

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

## Volet 3 - Diagnostic et préconisations de prévention primaire des risques psychosociaux

Septembre 2020

**Aurore Sainflou**

Christine Chalut-Natal Morin

Lionel Dagot



**CNSF**

Collège National  
des Sages-Femmes  
de France

UNIVERSITÉ  
**PARIS8**  
VINCENNES-SAINT-DENIS

# /// SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
DIAGNOSTIC	3
RAPPEL DES RÉSULTATS QUANTITATIFS DE L'ÉTUDE	3
Spécificités des cliniciennes salariées	3
Spécificités des coordinatrices	4
Spécificités de l'exercice libéral	4
RECONNAISSANCE	5
Métier méconnu de la société	5
Métier méconnu / non reconnu par d'autres professionnels de santé	5
Manque de reconnaissance et invisibilité institutionnelle et organisationnelle	6
Invisibilisation et empêchement d'une partie de l'activité	6
Invisibilité du care	7
Question du genre	8
Gratitude des patientes	8
Utilité sociale du métier questionnée	9
PRÉCONISATIONS DE PRÉVENTION PRIMAIRE DES RPS	10
PRÉCONISATIONS GÉNÉRIQUES	10
PRÉCONISATIONS SPÉCIFIQUES	11
Cliniciennes salariées	11
Coordinatrices	12
Cliniciennes libérales	14
BIBLIOGRAPHIE	16

## A. RAPPEL DES RÉSULTATS QUANTITATIFS DE L'ÉTUDE

Le premier volet (quantitatif) de cette étude nous a permis de mettre en lumière des facteurs de risques psychosociaux (RPS) expliquant une grande part de variance de la satisfaction au travail ainsi que de la variance de l'épuisement émotionnel. Pour rappel, ce dernier est l'une des dimensions constitutives du burnout (Malslach, 1981).

Nous avons également identifié les facteurs ayant reçu des évaluations défavorables. Ces résultats sont rappelés par mode d'exercice.

### 1. Spécificités des cliniciennes salariées

Le volet quantitatif de l'étude nous permet d'apprécier la différence entre l'évaluation des différents facteurs de RPS par les cliniciennes salariées.

Il convient de noter que le fait qu'un risque soit évalué comme important au niveau d'une moyenne nationale ne doit pas être compris autrement que comme une tendance générale. Il importe donc, au sein de chaque organisation, de ne pas faire l'économie d'une évaluation locale de ces facteurs de risques.

Ceux qui ont reçu les évaluations les plus négatives sont les suivants :

- **Rythme de travail**
- **Qualité de leadership du supérieur hiérarchique**
- **Marge de manœuvre**
- **Exigences émotionnelles**
- **Conflit entre vie privée et vie professionnelle**

D'autre part, les régressions linéaires multiples pas à pas nous ont permis d'identifier des modèles composés de variables expliquant une grande part de la variance de **l'épuisement émotionnel** :

- **Conflit vie privée vie / vie professionnelle**
- **Charge de travail**
- **Exigences émotionnelles**
- **Reconnaissance**

Les facteurs expliquant une grande part de la **satisfaction au travail** sont :

- **Reconnaissance**
- **Conflit vie privée / vie professionnelle**
- **Charge de travail**

Nous pouvons remarquer que le **conflit entre vie privée et vie professionnelle** est le premier facteur du modèle expliquant la variance de l'épuisement émotionnel, mais que c'est également un des facteurs ayant reçu une évaluation défavorable. Il nous semble donc **indispensable qu'une réflexion autour de ce thème soit menée au niveau local.**

## 2. Spécificités des coordinatrices

Chez les coordinatrices, les facteurs de risque ayant reçu les évaluations les plus négatives sont :

- **Conflit vie privée / vie professionnelle**
- **Rythme de travail**
- **Charge de travail**
- **Marge de manœuvre**
- **Exigences émotionnelles**

Le modèle expliquant la plus grande part de variance de l'épuisement (qui est une des dimensions du burnout) est composé des facteurs suivants :

