



HAL
open science

La qualité de vie au travail des sages-femmes : quels enjeux ?

Clara Malterre

► **To cite this version:**

Clara Malterre. La qualité de vie au travail des sages-femmes : quels enjeux?. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02381580

HAL Id: dumas-02381580

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02381580v1>

Submitted on 26 Nov 2019

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix*^UMarseille Université

Ecole de Maïeutique

La qualité de vie au travail des sages-femmes: quels enjeux ?

Présenté et publiquement soutenu

Le 26 avril 2019

Par

MALTERRE Clara

Né le 15 novembre 1996

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2018/2019

Membres du jury :

- Balzing Marie-Pierre, Sage-femme enseignante de l'Ecole de Maïeutique
- Chopin Frédérique, Maître de Conférences en droit privé et sciences criminelles, AMU (Directrice de mémoire)
- Zakarian Carole, Directrice de l'Ecole de Maïeutique

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

La qualité de vie au travail des sages-femmes : quels enjeux ?

MALTERRE Clara

Née le 15 novembre 1996

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2018-2019

Validation 1^{ère} session 2019 : **oui** **non**

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2019 : **oui** **non**

Mention :

Visa et tampon de l'école

Remerciements

Je tiens à remercier, ma directrice de mémoire, Frédérique Chopin pour son aide, son soutien et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Merci à Cécile Nina, sage-femme enseignante, pour son aide pour la méthodologie.

Je remercie également toutes les sages-femmes qui ont participé à ce mémoire, sans qui ce travail n'aurait pas pu avoir lieu.

Mille mercis à mes parents et ma sœur de m'avoir entourée et encouragée durant ces cinq années. Un merci particulier à ma mère qui a donné de son temps, de son énergie et a su faire preuve d'une immense patience.

Merci à mes amies et futures consœurs, Aurélie, Roxane, Clara, Géraldine et Inès pour leurs encouragements, leur soutien et leur bonne humeur ! De belles aventures nous attendent encore !

Merci à mon amie, Estelle, pour son anglais si précieux !

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. METHODE ET MATERIEL	4
III. RESULTATS.....	6
1. Signification de la qualité de vie au travail	7
2. L'état d'esprit des sages-femmes en allant et en sortant du travail.....	9
3. Les conditions de travail	10
4. Le contenu du travail	17
5. La capacité à s'exprimer et à agir.....	18
IV. ANALYSE ET DISCUSSION	20
1. Limites et biais.....	20
2. L'organisation du travail : caractéristiques et conséquences	21
3. Un environnement de travail pesant.....	27
4. Une rémunération insuffisante.....	29
5. Les émotions vécues par les sages-femmes.....	32
6. Le manque de reconnaissance et ses impacts.....	34
7. L'importance et la complexité des relations de travail.....	36
8. Vers une démarche de qualité de vie au travail ?.....	39
V. CONCLUSION	41
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	43
VII. ANNEXES	50

I. INTRODUCTION

Le concept de qualité de vie au travail, appelé aussi QVT, prend naissance dans les années 1970 à partir de recherches entreprises par Eric Trist dans les années 50 (1). Ces travaux mettent en avant que la QVT est liée à l'efficacité au travail, en intégrant l'importance des relations sociales et l'autonomie des employés (2). Ce sont les Américains qui ont été les premiers à utiliser le terme de QVT, lors d'une conférence à New York en 1972 (1). Chaque pays a sa propre définition de la QVT en fonction de ses dimensions historiques ; culturelles, sociales et économiques.

En ce qui concerne la France, nous avons longtemps utilisé le terme « amélioration des conditions de travail », en mettant l'accent sur les risques liés au travail et la prévention (3). Il aura fallu attendre l'accord national interprofessionnel (ANI) de juin 2013 (4) pour que le terme de QVT émerge réellement. Ce dernier qualifie la qualité de vie au travail comme « les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci ».

A partir de cette définition se dégagent trois grands fondements : (5)

- les conditions d'emploi et de travail comprenant «l'environnement de travail (physique, technique, organisationnel et relationnel), les conditions d'emploi (les formations, les évolutions de carrière, l'égalité) et les conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail»
- la capacité à s'exprimer et à agir qui englobe le «partenariat social (concertation, dialogue social), soutien managérial, le soutien des collectifs (solidarité métier, travail en équipe, échanges sur les pratiques), la participation (groupe de résolution de problèmes, débats sur le travail).»
- le contenu du travail représentant «l'autonomie au travail, la valeur du travail, le travail apprenant.»

De plus, la QVT est une notion extensible, qui comprend plusieurs dimensions; le sens du travail, la reconnaissance, les conditions de travail (« l'environnement dans lequel vivent les travailleurs sur leur lieu de travail», cela comprend également «la notion de pénibilité et de risques encourus dans l'exercice du travail» (3), « l'organisation du travail, le relationnel et l'ambiance au travail, l'égalité entre les hommes et les femmes, l'équilibre entre vies professionnelles et personnelles, le contenu du travail, la circulation de l'information, la santé au travail et le dialogue social. » (2).

A l'origine, la QVT concernait uniquement le monde de l'entreprise. Au fur et à mesure, nous nous sommes intéressés à la QVT dans les établissements de santé. En 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) se sont unies afin d'améliorer la QVT dans les établissements de santé (5) en réponse à des besoins.

En effet, d'après la HAS (3) les soignants constatent une «dégradation de leurs conditions de travail, de leur emploi et de leur identité professionnelle» entre 2003 et 2013. Cette dégradation a un impact direct sur la qualité des soins administrés aux patients.

De plus, suite à de nombreuses études et des bilans négatifs sur le bien-être du soignant et ses conditions de travail, le Ministère chargé de la santé a mis en place fin 2016, une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels hospitaliers et libéraux. Cette stratégie s'adresse à tous les professionnels pour qu'ils puissent travailler en toute sécurité, et prévenir de ce fait la souffrance au travail (6). Ces actions nationales ont pour but d'améliorer l'environnement et les conditions de travail, de prévenir et de détecter les risques psychosociaux (RPS) dans le milieu hospitalier (6)(7). Les risques psychosociaux se définissent comme des situations de travail où sont présents ; du stress, des violences internes (exercées par des salariés comme le harcèlement moral, conflits d'équipes), et des violences externes (exercées sur les salariés par des personnes externes à l'établissement, ou entreprise). (8)

En ce qui concerne les métiers libéraux, les trois axes mis en avant sont ; les conditions d'exercice de la profession, la sécurité des soignants (violence, incivilité de la part des patients ou famille de patient) et la prévention de la souffrance au travail. (9)

Si l'on s'intéresse de plus près à la QVT des sages-femmes, il paraît primordial de rappeler des éléments essentiels de la formation et de la profession de sage-femme. Les études de maïeutique se déroulent sur cinq ans, avec un passage par la première année commune aux études de santé (PACES). La profession de sage-femme est une profession médicale à compétences définies. Au fil des années, les compétences des sages-femmes se sont déployées afin de répondre à une demande de soins et d'être au plus près de la santé des femmes et des nouveaux-nés.

D'après l'Ordre des sages-femmes (10), en 2014, 21700 sages-femmes étaient en activité. Parmi elles, la majorité (44%) travaillent dans des établissements de santé hospitaliers, 15% ont une activité libérale, 10% sont dans des établissements privés, et 3 % exercent en ESPIC (Établissements de santé privés d'intérêt collectif). On constate une augmentation du nombre de sages-femmes libérales au fil des années, selon le conseil de l'ordre des sages-femmes «au rythme de croissance mesuré entre 2011 et 2014, l'exercice libéral devrait doubler en 6 ans».

Le constat mis en lumière par l'HAS et l'ANACT est en accord avec l'étude de 2005, de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) (11) montrant que 48% des sages-femmes avait déclaré une détérioration de leurs conditions de travail, et notamment celles travaillant dans les établissements de santé publics.

La grève nationale des sages-femmes de 2013 relance la problématique. Cette dernière revendique une réelle reconnaissance statutaire des sages-femmes hospitalières, une reconnaissance de la profession au premier plan dans la santé des femmes et un statut pour les sages-femmes enseignant(e)s. (12)

En mars 2018, une étude menée par la direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES) (13), classe la profession dans les 15 métiers les moins favorables au bien être psychologique.

Ces événements et ces constats alarmants nous interrogent, à l'écoute du vécu des sages-femmes; comment peuvent-elles être force de propositions pour améliorer leur qualité de vie au travail dans les établissements de santé et dans l'exercice libéral de la profession ? L'objectif principal était de mieux connaître la qualité de vie au travail de sages-femmes et leur implication dans l'amélioration de leur quotidien professionnel. Afin de répondre à cette question, une approche qualitative par méthode phénoménologique a été réalisée.

II. METHODE ET MATERIEL

Les objectifs de cette recherche étaient de décrire le vécu de la qualité de vie au travail des sages-femmes dans les établissements de santé et en libéral et de recueillir leurs attentes et les pistes de réflexion. L'approche qualitative semble adéquate pour répondre à ces objectifs car la QVT est une notion subjective, elle est influencée par les conditions de travail et l'organisation qui est propre à chaque établissement, entreprise.
(2)

Cette étude qualitative s'est déroulée dans les Bouches-du-Rhône (Marseille et ses environs) entre le 27 mars 2018 et le 19 septembre 2018. Elle a été conduite auprès de sages-femmes d'âge, d'années d'expériences / ancienneté et de situations familiales différentes afin d'avoir des données diverses et variées.

L'étude a inclus des sages-femmes travaillant en établissement de santé (public, privé, semi privé) et en libéral. Les sages-femmes de PMI (protection maternelle et infantile), de plateau technique et celles ne travaillant pas ont été non incluses. Le critère d'exclusion principal a été le refus des sages-femmes de participer aux entretiens.

La participation à l'étude s'est faite par le biais du volontariat. Tout d'abord, afin d'informer les sages-femmes du lancement de l'étude, un mail explicatif de l'étude a été adressé aux coordinatrices des maternités des Bouches-du-Rhône (l'hôpital Nord, l'hôpital de la Conception, la clinique privée Bouchard, la clinique privée Beauregard, l'hôpital Saint Joseph, l'hôpital d'Aubagne, la clinique privée de Vitrolles, l'hôpital de Martigues) pour les sages-femmes des établissements de santé. Ce dernier a été transféré à l'ensemble des sages-femmes de chaque maternité contactée. Cependant, par manque de réponse, se déplacer dans les maternités afin de faire les entretiens sur le lieux de travail des sages-femmes a été nécessaire. Concernant les sages-femmes libérales, elles ont été contactées par un mail explicatif ou par appel.

A la suite d'une recherche bibliographique qui a permis tout d'abord de mieux cerner le sujet et ses caractéristiques et par la suite de faire émerger deux grilles d'entretien sous forme de carte mentale (Annexes I et II) ; une pour les sages-femmes en établissement de santé et une pour les sages-femmes libérales. Ces cartes ont été testées et modifiées en amont afin d'ajuster au mieux les questions de l'entretien.

L'ensemble des données a été recueilli au cours d'une enquête qualitative par des entretiens semi-directifs descriptifs et compréhensibles. Ces entretiens ont été menés selon un ordre établi de questions afin de pouvoir au mieux traiter tous les thèmes souhaités.

Les entretiens ont été menés individuellement, dans un lieu à l'abri de la nuisance sonore (salle de repos, bureau des sages-femmes, cabinet libéral, domicile de la sage-femme). Seul un entretien a été réalisé dans un lieu extérieur (bar-restaurant). Cela a été indispensable pour laisser libre la parole aux sages-femmes et la libre expression de leurs sentiments durant l'entretien, sans qu'elles ne soient influencées par une tierce personne. Les entretiens ont duré entre 14 minutes à 51 minutes, ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après avoir expliqué la raison et eu l'autorisation des sages-femmes. Les prénoms des participants ont été volontairement modifiés afin de respecter l'anonymat.

Au cours de l'étude, une question a été rajoutée. Sa diffusion s'est faite par mail à l'ensemble des sages-femmes participantes.

Ensuite, la saturation des données a été atteinte au bout de vingt entretiens ; seize entretiens ont été menés auprès de sages-femmes travaillant à l'hôpital Nord (CHU, type III), l'hôpital de la Conception (CHU, type III), la clinique privée Bouchard (type II a), la clinique privée Beauregard (type II a), l'hôpital Saint Joseph (type II b), l'hôpital d'Aubagne (type I), la clinique privée de Vitrolles (type I). Quatre entretiens ont été faits avec des sages-femmes libérales. Les maternités se distinguent en fonction de leur type / niveau :

- Les maternités de type I : disposent d'une unité d'obstétrique prenant en charge les grossesses normales et les situations néonatales fréquentes et sans gravité.
- Les maternités type II A et II B : disposent d'une unité en néonatalogie, d'une unité de soins intensifs (II B), et prennent en charge des grossesses à risques modérés.
- Les maternités de type III : disposent d'une unité d'obstétrique pour les grossesses à risques élevés, d'une unité de néonatalogie, et d'une unité de réanimation pédiatrique.

Ces derniers ont été, par la suite, retranscrits intégralement sur document Open Office, puis analysés selon la méthode d'analyse de contenu décrite par Laurence Bardin (2013). Après plusieurs relectures, des thématiques ont été dégagées et identifiées. L'ensemble des thématiques a alors été regroupé par rubriques, puis sous-rubriques.

III. RESULTATS

Entretien	Age	Situation familiale	Nombre d'année d'exercice	Lieu d'exercice actuel (durée)	Lieux d'exercice précédents (durée)
Aurélié	38 ans	En couple, sans enfant	14 ans	Hôpital public - Type I - Bouches du Rhône (12 ans)	Tunisie (6mois), Sénégal (6mois), Guyane (1 an)
Carole	32 ans	En couple, 1 enfant (8 mois)	8 ans	Hôpital public - Type I - Bouches du Rhône (6 ans)	Carcassonne Type II b (9 mois), Orange Type I (1an et quelques mois)
Claire	63 ans	En couple, 1 enfant (28 ans)	51 ans	Hôpital public - Type I - Bouches du Rhône (20 ans)	Madagascar, Genève, Sage-femme libérale
Pauline	35 ans	En couple, sans enfant	12 ans	Hôpital public - Type I - Bouches du Rhône (5 ans)	Paris Type III (7 ans)
Camille	55 ans	En couple, 2 enfants (28 ans et 30 ans)	32 ans	Clinique privée - Type IIa - Bouches du Rhône (32 ans)	
Danielle	54 ans	En couple, 1 enfant (22 ans)	33 ans	Clinique privée - Type IIa - Bouches du Rhône (30 ans)	
Géraldine	25 ans	En couple, sans enfant	10 mois	Clinique privée - Type IIa - Bouches du Rhône (10 mois) – Activité libérale (2jours/sem)	
Marie	62 ans	Célibataire, 3 enfants (37 ans, 34 ans et 29 ans)	40 ans	Clinique privée - Type IIa - Bouches du Rhône (30 ans)	Hôpital public – Type III – Bouches du Rhône (10 ans)
Clarisse	45 ans	En couple, 2 enfants (16 ans et 13 ans)	24 ans	ESPIC – Type II b – Bouches du Rhône (22 ans)	Hôpital de Bastia Type II (1 an), Hôpital public - Type III – Bouches du Rhône (6 mois)
Inès	27 ans	En couple, sans enfant	4 ans	ESPIC – Type IIb – Bouches du Rhône (2 ans)	Hôpital public -Type III – Région parisienne (1 an), Hôpital public - Type I – Bouches du Rhône (3 ans)
Anaïs	25 ans	Célibataire, sans enfant	10 mois	ESPIC – Type IIb – Bouches du Rhône (9 mois) et une activité libérale (quelques jours dans la semaine)	
Céline	49 ans	Célibataire, 2 enfants (18 ans et 16 ans)	27 ans	ESPIC – Type II b – Bouches du Rhône (27 ans)	
Alice	50 ans	En couple, 2 enfants (26 ans et 20 ans)	27 ans	Hôpital public - Type III - Bouches du Rhône (17 ans)	ESPIC - Type II b - Bouches du Rhône (9 ans)
Sarah	35 ans	En couple, 1 enfant (6 ans)	11 ans	Hôpital public - Type III - Bouches du Rhône (11 ans)	
Cécile	43 ans	En couple, 1 enfant (15 ans)	21 ans	Hôpital public - Type III - Bouches du Rhône (21 ans)	
Marion	28 ans	En couple, sans enfant	4 ans	Hôpital public - Type III - Bouches du Rhône (4 ans)	
Amandine	33 ans	Célibataire, sans enfant	11 ans	Sage-femme libérale Marseille 9eme arr (5 ans)	Hôpital public - Type III – Belgique (6ans)
Gabrielle	27 ans	Célibataire, sans enfant	3 ans	Sage-femme libérale Marseille 5eme arr (2 ans)	Hôpital public - Type I - Bouches du Rhône (1an)
Olivia	33 ans	En couple, sans enfant	10 ans	Sage-femme libérale Marseille 9eme arr (4 ans)	ESPIC - Type II b - Bouches du Rhône (6 ans)
Suzanne	39 ans	Célibataire, 1 enfant (12 ans)	15 ans	Sage-femme libérale Marseille 8eme arr (7 ans) et activité salariale ESPIC - Type II b - Bouches du Rhône (8 ans)	Hôpital public – Type III – Bouches du Rhône (quelques mois), Hôpital public – Type I – St Martin (6ans)

Tableau n°1: Caractéristiques des sages-femmes ayant participé à l'étude

1. La signification de la qualité de vie au travail

	Conditions de travail	Contenu du travail	Capacité à s'exprimer et à agir
Aurélie 38 ans	X		X
Carole 32ans	X		X
Claire 63 ans	X	X	
Pauline 35 ans		X	X
Camille 55 ans			X
Danielle 54 ans	X		X
Géraldine 25 ans	X		
Marie 62 ans		X	X
Clarisse 45 ans	X	X	
Inès 27 ans	X		X
Anaïs 25 ans	X		X
Céline 49 ans	X	X	
Alice 50 ans	X		X
Sarah 35 ans			X
Cécile 43 ans	X		X
Marion 28ans	X		X
Amandine 33 ans			X
Gabrielle 27 ans	X	X	X
Olivia 33 ans	X	X	
Suzanne 39 ans		X	

Tableau n°2: Signification de la QVT selon les sages-femmes

Les représentations de la qualité de vie au travail énoncées par les sages-femmes regroupent rarement les trois axes principaux qui sont pour rappel : les conditions de travail, le contenu du travail et la capacité à s'exprimer et à agir. Leurs représentations de la QVT sont subjectives et propres à chacune d'elles, en fonction de leurs besoins, de leurs attentes et de la maternité où elles travaillent.

