

Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France

Volet 1 - Enquête quantitative

Juin 2020



SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
AVANT-PROPOS	4
CONTEXTE	4
PRÉSENTATION DU COLLÈGE NATIONAL DES SAGES-FEMMES DE FRANCE	4
RÉSUMÉ	6
OBJECTIF	6
METHODOLOGIE	6
RÉSULTATS	6
CONCLUSION	7
AUTEUR.E.S ET MEMBRES	8
RESPONSABLES SCIENTIFIQUES	8
AUTEURES	8
MEMBRES DU GROUPE RECHERCHE	8
FINANCEMENT	8
REMERCIEMENTS	10
CONTEXTE	11
JUSTIFICATION DE CETTE ÉTUDE	12
MÉTHODOLOGIE DU VOLET QUANTITATIF DE L'ÉTUDE	13
A. VUE GÉNÉRALE DU QUESTIONNAIRE	13
B. PARTICIPANTS ET RECRUTEMENT	13
C. CALENDRIER	14
D. QUESTIONNAIRE	14
1. Consentement	14
2. Données démographiques	14
3. Maslach Burnout Inventory (MBI)	15
4. Copenhague Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)	16
RÉSULTATS	18
A. PARTICIPATION	18
B. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	18
1. Approche territoriale des participant.e.s	18
a) Département d'exercice	18
b) Tranche d'unité urbaine	19
2. Etablissements	19
a) Secteur d'exercice	19

<i>b) Type de maternité</i>	20
<i>c) Nombre d'accouchements annuels dans la structure</i>	21
3. Sexe	22
4. Age	22
5. Ancienneté	23
6. Qualité	23
<i>a) Fonction principale</i>	23
<i>b) Exercice de la fonction d'encadrement</i>	25
7. Formation universitaire complémentaire	25
7. Temps et rythmes de travail	27
<i>a) Temps de travail</i>	27
<i>b) Durée hebdomadaire de travail</i>	27
<i>c) Rythme de travail</i>	28
<i>d) Heures supplémentaires</i>	28
C. EVALUATION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (COPSOQ)	29
1. Contraintes quantitatives	29
2. Organisation et Leadership	30
3. Relations horizontales	31
4. Autonomie	32
5. Santé et Bien-être	32
6. Vécu professionnel	34
D. EVALUATION DU BURNOUT	34
E. ÉPUISEMENT, SATISFACTION AU TRAVAIL ET FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX	35
1. Clinicien.ne.s salarié.e.s	36
2. Coordinatrices	36
F. SOUTIEN PAR LES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES	37
G. ENCADREMENT DES ÉTUDIANT.E.S	37
CONCLUSIONS	40
BIBLIOGRAPHIE	41

CONTEXTE

À ce jour **il n'y a jamais eu d'étude de conduite évaluant le vécu et la santé au travail des sages-femmes sur l'ensemble du territoire français.**

Face à ce constat le Collège National des Sages-Femmes de France, société savante des sages-femmes, a souhaité engager une réflexion globale indispensable puisque les sages-femmes, comme tout soignant, sont particulièrement confronté.e.s au stress et exposé.e.s à un risque de burnout.

Nous pensons qu'une meilleure prise en charge des femmes dépend aussi du bien-être des sages-femmes et du bien vivre de leur profession.

PRÉSENTATION DU COLLÈGE NATIONAL DES SAGES-FEMMES DE FRANCE

Le CNSF a pour objectif de réunir la profession de sage-femme au sein d'une structure unique et indépendante, offrant un cadre aux débats professionnels sur :

- La politique périnatale et de santé publique ;
- La qualité de la naissance ;
- La recherche en maïeutique et en périnatalité, l'évaluation des pratiques professionnelles et la diffusion des travaux ;
- La formation continue des sages-femmes.

Parce que la profession de sage-femme a besoin d'être reconnue et comprise, il est important que les sages-femmes puissent se regrouper, en toute indépendance dans leur société savante, représentative de la diversité des modes d'exercices (exercice libéral, hospitalier, territorial, et/ou universitaire).

Le CNSF bénéficie d'une véritable reconnaissance de ses pairs et des pouvoirs publics. À ce titre, nous collaborons avec différentes instances :

- La Haute Autorité de Santé (HAS) : travail collaboratif sur les recommandations pour la pratique clinique et l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- Le Ministère des Solidarités et de la Santé : participation au groupe de travail sur la réforme des régimes d'autorisations (activité obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale), au groupe de travail relatif à la période périnatale et autres ;
- Parlement, aussi bien l'Assemblée Nationale que le Sénat ;
- Santé Publique France, INCA, Inserm, Anses, Agence de Biomédecine (...)
- Les instances internationales : EMA (European Midwives Association) et ICM (International Confederation of Midwives) ;

- Les instances d'autres professions : Collège de Médecine Générale, La Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens, Société Française des Anesthésistes Réanimateurs, Société Française de Néonatalogie, Audipog...

Dans la lignée de nos actions visant à promouvoir le développement d'un réseau d'associations et de professionnels, le CNSF a inscrit l'ensemble de ses actions dans le cadre de la politique générale établie pour la période 2019-2023.

En 2019, le CNSF compte 736 adhérents (480 en 2017).

Notre association travaille en étroite collaboration avec ses adhérents, à l'aide de ses quatre commissions - scientifique, formation, exercices professionnelles et pratiques cliniques, Internationale - ainsi que de son Collegium, composé actuellement de l'Organisation Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF), de l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF) et de l'Association Nationale des Sages-Femmes Coordinatrices (ANSFC).

III RÉSUMÉ

À ce jour il n'y a jamais eu d'étude de conduite évaluant la santé au travail des sages-femmes sur l'ensemble du territoire français. Pourtant quelques travaux ont suscité l'intérêt des sages-femmes et montré des taux de participation très satisfaisants. Toutefois ils ont été conduits de façon territoriale.

OBJECTIF

Cette étude a pour objectif d'évaluer le vécu professionnel des sages-femmes en abordant plus spécifiquement le burnout et les facteurs de risques psychosociaux.

METHODOLOGIE

Une invitation à participer à l'étude a été envoyée par email via des réseaux professionnels à une majorité des sages-femmes travaillant en France. **Un total de 2767 réponses exploitables a été recueilli** (cliniciennes salariées = 2087, cliniciennes libérales = 502, coordinatrices = 134, enseignantes = 40, chercheuses = 4), représentant plus de 12% de la population des sages-femmes françaises.

Trois versions du MBI ont été utilisées en fonction du mode d'exercice (HSS, ES, et GS) afin d'évaluer le burnout. La version courte du COPSQ a été utilisée pour l'évaluation des facteurs de risque psychosociaux. Des données socio-démographiques ainsi que des données complémentaires sur l'exercice des sages-femmes (encadrement de stagiaires, soutien des organisations professionnelles) ont été recueillis.

RÉSULTATS

Le nombre de sages-femmes françaises souffrant de burnout est significatif puisque 42,3% des cliniciennes salariées, 31% des libérales et 37,5% des enseignantes sont touchées (évalué par le MBI-HSS et le MBI-ES). Ce pourcentage augmente considérablement chez les coordinatrices puisqu'il atteint 65,7% (évalué par le MBI-GS).

Les résultats des MBI-HSS et MBI-GS révèlent que **le burnout sévère affecte 2,6% des sages-femmes enseignantes, 4,4% des cliniciennes salariées et 12,7% des coordinatrices**. Dans ce cas spécifique il semble que l'exercice libéral (1%) soit protecteur.

Les analyses montrent que chez les sages-femmes cliniciennes salariées, un conflit vie privée / vie professionnelle important et une forte charge de travail expliquent une grande partie de l'épuisement émotionnel ($p < .001$). Chez les coordinatrices, un conflit vie privée / vie professionnelle important ainsi que de fortes exigences émotionnelles expliquent une partie importante de la variance ($p < .001$).

Les analyses montrent que les facteurs expliquant la variabilité de la satisfaction au travail sont, chez les cliniciennes salariées, la reconnaissance et l'équilibre vie privée / vie professionnelle ($p < .001$), et chez les coordinatrices la reconnaissance et une charge de travail qui n'est pas vécue comme trop importante ($p < .001$).

CONCLUSION

L'épuisement professionnel ou burnout est une souffrance au cours de laquelle le sujet atteint, voire dépasse, ses limites psychologiques, physiques, intellectuelles. **La souffrance d'un grand nombre des sages-femmes françaises est préoccupante.**

Néanmoins cette étude permet d'envisager des axes de réflexion quant à des recommandations concrètes en termes de prévention primaire, de dispositifs de soutien et de prise en charge dédiés en s'appuyant sur la mise en lumière des facteurs de risques psychosociaux. Ces résultats permettent en outre d'entamer une réflexion plus globale sur le bien-être des sages-femmes au travail, qui ne se limiterait pas à l'éradication de risques psycho-sociaux mais considèrerait également les facteurs de satisfaction au travail.

III AUTEUR.E.S ET MEMBRES

RESPONSABLES SCIENTIFIQUES

- **Christine Chalut-Natal Morin**, sage-femme doctorante en Psychologie - Université Paris 8, vice-présidente du CNSF en charge de la formation ;
- **Lionel Dagot**, Docteur en Psychologie Sociale et du Travail, Maître de conférence HDR - Université Paris 8.

AUTEURES

- **Christine Chalut-Natal Morin**, Collège National des Sages-femmes de France ;
- **Aurore Sainflou**, étudiante Master 2 Psychologie Sociale du Travail et des Ressources Humaines - Université Paris 8.

MEMBRES DU GROUPE RECHERCHE

- **Christine Chalut-Natal Morin**, Sage-femme doctorante en Psychologie- Université Paris 8, vice-présidente du CNSF en charge de la formation ;
- **Lionel Dagot**, Docteur en Psychologie Sociale et du Travail, Maître de conférence HDR - Université Paris 8 ;
- **Manuela Carriço**, étudiante sage-femme Master 1 – Université Versailles Saint Quentin en Yvelines ;
- **Aurore Sainflou**, étudiante Master 2 Psychologie Sociale du travail et des Ressources Humaines- Université Paris 8.

FINANCEMENT

- CNSF
- Université Paris 8

Evaluation de la santé au travail des sages-femmes en France

Volet 1 - Enquête quantitative

REMERCIEMENTS

Nous remercions le Professeur Thierry MEYER, Vice-Président COMUE Université Paris Lumières grâce à qui nous avons pu soumettre notre projet à la commission d'éthique

Nous remercions la MACSF pour son implication dans la diffusion de cette enquête sur la santé au travail auprès de ses adhérentes sages-femmes.

Nous remercions les Réseaux Périnataux de s'être fait les relais de cette enquête sur leurs territoires

III CONTEXTE

À ce jour il n'y a jamais eu d'étude de conduite évaluant la santé au travail des sages-femmes sur l'ensemble du territoire français.

Pourtant quelques travaux ont suscité l'intérêt des sages-femmes et montré des taux de participation très satisfaisants. Toutefois ils ont été conduits de façon territoriale. En 2016, l'Observatoire Régional de Santé (ORS) en Limousin, aborde la souffrance et le burnout des soignants avec un volet spécifiquement dédié aux sages-femmes. Les résultats de cette étude montrent qu'une sage-femme sur cinq présente un état d'épuisement professionnel et une sage-femme sur dix présente un burnout sévère, constat est encore plus négatif chez les cadres où ces proportions sont à multiplier par deux.

La même année, une étudiante sage-femme réalise une étude quantitative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les sages-femmes de Côtes d'Armor (2016). Les conclusions mettent en perspective le fait que 28% des sages-femmes interrogées obtiennent un score élevé sur une échelle de mesure du burnout (MBI), marquant un certain épuisement. Le score le plus impacté est celui de l'accomplissement personnel. Les sages-femmes hommes ont un score de dépersonnalisation significativement plus élevé. Chez les sages-femmes exerçant en libéral, les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation sont inférieurs à ceux des hospitalières tandis que le score d'accomplissement personnel est plus élevé.

Enfin en 2018, l'Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes (ANESF) lance une enquête sur le bien-être des étudiants sages-femmes qui éclaire les difficultés de la profession au niveau de la communication avec un retentissement sur les compétences relationnelles.

III JUSTIFICATION DE CETTE ÉTUDE

Face à ce constat le Collège National des Sages-Femmes de France a souhaité engager une réflexion globale indispensable puisque les sages-femmes, comme tout soignant, sont particulièrement confronté.e.s au stress et exposé.e.s à un risque de burnout.

Nous pensons qu'une meilleure prise en charge des femmes dépend aussi du bien-être de sages-femmes et du bien vivre de leur profession. Ainsi ces travaux viendront nourrir la réflexion suite à la publication du Livre noir de la gynécologie et des conclusions du rapport ***De la bientraitance en obstétrique*** de l'Académie de Médecine.

Ce projet se décline en trois volets :

- **Le premier volet consiste en un état des lieux national de la santé des sages-femmes au travail s'appuyant sur des données quantitatives.** Il s'agit d'évaluer la situation des sages-femmes dans les différents modes d'exercice de la profession sur l'ensemble du territoire français.
- Cette enquête sera dans un second temps **complétée par une étude qualitative** afin de comprendre les enjeux et ainsi identifier de façon plus pertinente des stratégies d'ajustement à l'activité professionnelle.
- **Propositions de recommandations concrètes** en termes organisationnels, prévention primaire, dispositifs de soutien et prises en charge dédiées.

Ce rapport met en perspective les données descriptives de l'étude quantitative. La situation actuelle de l'épidémie COVID a reporté de quelques mois le volet qualitatif, nous serons néanmoins en mesure d'illustrer ces résultats par quelques verbatim, reflets qualitatifs du vécu des sages-femmes de leur exercice.

III MÉTHODOLOGIE DU VOLET QUANTITATIF DE L'ÉTUDE

A. VUE GÉNÉRALE DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est destiné à recueillir principalement, chez les sages-femmes en exercice, les données suivantes :

- évaluation du burnout ;
- évaluation des risques psychosociaux ;
- données socio-démographiques.

Toutes les sages-femmes susceptibles de recevoir l'email d'invitation n'exercent pas la même fonction. Le questionnaire distingue donc les types d'exercice suivants :

- sage-femme clinicienne salariée ;
- sage-femme clinicienne libérale ;
- sage-femme coordinatrice ;
- sage-femme enseignante ;
- sage-femme chercheuse.

Les outils évaluant le burnout ont été adaptés à chaque mode d'exercice.

Des sages-femmes n'exerçant pas au moment de l'étude étaient également susceptibles de recevoir l'invitation (retraitées, fonctionnaire en disponibilité, etc.). Elles ont donc été interrogées sur la raison pour laquelle elles n'exercent pas. Lorsque la réponse indiquait un choix de leur part (mise en disponibilité, reconversion professionnelle), elles ont été invitées à en indiquer la raison. Ces sages-femmes n'ont pas accédé à la suite du questionnaire.

B. PARTICIPANTS ET RECRUTEMENT

Un email invitant les sages-femmes à participer à l'étude a été largement diffusé par email (Annexe 1) via :

- le CNSF ;
- la MACSF ;
- les Réseaux Périnataux.

La collaboration établie avec nos deux partenaires, MACSF et Réseaux Périnataux, a permis de diffuser largement cette enquête et a contribué au succès de la récolte des données. Le lien vers l'étude n'était donc accessible qu'à des sages-femmes ayant reçu l'email d'invitation via des réseaux professionnels.