- **Conflit vie privée / vie professionnelle**
- **Exigences émotionnelles**
- **Conflits de rôles**

Le modèle expliquant la plus grande part de variance de la satisfaction au travail est composé des facteurs suivants :

- **Reconnaissance**
- **Charge de travail**
- **Possibilités d'épanouissement**
- **Exigences émotionnelles**

Il faut noter ici que le **conflit entre vie privée et vie professionnelle** ainsi que les **exigences émotionnelles** sont non seulement des facteurs qui expliquent une grande part de variance de l'épuisement, mais également qu'ils ont reçu en général des évaluations défavorables. Il nous semble donc **indispensable que des réflexions autour de ces thèmes soient menées au niveau local.**

La **charge de travail**, lorsqu'elle est positivement évaluée, occupe une place importante dans l'explication de la variance de la satisfaction au travail. Or il s'agit de l'un des facteurs ayant reçu une des évaluations les plus défavorables. Là encore, **il semble indispensable que des réflexions soient engagées sur ce thème au niveau local.**

## 3. Spécificités de l'exercice libéral

Comme il a déjà été souligné dans le rapport quantitatif de cette étude, le questionnaire évaluant les facteurs de RPS n'était que peu adapté à l'exercice libéral. Les sages-femmes

n'étaient donc pas concernées par certains facteurs et nous n'avons donc pas pu identifier ceux qui expliqueraient l'épuisement ou la satisfaction au travail.

Nous pouvons toutefois citer ceux qui ont reçu les évaluations les plus défavorables :

- **Rythme de travail**
- **Exigences émotionnelles**
- **Conflit vie privée / vie professionnelle**

## B. RECONNAISSANCE

Cette recherche a permis de mettre en lumière le rôle central qu'occupe la question de la « reconnaissance » pour les sages-femmes. Mais qu'entendent-elles par « reconnaissance » ?

Grâce au volet qualitatif de cette recherche, nous avons pu explorer cette question et pouvons ainsi regrouper nos observations autour de six thèmes qui semblent constituer aujourd'hui le cœur de ce sujet qui préoccupe les sages-femmes aujourd'hui en France.

### 1. *Métier méconnu de la société*

Le premier thème est celui de la large méconnaissance du métier, qui se retrouve dans différentes strates de la société. Le métier est tout d'abord méconnu du grand public, cette méconnaissance allant parfois jusqu'à l'ignorance de l'existence même du métier de sage-femme. De nombreuses personnes ignorent encore souvent le statut médical de la profession et assimilent les sages-femmes à des infirmières spécialisées. Leur droit de prescription, l'éventail de leurs compétences et leurs possibilités de spécialisation sont méconnus. Cette méconnaissance est souvent mise en lien avec les fortes mutations qu'a connu le métier ces dernières années et elle semble toutefois diminuer, en même temps les attentes des patientes augmentent (projets d'accouchement, bien-être en obstétrique...).

### 2. *Métier méconnu / non reconnu par d'autres professionnels de santé*

Lorsqu'est abordé le thème de la méconnaissance du métier par d'autres professionnels de santé, elle se mêle au manque de confiance que ces professionnels peuvent avoir par rapport aux compétences des sages-femmes. Ainsi les ordonnances des sages-femmes peuvent-elles être refusées ou contestées par des pharmaciens ; certains professionnels peuvent être réticents à recommander le recours à une sage-femme, voire les déconseiller, ce qui ne serait pas sans conséquences sur l'isolement de la profession dans son exercice libéral.

Ce défaut de recommandation peut être mis en lien avec la proximité d'exercice des sages-femmes et de certains professionnels de santé. En effet, en ville, une partie des activités des sages-femmes, comme par exemple le suivi gynécologique, peut être assurée par d'autres

professionnels de santé comme les gynécologues ou les généralistes : elles sont donc parfois vues comme des concurrentes par d'autres corps de métiers qui seraient donc moins susceptibles de les recommander. En institution également, le métier peut être difficilement situé dans l'organigramme de l'hôpital et faire qu'une infirmière fasse appel à l'interne plutôt qu'à la sage-femme. Ce manque de connaissance au niveau de la société, ajouté au sentiment de manque de confiance que les sages-femmes disent inspirer à d'autres professionnels de santé, a un impact sur leur visibilité.