La majorité des sages-femmes ont mis en avant l'importance de la qualité des relations de travail ; la notion d'entente, de bonne humeur au sein d'une équipe, et de pluridisciplinarité. En effet, Camille, L. 9-10 a déclaré « *C'est venir volontiers, c'est faire partie d'une équipe, être incluse dans une équipe, se sentir bien dans cette équipe. L'équipe est fondamentale pour moi.* ». Pauline, L.6-7 a exprimé « *Ça m'évoque de l'entente, de la communication, du bien-être, un état d'esprit, de la convivialité.* ».

Les conditions de travail sont également évoquées dans l'ensemble des réponses ; notamment le matériel à disposition et la charge de travail. Inès, L.6, a mentionné « *environnement à la fois matériel* », L. 7-8 « *ne pas passer son temps à courir, ne pas avoir de surcharge de travail* ».

2. L'état d'esprit des sages-femmes en allant et en sortant de leur journée de travail

	État d'esprit en allant en garde	État d'esprit en sortant de garde
Aurélié 38 ans	"Bien, c'est tout"	"Fatiguée et voilà."
Carole 32 ans	"Stressée, contente, fatiguée."	"Contente, fatiguée, énervée car quand je rentre de ma garde je suis sur les nerfs. C'est dû au fait qu'en garde on a un trop plein de sollicitations, trop plein d'informations. On n'a pas le temps de se poser, de manger des fois et ça m'énerve."
Claire 63 ans	"Passion, amour du travail bien fait, petite appréhension quand il y a beaucoup de travail"	"Crevée, contente de ma journée."
Pauline 35 ans	"Fatiguée d'avance, sereine, blasée."	"Heureuse, un peu fatiguée, impatiente."
Camille 55 ans	"Volontiers, équipe, appréhension même au bout de 32 ans et surtout en salle de naissance."	"C'est très variable, préoccupations, interrogations sur certaines conduites à tenir mais la plupart du temps c'est plutôt satisfaction, soulagement car au bout de 12h de garde c'est fatigant"
Danielle 54 ans	"Je ne sais pas, ça va."	"Ça va aussi, disons que je commence un peu à saturer, pas du travail en lui-même mais de l'évolution des conditions dans lesquelles on travaille."
Géraldine 25 ans	"Stressée, fatiguée, (hésitation) contente de retrouver les collègues."	"Ouf (rire), fatiguée, incertitude et remise en question"
Marie 62 ans	"Détachée parce que je suis âgée moi, connaissance du métier et c'est tout"	"Stressée mais pas par le travail, par les protocoles, par l'encadrement. Ce n'est plus un métier de sage-femme, c'est tout « protocolisé », tout est dicté par l'ARS, vous n'avez plus de liberté. Il y a eu une telle évolution depuis 78, on ne nous considère plus, on est des pions. Ils n'ont pas de respect pour nous, la plupart du temps ils disent « j'ai vu l'infirmière », il y a des problèmes des gros problèmes. C'est très décevant"
Clarisse 45 ans	"Contente d'aller travailler, fatiguant, passionnant."	"Très fatigant (Rires), il y a des jours où on repart avec la super patate et d'autres où on est un petit plus affecté. Ça dépend de la journée et de ce qu'il s'est passé. Quand tu consoles une femme qui a perdu son bébé ta journée sera moins rose. C'est un métier riche."
Inès 27 ans	"(Rires). Loin j'habite à Aix, contente et fatiguée."	"Contente, fatiguée aussi un peu, contente que ce soit fini."
Anais 25 ans	"Réveillée, pas stressée, contente d'aller travailler."	"Fatiguée, des fois stressée, contente de ce que j'ai fait"
Céline 49 ans	"Sereine, motivée, contente de venir travailler."	"Contente de ce que j'ai fait, fatiguée, contrariée, pas tout le temps, parce qu'on n'a pas géré quelques patientes comme on aurait voulu"
Alice 50 ans	"Je viens assumer ma passion, mon métier. J'aime ce que je fais, je suis encore motivée après je ne sais pas combien de temps d'exercice."	"Que j'aille me coucher, je suis crevée ça fait 6 mois et demi que je ne fais que des nuits."
Sarah 35 ans	"Qu'est ce qui va se passer aujourd'hui ? Adrénaline et contente dans l'ensemble."	"Heureuse, fatiguée, j'ai besoin de couper. J'ai envie de rien un moment."
Cécile 43 ans	"Motivée, un peu dans l'appréhension de ce qui va m'attendre dans la journée, plutôt en forme, dans un état d'esprit de vouloir bien fait"	"Fatiguée, en général j'ai la satisfaction de ma journée, détendue"
Marion 28 ans	"Imprévu, un petit stress, contente de venir au travail. C'est mélangé, ça dépend les périodes."	"Libérée, bonne fatigue, contente"
Amandine 33 ans	"De bonne humeur, pas l'impression d'aller travailler, parfait"	"Aussi contente, ravie du matin au soir, contente c'est le mot (Rires). A aucun moment je me dis j'ai trop de travail, j'ai passé une mauvaise journée, ça ne m'est jamais arrivé !"
Gabrielle 27 ans	"Ça dépend de la journée, si j'ai une journée chargée avec la chaleur en plus, je me dis vivement les vacances ! (Rires)"	"Je suis contente parce que j'ai pu répondre aux besoins de mes patientes, diminuer la douleur d'une patiente donc plutôt bon."
Olivia 33 ans	"Pressée (Rires) je suis souvent en retard, sereine et enthousiaste."	"Fatiguée intellectuellement parce qu'en libéral on voit beaucoup plus de patientes, et qu'il faut se mettre dans le dossier pour chaque patiente, sentiment du devoir accompli, et enthousiaste aussi (Rires)."
Suzanne 39 ans	"Contente, prenant, agréable"	"Fatiguée moralement, la deuxième vie qui m'attend, contente, satisfaite de ce que j'ai fait de ma journée"

Tableau n°3: Etat d'esprit des sages-femmes en allant et en sortant du travail

3. Les conditions de travail (*Annexes III a, III b, VI a et VI b*)

◇ **Matériel et lieu de travail**

Tout au long de sa garde, la sage-femme va utiliser du matériel, à la fois pour les soins (perfusions, monitoring, toucher vaginal) mais aussi pour pouvoir accueillir la patiente. Dans les établissements de santé, leur quantité est parfois insuffisante pour neuf sages-femmes sur seize entendues.

Cécile en a fait part L. 16-17-18-19 « *Concernant les moyens, on manque de moyens. On a des ordinateurs qui sont obsolètes, des fois on cherche des perfuseurs parce qu'on a pas été livré. On a l'impression qu'on mendie, on va piquer des choses au bloc pour ramener en grossesse à risques. Je trouve qu'on est assez mal loti niveaux locaux et matériels.* »

Le deuxième élément qui se dégage concernant le matériel à disposition est le manque d'ergonomie comme l'a exprimé Marion L. 13-14 « *On est en 2018, et on a des tables d'accouchements de l'an 20, avec des trucs qui tournent, qui pèsent une tonne* » et L. 16-17 « *Les tables sont fines alors que nos patientes sont obèses, elles ne se tirent pas. Ce n'est pas pratique, ce n'est pas ergonomique.* ».

Face à ces difficultés touchant le matériel, les sages-femmes interviewées ont fait part du besoin d'augmenter les moyens financiers accordés au matériel: Cécile L. 25-26-27 « *Il faudrait que ça suive au niveau des commandes, c'est un manque de moyens. A mon avis les cadres font bien les commandes mais au fil des années elles doivent se faire un peu taper sur les doigts pour commander* ».

Ensuite, concernant la pratique libérale, deux sages-femmes mettent en avant le coût élevé de l'installation en libéral et de certains appareils, comme l'a dit Olivia L. 72-73-74 « *Une installation pour une sage-femme libérale en tout coûte entre 10 et 15 000 euros, il y a le matériel informatique aussi, l'ordinateur, l'appareil à carte vitale qui coûte 500 balles.* ». Au vu de ces coûts élevés, une augmentation des aides à l'installation ou bien à l'acquisition de matériel serait nécessaire comme l'a mentionné Amandine L. 19-20-21 « *Des aides seraient nécessaires, par exemple pour l'achat du bilirubinomètre. On nous demande de faire des PRADO (Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile) mais on ne nous aide pas forcément.* ».

Concernant le lieu de travail ; la vétusté, le manque d'ergonomie, l'insécurité ont été pointés principalement par les sages-femmes salariées.

Cécile a fait part de son ressenti sur la vétusté du service dans lequel elle travaille, L. 12-13-14-15-16 « *Des fois, j'ai un peu honte quand j'installe des patientes en chambre seule et qu'elle me regarde en me disant «C'est ça la chambre seule ?», c'est vrai qu'on peut se poser des questions sur l'hygiène même, si les gens font leur travail . On ne peut pas faire du neuf sur du vieux. »* ».

Le manque d'ergonomie se retrouve également dans le lieu de travail, comme en ont fait part Carole L. 18-19-20 «*Je n'ai pas de salle pour manger dans la salle d'accouchement où je pourrais manger, et à la fois surveiller mes dames. On finit par manger dans le couloir, dans la salle d'accouchement avec toutes les personnes qui passent. »*, Pauline L. 13-14 « *On est trop confiné, on n'a pas assez de place. »* et Inès L. 41-42 « *Le bloc c'est super mal organisé donc tu passes ta journée à marcher et à piétiner. »*

◇ **L'organisation du travail**

Les amplitudes horaires, le travail de jour, de nuit et la planification des gardes définissent entre autre l'organisation du travail.

L'amplitude horaire de 12 heures semble convenir à la plupart des sages-femmes, laissant des jours de repos comme l'a dit Danielle L. 17-18 « *C'est parfait, je trouve que c'est un bon équilibre entre la vie professionnelle et familiale. Ça permet d'avoir des jours de libre en semaine. »* mais aussi le temps de prendre en charge une patiente durant tout son travail en salle de naissance comme l'a attesté Marie, L. 19-20 « *Parfait,... Tu suis de A à Z une femme, dans le temps c'était l'idée. »*

Cependant, travailler 12 heures reste contraignant, Aurélie L. 22-23 a déclaré « *on se casse plus la vie en 12 heures, on se fait plus de mal. »*, tout comme Marion L. 21-22 « *Quand tu rentres chez toi après tu ne fais plus rien, tu es fatiguée de ta journée. »*

La fatigue est d'autant plus présente lorsque l'on travaille de nuit ; Pauline L. 24-25 « *Faire que des nuits pour moi, ce n'est pas physiologique du tout* ». La pénibilité du travail de nuit se retrouve dans tous les entretiens des sages-femmes travaillant en établissement de santé. Marie a témoigné L. 24-25-26 « *C'est ce qui a de plus dur dans ce métier. C'est ce qui a de plus violent dans le métier de sage-femme, de ne pas dormir c'est une violence et une souffrance.* ».

Le travail de nuit est toutefois accepté par les sages-femmes interviewées sachant bien que leur présence est indispensable 24 heures sur 24 en maternité. Par contre, certaines sages-femmes aimeraient un temps de repos accordé lors d'une garde nuit, et d'un lieu pour pouvoir se reposer. Cela leur permettrait d'améliorer leur vécu des nuits et de réduire la fatigue : Cécile L. 31-32-33 « *On n'a pas de réelles chaises confortables et ça manque. Après notre métier nous oblige à faire des nuits ,et c'est comme ça.* », Marie L. 26-27-28 « *Il faudrait respecter systématiquement deux heures de sommeil dans la garde. On a le droit de se reposer deux heures, il faudrait officiellement pouvoir dormir deux heures minimum pendant la garde.* »

De plus, la qualité de vie au travail et le vécu du travail sont altérés par le manque de stabilité des plannings, le manque de régularité des gardes de jour ou de nuit comme l'ont mentionné Claire L. 22 « *Certaines font des jours et des nuits mélangés et elles sont crevées.* » et Carole L. 36-37-38 « *avoir un planning fixe je trouve ça primordial afin que notre corps s'habitue et qu'on puisse trouver un rythme. Les nuits sont beaucoup plus faciles du coup.* ». Comme Danielle l'a déclaré L. 22-23 « *Il faudrait faire des alternances de périodes plus longues de jour et de nuit, 1 semaine que des jours 1 semaine que des nuits.* », cette stabilité réduirait la fatigue et aboutirait à un meilleur confort.

Dans le monde du libéral, les contraintes liées à l'organisation du travail sont moins importantes du fait de l'autonomie dans la gestion du planning, des horaires des professionnels ; Gabrielle L. 18 « *Étant donné que c'est du libéral, c'est moi qui gère mes horaires* ». Cette auto-gestion peut être toutefois compliquée comme l'a également souligné Gabrielle L. 20-21 « *je refuse rarement des patientes, ce qui peut faire des journées très très longues, c'est à dire du 8 heures 21 heures.* »

◇ **La surcharge de travail**

Durant ces 12 heures de garde, le rythme de travail est variable. Il peut être intense comme l'a dit Camille L. 49-50-51 « *je me suis rendue compte que pendant nos gardes on ne s'écoute pas, on ne s'entend pas, on ne se pose pas* »

En plus du « travail de sage-femme » se rajoute de nombreuses sollicitations et tâches annexes à effectuer qui impactent la QVT des sages-femmes comme l'a expliqué Carole L. 55 « *On est la petite sage-femme qui doit tout faire* » et L. 57-58-59 « *Nous on est le centre de tout le monde. Sauf qu'on doit aussi s'occuper de nos patientes. On est parasité par plein de petites choses qui sont agaçantes au fur et à mesure* ».

Les idées pour alléger la charge de travail des sages-femmes qui ont été émises concernent du personnel supplémentaire et un meilleur travail d'équipe et d'entraide : Sarah L. 42-43-44 « *Je pense qu'il faudrait plus de personnel finalement. Après si on a plus de monde il faudrait une bonne répartition des tâches. Si tout le monde y met du sien je pense que ça serait moins lourd pour la sage-femme.* », Alice L. 86 « *Je voudrais vraiment redévelopper cet esprit d'équipe.* ».

Concernant les sages-femmes libérales, seulement Gabrielle a fait part d'un rythme de travail intense : L.26-27-28 « *Je n'ai pas une minute à moi, je cours d'une patiente à une autre. J'alterne le cabinet, les visites à domicile, puis retour au cabinet. Je cours un peu de partout* ».

◇ **La place de l'administratif (manuel et informatisé) dans le métier**

L'administratif à la fois manuel et informatique est indispensable afin de répondre à une exigence de traçabilité ; Anaïs L. 61 « *L'informatique je trouve ça très bien pour la traçabilité* » et Camille L. 126-127-128 « *je sais qu'il faut se protéger et tout écrire.. Je sais que c'est « indérrogeable » et je l'accepte.* ».

