



**HAL**  
open science

## Burn out, le mode d'exercice en question

Noluenn Robin, Nolwenn Josso, Titouan Launay, Laurence Pougnet, Isabelle Robin Paulard, Richard Pougnet

► **To cite this version:**

Noluenn Robin, Nolwenn Josso, Titouan Launay, Laurence Pougnet, Isabelle Robin Paulard, et al.. Burn out, le mode d'exercice en question. La Revue Sage-Femme, 2020, 19, pp.44 - 49. 10.1016/j.sagf.2020.06.012 . hal-03492316

**HAL Id: hal-03492316**

**<https://hal.science/hal-03492316>**

Submitted on 22 Aug 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**Dothead Management**  
**Sous-dothead Santé au travail**  
**Burn out, le mode d'exercice en question**

**Noluenn Robin<sup>a</sup>**

Sage-femme

**Nolwenn Josso<sup>b</sup>**

Médecin du travail

**Titouan Launay<sup>c</sup>**

Biostatisticien

**Laurence Pougnet<sup>d</sup>**

Médecin principal

**Isabelle Robin Paulard<sup>e</sup>**

Sage-femme, coordinatrice formation continue/DPC

**Richard Pougnet<sup>f,\*,g,h</sup>**

Directeur de composante, chercheur associé

<sup>a</sup> Hôpital Trousseau AP-HP, 26 avenue du Docteur-Arnold-Netter, 75012 Paris, France

<sup>b</sup> CH Bretagne-Atlantique, 20 boulevard du Général-Guillaudot, 56017 Vannes, France

<sup>c</sup> Réseau Sentinelle, Inserm, 184 rue du Faubourg-Saint-Antoine, 75012 Paris, France

<sup>d</sup> École de sages-femmes, 22 avenue Camille-Desmoulins, 29200 Brest, France

<sup>e</sup> Laboratoire d'analyses, Hôpital d'instruction des armées Clermont-Tonnerre, rue du Colonel-Fonferrier, 29240 Brest, France

<sup>f</sup> Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, Université de Bretagne-Occidentale, 13 rue de Lanrédec, 29238 Brest cedex 3, France

<sup>g</sup> Laboratoire d'études et de recherche en sociologie, EA 3149, Université de Bretagne-Sud, 20 rue Duquesne, CS 93837, 29238 Brest cedex 3, France

<sup>h</sup> Centre de ressource en pathologies professionnelles et environnementales, CHRU Morvan, 5 avenue Foch, 29609 Brest cedex, France

\* *Auteur correspondant.*

*Adresse e-mail* : richard.pougnet@live.fr (R. Pougnet).

## **Résumé**

Les sages-femmes sont soumises à de nombreuses contraintes, qui peuvent varier selon le mode d'exercice. Une étude a été réalisée auprès des professionnels exerçant dans une région française, afin d'évaluer la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel et ses facteurs de risque. Les sages-femmes qui travaillent à l'hôpital semblent être les plus touchées par le *burn out*.

© 2020

**Mots clés** - *burn out* ; épidémiologie ; sage-femme ; santé au travail ; syndrome d'épuisement professionnel

## Summary à traduire

© 2020

## Keywords à traduire et à lister par ordre alphabétique

La profession de sage-femme (SF) a connu, en France, de nombreuses mutations ces dernières décennies : allongement des études, obtention du grade master, nouvelles compétences, telles que le suivi gynécologique de prévention et le droit de réaliser des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses en 2016 [1]. Parallèlement s'est produit un profond remaniement du paysage périnatal : diminution de 20,1 % du nombre de maternités entre 2002 et 2012, structures majoritairement déficitaires [2], augmentation des délais de rendez-vous chez les gynécologues-obstétriciens et médicalisation croissante de la naissance (péridurales, césariennes, extractions instrumentales, etc.). Autant de modifications qui impactent le quotidien des SF françaises sur le plan psychologique et en termes de responsabilité et d'organisation du travail. De plus, cette profession implique un fort engagement personnel auprès des patientes. Une étude de l'Organisation mondiale de la santé a mis en avant la volonté des SF « d'offrir des soins de la meilleure qualité possible aux femmes, aux nouveau-nés et à leurs familles » [3], mais elle relevait également leur impossibilité de mener cette mission à bien (manque de moyen, de personnel, etc.), générant une frustration ou un conflit de valeur.

