



République Algérienne démocratique et populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Aboubekr Belkaid de Tlemcen

Faculté des Lettres et Sciences Humaines

Département de Philosophie

Mémoire pour l'obtention du diplôme de Master en Ergologie

Thème

**Risques psychosociaux dans le milieu hospitalier
« Enquête sur les sages-femmes de l'EHS Tlemcen »**

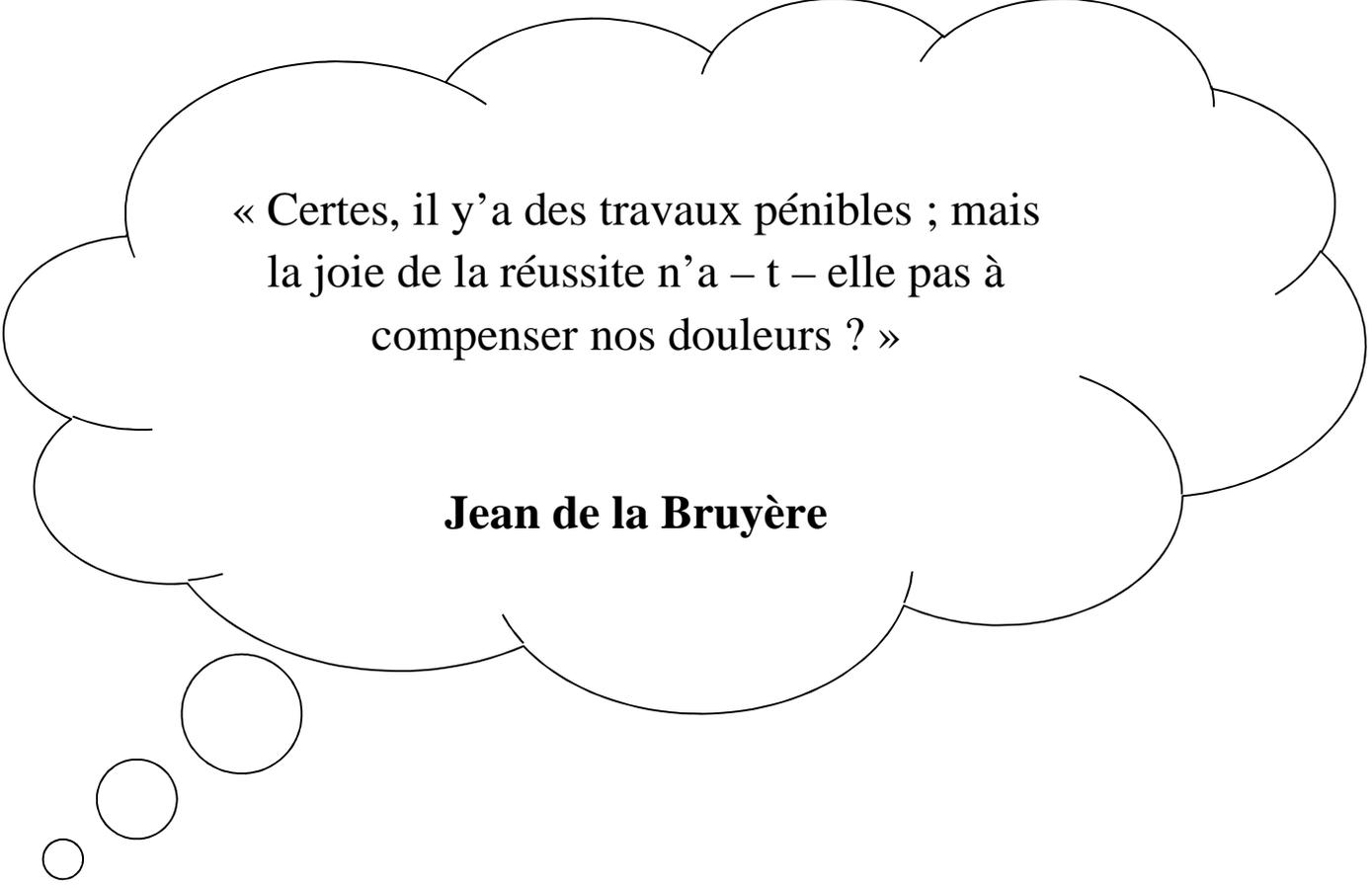
Présenté par :

M^{me} LAOUEDJ Wafaa

Devant le jury, composé de :

Président :	Mr ATTAR.A
Encadreur :	Professeur TALEB.A
Examinatrice :	Docteur MEZIANE.Z
Examinatrice :	Docteur SEKKAL.S

Année universitaire 2016-2017



« Certes, il y'a des travaux pénibles ; mais
la joie de la réussite n'a – t – elle pas à
compenser nos douleurs ? »

Jean de la Bruyère

REMERCIEMENTS :

Je tiens tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant et miséricordieux, qui m'a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

En second lieu, je tiens à remercier chaleureusement mon encadreur professeur Taleb Abdessellam, son précieux conseil et son aide durant toute la période du travail, ainsi que Dr Meziane Zakia et Dr Sekkal Samira Pour leurs conseils et orientations.

Nos vifs remerciements vont également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre recherche en acceptant d'examiner notre travail et de l'enrichir par leurs propositions.

Je tiens aussi à remercier Pr Belarbi, médecin chef du service de la gynéco-obstétrique de l'établissement hospitalier spécialisé mère et enfant Tlemcen pour son encadrement et ses orientations durant la période de mon stage.

Une telle aventure ne se fait pas sans guide ni direction. Merci à Dr Ghembaza Noureddine pour son soutien indéfectible et ses encouragements.

Mes gratitudes vont aussi aux sages-femmes de l'EHS mère enfants Tlemcen, pour leur participation à mon enquête, leur intérêt porté à mon travail, pour leurs encouragements et leur soutien.

Je tiens aussi à exprimer mes sincères remerciements à tous les professeurs qui nous ont enseigné et qui par leurs compétences nous ont soutenu dans la poursuite de nos études.

J'exprime mes profonds remerciements à Monsieur BENAMEUR Omar technicien en assainissement à l'EPH Ghazaouat. Pour son soutien , ses encouragements et sa collaboration qui ont éclairé le chemin de cette étude

Enfin, je tiens également à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Merci à vous tous

DEDICACE :

A l'homme de ma vie, mon exemple éternel, mon soutien moral et source de joie et de bonheur, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir, que Dieu te garde dans son vaste paradis, à toi mon cher papa.

A la plus belle créature que Dieu a créé sur terre. A cette source de tendresse, de patience et de générosité. A la lumière de mes jours, la source de mes efforts, la flamme de mon cœur, maman que j'adore. Que Dieu la procure bonne santé et longue vie.

A mon mari Baba Samir que j'aime et qui a toujours été à mes côtés.

A l'homme qui m'a toujours soutenu, qui m'a toujours aidé à traverser les moments les plus difficiles, un homme que je le considère comme un père, Dr Ghembaza Noureddine.

A mes deux chers enfants : Ahmed Nadir et Razia Chiraz.

A mes frères Nassim et Karim

A ma sœur Nezha Ikram.

A ma belle sœur que j'aime Hessaine Aicha

A mes amies que j'aime le plus profond de mon cœur : Farida, Sarah et Fatéma zohra.

A tous les étudiants du master d'ergologie de la promotion 2016 – 2017.

A tous ceux qui par un mot m'ont donné la force de continuer.

Wafaâ

SOMMAIRE

Remerciements.....	
Dédicaces.....	
Liste des tableaux.....	
Liste des abréviations.....	
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE I : ENTRE A L'ETUDE.....	
1 – Le cadre théorique.....	3
2 – Etudes antécédentes.....	
3 – Problématique.....	4
4 – Hypothèse.....	5
5 – Mots clés.....	5
6 – Les objectifs de l'étude.....	5
7 – Choix du thème.....	5
8 – Difficultés rencontrées.....	6
CHAPITRE II : LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX.....	
Introduction.....	8
1 – Définitions.....	9
1.1 – Définition des risques psychosociaux.....	9
1.2– Générales définitions du stress.....	9
1.3– La violence au travail.....	10
1.4– L'harcèlement moral.....	10
1.5– Epuisement professionnel (Burn out)	11
2- Facteurs des risques psychosociaux.....	11
3- Conséquences du stress.....	14
3.1 – Conséquences sur la santé du personnel.....	14
3.2 – Conséquences sur les collectifs et sur l'efficacité du travail.....	14
3.3 – Maladies les plus fréquemment liées aux risques psychosociaux.....	14
4 – Mesure des risques psychosociaux.....	15
5 – Prévention des risques psychosociaux.....	16

Conclusion.....	19
CHAPITRE III : SAGE FEMME.....	
Introduction.....	21
1– Définition de la sage femme.....	22
2 – Corps et grade de sage femme.....	22
3 – Classification des grades.....	23
4 – Définition des tâches (travail prescrit).....	23
5 – Relation des sages femmes avec les autres corps.....	25
5.1 – Corps médical (gynécologues, réanimateurs, pédiatres)	25
5.2 – Corps paramédical.....	26
Conclusion.....	27
CHAPITRE IV : PROCEDURES METHODOLOGIQUES DE L’ETUDE.....	
Introduction.....	29
1 – pré-étude.....	29
1.1– Lieu de l’étude.....	29
1.1.1– Description de l’établissement.....	29
1.1.2– Description du service de la gynécologie obstétrique.....	32
1.1.3– Description du bloc d’accouchement.....	33
1.1.4– Description de l’unité des admissions.....	33
1.1.5– Description de l’unité de suite de couche.....	34
1.1.6– Description de l’unité de PMI.....	34
1.2– Effectif et répartition des sages femmes de l’EHS.....	34
1.2.1– Effectif des sages femmes.....	34
1.2.2– Répartition des sages femmes.....	35
1.3– Organisation de travail des sages femmes.....	36
1.4– Qui prescrit le travail des sages femmes ?	36
1.4.1– Prescriptions formelles.....	36
1.4.2– Prescriptions informelles.....	36
1.5– Outils utilisés.....	37
2 – L’enquête de l’étude.....	37
2.1 – Lieu de l’étude.....	37
2.2– durée de l’étude.....	37
2.3– Population cible.....	37

2.4– Outils utilisés.....	37
2.4.1– Observation clinique.....	37
2.4.2– Entretien clinique.....	40
2.4.3– Questionnaire.....	42
CHAPITRE V : PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS.....	
1 – Présentation des cas de l’entretien.....	46
2– Synthèse.....	49
3– Résultats des questionnaires.....	51
4– Graphique du questionnaire.....	52
5– Interprétation et commentaires du questionnaire.....	53
6– Synthèse.....	54
7– Recommandations.....	55
CONCLUSION	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	59
ANNEXES.....	61
RESUME.....	

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1	Classification des grades.....	23
Tableau n°2	Programme des entretiens.....	41
Tableau n°3	Score des axes.....	51
Tableau n°4	Score des médianes.....	51

LISTE DES ABREVIATIONS

BCF : Bruit cardiaque fœtal.

BIT : Bureau international du travail.

EHS : Etablissement hospitalier spécialisé.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

RPS : Risques psychosociaux.

SF : Sage femme.

TMS : Troubles musculo-squelettiques.

INTRODUCTION GENERALE

Pendant plusieurs années, les risques auxquels étaient exposés les personnes au travail étaient physiques, biologiques et chimiques. Mais les importants changements survenus dans le monde du travail ces dernières années ont entraîné l'émergence d'un nouveau risque dans le domaine de la santé au travail, c'est bien les risques psychosociaux.

Les R.P.S sont une appellation qui a récemment envahi nos quotidiens professionnels et qui est devenu une formule à la mode pour traiter un sujet connu de longue date ; celui de la souffrance du sujet au travail. Les mouvements de contestation que l'on observe actuellement dans les hôpitaux prouvent qu'il ya urgence à prendre en charge les risques professionnels que sont les R.P.S; en effet les pluparts des soignants se disent usés par le travail à l'hôpital.

Les R.P.S correspondent à des nombreuses situations (stress- harcèlement morale- violence - dépression - Burn out- suicide- troubles musculo-squelettiques etc....) et sont par ailleurs source d'une grande confusion.

Le présent mémoire rend compte de la recherche effectuée sur les risques psychosociaux chez les sages femmes de l'EHS mère enfant Tlemcen. Il comporte cinq (05) chapitres. Le premier fait état de problématique de l'objectif de la recherche, l'hypothèse, le cadre théorique, les études antérieures, et les difficultés rencontrées au cours de la réalisation de ce travail.

Le second relate les RPS, les facteurs de ces RPS, les mesures et la prévention.