Cependant, la place accordée à l'outil informatique est de plus en plus importante comme l'a confirmé Inès L. 79 « *En 4 ans, ça ne fait qu'augmenter l'informatique j'ai l'impression.* ». De ce fait, l'administratif est considéré comme chronophage et représente une charge de travail importante pour les sages-femmes. Clarisse a déclaré L. 90-91-92 « *Excessive, intolérable. Ça prend plus de 50% de notre temps de travail. C'est insupportable, c'est du temps perdu qu'on pourrait passer auprès des patientes ou à faire des soins.* ». Cela s'explique par du matériel inadapté et pas toujours fonctionnel ; Pauline L. 87-88 « *il faut que ça soit adapté à notre travail. Le logiciel qu'on utilise n'est pas très adapté à nos soins, mais plutôt à des soins infirmiers.* », Cécile L. 91-92 « *Les logiciels ne sont pas adaptés, on doit attendre que ça s'ouvre. D'un coup les logiciels bugs.* », Alice L. 157-158-159 « *déjà qu'il faut 7 min pour ouvrir tout sur l'ordinateur c'est bon quoi. En urgence c'est pas terrible vraiment. Il faut rentrer deux fois son code, elle peut accoucher toute seule la patiente.* ».

De plus, certaines sages-femmes peuvent se sentir désœuvrées et incompetentes face à des situations informatiques, c'est le cas de Camille ; L. 132-133 « *Quand tout fonctionne c'est bien, mais parfois quand quelque chose ne fonctionne pas je ne sais pas chercher, comment faire autrement.* ».

Les principales améliorations qui ont été émises par les sages-femmes visent la présence d'une secrétaire comme l'a mentionné Aurélie L. 89-90 « *Il faudrait une secrétaire en salle d'accouchement, hormis les documents médicaux, faire des étiquettes, imprimer des déclarations de naissance il n'y a pas besoin d'avoir bac +10 pour le faire* » et des logiciels adaptés et plus performants.

Pour les sages-femmes libérales interviewées, l'administratif reste incontournable au même titre qu'en établissement de santé. Cela est également contraignant et lourd. Olivia a énoncé L. 99-100-101-102 « *J'ai un portable professionnel et personnel, c'est super ça. Mais faire son propre secrétariat et gérer son planning, les annulations c'est très chronophages. Les premières années j'avais 25 appels par jour, doublés de sms qui disaient la même chose.* » Elle a fait le choix de prendre une secrétaire.

◇ La rémunération

La rémunération est le point où se rejoint l'ensemble des sages-femmes à la fois celles travaillant en établissement et en libéral. En effet, ces dernières ont décrit un salaire insuffisant au regard principalement de leurs responsabilités quotidiennes, de la durée des études et du manque de reconnaissance de leur travail.

Carole a souligné la responsabilité L. 61-62-63-64 « *Ah elle est insuffisante. Quand tu fais une réanimation de nouveau-né et que tu fais un flip de ta vie, que tu mets 8 min à avoir un cœur, tu rates une perforation anale, tu risques quand même gros. Quand tu regardes ton salaire, tu es à peine payée 2000 euros* ». Les professionnelles ont mis en avant un manque de reconnaissance du travail de nuit, les week-ends et jours fériés ; Alice L. 35-36-37 « *A pleurer ! (Rires). Une sage-femme est payée 1,07 euros l'heure de nuit, pareil que l'aide-soignante, alors qu'elle n'a aucune responsabilité médicale. Nous on se tape toutes les responsabilités médicales et on est payée 9 heures sur 12 en plus.* ».

De plus, les sages-femmes libérales ont déclaré que la rémunération de leurs actes n'étaient pas en accord avec le temps passé auprès des patientes : Amandine L. 38-39-40-41-42 « *Effectivement, le temps qu'on passe avec certaines patientes n'est pas à la hauteur de la cotation. Notamment la rééducation du périnée, 19,60 euros ce n'est pas suffisant car la rééducation ce n'est pas que le périnée c'est aussi là-haut (désigne sa tête)* ».

Seulement Aurélie, Géraldine et Suzanne ont décrit leur rémunération comme satisfaisante.

◇ Les formations

Les sages-femmes ont accès à des formations dites internes proposées par le service et des formations dites externes, souvent sources de difficultés.

Les difficultés rencontrées relèvent d'un accès insuffisant et inadapté ; refus de la part de l'établissement, temps d'attente important pour son obtention, prise en charge (formation et déplacements) aux frais de la sage-femme, manque de lien avec la profession de sage-femme : Marie L. 136-137 « *C'est très filtré, c'est dramatique dans une carrière. Heureusement que je me suis formée de mon côté, à mes frais.* », Géraldine L. 100 « *C'est tout de ma poche pour le moment. Ça me bloque pas mal* ». Ce point de vue n'est toutefois pas partagé par toutes les sages-femmes.

Cet accès insuffisant se heurte au devoir d'approfondissement, de maîtrise et de renouvellement des connaissances des sages-femmes. Anaïs, jeune sage-femme en a fait part L. 102-103-104 « *Il y a un réel manque de pertinence entre les années d'exercices et l'accès aux formations. Les jeunes diplômées devraient aussi avoir accès à des formations internes, on travaille dans l'établissement et on participe autant que d'autres sages-femmes.* ».

Les souhaits retenus par l'ensemble des sages-femmes entendues serait d'augmenter les formations proposées : Pauline L. 144 « *Il faudrait que les formations soient ouvertes à un panel plus important de formations* », instaurer une meilleure organisation des formations sur son temps de travail comme l'a mentionné Marion L. 137-136 « *Ça serait bien de nous permettre d'aller en formations sur nos gardes car c'est souvent sur nos repos et pas souvent à la place de garde.* », ainsi qu'obtenir une meilleure prise en charge financière des formations afin de limiter les dépenses personnelles des sages-femmes comme l'a précisé Inès L. 150 « *Il faudrait plus de formations prises en charge.* »

Les sages-femmes libérales rencontrent également des problèmes d'accès liés à la perte de revenu de la journée de formation comme l'a dit Olivia L. 346-347 « *C'est un sacrifice de se former à la fois pour la somme mais aussi pour la journée perdue. Les aides manquent pour palier à ce problème* ».

4. Le contenu du travail (*Annexes IV a, IV b, VI a et VI b*)

◇ **L'engagement personnel : la motivation**

Onze sages-femmes entendues ont considéré que la qualité de vie au travail impactait sur leur motivation. Cette motivation reste variable. Les causes principales qui ont été décrites durant les entretiens sont le manque de soutien (six sages-femmes sur vingt) et de reconnaissance (quatre sages-femmes sur vingt) ; à la fois de la part de la hiérarchie, mais aussi de l'ensemble des autres professionnels.

En effet, Alice a souligné, en parlant d'autres professionnels travaillant dans le service, L. 96-97 « *Ce sont ces gens qui me démotivent, faut qu'elles prennent conscience de notre travail.* », L. 106-107 « *elles ne prennent pas conscience de l'importance de notre métier, et de nos responsabilités.* ». Géraldine a déclaré L. 69-70-71 « *C'est très aléatoire, il y a des jours où tu as envie de tout plaquer et un autre où tu as envie de t'inscrire à un DU parce que ton métier c'est la folie et que tu as envie d'apprendre des choses.* ».

◇ **La gestion de la charge émotionnelle**

Les sages-femmes entendues gèrent convenablement les émotions et les moments difficiles de leur métier par le biais de leur entourage professionnel (autres professionnels, psychologue du service : quinze sages-femmes sur vingt), de leur entourage personnel (cinq sages-femmes sur vingt), et de leur activité personnelle (quatre sages-femmes sur vingt). La notion d'expérience comme moyen de gérer la charge émotionnelle a été évoquée également. Gabrielle seulement n'a pas trouvé de solution adéquate comme l'a mentionné L. 86-87-88 « *Je garde beaucoup pour moi, je n'ai pas trouvé de solution, je n'arrive pas à en parler à mes collègues. Je n'ai pas trouvé de soutien et ça peut être compliqué.* ».

Les professionnelles ont émis l'idée de mettre régulièrement en place des temps de paroles sur leur temps de travail comme l'a proposé Carole L. 100-101-102-103 « *Ce serait bien que ça soit instauré, tant de fois par mois, qu'on se réunisse et qu'on parle des situations délicates et difficiles. Il faudrait que ça s'associe à notre travail, qu'on instaure ce moment où les personnes du coup se livreraient plus que si c'était occasionnel à la suite d'un événement.* » afin de renforcer les moments de dialogue et de partage.

◇ **La prise en charge de la patiente**

La qualité de vie au travail des sages-femmes, principalement celles travaillant en établissement de santé, impacte sur la prise en charge de la patiente. Les entretiens mettent en évidence un manque de temps pour l'accompagnement humain des patientes et non pas pour les soins médicaux, comme l'a déclaré Claire L. 44-45-46 « *quand tu n'as pas le temps de t'en occuper tu négliges certains aspects psychologiques; t'asseoir au bord du lit, parler avec la maman, l'aider un peu plus.* ».

5. La capacité à s'exprimer et à agir (Annexes V, VI a et VI b)

◇ **Les relations de travail**

Les relations de travail englobent les relations avec la hiérarchie, et les autres professionnels (gynécologues obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puéricultures... etc.).

Certaines sages-femmes salariées ont déclaré un manque de communication et de management de la hiérarchie : Inès L. 75-76-77 « *Il n'y pas eu de retour d'expérience, alors que ça fait 9 mois que je travaille là-bas. J'aimerais savoir si on fait bien notre travail, s'il y a des choses à améliorer.* », Cécile L. 154-155 « *J'aimerais qu'on soit un peu plus soutenue par notre hiérarchie quand il y a des difficultés* ».

De plus, les relations avec la patiente et ses proches peuvent être parfois conflictuelles. Certaines sages-femmes font part d'une agressivité et d'une méfiance à leur encontre ; comme l'a mentionné Gabrielle L. 139-142 « *C'était un mari violent qui a débarqué dans mon cabinet une fois. J'étais tétanisée et je n'ai rien fait.* ».

Renforcer le service de sécurité est une proposition envisagée dans les entretiens. La communication est un moyen de réduire ces situations de violences verbales, comme l'a dit Marion L. 22 « *Le dialogue permet de désamorcer* ».

◇ **La prévention des risques psycho-sociaux**

La prévention est majoritairement suffisante pour l'ensemble des sages-femmes entendues, cependant certaines ont émis le souhait d'obtenir une observation sur terrain de la médecine du travail comme l'a souligné Pauline L. 134-135-136-137 « *Je trouve que ça manque que la médecine du travail ne propose pas de rencontre pour analyser notre qualité de vie au travail, ça serait bien qu'ils se déplacent pour voir les locaux, l'environnement, l'organisation du travail au moins sur une journée pour voir comment ça nous impacte et réfléchir à des améliorations.* ».

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

1. Limites et biais

L'absence de sage-femme homme dans l'étude ne constitue pas un biais de sélection car la majorité des sages-femmes dans la profession sont des femmes. Cependant, cela aurait pu permettre d'obtenir des données nouvelles et variées compte tenu de leur statut d'homme; un regard différent sur la profession et une vie personnelle pouvant être différente.

Quelques biais ont été révélés. La question par mail rajoutée à posteriori est un biais de sélection car un trop faible échantillon de sages-femmes interviewées y a répondu (seulement six sages-femmes sur seize). De ce fait les réponses ne seront pas généralisables, leur analyse sera toutefois effectuée.

La plupart des entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des sages-femmes durant leur garde. Malgré la disponibilité qu'elles ont accordée à l'étude, un biais de subjectivité est présent. Préoccupées par leur travail, elles n'ont peut-être pas pu se livrer totalement et manquer de temps et de recul pour étoffer leurs réflexions. Cependant, ne pas pratiquer d'entretien sur le lieu de travail des professionnels aurait ralenti, voire même mis en péril le déroulement de l'étude. La mise en commun des disponibilités de chacun n'aurait peut-être pas permis la réalisation à temps de l'ensemble des entretiens.

Ensuite, le manque d'expérience de la pratique d'entretiens semi-directifs a pu limiter l'accès aux informations. Certaines données ont été volontairement non exploitées du fait soit d'une minorité de réponses non significative, ou bien de données non exploitables par manque de précision et par manque de réel intérêt.

2. L'organisation du travail : caractéristiques et conséquences

◇ **Le travail en 12 heures : aspects positifs et négatifs**

Les 12 heures de garde sont un fonctionnement fréquent dans les établissements de santé, qui s'est développé dans les années 2000 et principalement vers 2010 (14). Le travail en 12 heures a été mis en place à des fins économiques, afin de réduire le nombre de salariés en diminuant le nombre de temps de transmission et de changement d'équipe (dans un fonctionnement en 8 heures, un changement d'équipe doit s'effectuer trois fois en 24 heures, au lieu de deux fois pour une organisation de garde de 12 heures). (14)

Au cours des entretiens, les sages-femmes d'établissement de santé ont mentionné principalement le bénéfice d'avoir de réels moments libres pour leur vie personnelle et familiale ainsi que pour se reposer comme l'ont dit Claire L. 18-19 « *On est moins souvent là. Autant être au travail autant bosser* », et Clarisse L. 24-25 « *Ça permet d'avoir des jours de repos, de venir moins souvent au travail* ». En travaillant en 12 heures, le nombre de gardes par semaine est de 3 en moyenne. Cela laisse en effet, des jours de libre dans la semaine (14). Seule Aurélie, a fait part de son envie de travailler en 8 heures, horaire typique, afin de profiter de ses proches et d'accorder ses temps libres avec eux, L. 100-101-102 « *Si on travaillait en 8h, tu viens plus travailler mais si tu fais les nuits tu pars de chez toi à 18h, lui il rentre à 19h on ne se voit pas. Si tu attaques à 21h, tu as le temps de manger avec ton copain par exemple. Niveau qualité de vie c'est pas la même chose quoi.* »

Le travail de 12 heures permet également de pouvoir mieux adapter son travail, Clarisse L. 25-26-27 « *12 heures ça nous permet d'être plus autonome dans notre travail parce qu'on sait qu'on est là pour 12 heures, on agence notre travail plus facilement.* ». Une plus grande amplitude de travail permet un meilleur suivi de la patiente et donc aux soignants de pouvoir organiser leur travail comme bon leur semble avec une marge de manœuvre et accroître ainsi leur autonomie. (15)

Ces deux arguments semblent être les deux atouts principaux du roulement en 12 heures.

Toutefois, les entretiens des sages-femmes salariées ont mis en évidence des aspects contraignants et non négligeables du travail en 12 heures ; l'amplitude horaire importante et l'intensité du travail durant les gardes, Carole L. 44-45 « *Ça me pèse le soir quand je rentre chez moi et que je suis fatiguée* ». L'organisation de travail en 12 heures augmente de 50% la charge de travail. (16)

Cinq sages-femmes sur vingt ont employé le mot « fatigue » en évoquant leur état d'esprit en venant en garde. Nous pouvons nous interroger sur l'efficacité de ces jours non travaillés pour les professionnels ; sont-ils vraiment des temps libres ou bien des jours de récupération du fait de l'intensité du travail pendant une garde ? (14). Cependant, aucune des sages-femmes n'a évoqué ce sentiment par la suite dans les entretiens, cela ne nous permet pas de conclure que les repos de sages-femmes ne sont pas efficaces.

Une question peut également se poser la question ; le travail en 12 heures est-il synonyme de travail de qualité ? L'intensité du travail lors d'une garde est variable, il arrive que les sages-femmes ne disposent pas de pauses réelles, de coupures, comme l'a dit Aurélie L. 41-42-43 « *Après ça dépend des gardes, quand c'est chargé tu ne manges pas, tu ne pisses pas, tu ne fumes pas et quand tu rentres chez toi, tu es sur les rotules et tu n'as pas envie d'y retourner le lendemain.* ».

La charge de travail est considérée comme importante durant une garde pour neuf sages-femmes salariées entendues. Selon la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), 54% des salariés des établissements publics ou privés déclarent une quantité de travail demandée important (17). Selon une étude de l'observatoire régional de la santé du Limousin (18), la charge de travail est jugée plus lourde pour les sages-femmes de niveau III, à 56%, contre 41% pour celles travaillant en niveau I. Cette différence n'est pas présente dans les réponses mentionnées; trois sages-femmes de maternité de niveau I et niveau III ont confirmé cette surcharge de travail. Cela peut toutefois s'expliquer par le niveau de pathologie des maternités, niveau qui est plus important en maternité de type III. De plus, le nombre de naissance est souvent plus élevé dans les maternités de niveau III.

