

La Pénibilité du Travail des Sages-Femmes dans une Maternité d'un Centre Hospitalo-Universitaire d'Alger

The Difficulty of The Work of Midwives in a Maternity Unit of a University Hospital Center in Algiers

Leila Hadjer LAHOUCINE, Hossem Eddine SELMANE, Souad AMARI, Zoubida KHOUDOUR, Hayette BENMESSAOUD

Service de médecine du travail du CHU de Bab El Oued

.....
Date de réception:17/5/202. Date d'acceptation:06/7/202. Date de publication:15/7/202.

Résumé :

Objectif : Une intervention ergonomique en vue d'analyser le travail d'une population de sages-femmes a été réalisée suite aux différentes plaintes enregistrées à notre consultation de médecine du travail.

Cette intervention avait pour objectifs d'identifier les facteurs de pénibilité liés aux pratiques professionnelles des sages-femmes, leur retentissement sur la santé et de proposer des pistes d'amélioration.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une analyse ergonomique des situations de travail au bloc d'accouchement et une enquête médicale auprès de 18 sage-femmes d'un service de gynéco-obstétrique.

Résultats : L'analyse des situations de travail a mis en exergue, des dysfonctionnements relatifs aux infrastructures, équipements et organisation du travail.

Une salle d'accouchement exiguë, multifonctionnelle, était source d'entraves et de gêne. Les présences simultanées ont représenté 96% du temps de l'observation, d'autant plus que le temps de séjour dans cette salle était le plus long par rapport aux autres lieux.

Durant la réalisation d'un accouchement la sage-femme observée a adopté des postures inconfortables : nuque en inclinaison (73% du temps de l'observation), poignet en rotation et main en flexion (48.6% du temps de l'observation), épaule en tension (86% du temps de l'observation).

Les dimensions du mobilier, les équipements et la qualité du matériel ont été à l'origine de contraintes supplémentaires.

Les tables d'accouchement étaient anciennes vétustes et non réglables et les tabourets en nombre insuffisant non réglables en hauteur.

L'enquête médicale a retrouvé, 10 cas de cervicalgies avec irradiation et 11 cas de tendinopathies du poignet.

Le stress était ressenti par toutes les sages-femmes. Les symptômes liés au stress étaient dominés par l'anxiété et l'angoisse, retrouvées chez 14 sages femmes.

Conclusion : l'analyse de l'activité des sages-femmes au bloc d'accouchement a mis en évidence des contraintes organisationnelles, posturales et gestuelles. Ces contraintes sont à l'origine d'un mal être et d'une altération de la qualité de vie au travail. Afin de préserver la santé mentale et physique de ces sages-femmes, des pistes d'amélioration ont été proposées.

Mots-clés : sage-femme ; ergonomie ; TMS ; santé ; travail.

Summary:

Objective: An ergonomic intervention to analyze the work of a population of midwives was carried out following the various complaints recorded at our occupational health consultation.

The objectives of this intervention were to identify the hardship factors linked to the professional practices of midwives, their impact on health and to propose ways of improvement.

Material and method: We carried out an ergonomic analysis of work situations in the delivery room and a medical survey of 18 midwives from an obstetrics and gynecology department.

Results: The analysis of work situations has highlighted malfunctions relating to infrastructure, equipment and work organization.

A cramped, multifunctional delivery room was a source of obstacles and discomfort. Simultaneous presences represented 96% of the observation time, especially since the residence time in this room was the longest compared to the other places.

During delivery, the observed midwife adopted uncomfortable postures: tilted neck (73% of the time of the observation), wrist in rotation and hand in flexion (48.6% of the time of the observation), shoulder in tension (86% of the observation time).

The dimensions of the furniture, the equipment and the quality of the material were the source of additional constraints.

The delivery tables were old, worn out and non-adjustable, and the stools were insufficient in number and non-adjustable in height.

The medical investigation found 10 cases of neck pain with irradiation and 11 cases of wrist tendinopathy.

Stress was felt by all the midwives. Stress-related symptoms were dominated by anguish and anxiety, found in 14 midwives.

Conclusion: The analysis of the activity of the midwives in the delivery room highlighted organizational, postural and gestural constraints. These constraints are the cause of discomfort and an alteration in the

quality of life at work. In order to preserve the mental and physical health of these midwives, avenues for improvement have been proposed.

Keywords : midwife; ergonomics; MSDs; health; work.

1. Introduction :

La sage-femme est un des acteurs clé du système de santé en Algérie, elle occupe une place particulière de par la prise en charge des mères et des nouveau-nés (Souaber, 2014).