Le troisième présente la sage femme, son travail prescrit ainsi que ses relations avec les autres corps.

Le quatrième est la réalisation de notre étude, nous exposons notre choix méthodologique. L'étude est réalisée en deux temps. Les résultats sont présentés pour l'étude qualitative puis pour l'étude quantitative, alors que le dernier chapitre procède à leurs discussions et dégage un certain nombre de recommandations.

CHAPITRE I

ENTREE A L'ETUDE

Introduction :

Ce chapitre est un chapitre d'introduction à ce qui a fait l'objet de l'étude. Nous avons traité la cadre théorique et les études antérieures qui ont entamé ce sujet. Nous avons également mis en évidence les objectifs de cette étude. Ensuite, nous avons posé la problématique dans diverses variables et émettons l'hypothèse qui détermine les concepts de procédure de l'étude et les mots clé.

1- Le cadre théorique :

- L'organisation mondiale de la santé classe les risques psychosociaux au niveau du centre de travail dans les maladies professionnelles. Elle considère ces risques comme un facteur important des absentéismes, bien qu'elle a confirmé que le salarié a le droit de bénéficier des congés de maladie en cas de maladie professionnelle ou un accident de travail d'une durée de six mois ou plus, et qui peut arriver à des congés de maladies ouverts.

- Le psychologue Yves Clot voit dans l'intérêt pour les risques psychosociaux ce qu'il appelle « une approche hygiéniste ». D'une part il s'agit de repérer des facteurs de risques isolés susceptibles de troubler le rapport du travailleur à un travail par ailleurs sain, un peu comme un microbe pathogène trouble de fonctionnement d'un organisme sain. D'autre part il s'agirait d'éradiquer ces facteurs de risque afin de prouver des conditions de travail salubres à des travailleurs supposés subir passivement leur environnement professionnel.

- En 2010, selon l'inspection générale des affaires sociales, avec le support de Marguerite Moleux, le rapport Lachmann Larose Pénicodé pour « le bien-être et l'efficacité au travail : 10 propositions pour l'amélioration de la santé psychique au travail. » ouvre une voie supplémentaire en affirmant que les enjeux de conditions de travail débordent de plus en plus largement le seul champ de la prévention et du travail envisagé comme un ensemble de risques.

- En 2013, un nouveau cadre de référence est travaillé par les partenaires sociaux à partir de la notion de qualité de vie au travail. Ces partenaires révèlent potentiellement une nouvelle ambition ; il s'agit de dépasser les impacts de la souffrance au travail pour repositionner le travail au cours d'enjeux capables d'articuler conjointement performance économique et performance sociale. Ce faisant, il s'agit de faire émerger des modalités de construction de nouveaux compris collectifs.

2- études antécédentes :

Selon notre recherche, les études antécédentes qui mettaient l'accent sur les risques psychosociaux chez les sages femmes étaient très peu pour ne pas dire inexistantes, où nous avons trouvé deux études :

- La première est celle de Sophie Gorthier, Michel Ducher et Jean Pierre Fauvel. Conception d'un questionnaire par analyse lexicométrique dessiné à évaluer le stress chez les sages femmes.
L'objectif de cette étude est d'évaluer le stress professionnel chez les sages femmes afin de le mesurer et de pouvoir lutter contre ce stress.
- La deuxième est celle d'Ouf Margeux. Conception d'un questionnaire afin d'évaluer les différents risques atteints par les sages femmes dues au rythme de travail atypique, parmi ces risques figurent les risques psychosociaux.

3- Problématique :

« Sage femme »

« Un des plus beaux métiers au monde. »

En effet, la sage femme est celle qui accompagne la femme quand une nouvelle vie va arriver.

Dans un univers de roses, de beaux bébés, de vie, la réalité est parfois bien différente par l'existence d'autres aspects, comme le décès maternel, les avortements, les morts in utéro, les malformations complexes.

« Aider à donner la vie » beau métier certes, mais à étudier la durée moyenne de l'exercice d'une sage femme, c'est bien souvent un climat de haute tension, de stress, d'angoisse, de pression, d'événements imprévisibles, de risques médico-légaux, autant de paramètres générateurs des R.P.S qui font partie intégrantes de quotidien des sages femmes.

La pratique professionnelle de la sage femme est parsemée de crises. Au sens étymologique, les crises sont des instants pendant lesquels il faut distinguer, choisir, décider et trouver le dénouement le plus approprié. La spécificité pratique du métier de sage femme implique une confrontation plus importante que d'autres métiers à des crises.

Ajoutons à cela les risques d'accidents exposant au sang, telle que l'hépatite (A - B - C), les infections au V.I.H, les risques médico-légaux, les risques médico-administratifs, les erreurs d'inattention dues au surcharge du travail d'où la question qui s'impose :

Les sages femmes sont-elle exposées aux risques psychosociaux ? Et quels sont les causes de ces risques ?

4- Hypothèse :

La sage femme est exposée aux risques psychosociaux dus aux conditions de travail et les facteurs organisationnels et relationnels.

Ces risques se manifestent par la surcharge du travail, les urgences obstétricales, les exigences et la faible marge de manœuvre, ainsi que par les conflits avec les collègues ou les supérieurs de même que le manque de soutien professionnel et émotionnel.

5- mots clé :

1.5- Sage femme : sage femme exerçant au niveau du service de la gynécologie obstétrique au sein de l'établissement hospitalier spécialisé mère enfant Tlemcen.

2.5- R.P.S : ce sont les risques psychosociaux rencontrés par la sage femme.

6- Objectifs de l'étude :

Les objectifs visés dans le cadre de la présente étude sont :

- Evaluer l'ampleur de la problématique des risques psychosociaux chez les sages femmes de l'EHS Tlemcen.
- Quantifier les conditions de travail et cerner au plus près le travail réel perçu par la sage femme.

7- Choix du thème :

Autant que psychologue clinicienne à l'EHS mère enfant Tlemcen, ayant une expérience professionnelle de sept ans, je reçois quotidiennement des doléances de la part de plusieurs sages femmes exerçant dans le même établissement et qui me demandent souvent un soutien psychologique en espérant que ça fait partie des solutions de leurs problèmes, chose qui m'a poussé à entamer ce travail afin d'évaluer la présence des facteurs des risques psychosociaux liés à leur profession et proposer des solutions.

8– Difficultés rencontrées :

- Manque de documentations sur les risques psychosociaux.
- Manque de documentations sur la sage femme
- Absence de validation du questionnaire de karasek en Algérie.
- Interruptions du dialogue avec les sages femmes au cours de nos entretiens.
- Manque des études antécédentes sur les risques psychosociaux chez les sages femmes.

CHAPITRE II

RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Introduction :

Le personnel du secteur de la sante est chargé d'assurer un ensemble des tâches qui demande une grande qualification sur le plan théorique et pratique afin de réaliser des gestes précis, manipuler des substances chimiques ou toxiques ; cette situation met le personnel de santé face à des risques professionnels.

Dans ce chapitre on va évoquer la thématique des risques psychosociaux sur le plan théorique afin de les identifier et les appréhender en se penchant sur leur définition, leurs facteurs de risque, leurs conséquences sur la qualité du travail, les travailleurs et les moyens de prévention.

1- Définition :

1.1- définition des risques psychosociaux :

Les risques psychosociaux sont des risques pour la santé mentale, physique ou sociale, engendrés par les conditions de travail et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.¹

Les RPS se définissent comme étant des troubles qui peuvent être caractérisés par l'apparition chez une ou plusieurs personnes des signes plus au moins perceptibles qui, faute d'attention, peuvent progressivement s'aggraver jusqu'à devenir pathologiques.²

Parmi les dangers figurent le stress, le harcèlement, l'épuisement « Burn out », les violences physiques et mentales ...Etc.

Tous ces dangers sont susceptibles d'engendrer un certain nombre de complications néfastes pour la santé du salarié, les conséquences sont variées et parfois très graves puisqu'il peut s'agir de stress, des maladies psychosomatiques, de dépressions ...Etc.

1.2- Générales définitions du stress:

Selon l'O.M.S :

L'O.M.S décrit le stress lié au travail comme un ensemble de réactions que pourrait avoir une personne lorsqu'elle est face à des exigences professionnelles qui dépassent ses aptitudes et ses compétences.

En effet, le stress est ressenti dès lorsque ces différentes situations remettent en cause son aptitude à faire.

Selon l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail :

Le stress professionnel survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et ses propres ressources pour y faire face.³

¹) M, Gollac et M,Bodier , mesurer les risques psychosociaux pour les maîtriser, ministère du travail ,de l'emploi et de la sante avril 2011,page 31

²) S.Kernani, risques psychosociaux et démocratie organisationnelle : un observatoire pour l'Algérie, le cnam, 2016 ,page 54

³) Bulletin épidémiologique hebdomadaire sante mental et travail : comprendre pour surveiller, Juin 2009, N°25-26, page262

Selon l'accord cadre européen :

Le stress est un état accompagné d'affections ou de dysfonctionnement physiques, psychosociaux ou sociaux qui résultent du sentiment individuel d'être incapable de combler un manque, vis-à-vis des exigences ou des attentes qui reposent sur soi.⁴

Le stress au travail :

Est un état de tension morale et physiologique interne survient lorsque la demande professionnelle rend l'adaptation de l'individu à son environnement impossible.

Le stress est un état accompagné de plaintes ou dysfonctionnements physiques, psychologiques ou sociaux et qui résulte du fait que les individus se sentent inaptes à combler un écart avec les exigences ou les attentes les concernant.⁵

1.3 - La violence au travail :

Le Bureau International du Travail (BIT) définit la violence au travail comme toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée, dans le cadre du travail ou du fait de son travail :⁶

- **La violence au travail interne** : est celle qui se manifeste entre les travailleurs, y compris le personnel d'encadrement ;

- **La violence au travail externe** : est celle qui s'exprime entre les travailleurs (et le personnel d'encadrement) et toute personne présente sur le lieu de travail» (comme cela peut arriver avec des usagers).

1.4 - L' harcèlement moral :

Un certain type de ces violences internes correspond au harcèlement moral, qui est défini comme «des agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé

⁴) Bulletin épidémiologique hebdomadaire sante mental et travail : comprendre pour surveiller, Juin 2009, N°25-26, page263

⁵) H.Laurent, evaluation des risques psychosociaux ;annexe au document unique, Expertorisk, 2015, page08.

⁶)Ibid,page08

physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel». ⁷

1.5 - Epuisement professionnel (Burn out) :

Est l'ensemble des réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique, il se caractérise par trois dimensions : ⁸

- L'épuisement émotionnel : sentiment d'être vide des ses ressources émotionnelles.
- La dépersonnalisation ou cynisme : insensibilité au monde environnant, déshumanisation de la relation à l'autre (les usagers, clients, ou patients deviennent des objets vision négatif des autres et du travail.
- Le sentiment de non accomplissement : sentiment de ne pas parvenir à répondre correctement aux attentes de l'entourage, mise en retrait, dépréciations des résultats.

2 - Facteurs des risques psychosociaux :

Le collège d'expertise des RPS en France a identifié six axes comme référence de facteurs de risque pour les risques psychosociaux.

2.1- Intensité du travail et temps du travail :

Le caractère stressant du travail peut provenir de son intensité ou du temps qu'il exige, les exigences du travail recouvrent quatre grandes dimensions: ⁹

- La qualité de travail.
- La complexité du travail.
- Les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale.
- La pression temporelle au travail.

2.2-Exigence émotionnelles :

Cette notion regroupe en fait plusieurs choses, elle peut tout d'abord désigner la nécessité de maîtriser ses émotions. Certaines métiers sont particulièrement éprouvant émotionnellement et des métiers qui nous exposent à la peur : peur d'un accident de matériel, d'une agression physique ou d'une violence morale. ¹⁰

⁷) Ibid, page08

⁸) Op Cit, page09.

⁹) Op Cit, page62.

¹⁰) Op Cit,page 63

2.3- Le manque d'autonomie et de marge de manœuvre :

Avoir très peu de liberté pour décider comment faire son travail est l'une des manifestations les plus répandues du manque d'autonomie, tout comme ne pas pouvoir interrompre momentanément son travail quand on le souhaite.

Travailler avec des procédures très étroitement définies et ne pas pouvoir s'en détacher est un facteur de stress fréquemment identifié dans nombres d'activités.

L'absence de marge de manœuvre dans l'exécution des tâches augmente considérablement le stress, tout comme ne pas pouvoir donner son avis ni exprimer ses attentes sur l'organisation ou les changements dans son travail. Ne pas avoir la possibilité d'employer et de développer ses compétences est également un enjeu important pour la santé mentale au travail.¹¹

Les tâches répétitives peuvent conduire à une souffrance psychique et au « Burn out »; épuisement par ennui.