Les sages-femmes ne donnant pas leur consentement pour participer à l'étude n'ont pas accès au questionnaire. Elles ne sont pas incluses dans cette étude tout comme les sages-femmes qui ne sont pas en exercice au moment de la passation du questionnaire.

C. CALENDRIER

- 15 novembre 2019 - Déclaration auprès de la CNIL
- 18 décembre 2019 - Réception de l'avis favorable du Comité d'Ethique Interne de l'UFR SCIENCES PSYCHOLOGIQUES ET SCIENCES DE L'EDUCATION (SPSE) de l'Université Paris Nanterre
- 4 janvier 2020 - Diffusion par le CNSF d'emails d'invitation à participer à l'étude.
- 8 janvier 2020 - Diffusion par les réseaux périnataux d'emails d'invitation à participer à l'étude
- 21 janvier 2020 - Diffusion par la MACSF d'emails d'invitation à participer à l'étude
- 2 mars 2020 - Fin du recueil des réponses.

D. QUESTIONNAIRE

Le questionnaire dans son intégralité est joint au présent document (Annexe 2)

1. Consentement

Le consentement éclairé de chaque participant.e a été recueilli avant le début du questionnaire (Annexe 3). Il était notamment indiqué que chacun est en droit de décider de participer ou pas, ainsi que d'abandonner à tout moment. L'anonymat du traitement des réponses était également garanti. Une adresse email était fournie, afin de contacter l'équipe de recherche. Les répondant.e.s ne donnant pas leur consentement (n=12) n'ont pas accédé au questionnaire

2. Données démographiques

En nous appuyant sur les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les données démographiques suivantes ont été recueillies:

- tranche d'âge,
- sexe,
- département d'exercice,
- tranche d'unité urbaine,
- année d'obtention du diplôme de sage-femme,
- obtention de diplômes complémentaires,
- type de structure (hôpital public, ESPIC, cabinet libéral individuel, etc.),
- type de maternité
- nombre d'accouchements par an de la structure,
- exercice d'une fonction d'encadrement,
- taux d'occupation,
- exercice d'une autre fonction,
- rythme de travail (nuit / jour, semaine / week-ends et jours fériés),
- fréquence d'heures supplémentaires,
- rémunération ou récupération de ces heures supplémentaires

Nous avons décidé de placer en fin de questionnaire les questions socio-démographiques susceptibles d'activer des stéréotypes et donc de biaiser les réponses.

3. Maslach Burnout Inventory (MBI)

Le terme « burnout » est aujourd’hui entré dans le vocabulaire courant pour désigner l’état dans lequel se trouve un travailleur épuisé. L’épuisement est la conséquence d’une exposition répétée et prolongée au stress.

Ce concept est d’abord apparu dans une publication de Freudenberg en 1974 pour caractériser l’état d’épuisement émotionnel dans lequel se trouvaient certains acteurs en santé mentale. Ce phénomène était observé chez des personnes dont le cœur de l’activité est la relation d’aide.

En 1976 Maslach affine la notion du burnout en le qualifiant de syndrome d’épuisement émotionnel et de cynisme qui survient souvent chez les sujets engagés dans un métier de soutien et d’accompagnement des personnes (corps médical, psychologues et intervenants sociaux). Ses recherches lui permettent d’identifier, grâce à un auto-questionnaire (MBI), les trois dimensions qui caractérisent aujourd’hui le plus couramment le burnout :

- **L’épuisement émotionnel** fait référence au sentiment d’être exténué et vidé de ses ressources physiques et émotionnelles (Halbesleben et Demerouti, 2008). Cette dimension est considérée par certains chercheurs comme centrale dans la définition du burnout, comme en témoigne la traduction du terme anglais « burnout » par « épuisement » en français (Olié et al., 2016).
- **La dépersonnalisation** serait une conséquence de l’épuisement émotionnel. Elle conduit une personne travaillant dans la relation d’aide à agir de manière distante et impersonnelle.
- **L’accomplissement personnel** réfère à la mesure dans laquelle une personne se sent compétente pour mener à bien les tâches qu’elle doit accomplir. Pour Maslach, cette dimension ne doit pas être vue comme l’opposé de l’épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, même si elle en est indépendante. Notons que cette dimension est aujourd’hui la plus contestée par les chercheurs (Olié et al., 2016).

Le MBI a été développé en premier lieu pour une population de personnels soignants ou professionnels de la relation. Il en existe aujourd’hui plusieurs versions dont la traduction française a été validée. Pour cette recherche, trois versions ont été utilisées :

Les **sages-femmes cliniciennes** ont répondu au MBI-HSS (Human Services Survey), composé de 22 items cotés de 0 à 6. La cotation représente la fréquence à laquelle le sujet estime se reconnaître dans l’affirmation proposée (Jamais*Tous les jours). Le terme « malades » de la version originale a été remplacé par « patientes » afin de s’ajuster au métier de sage-femme. C’est la traduction de Dion et Tessier (1994) qui a été utilisée.

Les **sages-femmes enseignantes** ont répondu au MBI-ES (Educators’Survey). Celui-ci est identique au MBI-HSS, à ceci près que le terme “malades” a été remplacé par “étudiant.es”.

Les **sages-femmes coordinatrices** ont répondu au MBI-GS (General Survey) qui est adapté à une population dont le métier n’est pas en lien avec la relation d’aide. C’est donc le métier qui est

pris en compte, plutôt que les relations. Le questionnaire comporte 16 items cotés de 0 à 6. Ici aussi, la cotation représente la fréquence à laquelle le sujet estime se reconnaître dans l'affirmation proposée (Jamais*Tous les jours). Les dimensions évaluées par cette version du MBI sont l'épuisement, le cynisme, et l'efficacité professionnelle. Bien que ces dimensions soient nommées différemment de celles des autres versions du MBI, ce sont bien les mêmes qui sont évaluées (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). L'utilisation de termes plus généraux tient compte du fait que le questionnaire est adapté à un public ne travaillant pas dans la relation d'aide. C'est ici la version française du MBI-GS validée par Bocéréan, Dupret et Feltrin (2019) qui est utilisée.

Il est important de noter que l'évaluation du burnout chez les cliniciennes ou les enseignantes ne peut se comparer avec celle des coordinatrices qu'avec beaucoup de précautions, les instruments de mesures utilisés n'étant pas les mêmes pour chaque échantillon.

4. Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)

Le COPSOQ est un auto-questionnaire qui permet d'évaluer un grand nombre de facteurs de risques psychosociaux de l'environnement de travail. Il en existe trois versions : une longue, une moyenne et une courte. Le questionnaire de notre recherche comprenant un grand nombre d'items, nous avons opté pour la version courte du COPSOQ, dont la traduction en français a été validée (Dupret, Bocéréan, Teherani, & Feltrin, 2012).

Vingt-trois échelles, évaluées majoritairement par deux items, donnent un score que nous avons recalculé afin d'obtenir pour chacune une note allant de 0 (valeur minimum, par exemple « dans une très faible mesure ») à 10 (valeur maximum, par exemple « dans une très grande mesure »). Les 44 items ont été présentés de façon aléatoire. Certains d'entre eux n'étant pas cohérents avec tous les modes d'exercices (les sages-femmes libérales ne sont par exemple pas concernées par la dimension « Organisation et leadership »), le choix de réponse « non concerné.e » a pu être ajouté lorsque cela était nécessaire. Ces réponses ont ensuite été traitées comme des données manquantes. La dimension « épuisement » redondante avec la passation du MBI, a été retirée.

Les dimensions sont regroupées en 6 domaines :

- Contraintes quantitatives
 - Charge de travail
 - Rythme de travail
 - Contraintes cognitives
- Organisation et leadership
 - Prévisibilité
 - Reconnaissance
 - Justice organisationnelle
 - Clarté des rôles
 - Conflits de rôles
 - Qualité du leadership du supérieur hiérarchique
 - Soutien du supérieur hiérarchique

- Confiance entre les salariés et le management
- Relations entre collègues
 - Confiance entre collègues
 - Soutien social entre collègues
- Autonomie
 - Marge de manœuvre
 - Possibilités d'épanouissement
- Santé et bien-être
 - Santé auto-évaluée
 - Stress
 - Exigences émotionnelles
 - Conflit vie privée / vie professionnelle
 - Insécurité professionnelle
- Vécu professionnel
 - Sens du travail
 - Engagement dans l'entreprise (ou l'institution)
 - Satisfaction au travail

Les violences, dimension présente dans des versions plus longues du COPSQ, n'ont pas été évaluées dans la version utilisée dans cette étude. Il importe d'intégrer cet élément à notre réflexion notamment à l'heure d'évaluer quels facteurs sont fortement liés à l'épuisement.

III RÉSULTATS

A. PARTICIPATION

Les statistiques de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES, 2018) font état de 22 812 sages-femmes sur l'ensemble du territoire français.

La participation des sages-femmes à cette enquête a été notable puisque 3 471 d'entre-elles ont répondu. Parmi ces réponses 2 855 réponses complètes ont été recueillies, 80% des sages-femmes ayant commencé le questionnaire l'ont terminé, malgré un temps de passation relativement long (environ 17 minutes). Nous pouvons considérer cet élément comme un indicateur positif de l'intérêt porté par les sages-femmes à cette étude.

Parmi ces 2 867 réponses complètes, 12 personnes ne donnent pas leur consentement pour l'analyse des données et 88 sages-femmes ne sont pas en exercice.

Le nombre retenu de réponses exploitables pour cette études est de 2 767 réponses soit 12,13 % de la population des sages-femmes françaises c'est-à-dire un taux de réponses suffisamment représentatif pour que nous puissions argumenter du vécu du métier de sage-femme en France aujourd'hui et de leur bien-être ou mal-être au travail.

La distribution des réponses selon le canal de diffusion du questionnaire se répartit de la façon suivante :

- Lien MACSF : 1 517 réponses dont 1 191 exploitables
- Lien CNSF : 1 113 réponses dont 895 exploitables
- Lien Réseaux Périnataux : 841 réponses dont 681 exploitables

B. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

1. Approche territoriale des participant.e.s

a) Département d'exercice

Selon les départements les taux de participation varient de 1,20 % à 35,71 % (Annexe 4)

b) *Tranche d'unité urbaine*

Types de commune	Clinicien.ne.s salarié.e.s	Clinicien.ne.s libérales	Sages-femmes coordinatrices	Enseignantes
Commune Rurale	1,30 %	9,60 %	0,70 %	
< 5 000 habitants	2 %	11 %	0,70 %	
De 5 000 à 10 000 habitants	5 %	17,30 %	6 %	
De 10 000 à 20 000 habitants	11,30 %	15,10 %	14,2 %	
De 20 000 à 50 000 habitants	20 %	14,30 %	14,2 %	7,50 %
De 50 000 à 100 000 habitants	14,10 %	9,20 %	14,2 %	7,50 %
De 100 000 à 200 000 habitants	16,30 %	7,60 %	18,70 %	30 %
De 200 000 à 2 millions habitants	19 %	8,60 %	18,70 %	20 %
Région parisienne	11 %	7,40 %	12,70 %	35 %