La sage-femme dont le métier est difficile est soumise à de multiples contraintes physiques et organisationnelles, qui ne sont pas toujours en accord avec sa physiologie (Gegout, 2004).

Au cours de nos consultations de médecine du travail nous avons relevé un accroissement important de plaintes, en relation avec des problèmes de santé et de souffrance psychique. Carence en personnel, travail dans l'urgence et sous contrainte du temps, ambiance de travail défavorable généraient un véritable mal être chez elles.

Ce constat nous a motivé à réaliser une analyse ergonomique des situations de travail des sages-femmes, avec comme objectifs d'identifier les facteurs de pénibilité liés aux pratiques professionnelles des sages-femmes, leur retentissement sur la santé et de proposer des pistes d'amélioration.

2. Matériels et méthodes

Notre étude a été réalisée dans une clinique de gynécologie obstétrique, localisée en extramuros à un kilomètre de l'hôpital. Elle s'est déroulée sur une période de cinq mois, du mois de mars au mois de juillet 2019. Elle a nécessité 29 déplacements sur site.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons réalisé une analyse ergonomique des situations de travail et une enquête médicale.

2.1 Analyse ergonomique des situations de travail

Nous avons réalisé une observation ergonomique d'une situation de travail d'une sage-femme qui a concerné un accouchement, afin d'identifier les différents déterminants de la situation de travail.

Nous avons commencé par expliquer notre démarche aux responsables, visiter les lieux de travail et prendre contact avec les différentes équipes afin d'apprécier leurs conditions de travail.

Nous avons observé une sage-femme dès la prise de son poste. Nous l'avons suivie minute par minute pour noter le déroulement réel de son travail, équipés d'une montre à affichage numérique et de feuilles de relevé d'observation.

Nous avons noté et chronométré les actions, les déplacements et les gestes.

Nous avons utilisé un appareil photo numérique pour photographier et filmer les opérations de travail.

Lors de cette analyse ergonomique nous avons relevé cinq types de déterminants de la situation de travail, tirés des travaux d'Estryn-Behar et Fouillot (1990) et d'Estryn-Behar (2000): la nature des tâches, les différentes postures, le temps passé dans chaque lieu, la durée des conversations et les présences simultanées.

Le déroulement chronologique, la durée et la fréquence des éléments observés ont été reportés sur une grille d'observation préétablie.

Des entretiens avec l'ensemble des sages-femmes ont été organisées, pour la verbalisation des opératrices sur leur vécu au travail.

Au cours de cette analyse nous avons mesuré les espaces de travail à l'aide d'un mètre ruban.

Nous avons également évalué les ambiances de travail au niveau du bloc d'accouchement. Les niveaux d'éclairage ont été mesurés par un luxmètre de marque ROLINE (DIGITAL LUX METER RO 1332). Les mesures ont été prises à hauteur du plan de travail de chaque table d'accouchement et au niveau de la table qui fait office de bureau. Notre référence était le décret exécutif N° 91-05 du 19 janvier 1991, relatif aux prescriptions générales de prévention applicables en matière d'hygiène et de sécurité en milieu de travail, qui fixe les valeurs minimales d'éclairement à 120 lux pour les locaux de travail, vestiaires, sanitaires, et à 200 lux pour les locaux aveugles.

Pour mesurer l'ambiance sonore, nous avons utilisé un sonomètre de marque CEL- 485 de type 2 et son calibreur CEL-282. La mesure était ponctuelle d'une durée de 17 minutes.

On s'est référé aux normes réglementaires fixées par l'instruction n°009 du 28 juin 1986 de la direction de la prévention et de l'éducation sanitaire du ministère de la santé publique relative à la protection de la santé des travailleurs exposés aux nuisances sonores, qui fixe un niveau de bruit de 85 dB(A) comme côte d'alerte, et un niveau de 90 dB(A)

comme côte de danger.

Pour apprécier les niveaux de température et d'humidité, nous avons utilisé un appareil de mesure " le WBGT heat stress Meter" référence 800036. Pour le confort thermique on s'est référé à la norme ISO 7730 pour laquelle la température pour des sujets peu vêtus, travaillant principalement debout, devrait être de 22°C.

2.2 Enquête médicale

Nous avons exploité les dossiers médicaux pour le recueil des caractéristiques socioprofessionnelles et les antécédents médicaux des sages-femmes.

Nous avons recensé les TMS du membre supérieur par l'application du protocole d'examen clinique du consensus européen SALTSA. Ce protocole comporte un algorithme d'arbre diagnostique et comprend 12 troubles cliniques spécifiques et un syndrome général. Les critères d'évaluation de la sévérité des troubles sont fondés sur la présence des symptômes et la réponse à des tests cliniques simples et codifiés.