2.4- Les relations sociales :

Le travail est un lien de socialisation très important et les rapports sociaux au travail sont des éléments déterminants qui peuvent favoriser la santé au travail ou au contraire. Ces rapports peuvent prendre plusieurs formes :¹²

- La coopération et le soutien social de la part des collègues ou de la hiérarchie.
- Le sentiment d'être aidé par les autres dans la réalisation et l'exécution de son travail.
- La violence au travail, qu'elle soit d'ordre physique ou moral, caractérisée par des mises à la situation d'agression, d'isolement ou de mépris.
- L'absence de bienveillance ou dans les cas extrêmes une situation d'harcèlement qui peuvent impacter sérieusement le bien-être et la santé mentale au travail.
- La reconnaissance et le sentiment d'utilité du travail effectué.

¹¹) S.Guyot,V.Langevin.A.Montagnez, Evaluer les facteurs de risques psychosociaux :l'outil RPS-DU,ED6140,INRS,2013,page13.

¹²) Op Cit,page 63

2.5- L'insécurité de l'emploi et du travail:

L'insécurité de l'emploi constitue un facteur de risque pour la santé dans la mesure qu'elle réduit le sentiment de maîtrise de la situation ainsi que l'estime de soi. Cette insécurité peut prendre plusieurs formes :¹³

La peur de perdre son emploi.

Véritable facteur de stress au quotidien pour des nombreux salariés en situation précaire dans un monde du travail fortement marqué par le chômage.

L'inquiétude de devoir changer de qualification ou de métier.

La notion de soutenabilité du travail ; c'est-à-dire être capable de faire le même travail jusqu'à l'âge de la retraite.

Enfin, d'autre facteur important de stress, les changements survenant dans le travail, que ce soit au niveau de l'établissement (réorganisation - restructuration – déménagement...) ou de l'individu (changement de poste - modification des procédures de travail). Ces changements petits ou grands demandent aux salariés de s'adapter constamment et tout processus d'adaptation met systématiquement en jeu une réponse de stress.

2.6- Conflit de valeur :¹⁴

L'obligation de travailler d'une façon qui heurte sa conscience professionnelle peut aussi se révéler néfaste pour la santé mentale.

Certaines situations peuvent donner lieu à des « conflits éthiques » entre les exigences de travail et les valeurs professionnelles.

Travailler dans certains secteurs d'activité provoque chez certaines personnes en fonction de leurs valeurs de véritables conflits. Citons enfin une forme particulière, mais de plus en plus répandue, du conflit de valeurs : ne pas avoir les moyens d'effectuer un travail de qualité pour des raisons de productivité (c'est ce que l'on nomme « la qualité empêchée. »)

¹³) Op Cit, page 63

¹⁴) S.Guyot, V.Langevin. A.Montagnez, évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU, ED6140, INRS, 2013, page 13.

3 - Les conséquences des RPS :

Les risques psychosociaux (RPS) ont non seulement un impact sur la santé des agents mais également sur les collectifs de travail et sur la qualité du travail rendu.

3.1 - Conséquences sur la santé Des Personnels :

Les RPS agissent sur la santé des personnels de façon directe, par l'augmentation de la fréquence de certaines maladies, ou bien de façon indirecte, par l'induction de certains comportements dits à risque.

À un premier niveau, ils se traduisent par des souffrances diffuses (douleurs, palpitations, mal-être...). À un deuxième niveau, ils induisent des maladies graves, chroniques, dont les conséquences peuvent être lourdes.

Ils ont des effets importants dans les domaines cardiovasculaires, musculo-squelettiques et mentaux, qui sont trois domaines majeurs en santé publique, tant en terme de maladie, de mortalité, que de coût pour la société.

Les violences venant des usagers peuvent également se traduire en termes de santé.

3.2 - Conséquences sur les collectifs et sur l'efficacité du travail :¹⁵

De mauvaises conditions de travail entraînent à leur tour une détérioration des relations interprofessionnelles, allant de la mauvaise ambiance aux violences constituées entre les personnes (entre collègues ou bien dans la chaîne hiérarchique). Leur poids négatif sur les individus et leurs missions rejaillit sur le fonctionnement des services et sur la qualité du travail (risque d'erreur, délais dépassés, absentéisme, démotivation, baisse de vigilance). Les RPS sont ainsi facteurs aggravants d'autres risques de sécurité au travail (y compris les risques routiers) et nuisent à l'efficacité globale du travail. ¹⁶

3.3 - Les maladies les plus fréquemment liées aux RPS sont :

- Les maladies cardiovasculaires concernées vont de l'hypertension artérielle aux surcharges lipidiques et leurs conséquences sur l'obstruction des vaisseaux.
- Les troubles musculo-squelettiques (TMS) s'expliquent par la conjonction de la tension due au stress et de la pression physique sur certaines zones du squelette selon les tâches. Par exemple, le portage de charges lourdes se traduit par des affections du dos (lombalgie,

¹⁵) Direction générales des finances publiques, guide sur la prévention des risques psychosociaux, dgfip.finances.gouv.fr,page1

¹⁶)Ibid, Page15

sciatique, lumbago), tandis que la réalisation de tâches répétitives, même sans surcharge physique, entraîne des TMS aux membres supérieurs (syndrome du canal carpien chez les dactylos, tendinites diverses...).

- Les problèmes de santé mentale décrits sont l'anxiété, la dépression, ainsi que le suicide qui lui est lié. En cas de violence, un état de stress post-traumatique peut être observé avec des manifestations psychiques et comportementales (obsession de la scène, culpabilité, abandon...).

- D'autres effets sont décrits, portant sur des problèmes métaboliques (diabète), dermatologiques, allergiques....

4- Mesure des RPS :

La souffrance psychique est plus difficile à la mettre en évidence ou la mesurer, elle est différente aux problèmes de santé physique, qui a une traduction organique visible, Pour cela, plusieurs méthodes sont utilisés pour la mesurer et l'évaluer.

4.1- Méthode quantitative :

Cette méthode est basée sur l'exploitation des réponses à un questionnaire relative à l'environnement de travail et aux facteurs contribuant à la maîtrise du stress et à la santé des travailleurs, les modèles les plus utilisés dans les études quantitatives sont :¹⁷

- **Le modèle de KARASEK, sociologue et psychologue** : il porte sur le déséquilibre entre d'une part l'autonomie laissée à l'agent, sa latitude décisionnelle (possibilité d'utiliser et de développer ses compétences), et d'autre part les exigences de la tâche qui lui sont imposées (intellectuelles, temporelles, charge de travail). Il a été complété en intégrant un troisième axe, le soutien social dont le manque (isolement dans le travail) constitue un facteur aggravant.

- C'est aujourd'hui l'un des modèles les plus utilisés dans les recherches sur la santé au travail.

- **Le modèle de SIEGRIST, professeur de sociologie** : il porte sur le déséquilibre entre d'une part la contribution apportée par l'agent (ses efforts liés aux charges de travail [en volume, en pression physique, mentale, psychique et émotionnelle]), et d'autre part la

¹⁷) Op Cit, page09

reconnaissance qui lui est rendue en retour (des collègues et de la hiérarchie : récompenses, respect, estime, l'accession à un statut professionnel valorisant, rémunération...).

4.2- Méthode qualitative :

Les chercheurs ont recours d'une part à l'observation du cadre de travail (observation participante ou à distance) et d'autre part aux entretiens (individuels ou de groupe).

- Pour arriver à une perception la plus complète possible, il est important de combiner ces différentes approches, dans une démarche pluridisciplinaire associant les différentes spécialités (psychologie, sociologie, épidémiologie, ergonomie, psychodynamique, clinique du travail...). :¹⁸

5 -Prévention des risques psychosociaux :

La prévention est l'ensemble des mesures mises en place dans le but de réduire au maximum les risques induisant des maladies ou des comportements considérés comme mal sain et dangereux pour la santé.¹⁹

. On distingue trois stades de prévention :

5.1- Prévention primaire :

La prévention primaire, cherche à repérer le facteur de risque dans l'organisation pour l'éliminer et le supprimer.

La prévention primaire se situe au niveau collectif, elle a pour objectif :²⁰

- D'agir sur les causes socio-organisationnelles du mal-être (enrichir les tâches, réorganiser l'activité, mobiliser les collectifs, faire évoluer le management, améliorer les conditions de travail, etc.),
- De supprimer des agents psychosociaux pathogènes.

La prévention primaire consiste à anticiper les problèmes et à développer une culture de prévention. C'est une démarche de compréhension et d'anticipation des difficultés avérées ou probables.

La prévention primaire vise à :

¹⁸) Op Cit, page09

¹⁹) S.Olivier, stress infirmier en milieu hospitalier :prendre soin de soi pour prendre soin d'autrui, HesSo,2015,page35

²⁰) Op Cit page 51

- Réduire ou éliminer la présence d'agents psychosociaux pathogènes en milieu de travail,
- Promouvoir un environnement professionnel favorable et capable de procurer un certain soutien.

5.2- Prévention secondaire :

La prévention secondaire s'intéresse à l'individu. Elle a pour objectifs : ²¹

- D'aider les salariés à gérer les exigences du travail plus efficacement en améliorant leurs stratégies d'adaptation face aux RPS,
- De développer des ressources pour faire face à la situation ou dépassé la crise ; donc la prévention secondaire correspond à :
 - La gestion individuelle et collective des exigences du travail et à l'amélioration des stratégies d'adaptation individu-organisation. On outille l'individu pour lui apprendre à faire face aux risques psychosociaux : techniques de gestion du stress, relaxation, formation au management, coaching, diffusion de bonnes pratiques, sensibilisation/information auprès des différents acteurs.
 - Identifier les problèmes récurrents et à rechercher une amélioration spécifique vers une population salariée identifiée et exposée (une équipe de travail, un métier, etc.) Elle tend vers un renforcement des ressources individuelles pour mieux faire face dans l'activité.

Elle comporte donc beaucoup d'action de formations et de sensibilisation, telle que la gestion de l'incivilité des usagers (travail des techniques de communications), d'analyser des pratiques professionnelles (les collaborateurs se retrouvent en équipe pour évoquer une problématique et trouver des pistes d'amélioration).

5.3- Prévention tertiaire :

La prévention tertiaire n'est plus de la prévention mais de la réparation. C'est la plus utilisée pour la prévention des risques psychosociaux mais c'est la moins efficace dans la durée.

La prévention tertiaire est axée sur les conséquences, elle prend en charge les salariés fragilisés, avec la mise en place de soutien psychologique, de mesures de protection, éviter les rechutes. On tente d'obtenir une diminution des manifestations des RPS pour favoriser le

²¹) Op Cit, page 25

retour au travail. Il s'agit d'un accompagnement qui peut revêtir diverses formes de soutien pour un individu fragilisé par sa situation de travail. Cette prévention est axée sur la personne et sa souffrance.²²

²²) Op Cit, page 36.

Conclusion:

Protéger la santé physique et mentale des salariés est une obligation. Cela suppose de connaître tant les risques psychosociaux (stress, violence interne dont harcèlement, violence externe, etc.) que leurs effets potentiels sur la santé (stress chronique, maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques, pathologie anxio-dépressive, etc.).

Évaluer ces risques et organiser un plan de prévention nécessitent une démarche de type projet et méthodes, outils adaptés à ces problématiques. Ces activités doivent être intégrées dans la démarche globale de prévention des risques professionnels.

Certaines étapes de cette démarche nécessitent des compétences spécifiques ; privilégient une démarche de prévention primaire, rigoureuse, orientée vers le repérage et l'action sur les différentes sources de stress et/ou de violences et/ou de mal-être.

Les risques psychosociaux posent un ensemble de problèmes divers, complexes et importants du fait du poids de leurs conséquences. Parce qu'ils se développent à la frontière entre la sphère privée (le psychisme individuel) et la sphère sociale (les collectifs d'individus au travail), ils sont au cœur de beaucoup de conflits. Les oppositions d'intérêts qui les traversent entraînent une multiplication des points de vue et des approches et, finalement, une certaine confusion dans les concepts, leurs modes d'analyse et le repérage de leurs causes ou leurs effets.

CHAPITRE III
SAGE FEMME

Introduction :

- La sage femme est une professionnelle de la santé qui offre des soins de santé primaires aux femmes et leurs nourrissons pendant la grossesse, le travail, l'accouchement, et la période postnatale. Elle se trouve souvent agenouillée aux cotés de la mère, dans l'attente de recevoir le bébé.
- La sage femme détient un savoir agir, c'est-à-dire un savoir faire. La profession mêle savoirs et compétences ; les savoirs sont les résultats de l'assimilation des informations par l'éducation et la formation, ce sont un ensemble de principes et de théories (repérage). Les compétences sont des capacités avérées d'utiliser des savoirs, des aptitudes et des dispositions personnelles, sociales ou méthodologiques dans des différentes situations de travail (encrage).

