

Grossesse au travail: le retour au travail après un congé maternité

AUTEURS :

A. Radauceanu¹, V. Demange¹, M. Grzebyk¹, S. Boini¹, D. Lafon², E. Goujon², F. Ralison², A.C. Gros², L. Huyghe², P. Pradeau², C. Breton²

¹ Département Épidémiologie en entreprise, INRS

² Société de Médecine du Travail de l'Ouest de l'île-de-France (SMTOIF)

EN RÉSUMÉ

La grossesse au travail concerne près de 70 % des femmes et la reprise du travail après un congé maternité représente une période de vulnérabilité physique et psychologique peu explorée. Cette étude, menée sur une population de grande taille de la région parisienne, a eu comme objectifs de décrire le déroulement des grossesses au travail et d'analyser, 3 mois après la reprise du travail, les relations entre les demandes au travail/hors travail et la santé mentale (anxiété, dépression...). Le rôle du conflit travail-famille et des soutiens professionnels/personnels dans ces relations a été également analysé. La plupart des demandes au travail/hors travail est associée avec la santé mentale et ces relations qui passent en partie par le conflit famille-travail peuvent être modifiées par les soutiens professionnels.

MOTS CLÉS

Grossesse /
Femme enceinte /
Retour au travail /
Santé mentale /
Anxiété /
Dépression

En 2021, près de 70 % des femmes françaises ont occupé un emploi durant leur grossesse [1]. Si travailler pendant une grossesse n'est pas une situation à risque en soi, certains lieux et contextes de travail peuvent exposer les travailleuses à des dangers pour l'évolution de celle-ci [2 à 4].

Pour rappel, en 2021, parmi les 690 000 grossesses en France, il est déploré la survenue de 45 000 naissances prématurées et 5 800 morts fœtales après 6 mois de grossesse, tandis que 71 % des femmes ont arrêté de travailler avant 33 semaines d'aménorrhée [1]. Sur la période 2011-2018, 2 à 5 enfants sur 100 naissances étaient porteurs d'une anomalie congénitale [5]. Comme rapporté par l'INSERM en 2013, environ 15 000 femmes par an en France présentaient une grossesse extra-utérine [6].

En 2010, Lafon et al. ont fait le point dans un avis d'experts sur les risques professionnels pour

l'évolution d'une grossesse et les mesures de prévention utiles à mettre en place [2]. Le repérage des nuisances potentielles pour la grossesse représente la première étape d'une évaluation spécifique anticipée et intégrée à l'évaluation globale des risques professionnels formalisée dans le document unique [7]. Substances chimiques [8 à 10], micro-organismes [2, 10], nuisances liées aux ambiances de travail (chaleur, froid, bruit), à la charge physique (manutention de charges lourdes, station debout prolongée, certaines postures), aux vibrations (conduite) ou à l'organisation du travail (travail de nuit) [2, 11, 12] sont autant de risques de survenue de problèmes durant la grossesse ou pour l'enfant à naître. Il est à noter que les résultats d'études récentes n'apportent pas de réponses claires quant à l'existence de liens entre stress au travail et issue de la grossesse [2, 13]. Un certain nombre de ces risques

Grossesse au travail : le retour au travail après un congé maternité

est régi par des dispositions réglementaires spécifiques pour protéger l'état de santé des femmes enceintes [14]. Cependant, un travail d'analyse sociologique sur la «*prévention des risques reprotoxiques en milieu de travail*» pointait une prévention en milieu de travail peu active vis-à-vis de ceux-ci [15]. Les résultats des études menées sur ce sujet par l'INRS en partenariat avec des services de prévention et de santé au travail (SPST) conduisaient au même constat d'un faible niveau d'actions de prévention en milieu de travail pendant la grossesse [16, 17].