Dans ce contexte, il semble logique de s'intéresser au risque de syndrome d'épuisement professionnel, ou *burn out* (BO), chez les SF. Le BO est « un état de fatigue, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie ou à une relation à l'autre qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail » [4]. Grâce aux travaux de Christina Maslach, ce syndrome est défini selon trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la perte de l'accomplissement personnel. S'il peut toucher tous les domaines, il est majoritairement observé dans les professions soignantes, impliquant une relation d'aide. En 2017, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié des recommandations pour son repérage et sa prise en charge [5].

Beaucoup de travaux ont été réalisés sur le BO des soignants [6-8]. De nombreux articles montrent des prévalences élevées chez les médecins et les infirmiers, souvent entre 20 et 30 % [7-9], des taux également retrouvés chez les SF françaises [10]. Toutefois, les études ne portent que sur celles qui travaillent en milieu hospitalier, les autres modes d'exercice ne sont en effet pas étudiés.

### T1 Mesurer le *burn out* quel que soit le mode d'exercice

**TEG1** Une étude d'épidémiologie descriptive et analytique, prospective, a été réalisée auprès des SF de trois départements bretons. Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants : être une SF exerçant dans les départements du Finistère, des Côtes-d'Armor ou du Morbihan, en établissement public ou privé de santé (sous les termes "sages-femmes exerçant en hospitalier" ou "SF hospitalières") ou en libéral ou dans la fonction publique

territoriale. Les SF enseignantes étaient exclues, car elles n'avaient pas d'exercice clinique à l'époque de la réalisation de l'étude.

**TEG1 Pour recenser les SF de ces trois départements**, plusieurs modes de recherche ont été sélectionnés : appels des cadres des établissements de soins, récupération des adresses courriels professionnelles, consultation de l'annuaire du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes et du site de l'Association nationale des sages-femmes libérales, contact direct des SF coordinatrices des trois départements pour la fonction publique territoriale. En tout, cinq cent quatre-vingt-dix-sept SF étaient éligibles.

**TEG1 Un questionnaire anonyme a été envoyé par courriel**, via le logiciel Google Forms. Il se composait de trois parties :

- la première s'intéressait aux données démographiques et personnelles, au déroulé des études, ainsi qu'aux conditions de travail ; des questions spécifiques à chaque mode d'exercice étaient proposées afin de collecter des données plus précises ;
- la deuxième utilisait l'échelle de mesure du BO, le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en vingt-deux questions [11-13] ;
- la dernière se composait de questions ouvertes, permettant aux SF interrogées d'évoquer les facteurs (personnels, organisationnels, etc.) influençant leur satisfaction au travail.

L'étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> août au 30 novembre 2016 ; une relance a été effectuée le 20 septembre.

**TEG1 Les analyses ont été réalisées** avec les logiciels Excel 2013 et R 3.2.5. Le MBI a permis de calculer les trois dimensions du BO : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel. Trois scores correspondant aux trois phénomènes ont été obtenus. Chacune de ces dimensions a pu être mesurée de manière indépendante, pour obtenir, la concernant, un score bas, modéré ou élevé. La conjugaison d'un score élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et d'un score faible d'accomplissement personnel révélait un état d'épuisement important. Un BO sévère est l'association de trois scores élevés, un BO modéré, celle de deux scores élevés, et un BO faible correspond à un score élevé.

**TEG1 Des liens entre les variables sociodémographiques et professionnelles et les résultats du BO** ont été explorés au moyen du test de Student, qui permet de comparer des moyennes. Ainsi, les moyennes des scores de MBI des groupes concernés par chaque variable ont été confrontées à celles des groupes non concernés. Les hypothèses (H) étaient :

- les moyennes des scores des différents groupes ne sont pas différentes (H0) ;
- les moyennes des scores des différents groupes sont différentes (H1).