Parfois, cette surcharge de travail ne permet pas une prise en charge complète, les soignants doivent reléguer au second plan la relation humaine et de proximité qu'ils entretiennent avec la patiente (19). Le manque de temps conduit à mettre de côté l'accompagnement comme l'a confié Sarah L. 51-52-53 « *Si tu es stressée parce qu'on te presse comme un citron, tu vas pas pouvoir discuter avec la patiente, la conseiller. Les jours où il y a moins de travail, où tu prends le temps d'être avec les gens, ça se passe différemment.* » Ce sentiment est partagé par 39% sages-femmes en 2015 (18). Aucune différence en fonction du type de maternité où exercent les sages-femmes entendues, contrairement aux données trouvées de 2004 mettant en avant la difficultés des sages-femmes de type III a prendre en charge correctement les patientes. (20)

Cette situation peut être mal vécue par les sages-femmes, et procurer de la frustration ou bien le sentiment d'un travail partiellement accompli comme l'a indiqué Olivia L. 191-192-193-194 qui est désormais en libéral « *Je n'arrivais pas à le faire correctement, du moins le faire comme moi je l'entendais par manque de temps. Parce quand on a minimum trois patientes, on ne peut pas accorder le temps qu'il faut à la patiente sans péridurale.* ». En effet, les sages-femmes sont considérées, selon une étude de 2018 menée par la DARES (13), comme « stressées et empêchées » c'est à dire que le travail est intense et ont de nombreux conflits éthiques.

L'intensité du travail des sages-femmes est principalement lié au travail même de sage-femme, l'accompagnement, la prise en charge du couple mère-enfant.

Cependant, six sages-femmes ont fait part d'un trop plein d'autres sollicitations au cours de leurs gardes. Comme l'a dit Pauline L. 31 « *Malheureusement, on fait secrétaire, pharmacie, ménage, gestion des périmés* ». Ces sollicitations sont majoritairement mal vécues par les sages-femmes qui estiment que ce n'est pas leur rôle comme l'a dit Danielle L. 74-75-76-77 « *on est de plus en plus amener à la clinique à devoir gérer des rideaux, des lits qui ne marchent pas, des repas qui ne sont pas bons, des changements de chambre. Ça me pèse parce que j'estime que ce n'est pas mon travail.* ». Ces sollicitations sont sûrement dues à un manque d'organisation, de répartition des tâches dans le service, et un manque de personnels compétents.

La conséquence première de l'amplitude horaire est la fatigue pour les professionnelles, une fatigue à la fois physique et morale. En effet, quatorze sages-femmes salariées nous ont fait part d'un sentiment de fatigue en sortant de garde. Selon l'HAS, une augmentation de la fatigue est constatée à la fin d'un poste de 12 heures (21). Les postes de travail de 12 heures nécessitent en effet une vigilance, une attention prolongées (22). Les fonctions cognitives des soignants, « Fonctions qui organisent et contrôlent les actes volontaires d'une personne ; le langage, le savoir-faire, la reconnaissance visuelle et les fonctions exécutives. » (23) sont altérées par cette organisation de travail (22). Le nombre d'erreur médicale est plus important, proportionnellement à la durée de travail quotidienne ou hebdomadaire. L'étude n'a toutefois pas mis en lumière le lien entre l'augmentation des erreurs médicales et le travail en 12 heures.

Carole a proposé de mettre en place L. 48-49 « *une mini pause qui permettrait de couper, comme je ne fume pas, donc je ne sors pas dehors et ça me manque.* » Ce temps de repos durant une garde de 12 heures serait bénéfique pour les sages-femmes pour leur efficacité et leur bien-être. Un temps de pause de 20 minutes est accordé à tout salarié travaillant pendant 6 heures (24). Dans le domaine médical, la mise en place de cette pause n'est pas toujours possible du fait de l'activité non prévisible notamment en salle de naissance et de l'impossibilité de la sage-femme à laisser son service sans surveillance (étant une sage-femme pour le service souvent).

De plus, la mise en place de sage-femme, ou bien d'aide-soignante supplémentaires permettrait de palier à ces difficultés de prises en charge des patientes ainsi que de diminuer la charge de travail (25) ; comme l'a souligné Danielle L. 25-26-27 3 « *Il faudrait de l'aide humaine, pas forcément une sage-femme. En suite de couches, une aide-soignante avec moi serait bénéfique* ». Toutefois, aucune distinction jour/nuit n'a été faite par les sages-femmes concernant le besoin d'aide humaine supplémentaire.

Alice a préconisé L. 114-115 « *Il faut remanier les équipes et revaloriser leur travail et leur faire comprendre qu'on travaille ensemble, que j'ai besoin de toi et que tu es capable de m'aider.* ». En effet, au-delà de rajouter des professionnels dans les établissements, une réorganisation, une répartition plus précise des tâches, et un travail d'équipe participeraient à l'amélioration de la qualité et à la diminution de la quantité de travail (25) ; Sarah l'a confirmé L.11-12-13 « *Ça serait vraiment bien que toutes les aides-*

soignantes donnent en systématique le pot pour uriner aux patientes, ça serait un gain de temps et une meilleure organisation. »

Les sages-femmes libérales entendues ont une autonomie dans leur planning, qui leur permet d'organiser leurs horaires de travail en accord avec leurs vies familiales et personnelles. Si on reprend l'étude faite en Limousin (18), 88% des sages-femmes libérales ont considéré leur activité professionnelle très satisfaisante. Seulement, Gabrielle, jeune sage-femme libérale, a trouvé son rythme de travail intense et fatiguant. L'expérience est certainement l'élément clé. Les années d'ancienneté en libéral permettent de trouver une organisation adaptée comme l'a souligné Olivia sage-femme libérale depuis 4 ans, L. 89-90-91 « *Au début je me faisais un peu envahir, donc j'ai réduit l'amplitude horaire. Ça me permet d'être mieux et d'avoir moins de stress* ». Suzanne a exprimé l'importance selon elle d'avoir une expérience en établissement de santé avant de pouvoir effectuer du libéral, L. 82-83-84 « *Il faut trouver sa confiance au sein d'une équipe puis après on va dans le monde du libéral. Il faudrait instaurer des années en établissement comme pour les infirmières.* ».

◇ **Le travail de nuit**

En 2012, la DARES estimait à 15,4% le pourcentage de salariés travaillant de nuit (18). Le travail régulier de nuit touche 2 sages-femmes sur 3 selon une étude de 2015 menée par l'Observatoire régional de la santé du Limousin (18). Ce travail de nuit n'est pas dénué de conséquences.

Olivia a fait part de son ressenti lorsqu'elle a arrêté de travailler les nuits L. 162-163-164 « *j'ai mis 6 mois à retrouver un sommeil normal, à avoir sommeil entre 23 heures et minuit et me réveiller correctement. On ne se rend compte de tout ça qu'une fois que l'on arrête d'en faire* ». En effet, l'activité de nuit entraîne une désynchronisation des rythmes physiologiques d'éveil/sommeil (26). La qualité et la quantité de sommeil sont nettement diminuées, ce qui cause sur le long terme une accumulation de fatigue (26), Alice L. 182-183-184 « *Maintenant on fait 6 mois de jour et 6 mois de nuit. J'avoue que maintenant c'est un peu épuisant les nuits, je suis contente de revenir de jour.* »

Suzanne L. 59-60-61 a confié « *Je ne pense pas que ce soit humain de se dire que l'on peut rester 12 heures de nuit aussi concentrée et pouvoir gérer une urgence après 10 heures de garde chargée sans se poser.* ». Le travail de nuit est en effet caractérisé par un ralentissement du temps de réaction, une baisse du niveau de vigilance et une augmentation du nombre d'erreurs (26). De plus, le travail de nuit est la cause de complications métaboliques (obésité, diabète de type 2), cardiaques ainsi que de cancer (cancer du sein principalement) (26).

Au vu des contraintes et conséquences liées au travail de nuit, les sages-femmes aimeraient améliorer leur vécu des nuits en rajoutant des fauteuils confortables pour se relever et soulever leurs jambes. Se reposer pendant la garde serait bénéfique afin de récupérer de l'énergie et de la concentration (25). Les recommandations relatives au travail en 12 heures élaborées par le Ministère des affaires sociales et de la santé, préconisent d'aménager des pauses dans des lieux adaptés (16). En effet, une sieste de 20 minutes dans un lieu calme durant une garde de nuit de 12 heures semble bénéfique sur les fonctions cognitives et la performance (26). En France rien n'est précisé dans la législation sur le fait de dormir au travail, et notamment de nuit.

◇ **Le rythme des gardes**

Les entretiens ont révélé l'importance pour les professionnels de la régularité des gardes de nuit ou de jour ou bien d'avoir un roulement fixe (alternance jour/nuit) sur le long terme comme l'a mentionné Marion L. 27-28-29 « *Il faudrait un roulement tout nuit ou tout jour, mais c'est n'importe quoi de changer d'une semaine à l'autre ou même dans la même semaine, jour ou nuit.* ». Les gardes de nuit sont mieux vécues par les professionnels lorsqu'ils en font régulièrement (25). De plus, la baisse de la vigilance et la somnolence sont plus présentes chez les soignants faisant des gardes de nuit ponctuellement (25). Les roulements exclusivement de nuit ou de jour pendant une longue période ou bien une alternance jour/nuit fixe de semaine en semaine permet au corps de s'habituer, de trouver un équilibre et ainsi améliorer la qualité de vie globale des soignants (27). En effet, afin de respecter la chronobiologie, le Ministère des affaires sociales et de la santé préconise la mise en place de périodes horaires alternées jour/nuit uniquement pour des durées minimales de 15 jours. (16)

3. Un environnement de travail pesant

◇ Le matériel et le lieux de travail

Le matériel reste problématique pour la majorité des sages-femmes salariés, quant à l'ergonomie, la quantité et les moyens mis en œuvre pour l'approvisionnement.

Le manque de moyens financiers est la cause principale de cet pénurie de matériel ; Aurélie L. 14-15-16 « *L'hôpital public n'est pas dans les priorités de qui que ce soit, donc on manque de moyens financiers et tout découle de ça. Quand tu as des sous, tu peux embaucher du personnel, acheter du matériel, tu peux faire des travaux.* », Carole L. 26-27-28 « *C'est un peu compliqué quand on doit répondre aux patientes qu'on n'a plus de papier toilette parce que l'hôpital n'a pas payé, ou qu'on a plus de drap* ».

En effet, de nombreuses réformes, l'ordonnance de 2003 sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé et la réforme sur la tarification à l'activité de 2007, ont favorisé l'augmentation de l'activité au détriment des investissements apportés aux établissements (28). Dans la Fonction publique hospitalière, 27% des salariés estiment ne pas avoir assez de moyens matériels pour travailler (28). Parmi les sages-femmes interviewées travaillant en hôpital public, six professionnelles sur huit ont constaté un manque de matériel pour pouvoir travailler convenablement. Nous constatons que les sages-femmes les moins touchées par cette problématique sont celles travaillant en établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). Les investissements s'avèrent être plus conséquents que dans les établissements publics (29)(30). De plus, nous pourrions penser que les sages-femmes travaillant en clinique estimeraient une quantité de matériel suffisante mais seulement la moitié des sages-femmes étaient satisfaites. En effet, le niveau de rentabilité des cliniques dans le secteur de l'obstétrique est en diminution ce qui pourrait expliquer ce résultat. (31)

Le manque de matériel n'est pas sans répercussion, il peut être la cause d'un retard de prise en charge, d'un agacement des professionnels impactant forcément sur leur qualité de vie au travail ; Anaïs L. 12-13-14 « *Je pense que si les moyens en matériel ne sont pas présents, ça altère notre travail et son organisation. On perd du temps, on*

cherche dans toutes les salles le matériel. ». Selon la DARES, ce manque de matériel et d'ergonomie ne permettent pas aux salariés d'effectuer leur travail dans de bonnes conditions ; il y a une adéquation entre les objectifs fixés et les moyens dont disposent les professionnels. Cette discordance est la source de tension chez le professionnel, et constitue un facteur de risques psychosociaux (32). Les professionnels soumis à des facteurs de risques psychosociaux perçoivent un état de santé altéré. Dans l'étude aucune des sages-femmes entendues n'a mentionné des éléments en accord avec ça (32).

◇ **La lourde place de l'administratif (manuel / informatique)**

L'administratif répond tout d'abord à une demande de traçabilité des actes des professionnels (33). La majorité des sages-femmes entendues, salariées et libérales confondues, se sont accordées à dire que l'administratif était chronophage ; Gabrielle L. 99-100 « *L'informatique est un calvaire pour moi ! Ma collègue a instauré l'ordinateur et ça m'énerve.* », Sarah L. 100-101 « *On croule sur les papiers, les protocoles qui veulent qu'on fasse comme ça. Il faut que la trame soit comme ci, comme ça.* ». En effet, l'observatoire régional de la santé avait déjà en 2016 pointé la lourdeur des tâches administratives pour 66% des sages-femmes.(18)

Le temps passé à s'occuper de l'administratif est du temps que les professionnels ne passent pas auprès des patientes (17) comme l'a annoncé Aurélie L. 87-86 « *Des fois tu as l'impression de passer plus de temps à faire de l'administratif qu'auprès de la patiente.* ».

Ce qui semble être le plus contraignant pour les sages-femmes entendues est l'augmentation de l'administratif informatique qui se rajoute souvent à l'administratif manuel, qui occupait déjà une place importante (17). En effet, le travail sur l'écran a connu un essor entre 1994 et 2010, même si les soignants ne font pas partie des professionnels passant le plus de temps devant un ordinateur, cela représente une partie importante de leur journée (28). Les sages-femmes ainsi que l'ensemble des personnels soignants ont beaucoup développé l'utilisation de l'informatique ces dix dernières années. Ils font partie des professionnels consacrant en moyenne dans la journée, trois heures de leur temps à la saisie informatique (34). En 2004, une étude (20) a montré que

la part des tâches administratives était plus souvent qualifiées de « raisonnable » dans les cliniques, en ESPIC, qu'en établissements publics. Cependant, l'étude n'a montré aucune différence selon le type d'établissement.

L'administratif informatique n'est pas toujours maîtrisé, révélant un manque d'expérience (33) ; c'est le cas de Camille nous livrant que l'aide de ses collègues était primordiale parfois.

De nombreuses sages-femmes ont fait part de plusieurs pistes d'amélioration pour palier à ce problème ; l'acquisition de matériel plus performant, des logiciels plus pertinents, adaptés au travail des sages-femmes, et surtout la présence d'une secrétaire dans l'établissement qui assurerait ce travail afin d'alléger le travail administratif. Seules les tâches non médicales lui seraient confiées. La présence d'une secrétaire a considérablement diminuer la charge de travail d'Olivia L. 96-97 « *Ça me dégage de mon anxiété et la charge psychologique du téléphone, c'est abominable ça en libéral.* », qui peut effectuer ses consultations en toute sérénité.

4. Une rémunération insuffisante

A cette question lors des entretiens, toutes les sages-femmes entendues n'ont pas hésité une seconde à répondre. Des mots forts ont souvent été exprimés « *Horrible* », « *Oula* », « *A pleurer* », « *Inadmissible* », « *Insuffisante* », accompagnés parfois de rires. Leurs réponses ont été défavorables pour la majorité. L'avis d'Aurélie, de Suzanne et de Géraldine divergent. Cela peut s'expliquer par la double activité (libérale et salariale) que pratiquent Suzanne et Géraldine. Suzanne effectue des actes hors nomenclatures en libéral. Géraldine travaille dans un établissement privé en tant que vacataire et allie également une activité libérale, par contre elle a déclaré avoir peu de temps de repos ; L. 62-63 « *C'est compliqué* », « *je travaille tout le temps* ».

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé (34), le salaire mensuel brut d'une sage-femme salariée est d'environ 1980 euros en début de carrière et de 3820 euros en fin. Concernant les sages-femmes libérales, le salaire moyen est de 2426 euros, tout dépend toutefois de l'importance de l'activité libérale. Un manque de reconnaissance concrétisé par une rémunération insuffisante est au cœur de ce mécontentement.

La rémunération des sages-femmes ne semble pas justifiée du fait d'une importante responsabilité, de la durée de la formation, des horaires atypiques, et de la charge de travail. Également, pour les sages-femmes libérales, le temps passé auprès des patientes n'est pas en adéquation avec la rémunération. En effet, en 2010, Philippe Charrier, enseignant-chercheur à l'Université de Lyon (35), met en avant un niveau de rémunération insuffisant au regard du niveau de formation initiale, des prestations, des compétences et des responsabilités des sages-femmes.