En France, les salariées seraient 80 % à retourner au travail pendant le post-partum [18], période définie ici comme l'année suivant l'accouchement. Or, cette période fait l'objet de remaniements psychologiques sensibles aux pressions psychosociales [19, 20]. La prévalence de la dépression du post-partum dans l'année qui suit l'accouchement est estimée en France, comme dans le monde, à 18 %, (IC 95 % = [16-20 %]) [21]. Dans une étude de cohorte allemande, certaines caractéristiques du travail (conditions de travail précaires, charge de travail, faible satisfaction au travail) pendant la grossesse sont prédictives de la survenue d'une dépression durant le post-partum [22, 23].

Hors contexte de grossesse, l'existence de difficultés de conciliation entre vie au travail et vie hors travail, identifiées dans la littérature sous le concept de «*conflit famille-travail*» [24 à 26], est associée à certains troubles de santé mentale (dépression, anxiété...) [27 à 31]. L'étude de cohorte allemande précitée incluant plus de 500 femmes enceintes a mis en évidence un effet prédictif de ces conflits famille-travail pen-

dant la grossesse sur la dépression du post-partum [22].

Le retour au travail pose spécifiquement l'enjeu de la conciliation entre vie au travail et vie hors travail [19, 25, 32 à 34]. La difficulté à concilier vie de famille et vie au travail dans la période du post-partum a été relevée dans plusieurs études comme la principale difficulté à laquelle les femmes étaient confrontées durant la période de reprise [25, 34 à 36]. À noter que très peu d'études spécifiques dans ce contexte sont centrées sur le lien entre la santé et certaines caractéristiques de travail [37 à 39]. La synthèse de la littérature permet d'objectiver qu'un emploi durant le post-partum réduirait le risque de symptômes dépressifs [38, 40] ou la prévalence de la dépression [41]. Toutefois, un retour rapide au travail serait associé à une augmentation du risque de symptômes dépressifs pour la mère [42, 43]. De mauvaises relations au travail, une faible qualification ou de longues heures de travail ont été associées à la survenue de fatigue importante durant le post-partum [44]. Quelques études ont examiné plus spécifiquement les relations entre des risques psychosociaux au travail et la santé mentale durant le post-partum [45 à 47]. Une étude australienne rapporte un lien positif entre le niveau de détresse mentale et la mauvaise qualité du travail, identifiée, notamment, par un bas niveau d'autonomie et un haut niveau d'insécurité au travail [45]. Un manque de soutien social au travail était associé à plus de symptômes d'anxiété dans le post-partum, 6 mois après la reprise [47]. Plus d'autonomie, de soutien social et moins de stress au travail étaient associés à une meilleure santé mentale à 11 semaines après l'accouchement [46].

La compréhension des relations entre demandes au travail/hors travail, conflits travail-famille et santé mentale pourrait permettre de repérer des pistes de prévention favorisant pleinement le retour au travail après grossesse. Ces aspects pourraient être abordés lors de la visite réglementaire de reprise du travail après un congé maternité, dont le but est de vérifier la compatibilité du poste de travail avec l'état de santé de la salariée et d'aboutir éventuellement à un aménagement voire à un changement de poste [14] (art. R. 4624-32).

Plusieurs médecins de la Société de médecine du travail de l'Ouest de l'Île-de-France (SMTOIF) ont manifesté leur intérêt pour participer à une étude permettant de recueillir des informations complémentaires de celles issues des études précédentes de l'INRS sur la période de retour au travail après grossesse [16, 48, 49], ce qui a amené à la réalisation de la présente étude. L'intérêt de mener cette étude en région parisienne était de pouvoir inclure des salariées suivies en services autonomes, en plus de celles suivies en services interentreprises. La présente étude avait comme premier objectif de décrire le déroulement des grossesses au travail (parcours, professionnels impliqués, arrêts de travail, prévention, issues des grossesses) et les expositions professionnelles potentiellement à risque pour l'évolution d'une grossesse avant l'accouchement. Le second objectif était d'analyser 3 mois après la reprise de travail suite au congé maternité, les relations entre certaines caractéristiques organisationnelles et de contenu du travail, le niveau de conflit famille-travail et la santé mentale.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude a été pilotée conjointement par la SMTOIF et le département Épidémiologie en entreprise de l'INRS.