2. *Etablissements*

a) *Secteur d'exercice*

Figure 1.a : Secteur d'exercice pour les cliniciennes salariées

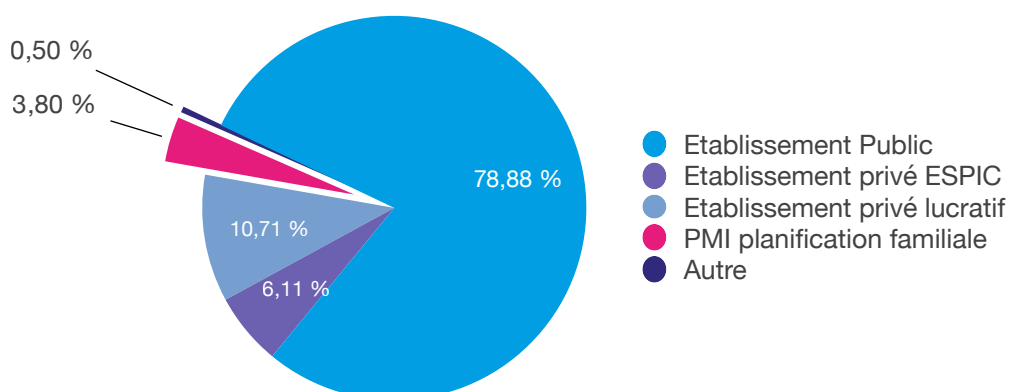


Figure 1.b : Secteur d'exercice pour les cliniciennes libérales

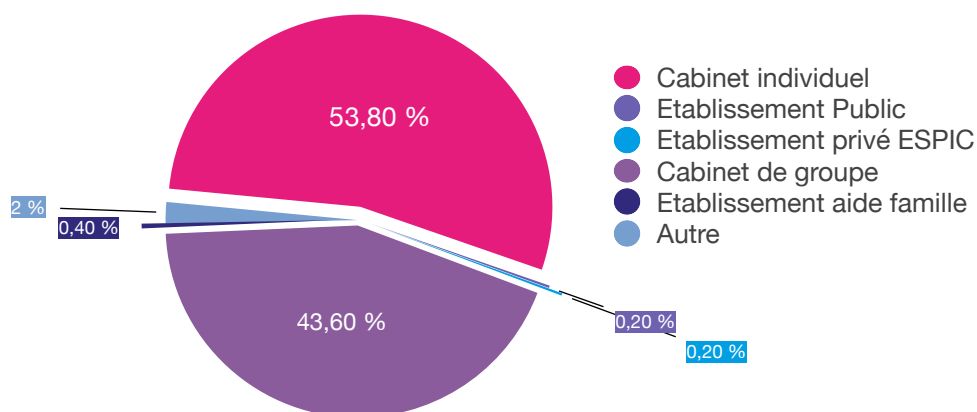


Figure 1.c : Secteur d'exercice pour les coordinatrices

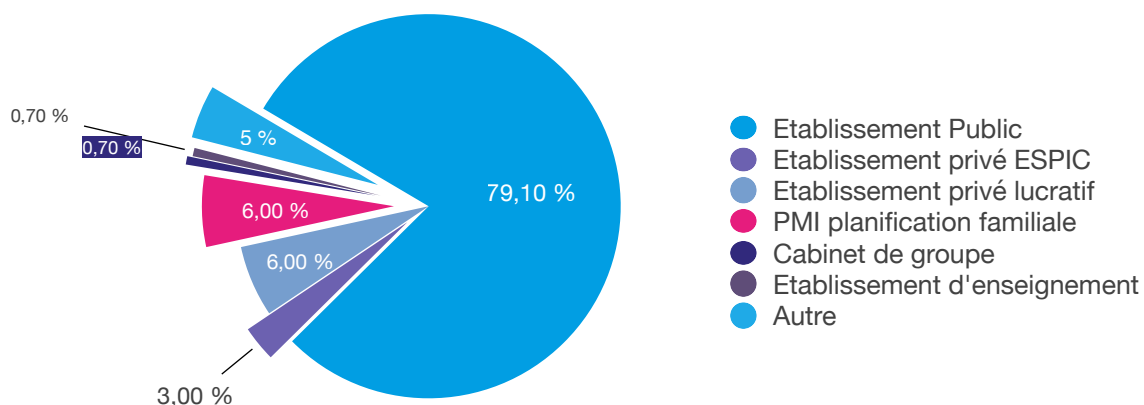
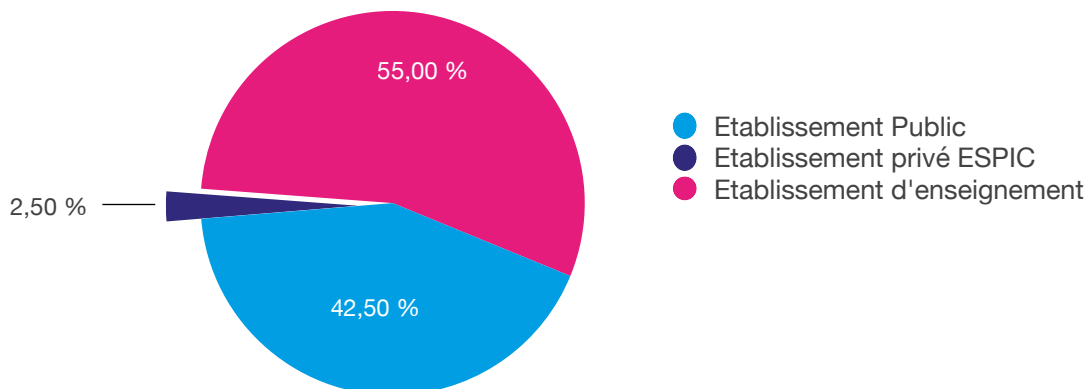
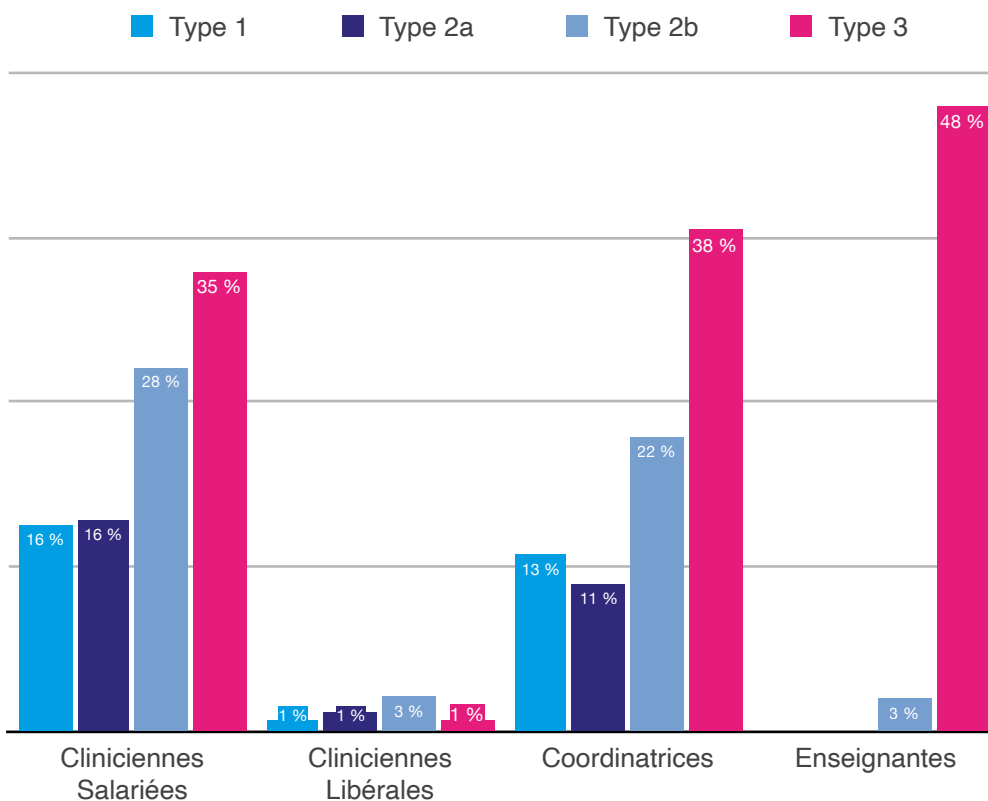


Figure 1.d : Secteur d'exercice pour les enseignantes



b) Type de maternité

Figure 2 : Type de maternité d'exercice des sages-femmes



c) Nombre d'accouchements annuels dans la structure

Figure 3.a : Nombre d'accouchements annuels dans la structure pour les cliniciennes salariées

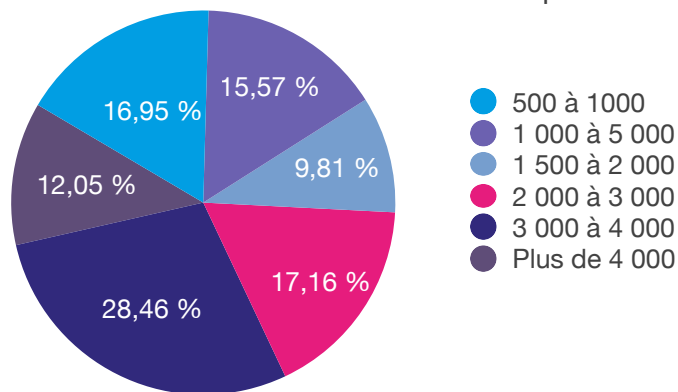


Figure 3.b : Nombre d'accouchements annuels dans la structure pour les cliniciennes libérales

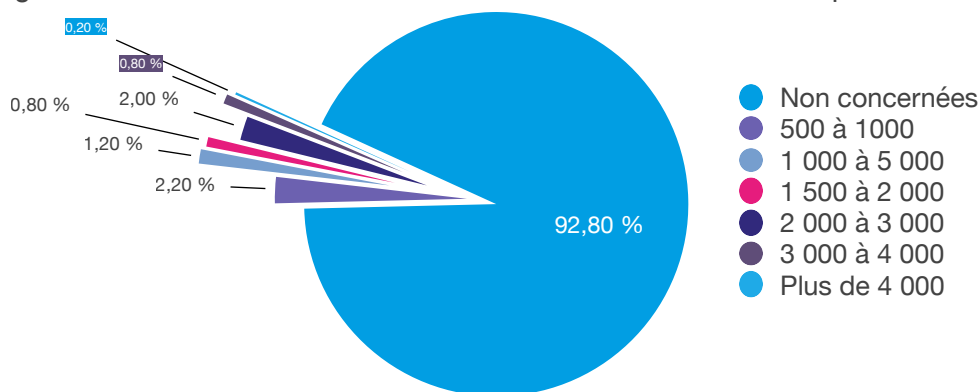


Figure 3.c : Nombre d'accouchements annuels dans la structure pour les coordinatrices

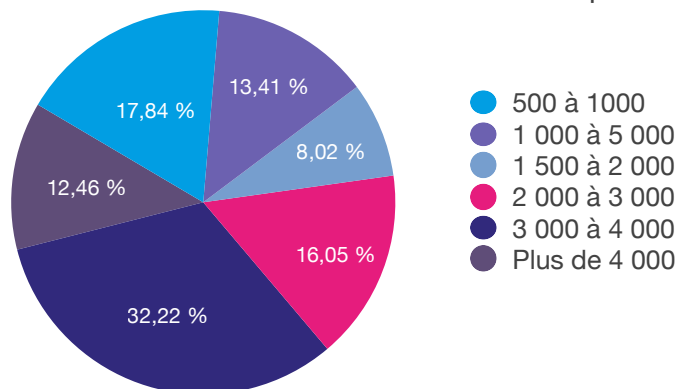
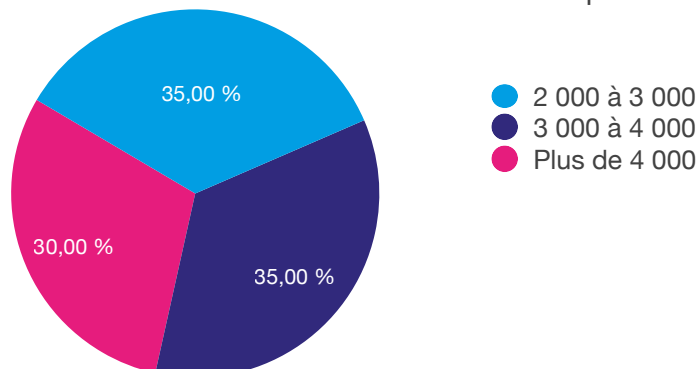


Figure 3.d : Nombre d'accouchements annuels dans la structure pour les enseignantes



3. Sexe

Figure 4.a : Répartition des répondants selon le sexe

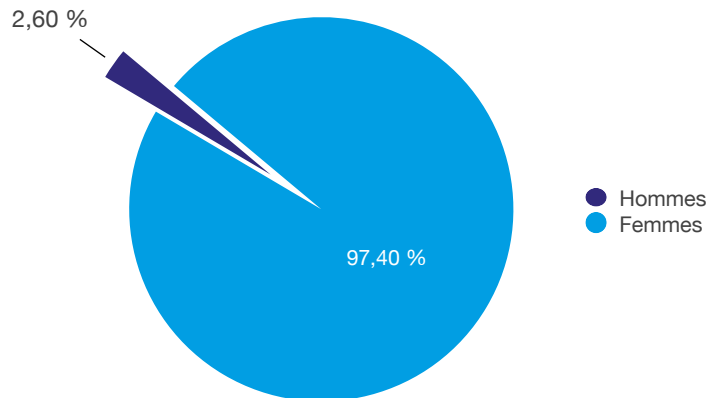
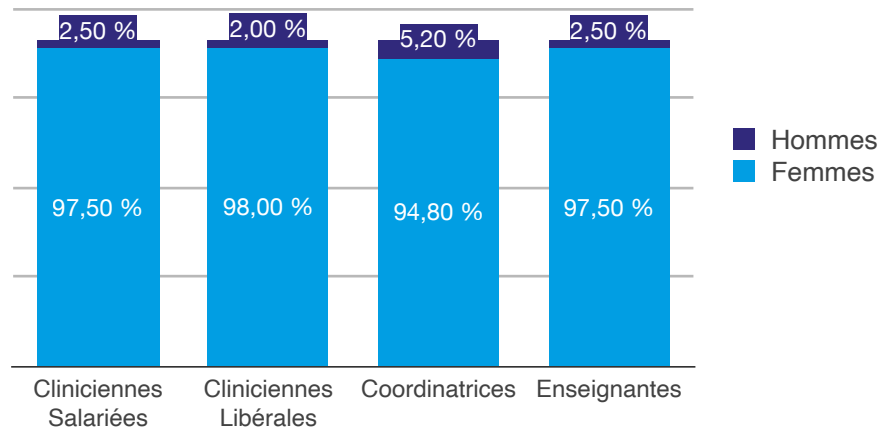


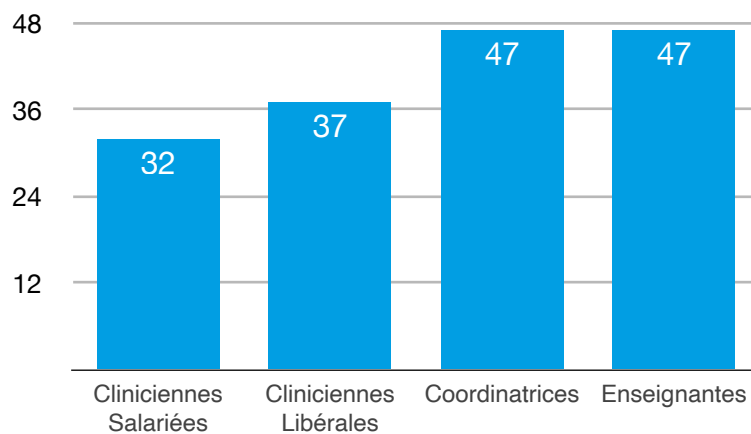
Figure 4.b : Répartition des sexes selon le mode d'exercice



La population masculine chez les sages-femmes est de l'ordre de 2 à 2,5%. Nous retrouvons ces chiffres chez les sages-femmes cliniciennes, libérales et enseignantes. Toutefois nous observons que les hommes sont significativement sur-représentés dans la fonction de coordination ($p=.008$).

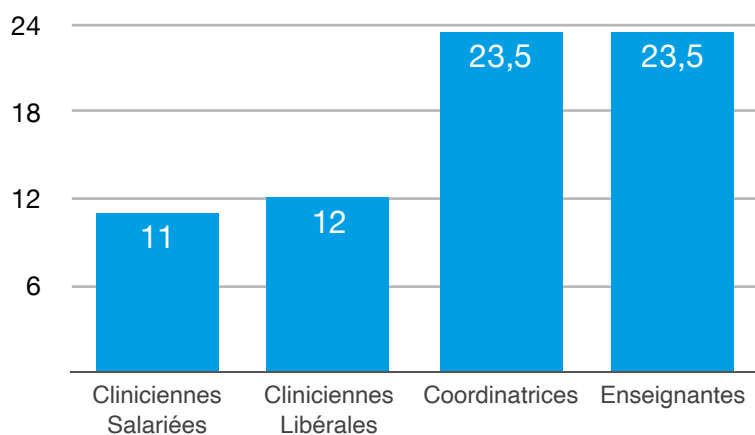
4. Age

Figure 5 : Age médian des participants selon le mode d'exercice



5. Ancienneté

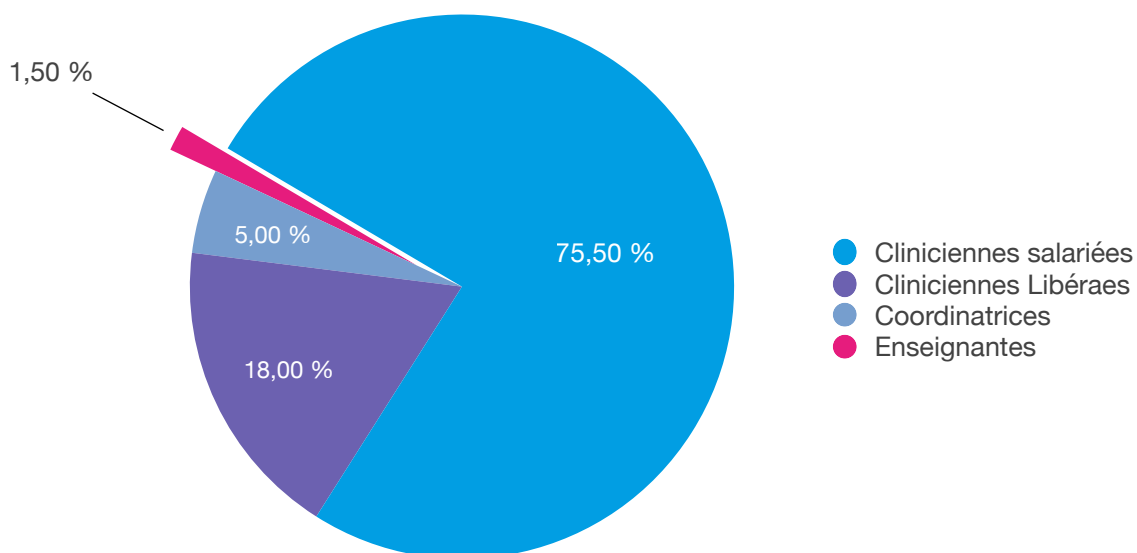
Figure 6 : Années d'ancienneté dans le métier de sage-femme (médiane)



6. Qualité

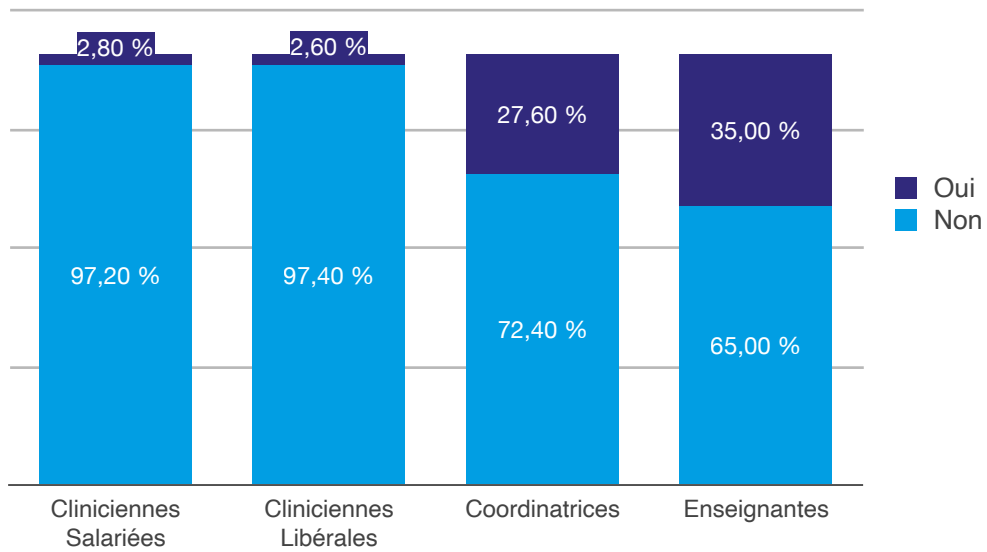
a) Fonction principale

Figure 7 : Répartition des sages-femmes selon leur qualité



i. Fonction supplémentaire

Figure 8.a : Exerce autre que la fonction principale



Un tiers des enseignantes et un quart des sages-femmes coordinatrices exercent des fonctions complémentaires. Les sages-femmes cliniciennes, salariées ou libérales, quant à elles, exercent rarement d'autres fonctions.