### **3. Manque de reconnaissance et invisibilité institutionnelle et organisationnelle**

Ce manque de visibilité est également largement évoqué au niveau institutionnel. Les sages-femmes évoquent le fait d'être rarement citées et régulièrement oubliées par les institutions. Elles évoquent ainsi, par exemple, le fait de n'être que rarement sollicitées par les institutions pour prendre part aux discussions sur les systèmes de périnatalité.

Les sages-femmes hospitalières ont du mal à se reconnaître dans la place qui leur est donnée dans l'organisation : elles peuvent entrer dans la catégorie de personnel paramédical dans le système informatique de l'hôpital ; elles déclarent bénéficier du statut médical dans le code de la santé publique, mais pas dans les statuts de l'hôpital, ce qui a des conséquences sur l'accès aux avantages en principe alloués au personnel médical ; leur rémunération et leur niveau de responsabilité (leur responsabilité personnelle peut être engagée en cas d'erreur) ne leur semble en conséquence pas en lien avec leur niveau d'étude.

Les sages-femmes hospitalières interrogées dans le volet qualitatif de l'étude évoquent également des heures supplémentaires qui ne sont ni récupérées ni rémunérées. Ceci est à mettre en lien avec l'étude quantitative qui rapporte que 56,8% des sages-femmes cliniciennes salariées font des heures supplémentaires « souvent » à « très souvent » et qu'au moins une partie de ces heures ne sont ni payées ni récupérées. Cette part de travail est donc rendue invisible.

Le fait que les compétences des sages-femmes soient ponctuellement mises en lumière par les institutions peut être vécu comme une instrumentalisation, par exemple lorsque l'activité des sages-femmes libérales est mise en lumière afin de prendre en charge des sorties d'hospitalisation précoces après naissance afin de désengorger l'hôpital, ou lorsqu'un droit de prescription est accordé dans le but de parer au manque de gynécologues.

### **4. Invisibilisation et empêchement d'une partie de l'activité**

L'hôpital public étant le plus gros employeur de sages-femmes en France, il semble nécessaire de prendre en compte le système de tarification de l'acte (T2A) qui y est en vigueur et qui n'est pas sans conséquences sur l'invisibilisation du travail des sages-femmes.

Le système d'expertise des sages-femmes repose sur un ensemble de compétences médicales et d'accompagnement. On peut regrouper les actes médicaux sous le terme de *cure* (soin dans le sens médical du terme) et ceux d'accompagnement sous le terme de « *care* »

(prendre soin, accompagnement). Les sages-femmes s'inscrivent à la fois dans l'un et dans l'autre.

Or, dans le cadre de la T2A, les actes de *care* ne sont pas cotables donc non facturés par l'hôpital et ainsi rendus invisibles d'un point de vue administratif. Cela peut avoir plusieurs conséquences : non rémunération des actes de *care* et des compétences nécessaires à leur mise en œuvre, non prise en compte de cette partie de l'activité au moment de l'allocation des ressources nécessaires pour mener à bien l'activité, etc. Il faut ici également noter que ce travail ne semble pas non plus être évalué autrement que par les questionnaires de satisfaction des patientes, évaluations qui ne sauraient se substituer à celle de l'employeur, laquelle peut donner lieu à une reconnaissance symbolique qui pourrait être suivie de reconnaissance économique (Gollac & Bodier, 2011)

D'autres éléments participent à l'invisibilisation du travail des sages-femmes à l'hôpital, ou de leurs compétences : d'une part, la mise en concurrence de diverses professions médicales peut faire que certaines compétences soient bloquées, impossible à mettre en œuvre, par exemple lorsqu'elles ne sont pas autorisées à faire de consultations gynécologiques ou des suivis de grossesse, d'autres professionnels de santé s'appropriant ces actes. Il arrive également que des sages-femmes, au moment de coter dans le système informatique un accouchement qu'elles ont réalisé, soient obligées de préciser qu'il a été effectué par un médecin.