ORGANISATION DE L'ÉTUDE

Une étude transversale exploratoire a été menée en collaboration avec des médecins du travail volontaires de SPST interentreprises et autonomes de la région parisienne et leurs équipes. Cette étude a reçu un avis favorable du Comité de protection des personnes et a fait l'objet d'un engagement de conformité auprès de la CNIL.

Le recrutement des médecins du travail a été réalisé lors d'une journée organisée par la Direction régionale et interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DRIEETS) d'Île-de-France et la SMTOIF en début d'année 2018. Une diffusion de l'information à l'ensemble des médecins du travail de la région parisienne a également été effectuée début 2018 par le médecin inspecteur régional.

ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE

La population visée était les salariées suivies par les équipes de SPST, ayant été enceintes et ayant travaillé durant leur dernière grossesse (au moins une journée de présence sur le lieu de travail), selon les critères d'inclusion suivants :

- toute salariée reçue en visite ou entretien médical par un médecin du travail/membre de son équipe correspondant à une 1^{re} visite depuis la reprise de travail ;
- après le dernier accouchement (survenu à ≥ 22 semaines d'aménorrhée ou pour un fœtus ≥ 500 g) ;

- dans un délai :
 - d'un an après l'accouchement si retour de congé maternité sans congé parental à temps plein ;
 - de trois ans après l'accouchement si retour de congé maternité avec congé parental à temps plein et sans dépasser le délai d'un an après la date de reprise de travail ;
- entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 décembre 2018 (période éventuellement prolongée de 3 mois si le nombre de salariées recrutées était inférieur à l'effectif attendu, cf. § *Effectif attendu*) ;

● âgée de plus de 18 ans au moment de l'accouchement. Les critères de non inclusion concernaient les femmes ne comprenant pas le français ou refusant de participer.

Au 31 décembre 2018, les inclusions étant en dessous de l'effectif attendu, le recrutement a été prolongé de 3 mois jusqu'au 31 mars 2019.

DONNÉES RECUEILLIES.

OUTILS DE RECUEIL

Les données ont été recueillies lors de la 1^{re} visite après un congé maternité, pour renseigner deux volets : 1) recherche d'information sur le déroulement des grossesses au travail et 2) recherche d'information sur le retour au travail après environ 3 mois de reprise. Ce délai a été proposé pour interroger les femmes après une période suffisamment longue de retour au travail tout en restant encore dans la période du post-partum.

L'organisation de l'étude s'est appuyée sur la passation de trois questionnaires aux salariées ayant donné leur accord pour participer à l'étude (figure 1 page suivante).

Pour le volet « déroulement de la grossesse au travail », la salariée a rempli, lors de la visite de reprise, un auto-questionnaire spécifique (questionnaire A), comprenant

