

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Quelle est l'influence de la charge
de travail vécue et du soutien social perçu dans le burnout professionnel
rencontré chez les sages-femmes hospitalières ?"**

Auteur : Thomas, Clara

Promoteur(s) : Slomian, Justine; Leroy, Jean-Francois

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions
de soins

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/12347>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

QUELLE EST L'INFLUENCE DE LA CHARGE DE TRAVAIL VÉCUE ET DU
SOUTIEN SOCIAL PERÇU DANS LE BURNOUT PROFESSIONNEL
RENCONTRÉ CHEZ LES SAGES-FEMMES HOSPITALIÈRES ?

Mémoire présenté par **Clara THOMAS**

En vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique 2020-2021

QUELLE EST L'INFLUENCE DE LA CHARGE DE TRAVAIL VÉCUE ET DU
SOUTIEN SOCIAL PERÇU DANS LE BURNOUT PROFESSIONNEL
RENCONTRÉ CHEZ LES SAGES-FEMMES HOSPITALIÈRES ?

Mémoire présenté par **Clara THOMAS**

En vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Promoteur : Pr. Jean-François LEROY

Co-promoteur : Justine SLOMIAN

Année académique 2020-2021

Remerciements

Tout d'abord, je voudrais remercier l'ensemble des professeurs de Sciences de la Santé Publique de l'Université de Liège qui m'ont transmis leur savoir durant ces deux années.

Dans un deuxième temps, je souhaite exprimer ma reconnaissance à Madame Slomian et Monsieur Leroy, les promoteurs de ce travail, pour leur soutien et leurs conseils avisés.

Je remercie également les sages-femmes en chef, la direction du pôle soins ainsi que l'infirmière chef de service du pôle mère-enfant du Centre Hospitalier Régional de la Citadelle de Liège qui m'ont accordé du temps et ont montré leur intérêt pour la réalisation de ce mémoire ainsi que toutes les sages-femmes qui ont participé à cette étude.

Enfin, je remercie sincèrement toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont épaulée et soutenue pendant l'ensemble de ma formation et lors de l'élaboration de ce mémoire.

Table des matières

1. Préambule	1
2. Introduction	2
3. Matériel et méthodes	9
3.1. Type d'étude.....	9
3.2. Population étudiée	10
3.3. Paramètres étudiés et outils de collecte des données	10
3.4. Données sociodémographiques	11
3.5. Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	11
3.6. Le questionnaire de Soutien Social Perçu au niveau Professionnel (QSSP-P)	12
3.7. Le NASA Task Load Index (NASA-TLX)	13
3.8. Organisation et planification de la collecte des données	14
3.9. Traitement des données et méthodes d'analyse.....	15
4. Résultats	16
4.1. Échantillon étudié.....	16
4.1. Évaluation du burnout chez les sages-femmes.....	18
4.2. Facteurs sociodémographiques et burnout	18
4.3. Facteurs professionnels et burnout	18
4.4. Facteurs psychologiques et burnout.....	20
4.5. Le Soutien Social Perçu au niveau professionnel par les sages-femmes.....	21
4.6. La charge de travail vécue par les sages-femmes.....	21
4.7. Soutien social perçu au niveau professionnel et charge de travail vécue	22
4.8. Facteurs influençant le burnout professionnel.....	22
4.9. Profil de risque de burnout professionnel	23
5. Discussion, perspectives et conclusion	25
5.1. Évaluation du burnout chez les sages-femmes.....	25
5.2. Facteurs sociodémographiques et burnout	26
5.3. Facteurs professionnels et burnout	28
5.4. Facteurs psychologiques et burnout.....	30
5.5. Le Soutien Social Perçu par les sages-femmes.....	31
5.6. La charge de travail vécue par les sages-femmes.....	32
5.7. Soutien Social Perçu au niveau professionnel et charge de travail vécue.....	32
5.8. Limites de l'étude	33

5.9.	Perspectives.....	34
5.10.	Conclusion	34
6.	Références bibliographiques	36
7.	Annexes	41
7.1.	Annexe 1 : Questionnaire fourni aux sages-femmes du CHR de Liège	41
7.2.	Annexe 2 : demande au comité d'éthique	49
7.3.	Annexe 3 : réponse du comité d'éthique	54
7.4.	Annexe 4 : Formulaire administratif de dépôt du protocole de recherche.....	55

Résumé

Objectifs : Cette étude a pour objectif d'identifier les paramètres qui peuvent influencer la survenue du burnout chez les sages-femmes du CHR de Liège. Les paramètres étudiés sont les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et psychologique, de la charge de travail vécue ainsi que du soutien social perçu au niveau professionnel.

Méthodes : Cette étude transversale a été réalisée auprès de 35 sages-femmes travaillant exclusivement au CHR de Liège. Les services dans lesquels les sages-femmes participantes exerçaient sont la maternité, les salles de naissances, le MIC, et le centre néonatal. La variable dépendante est le burnout professionnel et plusieurs catégories de variables indépendantes ont été étudiées. Une analyse univariée a été réalisée sur les deux échantillons indépendants, à savoir les sages-femmes présentant un burnout professionnel et celles n'en présentant pas. Ensuite, des analyses multivariées ont été effectuées sur le risque de présenter un burnout professionnel par un modèle de régression logistique binaire.

Résultats : Parmi les 35 sages-femmes de l'étude, 9 (25.7%) présentaient un burnout modéré. Une association significative entre le burnout et la satisfaction relative au soutien social perçu au niveau professionnel et la santé mentale estimée a pu être établie avec le burnout dans le modèle univarié. Seule l'association entre la santé mentale estimée a pu être établie avec le burnout dans le modèle multivarié.

Discussion : Bien que l'association entre certaines variables et le burnout n'aient pu être établies, des tendances peuvent être dégagées entre le burnout professionnel certains facteurs. En effet, un nombre d'enfants plus élevé, un âge plus élevé, une expérience professionnelle d'au moins dix années, une formation initiale de sage-femme et d'infirmière et une charge de travail vécue comme élevée pourraient être associés à un burnout.

Conclusion: Les établissements de santé devraient s'intéresser aux facteurs de risque modifiables du burnout professionnel des sages-femmes hospitalières. D'une part, en réévaluant l'adéquation des mesures d'aménagement de fin de carrière et, d'autre part, en entreprenant des actions ayant pour but d'augmenter l'estime de santé mentale, ce qui réduirait l'incidence du burnout professionnel et augmenterait l'efficacité et la qualité des soins fournis par les sages-femmes.

Mots-clés : sage-femme, burnout, charge de travail, soutien social.

Abstract

Objectives : The objective of this study is to identify the parameters that can influence the occurrence of burnout in midwives at the CHR in Liège. The parameters studied are the socio-demographic, professional and psychological characteristics of the workload experienced as well as the social support perceived at the professional level.

Methods : This cross-sectional study was carried out with 35 midwives working exclusively at the CHR in Liège. The services in which the participating midwives worked are the maternity unit, the birthing rooms, the MIC, and the neonatal center. The dependent variable is the burnout and several categories of independent variables have been studied. A univariate analysis was performed on the two independent samples, namely midwives with occupational burnout and those without. Then, multivariate analyzes were carried out on the risk of presenting an occupational burnout by a binary logistic regression model.

Results : Among the 35 midwives in the study, 9 (25.7%) presented with moderate burnout. A significant association between burnout and satisfaction with social support perceived at the professional level and estimated mental health could be established with burnout in the univariate model. Only the association between estimated mental health could be established with burnout in the multivariate model.

Discussion : Although the association between certain variables and burnout could not be established, trends can be seen between occupational burnout certain factors. Indeed, a higher number of children, a higher age, professional experience of at least ten years, initial training as a midwife and nurse and a workload experienced as high could be associated with a professional burnout.

Conclusion : Healthcare establishments should take an interest in modifiable risk factors for professional burnout in hospital midwives. On the one hand, by reassessing the adequacy of end-of-career planning measures and, on the other hand, by undertaking actions aimed at increasing the esteem of mental health, which would reduce the incidence of professional burnout and increase the efficiency and quality of care provided by midwives.

Keywords : midwife, burnout, workload, social support.

1. Préambule

Ce travail débute lors de la lecture de l'étude de Shaghghi *et al.*, réalisée en 2019 (1). Dans celle-ci, un article affirme que la profession de sage-femme est l'une des professions les plus touchées par le burnout professionnel. Cette phrase me choque, me surprend. Comment le burnout peut-il survenir de manière aussi prononcée dans un métier qu'on choisit de faire par passion ? Qu'est-ce qui, dans la profession, peut mener à une détresse émotionnelle ? Je reste étonnée et, à la fois, cette constatation correspond à ce que j'ai pu parfois observer ou entendre sur le terrain. Chez certaines sages-femmes, la passion pour leur métier n'était plus présente. C'est ainsi qu'au fur et à mesure de mes lectures, j'ai décidé de m'intéresser au lien entre l'environnement de travail et les facteurs personnels des sages-femmes et leur santé émotionnelle. Ceci m'a donc menée à la question de recherche « Quelle est l'influence des caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et psychologiques, de la charge de travail vécue ainsi que du soutien social perçu au niveau professionnel dans l'apparition d'un burnout professionnel chez les sages-femmes hospitalières ? ». Cette étude a donc pour objectif principal d'identifier les paramètres qui peuvent influencer la survenue du burnout chez les sages-femmes du Centre Hospitalier Régional de Liège.

Le lien qui peut être fait entre cette thématique et la finalité de gestion des institutions est que, si il existe une tendance indiquant que certains facteurs sociodémographiques, professionnels et psychologiques, que la charge de travail vécue et/ou le soutien social perçu au niveau professionnel peuvent influencer la santé émotionnelle des sages-femmes hospitalières, alors des facteurs de protection devraient être mis en place par les institutions afin de réduire les facteurs de risque de burnout professionnel modifiables. Ces facteurs de protection pourraient améliorer la santé émotionnelle. À terme, une amélioration de la santé émotionnelle des sages-femmes diminuerait la prévalence du burnout professionnel et ainsi l'absentéisme lié au burnout, mais elle augmenterait également l'efficacité et la qualité des soins fournis par les sages-femmes.

2. Introduction

- **Le burnout**

Le burnout, également appelé épuisement professionnel, est une réaction psychologique créée en réponse à un stress psychologique chronique. Ce syndrome multidimensionnel est composé de sentiments accrus d'*épuisement émotionnel*, d'une *dépersonnalisation* et d'une *réduction de l'accomplissement personnel* (1).

L'*épuisement émotionnel* survient à mesure que les ressources émotionnelles s'épuisent et que les individus se distancient émotionnellement et cognitivement de l'exercice de la profession. La *dépersonnalisation* se produit lorsque les professionnels développent des attitudes d'indifférence à autrui et mettent de la distance entre eux-mêmes et les bénéficiaires des soins. Enfin, la *réduction de l'accomplissement personnel* fait référence à la tendance à s'évaluer soi-même négativement, en particulier en ce qui concerne le travail avec les patients.

Selon Christophe Dejours (2016), psychiatre, psychanalyste et professeur de psychologie français, le « burnout » est un syndrome qui est apparu au milieu des années septante dans le secteur médical. Ce terme désignait les personnes en situation difficile voire désespérée pour qui le personnel s'était longuement engagé avant de faire un constat d'échec, ce qui épuisait leur capacité à mobiliser leur attention, leur vigilance, leur intelligence et rendant le travail impossible. Peu à peu, le champ d'application du burnout s'est étendu à toutes les activités impliquant une relation de service, le burnout en est donc venu à désigner toutes les formes de burnout (2).

Aussi, toujours selon Christophe Dejours (2018), les pathologies mentales professionnelles sont en rapport avec les contraintes de l'organisation du travail. De ce fait, si les pathologies mentales s'accroissent, c'est que l'organisation du travail a été modifiée en profondeur lors du passage du vingtième au vingt-et-unième siècle (3). En effet, à la fin des années 1990, de nouveaux dispositifs tels que l'évaluation individualisée des performances ont été mis en place. Cette méthode, par la mise en concurrence des salariés, est parvenue à déstructurer le savoir vivre, l'entraide, la prévenance et en fin de compte les solidarités entre travailleurs (4).

Associée au risque de licenciement, l'évaluation individualisée des performances entraîne donc une explosion des pathologies de surcharge, y compris du burnout (3, 4).

- ***Burnout et sages-femmes***

Bien que le burnout concerne l'ensemble des professions impliquant une relation de service, la profession de sage-femme, considérée comme une profession importante dans le domaine des soins de santé communautaires pour assurer la santé de la mère et du nouveau-né, est particulièrement touchée (1, 5). Pour répondre aux besoins des femmes et de leurs familles, de nombreuses études démontrent que le travail de sage-femme est émotionnellement exigeant (6-8). De plus, l'expérience des sages-femmes dans un travail de plus en plus stressant pourrait augmenter les niveaux de burnout (5, 9).

La grossesse et l'accouchement sont des périodes accompagnées de bouleversements physiques et psychiques importants. C'est pourquoi, même sans complication, elles peuvent créer de l'anxiété chez les femmes et leurs familles qui se tourneront alors vers les sages-femmes pour obtenir du soutien. Pour répondre à ce besoin, les sages-femmes ont pour rôle d'établir et de maintenir un lien de confiance et d'authenticité avec les patients, dans le but d'assurer un sentiment de sécurité émotionnelle. Si des complications surviennent à ces périodes, le travail émotionnel des sages-femmes augmente (10,11). Le développement de capacités d'adaptation et de relations interpersonnelles est donc nécessaire pour faire face à la nature parfois stressante de leur travail (5).