Figure 8.b : Autres fonctions des coordinatrices

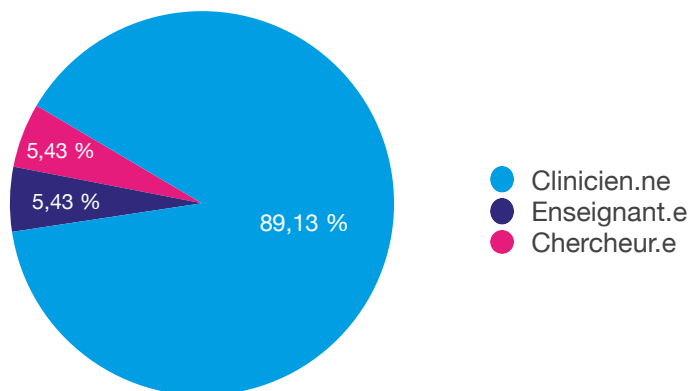
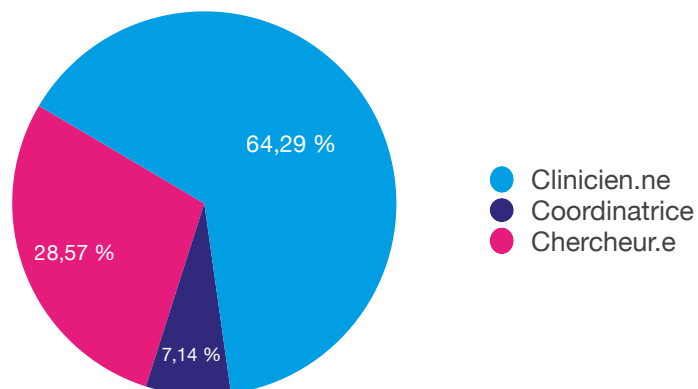


Figure 8.c : Autres fonctions des enseignantes



b) *Exercice de la fonction d'encadrement*

Si nous observons que seules 5% des sages-femmes cliniciennes salariées et 5% des sages-femmes cliniciennes libérales exercent une fonction d'encadrement, ces résultats sont plus nuancés chez les sages-femmes enseignantes puisque 32,5% d'entre-elles exercent ce type de fonctions.

7. Formation universitaire complémentaire

Figure 9.a : Formation universitaire complémentaire selon le mode d'exercice

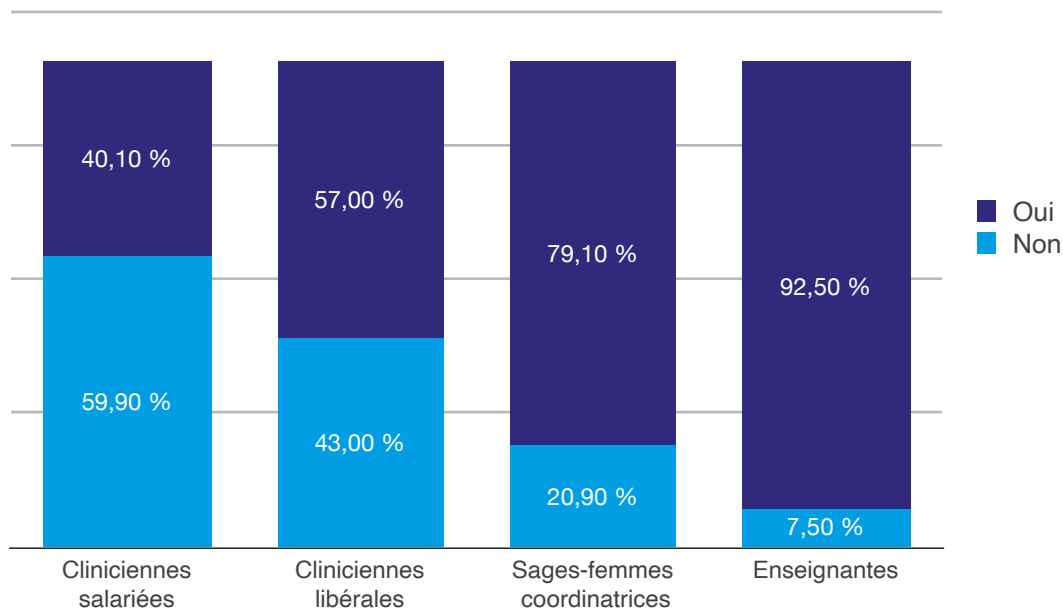


Figure 9.b : Formation universitaire complémentaire pour les cliniciennes salariées

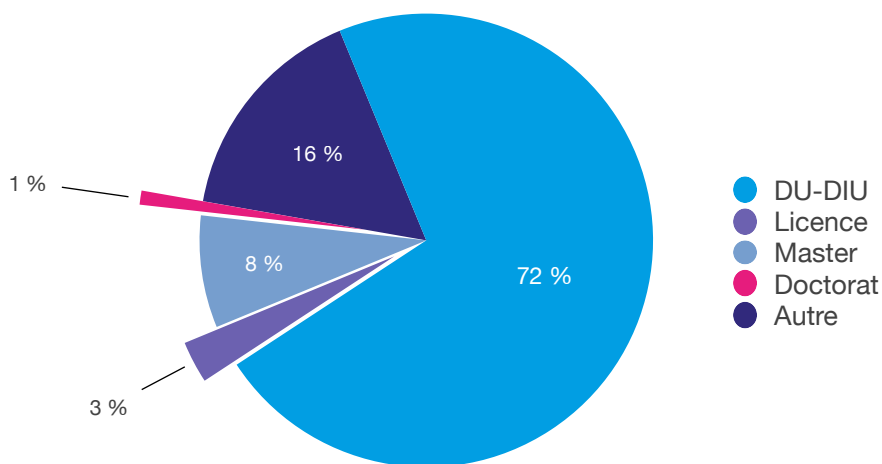


Figure 9.c : Formation universitaire complémentaire pour les cliniciennes libérales

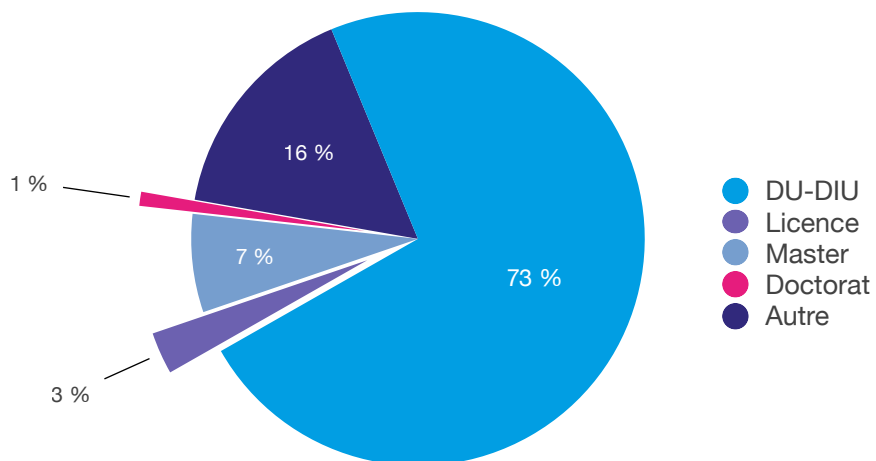


Figure 9.d : Formation universitaire complémentaire pour les coordinatrices

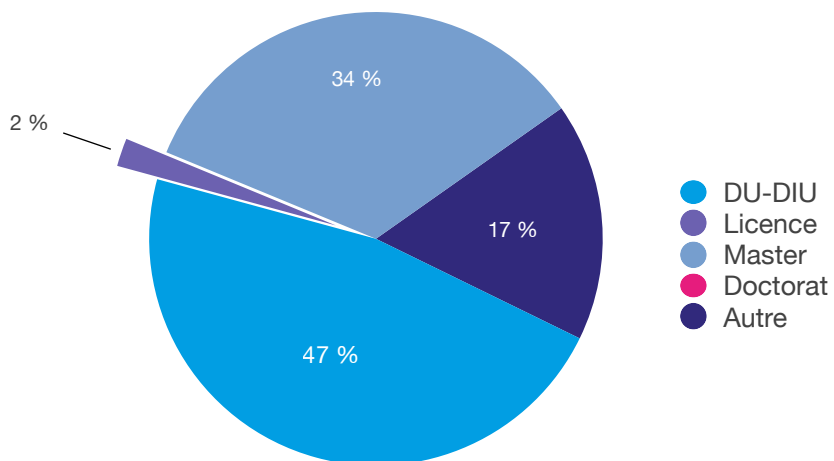
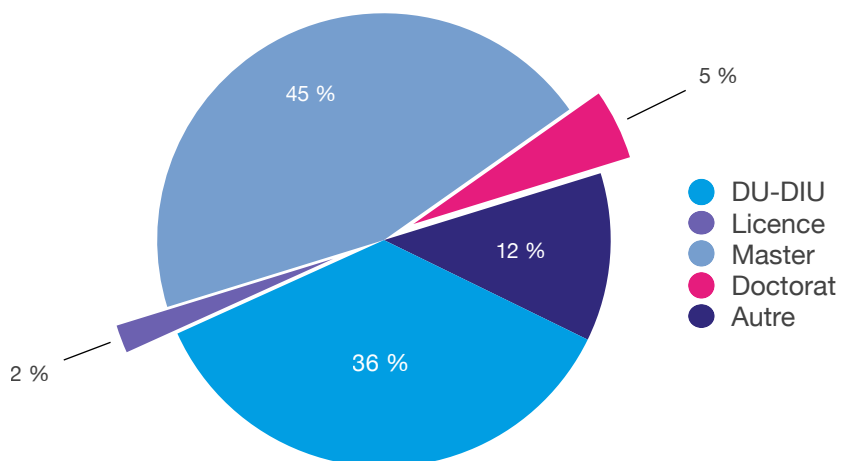


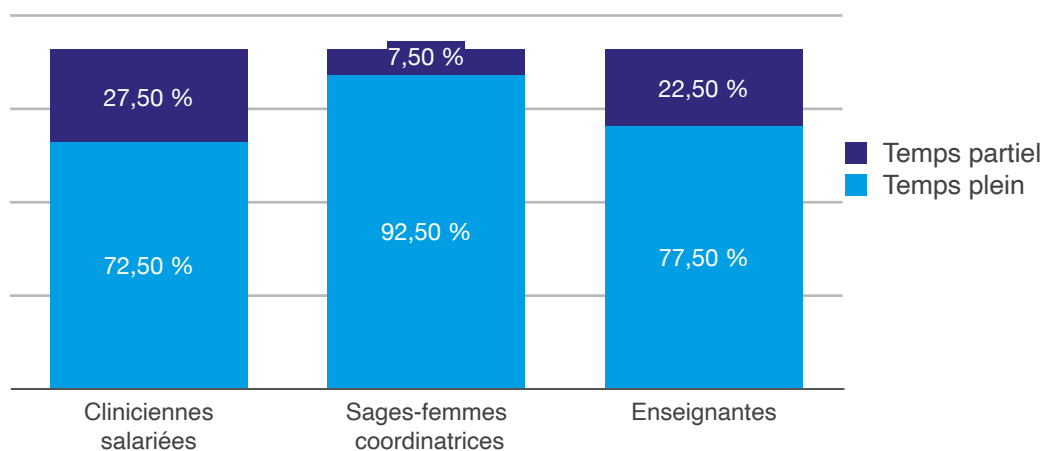
Figure 9.e : Formation universitaire complémentaire pour les enseignantes