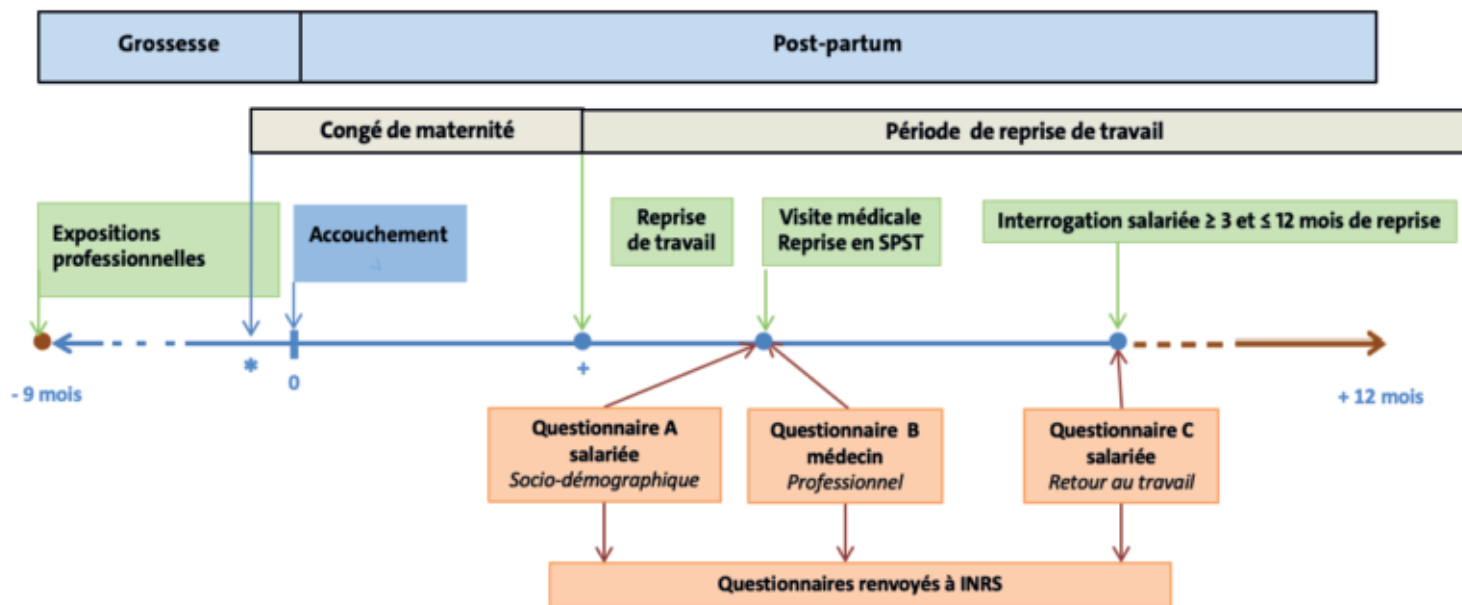
principalement des items sur sa situation socioprofessionnelle et le déroulement de la grossesse : type d'emploi, organisation et conditions de travail, trajet domicile-travail, situation personnelle et évaluation de la précarité (questionnaire EPICES – Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé) [50], des données médicales avant grossesse, le suivi de la grossesse et des questions sur la santé de l'enfant. Les médecins du travail et leur équipe ont rempli pendant la visite et en présence de la salariée, un questionnaire spécifique (questionnaire B) incluant des caractéristiques du travail et les expositions aux risques physiques, biologiques et chimiques en début de grossesse, les actions de prévention mises en place et les arrêts de travail survenus pendant la grossesse.

À la fin de l'entretien médical, il a été remis aux salariées un auto-questionnaire (questionnaire C) concernant le volet « retour au travail » à remplir à domicile 3 mois environ après la reprise du travail et à renvoyer à l'INRS. Le questionnaire C explorait, par des items spécifiques, l'emploi et l'organisation du travail après l'accouchement, ainsi que la vie hors travail après l'accouchement centrée sur la garde de l'enfant, la prise en charge du/des enfants au foyer, la réalisation des tâches domestiques, l'allaitement, le trajet domicile-travail. Des domaines concernant le travail à la reprise, le conflit travail-famille et la santé mentale ont également été explorés à l'aide de trois outils standardisés :

- le questionnaire psychosocial de Copenhague (COPSOQ), version 2 courte [51, 52] pour explorer les domaines suivants : contraintes

Grossesse au travail : le retour au travail après un congé maternité

Figure 1: Déroulement de l'étude.



* : - 6 semaines si 1^{er} ou 2^e enfant ; - 8 semaines si 3^e enfant ou plus ; - 12 semaines si jumeaux ; - 24 semaines si triplés ; - 2 semaines en plus si congé pathologique.

† : + 10 semaines si 1^{er} ou 2^e enfant ; + 18 semaines si 3^e enfant ou plus ; + 22 semaines si jumeaux ; + 22 semaines si triplés ; + 4 semaines si congé pathologique. Réduction possible du congé prénatal d'une durée allant jusqu'à 3 semaines, prolongation du congé postnatal d'autant dans ce cas.

quantitatives du travail, autonomie, organisation et leadership, relations horizontales, vécu professionnel, insécurité professionnelle;

- le questionnaire *Survey Work-Home Interaction-Nijmegen* (SWING) [53] pour explorer les effets négatifs de la vie au travail sur la vie privée et les effets négatifs de la vie privée sur la vie au travail;

- le questionnaire *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) [54, 55] pour évaluer la santé mentale à partir des scores des symptômes d'anxiété et de dépression.