◇ **La responsabilité**

Les compétences de sages-femmes sont variées. Elles assurent la préparation à la naissance et à la parentalité, le suivi de grossesse physiologique, les échographies (avec obtention d'un diplôme universitaire), le suivi de travail, l'accouchement, l'accueil du nouveau-né (examen clinique, réanimation si nécessaire), la surveillance dans le post-partum (à l'hôpital mais également après le retour à la maison pour le couple mère enfant). Les sages-femmes ont également des compétences de prévention, d'éducation à la santé, de dépistage et de diagnostic. L'ensemble de ces compétences engage la responsabilité des sages-femmes. Cette responsabilité est plus présente selon les sages-femmes interviewées en salle de naissance. Cela s'explique par l'acte lui-même ainsi qu'un risque plus important d'erreur du fait de la présence plus élevée de situations d'urgence ; Clarisse L. 55-56-57 « *J'estime être à l'abri par rapport à mes collègues qui travaillent en salle de naissance, qui à mon avis sont plus exposées aux situations urgentes, aux fautes, aux risques vitaux sur la mère et l'enfant.* ». L'exercice d'une responsabilité est un critère dit « rémunéré » c'est à dire compensé par un supplément de salaire par l'entreprise (36). C'est ce manque de prise en compte de leurs responsabilités que mettent en avant les sages-femmes.

◇ **La formation initiale**

Le revenu mensuel moyen après un bac+5, c'est-à-dire à la sortie des études, seraient entre 2500 et 3000 euros net (37). En tant que sage-femme nous sommes loin de cette rémunération.

◇ **Les horaires atypiques**

Comme énoncé précédemment, les horaires de travail de sages-femmes sont dits atypiques. Ce n'est qu'à ce moment de l'entretien (questions relatives à la rémunération), que les professionnelles ont fait part d'autres aspects de leurs horaires; celui du travail les jours fériés et les week-ends ; Pauline L. 36-37-38 « *Je pense qu'on est pas assez payée par rapport à nos gardes de nuit, pendant les week-ends, les jours fériés et les fêtes. Il y en qui sont bien plus payés en travaillant dans des magasins les week-ends et pendant les fêtes.* ». Deux tiers des sages-femmes travaillent régulièrement le week-end entraînant ainsi une dégradation de leur QVT. (18)

Le travail en 12 heures n'est pas vécu de manière négative comme déjà souligné. Cependant, associée à la faible rémunération, cette organisation horaire semble devenir alors problématique ; non rémunérée à sa valeur.

◇ **Le temps passé auprès des patientes**

Cet élément concerne uniquement les sages-femmes libérales. Lors de son installation, la sage-femme libérale a le choix d'adhérer à la convention nationale. Son adhésion implique en outre le respect des tarifs conventionnels fixés par la sécurité sociale (37) ; à une tarification est associée un temps de réalisation de l'acte (38).

Les quatre sages-femmes libérales entendues réalisent leurs actes sur une durée supérieure que celle instaurée par la sécurité sociale ; Gabrielle L. 40-41-42-43 « *Vu le temps qu'on passe avec les patientes, la consultation à 23 euros ça fait pas beaucoup. Quand je vais voir une patiente à domicile, j'en ai pour au moins une heure, le temps de voir la maman, de répondre à ses questions, de voir l'allaitement et si elle a mal, de faire les soins.* », Suzanne a mentionné la rééducation du périnée L. 44-45-46-47 « *Déjà 19 euros pour 30 min c'est pas cher payé, ça fait du 40euros de l'heure, et on ne vit pas avec ça, surtout qu'il ne reste que 20 euros à la fin pour nous. Certaines sages-femmes font le choix de raccourcir et ne font que 20 min, moi je fais 30 min voir plus mais j'y associe un travail global* ». Elles considèrent de ce fait ne pas être payées correctement pour le temps passé et l'investissement auprès des femmes. Selon une étude de l'IRDES de 2005 (11), 54% des sages-femmes libérales déclaraient déjà avoir une rémunération insuffisante.

En janvier 2019, suite à un accord avec l'assurance maladie et deux syndicats représentatifs des sages-femmes libérales (l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes : ONSSF, et l'Union nationale et syndicale des sages-femmes : UNSSF) les consultations, les visites à domicile, ainsi que les séances de rééducation du périnée, considérées comme des actes importants, ont été revalorisées. Les effets de cette nouvelle revalorisation ne seront visibles que sur le long terme. (39)

Pour pallier à cet insuffisance, Suzanne effectue des actes hors nomenclatures et Olivia pratique des actes gynécologiques ; L. 127-128-129 « *Je fais beaucoup de gynécologie, ce qui permet d'augmenter mon chiffre d'affaire parce que ce que l'on fait le plus en général en libéral c'est la rééducation du périnée qui est l'acte le moins bien rémunéré de tous.* ».

La faible rémunération ne semble pas impacter la satisfaction au travail des sages-femmes. En effet, le salaire horaire n'est pas corrélé avec la satisfaction (36). Dans l'étude, le salaire n'est pas un facteur direct du manque de motivation des sages-femmes.

5. Les émotions vécues par les sages-femmes

◇ **La gestion charge émotionnelle**

Les sages-femmes sont confrontées à des situations émotionnellement dures (mort fœtale in-utéro, interruption médicale de grossesse, fausse couche, patientes ayant des parcours de vie difficiles) pouvant de ce fait les déstabiliser. Toutefois, toutes les sages-femmes entendues n'ont pas décrit un mal-être face à ces situations : Inès L. 68-69-70 « *Ça m'impacte pas trop, je ne sais pas pour quelle raison, peut-être pour me protéger. En 4 ans j'en ai fait des interruptions médicales, de grossesses et des morts fœtales et ça me glisse un peu dessus.* ».

Les sages-femmes interviewées, utilisent principalement le dialogue, le partage avec les autres professionnels (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens) afin de faire face à des situations critiques : Pauline L. 74-75 « *Heureusement qu'il y a les collègues, qui sont aussi des amies. On est une équipe et on se serre les coudes* ». Entre

professionnels de santé, le partage des émotions et des événements peut être fait afin de se rassurer en recherchant l'approbation de ses pairs. Dans certains établissements, des réunions, des revues de mortalité et de morbidité (RMM) sont organisées afin de débriefer sur ce qu'il s'est passé. En effet, ces regroupements permettent également de renforcer le travail d'équipe, la confiance et la performance de groupe (40).

Malgré la présence d'un dialogue possible, certaines sages-femmes ont pensé qu'il était nécessaire d'instaurer au sein de leurs gardes des temps de regroupement obligatoire où une analyse, une discussion de certains cas, sources de souffrance, pourraient être envisagées. L'objectif de la régularité de ces regroupements serait de libérer plus facilement la parole des soignants et d'appréhender plus sereinement de nouvelles situations. En effet, le psychanalyste Balint a mis au point une méthode visant à résoudre des difficultés liées à la relation de soins (41). Ces groupes permettent d'analyser, de prendre du recul sur des faits et des difficultés relationnelles rencontrées. (41)

Neuf sages-femmes salariées entendues bénéficient d'un psychologue à leur écoute dans le service. L'entourage familial et les activités personnelles exercées par les sages-femmes semble être également une aide afin de faire face à la charge émotionnelle du métier. Olivia a mentionné l'utilisation des réseaux sociaux comme moyen de partage avec des consœurs. De plus, l'association "Soins aux professionnels en santé" a mis en place une plate-forme d'appel pour les soignants, depuis fin 2016 (43) qui peut être utilisée.

Quel que soit l'interlocuteur, la verbalisation des ressentis, le partage d'expérience permettent à chacun de clarifier la situation, et ainsi de prendre du recul. Cela est bénéfique pour la santé physique et psychologique (42). La maîtrise et le mépris de ces émotions est la source de nombreuses tensions chez l'individu. (43)

◇ **Appréhension ressentie**

Ce thème a été retrouvé uniquement dans la question concernant l'état d'esprit des professionnelles en allant en garde. Cinq sages-femmes ont fait part d'un sentiment d'appréhension. L'appréhension est définie par le dictionnaire Larousse comme une

« crainte vague d'un danger futur » (44). Cette appréhension peut être positive ou bien négative. Ce sentiment est associé à l'imprévu du métier de sage-femme, aux aléas du métier (17) principalement en salle de naissance.

6. Le manque de reconnaissance et ses impacts

La reconnaissance se définit comme étant « la démonstration sans ambiguïté du fait que nos réalisations, nos pratiques de travail et notre personne sont appréciées à leur juste valeur » (45). Le travail est un lieu clé de réalisation personnelle, qui nécessite une reconnaissance importante (45).

Dans un premier temps on parle de « reconnaissance existentielle » ; c'est à dire la prise en considération des besoins primaires (45). Les sages-femmes entendues ont mis en avant la nécessité pour elle d'être soutenues et entendues par leur hiérarchie sur des points tels que les conditions de travail (matériel à disposition), la prise en compte de leurs avis dans les décisions médicales et organisationnelles ; Inès L. 107-108-109 « *tu restes motivée parce qu'il y a des choses qui sont mises en place, parce que tu as une super autonomie, donc tu viens bosser motivée. Quand tu te sens soutenue tu as envie de faire mieux, de bien faire c'est certain !* », Anaïs L. 75-76 « *Il n'y pas eu de retour d'expérience, alors que ça fait 9 mois que je travaille là-bas. J'aimerais savoir si on fait bien notre travail* ». Selon une étude de la DARES de 2017 (32), le manque de reconnaissance au travail se retrouve chez 22% des professionnels de santé. Le sentiment d'être peu reconnu par la hiérarchie médicale est ressenti par environ 54% des sages-femmes dans l'ex Limousin (18). Il est important que la hiérarchie soit active dans l'amélioration des conditions de travail, et porteuse de la voix des sages-femmes à grande échelle. Le manque de reconnaissance est reconnu comme le facteur prédominant de l'altération de la qualité de vie au travail des sages-femmes (46).

Le modèle effort / récompense de Siegrist démontre qu'un déséquilibre entre l'investissement et le retour (récompense) est un facteur de charge mentale (47). Les soignants sont en attente d'une certaine reconnaissance à la suite des tâches accomplies. Ils puisent ainsi la reconnaissance et la satisfaction d'accomplissement auprès des patients ; Céline L. 86-87 « *Heureusement que les patients nous valorisent, c'est agréable d'entendre dire qu'on a bien travaillé.* » Cette fois-ci on fait écho à la reconnaissance des résultats du travail et la reconnaissance de la pratique du travail

(45). Après une garde, la majorité des sages-femmes ont déclaré une satisfaction du travail accompli ; « *contente de ce que j'ai fait* », « *je suis contente parce que j'ai pu répondre aux besoins de mes patientes* ». Ce sentiment prend source dans la relation avec la patiente, à travers le retour de ces dernières en valorisant le travail utile, efficace et le soutien de la sage-femme.

En ce qui concerne les sages-femmes libérales, l'absence de hiérarchie directe met de côté l'importance de la reconnaissance « hiérarchique » et privilégie la reconnaissance « sociale » par les patients principalement.

Ces deux catégories de reconnaissance semblent primordiales, plus la reconnaissance est multiple (niveau « social » regroupant les patients, et proches de patients, et niveau « hiérarchique ») plus elle valorise le soignant. (45)

Le manque de reconnaissance et de soutien impactent directement sur la motivation des sages-femmes salariées entendues. Les sages-femmes libérales quant à elles, semblent épanouies et motivées. Elles sont autonomes dans la gestion de leur travail, de leur horaire, de leur environnement de travail.

La théorie d'Herzberg, datant des années 70, met en lumière les facteurs de motivation qui apportent une satisfaction aux employés ; les accomplissements (réalisation d'un travail bien fait), la reconnaissance des accomplissements, le travail proprement dit, la responsabilité, la promotion ou avancement, la possibilité de développement (48). Ces facteurs sont ceux énumérés principalement par les sages-femmes au cours des entretiens. En effet, elles mettent en avant, une démotivation multifactorielle, causée par un manque de prise en compte de leur travail, de leurs paroles, et de leurs responsabilités; Pauline L. 95-96 « *Oui parce qu'on serait plus investi et motivé à faire des choses dans le service si on se sentait plus écouté, plus entendu et rémunéré correctement* ». Une sage-femme sur quatre dans la région anciennement du Limousin ressentent une forte lassitude au travail. (18)

Ensuite, sur les six sages-femmes salariées qui se considèrent motivées, quatre d'entre elles ont entre 63 et 45 ans. Pour les sages-femmes plus jeunes, est-ce un réel choix que d'exercer la profession de sage-femme ? En effet, le choix professionnel des sages-femmes est de moins en moins marqué par l'idée de vocation (36). Depuis 2010, la première année commune aux études de santé est nécessaire pour entrer en école de maïeutique. Des étudiants se retrouvent par défaut dans le cursus sage-femme.

Par contre, aucune sage-femme entendue n'a déclaré vouloir changer de métier.

7. L'importance et la complexité des relations de travail

◇ Relations entre professionnels

Les relations de travail avec la hiérarchie et les autres professionnels de santé sont dans l'ensemble bonnes. L'étude menée dans l'ex Limousin (18), met en évidence des relations de travail relativement bonnes. Durant l'entretien, la plupart des sages-femmes ont répondu de manière très succincte à ces questions.

Le management a été évoqué particulièrement au moment du sujet sur la motivation et sur le rythme de travail. En effet, le peu d'implication de la hiérarchie dans les établissements de santé nuit à la motivation et à l'investissement des sages-femmes. C'est l'une des raisons pour laquelle Olivia a quitté l'établissement de santé dans lequel elle travaillait pour s'installer en libéral ; L. 13-14-15 « *j'avais de très mauvaises relations avec l'une des cadres, je représentais mes collègues donc forcément j'étais là pour prendre. Cela a pris une telle ampleur que ça ne valait pas le coup.* », L. 51-52-53 « *Il y avait un manque d'idée, en 5 ans il n'y a pas eu un seul projet de service, aucun moteur dans la maternité, et bien sur toutes les idées proposées par des tiers étaient refusées.* ».

Une bonne relation avec son supérieur hiérarchique est le facteur principal de performance au travail (45), cela peut donc fortement impacter le soignant si ce n'est pas le cas. On parle de « soutien organisationnel » (49), c'est à dire la valorisation du travail effectué et la considération du bien être par l'employeur (49). De plus, les sages-femmes entendues ont mis en avant l'importance de l'appartenance à une équipe et à un groupe comme facteur d'une qualité de vie au travail satisfaisante.

Le management se définit comme étant « l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise » (50). Il existe différents types de management ; autocratique, démocratique participatif et du « laissant faire ». Parmi les dires des sages-femmes, le management du « laissant faire » semble être prédominant. Le management participatif est un management prônant les formations, les staffs pluridisciplinaires (réunion entre professionnels, et la démarche de projet au sein de l'établissement. (45). Le développement du travail en équipe et des formations participent activement à la reconnaissance des soignants (45). Concernant les formations, l'étude a montré que plusieurs sages-femmes considéraient insuffisant l'accès à la formation de leur choix. Il apparaît que ce sont majoritairement les mêmes sages-femmes qui ont exprimé un manque de management de la part de leur hiérarchie. Le management participatif favorise également le travail en équipe, qui semble être satisfaisant pour l'ensemble des sages-femmes entendues (à l'exception de trois sages-femmes). Un management adapté et bien réalisé valorise les relations de travail, l'autonomie, la mise en place d'innovations, la participation à des décisions aboutissant à une amélioration de la satisfaction des soignants et une meilleure reconnaissance au travail (46).

Les sages-femmes ont émis l'hypothèse de former les sages-femmes coordinatrices aux méthodes de management. Afin de pouvoir accéder au poste de sage-femme coordinatrice (anciennement sage-femme cadre), il est nécessaire d'être au moins au 5^{ème} échelon du grade 2, d'avoir au moins 3 ans d'ancienneté dans le 2^{ème} grade ainsi que d'être titulaire d'un diplôme cadre sage-femme ou d'un diplôme de gestion et pédagogie dans le domaine de la périnatalité (51). Par manque de précision et d'informations, il n'est pas possible de connaître les formations réellement suivies par les sages-femmes coordinatrices.

Ensuite, les sages-femmes font partie des professionnels de santé où le stress lié aux conflits entre soignants est le facteur principal d'épuisement professionnel (52). Dans l'étude, les sages-femmes n'ont pas évoqué de réelles difficultés relationnelles entre soignants (médecins et autres catégories professionnels)

Elles ont fait part toutefois d'une demande de création de groupe de réunion entre professionnels pour échanger autant à propos des patientes, de moments forts en émotion, que de l'organisation du travail et du service. Ce souhait rentre dans une démarche de gestion de conflit et de partage ; l'absence de discussion dans le travail est source de contradictions et de non-dits non résolus (53). Ces espaces de discussion sur le travail favorisent l'expression, et la logique de collégialité (53). Cela permettrait de prendre en compte l'avis des sages-femmes et de les impliquer comme membre à part entière de l'équipe. Le travail en équipe augmente le bien-être ressenti au travail (47). La HAS a mis au point un Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) qui vise à améliorer, la qualité des soins, la sécurité des patients dans les établissements de santé, la reconnaissance des compétences de chaque professionnel et le sentiment d'appartenance à une équipe (54). Ce programme pourrait être déployé et servir de base afin de favoriser le travail en équipe.