Si  $p$  est inférieur à 0,05 (5 %), l'hypothèse H1 est concluante ( $p$  correspondant à la probabilité que ce soit H0 qui soit exacte). Une analyse multivariée a été réalisée par régression logistique pas à pas descendante. Toutes les variables pour lesquelles  $p$  était inférieur à 0,20 ont été incluses.

## **T1 Prévalence et facteurs de risque**

Au terme de la période de collecte, 236 réponses sur 597 ont été obtenues (39,5 %). La population d'étude, âgée en moyenne de 36 ans, est constituée en majorité de femmes (94,1 %) qui travaillent, pour la plupart, en établissement de santé (figure 1).

Leurs conditions de travail varient selon le mode d'exercice (tableau 1). La majorité des SF hospitalières (75,9 %) sont présentes en salle de naissance, mais 84,3 % d'entre elles passent d'un service à l'autre au cours de l'année de manière plus ou moins régulière. La plupart assurent des gardes de douze heures. Elles travaillent en moyenne deux week-ends par mois. Quarante-vingt-cinq pour cent alternent entre le jour et la nuit et, parmi elles, 80 % ont indiqué ne pas ou ne pas toujours récupérer suffisamment après une garde nocturne.

## T2 Prévalence du BO

**TEG1** La majorité des SF interrogées ne souffrent pas d'un syndrome d'épuisement professionnel (169 ; 72 %), mais 58 (25 %) présentent un BO faible et 9 (4 %) un BO modéré.

**TEG1** Pour 25 % d'entre elles, le score de l'échelle MBI est considéré comme élevé, mettant en exergue un certain épuisement professionnel. Les scores varient selon le mode d'exercice (tableau 2) : la prévalence du BO chez les SF hospitalières est de 36 %.

## T2 Liens entre BO et pratique professionnelle

**TEG1** Selon les dimensions du BO, plusieurs facteurs sociodémographiques et professionnels sont liés significativement à un score majoré (tableau 3). Ainsi, les hommes affichent des scores de dépersonnalisation supérieurs de 2,3 points en moyenne ( $p = 0,04$ ). De même, les SF hospitalières présentent, par rapport aux libérales et aux territoriales, des scores supérieurs d'épuisement et de dépersonnalisation ( $p = 0,03$  et  $0,02$ , respectivement), mais inférieurs pour l'accomplissement professionnel ( $p < 0,001$ ).

### **TEG1** Chez les SF hospitalières :

- plus la charge ressentie est grande, plus les scores sont élevés ( $p < 0,01$ ) ;
- plus les relations avec les médecins ou avec la hiérarchie sont mauvaises, plus les scores d'épuisement et de dépersonnalisation sont importants ( $p = 0,01$  et  $0,02$ ), et plus le score d'accomplissement est bas ( $p < 0,01$ ).

Chez les SF libérales et territoriales, aucun lien significatif n'est retrouvé.

## T2 Facteurs de risque en analyse multivariée

Le fait de travailler à l'hôpital constitue un facteur de risque de faible accomplissement professionnel, mais la qualité du matériel ainsi que l'adéquation entre la charge du travail et les ressources du service représentent des facteurs protecteurs pour cette sous-population (tableau 4).

## T1 Pour une meilleure prévention du burn out

Cette étude a permis de mesurer la prévalence du BO chez les SF de trois départements bretons : 25 % d'entre elles présentent un BO, au moins faible. Les SF hospitalières semblent être les plus touchées par l'épuisement professionnel (36 %). Les facteurs de risque

retrouvés sont : le travail en établissement de santé, la qualité de la relation avec les médecins ou la hiérarchie, le fait d'être un homme et, enfin, la charge de travail estimée.

## **T2 Limites de l'étude**

**TEG1 L'approche quantitative a pu générer des biais** dans l'évaluation des facteurs favorisants. Tous les facteurs de risque possibles n'ont pas pu être abordés, certains n'ayant peut-être pas été présumés au moment de l'élaboration du questionnaire. Toutefois, les questions concernant le travail, si elles étaient quantitatives, incluaient aussi une part de subjectivité. Cela a permis d'analyser les liens statistiques. Une étude qualitative pourrait favoriser la prise en compte d'autres facteurs et compléter ces résultats.