1- Définition de la sage femme :

Selon l’OMS : ¹

L’OMS définit la sage femme comme suit :

« Une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d’aider lors d’accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-né et aux nourrissons, ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l’enfant, le recours à l’assistance médicale en cas de besoin et l’exécution de certaines mesures d’urgence en l’absence d’un médecin. Elle joue un rôle de parents et doit s’entendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l’enfant. La sage femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »

- La sage femme est une professionnelle de la santé formée pour être entièrement responsable des soins et des services durant la grossesse, l’accouchement et la période post natale pour la mère et le nouveau né. ²

2- Corps et grade de sage femme :

Selon le journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire, du 20 Mars 2011,

Article N°19 ; le corps des sages femmes comprend cinq (05) grades :(statut de sage femme page 00)

- Le grade de sage femme, en voie d’extinction.
- Le grade de sage femme principale.
- Le grade de sage femme de santé publique.
- Le grade de sage femme spécialisée de santé publique.
- Le grade de sage femme en chef de santé publique.
-

¹) www.techno-science.net

²) www.osfq.org/grandpublic

3- Classification des grades :

Tableau n°01 : Classification des grades :

Corps	Grade	Classification	
		Catégorie	Indice minimal
Sage femme	Sage femme	11	498
	Sage femme principale	12	537
	Sage femme de santé publique	13	578
	Sage femme spécialisé de santé publique	14	621
	Sage femme en chef de santé publique	15	666

4- Définition des tâches : (travail prescrit)

Les tâches des sages femmes sont définies comme suit :

ART N°20 : Les sages femmes sont chargées, notamment :

- D'assurer les consultations dans les domaines de leurs compétences.
- De poser le diagnostic et de surveiller la grossesse.
- De préparer et d'accompagner le couple à la naissance.
- De dépister et de surveiller les grossesses à haut risque.
- De surveiller, d'accompagner le travail et l'accouchement et de pratiquer l'accouchement normal.
- D'accueillir et de prendre en charge le nouveau né.
- D'assurer le suivi de post-partum et d'accompagner la femme à l'allaitement maternel.

- D'organiser et d'animer des actions de prévention et d'éducation à la santé de la mère, du couple et de la famille.
- De participer à la formation et à l'encadrement des étudiantes.

ART N°21 : Outre les tâches dévolues aux sages femmes, les sages femmes principales sont chargées notamment :

- De veiller à la disponibilité de matériel et des médicaments nécessaire à la garde et de veiller à la transmission des consignes.
- De participer à l'encadrement des stagiaires sages femmes

ART N°22 : Les sages femmes de santé publique sont chargé notamment :

- D'assurer les consultations périnatales.
- De poser diagnostic et de surveiller la grossesse.
- De préparer et d'accompagner le couple à la naissance.
- De dépister et de surveiller les grossesses à haut risque.
- De surveiller, d'accompagner le travail et l'accouchement et de pratiquer l'accouchement normal.
- D'accueillir et de prendre en charge le nouveau né.
- D'assurer le suivi de post-partum et d'accompagner la femme à l'allaitement maternel.
- D'organiser et d'animer des actions de prévention et d'éducation à la santé de la mère, du couple et de la famille.
- De participer à la formation et à l'encadrement des étudiantes.

ART N°23 : Outre les tâches dévolues aux sages femmes de santé publique, les sages femmes spécialisées sont chargées selon leurs spécialités :

- D'assurer le suivi du développement fœtal et le dépistage des anomalies, le monitoring fœtal, le monitoring ovarien et le contrôle de la pose du dispositif intra-utérin et son suivi.
- De préparer, de prescrire et de pratiquer toutes les méthodes de préparation à l'accouchement sans douleur.

ART N°24 : Outre les tâches dévolues aux sages femmes spécialisées de santé publique, les sages femmes en chef de santé publique sont chargées notamment :

- D'élaborer et de réaliser, en liaison avec l'équipe médicale, le projet de service.

- D'assurer le suivi et l'évaluation des activités des sages femmes.
- D'assurer la gestion de l'information relative aux activités des sages femmes.
- D'accueillir et d'organiser l'encadrement des étudiantes et des stagiaires.

5- Relation des sages femmes avec les autres corps :

5.1- Relation des sages femmes avec le corps médical :

Aujourd'hui plus qu'hier, la sage femme et le médecin sont amenés à collaborer avec la femme dans le suivi du cycle de la maternité. La différence de chacun de ces deux rôles explique leur complémentarité professionnelle dans le suivi de la femme en cours de grossesse et accouchement. Trop souvent le médecin et la sage femme se mettent dans un rapport de pouvoir, ce qui rend la collaboration difficile parce que chacun veut garder le monopole de la conduite à tenir face aux situations périnatales.

Ces deux professionnels se situent dans une dépendance réciproque. La sage femme doit prendre conscience du pouvoir réel qu'elle exerce sur le médecin ; en effet, il se fit entièrement à l'information qu'elle lui transmet pour juger de l'intervention nécessaire. Même s'il semble qu'il y ait passation de pouvoir entre sage femme et médecin, il faut réaliser que l'essentiel reste la collaboration et la reconnaissance des compétences des uns et des autres, puisque l'un agit selon les informations de l'autre.

D'une façon générale les différentes relations professionnelles qui se passent entre le médecin et la sage femme se résument comme suite :

5.1.1 – Avec le gynécologue :

- Présentation de grossesses à haut risque (dépassement de terme – grossesse sur utérus cicatriciel ou multi-cicatriciel- grossesse + macrosomie etc)
- Avis médical sur pratique de l'échographie obstétricale.
- Assistance médicale en per césarienne.
- Suivi des grossesses à haut risque.
- Présentation de grossesse pour un déroulement difficile de travail.

5.1.2 – Avec le pédiatre :

- Présentation des nouveaux nés en détresse.
- Présentation des nouveaux nés malformés ou avec ambiguïté sexuelle.

5.1.3 – Avec le réanimateur :

- Présentation des parturientes ayant présentées un état de choc ou choc vagal nécessitant une ventilation assistée.

5.2 - Relation des sages femmes avec le corps paramédical :**5.2.1 - avec les puéricultrices :**

Dans le domaine de vaccination.

5.2.2 - Avec l'auxiliaire d'anesthésie réanimation :

Dans le domaine de réanimation néonatale.

5.2.3 - Avec les infirmiers :

Dans le domaine de soins paramédicaux (prise de voie, des injections, soins généraux....etc)

Conclusion :

Avec autonomie, les sages-femmes peuvent définir et contrôler les normes de leur formation et de leur profession et sont à même de prendre des décisions (renormalisation). La profession décrit les critères d'entrée, les compétences essentielles théoriques et pratiques, les normes et champs d'activité conformément aux exigences locales ou nationales pour les soins d'obstétrique, de gynécologie, de pédiatrie, de réanimation et d'urgence en collaboration avec les autres professions médicales et paramédicales.

CHAPITRE IV

PROCEDURES METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE

Introduction :

Notre étude consiste à analyser les différentes situations et conditions de travail des sages femmes au sein de l'E.H.S Tlemcen. Le but de cette étude est de connaître non seulement les risques psychosociaux auxquels sont confrontés les sages femmes mais aussi de proposer des solutions et mesures préventives.

1- Pré-étude :**1.1 Lieu de l'étude :**

Notre étude s'est déroulée au sein de l'établissement hospitalier spécialisé mère et enfant Tlemcen, au niveau du service de la gynécologie obstétrique.

1.1.1 Description de l'établissement :

C'est un établissement hospitalo-universitaire, classé comme « catégorie A » conformément à l'arrêté interministériel du 07 Septembre 2011.

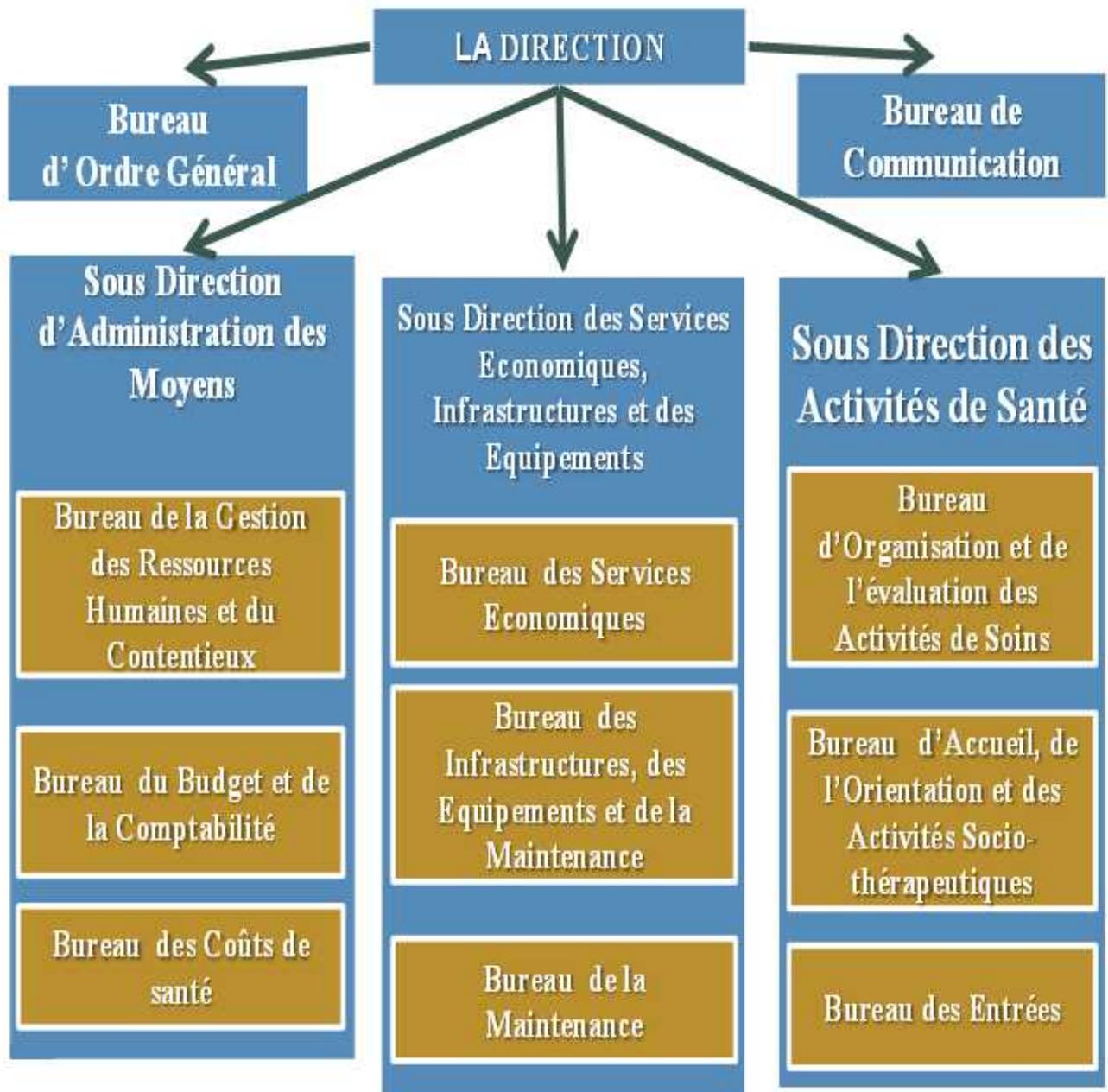
Il a été créé le 15 Novembre 2008 conformément à l'arrêté interministériel portant agrément des services hospitalo-universitaires et leurs unités constitutives au sein de l'établissement hospitalier spécialisé en gynécologie obstétrique, pédiatrie et chirurgie pédiatrique « Hôpital Mère- Enfant Tlemcen ».