À ce contexte s'est ajouté le retour précoce à domicile après l'accouchement. Déjà très utilisé dans de nombreux pays européens, le retour précoce à domicile s'observe depuis 2015 en Belgique, à la suite de l'appel aux projets pilotes lancé par Maggie De Block, ministre de la santé jusqu'en octobre 2020 (12). Selon Berkane (2015), les institutions hospitalières et les professionnels de santé s'adaptent à cette transformation qui entraîne des modifications organisationnelles. Bien organisés et accompagnés, les retours à domicile précoces pourraient aider les maternités ayant des problèmes de gestion de lits sans avoir d'incidence sur la satisfaction des patientes. Néanmoins, cette procédure pourrait être à l'origine d'une augmentation inappropriée de la charge de travail des sages-femmes et ainsi d'une baisse de la qualité et de la sécurité des soins (13). Selon le SPF Santé Publique, les prestataires de soins

des maternités indiquent que la réduction de la durée de séjour hospitalier des patientes entraîne une concentration des journées pour lesquelles l'intensité de la prise en charge est plus élevée, ainsi qu'une augmentation des démarches administratives réalisées par les sages-femmes. Ceci est à l'origine d'une augmentation de la charge de travail et ainsi du stress chez les prestataires de soins (14). En 2014, une étude ayant pour but d'observer les points positifs d'un retour précoce à domicile ainsi que les points à améliorer pour la préparation de ce retour a été réalisée en Belgique. Celle-ci a pu mettre en évidence un manque de communication entre les sages-femmes et les médecins, le stress et la surcharge de travail des équipes de sages-femmes. Or, une communication adéquate entre l'équipe soignante, les patientes et leurs proches est d'une importance capitale afin d'assurer la qualité des soins (15).

- ***Burnout et environnement de travail***

Ces dernières années, un nombre croissant de travaux ont été réalisés notamment au Danemark, en Norvège, en Suède, en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni afin d'évaluer le niveau de stress chez les sages-femmes. Ainsi, ils permettent d'évaluer l'impact émotionnel de la profession (16). La méta-analyse de Suleiman-Martos *et al.* (2020) avait pour but de réaliser une estimation de la prévalence du burnout chez les sages-femmes, de décrire les niveaux des trois sous-échelles du Copenhagen Burnout Inventory (outil de mesure du burnout personnel, professionnel et lié au patient), et enfin d'analyser les facteurs liés au burnout. Cette méta-analyse montre une prévalence du burnout chez 40% des sages-femmes interrogées (17). L'étude de Creedy *et al.* (2017) s'intéresse aux possibles étiologies et conséquences du burnout, à savoir la dépression, l'anxiété et le stress chez les sages-femmes en exercice. Cette étude, en comparaison avec la méta-analyse de Suleiman-Martos *et al.* (2020) développe davantage de résultats et met en évidence que 46.1% des sages-femmes de leur échantillon ont déclaré un burnout modéré, 17.4% ont déclaré un burnout élevé et 1.4% des participantes ont obtenu un score de 100 indiquant un burnout sévère (16). En Suède, le burnout a été évalué dans quinze professions de santé, et les sages-femmes sont les professionnelles de santé à avoir présenté le niveau le plus élevé de burnout (18).

Au Royaume-Uni, le bien-être des sages-femmes a suscité récemment un vif intérêt. Les autorités de santé se sont intéressées aux raisons pour lesquelles les sages-femmes quittaient ou avaient l'intention de quitter la profession ainsi que ce qui pourrait les encourager à rester,

car il y manquait près de 3 500 sages-femmes. Les principales raisons invoquées par les sages-femmes souhaitant quitter la profession étaient le manque de personnel, la charge de travail et le manque de temps à consacrer à donner aux femmes et à leur famille des soins de haute qualité. Ainsi, une telle pénurie a ainsi mené au développement de la campagne « Prendre soin de vous » du Royal College of Midwives (19). Leur raisonnement est le suivant : si plus de sages-femmes sont retenues dans la profession, les effectifs s'amélioreront, ce qui entraînera moins de départs de sages-femmes et plus de temps à passer avec les patientes, améliorant ainsi la qualité des soins et leur satisfaction professionnelle, ce qui entraînera à nouveau le départ de moins de sages-femmes. Cette campagne avait donc pour but d'améliorer la santé, la sécurité et le bien-être des sages-femmes afin qu'elles puissent fournir des soins de maternité de haute qualité aux femmes et à leurs familles (19).

- ***Burnout et charge de travail***

Une série de facteurs organisationnels et professionnels compromettent le bien-être des sages-femmes et peuvent être classées comme des indicateurs de risque modifiables ou non modifiables. Bien que certaines conditions liées au bien-être des sages-femmes ne soient pas modifiables, plusieurs variables telles qu'une faible dotation en personnel et, par conséquent, une charge de travail vécue comme excessive sont des facteurs de risque modifiables sous le contrôle du management. Il serait donc intéressant que les recherches et interventions futures se concentrent sur l'ensemble des risques modifiables (19-21).

Des études montrent que le burnout est plus probable si les sages-femmes ont une charge de travail vécue comme élevée, notion interdépendante avec la dotation en personnel (2, 3, 17-26). C'est ce que l'étude de Stoll *et al.* (2019) confirme en constatant que les sages-femmes qui ont connu un burnout signalent que des charges de travail vécues comme trop élevées sont des facteurs de risque de leur détresse émotionnelle (18).

De plus, ces dernières décennies, des changements importants ont eu lieu dans les pratiques obstétricales. La naissance a été médicalisée dans la plupart des sociétés modernisées et l'utilisation d'interventions augmente. De plus en plus de femmes accouchent dans de plus grandes unités, ce qui signifie un plus grand nombre de femmes en travail simultanément et une charge de travail croissante, avec un nombre d'obstétriciens et de néonatalogistes en

augmentation, ce qui laisse moins d'autonomie aux sages-femmes. Or, un niveau élevé d'autonomie professionnelle est un facteur de protection clé du burnout professionnel (23).

Dans l'étude de Stoll *et al.* (2019), les sages-femmes ont été invitées à choisir des facteurs de stress liés au travail qu'elles ont rencontré au cours de la dernière année à partir d'une liste d'options de réponse prédéfinies. Une charge de travail trop élevée était le principal facteur de stress, rapporté par 64.6% des sages-femmes (18).

Une charge de travail vécue comme excessive a également été un facteur de burnout dans l'enquête multinationale de l'OMS (27). Cinquante-six pourcents des répondants à une enquête du Royal College of Midwives (RCM) ont convenu qu'ils se sentaient dépassés par la quantité de travail qu'ils devaient effectuer (19, 21). Dans une autre enquête du RCM effectuée sur un échantillon de sages-femmes quittant la profession, la plupart d'entre elles étaient d'accord pour dire que le manque de personnel compromettait fréquemment la qualité des soins (76%), compromettait la sécurité des patients (73%) et entraînait une interruption du travail (68%). Cela a été repris par d'autres sages-femmes qui ont décrit les effets émotionnels négatifs de devoir être axés sur les tâches plutôt que sur les femmes en raison d'une charge de travail excessive (21).

Selon l'étude de Cramer *et al.* (2019), une charge de travail élevée et des changements organisationnels peuvent exercer une pression sur les relations entre les sages-femmes, provoquant des conflits. Or, un faible soutien des collègues seniors, des pairs et des collègues médicaux ainsi que le stress dû aux conflits avec les supérieurs hiérarchiques sont directement corrélés au burnout chez les sages-femmes (21, 25, 27). Aussi, le manque de soutien des pairs peut se révéler dévastateur dans des situations de pression supplémentaire tels que l'assistance d'une naissance traumatique, les mortinaissances, et le travail avec des patientes présentant des problèmes sociaux et psychiatriques complexes (21).

Une dernière notion peut également souligner l'influence de la charge de travail et de la dotation en sages-femmes sur leur santé émotionnelle. Celle-ci se rapporte à la comparaison des scores de burnout entre les sages-femmes hospitalières et les sages-femmes indépendantes. Bien que les sages-femmes hospitalières travaillent moins d'heures dans

l'étude de Cramer *et al.* (2019), elles présentent un burnout plus élevé en raison d'un certain nombre d'autres facteurs de travail défavorables. Cela suggère que les effets négatifs de la prolongation des heures sont atténués par des facteurs de soutien ou un manque de facteurs dommageables, tels que la dotation en personnel (21).

Ainsi, la compréhension des facteurs de risque du burnout, par une prévention de ceux-ci, peut être favorable pour les sages-femmes au niveau individuel mais également pour les établissements de santé en termes de coûts humains et financiers (23). En effet, le burnout peut réduire les performances professionnelles et accroître le nombre de fautes professionnelles, le retard et l'absentéisme des employés ainsi que les difficultés de rétention du personnel (23, 24). Globalement, le burnout peut donc avoir un impact sur l'efficacité, la productivité, les performances des sages-femmes et la qualité des soins (18, 23, 24).

Par conséquent, des initiatives d'amélioration relatives à la dotation en personnel et à la charge de travail des sages-femmes devraient être une priorité étant donné la preuve de leur importance et de leur influence sur le burnout (21).

- ***Burnout et soutien social perçu au niveau professionnel***

Un autre facteur de risque modifiable qui pourrait avoir un impact sur le bien-être émotionnel des sages-femmes est le soutien social perçu au niveau professionnel (SSP). Au cours des dix dernières années, le SSP a été largement étudié dans des recherches liées à l'identification des facteurs protecteurs du mal-être et du stress au travail (28).

Typiquement, l'individu évalue ses propres ressources ainsi que les ressources sociales (soutien social) pour faire face aux contraintes professionnelles. Lorsque le soutien social est satisfaisant, il peut permettre à l'individu de faire face aux contraintes de manière efficace. En conséquence, un soutien social perçu élevé est associé à une plus grande satisfaction au travail et à un état émotionnel plus positif. Les employés évaluant le soutien apporté par l'organisation comme satisfaisant souffrent moins des symptômes liés au stress tels que, des difficultés de concentration, des émotions négatives, la dépression, l'anxiété, la fatigue et le burnout (29). Le SSP est donc devenu une variable essentielle dans l'étude du stress, du burnout et des phénomènes y étant associés (28).

Les études réalisées auprès des sages-femmes auraient ainsi tendance à confirmer une corrélation entre un faible soutien social perçu et un moindre bien-être émotionnel des sages-femmes. Sandall (2016) fait valoir que le burnout est plus probable en présence d'un manque de soutien par les pairs (22, 25). Aussi, selon Stoll *et al.* (2019), un environnement de travail positif et le sentiment d'être un membre apprécié de l'équipe étaient liés à un moindre risque de burnout. Par ailleurs, les conflits interprofessionnels et l'intimidation sont apparus comme des raisons pour lesquelles les sages-femmes souhaitent quitter la profession (18).

Ainsi, pour garantir un bien-être émotionnel et la durabilité de la main-d'œuvre, des facteurs de protection doivent être en place, tels que des lignes directrices s'assurant de la disponibilité d'un soutien social (des collègues, du/des supérieurs et des fonctions supports) et la promotion de relations positives entre collègues (30).

Question de recherche et objectifs

La question de recherche de ce travail est donc « Quelle est l'influence des caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et psychologiques, de la charge de travail vécue ainsi que du soutien social perçu au niveau professionnel dans l'apparition d'un burnout professionnel chez les sages-femmes hospitalières ? ».

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les paramètres qui peuvent influencer la survenue du burnout chez les sages-femmes du CHR de Liège.

Les objectifs secondaires de ce travail sont :

- De déterminer la prévalence du burnout chez les sages-femmes
- D'évaluer l'association entre des caractéristiques sociodémographiques et le burnout
- D'évaluer l'association entre des caractéristiques professionnelles et le burnout
- D'évaluer l'association entre des caractéristiques psychologiques et le burnout
- D'évaluer le soutien social perçu au niveau professionnel (disponibilité et satisfaction) par les sages-femmes
- D'évaluer la charge de travail vécue par les sages-femmes

- D'évaluer l'association entre le soutien social perçu au niveau professionnel (disponibilité et satisfaction) et la charge de travail vécue par les sages-femmes
- D'évaluer l'association entre le soutien social perçu au niveau professionnel (disponibilité et satisfaction) et le burnout
- D'évaluer l'association entre en le charge de travail vécue et le burnout

3. Matériel et méthodes

3.1. Type d'étude

Dans le cadre de cette étude, une approche quantitative avec un design observationnel de type transversal a été utilisée.

En effet, la démarche quantitative permet au chercheur d'analyser des comportements, des opinions, des attentes en quantité. Contrairement aux démarches qualitatives, elle cherche à déduire des conclusions mesurables statistiquement. Dans cette étude, la démarche quantitative est la plus adéquate afin de répondre à la problématique ainsi qu'aux différents objectifs de ce travail car elle permet de quantifier les phénomènes du burnout, de la charge de travail vécue et du soutien social perçu au niveau professionnel.

Cette étude est observationnelle et non-expérimentale car le chercheur va observer la réalité sans intervenir sur les conditions d'exposition des sages-femmes.

Cette étude est également transversale car elle recueillera simultanément des informations sur des expositions à des facteurs de risque et des événements de santé dans un échantillon représentatif de la population cible à un moment court et précis dans le temps, c'est donc un indicateur « statique » de morbidité. Ceci permettra d'avoir une « photographie » de la situation étudiée à ce temps dans le but de collecter des informations sur les facteurs de risque et/ou certaines données. Néanmoins, étant donné qu'une étude transversale se réalise sur une période de temps assez courte et est ainsi limitée par l'absence de description temporelle

des expositions et des événements, ce type d'étude présente une portée plus limitée qu'une étude longitudinale (31). Cette méthodologie a été choisie afin d'identifier le lien entre le bien-être émotionnel des sages-femmes et leur caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et psychologiques ainsi que leur charge de travail vécue et le soutien social perçu au niveau professionnel à un moment donné.

L'étude est de type analytique afin de mettre en évidence une tendance générale entre l'exposition à un facteur de risque (caractéristiques sociodémographiques, professionnelles, psychologiques, la charge de travail vécue et/ou le soutien social perçu) et la maladie (le burnout professionnel).