**TEG1 L'échantillonnage ayant été réalisé sur quatre mois**, il n'a pas été possible de connaître l'évolution des symptômes du BO sur le long terme. Ce choix méthodologique a permis d'obtenir une estimation de sa prévalence, mais il faut convenir que le BO peut évoluer avec le temps : certains SF n'en souffrant pas au moment de l'enquête ont pu en développer un par la suite.

**TEG1 Pour des raisons logistiques, l'enquête a débuté pendant l'été**, période au cours de laquelle les Français prennent souvent des congés. Ces vacances ont pu améliorer le ressenti de personnes présentant un BO et introduire un biais d'estimation de sous-évaluation de la prévalence.

## **T2 Forces de l'étude**

**TEG1 Cette étude a permis d'évaluer la prévalence du BO au sein d'une population ayant bien répondu aux questionnaires**, puisque le taux de participation est relativement élevé (39,5 %).

**TEG1 Les 236 SF y ayant participé représentent une population importante** par rapport aux données de la littérature. En considérant les articles référencés sur Medline et en utilisant les MBI spécifiquement auprès de SF, seules 907 SF ont déjà répondu à ce questionnaire à travers le monde ces dix dernières années [10,14-20]. Les informations collectées pourraient donc permettre de bien étayer la question du BO en France et de compléter les données de la littérature.

**TEG1 L'autre intérêt de cette enquête est qu'elle appréhende les différents modes d'exercice** des SF. En France, elles bénéficient, de plus, d'un statut de professionnel médical.

## **T2 Analyse des résultats**

**TEG1 Le MBI a été utilisé auprès d'une population de SF** dans le cadre de plusieurs études qui ont retrouvé des prévalences du BO variant de 3 à 54 % [14,15]. Le taux de 4 % de BO modéré chez les SF bretonnes coïncide donc avec les prévalences basses de la littérature.

**TEG1 Cette enquête apporte un éclairage supplémentaire** par rapport aux autres articles [7,8,14-20]. Elle montre que les SF exerçant en établissement de santé souffrent plus de syndrome d'épuisement professionnel que leurs collègues libérales ou territoriales. Ces

résultats concordent avec ceux de plusieurs études australiennes, y compris celles ayant utilisé le *Copenhagen Burnout Inventory*, une autre échelle de mesure du BO [7,21,22].

**TEG1 Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces résultats.** En premier lieu, il faut rappeler que les prises en charge sont parfois plus complexes à l'hôpital. Or, la prévalence du BO est supérieure en cas de trouble de stress post-traumatique chez les SF [16,23]. Toutefois, cette étude n'a pas permis de savoir si un antécédent de traumatisme psychique est plus fréquent chez les SF hospitalières, une autre approche quantitative devrait pouvoir explorer cette dimension.

Par ailleurs, les résultats obtenus montrent un lien entre les MBI et la charge de travail : plus elle est ressentie comme élevée, plus les scores d'épuisement et de dépersonnalisation le sont également. Il est possible que l'exercice hospitalier expose à des contraintes organisationnelles particulières, facteurs de risque de BO, tandis que l'exercice libéral permet de mieux organiser son travail en fonction de ses capacités. En outre, même à charge de travail égale, les SF libérales conservent la possibilité de gérer leurs horaires [22].

Enfin, dernier facteur à considérer, il s'avère que les SF exerçant en libéral ayant répondu au questionnaire sont majoritairement des hommes. Une approche sociologique pourrait permettre de comprendre pourquoi la population des SF se répartit de la sorte dans cette étude et en quoi cela a pu influencer les résultats. Les femmes exerçant en libéral ont peut-être eu moins le temps de remplir le questionnaire que leurs collègues masculins, à moins que les hommes soient plus connectés...