## 5. Invisibilité du care

Le « care » est une partie importante des compétences et des activités des sages-femmes qui semble être rendue invisible par le système de T2A en vigueur à l'hôpital public. Il s'agit toutefois d'une problématique qui se retrouve largement à l'échelle de la société, puisqu'il est aujourd'hui établi que le *care* est l'objet d'un déficit de reconnaissance.

Mais il faut également prendre en compte la nature des savoir-faire du *care* et leur catégorisation dans l'imaginaire collectif qui n'est pas étranger aux stéréotypes de genre. Ces savoir-faires (tact, patience, empathie, ...) sont généralement catégorisés comme « féminins ». Alors que la presque totalité des sages-femmes sont des femmes, cet état de fait empêche une capitalisation sur le registre identitaire, puisque ces compétences sont perçues comme des qualités personnelles et naturelles plutôt que sur des savoir-faires acquis par l'expérience et constitutifs de la valorisation d'une identité professionnelle (Dejour & Gernet, 2016).

## 6. Question du genre

La question du genre et de ses conséquences se pose deux fois pour les sages-femmes. D'une part, le fait d'être une profession essentiellement féminine est perçu comme un frein lorsqu'il s'agit de se faire reconnaître, d'obtenir des ressources, d'être entendu, etc. L'arrivée d'hommes dans la profession est d'ailleurs parfois vue comme un changement positif puisque permettant à la profession de mieux de faire entendre ses revendications.

D'autre part, il faut également prendre en compte que les sages-femmes s'occupent des femmes et de leurs besoins. Le fait que les hommes et les femmes n'occupent pas dans notre société la même place a certainement un impact sur le niveau de mise en lumière des besoins des femmes et sur la mise à disposition de moyens pour y répondre.

Pour résumer, il semble que les sages-femmes vivent cette situation comme une double sanction : le manque d'intérêt pour la santé des femmes génèrerait entre autres un manque de communication sur la place des sages-femmes dans les parcours de soins, ce qui est perçu comme une négation des besoins des femmes ayant pour conséquence l'invisibilisation des sages-femmes et expliquerait en partie le fait que la profession ait du mal à faire entendre ses revendications.

### **7. Gratitude des patientes**

Pour Molinier (2006), la reconnaissance dans le travail doit être distinguée de celle des usagers que l'on peut qualifier de gratitude. Celle-ci est en général évoquée par les sages-femmes comme importante et fortement perçue, ce qui pourrait, à première vue, être un facteur protecteur. Toutefois, si la reconnaissance du travail est constituée d'un jugement de beauté (par les pairs) et d'un jugement d'utilité (par la hiérarchie), elle ne se construit pas grâce à la gratitude des patientes.

Le défaut de reconnaissance que nous avons largement discuté et qui revient à mettre en lumière le fait que l'utilité sociale des sages-femmes soit peut-être remise en question, peut être compensé de manière individuelle, par les sages-femmes, par un surinvestissement de la gratitude des patientes.

Nous pouvons alors faire le lien entre un possible surinvestissement et l'existence d'un conflit entre vie privée et vie professionnelle, dont nous avons vu dans la partie quantitative qu'il est un des facteurs expliquant la plus grande part de variance du burnout chez les sages-femmes. Dans la pratique, ses conséquences peuvent prendre plusieurs formes. Par exemple, les sages-femmes libérales peuvent offrir une réactivité très importante qui s'ajoute à une disponibilité horaire déjà très étendue, ce qui peut faire naître ou exacerber un conflit entre vie privée et vie professionnelle.

Si le surinvestissement de la gratitude n'est pas sans danger, l'impossibilité de l'obtenir est également à prendre en compte. A l'hôpital, les sages-femmes cliniciennes salariées rencontrent des difficultés lorsque les moyens (temps, effectifs) ne sont pas adaptés à la mise en œuvre d'actes de *care* : la gratitude des patientes devient alors plus difficile à obtenir.