L'établissement est composé de quatre (04) services :

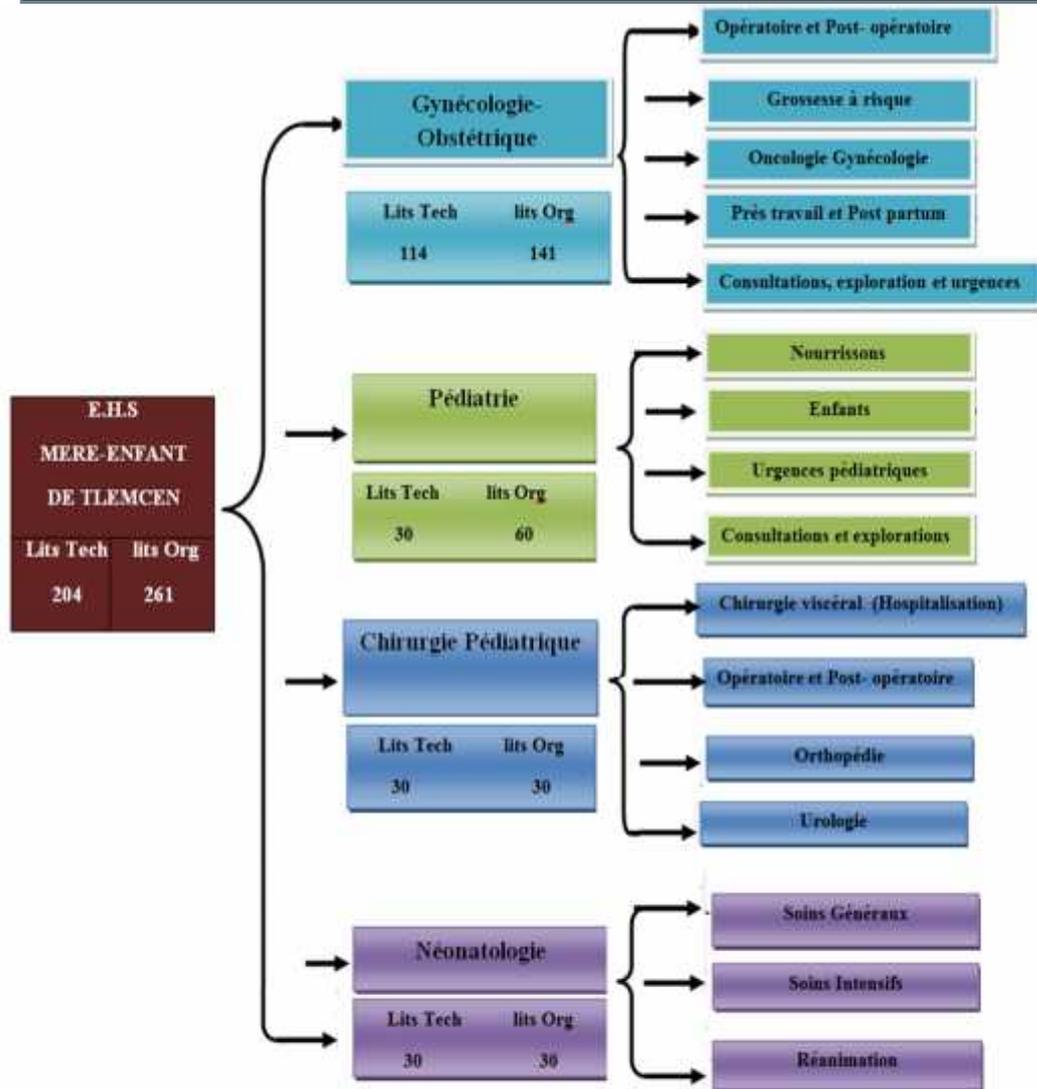
- Service de gynécologie obstétrique.
- Service de pédiatrie.
- Service de chirurgie infantile.
- Service de néonatalogie.

Avec :

- Unité d'anesthésie-réanimation polyvalente.
- Laboratoire d'analyse avec deux unités (hémobiologie + biochimie)
- Une pharmacie.

Organigramme de l'E.H.S Mère-Enfant Tlemcen :

Monographie de l'établissement hospitalier spécialisé Mère & enfant de Tlemcen selon l'arrêté interministériel du 19 février 2015



1.1.2- Description du service de la gynécologie obstétrique :

Vu que mon thème s'articule sur l'activité des sages femmes, le service de gynécologie obstétrique de l'E.H.S et ses unités respectives prendront part dans la présentation de l'E.H.S :

C'est un service qui s'étale sur une superficie de 1300 m², composé de six (06) unités :

- Unité consultations et urgences (admission)
- Unité de pré travail et post-partum (suite de couche).
- Unité gynécologie oncologie.
- Unité grossesses à risque.
- Unité opératoire et post opératoire (post opératoire).
- Unité anesthésie-réanimation.

Il est composé aussi d'un petit laboratoire d'analyse, un bloc d'accouchement et un bloc opératoire avec une salle de réveil.



1.1.3- Description du bloc d'accouchement :

Le bloc d'accouchement de l'E.H.S contient :

- Une (01) salle pré-travail
- Trois (03) salles d'accouchement avec deux (02) tables pour chacune.
- Une (01) salle post travail
- Une (01) salle de réanimation néonatale
- Local de pharmacie
- Salle de détente des sages femmes aménagée par trois lits, une table de nuit, un réfrigérateur, un microonde et une table avec des chaises.
- Un espace aménagé pour le nettoyage des instruments.
- Sanitaire pour le personnel et les malades.
- Un hall aménagé avec moyens bureautiques (table+ chaises) pour la rédaction des protocoles d'accouchement et l'enregistrement des naissances.

1.1.4 – Admissions :

C'est une unité de consultation d'urgence en gynéco-obstétrique qui contient :

- Une salle de consultation obstétricale avec :
 - Une table de consultation gynécologique.
 - Un scialytique mobile.
 - Un tensiomètre mural.
 - Une paillasse dure.
 - Un bureau avec chaise.
 - Une chaise pour malade.
- Une salle de détente pour sage femme avec un lit et une table de nuit.
- Une salle de consultation gynécologique avec :
 - Une table de consultation gynécologique.
 - Un scialytique mobile.
 - Un tensiomètre mural.
 - Un échographe
 - Un bureau avec chaise.

- Chaises pour malades.
- Une salle de consultation néonatale.
- Une salle d'attente pour malades.

1.1.5 – Unité suite de couche composée de :

- Sept (07) salles d'hospitalisation.
- Une (01) salle d'isolement.
- Une salle de soins avec :
 - Une table de consultation gynécologique.
 - Un scialytique mobile.
 - Une paillasse dure.
 - Un charriot de médicaments.
 - Un bureau avec chaises.
- Un bureau de sage femme coordinatrice.
- Sanitaire pour malades.

1.1.6 – Unité de PMI composée de :

- Un local avec :
 - bureau + chaises.
 - Une table gynécologique + escarbot.
 - Caisses de conservation du consommable (spéculums, gants, abaisses langue.....etc).
 - Un lave main.

1.2- Effectif et répartition des sages femmes à l'E.H.S Tlemcen :

Effectif des sages femmes dans le service de gynécologie obstétrique est comme suit :

1.2.1 - Effectif global : 42 sages femmes

- **03** Coordinatrices
- **28** Sages femmes principales.
- **11** Sages femmes.

1.2.2 - Répartition des sages femmes selon les unités du service :

Unité des admissions :

- 01 sage femme par garde assurant les consultations d'urgence en gynéco-obstétrique à savoir :
- Tri des malades.
- Consultations d'urgence obstétricale
- Présentation au gynécologue des cas compliqués dépassant les compétences de sage femme.

Unité bloc d'accouchement :

Pool de garde à raison de 04 à 05 sages femmes par garde assurant l'activité :

- Pré-travail et travail (accouchement).
- Réanimation néonatale (à la salle de naissance).
- Soins néonataux.

Unité suite de couche :

- 01 sage femme par garde pour surveillance des parturientes du pré travail et du post-partum.

Unité de gynécologie :

- Suivi des parturientes en post abortum.

Unité grossesses à haut risque :

- Suivi des grossesses à haut risque telle que grossesse + HTA, grossesse + diabète, grossesse + cardiopathie ...etc

Unité de P.M.I :

- 01 sage femme par jour.

Assurant :

- la protection matérno-infantile.
- Education des femmes sur l'espacement de naissance.

- Activité de contraception et de dispositifs intra-utérins (stérilet).
- Sensibilisation des parturientes sur l'allaitement maternel.

1.3- Organisation de travail des sages femmes :

Le travail des sages femmes est organisé comme suit :

- Un pool de garde pour les urgences en gynécologie obstétrique ; ce pool de garde est composé de quatre (04) équipes avec six (06) à sept (07) sages femmes par équipe. Chaque équipe est composée de :
 - Une (01) sage femme des admissions
 - Une (01) sage femme suite de couche
 - Quatre (04) à cinq (05) sages femmes au bloc d'accouchement
 - Volume horaire de chaque équipe de garde: **24H**
 - Volume horaire des sages femmes des unités: **08H** (sage femme de PMI – sages femmes coordinatrices).

1.4- Qui prescrit le travail des sages femmes :

1.4.1- Prescription formelle :

Le travail des sages femmes est prescrit par leur statut (statut des sages femmes année 2011), le consensus théorique ainsi que par leur coordinatrice en collaboration avec le staff médical du service et son médecin chef.

1.4.2- Prescription informelle :

Ce même travail peut être réajusté par d'autres professionnels telle que collègues de travail des autres corps (puéricultrice, auxiliaire d'anesthésie réanimation, infirmier ou autres), résidents en gynéco-obstétrique, élèves sages femmes, stagiaires paramédicaux, malades, conjoints de malades, accompagnateurs des malades (prescription informelle).

Notons que ce travail peut être modifié selon certaines circonstances telle que la période estivale où le taux des accouchements atteint son pique, la période des congés de détente des sages femmes ainsi que la disponibilité ou non du matériels nécessaires à la prise en charge des parturientes (moyens de surveillance telle que: RCF).

1.5- Outils utilisés dans la pré-étude:

Les outils utilisés dans cette pré-étude sont :

- L'observation clinique.
- L'entretien clinique.

2-Enquête de l'étude :

2.1-Lieu de l'étude :

Notre étude s'est déroulée au sein du service de gynécologie obstétrique de l'E.H.S mère enfant Tlemcen.

2.2-Durée de l'étude :

La durée de cette étude a demeuré 15 jours : du 02-04-2017 au 16-04-2017, tout en respectant le volet éthique, insistant sur la confidentialité et l'anonymat.

2.3- Population cible :

La population étudiée regroupe 11 sages femmes de l'EHS mère enfant Tlemcen, ayant une expérience professionnelle plus que cinq (05) ans et qui ont répondu favorablement à notre demande.

2.4-Outils de l'étude :

Afin d'atteindre l'objectif de notre étude on a procédé des outils méthodologiques suivants :

- L'observation clinique.
- l'entretien clinique.
- Questionnaire de karasek.

2.4.1- L'observation clinique :

L'observation renvoie à l'action de percevoir avec attention la réalité afin de mieux la comprendre, car certains phénomènes ne peuvent être accessibles que par l'observation. Elle est une méthode complémentaire à l'entretien clinique.

L'observation donne toujours un sens à ce qu'il perçoit car l'observation s'appuie sur un savoir constitué et certains modèles de pensée.

Notre observation s'est basée sur le comportement des sages femmes, leurs gestes, leur regard et leurs perceptions verbales. Elle nous a permis d'analyser de manière générale l'activité réelle de la sage femme.

Quatre équipes ont été observées sous un accompagnement de la sage femme chef d'équipe, ainsi que la sage femme de PMI, sage femme des admissions et sage femme de suite de couche.

- Sage femme des admissions :

La sage femme des admissions reçoit les parturientes dans le cadre des consultations non programmées et des urgences primaires et/ou secondaires ; après avoir examiné la parturiente (interrogatoire + examen clinique) elle pose un diagnostic. A partir de ce diagnostic et selon chaque cas elle prend une décision soit d'hospitalisation, soit d'orientation vers le gynécologue, soit un traitement en ambulatoire, soit un rendez- vous de consultation.

Notons que par moment et selon certains degrés d'urgence obstétricale la sage femme des admissions se trouve dans l'obligation d'accompagner la parturiente directement au bloc d'accouchement (exemple : procidence du cordon).

La sage femme des admissions est sensée prendre soit seule ou en collaboration avec le gynécologue une décision médicale devant chaque consultation d'urgence.

- Sage femme du bloc d'accouchement :

Les sages femmes du bloc d'accouchement travaillent selon la formule de 24H (les gardes de 24H de 8H du matin jusqu'à 8H du lendemain.

- La première étape de l'activité de la sage femme du bloc d'accouchement consiste à mettre la parturiente déjà avec une voie d'abord sur la table d'accouchement en position gynécologique pour un touché vaginal afin d'apprécier la dilatation du col et de diriger le travail.
- Cette même sage femme est sensée diriger le travail en fonction des contractions utérines rapprochées ou non, de la respiration de la parturiente, des BCF du fœtus.
- Une fois dilatation complète, accouchement fait, elle sectionne le cordon ombilical du nouveau né,
- Ensuite, elle pratique des soins nécessaires au nouveau né (soins du cordon, ligature, vitamine K, oxygénothérapie par moment, aspiration).