7. Temps et rythmes de travail

a) Temps de travail

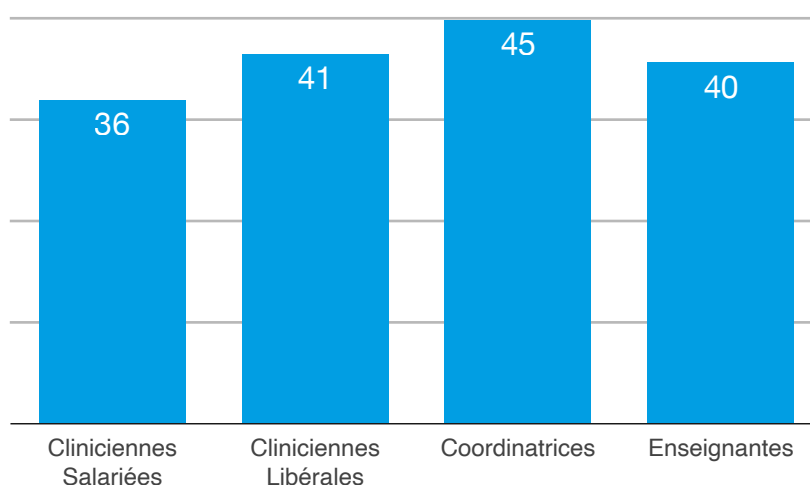
Figure 10 : Temps de travail



Répartition des personnes à temps partiel			
Temps de travail	Cliniciennes Salariées	Coordinatrices	Enseignantes
Moins de 50%	18,5 %	10 %	11 %
De 50% à 75%	16,5 %		11 %
De 75% à 90%	65 %	90 %	78 %

b) Durée hebdomadaire de travail

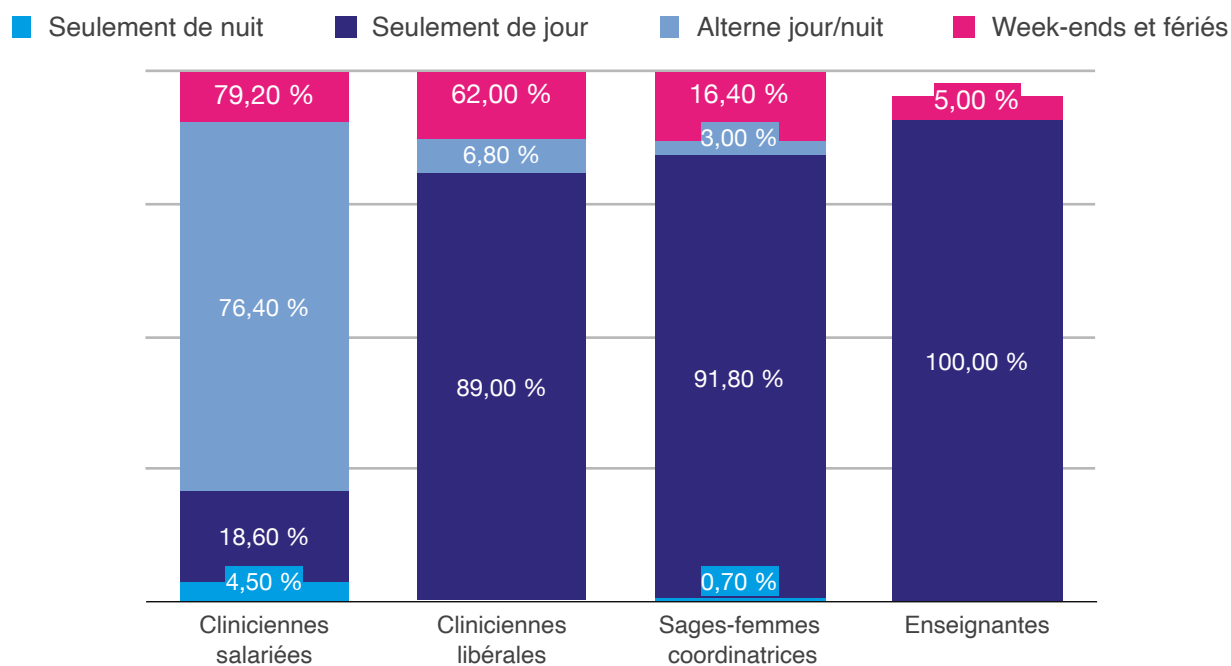
Figure 11 : Nombre d'heures hebdomadaires (médiane)



Pour les sages-femmes libérales les 41 heures hebdomadaires se distribuent de la façon suivantes : 36 heures dédiées à la cliniques et 5 heures consacrées à l'administratif (URSSAF, comptabilité...).

c) *Rythme de travail*

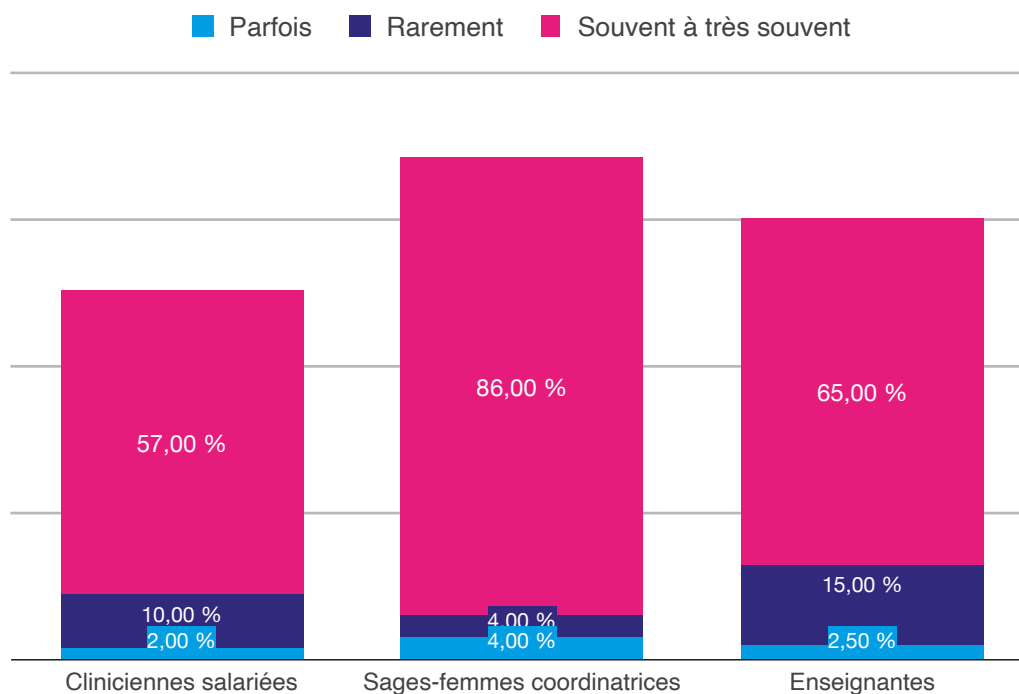
Figure 12 : Rythme de travail



d) *Heures supplémentaires*

La norme retenue est celle des 35 heures hebdomadaires.

Figure 13 : Faites-vous des heures supplémentaires ?



Quel que soit le mode d'exercice, plus de la moitié des sages-femmes effectuent des heures supplémentaires souvent à très souvent.

Ce taux atteint 57% chez les cliniciennes salariées.

Les enseignantes sont 65% à effectuer des heures supplémentaires.

Enfin chez les sages-femmes coordinatrices ce taux est de l'ordre de 86%.

Nous avons interrogé les sages-femmes sur le fait que ces heures soient payées, récupérées, ou ni payées ni récupérées.

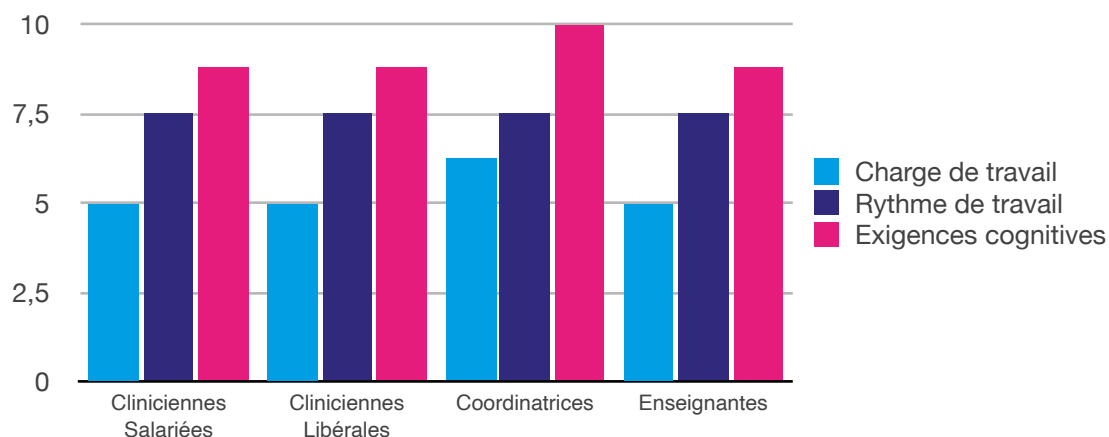
Les résultats montrent qu'au moins une partie de ces heures ne sont ni payées ni récupérées pour plus de 21% des sages-femmes salariées. Cette absence de récupération ou d'indemnisation atteint 60% chez les enseignantes et 62% chez les sages-femmes coordinatrices.

Heures Supplémentaires	Cliniciennes Salariées n = 2 087	Coordinatrices n = 134	Enseignant.e.s N = 40
Payées	37,40 %	5,20 %	2,50 %
Récupérées	58,80 %	32,80 %	38 %
Ni payées ni récupérées	21,20 %	61,90 %	60 %

C. EVALUATION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (COPSOQ)

1. Contraintes quantitatives

Figure 14 : Contraintes cognitives



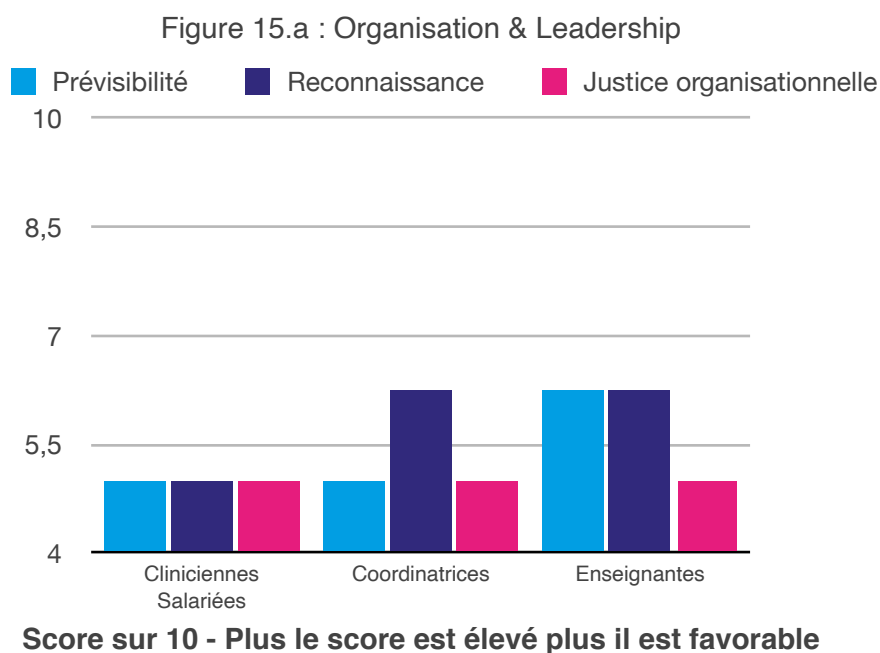
Score sur 10 - Plus le score est élevé plus les contraintes sont fortes

Les exigences cognitives telles que mesurées par le COPSOQ réfèrent à des demandes propres à l'exercice de la profession toutefois elles sont significativement plus fortes chez les coordinatrices ($p=.002$) de même que la charge de travail ($p=.002$).

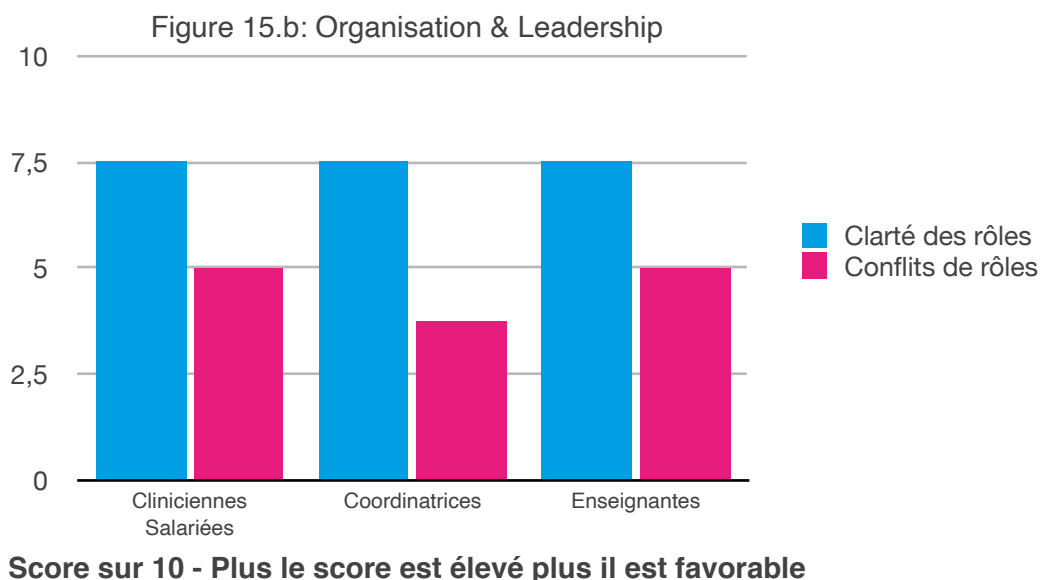
Le rythme de travail est évalué comme élevé par les sages-femmes, tous modes d'exercice confondus.

2. Organisation et Leadership

Les dimensions organisations et leadership n'ont pas été évaluées chez les sages-femmes libérales puisqu'elles ne sont pas concernées par ces items.

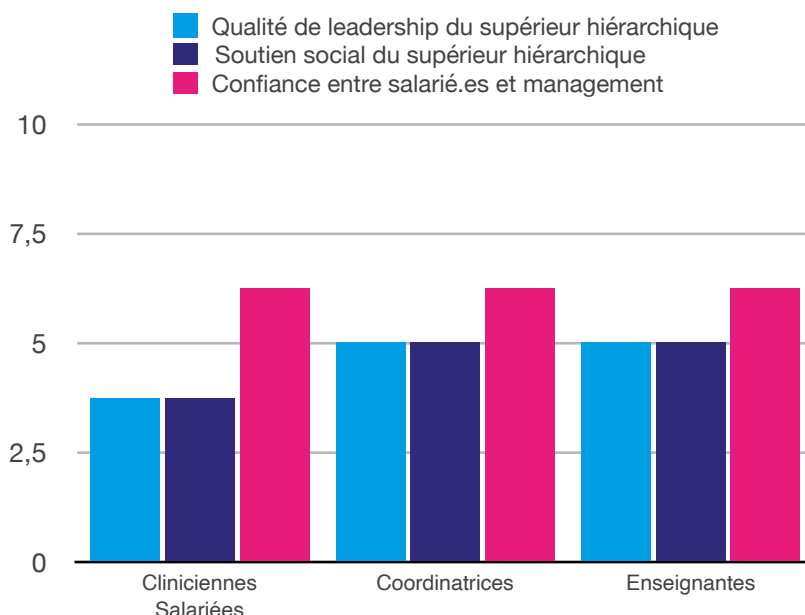


Même si la prévisibilité et la reconnaissance sont significativement plus favorables aux coordinatrices ($p=.028$; $p=.001$) et enseignantes, il n'en reste pas moins que l'évaluation faite par l'ensemble des sages-femmes interrogées sur ces deux dimensions ainsi que la justice organisationnelle est moyenne.



Si la clarté des rôles n'est pas problématique, il semble que des conflits de rôle soient présents.

