

# Evaluation de la charge de travail des sages-femmes

## Evaluation of the workload of midwives

Lahoucine Leila Hadjer<sup>1</sup>, Selmane Mohamed Hossem Eddine<sup>2</sup>, Amari Souad Meriem<sup>3</sup>, Khoudour Zoubida<sup>4</sup>, Benmessaoud Hayett<sup>5</sup>.

(<sup>1</sup>+<sup>2</sup>+<sup>3</sup>+<sup>4</sup>+<sup>5</sup>) Service de médecine du travail du CHU de Bab el Oued

.....  
Date de réception:08/09/2022 Date d'acceptation:19/09/2022 date de publication:11/12/2022.

### Résumé

**Le phénomène de pénurie de main-d'œuvre hospitalière est une réalité à laquelle un bon nombre d'établissements de santé est confronté. Cette pénurie a une répercussion directe sur la hausse de la charge de travail, la qualité des soins et la santé des travailleurs.**

**Notre étude a été motivée par l'accroissement important des plaintes émanant des sages-femmes, d'une maternité d'un centre hospitalo-universitaire, qui se plaignaient d'une surcharge de travail. Nous avons mesuré la charge de travail effective de ces sages-femmes avec les indicateurs de l'OMS Workload Indicators for Staffing Need "WISN", afin de déterminer l'effectif en sages-femmes nécessaire pour faire face à cette charge de travail, et améliorer l'organisation du travail dans cette équipe. Le ratio WISN de 0.85 indiquait que par rapport aux standards professionnels, l'effectif disponible était insuffisant pour faire face à la charge de travail de la maternité. L'écart enregistré dans notre étude était de cinq sages-femmes.**

**Une gestion efficace de la charge de travail réduirait les sources de stress, augmenterait la satisfaction, le bien-être et le rendement au travail et permettrait de préserver la santé des soignants.**

**Mots-clés : charge de travail, WISN, sages-femmes.**

### Abstract

**The phenomenon of hospital labor shortage is a reality that a good number of health establishments are faced with. This shortage has a direct impact on the increased workload, the quality of care and the health of workers.**

**Our study was motivated by the significant increase in complaints from midwives, in a hospital-university structure, who complained of excessive work. We measured the effective**

**workload of these midwives with the WHO "Workload Indicators for Staffing Need (WISN)" indicators, in order to determine the number of midwives needed to cope with this workload and improve the organization of work in this team. The WISN ratio of 0.85 indicated that compared to professional standards, the available staff was insufficient to cope with the workload of the maternity ward. The gap recorded in our study was five midwives.**

**Effective management of workload by managers and employees would reduce sources of stress, increase job satisfaction, well-being and performance, and preserve the health of caregivers.**

**Keywords : workload, WISN, midwives**

## **1. Introduction**

La charge de travail peut être comprise comme l'ensemble des exigences physique et intellectuelle qui conditionnent l'exécution de la tâche, et les circonstances dans lesquelles celle-ci est réalisée (Clot, 2008 ; Siegrist, 1996). Depuis longtemps, les recherches tentent de prouver qu'elle constitue véritablement un paramètre décisif, son adéquation peut garantir la santé du travailleur (Vézina et al, 2010), et accroître le degré de compétitivité de la structure (Leplat, 2002).

Le milieu hospitalier ne peut être épargné des effets néfastes occasionnés par cette charge de travail, en regard des conditions de travail difficiles (Duarte, 2015 ; Estryng-Behar, 1996 ; Ruiller, 2008).

L'accroissement important des plaintes émanant des sages-femmes d'une maternité d'un centre hospitalo-universitaire ; concernant la carence en personnel, le travail dans l'urgence et sous contrainte de temps, l'ambiance de travail tendue, a motivé notre étude.

La problématique posée : y a-t-il réellement une carence en effectif de sages-femmes, ou s'agit-il d'un ressenti de surcharge de travail en rapport avec une organisation du travail et des conditions d'exercice délétères à la santé de cette équipe ?