3.2. Population étudiée

Pour la réalisation de ce travail, la population étudiée comprenait l'ensemble des sages-femmes du Centre Hospitalier Régional de la Citadelle de Liège se portant volontaires de participer à cette étude. Ces participantes étaient donc libres de répondre à des questionnaires de manière anonyme, ces questionnaires leur ayant été fournis en version papier au sein de leur service. Les critères d'inclusion comprenaient donc un(e) sage-femme travaillant exclusivement au CHR de la Citadelle. Les critères d'exclusion comprenaient, eux, les infirmières travaillant dans l'unité mère-enfant ainsi que les sages-femmes exerçant une activité complémentaire. En tout, 35 sages-femmes ont entièrement rempli les questionnaires fournis.

3.3. Paramètres étudiés et outils de collecte des données

La collecte des données a été réalisée à l'aide de quatre questionnaires d'auto-administration directe. Le premier questionnaire portait sur les données démographiques des participantes. Les trois questionnaires suivants étaient des questionnaires validés, à savoir le Copenhagen Burnout Inventory, le Questionnaire de Soutien Social Perçu Professionnel (QSSP-P) et le NASA Task Load Index (NASA-TLX). Ainsi, la santé émotionnelle professionnelle, le soutien social perçu au niveau professionnel ainsi que la charge de travail vécue étaient les trois éléments principaux de cette recherche.

Les deux premières pages de ces questionnaires étaient consacrées à un bref exposé des objectifs du travail, de la présentation du chercheur et des promoteurs et enfin la demande aux sages-femmes de répondre à ces questionnaires de la manière la plus objective et réaliste possible, dans le but de refléter leur environnement de travail et leur bien-être émotionnel. Il était également précisé aux volontaires que les données recueillies seraient strictement anonymes et utilisées dans le but de rédiger un mémoire, mais qu'il n'était pas exclu que les résultats de cette étude puissent être publiés.

3.4. Données sociodémographiques

Les données démographiques qui ont été recueillies sont le sexe, l'âge, l'état civil, le nombre d'années d'expérience en tant que sage-femme, le poste actuel (maternité, salle d'accouchement, MIC, NIC), la formation (infirmière et sage-femme ou sage-femme uniquement), le temps de travail et une absence dans les trois derniers mois (vacances exclues). Il leur est également demandé si elles ont déjà vécu un burnout dans le passé.

Ces données sociodémographiques ont été choisies pour être analysées dans le cadre de cette étude sur le burnout professionnel car elles avaient une influence sur le burnout professionnel dans certaines études retenues pour la rédaction de ce travail.

3.5. Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Un questionnaire évaluant le burnout professionnel a été complété par les interrogées. Pour ce faire, il existe plusieurs outils validés tels que la Professional Quality of Life (ProQOL), le Maslach Burnout Inventory (MBI) ou le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (17). Le ProQOL étant peu utilisé dans les articles retenus pour ce travail et le MBI faisant l'objet de préoccupations croissantes concernant sa qualité méthodologique, le Copenhagen Burnout Inventory a été utilisé dans cette étude.

Le Copenhagen Burnout Inventory a été développé par Kristensen *et al.* en 2005 (34) et a été validé avec une grande fiabilité dans un certain nombre de groupes de professionnels de la santé, dont les sages-femmes (16, 22, 23, 30, 35-39). Le CBI étudie distinctement trois dimensions du burnout : personnel, professionnel, et lié au client (40).

Dans cette étude, seule la dimensions du burnout lié au travail était étudiée. Cette dimension comprend sept éléments tels que «Votre travail vous frustre-t-il?» ou «Votre travail est-il épuisant émotionnellement ?». Chaque élément utilise une échelle de cinq points avec des scores ajustés de sorte que les scores possibles pour les trois domaines varient de 0 (burnout faible) à 100 (burnout sévère). Un score compris entre 50 et 74 est considéré comme représentant un burnout modéré tandis qu'un score entre 75 et 99 représente un niveau élevé de burnout. Enfin, un score de 100 représente un burnout sévère (3, 19).

3.6. Le questionnaire de Soutien Social Perçu au niveau Professionnel (QSSP-P)

Le troisième questionnaire qui a été rempli par les participantes est un questionnaire de soutien social. Un premier questionnaire de soutien social a été mis au point par Sarason, il se nomme le SSQ6. Ce questionnaire n'a pas été utilisé dans cette étude car il n'est pas propre au monde professionnel et interroge uniquement au sujet d'une situation stressante vécue. C'est pourquoi le Questionnaire de Soutien Social Perçu adapté au monde Professionnel (QSSP-P) a été utilisé dans cette étude (28).

Le QSSP-P présente de bonnes qualités psychométriques et évalue la disponibilité et la satisfaction des professionnels vis-à-vis de trois principales sources de soutien : le soutien des collègues, du/des supérieurs et des fonctions supports. Le QSSP-P prend en compte le soutien émotionnel, informationnel, matériel et évaluatif. Pour ce faire, le QSSP-P pose quatre questions distinctes : « ces derniers mois, y a-t-il eu dans votre entourage professionnel des personnes qui, lorsque vous en aviez besoin, vous ont réconfortée et écoutée? » « Se sont occupée de vous et vous ont aidée matériellement? » « Vous ont donné des conseils, des informations, des suggestions? » « Vous ont redonné confiance en vous-mêmes? ». On obtient alors deux scores pour chaque sujet. Pour définir un score de disponibilité, le répondant doit inscrire le nombre de collègues et le nombre de supérieurs (sages-femmes en chef uniquement) ayant répondu à ces éléments. Ces chiffres seront additionnés afin de définir une disponibilité totale par participant. Pour définir un score de satisfaction perçue, il était demandé aux interrogées d'évaluer leur satisfaction du soutien reçu par les différents intervenants, utilisant une échelle de Likert allant de « pas du tout satisfait » (1 point) à « tout à fait satisfait » (5 points). Une moyenne de l'ensemble des scores de satisfaction a été réalisée

pour chaque sage-femme (28). En effet, les études reprises dans ce travail faisant appel à des scores de disponibilité et de satisfaction relatives au soutien social perçu regroupant la disponibilité et la satisfaction apportées par les sages-femmes en chef et les collègues, l'étude adoptera cette méthodologie également.

3.7. Le NASA Task Load Index (NASA-TLX)

Enfin, le dernier questionnaire concernait la charge de travail vécue. Pour ce faire, des outils de mesure subjective de la charge de travail ont été mis au point. Parmi ceux-ci se trouvent le Subjective Workload Assessment Technique (SWAT), le Workload Profile (WP), le Borg CR10 Scale, ainsi que le National Aeronautics and Space Administration - Task Load Index (NASA-TLX) (41).

Le SWAT évalue trois dimensions de la charge de travail, soit la charge temporelle, l'effort mental, et le stress psychologique selon trois niveaux (bas, moyen, élevé). Le WP est un instrument qui tente de combiner les avantages des procédures basées sur la performance aux tâches secondaires et les techniques subjectives. Les répondants complètent un ensemble de tâches et évaluent celles-ci selon huit dimensions liées à la charge de travail (41). Le Borg CR10 Scale consiste à évaluer subjectivement la charge de travail physique. Enfin, le NASA Task Load Index (NASA-TLX) est un instrument multidimensionnel évaluant la perception de la charge de travail. Il est reconnu comme l'outil de référence en ce qui a trait aux mesures subjectives, c'est pourquoi cet outil a été utilisé pour évaluer la charge de travail vécue par les sages-femmes de cette étude (41).

Le NASA-TLX utilise six dimensions pour évaluer la charge de travail mentale : la demande mentale, la demande physique, la demande temporelle, la performance, l'effort et la frustration. Chacune de ses six dimensions sont évaluées par l'interrogé sur une échelle allant de 0 (très peu) à 100 (très élevé). En fonction de l'évaluation des interrogés, chacune des dimensions aura un score compris entre 0 et 100. Un score compris entre 0 et 19 correspondra à « très peu », un score compris entre 20 et 39 correspondra à « peu », un score entre 40 et 59 correspondra à « moyennement », un score entre 60 et 79 correspondra à « élevé », et enfin un score entre 80 et 100 correspondra à « très élevé ». Selon la totalité des scores, la

charge de travail vécue par l'ensemble des sages-femmes de l'échantillon ainsi que la dimension la plus influente pourront être évaluées (41).

3.8. Organisation et planification de la collecte des données

En septembre 2020, le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle de Liège, lieu où l'expérimentation a été réalisée a été sollicité. Pour ce faire, un exemplaire du protocole de recherche corrigé a été transmis au service de gestion des compétences, à la direction du pôle soins ainsi qu'à l'infirmière chef de service du pôle mère-enfant du Centre Hospitalier Régional de la Citadelle. Ces démarches avaient pour objectif d'informer par écrit les autorités du centre hospitalier de la nature de l'étude, de sa durée, de son but et de ses contraintes éventuelles afin d'obtenir leur accord.

Suite à leur accord pour réaliser cette recherche au sein des services du pôle mère-enfant, une rencontre a été organisée avec les sages-femmes en chef des deux maternités, des deux unités du centre néonatal et des salles d'accouchements et du Maternal Intensive Care (MIC). Ces entretiens avaient pour but de présenter le projet de recherche, les objectifs poursuivis ainsi que les questionnaires qui seraient administrés au sein de leurs équipes. Ces rencontres ont permis au chercheur de s'adapter à leurs demandes, rendant le projet plus accessible afin de solliciter un maximum de sages-femmes présentes dans l'institution.

Enfin, la collecte des données a été réalisée entre le 1^{er} décembre 2020 et le 1^{er} mai 2021. Les questionnaires finaux ont été distribués au sein des services concernés tous les deux à trois jours entre le 1^{er} décembre 2020 et le 31 janvier 2021, permettant au chercheur de présenter l'objet de sa recherche aux équipes et de prendre possession des questionnaires complétés afin de les analyser.

L'entièreté de la collecte des données a été réalisée sans contact entre les sages-femmes participantes et l'expérimentateur. Cette démarche était motivée par l'intention de respecter l'anonymat des participant(e)s, la flexibilité du lieu et du moment auquel les sages-femmes ont complété ces questionnaires, ainsi que le contexte de santé publique actuel.

3.9. Traitement des données et méthodes d'analyse

L'analyse des données générées tente de comprendre si une corrélation existe entre les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et psychologiques, la charge de travail vécue et le soutien social perçu au niveau professionnel dans la survenue d'un burnout professionnel chez les 35 sages-femmes du CHR de la Citadelle ayant répondu aux questionnaires. Dans un premier temps, les variables sont interprétées individuellement. Ensuite, d'éventuelles corrélations entre ces variables seront recherchées. L'interprétation des résultats a pour but de décrire les différentes informations émergentes, mais aussi et surtout à leur donner du sens (30).

Pour ce faire, la base de données a fait l'objet d'un double encodage dans Excel afin d'exclure d'éventuelles données incohérentes et d'éviter des erreurs. Des bornes ont également été utilisées afin d'éliminer les données aberrantes. Dans le logiciel statistique R, des tests descriptifs, nuages de points et distribution de fréquences ont été effectués pour mieux connaître les données recueillies, éliminer tout risque d'erreur et s'assurer que la base de données est complète.

Le logiciel statistique a ensuite été utilisé pour les explorations statistiques de chacune des variables individuellement. Les analyses graphiques des QQ-Plots, des histogrammes et la réalisation du test de Shapiro-Wilk ont permis de vérifier la normalité des variables quantitatives. Ces variables sont exprimées en moyenne et écart-type lorsqu'elles suivent une distribution normale, et en médiane, percentile 25 et 75 pour les variables à distribution non normale. Les variables qualitatives sont exprimées selon leur distribution de fréquence.

En premier lieu, un modèle de régression linéaire simple a été réalisé pour chacune des variables afin d'en tester l'impact sur la variable d'intérêt, soit la présence d'un burnout. Pour cette analyse univariée, le test « t-student » pour échantillons non appariés a été utilisé pour les variables suivant une loi normale et le test de Mann-Whitney pour les variables ne suivant pas une loi normale. Ces tests ont permis de mettre en évidence des associations entre la présence d'un burnout et les variables quantitatives. Les variables qualitatives ont, quant à

elles, été analysées selon le test d'homogénéité du Chi-carré. En revanche, lorsque les valeurs attendues étaient inférieures ou égales à 5, un test de Fisher a été utilisé.

Ensuite, une régression multiple a été utilisée pour étudier la relation entre le burnout et l'ensemble des variables indépendantes X. Dans le modèle multivarié, seules les variables significatives ($p < 0.05$) dans les modèles univariés sont considérées et permettent de comprendre quel pourcentage de la variabilité de la présence du burnout peut s'expliquer par les variables significatives des modèles univariés. Étant donné que peu de variables étaient significativement associées à la présence d'un burnout dans les analyses univariées, deux modèles multivariés ont été réalisés avec les variables significatives dans le modèle univarié et celles qui, bien que ne présentant pas d'association significative avec le burnout ($p \geq 0.05$), dégageaient tout de même une certaine tendance. Présentant une très importante association avec le burnout des sages-femmes, la santé mentale estimée a été exclue de la seconde analyse multivariée.

Toutes les interprétations statistiques ont été réalisées pour un seuil alpha de 0.05, les variables sont donc considérées comme significatives lorsque leur p-valeur est inférieure à 0.05.