◇ **Relation sage-femme / patientes / proches de patientes**

La relation soignant soigné est fondamentale aussi bien pour le patient que pour le soignant. Elle peut être source de satisfaction, de valorisation du professionnel comme explicité précédemment.

Cependant, elle est souvent mise en péril par de l'agressivité, de la méfiance de la part du patient et des proches des patientes. Les sages-femmes ont fait part d'une agressivité principalement verbale de la part des patientes ou proches des patientes ; Sarah L.142 « *On y est confronté un peu tous les jours, je me suis fait une ou deux fois insulter.* ». Suite à l'étude menée dans l'ex région du Limousin (18), une sage-femme sur deux a subi des violences physiques ou verbales au cours des deux dernières années. Selon la DARES, 10% des salariées hospitalières ont rencontré des tensions avec le public dans leur travail (32). Les sages-femmes entendues n'incriminent pas forcément les patients, mais mettent en avant le manque de communication, l'état de stress des patientes et de leurs proches, liés à leurs présences à l'hôpital. En effet, une communication insuffisante ou des gestes inadaptés peuvent être source d'agressivité de la part des patients (55). Un sentiment d'insécurité, de peur peut également expliquer ces comportements. (55)

Cette agressivité peut causer un état de souffrance, d'impuissance chez les professionnels ; Céline L. 101 « *J'ai du mal à gérer l'agressivité des gens, ça m'agresse.* ». La violence vient en retour d'un investissement de la part de la sage-femme ; Aurélie L. 127-128 « *Et c'est dur, on donne tout pour vous aider et on s'en prend plein la gueule* ». Les tensions relationnelles avec les patients sont un facteur de risques psycho-sociaux (32). Une relation soignant-soigné conflictuelle augmente le risque de symptômes dépressifs et anxieux (32). Dans l'étude, seule Carole a fait part d'un suivi chez un psychologue afin de gérer son stress lié à son travail.

Comment les soignants peuvent-ils gérer cette agressivité ? Tout d'abord, par le biais d'un service de sécurité qui n'est pas toujours optimum selon les sages-femmes entendues. Les personnels de sécurité interviennent dans 29% des cas de violences à l'hôpital (55). Ce qui peut laisser à penser que les soignants arrivent à régler le conflit par eux-mêmes dans la majorité des cas. Ce dispositif est valable uniquement pour les sages-femmes salariés. Des formations peuvent être délivrées pour la gestion des tensions et de l'agressivité avec le public autant pour les professionnels salariés que libéraux. Il est nécessaire de mettre en place un suivi régulier afin de maintenir les informations et les compétences enseignées. (56)

Ensuite, l'étude a mis en lumière la méfiance des patients et proches de patient envers les soignants. En effet, la relation soignant soigné anciennement basée sur la confiance est confrontée actuellement à la méfiance. Depuis la loi de mars 2002, de nouveaux droits ont été accordés aux patients, les rendant acteurs à part entière de leur santé et de leurs décisions (57). Le patient souhaite plus souvent savoir ce qui lui est fait. De plus, l'accès à des sources extérieures, comme internet, permet aux patients d'avoir des informations pas toujours exactes qui peuvent fausser et mal interpréter les actes des soignants. (58)

8. Vers une démarche de qualité de vie au travail ?

La prévention semble être adéquate pour les sages-femmes interviewées. Leur souhait est d'obtenir une intervention sur le terrain de la médecine du travail. Cette intervention pourrait être la deuxième étape d'une démarche de qualité de vie au travail (le diagnostic), la première étant de concevoir la démarche en mettant en place le cadre et les enjeux (5). Ce diagnostic consiste à identifier les problématiques par l'intermédiaire

d'une enquête sous forme de questionnaire, ou bien d'interventions et d'observations sur le terrain (5). Un déplacement de la médecine du travail pourrait être vécu dans un premier temps comme une reconnaissance et une considération des revendications des sages-femmes. Secondairement, cela leur permettrait d'expliquer et de montrer plus facilement les difficultés rencontrées dans leur quotidien.

Dans les établissements où les sages-femmes travaillent, des enquêtes par mails ont déjà été réalisées. Cependant, aucun résultat de l'enquête, ni répercussion n'ont été malheureusement observés par la suite : Céline L. 113-114 « *Il y a deux ans on a reçu un questionnaire sur notre qualité de vie au travail, mais nous avons eu aucun retour et il n'y a pas eu d'amélioration constatée.* ». Des ateliers de détente ont pu être également mis en place.

Sur les six sages-femmes qui ont répondu secondairement à cette question, aucune n'a été sollicitée pour une démarche de qualité de vie au travail autre que de répondre à ces enquêtes par mail. L'avis est partagé concernant leur volonté d'y participer. Pour certaines d'entre elles, le temps passé pour cette démarche de qualité empiéterait sur leur temps personnel. D'autres sont plutôt intéressées pour y participer et être actrices.

Ensuite, les pistes de réflexion proposées par les sages-femmes sont restées basiques et généralistes (matériel, rémunération, management, reconnaissance). Cela démontre qu'elles ne sont pas satisfaites à ce niveau. En référence à Maslow (pyramide des besoins) (48), tant que les besoins primaires ne sont pas satisfaits, les besoins supérieurs ne sont que secondaires, voire non prioritaires. Durant les entretiens, les réponses sont données sans réflexion préalable. Pour être force de proposition, un temps de réflexion aurait été bénéfique.

V. CONCLUSION

A travers des entretiens qualitatifs, cette étude a permis de mettre en lumière la qualité de vie au travail des sages-femmes salariées et libérales. De nombreuses différences opposent les sages-femmes salariées et libérales.

La restriction budgétaire des établissements de santé explique en partie certains aspects négatifs des conditions de travail ; environnement de travail, le manque de personnels.

L'étude montre la surcharge de travail des sages-femmes salariées causée par l'amplitude horaire et la place prédominante de l'administratif.

Le manque de reconnaissance économique et sociale (tant par la hiérarchie que par les autres professionnels de santé), semble être au cœur des revendications, et des luttes des sages-femmes. Cette reconnaissance insuffisante met en péril la motivation et l'épanouissement des professionnels salariés. Une certaine lassitude se fait sentir dans l'ensemble des entretiens des sages-femmes travaillant en établissement de santé principalement.

Les améliorations proposées restent toutefois « simples », sous tendues par des préoccupations basiques non « assouvies ».; une amélioration de leur environnement de travail (par l'amélioration du lieu et du matériel), une augmentation du nombre de personnels afin de palier à la surcharge de travail, une augmentation de la rémunération amélioreraient leur qualité de vie au travail.

Le management a souvent été mis en cause dans le manque de reconnaissance au travail par l'absence d'écoute, de soutien et de valorisation.

La notion d'équipe a été très présente dans les entretiens. Elle a été représentée comme étant le socle de la qualité de vie au travail. Un réel besoin de concertation en équipe a été exprimé. Des moments de partage d'expérience et d'échanges de pratique pourraient être instaurés de manière régulière.

La méfiance envers le personnel soignant met à mal la relation sage-femme patiente, qui demeure toutefois satisfaisante.

La présence sur le terrain de la médecine du travail ou bien d'un groupe privé afin de pouvoir faire part de son quotidien au travail est également souhaitée par de nombreuses sages-femmes.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- (1)** Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), « Brève histoire d'un concept », [En ligne], Novembre 2013. <https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept> (consulté le 29 octobre 2018)
- (2)** Brundu.E, Pérétié.M, Richer.M, « La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité, refonder les organisations du travail », La fabrique de l'industrie, [En ligne], 2016 <https://www.la-fabrique.fr/wp-content/uploads/2016/10/N15-QVT-competitivite.pdf> (consulté le 21 décembre 2018)
- (3)** HAS, Revue de littérature, « Qualité de vie au travail et qualité des soins », [En ligne], Janvier 2016 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf (consulté le 20 octobre 2017)
- (4)** Accord National interprofessionnel (ANI), « Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle », [En ligne], Juin 2013. <http://www.cfecgc.org/content/externals/docs.php?action=open&id=1356> (consulté le 1 novembre 2017)
- (5)** HAS et ANACT, « 10 questions sur la qualité de vie au travail : Comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ? », [En ligne], 2014 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf (consulté le 29 octobre 2017)
- (6)** ARS (Agence Régionale de Santé), Qualité de vie au travail des professionnels de santé, [Site web], <https://www.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante> (mis en ligne le 18 avril 2017), (consulté le 1 novembre 2017).
- (7)** 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 », [En ligne], Décembre 2016 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sns_qvt_axes.pdf (consulté le 21 juin 2018)
- (8)** INRS (Institut National de recherche et de Sécurité), Risques psychosociaux Ce qu'il faut retenir, [Site web], <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>, (mise à jour le 7 décembre 2018), (consulté le 29 décembre 2018)

- (9)** 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 », Second volet consacré aux professionnels exerçant en ambulatoire, [En ligne], Mars 2017. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sns_qvt_volet_ambulatoire.pdf (consulté le le 21 juin 2018)
- (10)** Ordre des sages-femmes, La démographie de la profession, [Site web], <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/> (mis en ligne le 2 janvier 2015), (consulté le 5 novembre 2017)
- (11)** IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), « La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail », Questions d'économie de la santé, [En ligne], n° 102, Décembre 2005 <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes102.pdf> (consulté le 21 octobre 2017)
- (12)** Le collectif des sages-Femmes, « SAGES-FEMMES : Un an de mobilisation... Pourquoi ? Pour quels résultats ? », dossier de presse, [En ligne], 2014 <http://www.cftc-santesociaux.fr/wp-content/uploads/2014/10/DOSSIER-DE-PRESSE-Un-an-de-mobilisation-des-sages-femmes.pdf> (consulté le 22 décembre 2018)
- (13)** DARES, Document d'études, « Travail et bien-être psychologique » L'apport de l'enquête CT-RPS 2016, [En ligne], n° 217, mars 2018 https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/travail_et_bien-etre_tc_vd_2.pdf (consulté le 16 juin 2018)
- (14)** Vincent. F, « Le travail en 12 heures ou la mise en question du travail », Interbloc? [En ligne], Volume 35, n° 1, pages 47-49, 2016 <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/1041373/main.pdf> (consulté le 17 janvier 2019)
- (15)** Vincent. F, « Penser sa santé en travaillant en 12 heures : les soignants de l'hôpital public entre acceptation et refus », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (PISTES), [En ligne], 2017, <http://pistes.revues.org/4945> (consulté le 17 janvier 2019)
- (16)** Direction générale de l'offre de soins, « Les organisations du travail en postes d'amplitude 12H dans les établissements de la fonction publique hospitalière: réglementation, recommandations et démarches de prévention associées », [En ligne], Mars 2016 <https://www.infirmiers.com/pdf/organisation-travail-12h.pdf> (consulté le 7 mars 2019)
- (17)** DREES, « Les conditions de travail dans les établissements de santé », Le Panorama des établissements de santé, [En ligne], 2014 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014_dossier1.pdf (consulté le 9 février 2019)

- (18)** Observatoire régional de la santé du Limousin, « La souffrance et le burn out des soignants en Limousin », Rapport n°286-2, [En ligne], Volet 2, Juillet 2016 http://www.ors-limousin.org/publications/rapport/2017/Rapport_BurnOut_SF_ac-Annexes.pdf (consulté le 18 février 2019)
- (19)** Benallah. S, Domin. JP, « Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital : quelles évolutions entre 1998 et 2013 ? », Travail et Emploi, [En ligne], Octobre-Décembre 2017, <http://journals.openedition.org/travailemloi/7755> (consulté le 18 janvier 2019)
- (20)** Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), « Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale », Rapport de 2004, [En ligne], Tome 3, page 11-50, 2004 <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000455/0001.pdf> (consulté le 3 février 2019)
- (21)** HAS, "Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit", Argumentaire, [En ligne], Mai 2012 http://www.chu-rouen.fr/sfmt/autres/Reco_HAS_Travai_%20poste-Argumentaire_30-05-2012.pdf (consulté le 7 mars 2019)
- (22)** Le site officiel de l'administration française, "Temps de pause: quelles sont les règles?", [Site web] <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F18205> (mise à jour le 22 mai 2018) (consulté le 5 février 2019)
- (23)** Linternaute, Dictionnaire français, Fonctions cognitives: définition, [Site Web], <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/fonctions-cognitives/> (consulté le 3 février 2019)
- (24)** Cheyrouze. M, Barthe. B, « Travail de nuit en 12 heures : un « scénario de travail » élaboré par les infirmiers dans un service de réanimation », Activités [En ligne], 2018, <http://journals.openedition.org/activites/3073> (consulté le 18 janvier 2019)
- (25)** Leger. D, et al, « Réplication de : le travail posté et de nuit et ses conséquences sur la santé état des lieux et recommandations », Médecine du sommeil, [En ligne], n°11, Tome 47, janvier 2019 https://ac-els-cdn-com.lama.univ-amu.fr/S1769449318302929/1-s2.0-S1769449318302929-main.pdf?_tid=026f5c09-87ec-41cf-a70f-0ccf11dbfda4&acdnat=1552045712_72010130e8e29bffe2ded1d813d2259e (consulté le 3 février 2019)
- (26)** Metlaine.A et al, « Surveillance et prévention des conséquences du travail poste et de nuit: états des lieux et recommandations », L'horloge biologique et ses implications dans les pathologies du sommeil, [En ligne], n°11-12, Tome 47, Novembre 2018 https://ac-els-cdn-com.lama.univ-amu.fr/S075549821830397X/1-s2.0-S075549821830397X-main.pdf?_tid=095e5a4b-7bed-475d-91b3-e94828e74aba&acdnat=1552045820_b9f202f54de8e8159a8690a2ceed27b8 (consulté le 3 février 2019)

- (27)** Bellagamba. G, Qualité de vie au travail et environnement organisationnel : études qualitatives et quantitatives sur les personnels en établissement de santé, grade de doctorat - Académie Aix-Marseille, 2016, [En ligne], <https://docplayer.fr/69528676-T-h-e-s-e-presentee-et-publiquement-soutenue-devant-la-faculte-de-medecine-de-marseille.html> (consulté le 24 juin 2018)
- (28)** DRESS, « La situation économique et financière des hôpitaux publics », Les dépenses de santé en 2015, [En ligne], fiche 35, 2016 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/35-3.pdf> (consulté le 9 février 2018)
- (29)** DRESS, « La situation économique et financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif », Les dépenses de santé en 2015, [En ligne], fiche 33, 2016 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche33-2.pdf> (consulté le 9 février 2019)
- (30)** DRESS, “La situation économique et financière des cliniques privées”, Les dépenses de santé en 2015, [En ligne], fiche 33, 2016 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/33-5.pdf> (consulté le 9 février 2019)
- (31)** Berbain. X, Minvielle. E, « L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage », Sciences sociales et santé, [En ligne], Volume 19, n°3, Pages 77-106, 2001 https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2001_num_19_3_1529 (consulté le 9 février 2019)
- (32)** DARES, “Quelles sont les évolutions récentes des conditions de travail et des risques psychosociaux? ”, Analyses, [En ligne], n° 082, Décembre 2017 <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2017-082v3.pdf> (consulté le 3 février 2019)
- (33)** Meyer. B et al, « Hausse continue des tâches administratives », Bulletin des médecins suisses, [En ligne], 2016 https://www.fmh.ch/files/pdf17/SAEZ_1_Befragung_gfs.bern_F.pdf (consulté le 9 février 2019)
- (34)** Ministère des solidarités et de la santé, Sage-femme <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/sage-femme> (mise en ligne le 8 mars 2012) (consulté le 9 février 2019)
- (35)** Charrier. P, « Les Sages-femmes en France », Centre Max Weber / Université de Lyon, [En ligne], Janvier 2011 <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00553654> (consulté le 20 octobre 2017)
- (36)** Baudelot. C, Gollac. M, « Salaires et conditions de travail », Economie et statistique, [En ligne], n°265, Pages 65-84, 1993 https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_1993_num_265_1_5759 (consulté le 4 janvier 2019)