Les objectifs fixés étaient d'évaluer la pression de la charge de travail de ces sages-femmes, de déterminer l'effectif nécessaire pour faire face à cette charge de travail, de proposer au chef de l'établissement le renforcement en effectif si nécessaire.

Pour atteindre ces objectifs et répondre à notre

problématique, nous avons opté pour l'utilisation des Indicateurs de la charge de travail pour le besoin en personnel " Workload Indicators for Staffing Need" (WISN).

L'outil WISN a été développé par l'OMS dans les années 90 et mis sous forme de logiciel en 2010. La méthode WISN est fondée sur la charge de travail des agents de santé, avec l'application de standards d'activité en termes de temps pour chaque composante de la charge de travail. Cet outil est applicable à toutes les catégories de personnel de santé, y compris les sages-femmes (OMS, 2017).

La méthode WISN est un outil de gestion des ressources humaines utilisée pour déterminer le nombre d'agents de santé nécessaires pour faire face à la charge de travail d'un établissement de santé ou un service de santé donné ; ou évaluer la pression de la charge de travail des agents de santé de l'établissement en question (Shipp ,1998).

## **2. Matériels et méthodes**

Notre étude a été réalisée durant l'année 2019, elle a concerné les sages-femmes d'une maternité d'un centre hospitalo-universitaire.

### **2.1 Déroulement de l'étude**

Nous avons d'abord rencontré la directrice des ressources humaines, la directrice et la cheffe de service de la clinique de gynécologie et d'obstétrique pour leur présenter les objectifs de l'étude, la méthode WISN et l'importance de leur implication pour la réalisation de l'étude.

Après avoir obtenu l'autorisation de la réalisation de l'étude, nous avons constitué les différents comités recommandés par cette méthode à savoir le comité d'orientation, le comité technique et le comité d'experts.

Le surveillant médical et la coordinatrice des sages-femmes, responsables de l'organisation du travail et de la gestion des équipes au sein des unités de soin ont été désignés comme interlocuteur pour organiser les visites des lieux, les entretiens avec les sages-femmes et la collecte des données.

Nous nous sommes d'abord assurés de la présence des données sanitaires de l'activité de l'année 2018. Nous avons recueilli auprès de l'administration la liste des effectifs des sages-femmes, le planning de travail et consulté le registre des absences et le registre des congés afin d'estimer le temps de travail disponible.

Nous nous sommes entretenus avec différents groupes de sages-femmes pour définir les composantes de la charge de travail : Activités liées aux services de santé et les activités d'appui réalisées par toutes les sages-femmes. Des entretiens individuels ont été nécessaires pour définir les activités additionnelles réalisées par certaines sages-femmes. Nous avons observé les sages-femmes accomplir leur activité et chronométré les différentes tâches pour établir les standards d'activité.

Nous avons consulté les registres d'activités de l'année 2018 (registre des consultations, registre des accouchements, registre des soins) pour collecter les données sanitaires pour établir les standards de la charge de travail

Nous avons saisi et traité les informations recueillies par le logiciel WISN pour calculer les facteurs d'allocation et déterminer les besoins en personnel.

## **2.2 Application de la méthode WISN**

L'application de la méthode s'est faite en plusieurs étapes, conformément aux recommandations du WISN (OMS, 2010).

### **A. Estimation du temps de travail effectif**

Nous avons estimé le temps de travail effectif, appelé aussi temps de travail disponible. Le temps de travail effectif (TTE) est le temps dont un agent de santé dispose sur une année pour faire son travail, compte tenu des absences autorisées et non autorisées. Il correspond au Temps de Travail (TT) moins le temps non travaillé (TN).

$$\text{TTE} = \text{TT} - \text{TN}$$

Le temps de travail = 52 semaines x jours de travail/semaine. Le temps Non Travaillé est égal au nombre annuel de jours d'absences, qui comprend : le nombre total de jours de congés annuels, le nombre total de jours fériés dans l'année, ainsi que toutes les autres absences telles que les absences pour cause de maladies, les congés de maternité, les absences pour formation ou pour des raisons personnelles.