Enfin, un questionnaire recueillant des informations sur le médecin enquêteur a été renseigné par les médecins.

MÉTHODES STATISTIQUES

Pour répondre au premier objectif (les éléments ayant trait au dérou-

lement de la grossesse au travail), des analyses descriptives ont été menées pour l'ensemble des variables.

Pour répondre au second objectif de l'analyse de la période de reprise de travail après congé maternité, les relations entre les demandes au travail et hors travail comme variables indépendantes et la santé mentale comme variable d'intérêt (variable dépendante) ont été analysées (figure 2). Spécifiquement, il a été exploré le rôle du conflit travail-famille comme variable médiatrice¹ entre les demandes au travail/hors travail et la santé mentale. De même, le rôle modulateur² des soutiens au travail/hors travail pouvant modifier les relations entre les demandes au travail/hors travail et la santé mentale a été analysé. Les variables indépendantes considérées ont été les **demandes**

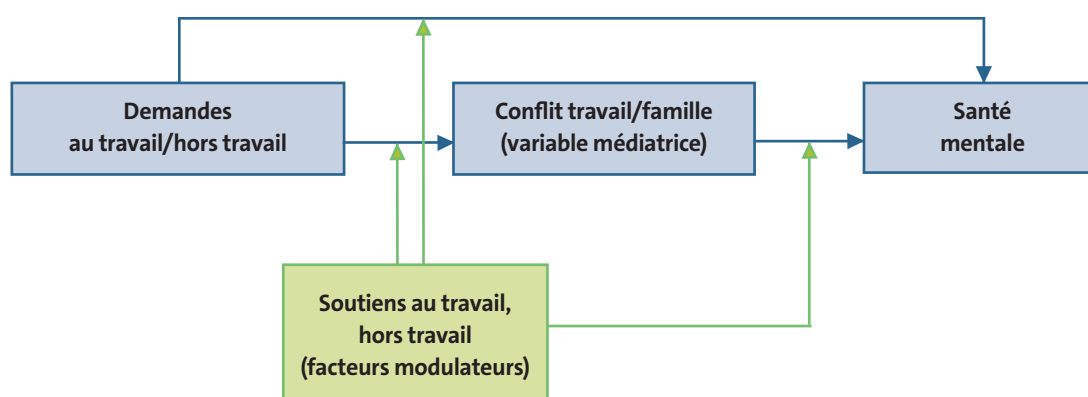
au travail issues des domaines « contraintes quantitatives du travail », « autonomie » et « insécurité professionnelle » du questionnaire COPSOQ et l'item « horaire atypique » défini par l'existence d'un

1. Une variable médiatrice est une variable qui intervient entre la variable indépendante et la variable dépendante de sorte que l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante est transmis par la variable médiatrice (effet indirect). Un effet direct de la variable indépendante sur la variable dépendante n'implique pas l'existence d'une (des) variable(s) médiatrice(s).

2. Une variable modulatrice est une variable qui module l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante de sorte que l'effet dépend de la variable modulatrice, car différent selon les niveaux de la variable modulatrice.

Figure 2: Diagramme conceptuel pour l'analyse du volet retour au travail après accouchement.

Les relations entre les demandes au travail/hors travail et la santé mentale ont été analysées en explorant le rôle médiateur des conflits travail-famille et modulateur des soutiens au travail/hors travail dans ces relations. Les flèches indiquent les différents modèles statistiques analysés.



moins un horaire de travail parmi : horaire décalé, de nuit, coupé³, travail les week-ends, moins de 2 jours de repos consécutifs par semaine. Les **demandes hors travail** considérées ont été la « garde d'enfant compliquée » (garder l'enfant pendant les horaires de travail jugé comme compliqué sur le plan organisationnel : trajet, horaires du moyen de garde, transport), le fait d'avoir un « enfant difficile » (difficultés pour faire ses nuits ou pour s'alimenter, malade, pleure), ainsi que le nombre d'enfants au foyer et la durée du trajet domicile-travail. La variable dépendante **santé mentale** a été mesurée à l'aide des deux scores HADS mesurant les troubles dépressifs et anxieux.