- Mesurer la taille du nouveau né, son poids et le périmètre crânien.
- Identification du nouveau né par la mise en place d'un bracelet portant nom et prénom de la mère et le poids du nouveau né. La traçabilité de déroulement de l'accouchement sur un support nommée partogramme complété par une autre traçabilité sur un registre officiel de naissance.
- Devant certaines situations (prématurité, inhalation du liquide amniotique.....etc) la sage femme se trouve dans l'obligation seule ou avec réanimateur et le pédiatre de réanimer le nouveau né.
- 15 à 30 minute après l'accouchement, l'étape de la délivrance arrive avec parfois révision utérine et surveillance de l'hémorragie de la délivrance.
- D'autre part cette même sage femme du bloc d'accouchement est sensée participer à la prise en charge du nouveau né suite à une césarienne, en se déplaçant au bloc opératoire et ramenée le nouveau né à la salle de réanimation néonatale qui se trouve au sein du bloc d'accouchement.
- Notons que par moment la sage femme vit des situations de stress et de surmenage pouvant retentir sur la qualité de la prise en charge. (rencontre de rencontre). Exemple :
 - Absence de BCF (bruit cardiaque fœtal) d'installation brutale au cours du travail où la sage femme peut paniquer facilement.
 - Procidence du cordon ombilical, véritable urgence obstétricale où la sage femme sera dans l'obligation d'appeler le gynécologue pour la voie haute (césarienne).

- Sage femme de suite de couche :

Dans cette unité la sage femme s'occupe des parturientes en pré-travail (suivi des dilatations du col utérin jusqu'à quatre 04 cm et BCF pour l'admettre au bloc d'accouchement) et post-partum (surveillance des hémorragies du post-partum).

-A la charge de cette sage femme la surveillance et le suivi des parturientes en dépassement de terme une fois déclenchées par le gynécologue..

- Sage femme de PMI :

L'activité de la sage femme de PMI est limitée sur la sensibilisation des parturientes sur l'allaitement maternel, l'espacement de naissance et la prise de contraception. Elle est confrontée quotidiennement à un travail de routine (travail répétitif).

Chaque jour, elle passe dans chaque salle de l'unité de suite de couche et montre aux femmes accouchées comment allaitée et comment prendre la pilule. Elle leur prescrit un bilan pré pilule (glycémie – triglycéride – cholestérol – TGO – TGP). Son activité est perturbée par la présence des visiteurs, des collègues des autres corps (résidents, internes, puéricultrice ...etc) et la visite médicale sur site.

Après elle retourne à son petit local pour mentionner ses données sur son registre et faire des statistiques journalières afin de faciliter le calcul des statistiques mensuelles

2.4.2- L'entretien clinique :

L'entretien clinique met en scène et en contact direct deux personnes (enquêteur – enquêté) qui s'échangent des paroles dans un rapport asymétrique au niveau des attitudes et de la demande.

L'échange de paroles entre ces deux permet l'accès à des informations de nature subjective comme l'histoire de l'enquêté, ses sentiments, ses émotions.

Il ya trois types d'entretien :

- L'entretien directif
- L'entretien semi directif
- L'entretien non directif (libre)

Dans notre étude on a utilisé l'entretien non directif (libre) qui est une méthode d'étude qualitative qui laisse un maximum de latitude au enquêté pour exprimer ses ressentis et ses attitudes.

Nous avons effectué trois entretiens pour chaque cas sur un programme comme suit :

Tableau n° 02 : Programme des entretiens

Date d'entretien Cas	1^{er} entretien	2^{eme} entretien	3^{eme} entretien
1^{er} cas	02 - 04 - 2017	04 – 04 - 2017	06 – 04 - 2017
2^{eme} cas	02 - 04 - 2017	06 – 04 - 2017	10 – 04 - 2017
3^{eme} cas	02 - 04 - 2017	06 – 04 - 2017	10 – 04 - 2017
4^{eme} cas	02 - 04 - 2017	06 – 04 - 2017	10 – 04 - 2017
5^{eme} cas	04 – 04 - 2017	12 – 04 - 2017	16 – 04 - 2017
6^{eme} cas	04 – 04 - 2017	12 – 04 - 2017	16 – 04 - 2017
7^{eme} cas	04 – 04 - 2017	12 – 04 - 2017	16 – 04 - 2017
8^{eme} cas	04 – 04 - 2017	12 – 04 - 2017	16 – 04 - 2017
9^{eme} cas	05 – 04 - 2017	09 – 04 - 2017	13 – 04 - 2017
10^{eme} cas	05 – 04 - 2017	09 – 04 - 2017	13 – 04 - 2017
11^{eme} cas	05 – 04 - 2017	09 – 04 - 2017	13 – 04 - 2017

2.4.3- QUESTIONNAIRE DE KARASEK :

- Choix de l'outil :

Notre questionnement initial nous a amené à utiliser le questionnaire de karasek comme outil de recherche [annexe]. Le modèle de Karasek permet de faire un lien entre le vécu du travail et les risques que ce travail fait courir à la santé.

Robert Karasek :

- Robert karasek est un psychologue américain, professeur à l'université de Massachussetts, il est détenteur d'un doctorat en sociologie et en relation au travail, de même que de masters en architecture et en génie civil.

Le modèle de karasek :

- Le modèle de karasek s'intéresse à la mesure du stress au travail. Il a été conçu par le sociologue et psychologue américain Robert Karasek en 1979. Il évalue trois (03) dimensions de l'environnement psychosocial au travail :

- L'intensité de la demande psychologique à laquelle est soumis un salarié.
- La latitude décisionnelle qui lui est accordée.
- Le soutien social qu'il reçoit.

Il comporte 26 questions :

- Neuf (09) pour la demande psychologique.
- Neuf (09) pour la latitude décisionnelle.
- Huit (08) pour le soutien social.

Les réponses proposées sont :

- Pas du tout d'accord.
- Pas d'accord.
- D'accord.
- Tout à fait d'accord.

- L'axe « demande psychologique » regroupe trois (03) sous-axes :

Quantité – Rapidité :

- Question N°10
- Question N°12
- Question N°13

Complexité - Intensité :

- Question N°14
- Question N°11
- Question N°15

Morcellement – prévisibilité :

- Question N°16
- Question N°17
- Question N°18

- Le score de demande psychologique se calcule par la formule suivante :

$$Q10 + Q11 + Q12 + (5 - Q13) + Q14 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18 =$$

-L'axe « latitude décisionnelle » regroupe trois (03) sous-axes :

Latitude ou marge de manœuvre :

- Question N°04
- Question N°06
- Question N°08

Utilisation actuelle des compétences :

- Question N°02
- Question N°05
- Question N°07

Développement des compétences :

- Question N°01

- Question N°03
- Question N°09

- Le score de latitude décisionnelle se calcule par la formule suivante :

$$(4 \times Q4) + 4 \times (5 - Q6) + (4 \times Q8) + 2 \times (5 - Q2) + (2 \times Q5) + (2 \times Q7) + (2 \times Q1) + (2 \times Q3) + (2 \times Q9) =$$

- L'axe « soutien social » distingue le soutien professionnel ou émotionnel, en Provence des supérieurs ou des collègues :

1- Le soutien professionnel :

➤ **Par les supérieurs :**

- Question N°22
- Question N°21

➤ **Par les collègues :**

- Question N°23
- Question N°26

2- Le soutien émotionnel :

➤ **Par les supérieurs :**

- Question N°20
- Question N°19

➤ **Par les collègues :**

- Question N°25
- Question N°24

- Le score de soutien social se calcule par la formule suivante :

$$Q19 + Q20 + Q21 + Q22 + Q23 + Q24 + Q25 + Q26 =$$

CHAPITRE V

**PRESENTATION ET INTERPRETATION
DES RESULTATS**

1- Présentation des cas :

1^{er} cas :

Il s'agit de la sage femme madame X1 âgée de 55 ans, divorcée, sans enfant, 32 ans d'expérience, asthmatique depuis 20 ans, ayant bénéficiée d'un poste aménagé pour s'occuper de la P.M.I, déclare une dégradation des conditions de travail à savoir :

- Absence du matériel nécessaire pour le dépistage des cancers (frottis) et la protection materno-infantile (absence de D.I.U « dispositif intra utérin », moyen de contraception).
- Conflit permanent avec l'ensemble des collègues.
- Absence d'une politique claire des gestions des conflits de la part des responsables.
- Situation de travail impossible invivable dû au comportement du responsable hiérarchique direct (coordinatrice).

2^{ème} cas :

Il s'agit de la sage femme madame X2, âgée de 39 ans, divorcée, mère d'un enfant ayant une expérience de 17 ans, asthmatique depuis 06 ans, hypertendue depuis 03 ans ayant fait deux (02) épisodes d'O.A.P (œdème aigue de poumon, se manifeste cliniquement par une dyspnée avec pique tensionnel) au cours de ses gardes, déclare que le milieu de travail est médiocre pour les raisons suivantes :

- Instabilité des équipes de garde des sages femmes laissant la sage femme toujours inadapté au sein de l'équipe.
- Retard de réponse et d'intervention du médecin gynécologue une fois sollicité par la sage femme laissant le pronostic vital en jeu.
- Pression négative sur les sages femmes de la part du responsable hiérarchique.
- Phobie des risques médico-légaux suit à des complications obstétricales imprévisibles, mettant la qualité de la prise en charge en jeu.
- Surcharge du travail.
- Manque du matériel.
- Absence de planning des congés et récupérations.
- L'ensemble de ces paramètres ayant poussé cette sage femme à faire deux épisodes d'O.A.P au cours de ses gardes.

3^{ème} cas :

Il s'agit de la sage femme mademoiselle X3, âgée de 39 ans, célibataire, ayant une expérience de 16 ans déclare que le milieu de travail devient de plus en plus dure pour les raisons suivantes :

- Dégradation des conditions de travail.
- Conflits avec les médecins résidents.

- Absence de l'assistant au cours de la garde, laissant les résidents seuls face aux urgences obstétricales.
- Manque du matériel nécessaire.
- Surcharge du travail, surtout en période estivale.

4^{ème} cas :

Il s'agit de la sage femme X4, âgée de 43 ans, mariée, mère de quatre (04) enfants, ayant une expérience de 25 ans, déclare que le milieu de travail devient de plus en plus pénible, et ceci pour les raisons suivantes :

- Manque de matériel et d'instrumentation nécessaires avec indisponibilité des moyens d'exploration et de surveillance (échographie – R.C.Fetc).
- Stérilisation non conforme (par popinelle et non pas par autoclave).
- Boîtes d'instrumentations insuffisantes face au nombre croissant d'accouchement.
- Tables d'accouchement défectueuses.
- Conflits avec des collègues d'autre corps (surtout avec les médecins résidents).
- Comportement négatif des responsables hiérarchique.
- Souffrance au travail (elle a décrié le milieu de travail comme un milieu toxique).

5^{ème} cas :

Il s'agit de la sage femme madame X5, âgée de 50 ans, ayant une expérience de 28 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux, déclare que le milieu de travail est actuellement invivable et ceci pour les raisons suivants :

- Conflits avec les collègues du travail et les responsables hiérarchique direct (sage femme coordinatrice).
- Surcharge du travail surtout en période estivale dû aux nombres importants des consultations abrasives des parturientes et des accouchements par rapport à l'effectif des sages femmes dans l'équipe.
- Absence d'une stratégie claire du travail de la sage femme entre le bloc d'accouchement, les consultations d'urgence obstétricales, la surveillance du parturiente au pré travail.
- Aucune formation continue pour les sages femmes surtout en échographie et réanimation néonatale.
- Absence d'une préparation à la naissance.
- Comportements négatifs des accompagnateurs des parturientes.

6^{ème} cas :

Il s'agit de la sage femme mademoiselle X6, âgée de «38 ans, célibataire, déclare que le milieu de travail devient de plus en plus dure pour les raisons suivantes :

- Flux massif des parturientes en consultation obstétricale.

- Manque de matériel et d'instrument.
- Tables d'accouchement en nombre insuffisant et défectueuses, laissant la position staturale de la sage femme en mauvaise posture.
- Conflit entre collègues.
- Stérilisation non conforme.