### **B. Définition des composantes de la charge de travail**

Il s'agissait des activités de routine pour qui les sages-femmes consacraient leur temps de travail effectif pour les accomplir. Les composantes de la charge de travail exploitées étaient de trois types :

- **les activités liées aux services de santé** : activités réalisées par toutes les sages-femmes, et pour lesquelles des statistiques annuelles ont été tenues régulièrement sur les registres des activités de la maternité.
- **les activités d'appui** : activités réalisées par toutes les sages-femmes, mais pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles tenues régulièrement.
- **les activités additionnelles** : activités réalisées par certaines sages-femmes et pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles tenues régulièrement.

### **C. Établissement des standards d'activité**

Après avoir estimé le temps de travail effectif et les composantes de la charge de travail des sages-femmes nous avons établi les standards d'activité. Un standard d'activité est le temps nécessaire à une sage-femme pour réaliser ses activités dans le respect des normes professionnelles en tenant compte des circonstances de l'organisation du travail. On en a distingué deux types :

#### **C.1 Standards de service pour les activités liées aux soins**

Les standards de service pour les activités liées aux soins ont été mesurés par unité de temps et par cadence de travail

-Unité de temps exprimée en minutes correspondant au temps moyen dont une sage-femme avait besoin pour réaliser l'activité.

-cadence de travail qui correspond au nombre moyen d'activités réalisées pendant une heure de temps.

#### **C.2 Standards d'allocation pour les activités d'appui et les activités additionnelles**

Pour calculer les standards d'allocation de la catégorie (SAC) pour les activités d'appui, nous avons énuméré les composantes de la charge de travail pour le groupe d'activités d'appui, noté le temps que prend chacune des composantes et converti le temps effectif en pourcentage de temps de travail, pour chacune des composantes de la charge de travail.

Pour calculer les standards d'allocation individuelle (SAI) pour les activités additionnelles, nous avons noté le nombre de sages-femmes réalisant chaque activité et le temps qui leur est nécessaire et multiplié le nombre de sages-femmes par le temps consacré par chacune à l'activité en un an. Nous avons fait de même pour chaque composante de la charge de travail

et additionné les résultats pour calculer le temps total concernant les SAI sur un an.

#### **D. Établissement des standards de la charge de travail**

Nous avons établi les standards de charge de travail qui correspondent à la quantité annuelle de travail qu'une sage-femme peut assumer en une année pour une composante de la charge de travail liée aux soins.

Ces standards ont été calculés de deux façons :

1. Standard de charge de travail = TTE dans une année divisée par le (temps moyen d'une activité en minutes)

Ou bien

2. Standard de charge de travail = TTE dans une année multipliée par la cadence de travail (nombre moyen d'activités par heure).

#### **E. Calcul des facteurs d'allocation**

Nous avons calculé par la suite le facteur d'allocation de la catégorie pour les activités d'appui (FAC) et le facteur d'allocation individuelle pour les activités additionnelles (FAI).

Le facteur d'allocation de la catégorie (FAC) est un multiplicateur utilisé pour ajuster le nombre de sages-femmes requis pour les services de santé. Il a été calculé à l'aide de la formule suivante :

$$\text{FAC} = 1 / [1 - (\text{Total SAC} / 100)]$$

Le facteur d'allocation individuelle (FAI) lui, montre le nombre de sages-femmes dont on a besoin pour accomplir les activités additionnelles en équivalence au TTE. Il n'est pas un multiplicateur. Il est au contraire ajouté au nombre total de membres du personnel requis, à l'étape finale de la méthode WISN.

Nous avons calculé le FAI en divisant le temps total annuel concernant les standards d'allocation individuelle (SAI) par le temps de travail effectif (TTE).

#### **F. Détermination des besoins en personnel à partir des résultats du WISN**

Nous avons comparé la charge de travail effective avec le standard de la charge de travail pour déterminer l'effectif en sages-femmes requis.