Figure 15.c : Organisation & Leadership

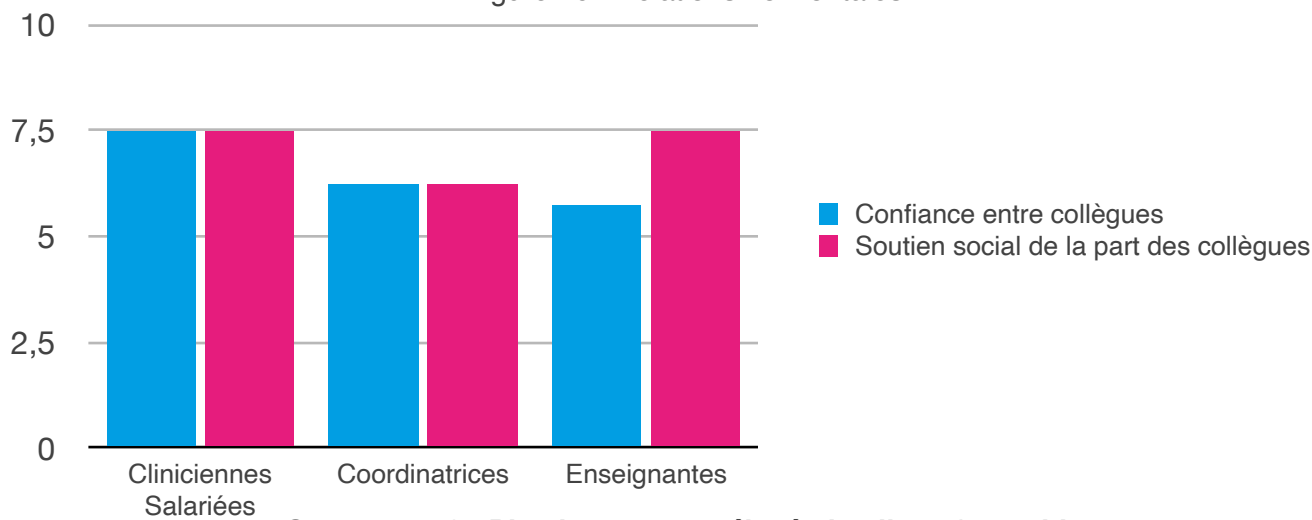


Score sur 10 - Plus le score est élevé plus il est favorable

L'évaluation que font les salariées de la qualité de leadership de leur supérieur hiérarchique est médiocre. La même évaluation par les coordinatrices et les enseignantes est moyenne. Le soutien social ainsi que la confiance entre salarié.es et le management obtiennent une évaluation moyenne des trois corps de métiers. Nous pouvons également noter que ces trois dimensions sont évaluées significativement mieux par les cadres que par les salariées ($p=.05$).

3. Relations horizontales

Figure 16 : Relations horizontales

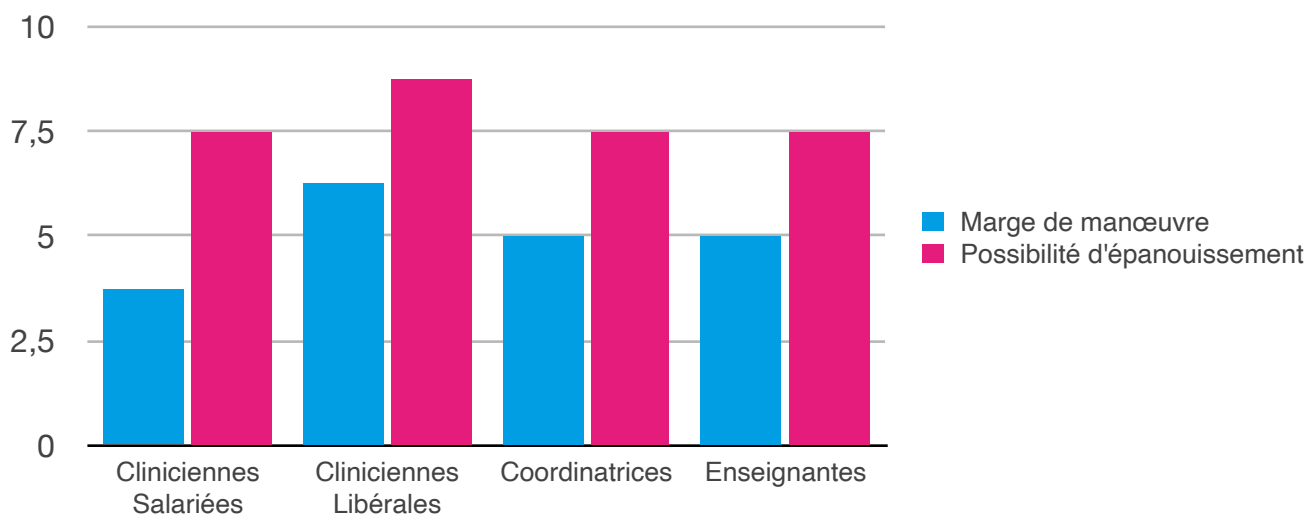


Score sur 10 - Plus le score est élevé plus il est favorable

Les relations horizontales entre sages-femmes cliniciennes salariées sont très positivement évaluées ($p<.001$). Par contre les dimensions de perception de confiance et soutien social entre collègues sont significativement plus défavorables chez les coordinatrices et les enseignantes.

4. Autonomie

Figure 17 : Autonomie



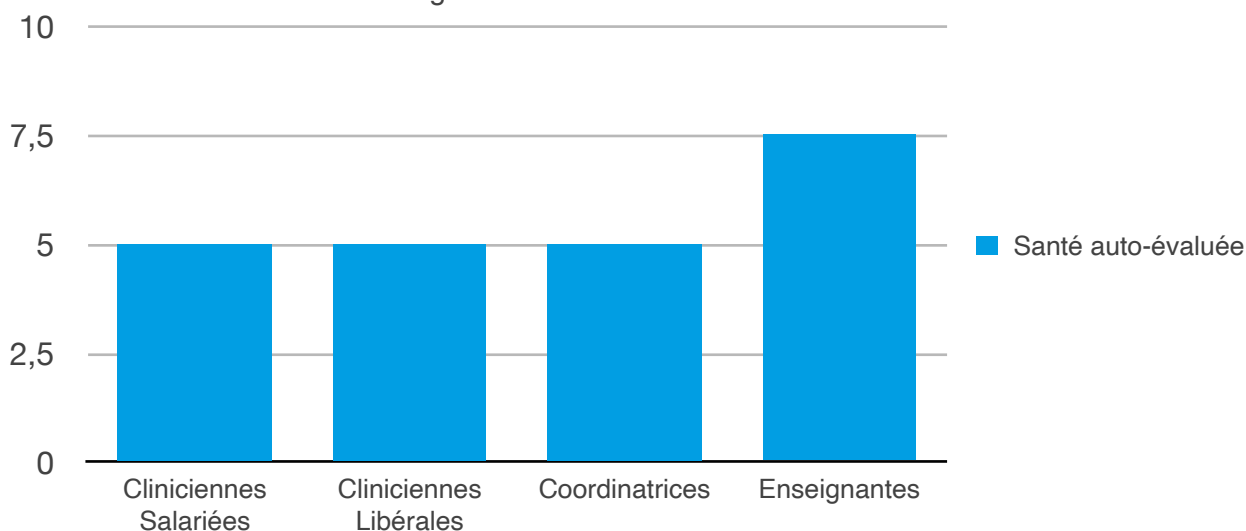
Score sur 10 - Plus le score est élevé plus le niveau d'autonomie est élevé

L'évaluation que font les cliniciennes salariées de leur marge de manoeuvre est médiocre. Celle des coordinatrices est significativement supérieure ($p < .001$) même si elle reste moyenne. Les enseignantes et les sages-femmes libérales font également une évaluation moyenne de leur niveau de marge de manoeuvre.

Les possibilités d'épanouissement sont évaluées positivement par tous les corps de métiers, mais nous notons que l'évaluation des libérales est la plus élevée.

5. Santé et Bien-être

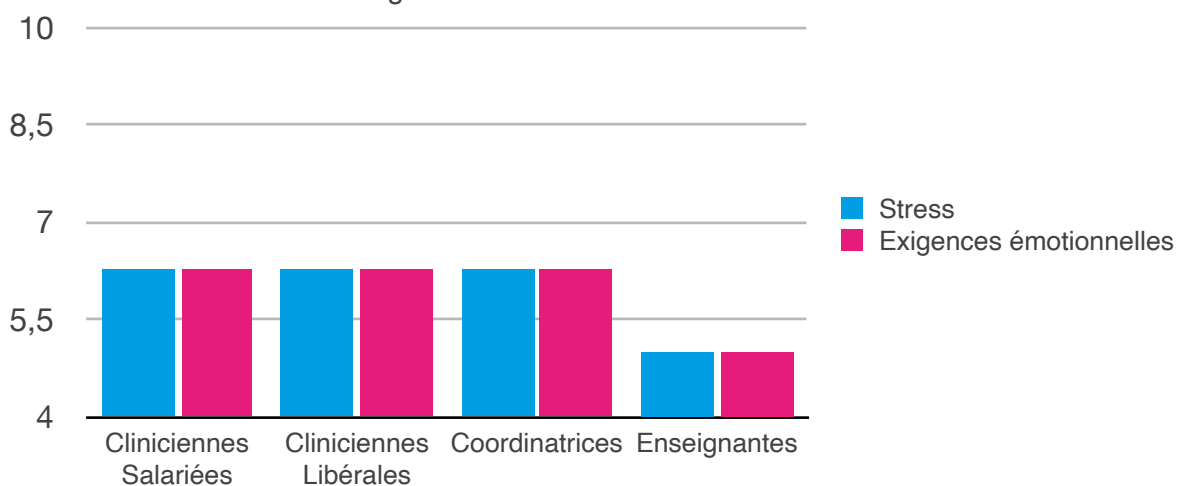
Figure 18.a : Santé et Bien-être



Score sur 10 - Plus le score est élevé plus il est favorable

Si les enseignantes se perçoivent en bonne santé, l'évaluation de cette dernière est moyenne chez les cliniciennes et les coordinatrices.

Figure 18.b : Santé et Bien-être

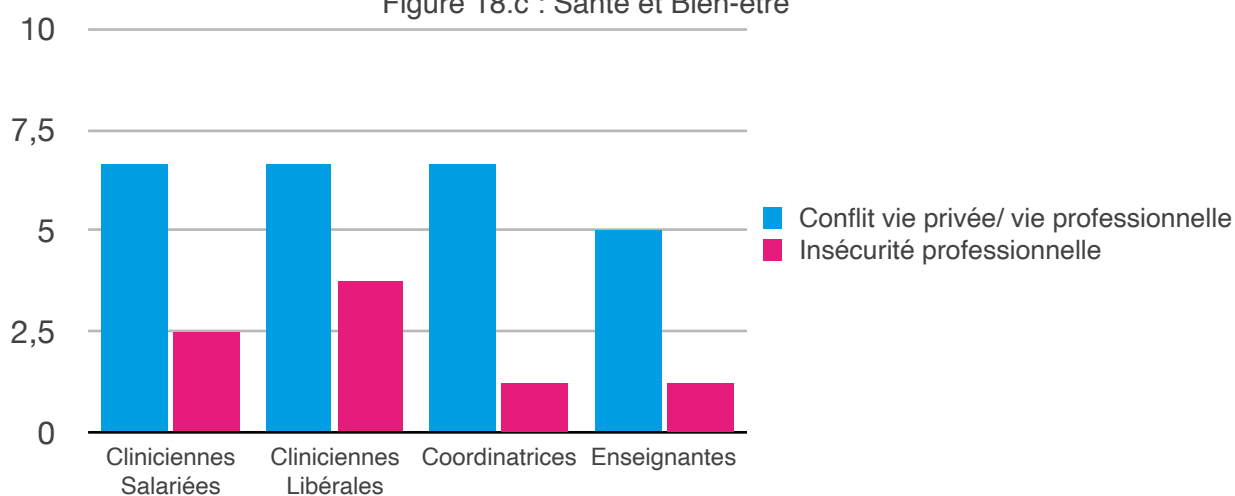


Score sur 10 - Plus le score est élevé plus il est défavorable

Les niveaux de stress sont importants pour tous les modes d'exercices mais beaucoup plus marqués chez les sages-femmes cliniciennes salariées et les coordinatrices.

Le métier de sage-femme est vécu comme émotionnellement éprouvant, notamment chez les cliniciennes et les coordinatrices qui évaluent ces exigences comme élevées. Cette évaluation est plus défavorable aux cliniciennes qu'aux coordinatrices ($p=.04$).

Figure 18.c : Santé et Bien-être

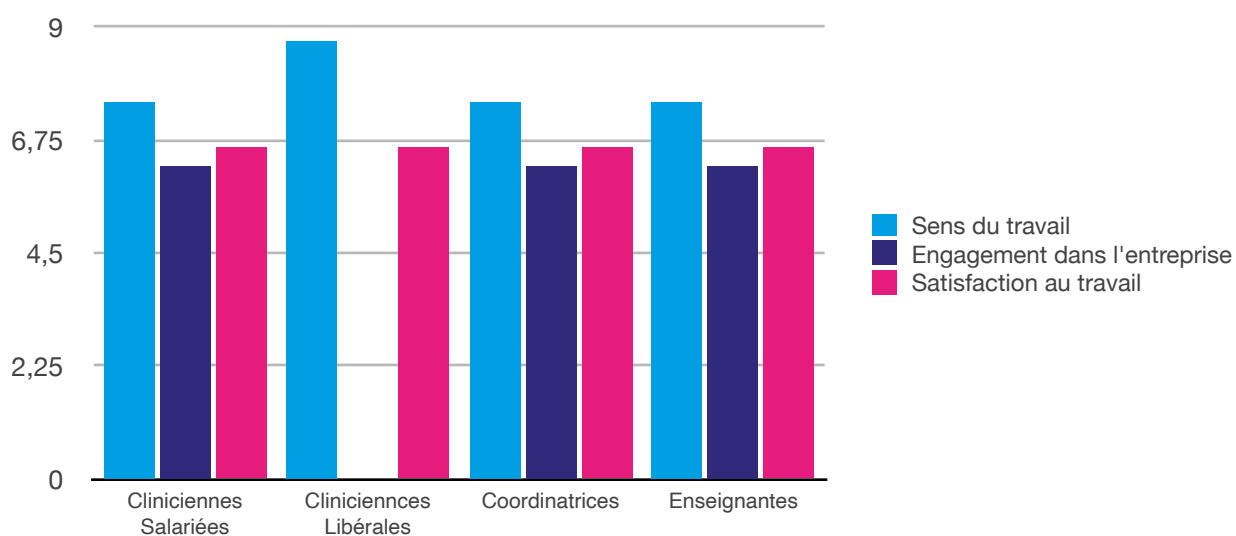


Score sur 10 - Plus le score est élevé plus il est défavorable

Le conflit vie privée / vie professionnelle est particulièrement important chez les coordinatrices et les cliniciennes libérales. Il est légèrement moins marqué chez les cliniciennes salariées. L'évaluation du conflit vie privée/vie professionnelle est légèrement meilleure chez les enseignantes. Le sentiment d'insécurité professionnelle prend une place significative dans le vécu de l'exercice libéral ($p=.008$) et dans une moindre mesure dans l'exercice salarié.

6. Vécu professionnel

Figure 19 : Vécu professionnel



Score sur 10 - Plus le score est élevé plus il est favorable

La dimension de l'engagement dans l'entreprise n'a pas été évaluée chez les sages-femmes libérales puisqu'elles ne sont pas concernées par cette dimension.

Toutes les sages-femmes trouvent du sens dans leur travail toutefois les coordinatrices évaluent cette notion significativement moins positivement ($p < .001$).

Les sages-femmes évaluent en général leur satisfaction au travail comme moyenne, mais il est à noter que les libérales en font une évaluation plus positive que les autres.