### **8. Utilité sociale du métier questionnée**

En psychodynamique du travail, on estime que la reconnaissance occupe une place importante dans la préservation de la santé mentale (Dejour & Gernet, 2016). Elle repose sur deux types de jugements : le jugement de beauté et le jugement d'utilité.



Le jugement de beauté est émis par les pairs, les personnes qui font le même travail. Il est le fruit d'une délibération collective qui met en lien les règles de métier, la tradition, et les confrontent au réel pour déterminer ce qui constitue un « beau travail » (Molinier, 2006).

Le jugement d'utilité est émis principalement par la hiérarchie mais également par d'autres groupes, comme les subordonnés. Elle porte sur le caractère utile de la contribution apportée par la personne qui travaille. Cette reconnaissance symbolique précède souvent la reconnaissance matérielle (attribution de moyens, avancement, etc.). Le jugement d'utilité est un des socles de la consolidation de l'identité personnelle (Molinier, 2006).

**Les différents points que nous avons abordés (la méconnaissance du métier par la société, le manque de reconnaissance interprofessionnelle et institutionnelle, l'invisibilisation d'une partie de l'activité des sages-femmes, la place socialement dévalorisée du care et la question du genre) nous permettent d'émettre l'hypothèse que si les sages-femmes déclarent manquer de reconnaissance, c'est en réalité que ces différents éléments viennent questionner leur utilité sociale. Il est ici important de préciser que le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux a classé l'interrogation sur sentiment d'utilité du travail comme une des priorités de la prévention (2011).**

**D'autres études avant celle-ci ont souligné le fait que la reconnaissance est l'un des enjeux contemporains de la profession de sage-femme (Charrier, 2011). Cette étude confirme ces résultats et offre un éclairage qui permet de penser le sentiment de manque de reconnaissance des sages-femmes en prenant en compte des facteurs multiples (organisation du travail, questions sociales et de politique économique).**

# /// PRÉCONISATIONS DE PRÉVENTION PRIMAIRE DES RPS

La spécificité de la prévention primaire est d'intervenir à la source, c'est-à-dire avant l'apparition de la contrainte, ou de ses conséquences (stress chronique). Elle est à ce titre considérée comme le seul type de prévention efficace sur le long terme, tant du point de vue des salariés que de celui des entreprises (Chouanière, 2006)

Les préconisations génériques s'adressent à l'ensemble de la profession puisque qu'une partie du diagnostic concerne tous les modes d'exercice étudiés. D'autre part, le fait d'avoir procédé à des analyses par mode d'exercice lorsque le nombre de participantes était suffisant, nous a également permis d'aboutir à un ensemble de préconisations spécifiques pour les cliniciennes salariées, les coordinatrices et les cliniciennes libérales. Signalons que des réflexions ont déjà été engagées par les organisations professionnelles sur certaines de ces préconisations.

## A. PRÉCONISATIONS GÉNÉRIQUES

- 1) Au cœur de la démarche de prévention, *mener une réflexion large, avec les différents partenaires sociaux, sur les thèmes en lien avec la reconnaissance et l'utilité sociale* du métier de sage-femme :
  - L'invisibilisation institutionnelle
  - L'invisibilité du *care*
  - La question du genre
  - La méconnaissance sociale du métier
  - Le lien entre sages-femmes et autres professionnels de santé
- 2) *Favoriser le lien entre les organisations professionnelles et les institutions* (Ministère de la Santé, ARS, CPAM) de manière à assurer aux sages-femmes une **meilleure visibilité au sein même des institutions et de l'organisation des soins**.
- 3) *Renforcer le lien entre organisations professionnelles / institutions et le grand public* afin d'**améliorer la connaissance de leur métier** et de leur spécificité.
- 4) *Soutenir le lien entre les sages-femmes libérales et les autres professionnels de santé* de façon à **améliorer la coopération interprofessionnelle** (médecins, pharmaciens, hôpitaux...)
- 5) *Former et sensibiliser régulièrement aux risques psychosociaux*. De telles formations dispensées, par exemple dans les écoles de sages-femmes et en collaboration avec les

organisations professionnelles, permettraient une sensibilisation précoce. D'autres formations peuvent être ensuite données sur le lieu d'exercice.