4. Résultats

4.1. Échantillon étudié

L'échantillon final est constitué de trente-cinq (35) sages-femmes exerçant exclusivement dans le secteur mère-enfant du CHR de la Citadelle de Liège entre le 1^{er} décembre 2020 et le 31 janvier 2021, depuis au moins une année. Les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et psychologiques de cet échantillon sont reprises dans le Tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée

Variable		Modalité	Total	Pas de burnout	Burnout modéré	p valeur
			(n=35)	(n=26)	(n=9)	
Facteurs sociodémographiques						
Âge (années)			35 (27-40)	32 (25.25-40)	35 (30-39)	0.30
État civil	Célibataire (n(%))	17 (48.6)	14 (53.8)	3 (33.3)	0.59	
	Cohabitante (n(%))	6 (17.1)	4 (15.4)	2 (22.2)		
	Mariée (n(%))	12 (34.3)	8 (30.8)	4 (44.4)		
Enfants (n)			2 (0-2.5)	1.5 (0-2)	3 (1-3)	0.09
Facteurs professionnels						
Formation	Sage-femme (n(%))	26 (74.29)	21 (80.7)	5 (55.6)	0.15	
	Sage-femme et infirmière (n(%))	9 (25.71)	5 (19.2)	4 (44.4)		
Expérience professionnelle	< 10 années (n(%))	18 (51.4)	14 (53.8)	4 (44.4)	0.38	
	≥ 10 années (n(%))	17 (48.6)	12 (46.2)	5 (55.6)		
Service	SN	8 (22.9)	6 (23.1)	2 (22.2)	0.72	
	MIC	3 (8.6)	3 (11.5)	0 (0)		
	SN et MIC	5 (14.3)	3 (11.5)	2 (22.2)		
	Maternité	17 (48.6)	13 (50)	4 (44.4)		
	Néonatalogie	2 (5.7)	1 (3.8)	1 (11.1)		
Temps de travail	50%	5 (14.3)	3 (11.5)	2 (22.2)	0.25	
	75%	1 (2.9)	0 (0)	1 (11.1)		
	80%	9 (25.7)	8 (30.8)	1 (11.1)		
	100%	20 (57.1)	15 (57.7)	5 (55.6)		
Absence < 3 mois	Oui	6 (17.1%)	5 (19.2)	1 (11.1)	0.99	
	Non	29 (82.9%)	21 (80.8)	8 (88.9)		
Facteurs psychologiques						
Antécédent de burnout professionnel	Oui	3 (8.6%)	2 (7.7)	1 (11.1)	0.99	
	Non	32 (91.4%)	24 (92.3)	8 (88.9)		
Santé mentale estimée			7.5(7-8.25)	8 (7-9)	7 (6-7)	<0.01
Résultats des questionnaires						
Soutien Social Perçu	Disponibilité	9 (4.5-14)	8.5 (5.25-14)	9 (2-11)	0.53	
Soutien Social Perçu	Satisfaction	4.17 (4-5)	5 (4-5)	4 (3-4)	0.01	
NASA-TLX			64.98±8.11	63.98±7.88	67.87±8.53	0.25

4.2. Évaluation du burnout chez les sages-femmes

Le Copenhagen Burnout Inventory présente, dans cet échantillon, un score global moyen de 42.5 ± 9.9 , ce qui exclut un burnout. Néanmoins, la moyenne du score au CBI est de 38 ± 6.5 pour les sages-femmes ne présentant pas de burnout et de 55.7 ± 5.2 pour celles présentant un burnout professionnel.

Aussi, 9 des 35 sages-femmes, soit 25.7%, se trouvent en burnout modéré. Dans cet échantillon, le score le plus bas est de 26 et le plus élevé est de 66. Selon les scores obtenus, aucune sage-femme ne se trouve en situation de burnout élevé (75-99) ou sévère (100).

4.3. Facteurs sociodémographiques et burnout

Dans cette étude, aucune des variables sociodémographiques ne semble statistiquement liée au burnout ($p \geq 0.05$). Néanmoins, certaines tendances peuvent être dégagées.

La médiane d'âge de l'échantillon est de 32(25.25-40) années pour le groupe des sages-femmes n'étant pas en burnout professionnel et de 35(30-39) années pour le groupe des sages-femmes en burnout modéré. La médiane d'âge est donc plus élevée dans le groupe de sages-femmes présentant un burnout, mais cette association n'est pas significative ($p=0.30$).

Au niveau de l'état civil, les célibataires sont plus fréquentes dans le groupe sans burnout (53.8%) qu'avec burnout (33.3%). À l'inverse, les sages-femmes cohabitantes et mariées sont plus fréquentes dans le groupe présentant un burnout modéré (22.2 et 44.4%) que dans celui ne présentant pas de burnout professionnel (15.4 et 30.8%). Le fait d'être célibataire représenterait donc un facteur protecteur du burnout professionnel. Néanmoins, cette association n'est pas significative ($p=0.59$).

Enfin, la médiane du nombre d'enfants est de 1.5 dans le groupe de sages-femmes n'étant pas en burnout et de 3 enfants dans le groupe des professionnelles en burnout modéré. La médiane du nombre d'enfants a donc tendance à être plus élevée dans le groupe présentant un burnout mais cette association n'est pas significative ($p=0.09$).

4.4. Facteurs professionnels et burnout

Dans cette étude, aucune des variables professionnelles ne semble statistiquement liée au burnout ($p \geq 0.05$). Néanmoins, certaines tendances peuvent également être dégagées.

D'un point de vue professionnel, les professionnelles ayant eu une formation initiale de sage-femme uniquement sont plus fréquentes dans le groupe sans burnout (80.7%) que dans le groupe avec burnout (55.6%). À l'inverse, les professionnelles ayant eu une formation de sage-femme et d'infirmière sont plus fréquentes dans le groupe avec burnout que sans burnout. Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative ($p=0.15$).

Au niveau de l'expérience professionnelle, les sages-femmes ayant moins de 10 années d'expérience sont plus fréquentes dans le groupe sans burnout (53.8%) que dans le groupe avec burnout (44.4%). Dans cette étude, l'expérience professionnelle n'est pas statistiquement associée au burnout ($p=0.38$).

Le temps de travail présente également un effet sur la présence d'un burnout. En effet, un mi-temps ou un trois-quarts temps sont plus susceptibles de présenter un burnout (22.2 et 11.1%) que de ne pas en présenter (11.5 et 0%). À l'inverse, les sages-femmes travaillant à quatre-vingt pourcents ou à temps plein sont plus susceptibles de ne pas présenter de burnout (30.8 et 57.7%) que de présenter un burnout professionnel (11.1 et 55.6%). Néanmoins, le temps de travail réalisé et le burnout professionnel n'est pas significativement associé dans cet échantillon ($p=0.25$).

Les sages-femmes ayant été absentes ces trois derniers mois pour des raisons de maladie sont moins fréquemment en burnout (11.1%) que pas en burnout (19.2%). Cette tendance s'inverse pour les sages-femmes n'ayant pas été absentes ces trois derniers mois. Néanmoins, cette variable n'est pas significativement associée au burnout dans l'échantillon étudié ($p=0.99$).

Enfin, au sujet du service dans lequel les sages-femmes travaillent, les sages-femmes travaillant en salles de naissances, au MIC et en maternité sont plus susceptibles de ne pas présenter de burnout (23.1, 11.5 et 50%) que de présenter un burnout (22.2, 0 et 44.4%). Les sages-femmes qui alternent entre les salles de naissances et le MIC ainsi que celles de néonatalogie ont, elles, un risque plus élevé d'être en burnout (22.2 et 11.1%) que de ne pas être en burnout (11.5 et 3.8%). Néanmoins, le service et le burnout des sages-femmes ne sont pas significativement associés ($p=0.72$).

D'après les résultats de cette étude, aucun burnout professionnel n'est constaté chez les sages-femmes exerçant au MIC, alors que celles-ci ont toutes estimé une charge de travail vécue comme élevée au NASA-TLX (66.9 ± 9.3) (Tableau 2).

Tableau 2 : scores de burnout, soutien social perçu au niveau professionnel, charge de travail vécue et âge selon le service

Variable	SN	MIC	SN + MIC	Maternité	NIC
CBI	43.13±9.36	42±5.57	41.4±12.18	42.06±10	47.50±20.51
QSSP-P – Disponibilité	7.5 (2.75-10.25)	5 (4.5-6)	6 (4-11)	9 (6-14)	36.5 (25.75-47.25)
QSSP-P – Satisfaction	5 (4.33-5)	5 (3.75-5)	4.5 (4-5)	4 (3.75-5)	4.21 (4.10-4.31)
NASA-TLX	61.9±12.8	66.9±9.3	67±6.9	65.1±5.9	68.3±4.7
Âge	36 (28.25-39.50)	35 (30.50-46)	35 (30-36)	33 (25-40)	25.5 (23.75-27.25)

Bien que ces résultats ne se basent que sur trois observations, des analyses supplémentaires ont donc tenté de mettre en évidence un éventuel facteur protecteur dans ce service. Pour ce faire, les scores de charge de travail vécue, de soutien social perçu au niveau professionnel (disponibilité et satisfaction), ainsi que la répartition de l'état civil, de l'âge, du temps de travail et de l'expérience professionnelle au sein du MIC ont été analysés. La moyenne de la charge de travail au sein du MIC est de 66.9±9.3 au NASA-TLX, ce qui correspond approximativement aux scores moyens des autres services. Aucune différence ne peut donc être mise en évidence dans cet échantillon. Au niveau du soutien social perçu par les sages-femmes du MIC, la moyenne de la disponibilité au sein du service est de 5.33±1.53 ; cette valeur est la plus basse des cinq services analysés. La moyenne de la satisfaction est de 4.17±1.44, la plus basse moyenne étant de 4.08±0.73 aux maternités. Toutefois, les trois autres services ont des valeurs moyennes de satisfaction supérieures à celles des maternités et du MIC. L'âge moyen du service est de 39.33±15.95 années, ce qui est la moyenne d'âge la plus élevée parmi les cinq services observés.

4.5. Facteurs psychologiques et burnout

Les sages-femmes présentant un antécédent de burnout professionnel étaient plus fréquemment dans le groupe de burnout modéré (11.1%) que dans le groupe sans burnout (7.7%). Les sages-femmes ne présentant pas d'antécédent de burnout étaient plus susceptibles d'être dans le groupe sans burnout (92.3%) que dans le groupe présentant un

burnout (88.9%). Cette variable n'est pas statistiquement associée au burnout dans l'échantillon étudié ($p=0.99$).

La santé mentale estimée par les sages-femmes sur une échelle de 0 à 10 présente une médiane de 8 sur 10 pour le groupe des sages-femmes ne présentant pas de burnout, tandis qu'elle est de 7 sur 10 pour les sages-femmes présentant un burnout professionnel. La médiane de la santé mentale estimée est donc légèrement supérieure dans le groupe ne présentant pas de burnout. Dans cet échantillon, une association statistiquement significative peut s'établir entre la santé mentale estimée et le burnout ($p=0.004$).

4.6. Le Soutien social perçu au niveau professionnel par les sages-femmes

Le Questionnaire de Soutien Social Perçu au niveau Professionnel complété par les 35 sages-femmes présente une médiane de disponibilité du soutien social professionnel de 9 (4.5-14) personnes. Dans le groupe ne présentant pas de burnout, la médiane est de 8.5 (5.25-14) ; elle est de 9 (2-11) dans le groupe en burnout. La disponibilité du soutien social perçu est donc assez similaire dans les deux groupes, et aucune association statistiquement significative ne peut s'établir entre la disponibilité du soutien social perçu et le burnout ($p=0.53$).

La médiane de la satisfaction globale relative au soutien social reçu au niveau professionnel est de 4.2 (4-5) sur l'échelle de Likert. Cette échelle allant de 0 à 5, le score reflète une importante satisfaction au sujet du soutien reçu. Néanmoins, celle-ci étant de 5 (4-5) dans le groupe sans burnout et de 4 (3-4) dans le groupe présentant un burnout, la satisfaction du soutien social perçu est significativement ($p=0.01$) plus importante dans le groupe qui ne présente pas de burnout.

4.7. La charge de travail vécue par les sages-femmes

La charge de travail vécue, reflétée à l'aide du NASA Task Load Index, elle présente une moyenne de 64.98 ± 8.11 . Ce score étant compris entre 60 et 79, il correspond à une charge de travail vécue comme élevée. Aussi, il n'y a pas de différence significative concernant cette perception de la charge de travail entre les groupes avec et sans burnout ($p=0.25$). Néanmoins, la moyenne de la charge de travail vécue par les sages-femmes ne présentant pas de burnout est de 64 ± 7.9 et de 67.9 ± 8.5 chez les sages-femmes présentant un burnout. La charge de

travail vécue par les sages-femmes est donc plus importante dans le groupe qui présente un burnout professionnel.

4.8. Soutien social perçu au niveau professionnel et charge de travail vécue

Afin de déterminer la présence d'une association entre le soutien social perçu au niveau professionnel (disponibilité et satisfaction) et la charge de travail vécue par les sages-femmes, des tests de corrélation de Spearman ont été utilisés. Les résultats se trouvent dans le Tableau 3.

Tableau 3 : recherche d'association entre le soutien social perçu au niveau professionnel (disponibilité et satisfaction) et la charge de travail vécue par les sages-femmes du CHR de Liège

Paramètre	Test réalisé	p valeur
Soutien social perçu - disponibilité	Test de corrélation nulle de Spearman	0.785
Soutien social perçu - satisfaction	Test de corrélation nulle de Spearman	0.268

Il n'y a donc aucune association significative entre le soutien social perçu (disponibilité et satisfaction) et la charge de travail vécue par les sages-femmes de l'échantillon.

4.9. Facteurs influençant le burnout professionnel

Les analyses univariées ont été réalisées sur les deux groupes indépendants, à savoir les sages-femmes ne présentant pas de burnout professionnel et les sages-femmes présentant un burnout professionnel modéré. Celles-ci montrent que deux variables sont statistiquement significatives dans l'échantillon étudié : la santé mentale estimée et la satisfaction du soutien social perçu au niveau professionnel.