Des examens complémentaires ont été prescrits, orientés par la plainte, le siège et le contexte clinique de la douleur.

Nous avons évalué également les symptômes de stress, les facteurs psychosociaux et le vécu du travail par un questionnaire inspiré du questionnaire TMS d'INRS (version octobre 2000).

Toutes les données ont été analysées à l'aide d'un logiciel tableur EXCEL de Microsoft office.

3. Résultats

3.1 Analyse ergonomique des situations de travail

Lors des visites médicales les plaintes émanaient surtout des sages-femmes travaillant au bloc d'accouchement ce qui nous a amené à axer notre intervention sur ce lieu de travail, afin de mieux comprendre le fonctionnement de cette unité et ses contraintes.

Nous avons observé une sage-femme qui avait sept ans d'expérience au cours de la réalisation d'un accouchement. Elle a travaillé avec une deuxième sage-femme le jour de l'observation de 8h à 17h. Neuf accouchements ont été réalisés durant leur vacation.

Il est important de rappeler que la sage-femme assure

seule le suivi de la parturiente depuis son admission jusqu'à l'accouchement. Elle est garante de la qualité et de la sécurité des soins. Le déroulement de la naissance dans les meilleures conditions est une préoccupation constante pour elle, tributaire d'une extrême attention. Elle doit donc assurer avec précision et attention la responsabilité technique de l'accouchement. Elle doit rester à l'écoute de ses patientes, les rassurer et les accompagner durant leur accouchement.

3.1.1 Description des locaux de travail

Le bloc d'accouchement se situe au deuxième étage de la clinique. Il comprend une salle d'accouchement, deux salles de pré et post-travail d'une capacité de six lits, une salle de stérilisation, un bloc opératoire d'urgence et des sanitaires communs au personnel et aux patientes.

La salle d'accouchement d'une superficie de 29,5 m², comprend trois tables d'accouchement vétustes, trois scialytiques dont deux ne sont pas fonctionnels.

Pour les tâches administratives (rédaction des rapports de déroulement de l'accouchement, enregistrement des naissances...), le matériel se réduit à une table surmontée d'un élément défectueux qui sert de rangement pour les dossiers, une chaise et deux tabourets.

Par ailleurs, la chambre de garde qui sert également de salle de repos se trouve au niveau de l'étage au-dessus.

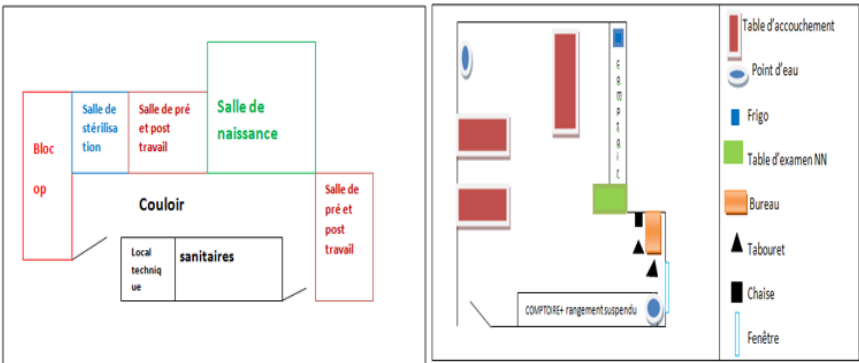


Figure 1 : description du bloc d'accouchement et de la salle de naissance

3.1.2 Descriptif de la situation de travail observée

La situation de travail décrite a concerné la réalisation d'un accouchement d'une primipare qui s'est déroulé en 95 minutes. La durée et la fréquence des postures ont été notées.

Tableau I: Répartition du temps consacré aux différentes tâches et postures d'une sage-femme sur 1h 35min d'observation

La tâche	Posture	Durée	Fréquence
Touchers vaginaux	Nuque inclinée, coude sans appui, épaule en tension	5,7min	05
Accouchement (phase d'expulsion)	Nuque inclinée, coude sans appui, épaule en tension, rotation des poignets, flexion de la main de plus de 20°, mouvements de soulagement des épaules, doigts en tension	20min	10
Prise de consignes, travaux d'écriture	Nuque inclinée, préhension en pince digitale.	15min	04
Pose de perfusion	Nuque inclinée, coude sans appui alors que la main réalise une tâche minutieuse	5 min	01
Lavage des mains	Nuque inclinée, rotation des poignets, coude sans appui, épaules en tension	2.5min	02
Suture	Nuque inclinée, coude sans appui alors que la main réalise une tâche minutieuse, épaule en tension, rotation des poignets, flexion de la main de plus de 20°, épaules en tension, mouvements de soulagement des épaules, doigts en tension	17 min	16
Délivrance	Nuque inclinée, coude sans appui, épaule en tension, rotation des poignets, flexion de la main de plus de 20°, mouvements de soulagement des épaules, doigts en tension	2min	1
Aspiration néonatale, examen du nouveau-né	Nuque inclinée, préhension en pince digitale	5 min	1

Pénibilité physique

La sage-femme observée a passé 55 minutes du temps de l'observation en positions pénibles.