7^{ème} cas :

Il s'agit de la sage femme madame X7 âgée de 37 ans, mariée, mère 03 enfants sans antécédents particuliers ayant une expérience de 13 ans, déclare que le milieu de travail devient de plus en plus dure et ceci pour les raisons suivantes :

- Conflits permanent avec les résidents et internes.
- Dégradation des conditions de travail.
- Instrumentations défectueuses.
- Sous effectif des sages femmes surtout en période estivale par manque de planning des congés de détente.
- Congés de maladies imprévisibles sans aucune remplaçante.....
- Absence d'asepsie rigoureuse (stérilisation non conforme).

8^{ème} cas :

Il s'agit de la sage femme madame X8, âgée de 52 ans, mariée avec 4 enfants, ayant une expérience professionnelle de vingt neuf ans, aux antécédents d'arthrose cervicale déclare que les conditions de travail sont défavorable et ceci pour les raisons suivantes :

- Tables d'accouchements défectueuses laissant la sage femme en souffrance pour diriger le travail d'accouchement.
- Troubles musculo-squelettique
- Qualité de prise en charge limitée par manque de moyens et instrumentations nécessaires.
- Milieu de travail influencé par la présence des stagiaires sages femmes et internes.
- Conflit avec les collègues de travail et les responsables hiérarchiques.
- Retard d'intervention des résidents dans la prise en charge des urgences obstétricales mettant en générale le pronostic vital en jeu.

9^{ème} cas :

Il s'agit de la sage femme madame X9 âgée de 53 ans, ayant une expérience professionnelle de 30 ans, hypertendue depuis 10 ans, déclare que le milieu de travail est très perturbé, et ceci pour les raisons suivantes :

- Mauvaise organisation de l'activité des sages femmes.
- Manque de matériels nécessaires (échographie – instrumentation.....etc).
- Stérilisation non conforme ; parfois elle se trouve dans l'obligation de faire un autre accouchement avec les mêmes instrumentations. (débat de valeur).

- Retard de délai de réponse des médecins gynécologues (surtout les résidents de garde) face aux urgences obstétricales laissant la sage femme seule alors que son champ compétence est limité, d'où le risque médico-légal.
- Stress due à la charge du travail donnant par moment des piques tensionnels et palpitations.
- Les situations de deuil (décès maternel - décès néonatal – malformations).

10^{ème} cas :

Il s'agit de la sage femme madame X10, âgée de 29 ans, mariée, mère d'un enfant, ayant une expérience de 06 ans, déclare que la situation de son activité est modérément perturbée pour les raisons suivantes :

- Manque d'instrumentations.
- Mauvaise organisation de l'activité des sages femmes.
- Flux massif des parturientes.
- Sous effectif des sages femmes.

11^{ème} cas :

Il s'agit de la sage femme madame X11 âgée de 34 ans, mère de trois enfants, d'une expérience professionnelle de 11 ans, déclare une dégradation des conditions de travail et ceci pour les raisons suivantes :

- Salle de détente non confortable.
- Sous effectifs des sages femmes.
- Manques de matériels.
- Stérilisations non conforme.

1-1 Synthèse :

Suite à notre entretien clinique avec les sages femmes, nous avons révélé que des nombreuses sources de contraintes mentales liées au travail ont été retrouvées, tels que le stress chronique qui peut devenir pathologique, laissant apparaître des symptômes physiques, comme les céphalées et les troubles musculo-squelettiques, des symptômes émotionnels, tels que l'angoisse et la nervosité, des symptômes intellectuels avec des problèmes de concentration, des erreurs ou des oublis, et des symptômes comportementaux (comportement agressifs), ainsi que des troubles de sommeil et même alimentaire liés au décalage des horaires des repas. L'altération de sommeil entrainant à court terme des difficultés de concentration ou d'inattention, une irritabilité ainsi que des conséquences au travail avec diminution des performances, des risques d'erreurs, des fautes professionnelles, des risques en terme de sécurité et d'accident au travail.

- La plupart des sages femmes étaient influencées par le stress issu de l'urgence obstétricale, son pronostic et le risque professionnel qui peut exister.

- Le flux massif des parturientes surtout dans les périodes estivales où le nombre d'accouchement atteint les 60 à 70 accouchements par 24H.
- Conflits professionnels résultant soit de l'organisation du travail, soit de la charge du travail ou parfois du groupe de travail.
- Situations de deuil (décès maternel-décès néonatal – malformation...etc).
- Situation de détresse due aux complications obstétricales telle que plexus brachial, éclatement du globe suite au forceps.
- Contraintes des sages femmes liées aux risques médico-légaux suit à des fautes professionnelles sachant que le champ de compétence de ces sages femmes reste limité nécessitant l'intervention du gynécologue.
- Risques médico-administratifs résultant des erreurs professionnelles des sages femmes où leur traitement sera pris en charge au sein de l'administration (conseil de discipline).
- Le manque du matériel et d'instrumentations nécessaires, ainsi que la stérilisation non conforme.
- Salle de détente non conforme.
- D'autre part la sage femme de la PMI est confrontée quotidiennement à un travail de routine (travail répétitif) surtout en matière de sensibilisation des parturientes sur l'allaitement maternel, l'espacement de naissance et la prise de contraception

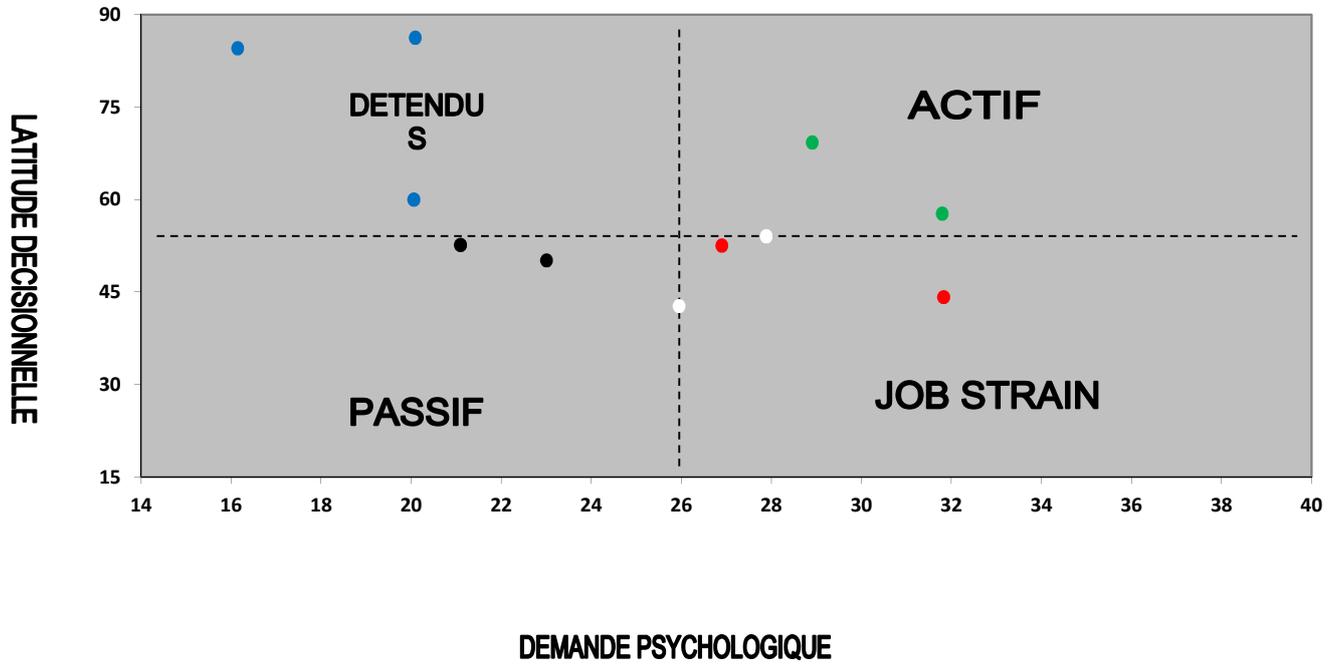
1- Résultats de questionnaire :**Tableau N°3 : Score des axes**

Cas score des axes	Demande psychologique	Latitude décisionnelle	Soutien social
X1	26	42	16
X2	27	52	19
X3	21	52	23
X4	23	50	20
X5	20	60	19
X6	32	58	18
X7	28	54	16
X8	29	70	23
X9	32	44	21
X10	20	88	27
X11	16	86	26

Tableau N°4 : Score des médianes

Médiane	Demande psychologique	Latitude décisionnelle	Soutien social
	26	54	20

4- Graphique du questionnaire :



5- Interprétation et commentaires du questionnaire:

Le graphique est structuré par deux axes représentant les valeurs médianes de la demande psychologique d'une part, et de la latitude décisionnelle d'autre part.

Dans le cadran tendu (job strain) on a trouvé deux (02) cas ;

- Le premier cas est la sage femme X2, elle a une forte demande psychologique (score 27, médiane 26) et une faible latitude décisionnelle (score 52, médiane 54), le risque est encore aggravé car le soutien social est inférieure à la médiane (score 19, médiane 20).
- Le deuxième cas est la sage femme X9 qui a une forte demande psychologique (score 32, médiane 26) et une faible latitude décisionnelle (score 44, médiane 54) avec un soutien social qui est à 21, médiane 20.

Ces deux sages femmes sont exposées à un travail stressant et fatiguant avec un risque dommageable pour leur santé, selon le score de cet échantillon.

Pour le cadran passif on a deux (02) cas :

- Le premier cas est la sage femme X3, qui présente une faible demande psychologique (score 21, médiane 26) et une faible latitude décisionnelle (score 52, médiane 54) avec un soutien social du score 23 médiane 20.
- Le deuxième cas est la sage femme X4 qui présente une faible demande psychologique (score 23, médiane 26) avec une faible latitude décisionnelle (score 50, médiane 54) avec un soutien social égal à la médiane.

Ces deux sages femmes pourraient être source insatisfaction.

On a un cas qui se trouve dans la médiane (entre le tendu et le passif), il s'agit de la sage femme X1, qui présente une demande psychologique de score de 26 égal à la médiane, et une faible latitude décisionnelle (score 42, médiane 54) avec un faible soutien social (score 16, médiane 20).

Cette sage femme à un jugement encore plus négatif sur sa santé.

Pour le cadran actif, on trouve deux (02) cas :

- Le premier cas est la sage femme X8 qui a une forte demande psychologique (score 32, médiane 26) et une latitude décisionnelle supérieure de la médiane (score 58, médiane 54) avec un faible soutien social (score 18, médiane 20).
- Le deuxième cas est la sage femme X8 qui a une forte demande psychologique (score 29, médiane 26), et une forte latitude décisionnelle (score 70 / médiane 54), avec un soutien social supérieure de la médiane (score 23 / médiane 20).

Ces deux sages femmes sont dynamiques et actives dans leur travail.

On a un cas qui se trouve à la médiane, entre le cadran de tension et le cadran actif, il s'agit de la sage femme X7, qui présente une demande psychologique de score de 28 sur une médiane de 26, et une latitude décisionnelle égale à la médiane 54.

Cette sage femme est exposé à un travail stressant et fatigant, surtout qu'elle a un soutien social très faible (score 16 / médiane 20).

Dans le cadran détendu on a trois (03) cas :

- Le premier cas est la sage femme X5, qui a une faible demande psychologique (score 20 / médiane 20) mais en parallèle elle présente une latitude décisionnelle supérieure de la médiane (score 60 / médiane 54) avec un soutien social de score 19 sur une médiane de 20.
- Le deuxième cas est la sage femme X10 qui a une demande psychologique inférieure de la médiane (score 20 / médiane 26) et une forte latitude décisionnelle (score 88 / médiane 54) avec un fort soutien social (score 27 / médiane 20).
- Le troisième cas est la sage femme X11 qui a une très faible demande psychologique (score 16 / médiane 26) et une forte latitude décisionnelle (score 86 / médiane 54) avec un soutien social supérieure de la médiane (score 26 / médiane 54).

Ces trois sages femmes ont un équilibre psychique dans leur travail.

6- Synthèse:

Les résultats obtenus du questionnaire ne concordent pas totalement avec les situations trouvées durant les entretiens et les observations.