Nous avons calculé séparément le nombre total des

sages-femmes requis pour les trois groupes de composantes de la charge de travail. Les calculs ont été effectués comme suit :

**Activités liées aux services de santé** : Pour chaque composante de la charge de la maternité, nous avons divisé la charge de travail annuelle par le standard de charge de travail. Nous avons obtenu le nombre de sages-femmes dont on a besoin pour chaque activité. Nous avons par la suite additionné les besoins en sages-femmes calculés pour toutes les composantes de la charge de travail. Le résultat obtenu correspond au besoin total en personnel pour l'ensemble des activités liées aux services de santé.

**Activités d'appui réalisées par toutes les sages-femmes** : nous avons multiplié le résultat obtenu pour les besoins en personnel pour les activités liées aux services de santé par le facteur d'allocation de la catégorie (FAC). Nous avons obtenu le nombre de sages-femmes requis pour l'ensemble des activités liées aux services de santé et des activités d'appui.

**Activités additionnelles de certains membres de la catégorie de personnel** : nous avons additionné le facteur d'allocation individuelle (FAI) aux besoins en personnel calculés ci-dessus.

### 2.3 Analyse et interprétation des résultats du WISN

Les résultats de WISN ont été analysés en s'appuyant sur la différence entre les effectifs actuels et les effectifs requis et en analysant le ratio de ces deux variables.

La comparaison de la différence entre les effectifs actuels et les effectifs requis, nous a permis d'estimer le manque en sages-femmes au niveau de la maternité concernée par notre étude. Le ratio WISN nous a permis quant à lui d'évaluer la pression de la charge de travail à laquelle les sages-femmes ont été confrontées au quotidien. Nous l'avons calculé en divisant le nombre actuel de sages-femmes par le nombre requis.

- Un ratio WISN de 1 montre que la dotation en personnel est en équilibre par rapport aux besoins en personnel induits par la charge de travail de l'unité de soins.
- Un ratio WISN supérieur à 1 témoigne d'un sureffectif par rapport à la charge de travail.
- Un ratio de WISN inférieur à 1 atteste que l'effectif actuel est insuffisant pour faire face à la charge de travail.

### **3. Résultats**

#### **3.1 Description de la population d'étude**

Notre population d'étude était exclusivement féminine composée de 30 sages-femmes que comptait la maternité au moment de l'étude. L'âge moyen des sages-femmes était de 34 ans avec un écart type de 4,24. Les professionnels interrogés exerçaient leur métier en moyenne depuis 11 ans et travaillaient sous contrat à durée indéterminée.

#### **3.2 Organisation et rythme de travail des sages-femmes**

L'activité des soins était assurée sept jours sur sept et 24H sur 24H durant lesquels des équipes de jour et de nuit s'alternaient pour assurer la permanence et la continuité des soins.

De jour, deux équipes composées de trois sages-femmes chacune assuraient l'activité au bloc d'accouchement, Une sage-femme assurait l'activité aux urgences et deux autres étaient affectées respectivement en unité du post-partum et unité des grossesses à risque. Ces équipes alternaient de 8h à 17H30 au rythme de deux jours sur deux.

De nuit, quatre équipes composées de trois à quatre sages-femmes assuraient l'activité de soins de nuit de 17H à 9H une fois tous les quatre jours.

La constitution des équipes pouvait changer en fonction des congés et des absences des unes et des autres. Des journées avec plus de 17 accouchements ont été assurées par une équipe composée de seulement une sage-femme.

#### **3.3 Temps de travail effectif (TTE)**

Pour l'estimation du TTE (tableau I), nous avons pris les variables suivantes : une semaine de travail de cinq jours. 52 semaines pour l'année. Le temps de travail par année et par sage-femme était de 260 jours (52 semaines x 5jours). Il y a eu 11 jours fériés durant l'année prise en compte. Par ailleurs, une sage-femme travaillant dans un centre de santé avait droit à 22 jours de congé par an.

Après avoir examiné les registres administratifs du personnel, il en est ressorti qu'en 2018 les sages-femmes ont été absentes du travail en moyenne 16 jours pour maladie et cinq jours pour autres raisons.

Le temps de travail effectif par sage-femme était de 206 jours par an soit 1648 heures.