Figure 2 : Prise de consignes, tenue des supports documentaires
Nuque inclinée, préhension en pince digitale



Figure 3 : Touchers vaginaux
Nuque inclinée, coude sans appui alors que la main réalise une tâche minutieuse, épaule en tension



Figure 4 : Accouchement (phase d'expulsion)
Nuque inclinée, coude sans appui alors que la main réalise une tâche minutieuse, épaule en tension, rotation des poignets, flexion de la main de plus de 20°, mouvements de soulagement des épaules, doigts en tension.



Figure 5 : Expression abdominale
Tête fléchie, tronc fléchi, mains appliquent une pression.



Figures 6 : Délivrance
Nuque inclinée, coude sans appui alors que la main réalise une tâche minutieuse, épaule en tension, rotation des poignets, flexion de la main de plus de 20°, mouvements de soulagement des épaules, doigts en tension.



Figures 7 : Réfection d'épisiotomie
Nuque inclinée, coude sans appui alors que la main réalise une tâche minutieuse, épaule en tension, rotation des poignets, flexion de la main de plus de 20°, épaules en tension, mouvements de soulagement des épaules, doigts en tension

3.1.3 Les interruptions

Les interruptions empiétant sur le bon déroulement des

activités de la sage-femme dans une salle d'accouchement ont représenté 51% du temps de l'observation. Elles concernaient principalement les demandes de renseignements de la part des médecins et des femmes de salles.

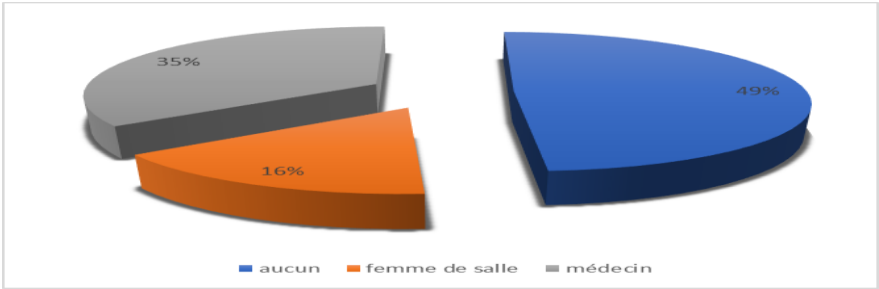


Figure 8 : Répartition du temps occupé par des interruptions

3.1.4 Les présences simultanées

Lors de notre observation ergonomique, nous avons noté la présence simultanée de 11 personnes dans le bloc d'accouchement : médecins, internes, sages-femmes, femmes de salles, infirmières.

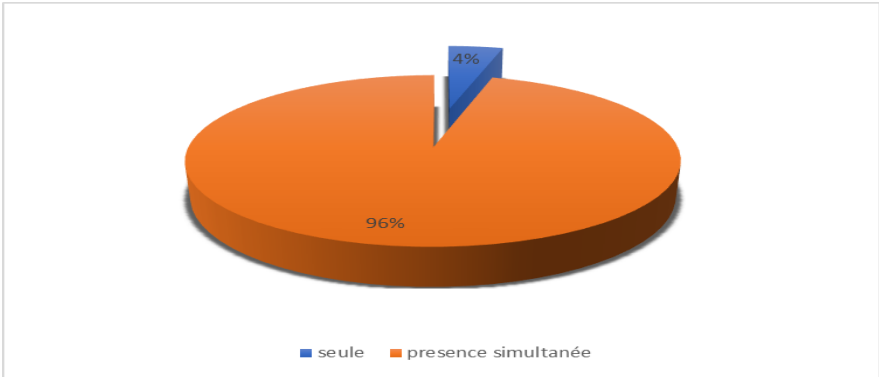


Figure 9 : Répartition du nombre de présences simultanées sur 1 heure 35 minutes d'observation d'une sage-femme dans une salle d'accouchement

3.1.5 Les facteurs de pénibilité du travail de sages-femmes

Lors de nos entretiens, les sages-femmes ont abordé différents facteurs de pénibilité liés à leur travail.

