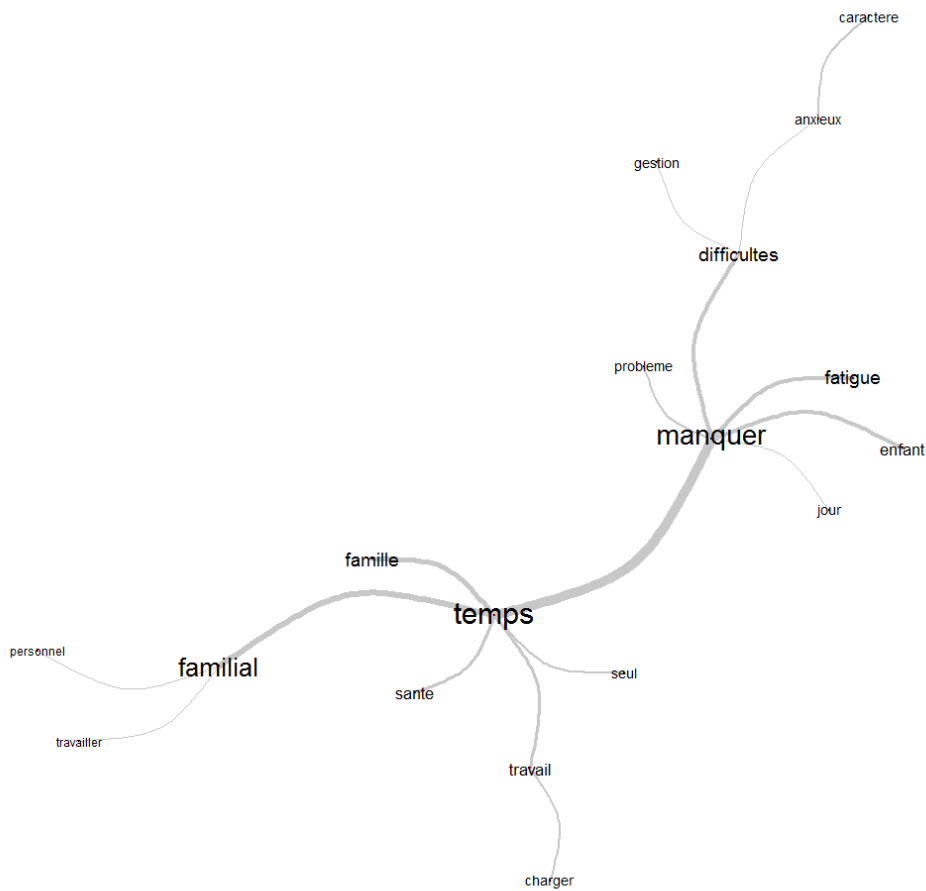
i. Raisons du changement d'exercice :