La santé mentale estimée est statistiquement différente dans les deux groupes ($p=0.004$). Les sages-femmes ne présentant pas de burnout présentent une médiane de santé mentale estimée légèrement supérieure (8(7-9)) à la médiane des sages-femmes ne présentant pas de

burnout (7(6-7)). Il semblerait qu'une santé mentale faiblement estimée soit donc associée à un risque de burnout plus élevé.

La satisfaction du soutien social perçu au niveau professionnel est significativement différent entre les deux groupes ($p=0.013$). Les sages-femmes ne présentant pas de burnout présentent une médiane de soutien social perçu de 5 (4-5) tandis que les sages-femmes avec un burnout professionnel présentent une médiane de soutien social perçu de 4 (3-4). Il semblerait donc qu'une faible satisfaction relative au soutien social perçu soit un facteur de risque de burnout.

Les autres variables étudiées n'étant pas statistiquement significatives dans les deux groupes étudiés, elles n'ont pas été identifiées comme facteur de risque ou facteur protecteur dans l'échantillon de sages-femmes.

4.10. Profil de risque de burnout professionnel

Les deux variables influençant de façon significative la survenue d'un burnout professionnel ont été modélisés en utilisant une régression logistique binaire (Tableau 4). Le modèle a été réalisé sur le risque de présenter un burnout professionnel modéré. Le rapport de vraisemblance du modèle est de 0.0009. La p valeur étant statistiquement significative, le modèle étudié a donc un sens et au moins une des variables est utile afin de connaître la probabilité que les sages-femmes soient en burnout.

Tableau 4 : Analyse multivariée par régression logistique binaire sur les deux facteurs significativement associés au burnout professionnel

Variable	β	OR (IC 95%)	p valeur
Intercept	- 13.95		
Santé mentale estimée	- 1.45	4.26 (1.54-20.68)	0.020
Soutien social perçu - Satisfaction	1.13	3.09 (0.89-14.02)	0.094

Dans le modèle étudié, seule la variable de la santé mentale estimée par les sages-femmes reste significative. Les sages-femmes qui estiment avoir une mauvaise santé émotionnelle ont

donc 4,26 fois plus de risque de présenter un burnout par rapport aux sages-femmes qui estiment avoir une bonne santé émotionnelle.

Étant donné le faible nombre de variables significativement associées au burnout professionnel des sages-femmes dans le modèle multivarié ci-dessus, un second modèle multivarié comprenant les facteurs pour lesquels des tendances ont pu être établies, bien que ceux-ci n'étaient pas statistiquement associés au burnout ($p \geq 0.05$). Ce second modèle multivarié se trouve dans le tableau 5.

Enfin, une seconde analyse multivariée a été réalisée. Elle comprend la satisfaction relative au soutien social perçu les facteurs pour lesquels des tendances ont pu être établies, bien que ceux-ci n'étaient pas statistiquement associés au burnout ($p \geq 0.05$). Elle exclut la santé mentale estimée, car cette variable présente une association très importante avec le burnout professionnel. Ce second modèle multivarié se trouve dans le Tableau 5.

Tableau 5 : Analyse multivariée par régression logistique binaire sur les facteurs significativement associés au burnout professionnel et les facteurs présentant une tendance dans le modèle univarié, excluant la santé mentale estimée

Variable	β	OR (IC95%)	p valeur
Intercept	- 2.71		
Soutien social perçu - Satisfaction	1.24	3.48 (1.07-14.80)	0.054
Âge	0.001	1 (0.91-1.10)	0.98
Formation Sage-femme et infirmière vs sage-femme	- 1.51	0.23 (0.02-2.27)	0.19
NASA-TLX	- 0.02	0.98 (0.86-1.11)	0.79

Dans ce modèle, les résultats obtenus sont assez similaires au résultats du Tableau 6. En effet, bien que cette association ne soit pas significative ($p=0.054$), la satisfaction relative au soutien social perçu présente une tendance également. En effet, avec un Odds Ratio de 3.48 (1.07-14.80), les sages-femmes qui estiment avoir une faible satisfaction de leur soutien social perçu ont 3.48 fois plus de risque de présenter un burnout par rapport aux sages-femmes qui ont une importante satisfaction de leur soutien social perçu au niveau professionnel. De plus, la p

valeur étant proche de la significativité et l'intervalle de confiance autour de l'Odds Ratio étant très vaste, ceci indique un manque de précision de l'étude (échantillon trop restreint).

De plus, aucune association statistiquement significative n'a pu s'établir dans le troisième modèle multivarié entre l'âge, la formation et la charge de travail vécue (NASA-TLX) et le burnout ($p=0.98$, 0.19 et 0.79). De plus, pour ces trois variables, l'intervalle de confiance à 95% associé à l'Odds Ratio contient la valeur 1, ce qui confirme l'absence d'association entre l'âge, la formation et la charge de travail vécue et le burnout.

5. Discussion, perspectives et conclusion

Ce travail s'intéresse au burnout professionnel et analyse la santé émotionnelle des sages-femmes exclusivement hospitalières du Centre Hospitalier Régional de la Citadelle de Liège. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs qui influencent la survenue d'un burnout professionnel chez les sages-femmes de l'échantillon. Aussi, ce travail tente de définir si une association peut se faire entre les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et psychologiques des sages-femmes et la survenue d'un burnout professionnel. Enfin, cette étude a pour but d'identifier un lien entre le soutien social perçu au niveau professionnel et la charge de travail vécue par les sages-femmes.

5.1. Évaluation du burnout chez les sages-femmes

Une revue systématique regroupant 17 études quantitatives empiriques sur le burnout chez les infirmières d'urgence réalisées entre 1989 et 2014 (48) a identifié bon nombre des mêmes facteurs associés au burnout, en particulier des exigences professionnelles élevées, une pénurie de personnel (à la fois cause et effet du stress et du burnout), un faible contrôle du travail, des facteurs organisationnels et un faible soutien. Le fait d'être témoin d'événements traumatisants est également identifié comme un facteur, là encore pertinent pour les sages-femmes. En moyenne, 26% des infirmières de la méta-analyse présentaient un syndrome de burnout, soit une prévalence similaire à celle de l'échantillon des sages-femmes du CHR de Liège (25.7%). Dans d'autres études, la prévalence du burnout chez les sages-femmes est plus important. En effet, la méta-analyse de Suleiman-Martos *et al.* (2020) regroupe un total de

8.959 sages-femmes et présente une prévalence du burnout professionnel de 40% (17). L'étude de Creedy *et al.* (2017), réalisée sur 1037 sages-femmes, présente une incidence du burnout de 64.9%, répartie comme suit : 46.1% de burnout modéré, 17.4% de burnout élevé et 1.4% de burnout sévère (16). Dans cette étude, aucune sage-femme ne se trouvait en burnout élevé ou sévère.

5.2. Facteurs sociodémographiques et burnout

Les recherches de Maslach *et al.* (2001) ont révélé que les infirmières et les sages-femmes ne réagissent pas seulement à leur milieu de travail, mais qu'elles y apportent également des qualités distinctives (44).

- **Âge**

La médiane d'âge de l'échantillon est de 32(25.25-40) années pour le groupe des sages-femmes n'étant pas en burnout professionnel et de 35(30-39) années pour le groupe des sages-femmes en burnout modéré. La médiane d'âge est donc plus élevée dans le groupe de sages-femmes présentant un burnout, mais cette association n'est pas significative ($p=0.30$). De plus, cette tendance pourrait s'expliquer par les résultats du burnout selon le nombre d'années d'expérience professionnelle. En effet, bien que cette association ne soit pas significative ($p=0.38$), les sages-femmes ayant au moins 10 années d'expérience ont plus de risque de présenter un burnout (55.6%) que de ne pas présenter de burnout (46.2%).

À l'inverse, les recherches de Mollart *et al.* (2013) sur le stress et le burnout des infirmières ont révélé que des facteurs comme l'âge ont un impact, les tendances montrant que la personne est jeune plus ils sont susceptibles de faire l'expérience d'un burnout (5). Les résultats de nombreuses autres études ont également pu établir une association entre une tranche d'âge inférieure et des scores de burnout plus élevés (23, 43-49). Schaufeli (1990) rapporte que le burnout professionnel survient souvent à un âge relativement jeune, soit en dessous de 30 à 40 ans. L'explication est que les jeunes professionnels sont susceptibles d'avoir une image trop idéaliste de leur profession, ce qui peut conduire à un début de carrière décevant. Une deuxième explication est la possibilité que les professionnels en burnout

quittent leur emploi. Ensuite, par «sélection», les professionnels plus âgés sans burnout restent (50).

- **Sexe**

Dans cette étude, une association entre le sexe et le burnout professionnel des sages-femmes n'a pu être réalisée. En effet, l'échantillon étudié comprenait uniquement des femmes, c'est pourquoi la variable n'a pu être étudiée. Or, dans l'étude réalisée par D'Ambrosio en 2016 sur 40 professionnels de santé travaillant dans un hôpital du sud de l'Italie, les hommes présentaient un risque plus élevé de burnout (43). Cette variable mériterait donc d'être étendue aux hommes et étudiée dans de futures recherches.

- **État civil**

Dans cet échantillon, 49% des sages-femmes interrogées sont célibataires et l'état civil n'est pas significativement associé avec le burnout professionnel ($p=0.586$). Les études de De la Fuente-Solana *et al.* (2019), D'Ambrosio (2016) et de Henriksen (2016) ont, elles, pu établir une association entre le fait d'être célibataire et des scores de burnout plus élevés (23, 43, 44).

De plus, dans les études de Beaver *et al.* (2016) de Sidhu *et al.* (2020), le fait d'être divorcée est un facteur associé au burnout professionnel (48, 51). Or, dans cette étude, les choix relatifs à l'état civil ne comprennent pas le statut « divorcé », la variable de l'état civil mériterait donc d'être étudiée avec une possibilité d'indiquer un statut de divorcé(e).

- **Nombre d'enfants**

Dans cette étude, la médiane du nombre d'enfants est de 1.5(0-2) dans le groupe de sages-femmes n'étant pas en burnout et de 3(1-3) enfants dans le groupe des professionnelles en burnout modéré. La médiane du nombre d'enfants a donc tendance à être plus élevée dans le groupe présentant un burnout mais cette association n'est pas significative ($p=0.09$).

L'étude de Stoll et Gallagher (2019) a pu identifier que les sages-femmes ayant des enfants avaient des scores de burnout plus élevés, surtout lorsqu'il s'agissait de jeunes enfants de

moins de 5 ans (18). A contrario, d'autres études identifient le fait de ne pas avoir d'enfant comme étant un facteur de risque de burnout professionnel (16, 26, 47).

5.3. Facteurs professionnels et burnout

- ***Formation initiale***

Dans cette étude, les sages-femmes ayant eu une formation initiale de sage-femme uniquement sont plus fréquentes dans le groupe sans burnout (80.7%) que dans le groupe avec burnout (55.6%). A l'inverse, les professionnelles ayant eu une formation de sage-femme et d'infirmière sont plus fréquentes dans le groupe avec burnout (44.4%) que sans burnout (19.2%). Néanmoins, une association entre la formation initiale et le burnout professionnel ne peut s'établir ($p=0.15$).

Ces éléments ne peuvent être comparés à d'autres études car l'éducation des sages-femmes en Belgique n'est étendue ni au niveau national, ni au niveau international. De plus, aucune étude Wallonne sur le burnout des sages-femmes hospitalières et tenant compte de leur formation n'a été réalisée en Belgique.

- ***Expérience professionnelle***

Dans cet échantillon, la médiane de la durée d'expérience professionnelle des sages-femmes de l'échantillon est de 8(3-15) années et cette variable n'est pas associée à la présence d'un burnout professionnel ($p=0.38$). Bien que cette différence ne soit pas significative dans cette étude ($p=0.38$), une tendance entre l'expérience professionnelle et le burnout peut s'établir. En effet, les sages-femmes de l'échantillon ayant moins de 10 années d'expérience sont plus fréquentes dans le groupe sans burnout (53.8%) que dans le groupe avec burnout (44.4%).

De manière générale, les études identifient une forte corrélation positive entre l'âge et l'expérience professionnelle. De plus, l'expérience de travail est utilisée préférentiellement à l'âge pour les raisons précitées. Ainsi, on s'attend à ce que les sages-femmes ayant plus d'expérience professionnelle aient une capacité de travail plus élevée. Compte tenu d'une certaine charge de travail, les sages-femmes ayant plus d'expérience professionnelle devraient donc être moins susceptibles de s'épuiser. Les études de Jordan *et al.* (2013), Hildigsson *et al.* (2013) et Oncel *et al.* (2007) ont mis en évidence que les sages-femmes ayant

moins de 10 années d'expérience étaient plus susceptibles d'être en burnout professionnel (46, 47, 52). L'étude de Mollart *et al.* (2013) a mis en évidence que les sages-femmes qui ont passé 11 à 20 ans dans la profession éprouvent le moins d'euphorie, de vivification à travailler avec les patients que toutes les autres. En revanche, les sages-femmes travaillant depuis au moins 21 ans sont celles qui éprouvent le plus d'euphorie par rapport aux autres (5).

- **Service**

Selon les résultats de cette étude, aucune association significative ne peut s'établir entre le service et le burnout professionnel ($p=0.72$). Néanmoins, des tendances se dégagent. En effet, les sages-femmes travaillant en salles de naissances, au MIC et en maternité sont plus susceptibles de ne pas présenter de burnout que de présenter un burnout tandis que celles qui alternent entre les salles de naissances et le MIC ainsi que celles de néonatalogie ont un risque plus élevé d'être en burnout que de ne pas être en burnout. De plus, aucun burnout professionnel n'est constaté chez les sages-femmes de cette étude exerçant au MIC, alors qu'elles ont toutes estimé une charge de travail vécue comme élevée au NASA-TLX (66.9 ± 9.3). À l'issue de ces analyses, seul un âge plus élevé pourrait être un facteur de protection du burnout des sages-femmes du MIC. Or, bien que cette association ne soit pas significative dans cette étude ($p=0.30$), la médiane d'âge est plus élevée dans le groupe de sages-femmes présentant un burnout, ce qui s'oppose à l'hypothèse émise au MIC. De plus amples recherches seraient donc nécessaires afin de d'identifier des facteurs de protection du burnout présents au MIC qui n'auraient pas été pris en compte dans cette étude.