La pénibilité physique était inhérente aux différents efforts de pression, opération de dilatation du col, traction et sutures lors de la réalisation de l'accouchement et la station debout prolongée.

D'autres plaintes étaient en relation avec la structure qui

était inadaptée, le matériel défectueux et les équipements insuffisants.

La table qui fait office de bureau réduisait l'espace au niveau du bloc d'accouchement. La salle de repos à distance majorait le temps passé au bloc d'accouchement. Les tables d'accouchements en mauvais état, les scialytiques en panne favorisaient les postures vicieuses. Les chaises en nombre insuffisant imposaient le maintien de la station debout même en temps de pause.

La boîte d'accouchement souvent incomplète, les ciseaux pour épisiotomie usés voire émoussés, la taille des gants inadaptée, rendaient leur tâche ardue.

Les gants en latex sont de mauvaise qualité, se déchirent spontanément et les exposent à un risque accru d'accident exposant au sang (AES).

Les sages-femmes avaient été victime d'au moins un accident exposant au sang, pas toujours déclarés.

La souffrance psychique relevée lors des entretiens était en rapport avec les problèmes relationnels, la confrontation à la souffrance des parturientes, le travail dans l'urgence, les cris stridents des parturientes, ainsi que le salaire insuffisant face aux risques encourus et le travail effectué.

La latitude décisionnelle est perçue comme élevée par les sages-femmes interrogées. Cette latitude décisionnelle devrait normalement constituer un levier à la motivation et au bien-être au travail, est perçue à contrario comme une contrainte à cause de la hantise de prise de mauvaises décisions et les poursuites judiciaires qui pourraient en découler. Cependant les violences à leur encontre qui émanent des patientes font rarement l'objet de poursuites judiciaires.

Les violences physiques et verbales dont elles sont victimes, sont représentées par les griffures, morsures, torsion de la main, insultes verbales et menaces. Elles sont sources de souffrances et de stress supplémentaire.

Les pauses pour se restaurer sont aléatoires voire inexistantes, et dépendent de la disponibilité du personnel, de la cadence et de la charge du travail.

Les horaires de travail étaient perçus comme un désavantage de leur profession. Les changements de planning imprévisibles pour compenser les absences, le travail de nuit, le travail en weekend ou jours fériés impactaient sur l'organisation de la vie de famille. « Nous n'arrivons pas à concilier travail et

vie de famille même si on a des journées de récupération. Pas évident de travailler alors que votre mari est à la maison encore moins un jour de l'aïd » propos d'une sage-femme.

3.1.6 Métrologie d’ambiance

L’équipe soignante a travaillé fenêtres ouvertes. La température au moment de l’observation (période estivale) était de 25,5°C.

La mesure du bruit était ponctuelle prise sur une durée de 17 min, nous avons noté un niveau de bruit de 86.6 dB(A).

Les résultats des mesures de l’éclairement enregistrés étaient supérieurs aux valeurs minimales d’éclairement exigées par la réglementation en vigueur.

Tableau II : Résultats des mesures des ambiances thermique et sonore

	Température de l’air °C	Humidité relative %	Niveau de bruit dB(A)
Salle d’accouchement	25 ,2 °C	47,4%	86.6 dB(A)

Tableau III: Résultats des mesures de l’ambiance lumineuse

	Table d’accouchement 01	Table d’accouchement 02	Table d’accouchement 03	Coin bureau
Niveau d’éclairement (lux)	328	482	625	503

3.2 Enquête médicale

3.2.1 Caractéristiques socio-professionnelles des sages-femmes

Notre population d’étude était exclusivement féminine et a regroupé 18 sages-femmes. Leur âge moyen était de 34 ans avec des extrêmes allant de 25 à 52ans. Neuf sages-femmes avaient présenté un surpoids et cinq autres étaient obèses.

Quatorze sages-femmes étaient mariées et mères de famille, trois d’entre elles avaient des grossesses évolutives et deux autres étaient mères allaitantes.

Les sages-femmes interrogées exerçaient leur métier en moyenne depuis 11 ans, elles étaient toutes sous contrat à durée indéterminée et le poste occupé constituait le premier emploi.

3.2.2 Antécédents médico-chirurgicaux

Cinq sages-femmes avaient de l’atopie, trois autres des

troubles digestifs type constipation et colopathie. Par ailleurs, cinq sages-femmes avaient des antécédents de troubles musculosquelettiques (cervicalgies et douleurs de l'épaule).