- (37) Leonard E, Évolution de l'image et de la pratique des sages-femmes : un nouvel équilibre à trouver ?, Diplôme d'état en maïeutique, Académie de Paris, 2015, [En ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01025744> (consulté le 4 décembre 2017)
- (38) Ordre des Sages-femmes, « Guide installation de la sage-femme libérale », [En ligne], 2016 <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Guide-dinstallation-de-la-sage-femme-liberale.pdf> (consulté le 6 février 2019)
- (39) Ameli, sage-femme : Signature d'un accord rénovant le cadre conventionnel, [Site web] <https://lamelliforme/bouches-du-rhone/sage-femme/actualites/signature-dun-accord-renovant-le-cadre-conventionnel> (mise en ligne le 1 juin 2018) (consulté le 6 février 2019)
- (40) Van Hoorebek. D, « La gestion des émotions au travail : une revue vers une nouvelle conception du management », Humanisme et Entreprise, [En ligne], n°289, Pages 81-103, 2008 <https://www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2008-4-page-81.htm> (consulté le 18 février 2019)
- (41) Reznik. M, « Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin », Le journal des psychologues, [En ligne], n°270, Pages 29-30, 2009 <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2009-7-page-29.htm> (consulté le 18 février 2019)
- (42) Krauth-Gruber. S, « La régulation des émotions », Psychologie sociale, [En ligne], n°4, 2009 <http://RePS.psychologie-sociale.org/> (consulté le 18 février 2019)
- (43) Borenstein. M, « Les soignants et leurs émotions au quotidien », Soins pédiatrie-puériculture, [En ligne], n°304, Septembre/Octobre 2018 <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/1246960/main.pdf> (consulté le 18 février 2019)
- (44) Larousse, dictionnaire de français, Appréhension <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/apprehension/4744> (consulté le 20 février 2019)
- (45) Brun. JP, “Reconnaissance au travail : une pratique riche de sens”, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, [En ligne], 2005 <http://cgsst.com/wp-content/uploads/2016/07/Une-pratique-riche-de-sens-Coffret-sur-la-reconnaissance-au-travail.pdf> (consulté le 17 janvier 2019)
- (46) Colombat. P et al, “Mieux manager pour mieux soigner”, Bulletin Cancer, [En ligne], Volume 106, Pages 55-63, Janvier 2019 https://ac-els-cdn-com.lama.univ-amu.fr/S0007455118303631/1-s2.0-S0007455118303631-main.pdf?_tid=543f26c4-3b49-4f6d-8713-94ba80b476e1&acdnat=1552156447_0c88dc0750df28ece3a56fa142d02f39 (consulté le 18 février 2019)

- (47) Officiel prévention santé et sécurité au travail, L'essentiel des conditions de travail et satisfaction au travail http://www.officiel-prevention.com/formation/formation-continue-a-la-securite/detail_dossier_CHSCT.php?rub=89&ssrub=139&dossid=464 (mise en ligne mai 2013) (consulté le 18 février 2019)
- (48) Roussel. P, "Motivation au travail, concept et théories", Laboratoire interdisciplinaire de recherche sur les ressources humaines et l'emploi, [En ligne], Note n°326, Octobre 2000 http://alain.battandier.free.fr/IMG/pdf/lirhe_note_326-00.pdf (consulté le 10 février 2019)
- (49) Gillet. N et al, "Effets du soutien organisationnel perçu et des caractéristiques de l'emploi sur l'anxiété au travail et l'épuisement professionnel: le rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques", Psychologie française, [En ligne], Volume 61, Pages 73-81, Juin 2016 https://ac-els-cdn-com.lama.univ-amu.fr/S0033298414000442/1-s2.0-S0033298414000442-main.pdf?_tid=c40e556c-4699-4d5e-b866-3984fc437abf&acdnat=1552157250_2f363382dba118a5c34c2d22db55b10b (consulté le 18 janvier 2019)
- (50) Larousse, dictionnaire de français, management <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022> (consulté le 18 février 2019)
- (51) Ordre des sages-femmes, Les sages-femmes des hôpitaux <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/exercice-salarie/hospitaliere-salarie-fonction-publique/> (mise en ligne en 2014) (consulté le 18 février 2019)
- (52) Richard-Guerroudj. N, Hospitalières : des scores élevés de burn out, Profession Sage-femme, n°246, Pages 14-16, Juin 2018
- (53) Detchessahar.M et al, "Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations ? ", GRH, [En ligne], n°16, Pages 63-89 <https://www.cairn.info/revue-@grh-2015-3-page-63.htm> (consulté le 2 février 2019)
- (54) HAS, "L'essentiel du Pacte", Sécurité du patient: travailler en équipe, [En ligne], mai 2018 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/05_2018_pacte_les_essentiels_vd.pdf (consulté le 2 février 2019)
- (55) "Prévenir et apaiser l'agressivité du patient", Soins aides-soignantes, [En ligne], n°53, Juillet/Août 2013 <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/826586/main.pdf> : (consulté le 28 février 2019)
- (56) Observatoire national des violences en milieu de santé, Rapport 2018: données 2017, [En ligne], 2018 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_onvs_rapport_2018_donnees_2017_2.pdf (consulté le 28 février 2019)

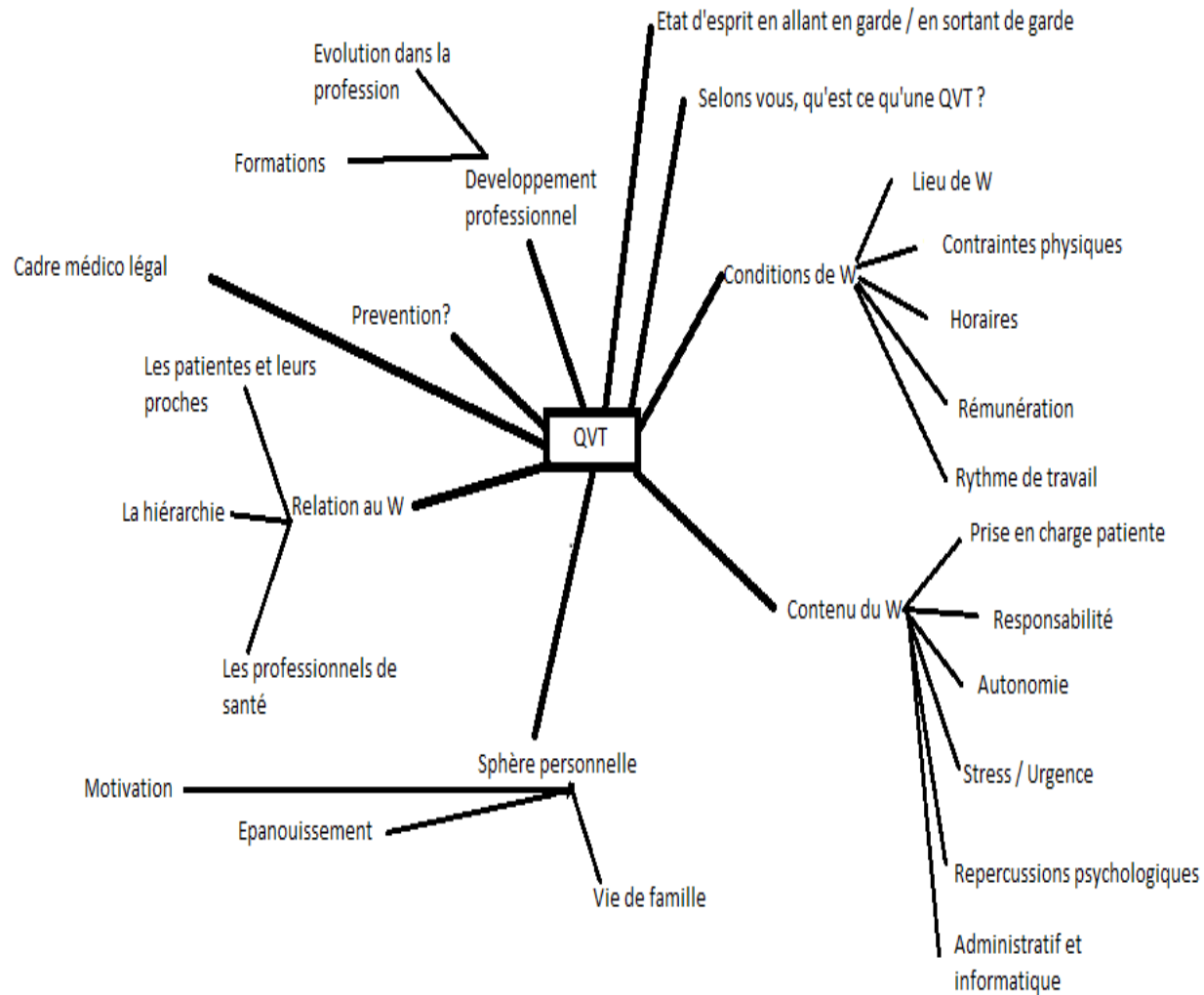
- (57)** Bizouarn. P, “le médecin, le malade et la confiance”, Ethique et santé, [En ligne], Volume 5, n° 3, Septembre 2018 https://ac-els-cdn-com.lama.univ-amu.fr/S1765462908000214/1-s2.0-S1765462908000214-main.pdf?_tid=f9598fd8-ad74-4321-8717-d4ba2e09e97b&acdnat=1552236736_ea11b2214f1e5460c426b68a5c8e3c65 (consulté le 28 février 2019)
- (58)** Pierron. JP, “Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins ?”, Sciences sociales et santé, [En ligne], Volume 2, n°5, Pages 43-66 <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2007-2-page-43.htm> (consulté le 28 février 2019)

VII. ANNEXES

- **Annexe I** : Grille entretien sous forme de carte mentale Sage-femme salariée
- **Annexe II** : Grille entretien sous forme de carte mentale Sage-femme libérales
- **Annexe III a** : Les conditions de travail (Tableau n°4)
- **Annexe III b** : Les conditions de travail 2 (Tableau n°5)
- **Annexe IV a** : Le contenu du travail (Tableau n°6)
- **Annexe IV b** : Le contenu du travail 2 (Tableau n°7)
- **Annexe V** : La capacité à s'exprimer et à agir (Tableau n°8)
- **Annexe VI a** : Les pistes d'amélioration de la qualité de vie au travail proposées par les sages-femmes (Tableau n°9)
- **Annexe VI b** : Les pistes d'amélioration de la qualité de vie au travail proposées par les sages-femmes 2 (Tableau n°10)

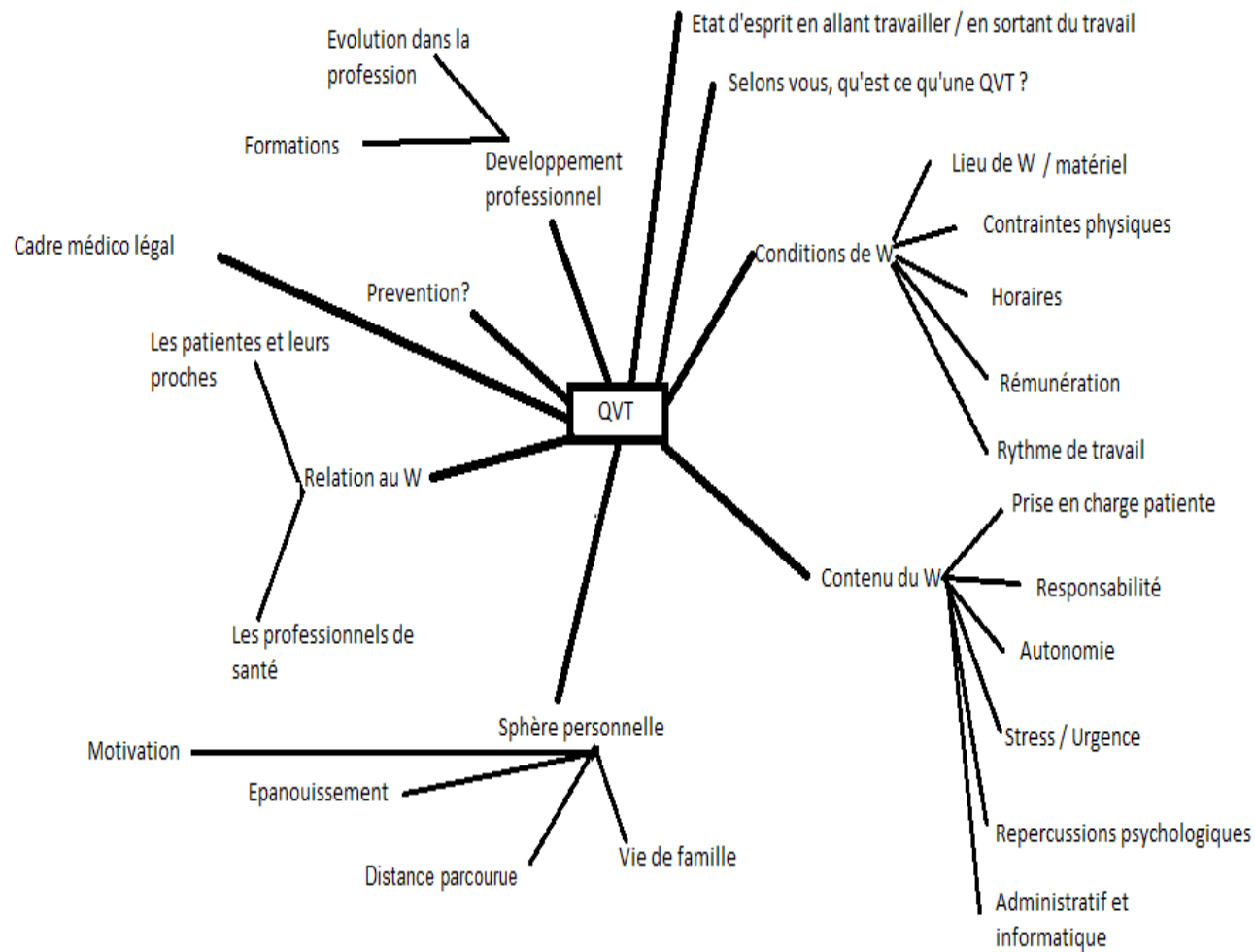
Annexe I

Age, sexe, en couple/ célibataire / Enfants, Ancienneté (date du DE, pays), mode et lieu d'exercice depuis le DE, ancienneté au sein de l'établissement ou libéral



Annexe II

Age, sexe, en couple/ célibataire / Enfants, Ancienneté (date du DE, pays), mode et lieu d'exercice depuis le DE, ancienneté au sein de l'établissement ou libéral



Annexe III a : Tableau n° 4

	CONDITIONS DE TRAVAIL																	
	Matériel à disposition				Lieu de travail		Organisation du travail		Surcharge de travail		Distance parcourue cabinet/domicile	Place de l'informatique et l'administratif			Cadre médico-légal			
	Suffisant	Manque d'ergonomie	Problème de moyens	Matériel coûteux	Insécurité	Manque d'ergonomie	Répartitions horaire du temps de travail satisfaisant	Pénibilité organisation de travail	Rythme de travail intense	Sollicitations nombreuses	Contraintes	Traçabilité	Manque de formation pour le numérique	Chronophage	Nécessaire	Actes hors compétences	Source de stress	Peu contraignant
Aurélié 38 ans			L. 11-14-15-16		L. 11		L. 19-22-23-5-49	L. 41-42					L. 87-88	L. 135-136			L. 143-144	L. 137
Carole 32 ans		L. 12	L. 24-25-26-27		L. 144-145	L. 17-18-19-20	L. 29-30-31-32	L. 37-38-39	L. 43	L. 20-21-44-45-46-54-55-56-57-58		L. 111-112		L. 107-108-109-110-111	L. 149			
Claire 63 ans			L. 12-13-14					L. 20-21-22	L. 24-25	L. 26-27-28-29				L. 27-71-72-73	L. 93-94-95			
Pauline 35 ans	L. 16	L. 16-17-18				L. 10-11-12-13-14		L. 24-25		L. 31				L. 87-88		L. 126-127-128		
Camille 55 ans	L. 12-13-14					L. 17-18	L. 20-21	L. 27-28-33-34-35			L. 127-128-129-130	L. 133-134-135	L. 131-132-133-141-142-143-144	L. 194				
Danielle 54 ans	L. 11		L. 11-12			L. 17-18	L. 20-21	L. 25	L. 73-74-75-76-77					L. 61-62				L. 95-96
Géraldine 25 ans			L. 8-9			L. 12	L. 13-14					L. 59-60						L. 92-93
Marie 62 ans			L. 13-14			L. 19-20	L. 24-25		L. 41-43				L. 82-83-85-86-90-91	L. 128				
Clarisse 45 ans	L. 16-17-18					L. 23-24-25-26-27						L. 92-93		L. 90-91-92-94				L. 135-136-137
Inès 27 ans	L. 10				L. 41-42	L. 16-17	L. 19-20					L. 84-85-86-87						L. 140
Anais 25 ans	L. 10-11-12					L. 16	L. 17	L. 20-21				L. 61						L. 88
Céline 49 ans	L. 10					L. 12	L. 12-13-26-27							L. 72		L. 42-43	L. 38-39	
Alice 50 ans	L. 8-9	L. 55-56-57-58-59-60	L. 23-24-25-26-27-28		L. 215-216-218-219-220	L. 27-28	L. 30	L. 181-182-183		L. 85-86-213-214		L. 143		L. 144-145-156-157-158-162-159-169-170-171	L. 224-225			
Sarah 35 ans	L. 9					L. 15-16-17		L. 21-22						L. 103	L. 154-155			L. 155-156
Cécile 43 ans		L. 56	L. 12-13-14-15-16-17-18-19		L. 20-21-22-23-31-32	L. 30	L. 31	L. 35-39-40				L. 95		L. 18-91-92-93-94	L. 144			
Marion 28 ans	L. 18	L. 13-14-16-17	L. 10			L. 20	L. 21-22-23-24-27-28	L. 31-33						L. 87-88-94				L. 125-126
Amandine 33 ans	L. 16-17			L. 21-22		L. 32-33												L. 111-112
Gabrielle 27 ans	L. 14-15-16					L. 18-24		L. 20-21-26-27-28			L. 32-33-34-35			L. 102	L. 147			L. 147-148
Olivia 33 ans	L. 55			L. 72-73-74		L. 86								L. 99-100-101-102		L. 312-313		L. 314
Suzanne 39 ans	L. 17					L. 23-24-26								L. 100				L. 139-143