- **Temps de travail**

Les données de la revue de littérature réalisée par Cramer et Hunter en 2019 suggèrent que certaines sages-femmes sont victimes de discrimination au motif qu'elles travaillent à temps partiel (21). Dans l'étude de Hanafin *et al.*, réalisée en 2020 sur 136 infirmières, il a été constaté que les infirmières réalisant un temps plein en contrat à durée déterminée étaient plus susceptibles de présenter un burnout professionnel (53).

Dans l'échantillon de cette étude, le risque de présenter un burnout est plus important chez les sages-femmes travaillant à 50 et 75%. Les sages-femmes travaillant à 80 et 100% ont, elles, plus de risque de ne pas présenter de burnout professionnel. Néanmoins, cette association

entre le temps de travail et le burnout n'est pas significative ($p=0.25$). De plus, le type de contrat de travail des sages-femmes n'étant pas inclus dans les questionnaires complétés, il serait intéressant de reproduire cette étude en tenant compte du type de contrat de travail.

- ***Absence dans les 3 mois précédents***

Dans cette étude, aucune association significative n'a pu être établie entre une absence dans les 3 mois précédant les réponses aux questionnaires pour cause de maladie (hors vacances) et le burnout professionnel ($p=0.99$). En revanche, l'étude de Henriksen *et al.* a défini une absence dans les 3 mois précédents comme étant associé au burnout professionnel (23).

5.4. Facteurs psychologiques et burnout

- ***Antécédent de burnout***

Dans cette étude, les sages-femmes ayant un antécédent de burnout professionnel ont plus de risque de présenter un burnout (11.1%) que de ne pas en présenter (7.7%). À l'inverse, les sages-femmes n'ayant pas d'antécédent de burnout professionnel ont plus de chances de ne pas être en burnout (92.3%) que d'être en burnout (88.9%). Néanmoins, aucune association significative n'a pu être établie entre un antécédent de burnout professionnel et la présence d'un burnout professionnel ($p=0.99$).

- ***Santé mentale estimée***

La santé mentale estimée par les sages-femmes présente une médiane de 8 sur 10 pour le groupe des sages-femmes ne présentant pas de burnout, tandis qu'elle est de 7 sur 10 pour les sages-femmes présentant un burnout professionnel. La médiane de la santé mentale estimée est donc légèrement supérieure dans le groupe ne présentant pas de burnout, et la santé mentale estimée est significativement associée au burnout professionnel dans le modèle univarié ($p=0.004$) et multivarié ($p=0.02$). L'estime de la santé émotionnelle correspond donc aux scores de burnout professionnel des sages-femmes de l'échantillon.

5.5. Le Soutien Social Perçu par les sages-femmes

Les médianes de disponibilité et de satisfaction relative au soutien social perçu au niveau professionnel sont de 9 (4.5-14) personnes et de 4.17 (4-5) sur une échelle de Lickert allant de 1 «pas du tout satisfait » à 5 « tout à fait satisfait ».

La médiane de disponibilité du soutien social perçu est de 8.5 dans le groupe ne présentant pas de burnout et de 9 dans le groupe présentant un burnout. Ce chiffre est donc assez proche. De plus, aucune association significative ne peut s'établir entre la disponibilité du soutien social perçu et le burnout professionnel ($p=0.53$).

La médiane de satisfaction relative au soutien social perçu est de 5 dans le groupe ne présentant pas de burnout et de 4 dans le groupe présentant un burnout, ce qui signifie que cette satisfaction est plus élevée chez les sages-femmes n'étant pas en burnout. Dans l'analyse univariée, une association significative peut s'établir entre la satisfaction relative au soutien social perçu et le burnout professionnel ($p=0.01$). Néanmoins, celle-ci n'est pas maintenue dans les analyses multivariées ($p=0.09$, 0.15 et 0.054).

En Belgique, une étude a été réalisée en 2013 par Van Bogaert *et al.* (55) sur un échantillon de 1201 infirmières diplômées en soins aigus, dont l'activité présente un certaines similarités avec la pratique des sages-femmes en termes d'acuité clinique et de flux de travail imprévisible. Cette étude identifie un capital social professionnel comme étant un élément favorable au bien-être professionnel de l'échantillon, mais aussi une charge de travail importante et un faible soutien organisationnel comme étant des éléments défavorables au bien-être de ces professionnels. Dans cette étude, plusieurs associations significatives ont été établies. La première se trouve entre la gestion des infirmières au niveau de l'unité et les résultats sur l'emploi soit la satisfaction de l'emploi, l'intention de quitter l'institution actuelle et/ou l'intention de quitter la profession. La seconde association mise en évidence est entre le capital social et l'épuisement émotionnel, l'une des trois composantes du syndrome de burnout. Aussi, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation influençaient l'accomplissement personnel des infirmières, ce qui avait un effet direct sur les résultats de l'emploi et la qualité des soins évalués par les infirmières (55). Dans cette étude, bien que cette association ne soit pas maintenue dans les modèles multivariés, la satisfaction relative

au soutien social perçu est significativement associée au burnout professionnel, ce qui va dans le sens de la seconde association mise en évidence par l'étude de Van Bogaert *et al.* (55).

5.6. La charge de travail vécue par les sages-femmes

Dans l'échantillon de cette étude, la moyenne de la charge de travail vécue par les sages-femmes ne présentant pas de burnout est de 64 ± 7.9 et de 67.9 ± 8.5 chez les sages-femmes présentant un burnout. Bien que cette association ne soit pas significativement associée ($p=0.25$), une tendance peut néanmoins se dégager des résultats. En effet, la charge de travail vécue par les sages-femmes serait plus importante dans le groupe qui présente un burnout professionnel.

Les études de Sandall (1998) et Hildingsson (2013) vont dans ce sens et mettent en évidence une association significative entre le burnout professionnel et une charge de travail vécue comme élevée. De plus, dans les deux études, une charge de travail élevée est directement mise en lien avec un manque de personnel (47, 56).

5.7. Soutien Social Perçu au niveau professionnel et charge de travail vécue

Dans cette étude réalisée au CHR de Liège sur 35 sages-femmes réparties aléatoirement dans 5 services, aucune association n'a pu s'établir entre la charge de travail vécue et la satisfaction relative au soutien social professionnel obtenu ($p = 0.27$), ni avec la disponibilité du soutien social professionnel ($p=0.79$). Néanmoins, bien que la médiane de disponibilité du soutien social perçu au niveau professionnel soit similaire dans les deux groupes ($8.5(5.25-14)$) pour le groupe ne présentant pas de burnout et $9(2-11)$ dans le groupe présentant un burnout), la médiane de la satisfaction relative au soutien social perçu est inférieure dans le groupe présentant un burnout ($4(3-4)$) que dans le groupe n'en présentant pas ($5(4-5)$). De plus, la moyenne de la charge de travail vécue est plus élevée dans le groupe présentant un burnout (67.8 ± 8.5) que dans le groupe ne présentant pas de burnout (64 ± 7.9). Bien que ces deux variables ne soient pas associées au burnout dans les modèles multivariés, des tendances peuvent tout de même être mises en évidence. Dans une même logique, la revue de littérature réalisée par Cramer et Hunter en 2019 associe le bien-être émotionnel des sages-femmes aux conflits sur le lieu de travail par l'intermédiaire de facteurs de médiation. Par exemple, une charge de travail élevée et des changements organisationnels peuvent exercer une pression

sur les relations entre les sages-femmes, ce qui peut provoquer des conflits. Généralement, les conflits reportés sont des conflits entre « juniors » et « seniors », divisées par des idéologies divergentes et de fortes hiérarchies au sein des équipes (21).

5.8. Limites de l'étude

Trois biais de sélection peuvent être identifiés dans cette étude. Le premier biais de sélection est que les sages-femmes ont répondu à ces questionnaires sur base volontaire, elles sont donc susceptibles d'être plus impliquées dans leur profession. Il y a donc un risque que les caractéristiques des sages-femmes incluses dans l'étude soient différentes de celles des sages-femmes n'ayant pas souhaité participer à l'étude. De plus, cette étude ayant été réalisée sur base volontaire, seuls 35 questionnaires ont été recueillis, ce qui représente un très faible échantillon.

Le second biais de sélection est le biais de « bonne santé des travailleurs », ce qui implique que les participantes de l'étude sont choisies parmi une population de travailleurs et sont donc capables d'exercer un travail régulier et sont, à priori, en meilleure santé. En effet, dans cette étude, seules les sages-femmes exerçant durant la période de recueil des données ont eu le choix de répondre aux questionnaires. Or, si certaines étaient en arrêt maladie pour un burnout ou des problèmes de santé émotionnelle liés à leur profession, celles-ci n'ont pas répondu aux questionnaires distribués.

Le troisième biais de sélection est que cette étude a été réalisée dans un seul hôpital, ce qui peut ne pas être représentatif des sages-femmes d'autres institutions. De plus, le leadership organisationnel, les valeurs, et la taille des structures sont aléatoires et pourraient faire varier la prévalence du burnout professionnel.

Le quatrième biais de sélection de cette étude est un biais de durée. En effet, le recueil des données a été réalisé entre le 1^{er} décembre 2020 et le 31 janvier 2021, ce qui couvre une période de deux mois. Or, la charge de travail étant très aléatoire en fonction des périodes, celle-ci pourrait ne pas être représentative de la santé émotionnelle des sages-femmes sur de plus longues périodes.

Le dernier biais de cette étude est la pandémie actuelle qui peut avoir divers effets selon le service concerné. Soit, une absence des visites en maternité et au NIC, ce qui laisse plus de

temps pour la prise en charge des patientes. Mais aussi, un absentéisme des sages-femmes infectées ou « cas contacts » et une charge de travail plus importante lors de la prise en soins des patient(e)s infecté(e)s.

5.9. Perspectives

En regard des tendances, associations mises en évidence dans ce travail, plusieurs perspectives d'avenir peuvent être envisagées. En effet, ce type d'étude pourrait être réalisée à plus large échelle afin d'obtenir un plus grand échantillon et interroger davantage les sages-femmes sur des facteurs sociodémographiques et professionnels.

Afin de réaliser une étude à plus large échelle, celle-ci pourrait faire appel aux sages-femmes de plusieurs institutions, adopter une période de collecte des données plus importante que celle de cette étude (période de deux mois), ou de faire appel à une version électronique qui pourrait être envoyée par e-mail à toutes les sages-femmes des institutions, comprenant ainsi les sages-femmes absentes au moment de la collecte des données. Une autre hypothèse qui pourrait également élargir l'échantillon de sages-femmes répondantes est d'exposer dans le service une grille comprenant l'ensemble des noms et prénoms des sages-femmes des services concernés, les sages-femmes ayant complété les questionnaires plaçant une croix à côté de leur nom, ce qui pourrait inciter leurs collègues à en faire de même.

Les facteurs sociodémographiques et professionnels qui pourraient être ajoutés aux facteurs repris dans cette étude sont des statuts civils « en couple » et « divorcé(e) », ainsi que l'âge de leurs enfants, et d'inclure des sages-femmes hommes. Enfin, le type de contrat de travail pourrait également faire partie des facteurs professionnels à ajouter.

5.10. Conclusion

L'objectif général poursuivi dans ce travail de recherche était d'identifier les facteurs qui peuvent influencer la survenue du burnout chez les sages-femmes du CHR de Liège. Pour ce faire, l'échantillon étudié était composé de 35 sages-femmes exerçant uniquement dans le secteur hospitalier entre le 1^{er} décembre 2020 et le 31 janvier 2021.

L'analyse des données a permis de dégager plusieurs éléments de réponse. Premièrement, neuf sages-femmes ont présenté un score de burnout modéré, ce qui représente 25.7% de l'échantillon. Ensuite, une association significative a pu être établie entre une santé mentale faiblement estimée et un burnout professionnel. En d'autres termes, une faible estime de leur santé mentale représente un facteur de risque de burnout pour les sages-femmes du CHR de Liège. Des tendances peuvent également se dégager, bien que ces variables ne soient pas significativement associées au burnout ($p \geq 0.05$). Ainsi, un âge plus élevé, une expérience professionnelle d'au moins dix années, un nombre d'enfants plus important, une formation de sage-femme et d'infirmière, une faible satisfaction relative au soutien social perçu au niveau professionnel et une charge de travail vécue comme élevée pourraient être associés au burnout professionnel.

En ce qui concerne les limites de l'étude, ce travail comporte des faiblesses. La plus importante faiblesse de ce travail est un échantillon de sages-femmes très réduit et provenant d'un seul hôpital. De plus, plusieurs variables pouvant avoir un impact sur le burnout professionnel n'ont pas été étudiées dans ce travail.

En ce qui concerne les perspectives d'avenir, plusieurs pistes ont été identifiées afin d'affiner une telle recherche. Ceci suggère de s'intéresser à un échantillon plus important et provenant de différentes institutions et de s'intéresser à d'autres facteurs sociodémographiques et professionnels en plus de ceux repris dans les questionnaires distribués. Il s'agit des statuts civils « en couple » et « divorcé(e) », de l'âge des enfants, et du type de contrat de travail des sages-femmes.

Pour conclure, les établissements de santé devraient s'intéresser aux facteurs de risque modifiables du burnout professionnel des sages-femmes hospitalières. D'une part, l'adéquation des mesures d'aménagement de fin de carrière pourraient être réévaluées. D'autre part, des actions ayant pour but d'augmenter l'estime de santé mentale devraient être entreprises, ce qui, par conséquent, réduirait l'incidence du burnout professionnel et augmenterait l'efficacité et la qualité des soins fournis par les sages-femmes.