D. EVALUATION DU BURNOUT

	Salarié.e.s (n = 2 088)	Salarié.e.s Public (n = 1 664)	Libérales (n = 502)	Enseignant.e.s (n = 40)	Coordinatrices (n = 134)	Coordinatrices Public (n = 106)
Burnout (au moins 1 dimension touchée)	42,30 %	45,60 %	31,00 %	37,50 %	65,70 %	66,00 %
Burnout Fort (3 dimensions touchées)	4,40 %	4,50 %	1,00 %	2,60 %	12,70 %	14,20 %
Fort niveau d'épuisement émotionnel	23,00 %	24,00 %	24,00 %	20,50 %	24,60 %	24,50 %
Fort niveau de dépersonnalisation	17,90 %	19,80 %	8,90 %	5,10 %	53,00 %	54,70 %
Faible niveau d'accomplissement	22,00 %	23,00 %	7,00 %	30,80 %	33,60 %	37,70 %

Aucun lien entre le sexe et la présence (ou l'absence) de burnout n'a été identifié dans cette étude. Il faut cependant préciser que ces groupes étaient très déséquilibrés.

Un étude de Hastoy (2013) au sein de l'Hôpital Paule de Viguiers à Toulouse (maternité de type 3), relève un taux de burnout chez les sages-femmes de 36% versus 45,6% dans cette étude.

L'étude du Limousin démontre que 9% des sages-femmes présente un burnout sévère plus fréquemment observé chez les cadres que chez les autres sages-femmes (17% versus 5%). Dans cette même étude, alors que 32% des sages-femmes coordinatrices du secteur public souffrent d'un BO fort, celui-ci est moindre dans l'exercice libéral (7%). Néanmoins ces résultats sont à pondérer car le MBI-HSS a été utilisé tant pour les sages-femmes que pour les coordinatrices.

Toutefois nos résultats confirment que l'exercice libéral semble être protecteur de la forme grave d'épuisement professionnel puisque seul 1% des sages-femmes libérales est touché, versus 14,20% des coordinatrices du secteur public.

Les résultats s'appuient sur une évaluation des différentes dimensions du MBI et l'ajustement de celui-ci aux différents modes d'exercice. Ils permettent de dresser un paysage précis de la situation d'épuisement professionnel des sages-femmes françaises.

Les analyses affinées de ces différents résultats vont être publiées dans les mois à venir. Des résultats forts intéressants se dessinent qui viendront compléter nos travaux.

E. ÉPUISEMENT, SATISFACTION AU TRAVAIL ET FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Les analyses statistiques nous ont permis d'identifier les facteurs de risques psychosociaux expliquant l'épuisement émotionnel chez les sages-femmes.

Les contraintes cognitives telles qu'évaluées par le COPSQ laissent penser que ce qui est mesuré ici comme une « contrainte » tient plus d'un élément constitutif du métier, certainement même une des raisons pour lesquelles ce métier a été choisi, plutôt qu'un facteur de risque devant trouver sa place dans le modèle de régression. Le parti a donc été pris de ne pas l'intégrer à l'analyse.

D'autre part, le COPSQ dans sa version courte est peu adapté à la pratique des cliniciennes libérales. Les facteurs explicatifs de l'épuisement ou de la satisfaction au travail ne sont donc pas assez exhaustifs pour permettre d'obtenir des modèles complets. Ces analyses n'ont donc pas été conduites pour cette population. Nous illustrerons certaines dimensions par les verbatim des participant.e.s.

1. Clinicien.ne.s salarié.e.s

Les facteurs de risque qui entretiennent une forte relation avec l'épuisement émotionnel des sages-femmes cliniciennes salariées sont, par ordre d'importance :

- **un conflit vie privée / vie professionnelle important**
« Je suis passée à mi-temps car je n'arrivais pas à m'organiser au niveau familial à cause de la surcharge de travail (heures supplémentaires et journées de gardes supplémentaires) »
- **une charge de travail importante**
« Mise en danger des patientes et des professionnels du fait de la charge de travail »
- **des exigences émotionnelles fortes**
« Travaille en PMI avec beaucoup de protection de l'enfance ce qui est surtout pesant émotionnellement... »
« Manque de temps pour accompagner émotionnellement les patientes »
- **le manque de reconnaissance**
« Aucune prise en considération »
« Travail trop souvent mal reconnu par les cadres et les chefs »
« Le recrutement va devenir de plus en plus difficile si la reconnaissance du travail fait n'est pas au rendez vous... »

Il est intéressant de noter que l'absence d'un risque n'est pas synonyme de satisfaction au travail. Ainsi, la même analyse conduite sur la satisfaction au travail, montre que les facteurs les plus fortement en lien avec la satisfaction au travail sont, par ordre d'importance :

- **une reconnaissance importante**
- **un conflit vie privée / vie professionnel faible**

2. Coordinatrices

Les facteurs de risque qui entretiennent une forte relation avec l'épuisement émotionnel des sages-femmes coordinatrices sont, par ordre d'importance :

- **un conflit vie privée / vie professionnelle important**
- **des exigences émotionnelles fortes**
- **des conflits de rôles importants**
« J'ai plusieurs fois envisagé de revenir aux soins pour me libérer de certaines injonctions contradictoires liées à la fonction de cadre. »

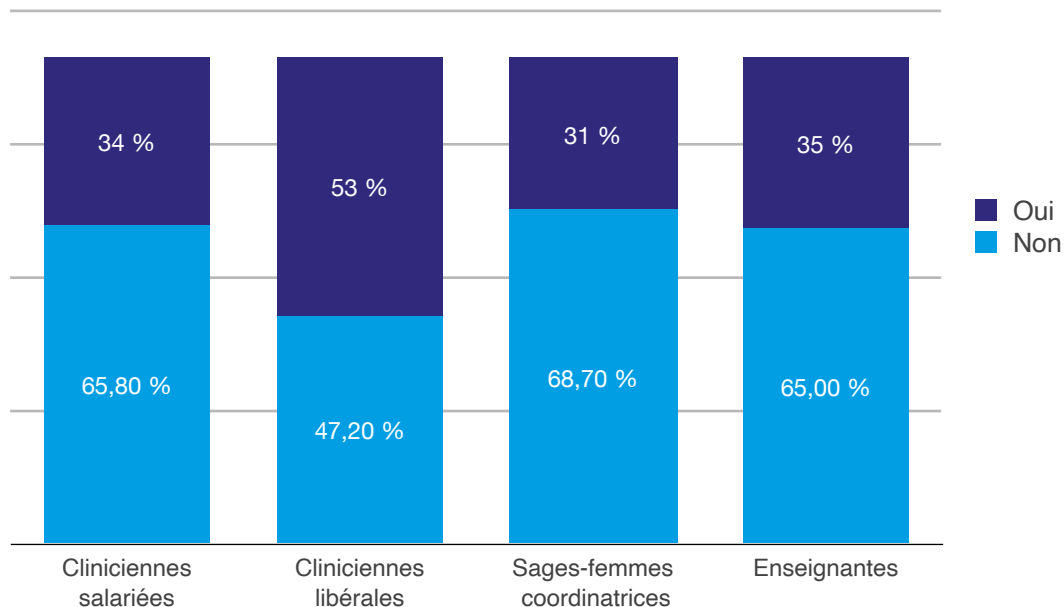
La même analyse conduite sur la satisfaction au travail, montre que les facteurs les plus fortement en lien avec elle sont, par ordre d'importance :

- **une reconnaissance importante**
« On ne sait jamais si le travail répond aux attentes de l'institution et ils considèrent que si rien n'est dit c'est que tout va bien ! Besoin de reconnaissance ++ »
« La profession elle-même est en souffrance car elle doit constamment se battre pour se faire reconnaître autant par les autorités sanitaires que les autres catégories professionnelles de la périnatalité »
- **une charge de travail vécue comme raisonnable**

F. SOUTIEN PAR LES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

Les sages-femmes ont été interrogées sur leur perception du soutien qu'elles reçoivent de la part des organisations professionnelles.

Figure 20 : Perception de soutien par les organisations professionnelles



G. ENCADREMENT DES ETUDIANT.E.S

Figure 21.a : Encadrement des étudiant.e.s

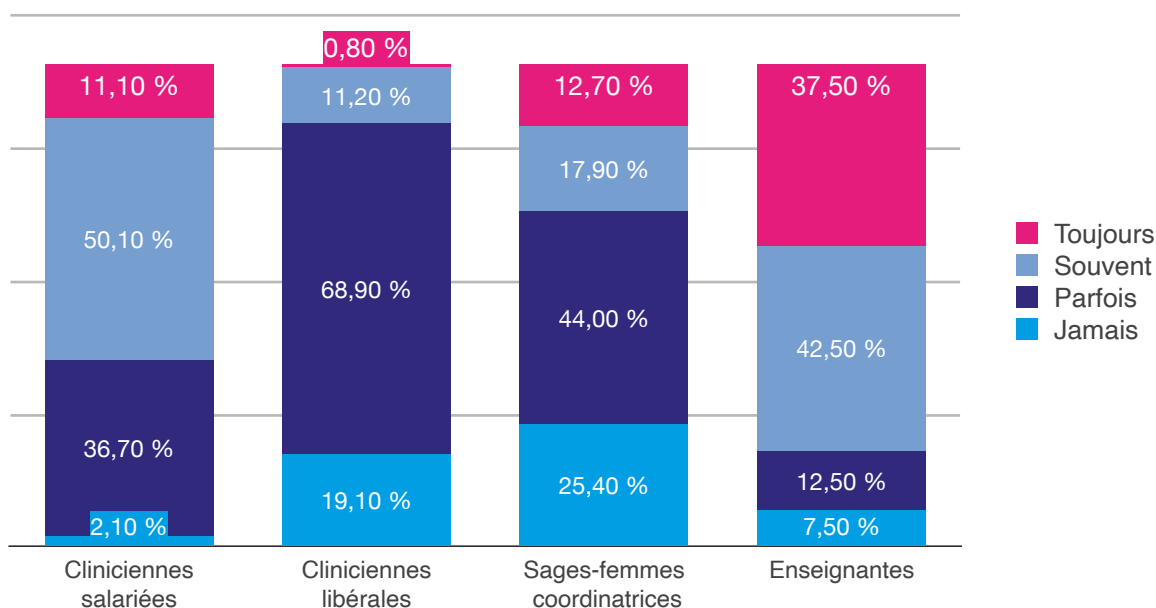


Figure 21.b : Sentiment de compétence pour encadrer les étudiant.e.s

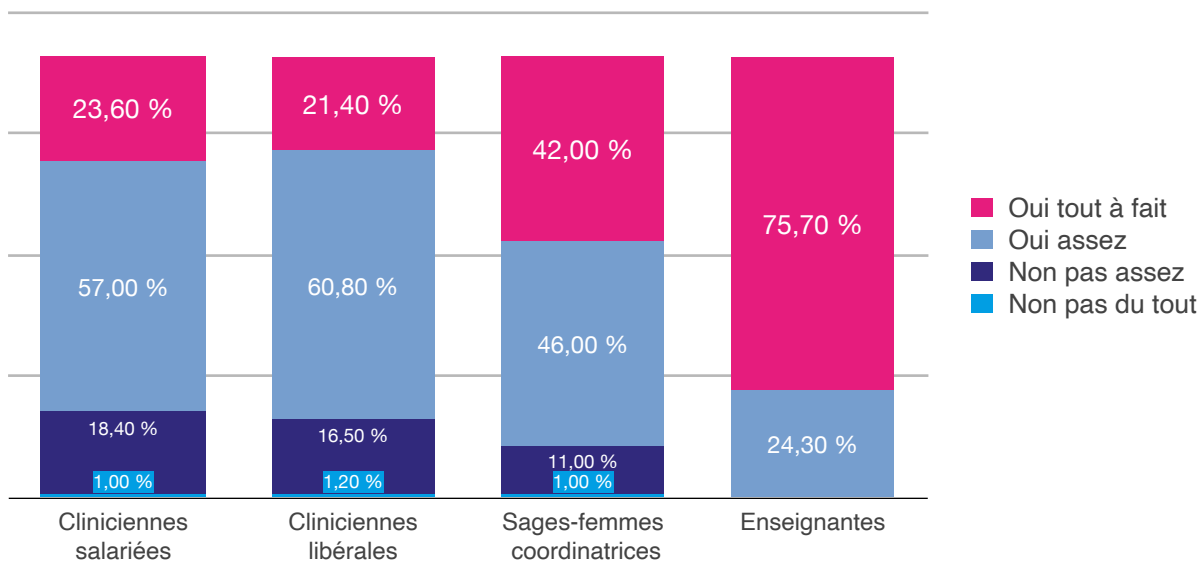


Figure 21.c : Charge et temps de travail pour encadrer les étudiant.e.s

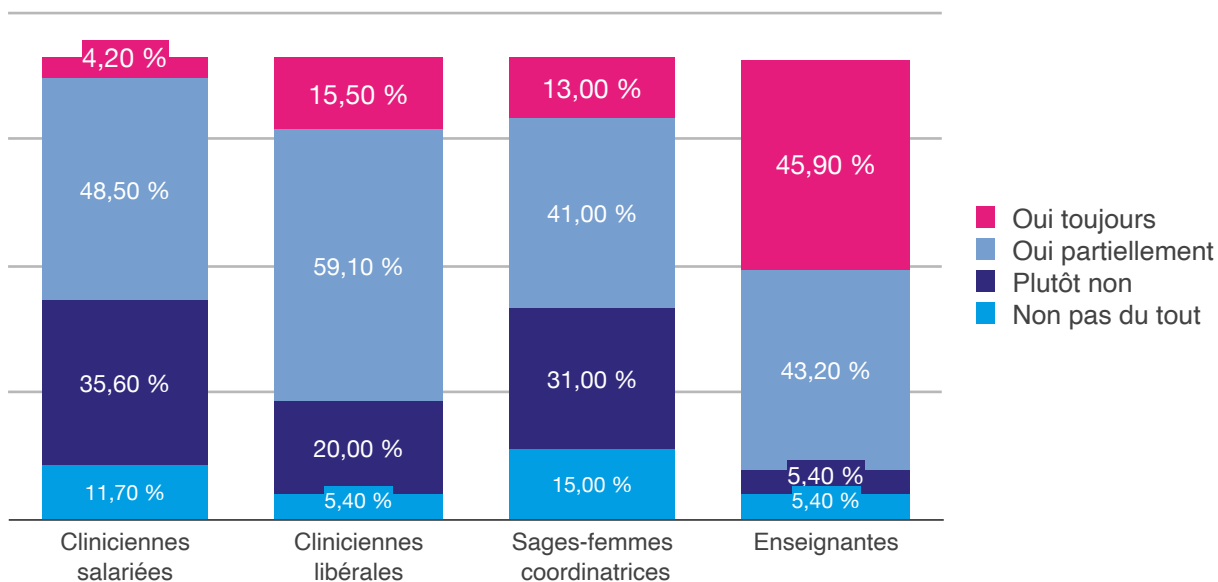
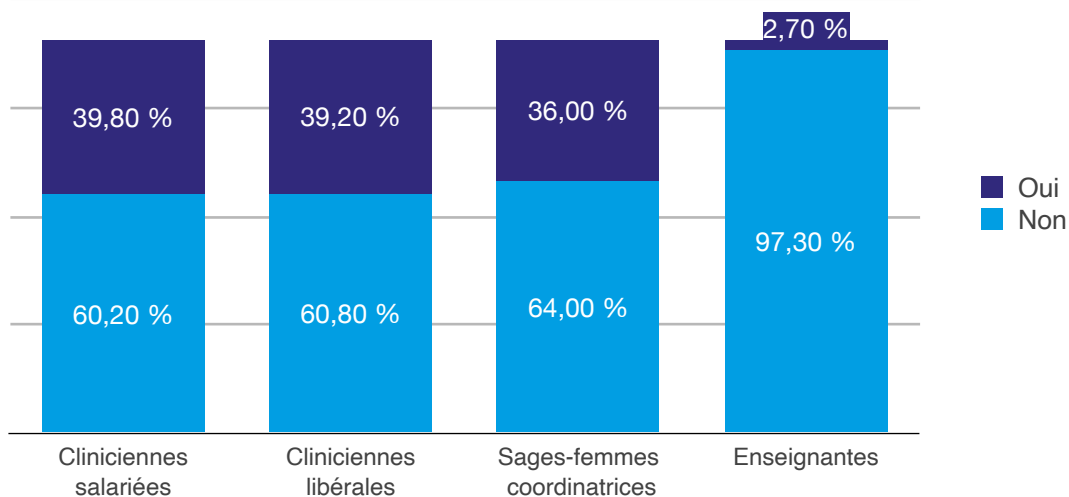


Figure 21.d : Encadrement des étudiant.e.s vécu comme une contrainte



Exclusion faite des enseignantes dont la fonction implique l'encadrement des étudiant.e.s sages-femmes, ce dernier est en grande partie assumé par les cliniciennes salariées.