- 6) *Evaluer les facteurs de risques psychosociaux* dans chaque établissement (hôpital, PMI, clinique, etc.).
- 7) *Diffuser de l'information concernant les différents dispositifs d'accompagnement* disponibles en cas de situations difficiles (notamment <https://www.asso-sps.fr/>)
- 8) *Questionner, pour chaque mode d'exercice, la soutenabilité de l'emploi*, c'est-à-dire la possibilité pour les sages-femmes de s'imaginer continuer à travailler dans les mêmes conditions pendant des années ou jusqu'à leur retraite.

## B. PRÉCONISATIONS SPÉCIFIQUES

### 1. Cliniciennes salariées

- 1) **Une attention particulière devrait être portée aux facteurs de risques psychosociaux suivants :**
  - Conflit vie privée / vie professionnelle
  - Exigences émotionnelles
  - Rythme de travail
  - Charge de travail
  - Qualité de leadership du supérieur hiérarchique
  - Marge de manœuvre
  - Reconnaissance
- 2) **Une étude de l'activité par un psychologue du travail pourrait être menée dans le but d'arriver à une compréhension approfondie des situations de travail, pour mettre en lumière les facteurs de RPS et les ressources des sages-femmes au travail.** Cette étude bénéficierait de la prise en compte des écarts entre le travail prescrit et le réel de l'activité, c'est-à-dire l'ensemble de ce qui est porté psychiquement par la personne au travail et qui peut représenter une ressource ou une contrainte (Clot, 2010).
- 3) Au niveau de chaque établissement : recours à des groupes d'**analyses de pratiques**
- 4) Au niveau de chaque établissement : soutien émotionnel par la mise en place de **groupes d'échange**

- 5) **Formation / sensibilisation aux risques psychosociaux**, en lien avec le mode d'exercice salarié
- 6) **Développement et mise à disposition d'outils d'évaluation de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle** et mise en place d'un suivi. Pour ce faire, nous recommandons fortement l'appel à un psychologue.

## 2. *Coordinatrices*

- 1) **Une attention particulière devrait être portée aux facteurs de RPS suivants**, qui semblent entretenir, chez les coordinatrices, un lien particulièrement étroit avec l'épuisement et la satisfaction au travail :
  - Conflit entre vie privée et vie professionnelle
  - Exigences émotionnelles
  - Charge de travail
- 2) **Une étude de l'activité par un psychologue du travail pourrait être menée dans le but d'arriver à une compréhension approfondie des situations de travail, pour mettre en lumière les facteurs de RPS et les ressources des sages-femmes au travail.** Cette étude bénéficierait de la prise en compte des écarts entre le travail prescrit et le réel de l'activité, c'est-à-dire l'ensemble de ce qui est porté psychiquement par la personne au travail et qui peut représenter une ressource ou une contrainte (Clot, 2010).
- 3) **Développement et mise à disposition d'outils d'évaluation de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle et mise en place d'un suivi.** Pour ce faire, nous recommandons fortement l'appel à un psychologue.
- 4) Au niveau de chaque établissement : recours à des **groupes d'analyses de pratiques**
- 5) Au niveau de chaque établissement : mise en place de **groupes de soutien émotionnel**
- 6) **Formation / sensibilisation aux RPS**, en lien avec ce mode d'exercice
- 7) **Formation au management** lors de la prise de poste
- 8) Création d'un **réseau de pairs favorisant le soutien social et la diminution du sentiment d'isolement**

### 3. Cliniciennes libérales

Le fait que peu d'études soient consacrées au bien-être ou à la souffrance des sages-femmes au travail, doit être croisé avec la faible quantité de la littérature dédiée aux travailleurs indépendants. La somme d'informations concernant les cliniciennes libérales est donc faible. Nous nous appuyons donc ici sur les résultats de notre recherche ainsi que sur celles publiées par l'INSERM sur le stress et la santé au travail des travailleurs indépendants (Algava et al., 2011).