Le **conflit famille-travail** est représenté par deux dimensions du questionnaire SWING, mesurant les effets négatifs exercés par les contraintes familiales/privées sur le travail ou par les contraintes dues au travail sur la vie familiale/privée.

Les **soutiens au travail** sont les deux dimensions relatives au soutien horizontal et vertical du questionnaire COPSOQ et la prise en compte par la hiérarchie des

3. Horaire de travail impliquant une pause supérieure à 2 heures pendant la journée de travail.

contraintes parentales. Les **soutiens hors travail** sont les trois variables mesurant le soutien de la part du conjoint, celui de la part de la famille ou des amis, et l'aide rémunérée (le recours à une personne rémunérée pour la prise en charge du bébé ou des tâches domestiques).

Des facteurs de confusion ont été pris en compte dans chaque modèle : l'âge, le niveau de formation, la précarité (score EPICES), l'existence d'un problème d'humeur triste dans les deux dernières années ayant nécessité un arrêt de travail, le temps de travail plein/partiel à la reprise, ainsi que des facteurs en rapport avec la grossesse (parité, prématurité, petit poids de naissance, suivi pour grossesse à risque, congé parental, délai entre l'accouchement et la reprise de travail).

médecin de 14 (de 1 à 71). Deux tiers de l'échantillon de salariées a renseigné le volet retour au travail après grossesse (soit un taux de retour du questionnaire C de 64 %).

DONNÉES DESCRIPTIVES

DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE AU TRAVAIL

Ces résultats sont issus de l'exploitation des questionnaires A et B et portent sur les 2 375 salariées incluses dans l'étude. Les principales caractéristiques socioprofessionnelles pendant la grossesse sont présentées dans le **tableau I page suivante**.

La plupart des salariées a suivi des études supérieures, 79 % ayant un niveau de formation supérieur au baccalauréat, et est embauchée à durée indéterminée. Les emplois pendant la grossesse se répartissent principalement dans les catégories socioprofessionnelles (PCS 2003) des cadres/professions intellectuelles (42 %), des professions intermédiaires (29 %) et des employées (25 %). La plupart des salariées travaille dans des entreprises de plus de 200 salariés (63 %). À noter que 20 % des salariées sont en situation

RÉSULTATS PRINCIPAUX

Cent soixante-cinq médecins du travail ont participé à l'étude et ont inclus 2 375 salariées, avec un nombre moyen d'inclusions par

Grossesse au travail : le retour au travail après un congé maternité

↓ **Tableau I**

➤ **CARACTÉRISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES PENDANT LA GROSSESSE (n (%)).**

Âge à l'inclusion dans l'étude (années)	N* = 2 374
Moyenne (Écart-type)	33,4 (4,5)
Formation scolaire	N = 2 372
Sans diplôme	46 (1,9)
CAP/BEP	165 (7,0)
Bac	287 (12,1)
Bac +1 à +2	433 (18,3)
≥ Bac + 3	1 441 (60,7)
Type de contrat	N = 2 369
Indéterminé	2 051 (86,6)
Déterminé	36 (1,5)
Fonction publique	270 (11,4)
Autre	12 (0,5)
Emploi pendant la grossesse (PCS 2003)	N = 2 361
Artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprise	7 (0,3)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 001 (42,4)
Professions intermédiaires	693 (29,4)
Employées	584 (24,7)
Ouvrières	76 (3,2)
Taille de l'établissement	N = 2 360
< 10 salariés	162 (6,9)
11-49 salariés	340 (14,4)
50-199 salariés	369 (15,6)
200-499 salariés	245 (10,4)
≥ 500 salariés	1 244 (52,7)
Indicateur de précarité EPICES	N = 2 320
Score < 30 (non précarité)	1 856 (80,0)
Score ≥ 30 (précarité)	464 (20,0)

*N: nombre de réponses exploitables pour l'item.