6. Références bibliographiques

1. Shaghghi F, Abedian Z, Forouhar M, Esmaily H, Eskandarnia E. Effect of positive psychology interventions on psychological well-being of midwives: A randomized clinical trial. *J Educ Health Promot*. 2019 Aug 30;8:160.
2. Dejours C. Situations du travail. 1st edn. Paris : Presses Universitaires de France; 2016. 304p.
3. Dejours C, Duarte A. La souffrance au travail: révélateur des transformations de la société française. *Modern & Contemporary France*. 2018;26(3);233-244.
4. Dejours C. 2003. L'Évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation. 1st ed. Versailles: Quae; 2003. 84 p.
5. Mollart L, Skinner VM, Newing C, Foureur M. Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women Birth*. 2013 Mar;26(1):26-32.
6. Catling C, Reid F, Hunter B. Australian midwives' experiences of their workplace culture. *Women Birth*. 2016;30(2):137-145.
7. Pezaro S, Clyne W, Turner A, Fulton EA, Gerada C. 'Midwives overboard!' Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women Birth*. 2015;29:59-66.
8. Yoshida Y, Sandall J. Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: a survey analysis. *Midwifery*. 2013;29(8):921-926.
9. Oe M, Ishida T, Favrod C, Martin-Soelch C, Horsch A. Burnout, Psychological Symptoms, and Secondary Traumatic Stress Among Midwives Working on Perinatal Wards: A Cross-Cultural Study Between Japan and Switzerland. *Front Psychiatry*. 2018 Sep 4;9:387.
10. Leinweber J, Rowe H. The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*. 2010;26(1):76-87.
11. Rice H, Warland J. Bearing witness: midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery*. 2013;29(September (9)):1056-63.
12. SPF Chancellerie du Premier Ministre. (2016, 25 mai). Communiqué du 25 mai à propos des hospitalisations à domicile « Maggie De Block lance un appel à projets pilotes sur l'hospitalisation à domicile ». <https://www.deblock.belgium.be/fr/maggie-de-block-lance-un-appel-a-projets-pilotes-sur-l'hospitalisation-a-domicile>.

13. Berkane, N. Sorties précoces en maternité : avantages, inconvénients et méthodologie de mise en place. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2015;44;119-125.
14. Service Public Fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. 2018. Projets pilotes « accouchement avec séjour hospitalier écourté». https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_pp_accouchement_avec_sejour_ecourte_fr.pdf
15. Basseleer B, Taranjoek M, Gilain D. 2014. Le retour précoce à domicile après l'accouchement : enquête de satisfaction sur un itinéraire clinique de soins. Centre Hospitalier Universitaire de Liège. P9.
16. Creedy DK, Sidebotham M, Gamble J, Pallant J, Fenwick J. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jan 9;17(1):13.
17. Suleiman-Martos N, Albendín-García L, Gómez-Urquiza JL, Vargas-Román K, Ramirez-Baena L, Ortega-Campos E, De La Fuente-Solana EI. Prevalence and Predictors of Burnout in Midwives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan 19;17(2):641.
18. Stoll K, Gallagher J. A survey of burnout and intentions to leave the profession among Western Canadian midwives. *Women Birth*. 2019 Aug;32(4):441-449.
19. The Royal College of Midwives. Why midwives leave-revisited. *Midwives*. 2016 Oct;19(4):19.
20. Hunter B, Fenwick J, Sidebotham M, Henley J. Midwives in the United Kingdom: Levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery*. 2019 Dec;79:102526.
21. Cramer E, Hunter B. Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women Birth*. 2019 Dec;32(6):521-532.
22. Newton MS, McLachlan HL, Willis KF, Forster DA. Comparing satisfaction and burnout between caseload and standard care midwives: findings from two cross-sectional surveys conducted in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Dec 24;14:426.

23. 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 Oct;9:42-47.
24. Janighorban M, Dadkhahtehrani T, Najimi A, Hafezi S. The Correlation between Psychological Empowerment and Job Burnout in Midwives Working in the Labor Ward of Hospitals. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020 Feb 24;25(2):128-133.
25. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:CD004667.
26. 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 Feb;31(1):38-43.
27. World Health Organization, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance. Midwives' voices, midwives' realities: findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Geneva: WHO; 2016. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250376/1/9789241510547-eng.pdf?ua=1>.
28. Collange J, Bellighausen L, Emery JL, Albert E, Zenasni F. Une échelle de soutien social adaptée au monde professionnel. *Psychologie du Travail et des Organisations*. 2015;21:322-35.
29. Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*. 2002;87: 698-714.
30. 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 Aug;63:60-67.
31. Fortin MF, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives. *Revue des sciences de l'éducation* 2017;43(1):1-271.
32. Stamm BH. Comprehensive Bibliography of Documents Specifically Using the ProQOL Measure [internet]. 2016 Jan. Available from: www.proqol.org.
33. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol*. 2001;52:397-422.

34. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care : Assessing quality in qualitative research. British Medical Association. 2000;320(7226);50-2.
35. Hildingsson I, Gamble J, Sidebotham M, Creedy DK, Guilliland K, Dixon L, Pallant J, Fenwick J. Midwifery empowerment: National surveys of midwives from Australia, New Zealand and Sweden. Midwifery. 2016 Sep;40:62-69.
36. Jordan K, Fenwick J, Slavin V, Sidebotham M, Gamble J. Level of burnout in a small population of Australian midwives. Women Birth. 2013;26(2):125-132.
37. Borritz M, Rugulies R, Bjorner JB, Villadsen E, Mikkelsen OA, Kristensen TS. Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. Scandinavian Journal of Public Health. 2006;34:49-58.
38. Dixon L, Guilliland K, Pallant J, Sidebotham M, Fenwick J, McCrae-Couper J, Gilkison A. The emotional wellbeing of New Zealand midwives: comparing responses for midwives in caseloading and shift work settings. NZ Coll Midwives J. 2017;53:9-14.
39. Winwood PC, Winefield AH. Comparing two measures of burnout among dentists in Australia. Int. J. Stress Manag. 2004;11:282-289.
40. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen burnout inventory: A new tool for the assessment of burnout. Work & Stress. 2005;19(3), 192-207.
41. Rubio S, Diaz E, Martin J, Puente J. Evaluation of Subjective Mental Workload: A Comparison of SWAT, NASA-TLX, and Workload Profile Methods. Applied psychology: an international review. 2004;53(1):61-86.
42. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Ann Rev Psychol. 2001;52:397-422.
43. D'Ambrosio F. Risk factors for burnout and job satisfaction in a sample of health professionals in Italy. Igiene e sanita pubblica. 2016;72(2):129-136.
44. De la Fuente-Solana E, Suleiman-Martos N, Pradas-Hernández L, Gomez-Urquiza J, Cañadas-De la Fuente G, Albendín-García L. Prevalence, related factors, and levels of burnout syndrome among nurses working in gynecology and obstetrics services: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019 ;16(1), 2585-2600.

45. Dixon L, Guilliland K, Pallant J, Sidebotham M, Fenwick J, McAra-Couper J, Gilkison A. The emotional wellbeing of New Zealand midwives: comparing responses for midwives in caseloading and shift work settings. *NZ Coll Midwives J.* 2017;53:9-14.
46. Jordan K, Fenwick J, Slavin V, Sidebotham M, Gamble J. Level of burnout in a small population of Australian midwives. *Women Birth.* 2013;26(2):125-132.
47. Hildingsson I, Westlund K, Wiklund I. Burnout in Swedish midwives. *Sex Reprod Healthc.* 2013;4(3):87-91.
48. Beaver RC, Sharp ES, Cotsonis GA. Burnout experienced by nurse midwives. *J Nurse Midwifery.* 1986;31(1):3- 15.
49. Esfahani MS, Mirzaee M, Boroumandfar K, Abedi MR. Job burnout and its relation with personality traits among the midwives working in Isfahan, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012;17(3):220-224.
50. Schaufeli WB. 1990. Achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen: het burnout syndroom. (in Dutch) AD. Donker, Rotterdam.
51. Sidhu R, Su B, Shapiro K, Stoll K. Prevalence of and factors associated with burnout in midwifery: A scoping review. *European Journal of Midwifery.* 2020;4,1-15.
52. Oncel S, Ozer ZC, Efe E. Work-related stress, burnout and job satisfaction in Turkish midwives. *Soc Behav Personal An Int J.* 2007;35(3):317-328.
53. Hanafin S, Cosgrove J, Hanafin P, Brady A-M, Lynch C. Burnout and its prevalence among public health nurses in Ireland. *British Journal of Community Nursing.* 2020;25(8):370-375.
54. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies.* 2015;52(2):649-661.
55. Van Bogaert P, Van Heusden D, Timmermans O, Franck E. Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in psychology.* 2014;5:1261.
56. Sandall J. Occupational burnout in midwives: new ways of working and the relationship between organizational factors and psychological health and wellbeing. *Risk Decision and Policy.* 1998;3(3):213-232.

7. Annexes

7.1. Annexe 1 : Questionnaire fourni aux sages-femmes du CHR de Liège

Investigateur principal de l'étude : Clara THOMAS, étudiante en Master 1 en Sciences de la santé publique, finalité Gestion des Institutions de Soins
Promoteur de l'étude : Pr. Jean-François LEROY, Professeur en psychologie des organisations et enseignant à l'Université de Liège.
Co-promoteur : Justine SLOMIAN, sage-femme Docteur en santé publique/épidémiologie et enseignante à l'Université de Liège.

Formulaire d'information à l'intention des interrogé(e)s

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude en Sciences de la Santé Publique, une étude a été entreprise dans le but d'**identifier l'influence de l'environnement de travail** et plus précisément de la charge de travail vécue et/ou du soutien social perçu **sur la santé émotionnelle des sages-femmes exerçant uniquement en milieu hospitalier**. Cette étude pourrait permettre de comprendre l'importance de l'environnement de travail sur la santé émotionnelle du personnel, ainsi que l'effet de l'environnement de travail sur l'absentéisme et, en conséquence, sur la qualité des soins.

Avant que vous ne donniez votre accord pour participer à cette étude, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation et de finalité. Ainsi, vous pourrez y participer en toute connaissance de cause.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous autorisez l'investigateur à vous poser des questions par l'intermédiaire de trois questionnaires d'administration directe (que vous remplissez sans la présence du chercheur) au sujet de votre environnement de travail et votre bien-être émotionnel. Il vous sera demandé de répondre le plus honnêtement et individuellement possible aux questions posées par l'investigateur.

En participant à cette étude, vous devez savoir que :

- votre participation ne doit pas résulter d'une pression extérieure,
- les données recueillies dans les questionnaires seront traitées de manière anonyme,
- en cas d'éventuelles questions, vous pouvez contacter l'investigateur au 0477/42.31.15 ou à l'adresse e-mail clara.thomas@student.uliege.be.

Garantie de confidentialité

Le chercheur et les promoteurs de cette étude sont soumis au respect du secret professionnel. Les données recueillies étant anonymes, elles ne permettront pas votre identification. L'investigateur s'engage à respecter le Règlement général sur la protection des données (RGPD – UE 2016/679) et la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom : Clara THOMAS

Date : Le 21 octobre 2020

Signature :



Nom et prénom : Jean-François LEROY, promoteur

Date : Le 17 novembre 2020

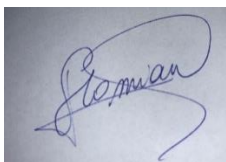
Signature :



Nom et prénom : Justine SLOMIAN, co-promotrice

Date : Le 27 novembre 2020

Signature :



Questionnaire

1. Parlons de vous ...

Quel est votre genre ?

- ☐ Homme
- ☐ Femme

Quel âge avez-vous ?

..... ans

Quel est votre état civil ?

- ☐ Célibataire
- ☐ Cohabitant(e)
- ☐ Marié(e)
- ☐ Veuf(ve)

Avez-vous des enfants ?

- ☐ Oui
 - ☐ Non
- Si oui, combien ?

Combien d'années d'expérience professionnelle en tant que sage-femme hospitalière avez-vous ?

..... années

Dans quel service travaillez-vous au moment où vous répondez à ce questionnaire ?

- ☐ Maternité
- ☐ Salle de naissances
- ☐ Consultations ambulatoires pré-natales
- ☐ Consultations ambulatoires post-natales
- ☐ Néonatalogie
- ☐ MIC

Travaillez-vous uniquement au CHR de la Citadelle de Liège ?

- ☐ Oui
 - ☐ Non
- Si non, quelle est votre activité complémentaire ?

Quelle a été votre formation initiale ?

- ☐ Infirmière et sage-femme
- ☐ Sage-femme

Avez-vous réalisé des formations complémentaires (consultante en lactation, préparation à la naissance, ...) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

→ Si oui, quelle(s) formation(s) ?

Quel est votre temps de travail réalisé au CHR de la Citadelle ?

- ☐ Temps plein
- ☐ 4/5 – 80%
- ☐ 2/3 – 66%
- ☐ Mi-temps
- ☐ 1/3 – 33%
- ☐ Autre (préciser) :

Avez-vous été absente pour une raison autre que des vacances ces 3 derniers mois ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

→ Si oui, pour quelle raison ?

Sur une échelle de 0 à 10, comment qualifieriez-vous votre santé mentale en ce moment ?
Placez une croix sur cette échelle.



Avez-vous déjà vécu un burnout professionnel ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

2. Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Pour chaque question, cochez la case correspondant à votre situation.