Tableau IV : Répartition des antécédents médicaux selon la pathologie

Pathologies	Effectif
Troubles musculo-squelettiques	05
Troubles digestifs	
-Constipation, colopathies	03
-Cholécystectomie	01
Allergies	05
Troubles visuels	01
Hypertension artérielle	00
Troubles endocriniens (hypothyroïdie)	02
Troubles psychosociaux (angoisse, anxiétés)	01
Malformation congénitale (scoliose)	01
Fracture	
Main	02
Membre inférieur	02
Psoriasis	01

3.3.3 Protocole SALTSA

Le protocole SALTSA a été utilisé chez 17 sages-femmes parmi les 18. La sage-femme exclue ne présentait aucune douleur les 12 mois précédents l'étude.

Le segment poignet/main était le plus atteint de TMS des membres supérieurs (11 cas) suivi par le cou (10 cas) et l'épaule (09 cas) avec une prédominance droite des troubles.

Tableau V: Résultats de l'application du consensus clinique SALTSA

Segment Sévérité du TMS	Cou	Epaule		Coude		Avant-bras		Poignet/ mains		Total
		D	G	D	G	D	G	D	G	
Symptomatique Averée	10	9	6	6	1	7	2	11	4	56
Symptomatique Infra clinique	0	2	1		0	0	0	0	0	3
Latente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3.3.4 Pathologies dépistées

Douze pathologies ont été diagnostiquées. Une même sage-femme a présenté une hernie discale cervicale, une hernie discale lombaire et une tendinite du sus-épineux.

Tableau VI: pathologies dépistées

Pathologie diagnostiquée	Nombre
Arthrose cervicale	01
Hernie discale cervicale	01
Pincement vertébral	02
Hernie discale lombaire	03
Tendinite de sus épineux de l'épaule droite	01
Syndrome de la coiffe des rotateurs	03
Syndrome du canal carpien droit	01
Total	12

3.3.5 Facteurs de risque psychosociaux

Le stress sur les lieux du travail était ressenti par toutes les sages-femmes.

La symptomatologie liée au stress était dominée par l'anxiété et l'angoisse, retrouvées chez 14 sages-femmes, suivi par les symptômes cardiaques et les symptômes digestifs.

L'attention requise au travail, la charge importante ainsi que la forte pression au travail étaient perçues par toutes les répondantes. Néanmoins, elles avaient rapporté une forte participation à l'organisation du travail et un bon soutien social de la part des collègues et du supérieur hiérarchique immédiat.

Le travail effectué nécessitait une force musculaire importante, des mouvements fins et précis, des gestes répétitifs. La contrainte du temps imposait une cadence rapide du travail.

Discussion

Cette recherche visait principalement à étudier le métier de sage-femme et à déterminer les caractéristiques et les facteurs de risques qui y sont associés pour au final dégager des pistes d'amélioration.

Le déroulement de notre étude a connu quelques difficultés. La programmation et la gestion de nos entretiens et consultations médicales in situ étaient difficiles à gérer, compte tenu du manque de disponibilité des sages-femmes en raison de leur charge de travail. Le temps que nous avons consacré aux consultations médicales était important ; les sages-femmes s'épanchaient longtemps sur leur état d'âme et la consultation durait en moyenne 1H30 min.

L'activité au bloc d'accouchement mobilise, chez les sages-femmes de multiples dimensions (physique, cognitive, affective, psychique, sociale...). L'observation et les entretiens

que nous avons menés visaient à recueillir ces différentes facettes de l'activité.

Durant toutes les phases de l'accouchement, des postures contraignantes et pourvoyeuses de TMS, ont été adoptées. La nuque a été maintenue inclinée 73% du temps de l'activité soit 69 minutes, poignet en rotation et la main en flexion durant 48.6% du temps de l'activité soit 35 minutes, l'épaule en tension durant 86% du temps de l'activité soit 80 minutes.

La réfection de l'épisiotomie a occupé 24% du temps de l'activité. Cette opération a été pratiquée en position debout, penchée en avant coude sans appui, cou fléchi, ce qui peut d'après le laboratoire de biomécanique et d'ergonomie, en plus d'affecter le système musculo-squelettique, engendrer, des troubles veineux et une fatigue excessive (Marion Bossenauer, 2015).

Le travail en salle d'accouchement peut donc être de nature à exposer les opératrices à un risque de TMS du membre supérieur voire dorso-lombalgique.