**TEG1 Les SF souffriraient plus souvent de BO** que les infirmières [23,24]. L'enquête bretonne conclut qu'elles seraient, au contraire, moins concernées puisque, chez les infirmières, les études retrouvent en général une prévalence d'environ 30 % [25]. Cependant, pour effectuer une comparaison, il convient de considérer les définitions prises en compte. En utilisant la même définition du BO complet, le taux obtenu chez les infirmiers est comparable à celui des SF (autour de 4 ou 5 %) [26]. Les SF françaises exerçant une profession médicale, il serait judicieux de confronter les données concernant cette population à celles collectées auprès des médecins [27]. Mais savoir si une profession est plus à risque qu'une autre nécessite de réaliser une étude des différentes populations concomitamment et en utilisant une méthodologie identique.

**TEG1 Mettre en exergue les facteurs de risque de BO** permet d'en améliorer la prévention. Il semblerait que les volumes horaires, l'alternance du travail de nuit et de jour ou la pression temporelle constituent des facteurs favorisant, et ce quel que soit le mode d'exercice. La prévention doit donc passer par une réflexion sur les conditions de travail. Réaliser une étude qualitative permettrait d'identifier ce que les SF considèrent comme les facteurs les plus péjoratifs [8,28,29] afin d'orienter les actions à mettre en place.

Les difficultés relationnelles au travail semblent impliquées dans la survenue d'un syndrome d'épuisement professionnel dans la plupart des professions de santé [27]. Les SF ont essentiellement rapporté des difficultés en lien avec la hiérarchie ou avec les médecins. Une analyse plus qualitative permettrait de mieux comprendre pourquoi la qualité des relations avec les médecins influence les dimensions du BO.

## **T1 Conclusion**

La prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les SF est comparable à celle observée au sein des autres professions de santé. Cette enquête, réalisée auprès des professionnels exerçant en Bretagne, retrouve un taux de 4 % de BO complet.

La prévalence du BO ainsi que les scores d'épuisement, de dépersonnalisation et d'accomplissement professionnel varient selon le mode d'exercice. Les SF travaillant à l'hôpital sont particulièrement à risque. Certains facteurs ont été mis en évidence : les horaires de travail, l'alternance jour/nuit et les relations avec les médecins. Les prendre en compte permettrait d'améliorer la prévention du syndrome d'épuisement professionnel dans cette population.

## **Déclaration de liens d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## **Remerciements**

Placer ici les auteurs qui ne seront pas conservés en début d'article.

## **Références**

- [1] Dutriaux N. Mise en place des IVG médicamenteuses dans un cabinet de sages-femmes libérales. *Vocation Sage-femme* 2017;16(125):23-5.
- [2] Arnaud A, Mollier-Deschamps M. Création des maisons de naissance en France : analyse de controverse. *Rev Sage-Femme* 2014;13(2):66-83.
- [3] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Midwives voices, midwives realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care.* 2016.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf;jsessionid=13B69FB3AE185DACA38E1710E8F0F830?sequence=1>.
- [4] Freudenberger HJ. The issues of staff burnout in therapeutic communities. *J Psychoactive Drugs* 1986;18(3):247-51.
- [5] Haute Autorité de santé (HAS). Fiche mémo. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mars 2017. [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche\\_memo\\_burnout.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf).
- [6] Collange J, Tavani J, Soula MC. Regards croisés sur le burn-out : aspects médicaux et psychologiques. *Arch Mal Pro Env* 2013;74(1):35-43.
- [7] Fenwick J, Lubomski A, Creedy DK, Sidebotham M. Personal, professional and workplace factors that contribute to burnout in Australian midwives. *J Adv Nurs* 2018;74(4):852-63.
- [8] Pezaro S, Clyne W, Fulton EA. A systematic mixed-methods review of interventions, outcomes and experiences for midwives and student midwives in work-related psychological distress. *Midwifery* 2017;50:163-73.
- [9] Roberts DL, Cannon KJ, Wellik KE, et al. Burnout in inpatient-based versus outpatient-based physicians: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Med* 2013;8(11):653-64.
- [10] Pougnet R, Pougnet L, Le Menn A, et al. Impact sur la santé des risques psychosociaux chez les sages-femmes : revue de la littérature. *Arch Mal Pro Env* 2018;79(3):447.