<b>Tableau I: Estimation du temps de travail effectif (TTE) pour une sage-femme</b>	
<b>Temps de travail possible (TTP): Nombre annuel de jours de travail possibles</b>	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Jours de travail possible par an	$52 \times 5 = 260$ jours
<b>Temps Non Travaillé en une année (TNT): nombre annuel de jours d'absences</b>	
Congé annuel	22 j
Jours fériés	11 j
Absence pour maladie	16 j
Congé spécial sans préavis	01 j
Jours de formation par an	04 j
Temps de travail non travaillé	$22+11+16+1+4 = 54$ j
<b>Temps de travail effectif (TTE)</b>	
<b>TTE en jours = TTP - TN</b>	$260j - 54j = 206$ j
<b>TTE en heures = TTE x F</b>	$206 j \times 8 h = 1648$ heures 207

### 3.4 Les composantes de l'activité

<b>Tableau II : Composantes de la charge de travail des sages-femmes</b>	
Activités liées aux soins réalisées par toutes les sages-femmes	Consultation grossesse à haut risque externe
	Consultation grossesse à haut hospitalisé
	Consultation prénatale
	Consultation d'urgence
	Admissions à la maternité
	Surveillance de la grossesse
	Accouchements
	Soins immédiats post natal de la mère
	Soin immédiat du nouveau-né
Activités d'appui réalisées par toutes les sages-femmes	Planification familiale
	Enregistrement et notification
Activités additionnelles réalisées par certaines sages-femmes	Réunions mensuelles du personnel
	Enseignement
	Statistiques
	Planning des gardes

### 3.5 Standards de la charge de travail

Le standard de charge de travail le plus élevé était la surveillance de la grossesse (120 min par patiente), le plus faible était la planification familiale (15mn par patiente).

<b>Tableau III : estimation du standard de charge de travail</b>		
<b>Temps de travail effectif (TTE) par an = 1648 h</b>		
Activités liées aux soins réalisées par toutes les sages-femmes	Unité de temps / Cadence de travail	Standard de charge de travail (TTE x cadences)
Consultation grossesse à haut risque externe	20 min/patiente 03 patientes/heure	$1648 \times 3 = 4944$
Consultation grossesse à	40 min/patiente	$1648 \times 1.5 = 2472$

haut patientes hospitalisés	1.5patientes/heure	=	
Consultation prénatale	20min /patiente 03 patientes/heure	1648 x 3 =	4944
Consultation d'urgence	20 min/patiente 03 patientes/heure	1648 x 3 =	4944
Admission à la maternité	20 min /patiente 03 patientes/heure	1648 x 3 =	4944
Surveillance de la grossesse	120 min /patiente 04 patientes/heure	1648 x 4 =	6592
Accouchement	90 min /patiente 0.6 patiente/heure	1648 x 0.6 =	988.8
Soin immédiat post natal de la mère	20 min /patiente 03 patientes/heure	1648 x 3 =	4944
Soin immédiat du nouveau-né	10 min /patiente 06 patientes/heure	1648 x 6 =	9888
Planification familiale	15 min /patiente 04 patientes/heure	1648 x 4 =	6592

### 3.6 Effectif requis pour les activités de soins

L'effectif requis pour les activités de soins dans la maternité de notre étude était de 16 sages-femmes.

Tableau IV : estimation de l'effectif requis pour les activités de soins			
<b>Temps de travail effectif (TTE) par an = 1648 h</b>			
Composantes de la charge de travail	Charge de travail annuelle	Standards de la charge de travail	Nombre requis de personnel
Consultation grossesse à haut risque externe	299	4944	0.06
Consultation grossesse à haut hospitalisé	1995	2472	0.81
Consultation prénatale	1193	4944	0.24
Consultation d'urgence	9454	4944	1.91
Admission à la maternité	5167	4944	1.05
Surveillance de la grossesse	5167	6592	6.27
Accouchement	3850	1099	3.5
Soin immédiat post natal de la mère	3850	4944	0.78
Soin immédiat du nouveau-né	5167	9888	0.52
Planification familiale	5167	6592	0.78
<b>A. effectif requis pour les activités de soins</b>			<b>15.92</b>