de précarité (score EPICES ≥ 30). Selon le code NAF (nomenclature d'activités française) 2008, les secteurs d'activités les plus représentés sont la santé humaine/action sociale (18 %) et les activités scientifiques et techniques (13 %). Presque toutes les salariées occupent un emploi à plein temps (92 %). La plu-

part a un temps de trajet domicile travail aller-retour de moins de 1 heure 30 (63 %) et considère ce trajet pénible (56 %). Le transport en commun est le principal mode de transport pour plus de la moitié des salariées (données non présentées). Les expositions professionnelles physiques, chimiques, biologiques

pendant la grossesse sont présentées dans le **tableau II**. Les expositions les plus fréquentes étaient des expositions physiques : position debout pendant 1 heure ou plus (26 %) et monter des escaliers ou sur des escabeaux (20 %). Vingt et un pour cent des salariées ont qualifié leur travail comme étant physiquement pénible, particulièrement dans les secteurs de l'hébergement/restauration et de la santé humaine/action sociale (50 %), dans les services directs aux particuliers, parmi les commerçantes et vendeuses (62 %) et dans les petites et moyennes entreprises (PME) (30 %) (données non présentées). De même, 32 % des salariées ont déclaré leur travail comme mentalement pénible, surtout les employées de type administratif (40 %) et les salariées du secteur de la santé humaine/action sociale (41 %) (données non présentées). Les caractéristiques organisationnelles pendant la grossesse sont décrites comparativement à celles rapportées à la reprise du travail dans le paragraphe suivant « *Retour au travail après un congé maternité* » (p. 39).

La grossesse était prévue pour 80 % des salariées et faisait suite à une procréation médicalement assistée pour 10 % d'entre elles (**tableau III p. 38**). Cette dernière était plus fréquente pour les catégories socioprofessionnelles incluant les cadres/professions intellectuelles et scientifiques/professions intermédiaire/agents de maîtrise (11-12 %) vs les employées/personnel de service/techniciennes/ouvrières (7-8 %), que l'on considère la CITP (classification internationale type des professions), la PCS ou le niveau de qualification de l'emploi (données non présentées). La déclaration de grossesse à l'employeur a été faite pendant le 1^{er} trimestre de grossesse par ¾ des salariées en

➤ EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES (PHYSIQUES, CHIMIQUES, BIOLOGIQUES) PENDANT LA GROSSESSE ET CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES (n (%)).

Expositions professionnelles*	Pendant la grossesse
Position debout ≥ 1h d'affilée	N** = 2 374
Non	1 485 (62,6)
Épisodiquement ou très rarement	278 (11,7)
Fréquemment	611 (25,7)
Monter des escaliers/escabeaux	N = 2 365
Non	1 556 (65,8)
Épisodiquement ou très rarement	328 (13,9)
Fréquemment	481 (20,3)
Manipuler charges > 5kg	N = 2 373
Non	1 769 (74,5)
Épisodiquement ou très rarement	293 (12,4)
Fréquemment	311 (13,1)
Contraintes posturales	
Bras en l'air	N = 2 360
Non	2 073 (87,8)
Épisodiquement ou très rarement	163 (6,9)
Fréquemment	124 (5,3)
Bras tendus	N = 2364
Non	1 959 (82,9)
Épisodiquement ou très rarement	158 (6,7)
Fréquemment	247 (10,4)
Courbée, penchée en avant	N = 2 362
Non	1 861 (78,8)
Épisodiquement ou très rarement	178 (6,5)
Fréquemment	323 (13,7)
Accroupie	N = 2 363
Non	1 989 (84,2)
Épisodiquement ou très rarement	202 (8,5)
Fréquemment	172 (7,3)
Travail répétitif	N = 2 370
Non	2 030 (85,6)
Épisodiquement ou très rarement	73 (3,1)
Fréquemment	267 (11,3)
Niveaux sonores élevés	N = 2 370
Non	2 100 (88,6)
Épisodiquement ou très rarement	195 (8,2)
Fréquemment	75 (3,2)
Utilisation de produits chimiques au travail	N = 2 372
Non	2 052 (86,5)
Épisodiquement ou très rarement	117 (4,9)
Fréquemment	203 (8,6)
Contact avec des malades ou des produits biologiques	N = 2 368
Non	2 009 (84,9)
Épisodiquement ou très rarement	72 (3,0)
Fréquemment	287 (12,1)
Contact avec des jeunes enfants	N = 2 366
Non	2 125 (89,8)
Épisodiquement ou très rarement	72 (3,1)
Fréquemment	169 (7,1)