Ce rapport préconise que la santé des travailleurs indépendants « *doit être envisagée comme une prévention globale (primaire, secondaire, tertiaire), intégrée dans la prévention des risques professionnels, collective s'appuyant sur les organisations professionnelles existantes et individuelle s'appuyant sur les nouvelles technologies de communication, et bien ciblée sur les contraintes spécifiques aux indépendants* ».

- 1) Soutien du **lien entre les sages-femmes libérales et les autres professionnels de santé** de façon à améliorer leur coopération (médecins, pharmaciens, hôpitaux...)
- 2) **Sensibilisation régulière des sages-femmes libérales sur les risques psychosociaux et les risques spécifiques à l'exercice libéral** (Écoles de sages-femmes, organisations professionnelles, institutions, les assurances professionnelles...)
- 3) Création d'un **réseau de pairs favorisant le soutien social et la diminution du sentiment d'isolement**
- 4) Promouvoir la mise en place de **groupes d'analyse de pratiques** animés par un psychologue. Etudier la possibilité de mise en place de groupes « virtuels » afin d'inclure des sages-femmes qui pourraient être isolées géographiquement.
- 5) **Facilitation des remplacements** via la simplification des démarches administratives
- 6) Facilitation de la **mise en relation entre remplaçantes et sages-femmes libérales installées**
- 7) **Amélioration de l'accessibilité numérique** sur l'ensemble des démarches administratives (formation, parrainage entre sage-femme sénior / junior...)
- 8) **Développer et mettre à disposition des outils d'évaluation de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle**

- 9) Information régulière sur les divers **moyens permettant de prévenir un conflit entre vie privée et vie professionnelle** (par ex : numéro de téléphone et adresse email exclusivement dédiées à l'usage professionnel, de manière à être plus facilement remplacée, ou de « couper » lors de congés)
- 10) **Promouvoir la supervision par un psychologue** (en groupe pour les membres d'un même cabinet par exemple, ou individuellement) afin d'aider à réguler les difficultés concernant les problèmes de communication d'une part avec d'autres professionnels de santé, l'hôpital ou les patientes. D'autre part, cette supervision pourrait également favoriser l'innovation de façons de se réorganiser, échanger sur des situations émotionnellement difficiles, ou réfléchir au lien que chacun entretient avec son travail.
- 11) En nous basant sur la recherche publiée par l'INSERM sur la santé au travail des indépendants, nous pouvons recommander, par exemple, la **création d'un site web destiné à la prévention du stress et des risques psychosociaux adapté au mode d'exercice libéral.**

## /// BIBLIOGRAPHIE

- Algava, E., Chouanière, D., Cohidon, C., Kittel, F., Leclerc, A., Moal, M. Le, ... Niedhammer, I. (2011). *Stress au travail et santé : situation chez les indépendants*.
- Bodier, M., & Wolff, L. (2018). *Les facteurs psychosociaux de risque au travail*. Toulouse: Octarès.
- Charrier, P. (2011). *Les sages-femmes en France: Rapport de recherche*.
- Chouanière, D. (2006). Stress et risques psychosociaux: concepts et prévention. *Documents Pour Le Médecin Du Travail*, 169–186.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à coeur: Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.
- Dejour, C., & Gernet, I. (2016). *Psychopathologie du travail*. Elsevier Masson.
- Dupret, E., Bocéréan, C., Teherani, M., & Feltrin, M. (2012). Le COPSQ : un nouveau questionnaire français d' évaluation des risques psychosociaux. *Santé Publique*, 24(3), 189–207.
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport Du Collège d'expertise Sur Le Suivi Des Risques Psychosociaux Au Travail, Faisant Suite à La Demande Du Ministre Du Travail, de l'emploi et de La Santé*, 81–168.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail: introduction à la psychodynamique du travail*. Payot & Rivages.
- Organisation Régionale de Santé Limousin. (2016). *La souffrance des soignants en Limousin Volet 2 - Les sages femmes*. 60.



# CNSF

Collège National des Sages-femmes de France

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

Adhérez sur  
[www.cnsf.asso.fr](http://www.cnsf.asso.fr)