- [11] Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
- [12] Firth H, McIntee J, McKeown P, Britton PG. Maslach burnout inventory: Factor structure and norms for British nursing staff. *Psychol Rep* 1985;57(1):147-50.
- [13] Favrod C, Jan du Chêne L, Martin Soelch C, et al. Mental health symptoms and work-related stressors in hospital midwives and NICU nurses: A mixed methods study. *Front Psychiatry* 2018;9:364.
- [14] Geuens N, Leemans A, Bogaerts A, et al. Interpersonal behaviour in relation to burnout. *Nurs Manag (Harrow)* 2015;22(8):26, 28-32.
- [15] Yoshida Y, Sandall J. Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. *Midwifery* 2013;29(8):921-6.
- [16] Creedy DK, Gamble J. A third of midwives who have experienced traumatic perinatal events have symptoms of post-traumatic stress disorder. *Evid Based Nurs* 2016;19(2):44.
- [17] Henriksen L, Lukasse M. Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. *Sex Reprod Healthc* 2016;9:42-7.
- [18] Hildingsson I, Westlund K, Wiklund I. Burnout in Swedish midwives. *Sex Reprod Healthc* 2013;4(3):87-91.
- [19] Jepsen I, Juul S, Foureur M, et al. Is caseload midwifery a healthy work-form? – A survey of burnout among midwives in Denmark. *Sex Reprod Healthc* 2017;11:102-6.
- [20] Jordan K, Fenwick J, Slavin V, et al. Level of burnout in a small population of Australian midwives. *Women Birth* 2013;26(2):125-32.
- [21] Fenwick J, Sidebotham M, Gamble J, Creedy DK. The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: A comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. *Women Birth* 2018;31(1):38-43.
- [22] Dawson K, Newton M, Forster D, McLachlan H. Comparing caseload and non-caseload midwives' burnout levels and professional attitudes: A national, cross-sectional survey of Australian midwives working in the public maternity system. *Midwifery* 2018;63:60-7.
- [23] Sheen K, Spiby H, Slade P. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *Int J Nurs Stud* 2015;52(2):578-87.
- [24] Kalicińska M, Chylińska J, Wilczek-Różyńska E. Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland. *Int J Nurs Pract* 2012;18(6):595-603.
- [25] Rahman HA, Abdul-Mumin K, Naing L. A study into psychosocial factors as predictors of work-related fatigue. *Br J Nurs* 2016;25(13):757-63.
- [26] Galindo RH, Feliciano KV, Lima RA, de Souza AI. [Burnout syndrome among general hospital Nurses in Recife]. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46(2):420-7.
- [27] Pougnet R, Pougnet L. Troubles anxieux, de l'humeur et syndrome d'épuisement des internes en médecine : revue de la littérature 2004-2014. *J Med Liban* 2017;65(1):35-43.
- [28] Cohen R, Leykin D, Golan-Hadari D, Lahad M. Exposure to traumatic events at work, posttraumatic symptoms and professional quality of life among midwives. *Midwifery* 2017;50:1-8.

[29] Rees C, Wirihana L, Eley R, et al. The effects of occupational violence on the well-being and resilience of nurses. J Nurs Adm 2018;48(9):452-8.

**Tableau 1. Comparaison des populations, des conditions de travail et du ressenti selon le mode d'exercice.**

Items		Sages-femmes hospitalières	Sages-femmes libérales	Sages-femmes territoriales
<b>Population</b>	Nombre	145	74	17
	Homme/femme	8 (6 %)/137 (94 %)	64 (86 %)/10 (14 %)	1 (6 %)/16 (94 %)
<b>Conditions de travail</b>	Temps de travail hebdomadaire	35 heures en moyenne	38 heures en moyenne	34 heures en moyenne
	Gardes de 12 heures	Oui	Non	Non
	Travail de nuit	Oui	Oui	Non
	Alternance travail de jour et de nuit	85 %	Non	
	Week-ends par mois	2	2 ou 3	0
	<b>Évaluation de la charge de travail</b>	Faible	0 (0 %)	8 (11 %)
Lourde		59 (41 %)	20 (27 %)	
Raisonnable		70 (48 %)	42 (58 %)	
Trop lourde		9 (6 %)	2 (3 %)	
Variable		7 (5 %)	1 (1 %)	
<b>Ressenti relationnel</b>	Entre sages-femmes	Bon 97 %		Bon 95 %
	Avec les médecins	Bon 74 %		