### 3.7 Standards d'Allocation de la Catégorie (SAC) et Facteur d'Allocation de la Catégorie (FAC)

Tableau V : Estimation du facteur d'allocation de la catégorie des sages-femmes			
Temps de travail effectif (TTE) par an = 1648 h			
Activités d'appui réalisées par toutes les sages-femmes	Composantes de la charge de travail	SAC (Temps de travail effectif)	SAC (% du temps de travail)
	Enregistrement et notification	180 min par jour	37.5%
	Réunions mensuelles du personnel	20 min par jour	4.17%
Total des SAC %			41.67%
B. Facteur d'allocation de la catégorie (FAC) : {1 / [1 - (Total SAC en pourcentage/ 100)]}			{1 / [1 - (41.67/ 100)]} = <b>1.71 %</b>

Une sage-femme a consacré chaque jour 180 minutes par jour, soit l'équivalent de trois heures, aux activités de notification et d'enregistrement. Elle a travaillé 206 jours par an. Ainsi, une sage-femme a passé 618 heures par an (3 x 206) à réaliser des activités de notification et d'enregistrement. Le TTE d'une sage-femme était de 1648 heures de travail par an, par conséquent, le pourcentage de temps de travail qu'elle a consacré à la notification et à l'enregistrement était de 37,5 % [(618/ 1648) x 100]. Pour le temps consacré aux réunions il était de 20 mn par jour, soit 68,66 heures par an, le pourcentage de temps de travail qu'elle a consacré à cette activité était de 4,12% [(20min/60min) x206 /1648 h x 100]

La somme des standards d'allocation des activités de notification, d'enregistrement et du temps consacré aux réunions mensuelles du personnel était de 41.67% du temps de travail. Le facteur d'allocation de la catégorie était de 1.71%.

### 3.8 Standards et facteur d'allocation individuelle

Les activités additionnelles réalisées par certaines sages-femmes concernaient, l'enseignement des élèves sages-femmes, la réalisation des statistiques et la planification des gardes. La somme des standards d'allocation individuelle est de 11180 et le facteur d'allocation individuelle est de 6.78%.

Tableau VI : Etablissements des standards et du facteur d'allocation individuelle				
Standard d'allocation individuelle (SAI)				
Activités additionnelles réalisées par certaines sages-femmes	Composantes de la charge de travail	Nombre de membres du personnel réalisant les activités	SAI (temps de travail effectif par personne)	SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)
	Enseignement	10	240 minutes/jour	10400
	Statistiques	02	60 minutes/jour	520
	Planning des gardes	01	60 minutes/jour	260
Total SAI sur un an				11180
C. Facteur d'allocation individuelle : Total SAI sur un an / TTE				6.78

### 3.9 Effectif requis pour l'ensemble des activités

Tableau VII : Estimation des besoins en personnel pour l'ensemble des activités		
Groupes de composantes de la charge de travail	Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail	
1.Activités liées aux services de santé réalisées par toutes les sages-femmes	<b>A.</b> effectif requis pour les activités de soins 15.92 = <b>16</b> sages-femmes	
2.Activités d'appui réalisées par toutes les sages-femmes	Standard d'allocation de la catégories (SAC) : 41.61	<b>B.</b> Facteur d'allocation de la catégorie (FAC) : <b>1.72</b>
3.Activités additionnelles réalisées par certaines sages-femmes	Standard d'allocation individuelle (SAI) : 11180	<b>C.</b> Facteur d'allocation individuelle (FAI) : <b>6.78</b>
<b>Nombre total de membres du personnel requis d'après le WISN : (A x B) + C</b>	<b>15.92x1.72 + 6.78 = 34.16 soit 35 sages-femmes</b>	

### 3.10 Pression de la charge de travail

L'effectif requis pour assurer toutes les activités au sein de la maternité était de 34.16 sages-femmes. L'effectif disponible de 30 sages-femmes doit être par conséquent renforcé de 4,16 sages-femmes. Ce nombre a été arrondi, selon les recommandations du WISN, à 5 sages-femmes pour couvrir l'ensemble des activités liées aux soins obstétricaux, des activités d'appui et des activités additionnelles.