N°	Question	Jamais/ Presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1	Je suis fatiguée					
2	Je suis physiquement épuisée					
3	Je suis émotionnellement épuisée					
4	Je me dis que je n'en peux plus					
5	Je me sens vidée					
6	Je me sens faible et susceptible de tomber malade					
10	Je me sens vidée à la fin d'une journée de travail					
11	En me levant, je me sens déjà épuisée à l'idée d'une autre journée de travail					
12	Chaque heure de travail me paraît éprouvante					
13	Je manque d'énergie dans les activités de loisir avec ma famille et mes amis					
18	Travailler avec mes patients me fatigue					
19	Je me demande combien de temps je tiendrai encore dans ce travail avec les patients					

N°	Question	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très élevé
7	Mon travail est émotionnellement épuisant à un degré ...					
8	Mon travail m'épuise à un degré ...					
9	Mon travail me frustre à un degré ...					
14	Travailler avec les patients m'est difficile à un degré ...					
15	Travailler avec les patients est frustrant à un degré ...					
16	Travailler avec les patients m'épuise à un degré ...					
17	Considérant ce que je donne à mes patients, leur retour me déçoit à un degré ...					

3. Le Questionnaire de Soutien Social Perçu Professionnel

Ces derniers mois, y a-t-il eu dans votre entourage professionnel des personnes qui, lorsque vous en aviez besoin :

1) Vous ont réconfortée et écoutée (entourez la mention correcte) ? Oui / Non

	Collègues	Sage-femme en chef
Si oui, combien ?		
En êtes-vous satisfait ? Évaluez entre 1 (pas du tout) et 5 (tout à fait)		

2) Se sont occupées de vous et vous ont aidée matériellement (entourez la mention correcte) ? Oui / Non

	Collègues	Sage-femme en chef
Si oui, combien ?		
En êtes-vous satisfait ? Évaluez entre 1 (pas du tout) et 5 (tout à fait)		

3) Vous ont donné des conseils, des informations, des suggestions (entourez la mention correcte) ? Oui / Non

	Collègues	Sage-femme en chef
Si oui, combien ?		
En êtes-vous satisfait ? Évaluez entre 1 (pas du tout) et 5 (tout à fait)		

4) Vous ont redonné confiance en vous-même (entourez la mention correcte) ? Oui / Non

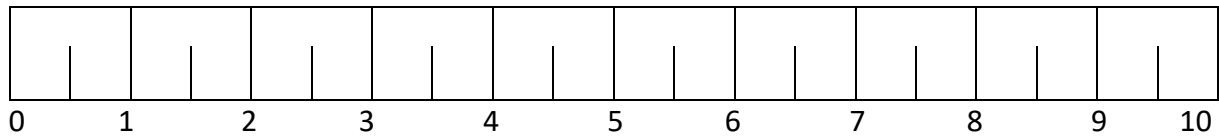
	Collègues	Sage-femme en chef
Si oui, combien ?		
En êtes-vous satisfait ? Évaluez entre 1 (pas du tout) et 5 (tout à fait)		

4. Le NASA Task Load Index

Placez sur chaque échelle le point qui indique le mieux votre expérience des tâches que vous réalisez au quotidien, de manière générale.

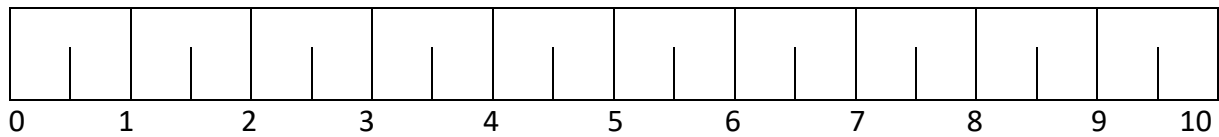
- **Demande mentale**

Évaluez vos tâches entre **0** (les tâches sont très faciles et demandent très peu de réflexion) et **10** (les tâches sont très exigeantes, très complexes et demandent beaucoup de réflexion).



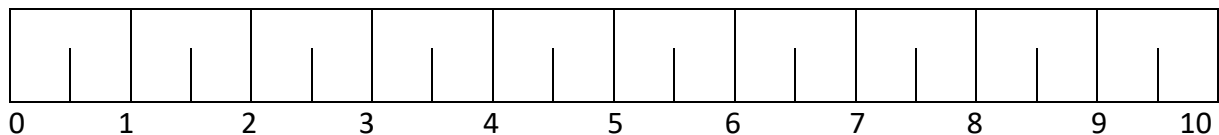
- **Demande physique**

Évaluez l'activité physique moyenne requise pour la réalisation de vos tâches entre **0** (les tâches sont très faciles, lentes et reposantes) et **10** (les tâches sont très exigeantes, rapides et intenses).



- **Demande de temps**

Quelle pression de temps ressentez-vous en raison du rythme auquel les tâches se déroulent ? Évaluez-la entre **0** (le rythme est très lent et tranquille, je ne perçois aucune pression temporelle) et **10** (les tâches sont très rapides, frénétiques et je perçois une pression temporelle intense).



- **Efforts physiques et mentaux**

Quels efforts physiques et mentaux sont requis pour atteindre votre niveau de performance ? Évaluez-les entre **0** (les tâches que je réalise demandent très peu de ressources mentales et physiques) et **10** (les tâches que je réalise demandent énormément de ressources mentales et physiques).

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- **Frustration**

Quel est votre état d'esprit lors de la réalisation de vos tâches quotidiennes, de manière générale ? Évaluez-le entre **0** (je me sens en sécurité, détendue lors de la réalisation de mes tâches) et **10** (je ne me sens pas en sécurité, peu sûre de moi et stressée lors de la réalisation de mes tâches).

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- **Performance professionnelle**

Dans quelle mesure pensez-vous avoir atteint vos objectifs liés à vos tâches ? Évaluez votre performance entre **0** (je ne suis vraiment pas satisfaite de mes performances et de l'atteinte des objectifs liés à mes tâches) et **10** (je suis très satisfaite de mes performances et de l'atteinte des objectifs liés à mes tâches).

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Un tout grand merci aux participant(e)s, le temps que vous m'avez consacré m'est précieux !

merci

7.2. Annexe 2 : demande au comité d'éthique

Demande d'avis au Comité d'Éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Éthique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be.
Si l'avis d'un Comité d'Éthique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Étudiant (prénom, nom, adresse courriel) : Clara THOMAS,
clara.thomas@student.uliege.be
2. Finalité spécialisée : Gestion des institutions de soins (GEIS)
3. Année académique : 2019-2020
4. Titre du mémoire : Quelle est l'influence de la charge de travail vécue et du soutien social perçu dans le burnout professionnel rencontré chez les sages-femmes hospitalières ?
5. Nom du service ou du département dont dépend la réalisation du mémoire : Unité de soins mère-enfant
6. Nom du/de la professeur(e) responsable du service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président(e) de Département : Madame Honestina PEREZ
7. Promoteur(s) (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :
 - a. Pr. Jean-François LEROY, Professeur en psychologie des organisations et enseignant à l'Université de Liège, jean-francois.leroy@uliege.be
 - b. Justine SLOMIAN, sage-femme Docteur en santé publique/épidémiologie et enseignante à l'Université de Liège, jslomian@uliege.be

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif de cette étude est d'identifier un possible lien entre la charge de travail vécue et le soutien social perçu dans la survenue d'un burnout professionnel chez les sages-femmes hospitalières.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments,...) (+/- 500 mots)

La profession de sage-femme est aujourd'hui représentée aux quatre coins du monde et est considérée comme une profession importante dans le domaine des soins de santé communautaires pour assurer la santé de la mère et du nouveau-né (1, 2). Néanmoins, de nombreuses études démontrent que le travail de sage-femme est émotionnellement exigeant, et le développement de capacités d'adaptation et de relations interpersonnelles sont nécessaires pour faire face à la nature parfois stressante de leur travail (2, 7, 8, 9). À ce contexte s'est ajouté le retour précoce à domicile après accouchement qui pourrait être à l'origine d'une augmentation inappropriée de la charge de travail des sages-femmes et ainsi d'une baisse de la qualité et de la sécurité des soins (13). Cet environnement de travail stressant a des conséquences sur le bien-être des sages-femmes ainsi que sur la qualité des soins qu'elles fournissent aux femmes et aux nouveau-nés. En effet, le burnout, également appelé épuisement professionnel, est un syndrome psychologique multidimensionnel avec une prévalence élevée dans la profession de sage-femme, en réponse au stress psychologique chronique (1).

Ces dernières années, un nombre élevé d'études ont évalué les niveaux de stress professionnel chez les sages-femmes. Ainsi, plusieurs études ont indiqué la forte prévalence du burnout chez les sages-femmes (16, 22). Une série de facteurs organisationnels et professionnels compromettent le bien-être émotionnel des sages-femmes, ils peuvent être classés comme des indicateurs de risque modifiables et non modifiables. Plusieurs variables cruciales telles qu'une faible dotation en personnel et, par conséquent, une charge de travail vécue comme excessive sont sous le contrôle du leadership organisationnel.

Un autre facteur de risque modifiable qui pourrait avoir un impact sur le bien-être émotionnel des sages-femmes est le soutien social perçu (SSP). Typiquement, lorsque le soutien social est satisfaisant, il permet à l'individu de faire face aux contraintes de manière efficace. Ainsi, un soutien social perçu élevé est associé à une plus grande satisfaction au travail et à un état émotionnel plus positif. Les études réalisées auprès des sages-femmes confirment une corrélation entre un faible soutien social perçu et un moindre bien-être émotionnel des sages-femmes. Sandall (2016) fait valoir que le burnout est plus probable en présence d'un manque de soutien par les pairs (21, 24). Ainsi, pour garantir un bien-être émotionnel et la durabilité de la main-d'œuvre, des facteurs de protection doivent être en place, tels qu'un soutien social (des collègues, du/des supérieurs et des fonctions supports) et la promotion de relations positives entre collègues (29).

Par conséquent, il serait donc intéressant que les recherches et interventions futures se concentrent sur ces risques modifiables (17, 18, 19). Des stratégies de soutien face aux difficultés émotionnelles de la profession pourraient aussi être une priorité organisationnelle afin de réduire les problèmes de santé émotionnelle et physique liés au travail, de prévenir l'attrition et d'assurer des soins de haute qualité (1, 14).

Au vu de l'augmentation de l'incidence du burnout chez les sages-femmes ainsi que l'importance de la profession, ce travail a toute son importance.

L'étude va donc tenter de répondre à la question de recherche suivante : « Quelle est l'influence de la charge de travail vécue et du soutien social perçu dans le burnout professionnel rencontré chez les sages-femmes hospitalières? »

Cette étude sera une étude observationnelle, transversale, descriptive et analytique, quantitative. Ce design permettra à l'investigateur d'apporter de la richesse et de la pertinence aux données récoltées au sujet de leur environnement de travail et de leur bien-être émotionnel. Étant donné qu'il s'agit d'une étude qui ne sera réalisée qu'au Centre Hospitalier Régional de la Citadelle de Liège, les données ne seront pas généralisables.

La population étudiée comprendra l'ensemble des sages-femmes exclusivement hospitalières exerçant au CHR de la Citadelle de Liège ayant répondu aux questionnaires entre le 15 octobre

et le 31 décembre 2020 ayant signé le formulaire de consentement éclairé ainsi que le formulaire de consentement relatif aux traitements des données à caractère personnel. Celles-ci répondront aux questionnaires par voie électronique.

c. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Éthique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? NON
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? NON
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? OUI
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? NON
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? NON
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? NON
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat: antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? NON
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? NON
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? NON
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? NON

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Éthique, soit le Comité d'Éthique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur sollicite l'avis du Comité d'Éthique car :

- ☐ cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- ☐ cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- ☐ cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : _____ Nom et signature du promoteur : _____

7.3. Annexe 3 : réponse du comité d'éthique



Expéditeur : mssp@uliege.be

24 Novembre 2020 12:33

À: clara thomas

Bonjour,

Suite à l'analyse de votre demande d'avis au Comité d'éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Département des Sciences de la Santé publique, le Collège restreint des Enseignants vous informe qu'il n'est pas nécessaire de soumettre votre dossier à un Comité d'éthique.

Bonne continuation dans votre projet de recherche.

Le Collège restreint des enseignants

7.4. Annexe 4 : Formulaire administratif de dépôt du protocole de recherche



MASTER EN SCIENCES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DÉPÔT DU PROTOCOLE DE RECHERCHE

Année académique 2019-2020

A remplir par l'étudiant

Nom et prénom de l'étudiant : THOMAS Clara

Matricule : S190327 **Tél. ou GSM :** 0477/42.31.15

E-Mail : Clara.Thomas@student.uliege.be

Finalité spécialisée :

<input checked="" type="checkbox"/> GEIS	<input type="checkbox"/> PACR-SIU	<input type="checkbox"/> PACR-P	<input type="checkbox"/> PASI
<input type="checkbox"/> EPES	<input type="checkbox"/> PRSA	<input type="checkbox"/> EDTP	

Titre provisoire du mémoire : « Quelle est l'influence de la charge de travail vécue et du soutien social perçu dans le burnout professionnel rencontré chez les sages-femmes hospitalières ? »

Promoteur : Jean-François LEROY

Titre, Fonction, Institution : Professeur ordinaire à l'Université de Liège

Adresse : B63A, PSGO, Traverse des architectes, Campus Universitaire, 4000 Liège

Email : jean-francois.leroy@uliege.be **Tél. :** +32495547484

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J. Leroy'.

Signature :

Co-promoteur : Justine SLOMIAN

Titre, Fonction, Institution : Docteur en Sciences de la Santé Publique et assistante-chercheur au sein du DSSP de l'ULiège

Adresse : DSSP

Email : jslomian@uliege.be **Tél. :** 043664933

Signature :



Re: Formulaire administratif du protocole de recherche

14 Mai 2020 17:04

Expéditeur : jslomian@uliege.be

À : [clara thomas](#)

Par ce mail, je marque mon accord pour accompagner, en tant que co-promotrice, Clara Thomas pour son mémoire.