**Tableau 2. Répartition des scores selon les modes d'exercice.**

Mode d'exercice	Score élevé	Score modéré	Score faible	Pas de réponse	Total			
<b>Épuisement</b>								
<b>Libéral</b>	1	1,4 %	16	21,6 %	55	74,3 %	2	74
<b>PMI</b>	1	5,9 %	3	17,6 %	12	70,6 %	1	17
<b>Hospitalier</b>	8	5,5 %	32	22,1 %	100	69 %	5	145
<b>Dépersonnalisation</b>								
<b>Libéral</b>	2	2,7 %	8	10,8 %	63	85,1 %	1	74
<b>PMI</b>	1	5,9 %	1	5,9 %	14	82,4 %	1	17

<b>Hospitalier</b>	8	5,5 %	31	21,4 %	100	69 %	6	145
<b>Accomplissement professionnel</b>								
<b>Libéral</b>	7	9,5 %	19	25,7 %	44	59,5 %	4	74
<b>PMI</b>	3	17,6 %	5	29,4 %	6	35,3 %	3	17
<b>Hospitalier</b>	36	24,8 %	45	31 %	58	40 %	6	145

*PMI : protection maternelle et infantile.*

**Tableau 3. Liens statistiques entre les dimensions du *burn out* et les données sociodémographiques et professionnelles.**

Population	Item	<i>p</i>		
		Épuisement	Accomplissement	Dépersonnalisation
<b>Toutes les sages-femmes</b>	Féminin	0,70	0,90	0,04
	Nombre d'enfants	0,68	0,56	0,17
	Vécu des études	0,13	0,62	0,72
	Temps de trajet domicile-travail long	0,58	0,96	0,13
<b>Sages-femmes hospitalières</b>	Nombre de week-ends	0,99	0,62	0,55
	Relations avec les médecins	< 0,001	0,11	0,02
	Relations avec sa hiérarchie immédiate	< 0,001	0,01	< 0,001
	Maternité de niveau supérieur à 2	0,09	0,35	0,07
	Contrat à durée déterminée	0,64	0,57	0,80
	Fonction d'encadrement	0,31	0,74	0,09
	Estimation d'une charge de travail élevée	< 0,001	0,13	0,01
<b>Sages-femmes libérales</b>	Ancienneté	0,49	0,99	0,84
	Nombre de week-ends	0,04	0,49	0,21

Estimation d'une charge de travail élevée	< 0,001	0,49	0,41
--	---------	------	------

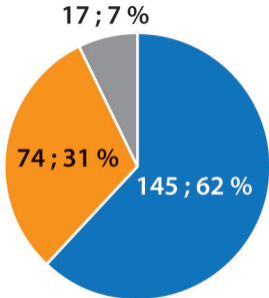
**Tableau 4. Facteurs de risque de *burn out* en analyse multivariée.**

Item du <i>burn out</i>	Population	Paramètre de la pratique professionnelle	Odds ratio (p)
<b>Accomplissement professionnel</b>	Toutes les sages-femmes	Le fait de travailler à l'hôpital	1,16 (p = 0,01)
	Sages-femmes hospitalières	Satisfaction vis-à-vis du matériel	0,48 (p = 0,03)
		Charge de travail considérée comme raisonnable	0,77 (p = 0,02)
<b>Dépersonnalisation</b>	Toutes les sages-femmes	Sexe féminin	0,84 (p < 0,001)
	Sages-femmes hospitalières	Travail de nuit	1,93 (p < 0,001)

Fig1\_Pougnnet.jpg

© R. Pougnnet

**Figure 1. Mode d'exercice des sages-femmes ayant répondu au questionnaire (n ; %).**



■ Établissements de santé

■ Libéral

■ Fonction publique  
territoriale