Annexe III b : Tableau n° 5

	CONDITIONS DE TRAVAIL 2														
	Santé de la sage-femme			Rémunération								Formations			
	Absence de prise en compte de la pénibilité	Vécu de l'urgence		Satisfaisante	Insuffisante						Absence d'évolution de la rémunération	Congés maternité	Accès satisfaisant	Accès insuffisant	Discordance entre le devoir et la réalité
		Positif	Négatif		Responsabilité	Durée de la formation	Charge de travail	Évolution des compétences	Manque de reconnaissance	Temps passé avec la patiente					
Aurélie 38 ans		L. 67-68		L. 46-47									L. 163-164		
Carole 32 ans		L. 83-84			L. 60-61-62									L. 163-164-165	
Claire 63 ans					L. 31-32-35	L. 34							L. 101-102		
Pauline 35 ans		L. 64			L. 38	L. 40	L. 37	L. 40-41	L. 39					L. 142-143	
Camille 55 ans		L. 98-99-100	L. 100-101		L. 37-40								L. 204		
Danielle 54 ans			L. 52-53			L. 33-34-35	L. 29				L. 29-30			L. 103-104-105	
Géraldine 25 ans			L. 41-42	L. 18										L. 100	
Marie 62 ans	L. 29-30	L. 58-59-60				L. 35			L. 35		L. 36			L. 136-137-138	
Clarisse 45 ans					L. 35				L. 37				L. 157-158-160		
Inès 27 ans		L. 63-64			L. 30	L. 29		L. 30						L. 150-151-153-154	
Anaïs 25 ans	L. 26-27	L. 49							L. 26-27					L. 98-99	L. 102-103-104-105
Céline 49 ans			L. 47-48-49		L. 22-23-24			L. 22			L. 20			L. 118-120-122	
Alice 50 ans	L. 48-49-51-52	L. 116-117			L. 36-37-38				L. 40-41-61-62		L. 39-40		L. 238		
Sarah 35 ans		L. 67-68-69	L. 70-71		L. 35		L. 35-36								
Cécile 43 ans	L. 53				L. 52	L. 53-54	L. 52		L. 53					L. 157-163-164	
Marion 28 ans		L. 67-71			L. 35	L. 35			L. 35-36-37				L. 132-136-139-140	L. 137-138-139	
Amandine 33 ans										L. 37-38-39-41-42			L. 121-122-125		
Gabrielle 27 ans										L. 39-40-41-42-48-49					L. 166-167-168
Olivia 33 ans					L. 132	L. 133-134	L. 133				L. 135-136-137	L. 140-141-142-143-157		L. 345-346-347-348	
Suzanne 39 ans				L. 38-42									L. 154-156		

Annexe IV a : Tableau n° 6

	CONTENU DU TRAVAIL																
	Engagement professionnel						Engagement personnel						Gestion charge émotionnelle				
	Responsabilité		Autonomie				Motivation / Épanouissement		Démotivation				Entourage	Professionnels de santé	Expérience	Activité personnelle	Aucun moyen trouvé
	Assumée	Importante	Adéquate	Au sein d'une équipe	Acquisition avec l'expérience	Source de stress	Présents	Variable	Manque de soutien	Manque de reconnaissance	Effet de groupe	Rythme de travail intense					
Aurélie 38 ans	L. 62-63		L. 57	L. 64				L. 106-107-108-111	L. 107-108				L. 74-75-76-77	L. 79	L. 72-73		
Carole 32ans	L. 80		L. 75					L. 118-119-120-125-126-127	L. 119-120-121			L. 127				L. 85-86-87-98	
Claire 63 ans		L. 56-57	L.53				L. 81							L. 68		L. 99	
Pauline 35 ans	L. 62		L. 57						L. 95-96	L. 95-96			L. 76	L. 74-83-84			
Camille 55ans		L. 78-79-80-83-84	L. 72-73-74	L. 72			L. 159-160		L. 163-164					L. 109-110-111		L. 57-58-59	
Danielle 54 ans	L. 48		L. 46					L. 68						L. 56-57			
Géraldine 25 ans	L. 37-39	L. 104	L. 32-33	L. 33-34-35				L. 69-70-71		L. 73			L. 47	L. 47-52-53			
Marie 62 ans	L. 56		L. 53-54					L. 100-101		L. 47-48-49-50							
Clarisse 45 ans	L. 53-55-57	L. 56-57-58	L. 51				L. 106-111									L. 71-72-73-74-80-81	
Inès 27 ans		L. 60-61	L. 52-54-55	L. 52-53				L. 103-112-113	L. 104-105-109					L. 74			
Anaïs 25 ans		L. 43-44	L. 37-38-39					L. 68-71-72						L. 53-56-57	L. 56-57		
Céline 49 ans		L. 45	L. 34						L. 87-88	L. 87-88	L. 86-87			L. 57-58-59	L. 63-664		
Alice 50 ans	L. 80-116	L. 82-83-84	L. 71				L. 188-189-192									L. 139-140	
Sarah 35 ans		L. 62	L. 55		L. 57-58-59-60		L. 128-129	L. 116-117						L. 72-74-75-92-93-94-95			
Cécile 43 ans	L. 71-73-74		L. 68	L. 68				L. 117-118			L. 109-110-111			L. 81			
Marion 28 ans	L. 64-65		L. 60	L.60-61			L. 107	L. 100-101-102-103					L. 77	L. 80-81-83			
Amandine 33 ans	L. 54		L. 50	L. 51-52			L. 94-95-96							L. 71-72-73	L. 75-76		
Gabrielle 27 ans		L. 64-65-66-68-69				L. 64		L. 120-121				L. 121-122-125					L. 85-86-87
Olivia 33 ans	L. 218-219-224-225		L. 199-200				L. 281-282-283-286-287-288							L. 252-253-254-256	L. 259		
Suzanne 39 ans			L. 72				L. 112-113-116-117-118						L. 93	L. 94-95-96-97			

Annexe IV b : : Tableau n° 7

	CONTENU DU TRAVAIL 2							
	Prise en charge patiente		Vie personnelle / vie professionnelle			Vécu du libéral		
	Impact sur l'accompagnement	Place importante du social	Impact vie personnelle sur vie professionnelle	Impact vie professionnelle sur vie personnelle	Équilibre	Expérience nécessaire	Source de stress	Isolement professionnel
Aurélie 38 ans	L. 52-53-54			L. 94-95-96				
Carole 32ans	L. 70-71-72				L. 114-115			
Claire 63 ans	L. 44-45-46-48-49-51	L. 49-50-51			L. 76-77-78			
Pauline 35 ans	L. 46-48				L.92			
Camille 55ans	L. 66-67-68-69-70			L. 149-150				
Danielle 54 ans			L. 69-70		L. 65			
Géraldine 25 ans	L. 26-27-29			L. 62-63-64				
Marie 62 ans				L. 95-96-96				
Clarisse 45 ans	L. 48				L.102			
Inès 27 ans	L. 45-46-47-48-49-50				L. 95-100			
Anaïs 25 ans	L. 33-34			L. 57-58	L. 65			
Céline 49 ans	L. 30-31-32				L. 83			
Alice 50 ans				L. 184-185				
Sarah 35 ans		L. 22-24		L. 86-87-88-89-90	L. 113			
Cécile 43 ans	L. 48-49		L. 85	L. 100-101-102-103				
Marion 28 ans			L. 103-104					
Amandine 33 ans					L. 90			
Gabrielle 27 ans		L. 88-89-90-91		L. 109-110-111		L. 72-73	L. 73-82	L. 81
Olivia 33 ans					L. 277-278	L. 89-90		
Suzanne 39 ans					L. 107-108	L. 79-80-81-82-83		

Annexe V : : Tableau n° 8

	CAPACITE A S'EXPRIMER ET A AGIR													
	Relations de travail											Prévention RPS		
	Hiérarchie		Professionnels de santé					Patients et proches de patient				Médecine du travail	Audits	Atelier mis en place
	Satisfaisantes	Management insuffisant	Correctes	Travail d'équipe satisfaisant	Travail d'équipe insuffisant	Stabilité des GO	Importance du réseaux de professionnel	Agressivité	Méfiance	Manque de reconnaissance	Barrière de la langue			
Aurélie 38 ans	L. 113		L. 117	L. 119-121-122				L. 126-127-130-131-132		L. 127-128			L. 147-148-152-153	
Carole 32 ans		L. 130-131	L. 136-137-138					L. 141						L. 156
Claire 63 ans	L. 83		L. 86	L. 59										L. 98
Pauline 35 ans		L. 77-78-79-103-104-105	L. 108			L.109-110-111-112-114		L.119	L. 118-121-122			L. 132-133		
Camille 55 ans	L. 169-170-171		L. 173-176							L. 184-185				L. 200-201
Danielle 54 ans	L. 81-82	L. 83-84	L. 87-89	L. 48								L. 99		
Géraldine 25 ans	L. 76		L. 78-79-82					L. 85-86				L. 96		
Marie 62 ans		L. 108-109-110-120	L. 113-116					L. 119-123						
Clarisse 45 ans	L. 113		L. 116-118					L. 121-122				L. 140-141-142		
Inès 27 ans	L. 115		L. 118-120-121-123						L. 127-128			L. 143-144		
Anaïs 25 ans		L. 74-75-76-77	L. 80	L. 80-81								L. 95		
Céline 49 ans	L. 95		L. 98		L. 41-42-99-100			L. 103-104-105					L. 114-115-116	
Alice 50 ans	L. 195		L. 200-202		L. 87-88-102-103-104-107-108			L. 206-207						L. 230-231
Sarah 35 ans	L. 136		L. 138	L.138-139	L. 10-11-12-13			L. 142						
Cécile 43 ans	L. 120-121	L.152-153	L. 124-125	L. 68-69				L. 132	L. 145-146-147		L. 134-135-136-137-138			L. 1516152
Marion 28 ans	L. 111		L. 114-116											
Amandine 33 ans			L. 99-100-102				L. 99							
Gabrielle 27 ans							L. 131-132	L. 77-80-139-140-142						
Olivia 33 ans			L. 109-110-111-112-292-294				L. 201-202-203-204-209-291			L. 260-261-262-263		L. 334-3354	L. 326-327-340	
Suzanne 39 ans			L. 121-129				L. 121-126-127					L. 146-147		L. 146

Annexe VI b: Tableau n° 10

	PISTES AMELIORATION QVT 2						
	Contenu du travail					Capacité à s'exprimer et à agir	
	Responsabilité / Autonomie	Motivation / Épanouissement	Gestion charge émotionnelle	Prise en charge patiente	Vie professionnelle et personnelle	Relations de travail	Prévention RPS
Aurélie 38 ans					L. 98-100-101		L. 149-154-155-156- 158-159
Carole 32 ans			L. 89-90-99-100- 101-102-103	L. 73		L. 50-51-74	L. 161-162
Claire 63 ans							
Pauline 35 ans		L. 96		L. 50-51		L. 51-52-82-103-104-115	L. 135-136-137
Camille 55 ans			L. 114-115			L. 85	
Danielle 54 ans		L. 77-79					
Géraldine 25 ans			L. 49-50		L. 64-65		
Marie 62 ans	L. 15	L. 105-106		L. 14-15-16		L. 109-110-111	
Clarisse 45 ans						L. 131-132-154-155	
Inès 27 ans						L. 74-75-76-135-136-137	
Anais 25 ans	L. 46-47		L. 54			L. 76-77	L. 93-94
Céline 49 ans	L. 40-41	L. 89-90	L. 64-65-66				
Alice 50 ans						L. 10-11-106-114- 115-161	L. 233-234-235-236
Sarah 35 ans				L. 24-25-32-33			
Cécile 43 ans						L. 154-155	L. 175-176-177
Marion 28 ans				L. 53			
Amandine 33 ans			L. 117-118-119				L. 118-119
Gabrielle 27 ans	L. 79-80-116-159-160		L. 93-94-95			L. 132	
Olivia 33 ans	L. 315-316						
Suzanne 39 ans	L. 81-82-83-84						

RESUME

INTRODUCTION : La qualité de vie au travail est un concept des années 70, qui a été exprimée en tant que tel en 2013 en France. Le terme de qualité de vie au travail réunit les conditions de travail, le contenu du travail et la capacité à s'exprimer et à agir. Au fil des années, ce concept, relié principalement au monde l'entreprise, s'est ouvert au domaine hospitalier et médical. Les sages-femmes, professionnelles médicales à compétences définies, ont déclaré une diminution de leur qualité de vie au travail. Il paraît licite de se poser la question du vécu des sages-femmes salariées et libérales et de leur implication dans l'amélioration de la qualité de vie au travail.

OBJECTIFS DE L'ETUDE : Principalement de décrire le vécu de la qualité de vie au travail des sages-femmes travaillant en établissement de santé et en exercice libéral puis de recueillir leurs attentes et pistes de réflexion afin d'améliorer ce vécu.

MATERIEL ET METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive et compréhensive effectuée auprès de sages-femmes salariées et libérales des Bouches-du-Rhône de parcours professionnels et d'ancienneté variés et de type différent de maternité. Les données ont été recueillies par le biais de 20 entretiens. S'en est suivie une analyse.

RESULTATS : L'étude montre que les sages-femmes souffrent d'un manque de reconnaissance dans leur métier. Cette non reconnaissance est à l'origine de nombreux aspects; la non prise en compte de leurs horaires atypiques, une rémunération insuffisante, une perte de leur motivation, des relations avec les supérieurs hiérarchiques quelques fois insuffisantes ou inadaptées. Les participantes à l'étude ont exprimé quelques souhaits de changement ; plus de personnels, une hausse de la rémunération, une régularité des moments de partage entre professionnels.

CONCLUSION : L'étude confirme une qualité de vie au travail pas toujours satisfaisante pour les sages-femmes entendues. Les sages-femmes semblent être plus dans la revendication d'un mieux être au travail, que dans la réelle dynamique de changement par le biais de proposition, pistes d'amélioration.

Mots-clés : sage-femme, qualité de vie au travail, reconnaissance, organisation de travail, management

SUMMARY

INTRODUCTION: The concept of quality of working life was born in the 70's but has been acknowledged in 2013 in France. In this concept, we analyze the working conditions, the labour and the workers' ability to express themselves and to act. For years, this concept was only used to describe enterprises. From now on, it can be used to describe the hospital and the medical sectors. Midwives, professional medical with identified competencies, claim a decrease of their quality of working life. Therefore, it seems legitimate to focus on how employed or liberal midwives feel in their workplace and how they are involved in the amelioration of the quality of working life.

OBJECTIVES OF THE STUDY : Mainly, the goal is to focus on the employed or liberal midwives' quality of working life and then to collect their thoughts, their ideas to improve their working life.

MATERIAL AND METHOD: This study is qualitative, descriptive and comprehensive and focus on employed and liberal midwives with different backgrounds and from different maternities from Bouches-du-Rhône. Thanks to the collect of 20 interviews, we have created an analysis.

RESULTS: The study underlines that midwives suffer from an insufficient recognition in their job. Indeed, their non-standard work schedule are not taken in consideration. They have inadequate wages. They are less motivated to work. And they found their relationships with their superiors insufficient or inappropriate. The participants of the study shared their desire for change: more staff, wage growth, better relationship between professionals.

CONCLUSION: The study confirms that the quality of working life is not always suitable for the midwives. They want to enjoy a better well-being in their workplace rather than have a radical change via suggestions, or improvements.

Keywords: midwives, quality of working life, recognition, work organization, management.