De façon générale les sages-femmes se sentent suffisamment compétentes pour encadrer les étudiant.es.

Toutefois la charge et le temps de travail rendent cet exercice compliqué pour plus de la moitié des sages-femmes cliniciennes salariées et compliqué pour l'exercice libéral.

Néanmoins si l'encadrement des stagiaires ne constitue pas une contrainte pour 60 à 64% des sages-femmes (hors enseignant.e.s), il peut être vécu comme tel par 36 à 40% des sages-femmes.

Des travaux sont actuellement en cours avec l'Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines pour affiner ces données.

CONCLUSIONS

Une enquête d'une telle ampleur, tous modes d'exercices confondus, a été confrontée à des problématiques d'exhaustivité. Certaines sages-femmes ne se sont pas pleinement reconnues dans quelques items du questionnaire, notamment les sages-femmes cliniciennes libérales, ou celles travaillant en maternité de moins de 500 accouchements par an, en plateau technique ou en maison de naissances. Le questionnaire était mieux adapté à l'exercice salarié qu'au libéral.

Le nombre trop faible de chercheuses ayant répondu au questionnaire (n=4) n'a pas permis d'analyses statistiques.

Les violences, dimension présente dans des versions plus longues du COPSQ, n'ont pas été évaluées dans la version utilisée dans cette étude. Il importe d'intégrer cet élément à notre réflexion notamment à l'heure d'évaluer quels facteurs sont fortement liés à l'épuisement.

L'épuisement professionnel ou burnout est une souffrance au cours de laquelle le sujet atteint, voire dépasse, ses limites psychologiques, physiques, intellectuelles. La souffrance d'un grand nombre des sages-femmes françaises est préoccupante. Néanmoins cette étude permet d'envisager des axes de réflexion quant à des recommandations concrètes en termes de prévention primaire, de dispositifs de soutien et de prise en charge dédiés en s'appuyant sur la mise en lumière des facteurs de risques psychosociaux. Ces résultats permettent en outre d'entamer une réflexion plus globale sur le bien-être des sages-femmes au travail, qui ne se limiterait pas à l'éradication de risques psychosociaux mais se pencherait également sur les facteurs de satisfaction au travail. Des analyses affinées de ces différents résultats vont être publiées dans les mois à venir. Des résultats forts intéressants se dessinent qui viendront compléter nos travaux.

BIBLIOGRAPHIE

- Bocéréan, C., Dupret, E., & Feltrin, M. (2019). *Maslach Burnout Inventory – General Survey : French validation in a representative sample of employees*. 3(2), 10–12.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins (2018). *La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique*.
- https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_sante_des_medecins.pdf
- Charrier, P. (2011). *Les sages-femmes en France : Rapport de recherche*.
- Déchalotte, M. Le livre noir de la gynécologie. Éditions First, Paris 2017
- Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 26(2), 210–227. <https://doi.org/10.1037/0008-400x.26.2.210>
- Dixon, L., Guilliland, K., Pallant, J., Sidebotham, M., Fenwick, J., McAra-Couper, J., & Gilkison, A. (2017). The emotional wellbeing of New Zealand midwives: Comparing responses for midwives in caseloading and shift work settings. *New Zealand College of Midwives Journal*, (53).
- Dupret, É., Bocéréan, C., Teherani, M., & Feltrin, M. (2012). Le COPSOQ : Un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. *Santé Publique*, 24(3), 189. <https://doi.org/10.3917/spub.123.0189>.
- Jaffré, Y. (2018). Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin: De la compréhension des logiques d'acteurs à « l'implémentation » des programmes et à l'amélioration des prises en charge obstétricales au Bénin et au Burkina Faso. *Santé Publique*, S1(HS), 151. <https://doi.org/10.3917/spub.180.0151>
- Halbesleben, J. R. B., & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work and Stress*, 19(3), 208–220. <https://doi.org/10.1080/02678370500340728>
- Hunter, B., & Warren, L. (2014). Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery*, 30(8), 926-934.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Pezaro, S., Clyne, W., & Fulton, E. A. (2017). A systematic mixed-methods review of interventions, outcomes and experiences for midwives and student midwives in work-related psychological distress. *Midwifery*, 50, 163-173.
- Observatoire National des Professions de Santé (2016) *LES SAGES-FEMMES : une profession en mutation*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>
- Bocéréan, C., Dupret, E., & Feltrin, M. (2019). *Maslach Burnout Inventory – General Survey : French validation in a representative sample of employees*. 3(2), 10–12.

- Observatoire Régional de la Santé du Limousin (2016). La souffrance et le Burnout des soignants en limousin. Volet 2- Les sages-femmes. https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2018/11/286_07-2016_BurnOut-SF_Rap.pdf
- Olié, J.-P., Légeron, P., Acker, A., Adolphe, M., Allilaire, J.-F., Chamoux, A., Falissard, B., Gérard, C., Giudicelli, C.-P., Hamon, M., Le Gall, J.-R., Lôo, H., Moussaoui, D., Nicolas, G., Tuitou, Y. (2016). LE BURNOUT. Académie nationale de médecine
- Robin, N. (2017). Le syndrome d'épuisement professionnel chez les sages-femmes des Côtes d'Armor, du Finistère et du Morbihan. Étude quantitative, prospective, menée entre le 1er août 2016 et le 30 novembre 2016 auprès des sages-femmes des Côtes d'Armor, du Morbihan et du Finistère. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. <dumas-01559323>
- Rudigoz, R.C, Milliez, J., Ville, Y., G Crepin, G., rapporteurs (2018). De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. Rapport de l'Académie nationale de médecine, séance du 18 septembre. ➔ <https://afar.info/id=3030>.

ANNEXES

ANNEXE 1 - TEXTE POUR EMAIL

Bonjour à toutes et tous,

Vous êtes sage-femme, cette enquête vous concerne directement puisqu'elle s'intéresse à la santé au travail des sages-femmes en France quelque soit leur mode d'exercice (clinicien.ne, en établissement privé ou publique, libéral.e, enseignant.e, cadre/coordonnatrice, chercheur.se, ...)

À ce jour peu d'études évaluent la santé au travail des sages-femmes en France. Face à ce constat, **le Collège National des Sages-femmes de France** engage une réflexion globale indispensable puisque les sages-femmes, comme tout soignant, sont confronté.e.s au stress. L'objectif de cette étude est d'examiner les caractéristiques générales et spécifiques associées au stress éprouvé dans l'exercice professionnel. Nous pensons qu'une meilleure prise en charge des femmes dépend aussi du bien-être de sages-femmes et du bien vivre de leur profession.

Ce projet débute par un état des lieux national de la santé des sages-femmes au travail afin d'évaluer leur situation sur l'ensemble du territoire et dans les différents modes d'exercice.

Cette recherche, conduite conformément à la législation française en vigueur, a reçu l'avis favorable du Comité d'Ethique Interne de l'UFR Sciences Psychologiques et Sciences de l'Education (SPSE) de l'Université Paris Lumières en date du 18 décembre 2019. Le traitement des données est anonyme. Cette enquête quantitative sera complétée par une étude qualitative.

L'objectif du CNSF est d'identifier de façon pertinente des stratégies d'ajustement à l'activité professionnelle et d'être force de proposition en émettant des recommandations concrètes en termes de prévention primaire, de dispositifs de soutien et de prises en charge dédiés.

Pour plus de renseignements, vous pouvez écrire à :

recherche.sagesfemmes@gmail.com

Si vous n'avez pas encore répondu à cette enquête, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous.

[Cliquer pour répondre à l'enquête](#)

Nous vous remercions de votre participation.

Le CNSF

ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE

ANNEXE 3 - DEMANDE DE CONSENTEMENT

Consentez-vous à participer à cette étude?

Le Collège National des Sages-Femmes de France m'a proposé de participer à une recherche organisée par le Laboratoire Parisien de Psychologie Sociale et le Collège National des Sages-Femmes de France intitulée " Bien-être des sages-femmes au travail".

Il m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, sans que cela n'entraîne de préjudice pour moi.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu une explication sur les objectifs et les modalités de cette recherche. J'ai compris ces informations et il m'a laissé le temps et le loisir de poser toutes les questions que je souhaitais.

Si certaines questions ou problèmes surviennent à n'importe quel moment de l'étude, je pourrai contacter les coordonnateurs de l'étude Christine Chalut-Natal Morin et Lionel Dagot à l'adresse suivante: recherche.sagesfemmes@gmail.com.

Je suis informé que cette recherche sera conduite conformément à la législation française en vigueur et qu'elle a reçu l'avis favorable du Comité d'Ethique Interne de l'UFR SCIENCES PSYCHOLOGIQUES ET SCIENCES DE L'EDUCATION (SPSE) de l'Université Paris Nanterre en date du 18.12.2019.

Je connais la possibilité qui m'est réservée de participer ou de retirer mon consentement à tout moment quelle qu'en soit la raison, sans avoir à la justifier et sans aucun préjudice pour moi-même. J'en informerai alors au préalable le responsable de l'étude. Mon consentement ne décharge en rien les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités.

J'ACCEPTÉ DE PARTICIPER A CETTE RECHERCHE DANS LES CONDITIONS PRÉCISÉES DANS CE DOCUMENT.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi "informatique et libertés" s'exerce à tout moment auprès des responsables de l'étude. Je pourrai exercer mon droit de rectification auprès de ceux-ci.

En cas de publication des résultats dans une revue scientifique, mon identité ne sera pas révélée.

- Non, je ne donne pas mon consentement et mets fin au questionnaire
- Oui, je donne mon consentement et continue le questionnaire

ANNEXE 4 -

	Clinicien s	cadre s	Enseignant s	Chercheuse s	TOTAL
1 - Ain	24				24
2 - Aisne	17	2			19
3 - Allier	20	1			21
4 - Alpes-de-Haute-Provence	4				4
5 - Hautes-Alpes	5				5
6 - Alpes-Maritimes	19	1			20
7 - Ardèche	4				4
8 - Ardennes	4				4
9 - Ariège	11				11
10 - Aube	9				9
11 - Aude	4	1			5
12 - Aveyron	7				7
13 - Bouches-du-Rhône	50	2			52
14 - Calvados	68	5	1		74
15 - Cantal	12				12
16 - Charente	21	1			22
17 - Charente-Maritime	14				14
18 - Cher	5		1		6
19 - Corrèze	1				1
2A - Corse-du-Sud	1	1			2
2B - Haute-Corse	4				4
21 - Côte-d'Or	56	4			60
22 - Côtes-d'Armor	11	1			12
23 - Creuse	3				3
24 - Dordogne	4				4
25 - Doubs	21	2	2		25
26 - Drome	22	1			23
27 - Eure	8				8
28 - Eure-et-Loir	20	2			22
29 - Finistère	39	5	2	1	47
30 - Gard	19	1	4		24
31 - Haute-Garonne	40	2	1	1	44

32 - Gers	5				5
33 - Gironde	52	2			54
34 - Hérault	26	4	2		32
35 - Ille-et-Vilaine	42				42
36 - Indre	4				4
37 - Indre-et-Loire	43	7			50
38 - Isère	70	2			72
39 - Jura	21	2			23
40 - Landes	5				5
41 - Loir-et-Cher	6	1			7
42 - Loire	14	1			15
43 - Haute-Loire	6				6
44 - Loire-Atlantique	50	4			54
45 - Loiret	50	4			54
46 - Lot	1				1
47 - Lot-et-Garonne	6				6
48 - Lozère	3				3
49 - Maine-et-Loire	35		1		36
50 - Manche	39	1			40
51 - Marne	15				15
52 - Haute-Marne	21	1			22
53 - Mayenne	7				7
54 - Meurthe-et-Moselle	24		1		25
55 - Meuse	18	2			20
56 - Morbihan	18	1			19
57 - Moselle	29	1			30
58 - Nièvre	4				4
59 - Nord	173	8	1		182
60 - Oise	16	2			18
61 - Orne	18	1			19
62 - Pas-de-Calais	28	1			29
63 - Puy-de-Dôme	49	4	2	1	56
64 - Pyrénées	12				12
65 - Hautes-Pyrénées	13				13
66 - Pyrénées-Orientales	6	1			7
67 - Bas-Rhin	31	2			33
68 - Haut-Rhin	23				23

69 - Rhône	88	1	2		91
70 - Haute-Saône	3				3
71 - Saône-et-Loire	25	2			27
72 - Sarthe	11	1			12
73 - Savoie	10				10
74 - Haute-Savoie	26	2			28
75 - Paris	105	9	11	1	126
76 - Seine-Maritime	56		1		57
77 - Seine-et-Marne	29				29
78 - Yvelines	86	3	5		94
79 - Deux-Sèvres	11	3			14
80 - Somme	29	2			31
81 - Tarn	10				10
83 - Var	18				18
84 - Vaucluse	6				6
85 - Vendée	11				11
86 - Vienne	4				4
87 - Haute-Vienne	6		2		8
88 - Vosges	21				21
89 - Yonne	12	1			13
90 - Territoire de Belfort	21				21
91 - Essonne	22	1			23
92 - Hauts-de-Seine	154	8			162
93 - Seine-Saint-Denis	45	5			50
94 - Val-de-Marne	42	1			43
95 - Val-d'Oise	54	2			56
971 - Guadeloupe	13	2			15
972 - Martinique	6				6
973 - Guyane	11	4			15
974 - La Réunion	60	2	1		63
976 - Mayotte	21	1			22
986 - Wallis et Futuna	1				1
987 - Polynésie française	3				3
988 - Nouvelle Calédonie	33				33
TOTAL	2589	134	40	4	2767



CNSF

**L'EXPERT AU SENS PRATIQUE,
UNE RÉFÉRENCE POUR LA SANTÉ.**

Adhérez sur
www.cnsf.asso.fr