ii. Facteurs organisationnels pouvant impacter la satisfaction au travail

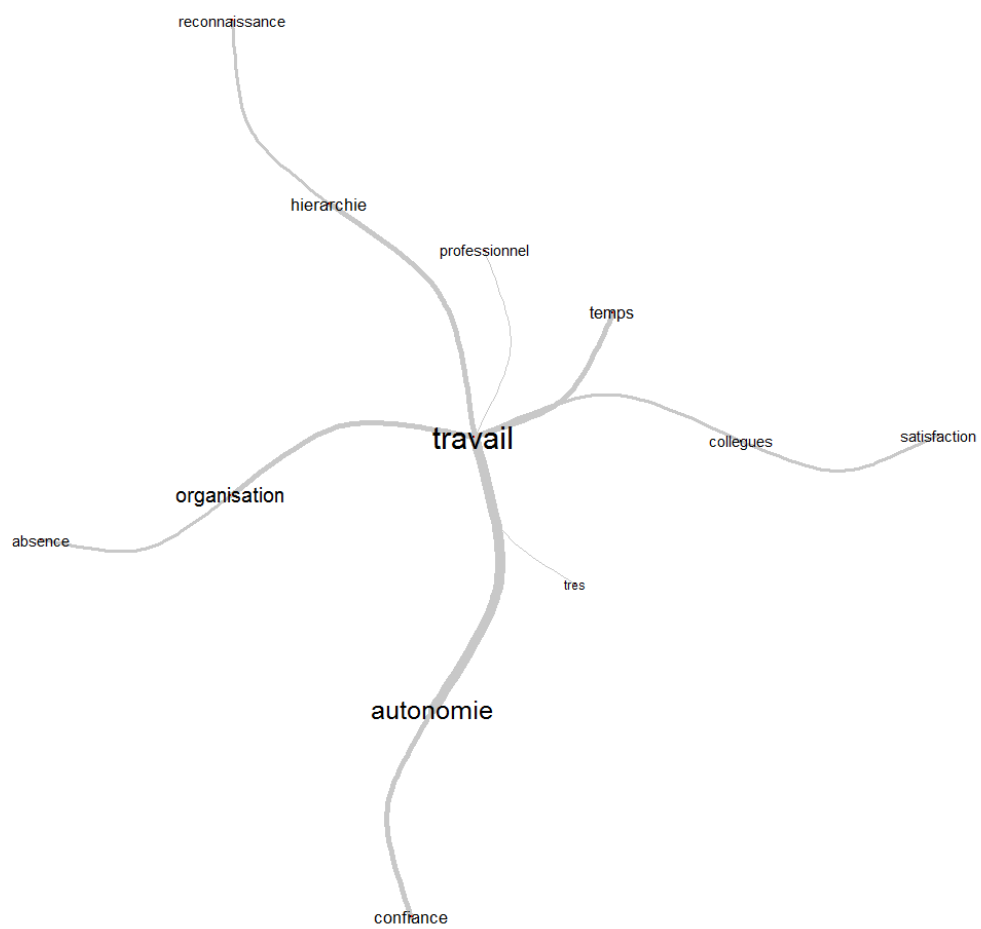


iii. Facteurs personnels pouvant impacter la satisfaction au travail



c. Fonction publique territoriale

i. Facteurs organisationnels pouvant impacter la satisfaction au travail :



Objectif. Déterminer la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les sages-femmes des Côtes d'Armor, du Finistère et du Morbihan, qu'elles exercent en établissement de santé, en cabinet libéral ou dans la fonction publique territoriale. Dans un second temps, rechercher les principaux facteurs de risque.

Matériel et méthode. Nous avons mené une étude quantitative, prospective à l'aide d'un questionnaire en ligne se composant de questions générales (situation personnelle, vécu des études, mode et rythme de travail...), de l'échelle de mesure du burnout « Maslach Burnout Inventory », internationalement reconnue, et de questions ouvertes (ressentis personnels, ajouts d'éléments déterminants éventuels...). Notre étude s'est étendue sur 4 mois, d'août à novembre 2016. Nous avons ensuite réalisé des tests de comparaisons statistiques afin de mesurer l'impact de différents facteurs sur les scores de mesure du burnout, ainsi que des analyses textuelles des réponses aux questions ouvertes.

Résultats. 28% des sages-femmes interrogées ont au moins un score du Maslach Burn Out Inventory élevé. Les facteurs impactant significativement sur ces scores sont : la charge de travail estimée, le fait de travailler en établissement de santé et les relations avec les médecins ou la hiérarchie. Majoritairement, les sages-femmes exerçant en établissement de santé évoquent le manque de temps à accorder aux patientes, du fait d'une charge de travail annexe non négligeable. Elles sont également confrontées aux difficultés d'organisation entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Plus généralement, les sages-femmes interrogées regrettent le manque de reconnaissance de leur travail par la hiérarchie, les médecins ou le grand public. Enfin, il semblerait que des temps d'échange, de partage autour des difficultés rencontrées au travail seraient bénéfiques pour ces professionnelles.

Conclusion. Tous les modes d'exercices étudiés sont impactés par le syndrome d'épuisement professionnel, même si les sages-femmes hospitalières y sont plus exposées. La connaissance des effets du travail sur la santé souffre de ne pas disposer d'entité nosographique propre, le Syndrome d'Epuisement Professionnel souvent utilisé ne permet pas, en l'état, de répondre à ce besoin de connaissance et donc de reconnaissance. En revanche des facteurs de risque, des facteurs protecteurs et des leviers d'actions sont connus et sont confirmés par notre travail.

Mots-clés. Syndrome d'épuisement professionnel. Burnout. Maslach burnout Inventory. Sages-femmes.

Titre. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les sages-femmes des Côtes d'Armor, du Finistère et du Morbihan.

Auteur. Noluenn Robin

Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2017