Les troubles musculosquelettiques révélés par l'enquête médicale se sont traduits par des cervicalgies avec irradiation avérées chez 10 opératrices, des tendinopathies de l'épaule, type tendinite de la coiffe des rotateurs et des tendinopathies du poignet, avérées chez 11 sages-femmes.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux de l'étude menée par Chouchane, (2017) auprès de 64 sages-femmes exerçant dans une maternité de la région de Sousse, portant sur la prévalence et les facteurs associés aux troubles musculo-squelettiques du membre supérieur chez les sages-femmes, qui a montré que quasiment la totalité des sages-femmes présentaient un problème de TMS. L'atteinte de ces segments du corps, peut être rattachée aux différentes contraintes posturales, en effet durant la réalisation d'un accouchement la sage-femme observée a été amenée à travailler en adoptant des angles articulaires extrêmes.

Nous avons constaté que d'autres tâches effectuées par les opératrices étaient perçues comme contraignantes, telle que la tenue des documents où la rédaction a occupé 21% du temps de l'observation, sachant qu'elle se fait en position assise inconfortable, alors que le reste du temps la sage-femme est en posture debout. Dans sa thèse sur le syndrome d'épuisement professionnel chez le personnel infirmier, Benmessaoud, (2008) a retrouvé que 41 à 70% du temps de travail était passé en posture debout.

L'effort, la force, le travail musculaire statique, la répétition et l'invariabilité du travail ont été rapporté par toutes nos opératrices.

Nous avons aussi pris en compte lors de notre observation, les dimensions du mobilier, équipements et matériels, incriminé dans la genèse des TMS. Le manque de chaises prolongeait le temps passé en position debout, les collègues se disputent les chaises entre elles. Le rangement des dossiers médicaux était défectueux et non fonctionnel. Les tables et tabourets non réglables favorisaient le maintien des postures vicieuses.

Il a été décrit dans la littérature que la charge physique de travail du personnel soignant, en majorité féminin, infirmières et sages femmes, aides-soignantes, est surtout liée à des opérations fréquentes et énergétiquement coûteuses, la contrainte posturale augmente ces efforts physiques, la station debout est permanente, la hauteur des rangements des différents plans de travail (lits, table d'accouchement, éviers) n'est généralement pas adaptée aux caractéristiques anthropométriques des utilisatrices, l'enchaînement des tâches avec la similitude des postures constitue un facteur de risque dans la survenue des TMS (Evanoff, 2006).

Ainsi, l'accouchement n'est visiblement pas le seul facteur favorisant l'apparition de TMS, c'est plutôt un facteur aggravant, et c'est la somme de tous les autres actes effectués qui engendre des TMS.

A cette charge de travail physique vient s'ajouter des risques psycho-sociaux. Le stress était ressenti par toutes les sages-femmes de notre étude. Une recherche effectuée par Laouedj, (2017), sur les risques psychosociaux chez les sages femmes de l'établissement hospitalier spécialisé mère enfant de Tlemcen a incriminé le climat de haute tension, le stress, l'angoisse d'événements imprévisibles, la pression, les risques médico-légaux, comme paramètres générateurs de risques psycho-sociaux chez les sages-femmes.

Les interruptions empiétant sur le bon déroulement des activités ont représenté 51% du temps de l'observation. Ce nombre d'interruptions prégnant était générateur de stress et fatigue supplémentaire pour les sages-femmes.

On note une particularité des déclarations concernant les sanctions pénales, les sages-femmes estimaient ne pas être protégées par la loi. Par contre les violences dont elles sont victimes sont souvent banalisées et rendent le dépôt de plainte exceptionnel.

L'analyse des conditions de travail a révélé des dysfonctionnements qui concernent l'occupation des lieux et l'organisation du travail. La salle d'accouchement sert à de multiples activités concomitantes et n'est pas uniquement réservée à la sage-femme seule mais aussi à d'autres intervenants. Elle est multifonctionnelle et source d'entraves et de gênes surtout quand les trois tables sont occupées simultanément. Nous avons relevé le jour de l'observation la présence de 11 personnes.

La présence de tant de professionnels impactait négativement l'activité de la sage-femme.

Au bloc d'accouchement le risque d'accidents du travail n'était pas négligeable, à type de heurts, de chutes de plain-pied, de glissades et d'AES.

Les principaux types d'AES rapportés étaient la pique par aiguille : les sages-femmes utilisaient leurs doigts pour récupérer l'aiguille de suture, le contact cutané par usure ou mauvaise qualité des gants et la projection sur muqueuse.

Quant aux ambiances de travail, nos observations ont mis en évidence l'exposition à certains agresseurs physiques qui ne sont pas sans conséquence sur la pénibilité du travail de la sage-femme.

Nous avons enregistré au bloc d'accouchement un pic à 86,5 dB(A). Les cris des parturientes et des nouveaux nés, les déplacements, la communication entre collègues, étaient les principales sources de bruit au moment de la mesure.