L'effectif disponible de 30 sages-femmes n'était pas suffisant pour faire face à la charge de travail de la maternité. Le ratio WISN était de 0.85, ce qui correspond à une pression de la charge de travail élevée.

<b>Tableau VIII</b> : Pression de la charge de travail et besoins en sages-femmes					
Effectif actuel	Effectif requis d'après les résultats du WISN	Pénurie ou surnombre	Problème D'effectifs	Ratio WISN	Pression de la charge de travail
30	35	-5	Pénurie	0.85	Élevée

#### 4. Discussion :

Notre étude a été réalisée dans le but d'évaluer la pression de la charge de travail des sages-femmes d'une maternité d'un centre hospitalo-universitaire, de déterminer l'effectif nécessaire pour faire face à cette charge de travail, de proposer au chef de l'établissement le renforcement en effectif si nécessaire.

Pour répondre à la problématique posée, au début de notre étude : y a-t-il réellement une carence en effectif de sages-femmes, ou s'agit-il d'un ressenti de surcharge de travail en rapport avec une organisation du travail et des conditions d'exercice délétères à la santé de cette équipe ? Nous avons utilisé les Indicateurs de la charge de travail pour le besoin en personnel " Workload Indicators for Staffing Need" (WISN) de l'OMS.

Dans l'application du protocole de la méthode WISN nous avons rencontré des difficultés à réunir les registres de l'activité de l'année 2018, année précédant celle de notre étude. Le calcul des indicateurs est rétrospectif, l'outil WISN utilise les statistiques de l'année précédente, mais quand les activités sont stables dans le temps, comme c'est le cas dans notre population d'étude, cela ne constitue pas un biais en soi.

L'application de l'outil WISN dépend de la disponibilité et de la qualité des statistiques annuelles des services de santé, c'est de ce fait un outil tributaire de l'exactitude de ces statistiques et de la qualité de la traçabilité des indicateurs utilisés. Il était également difficile pour nous de nous entretenir avec l'ensemble des sages-femmes qui n'étaient pas toujours disponibles et n'avaient pas beaucoup de temps à nous accorder.

Dans cette équipe de sages-femmes le temps de travail

effectif ou disponible était de 206 jours ou 1648 heures pour l'année 2018. Certaines composantes de la charge de travail tel que l'accouchement, la rédaction, les soins prodigués à la mère exigeaient le maintien de postures contraignantes.

L'effort, la force, le travail musculaire statique, la répétition et l'invariabilité du travail ont été observés chez nos sages-femmes. En effet l'activité obstétricale sollicite sans cesse les capacités physiques des sages-femmes (Sandrine Cazabat et al 2008). Il s'agit d'efforts de manutention, de déplacements fréquents, de postures pénibles et de la station debout quasi permanente (Sandrine Cazabat et al, 2008).

De nombreuses conséquences peuvent découler de la surcharge du travail, tant au niveau physique que psychique. Les conséquences physiques telles que des troubles cardiovasculaires et musculosquelettiques sont à craindre, sans oublier le surmenage qui peut amener un soignant à un état dépressif et au burnout. (Vandenbroeck, et al 2012)

Toutes les sages-femmes interrogées ont estimé leur charge de travail lourde. Les principales causes qui ressortaient des entretiens étaient le manque d'effectif et le nombre croissant de patientes à prendre en charge.

Dans notre étude, l'analyse de la différence entre les effectifs actuels et les effectifs requis a montré un besoin en personnel dans la catégorie des sages-femmes, avec par conséquent une pression élevée de charge de travail. Le ratio WISN était inférieur à 1 (0.85), ce qui signifie que par rapport aux standards professionnels établis, l'effectif disponible est insuffisant pour faire face à la charge de travail des sages-femmes. Le déficit représente 15%, par conséquent les standards professionnels établis ne peuvent être assurés qu'à 85%.