De ce faite, les risques psychosociaux chez les sages femmes ne sont pas dus qu'à la demande psychologique élevée et la faible latitude décisionnelle, mais aussi à d'autres paramètres telle que :

- Le programme de travail des sages femmes sous une formule de 24H ; chose qui peut être une source d'un burn-out (épuiement par ennui).
- Les situations d'urgence aux quelles elles sont souvent exposées.
- Surcharge du travail due non seulement au flux massif des parturientes mais aussi à la désorganisation de l'activité des sages femmes.
- Matériels insuffisants, instrumentations défectueuses, stérilisation non conforme laissant parfois la sage femme pratiquer deux accouchements avec les mêmes instruments (conflit de valeur)..
- Les conflits avec les collègues d'une part, et les supérieures d'autre part, sans aucun soutien social chez la majorité des sages femmes.
- Structure (bloc d'accouchement) cloisonnée non adaptée avec espace réduit ne pouvant pas prendre l'ensemble du personnel (sages femmes, élèves sages femmes, résidents internes, ATS.....etc).
- Bruits dues aux cris des parturientes et des nouveaux nés qui ne s'arrêtent presque pas ; chose qui peut entraîner un stress et un sentiment de fatigue.
- Manque d'aération avec absence d'extracteurs d'air ; chose qui peut entraîner des odeurs désagréables.
- Tables défectueuses non confortables et insuffisantes en nombre.
- Local de P.M.I inadapté, implanté à l'intérieur du service.
- Activité de P.M.I limitée à la sensibilisation des parturientes sur la prise de contraception.

7- Recommandations :

- Fournir un soutien professionnel pour améliorer les conditions de travail des sages femmes et la qualité de soins aux femmes et aux nouveau nés, les professionnels des soins obstétricaux doivent bénéficier des salaires qui soient adaptés à leur niveau de compétence et de responsabilité, de réseau de soutien professionnel, d'un cadre de vie satisfaisant et de services de conseils.
- Une formation et un encadrement réglementaire de meilleure qualité.
- Sensibilisation aux soins obstétricaux avec une stratégie mondiale visant à lutter contre les obstacles aux quels les sages femmes se trouvent confrontées, afin d'améliorer la qualité des soins.

- Créé un groupe de rencontre au travail (GRT) dans l'établissement, son rôle est d'entamer un dialogue social (utilisé la discipline de la science de langage). En effet, il est très important de partager un langage commun afin de connaitre quel sont les RPS présent dans l'établissement ? et quelles sont leurs natures, leur fréquence et leur gravité ?
- La mise à disposition d'un plus grand nombre de sages femmes.
- Etablir des plannings de congé.

CONCLUSION GENERALE

Notre recherche tente de mettre en relief à la fois l'importance des risques psychosociaux chez les sages femmes et le manque et/ ou l'absence de préparation et d'instrumentation suffisante pour gérer ces risques.

Manifestement, les risques psychosociaux sont omniprésents dans la pratique quotidienne de la sage femme résultant non seulement de la complexité de l'activité de la sage femme, mais aussi de la désorganisation de cette activité et le manque de ses moyens.

De plus, les conditions de travail sont difficiles, ainsi que la forte demande psychologique et la faible marge de manœuvre, notamment le manque de soutien social que ce soit de la part des collègues ou bien des supérieures.

BIBLIOGRAPHIE

- C. Dejours, Travail, usure mentale, nouvelle édition, Bayard édition, 2008.
- C.Laouisset, le médecin généraliste face a la prise en charge des patient atteints de cancer, université Paris7, janvier 2011,
- M, Gollac et M,Bodier , mesurer les risques psychosociaux pour les maitriser, ministère du travail ,de l'emploi et de la sante avril 2011.
- S.Kernani, risques psychosociaux et démocratie organisationnelle : un observatoire pour l'Algérie, le cnam,2016.
- H.Laurent, evaluation des risques psychosociaux ; annexe au document unique, Expertorisk, 2015.
- S.Guyot,V.Langevin.A.Montagnez, Evaluer les facteurs de risques psychosociaux :l'outil RPS-DU,ED6140,INRS,2013.
- S.Olivier, stress infirmer en milieu hospitalier : prendre soin de soi pour prendre soin d'autrui, HesSo, 2015.
- G.Poussin , la pratique de l'entretien clinique,DUNOD,2006.
- Guide sur la prévention des risques psychosociaux, Direction générales des finances publiques dgfip.finances.gouv.fr.
- Guide de prévention : manipulation sécuritaire des médicaments dangereux, bibliothèque national de canada, 2008.

Revue :

- Bulletin épidémiologique hebdomadaire sante mental et travail : comprendre pour surveiller, Juin 2009, N°25-26, page262
- C.Veronique, M.Lefel, bulletin infirmier du cancer, Vol1, N°1 Mars 2001.
- DARES, les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003, Première synthèse, Mai 2008 N°22.1.

Bibliographie

www.techno-science.net.

www.osfq.org/grandpublic.

www.jle.com/fr.

www.educh.ch.

[https ;//books.google.com](https://books.google.com).

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

Question N°01 :

Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°02 :

Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°03 :

Mon travail me demande d'être créatif.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°04 :

Mon travail me permet de prendre souvent des décisions moi-même.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°05 :

Mon travail demande un haut niveau de compétence.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°06 :

Dans ma tâche, j'ai très peu de libertés pour décider comment je fais mon travail.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°07 :

Dans mon travail, j'ai des variées.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°08 :

J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°09 :

J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°10 :

Mon travail me demande de travailler très vite.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°11 :

Mon travail me demande de travailler intensément.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°12 :

On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°13 :

Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°14 :

Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autre personne.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°15 :

Mon travail demande de longues périodes de concentration intense.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°16 :

Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
-

- Tout à fait d'accord

Question N°17 :

Mon travail est très basculé.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°18 :

Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°19 :

Mon supérieur se sent concerné par le bien être de ses subordonnés.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°20 :

Mon supérieur prête attention à ce que je dis.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
-

- Tout à fait d'accord

Question N°21 :

Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°22 :

Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°23 :

Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°24 :

Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord

- Tout à fait d'accord

Question N°25 :

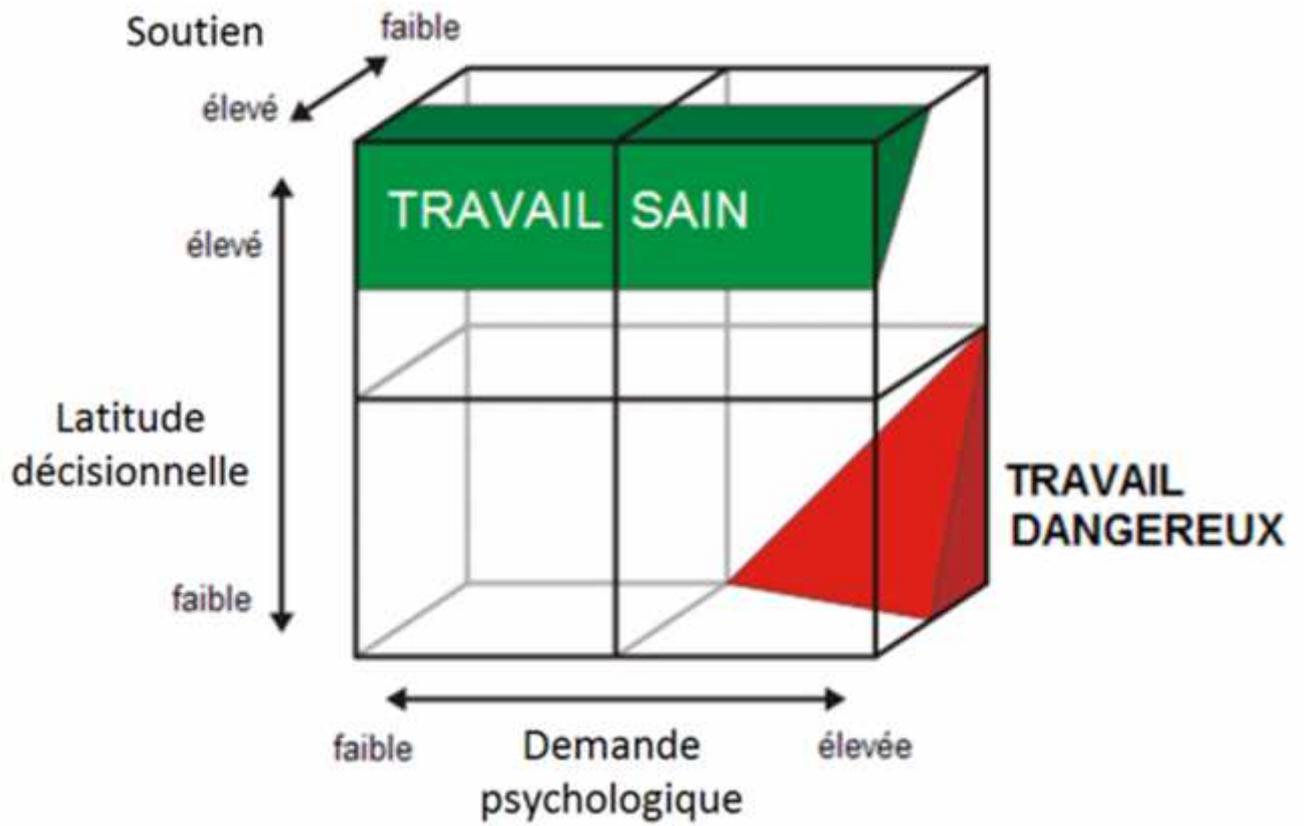
Les collègues avec qui je travaille sont amicaux.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question N°26 :

Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien.

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord





Vue satellitaire de l'E.H.S Mère-Enfant Tlemcen



**Hospitalisation
Gynécologique**



Suite de Couche







Résumé :

Ce mémoire rend compte d'une recherche sur les risques psychosociaux chez les sages femmes au milieu hospitalier.

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'ampleur de la problématique des risques psychosociaux chez les sages femmes, quantifier les conditions de travail et cerner au plus près le travail réel perçu par les sages femmes.

Les données ont été recueillies auprès de 11 sages femmes œuvrant à l'intérieure de l'établissement hospitalier spécialisé mère enfant Tlemcen réparties comme suit :

- 07 sages femmes du bloc d'accouchement.
- 02 sages femmes des admissions.
- 01 sage femme de suite de couches
- 01 sage femme de PMI.

La collecte des données avait été réalisée au moyen observation clinique, entretien libre et de questionnaire de karasek,

L'analyse des observations et des entretiens montre que des risques psychosociaux sont omniprésents chez ces sages femmes dus à la pression et surcharge du travail, conditions de travail pénibles, le manque des matériels, des instrumentations et les conflits que se soit avec les collègues du même corps ou bien des autres corps.

Les résultats du questionnaire étaient comme suit :

- Deux (02) sages femmes exposées au travail tendu (job strain), qui ont une forte demande psychologique est une faible marge de manœuvre. Une est exposée à un risque très dommageable pour sa santé car le soutien social est inférieur à la médiane. La deuxième est exposée à un risque dommageable pour sa santé vu que le soutien social qu'elle dispose est supérieur de la médiane.
- Deux (02) cas dans le cadran passif qui présentent une faible demande psychologique avec une faible latitude décisionnelle.
- Un (01) cas qui se trouve à la médiane entre le tendu et le passif qui présente une demande psychologique et une latitude décisionnelle égales à la médiane avec un faible soutien social.
- Deux (02) cas dans le cadran actif qui présentent une forte demande psychologique et une forte marge de manœuvre.
- Un (01) cas qui se trouve à la médiane entre le cadran tendu et le cadran actif avec une demande psychologique et une latitude décisionnelle égales à la médiane avec un soutien social très faible.
- Trois (03) cas dans le cadran détendu avec une faible demande psychologique et une forte marge de manœuvre.

Les résultats font état de présence des risques psychosociaux chez les sages femmes.

Summary :

This thesis reports on research on psychosocial risks in midwives in hospitals.

The objective of our study was to assess the extent of psychosocial risks in midwives, to quantify working conditions and to identify as closely as possible the real work perceived by midwives.

The data were collected from 11 midwives working in the specialized maternal hospital Tlemcen, as follows:

- 07 midwives of the delivery block.
- 02 midwives of admissions.
- 01 midwives of suite of layers
- 01 midwife of PMI.

Data collection was done through clinical observation, free interview and karasek questionnaire,

The analysis of observations and interviews shows that psychosocial risks are omnipresent in these midwives due to pressure and overwork, painful working conditions, lack of materials, instrumentation and conflicts with colleagues in the Same body or other bodies.

The results of the questionnaire were as follows:

- Two (02) midwives exposed to tense work (job strain), who have high psychological demand is a small margin for maneuver. One is at a very harmful health risk because social support is below the median. The second is exposed to a harmful risk to her health as the social support she has is higher than the median.
- Two (02) cases in the passive dial which present a low psychological demand with a little decisional latitude.
- One (01) case located at the median between the tense and the passive which presents a psychological demand and decisional latitude equal to the median with little social support.
- Two (02) cases in the active dial that present a strong psychological demand and a large margin of maneuver.
- One (01) case located at the median between the tight dial and the active dial with a psychological demand and decisional latitude equal to the median with very low social support.
- Three (03) cases in the relaxed dial with low psychological demand and a large margin for maneuver.

The results indicate that psychosocial risks are present in midwives.