Ce bruit perturbait la communication et augmentait la sensation de fatigue. L'esprit toujours en prise avec l'environnement direct, la sage-femme observée répondait, même si elle n'était pas concernée. Il serait intéressant d'apprécier son intensité sur les huit heures de travail.

Les mesures des niveaux d'éclairement prises de jour étaient correctes (éclairage naturel), il serait intéressant d'effectuer un mesurage de nuit.

Des températures supérieures à 22° et une humidité relative de l'air supérieure à 55% considérées comme niveaux d'inconfort thermique ont été relevées en saison estivale.

Conclusion

Cette analyse de l'activité des sages-femmes au bloc d'accouchement a dévoilé les contraintes endurées au cours de

la réalisation d'un accouchement. L'objectif étant d'améliorer le cadre de vie de ces professionnels et de préserver leur santé.

Des pistes d'amélioration des conditions de travail ont été discutées avec l'équipe du plateau technique, orientées essentiellement vers le remplacement des tables d'accouchements par des tables réglables, qui conviendraient à toutes les étapes du travail et permettraient à la sage-femme d'accéder facilement à la patiente depuis différentes positions, améliorant ainsi l'ergonomie et la sécurité.

Doter le bloc d'accouchement de nouveaux tabourets réglables en hauteur, en nombre suffisant, qui permettraient d'adopter une position assise ou semi-assise confortable pour diminuer les contraintes liées à la pesanteur.

Sensibiliser les sages-femmes à l'importance du changement fréquent de postures et de la gymnastique de pause pour diminuer la charge statique.

A côté de ces pistes d'amélioration des conditions de travail, l'organisation judicieuse des effectifs, des horaires et des espaces de travail réduirait les présences simultanées des professionnels au niveau de la salle d'accouchement et allègerait la charge de travail des sages-femmes.

Il faudrait aussi penser à la santé mentale des sages-femmes en renforçant leur soutien psychologique par la formation à la gestion du stress et l'organisation sur place des groupes de parole qui leur permettraient d'exprimer leurs difficultés et leur souffrance au travail.

Références bibliographiques

1. Association française de normalisation. (2005) ergonomie des ambiances thermiques-Détermination analytique et interprétation du confort thermique par le calcul des indices PMV et PPD et par les critères de confort thermique local. ISO 7730.
2. Aublet-Cuvelier A. et al. (2010) Protocole d'examen clinique pour le repérage des troubles musculo-squelettiques du membre supérieur. Adaptation française du consensus SALTSA. INRS. 74p.3
3. Benmessaoud H. (2008) Syndrome d'épuisement professionnel « burn out » chez le personnel infirmier de deux établissements hospitaliers : le centre hospitalo-universitaire d'Alger et le centre Pierre et Marie Curie. Université des sciences médicales d'Alger.
4. Cail F, Morelo O, Aptel M. (2000) questionnaire sur les troubles musculo-squelettiques (TMS). Documents pour le médecin du travail. N°127.467-469.
5. Chouchane A et al. (2017) Prévalence et facteurs associés aux troubles musculo-squelettiques du membre supérieur chez les sages-femmes : une étude réalisée dans la région de Sousse (Tunisie). Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 73, 239.

6. Estryn-Behar M, Fouillot JP. (1990) Etude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins. Documents pour le médecin du travail, 42, pp.132-144, 42TL 6.
7. EVANOFF.B. (2006) Études d'intervention ergonomique chez les soignants. Documents pour le Médecin du Travail. N° 106.2e trimestre.
8. Gegout E. (2004) Approche ergonomique du travail de la sage-femme de salle de naissance. Nancy, France ; 2004
9. Souaber H. (2014) Etat des lieux de l'obstétrique en Algérie. Etudes démographiques et sociales. Rapport pour le fond des nations unies de la population pour la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.
10. Laouedj Wafaa. (2017) Risques psychosociaux dans le milieu hospitalier « Enquête sur les sages-femmes de l'EHS Tlemcen ». Université Aboubekr Belkaid de Tlemcen.
11. MARION BOSSENAUER. (2015) Analyse des Troubles Musculo-Squelettiques chez les sages-femmes hospitalières des maternités de Nancy, d'Epinal et de Lunéville. Université de Lorraine. École de Sages-femmes De NANCY.
12. République Algérienne démocratique. (1991) Décret exécutif n°91-05 du 19 janvier 1991 relatif aux prescriptions générales de protection applicable en matière d'hygiène et de sécurité en milieu du travail. Journal officiel de la République Algérienne. N°04.65.
13. République Algérienne démocratique. (1986). Instruction n°009 du 28 juin 1986 relative à la protection de la santé des travailleurs exposés aux nuisances sonores (bruit).