Nos résultats rejoignent ceux d'une étude réalisée en Tanzanie dans les hôpitaux municipaux qui a montré qu'en plus de la pénurie d'infirmiers, il y avait une pénurie aigüe de sages-femmes avec des ratios allant de 0,2 à 0,436 (Nyamtema A, 2008).

Les résultats du WISN, nous ont aidé à mettre en exergue la surcharge de travail dans notre équipe de sages-femmes, conséquence du manque en effectif, et à convaincre, le chef de service de gynécologie et d'obstétrique, la direction des ressources humaines et le chef d'établissement à créer d'autres postes de sages-femmes dont la maternité a besoin lors de la prochaine année budgétaire.

## 5. Conclusion

Ce travail a permis d'évaluer la pression de la charge de travail au sein d'une maternité d'un centre hospitalo-universitaire. Une surcharge de travail ressentie par toute l'équipe des sages-femmes de cette maternité et attribuée à un manque d'effectif et au nombre croissant de patientes prises en charge.

Au terme de l'analyse des résultats, l'outil WISN a permis d'objectiver l'intensité du travail des sages-femmes dans notre maternité. Pour alléger la charge de travail dans toutes ses composantes, à savoir la charge de travail liée à l'activité obstétricale, les activités d'appui et les activités additionnelles ; l'effectif que compte la maternité doit passer de 30 à 35 sages-femmes.

Le renforcement en effectif de cette équipe de sages-femmes permettra de réduire leur mal être au travail en rapport avec la pression de la charge de travail et d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patientes.

L'équipe des sages-femmes renforcée d'au moins cinq sages-femmes disposeront d'assez de temps pour offrir des soins de qualité et leur éviter le sentiment de "faire les choses à moitié" pour venir à bout de leur charge de travail. Par ailleurs cela leur permettra d'alléger le poids des contraintes aussi bien physiques que mentales, ressenties quotidiennement et contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie de travail.

## 6. Références

1. CLOT Yves. (2008). Travail et pouvoir d'agir Paris : PUF, 312 p. Philippe Astier dans Recherche & formation 2009/1, n° 60, pp 151 à 153.
2. Duarte, P. (2015). L'observatoire des situations de crise. Gestions Hospitalières, N°543, p92 à p95. Consulté <https://www.gestionhospitaliere.fr>
3. Estryn-Béhar, M., & Fouillot, S. (1990). Etude de la charge physique de travail du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins. Consulté <https://www.insr.fr>
4. Leplat, J. (2002). L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie : aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes. France : Octarès.
5. Nyamtema A, Urassa D, Massawe S (2008): staffing needs for quality perinatal care in Tanzania. African Journal of Reproductive Health, 12:113-24.
6. Organisation mondiale de la Santé. (2017). Indicateurs des besoins en personnel de santé par rapport à la charge de travail (WISN) : l'expérience de la mise en œuvre dans plusieurs pays. Série Observateur des ressources humaines pour la santé N° 15. Consulté <http://apps.who.int/iris>.
7. Organisation mondiale de la Santé. (2010). WISN : indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail. Manuel de

- l'utilisateur. Genève
8. Ruiller, C. (2011). L'émotion et l'estime dans la construction de la perception du soutien social au travail : développement d'une échelle de mesure. Consulté <https://tel.archives-ouvertes.fr>
  9. Shipp J (1998) Workload indicators of staffing need (WISN). A manual for implementation. Geneva, World Health Organization, WHO/HRB/98.2
  10. Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupation health psychology*, 1(1), 27-41.
  11. Sandrine Cazabat et al 2008. Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* P1-20.
  12. Vandenbroeck, et al 2012. Rapport de synthèse une étude sur le burn-out et l'enthousiasme chez le personnel médical et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique. *SPF santé publique et de l'emploi* P1-71.
  13. Vézina, M., Ndjaboué, R., & Brisson, C. (2010). Facteurs psychosociaux de l'environnement de travail et santé mentale des travailleurs : Recherche exploratoire sur l'utilisation et la mesure de la justice organisationnelle, la prédictibilité et le leadership au travail. *Temps et Emploi*, 1(129), 23-36.