* Les expositions professionnelles à des animaux, des chaleurs excessives ($\geq 30^{\circ}\text{C}$) ou à des ambiances froides ($< 10^{\circ}\text{C}$), à des rayonnements ionisants, consistant à travailler à genoux, à proximité de machines émettant des champs électromagnétiques, sur machine industrielle ou à conduire des engins rapportées par moins de 10 % des salariées ne sont pas présentées.

** N : nombre de réponses exploitables pour l'item.

contrat à durée indéterminée (sur un total de 2 051 salariées en CDI), par $\frac{3}{4}$ des salariées de la Fonction publique (sur un total de 270 salariées de la Fonction publique), mais seulement par 47 % des salariées en contrat à durée déterminée (sur un total de 36 salariées en CDD). La moitié des salariées avait déjà accouché au moins une fois (données non présentées) et un quart a été suivi pour grossesse à risque lors de la grossesse actuelle. Le médecin du travail a reçu un quart des salariées en visite médicale avant l'accouchement et n'a eu quasiment pas de relations avec les autres professionnels de santé pendant la grossesse (données non présentées).

Il est à noter un taux faible de prématurité (5,1 %) et de petits poids de naissance (6,1 %) (hors grossesses gémellaires). Environ un tiers des salariées a bénéficié d'un congé parental à temps plein ou à temps partiel après le congé maternité (données non présentées).

Enfin, 63 % des salariées ont bénéficié d'arrêts de travail avant la date des congés légaux/pathologiques et, pour plus de la moitié de la population incluse, ces arrêts de travail survenaient au cours du 3^e trimestre et étaient sans reprise jusqu'à l'accouchement (données non présentées). Les congés pathologiques ont été rapportés pour plus de $\frac{3}{4}$ des salariées. Le moment auquel les salariées ont cessé complètement de travailler était en moyenne à 29 semaines d'aménorrhée (données non présentées).

Les actions de prévention en milieu de travail mises en place pendant la grossesse ont été relativement peu nombreuses. La plus fréquente était la réduction du temps de travail (du fait d'une convention collective) (36 %, soit 859 salariées) et la plus rare la prise en charge financière dans le cadre du système de

Grossesse au travail : le retour au travail après un congé maternité

↓ Tableau III

➤ **CARACTÉRISTIQUES LIÉES À LA GROSSESSE (n (%)).**

Grossesse prévue	N* = 2 368
Oui	1 912 (80,7)
Non	456 (19,3)
Aide médicale à la procréation	N = 2 347
Oui	232 (9,9)
Non	2 115 (90,1)
Déclaration grossesse à la Sécurité sociale	N = 2 346
1 ^{er} trimestre	1 962 (83,6)
2 ^e trimestre	335 (14,3)
3 ^e trimestre	49 (2,1)
Déclaration grossesse à l'employeur	N = 2 348
1 ^{er} trimestre	1 727 (73,5)
2 ^e trimestre	579 (24,7)
3 ^e trimestre	39 (1,7)
Pas de déclaration	3 (0,1)
Grossesse à risque**	N = 2 349
Oui	566 (24,1)
Non	1 783 (75,9)
Nombre d'enfants portés durant la grossesse	N = 2 355
1 enfant	2 307 (98,0)
2 enfants (jumeaux)	48 (2,0)
Prématurité (< 37 SA), hors grossesses gémellaires	N = 2 255
Oui	114 (5,1)
Non	2 141 (94,9)
Petit poids (< 2 500 g), hors grossesses gémellaires	N = 2 303
Oui	140 (6,1)
Non	2 163 (93,9)
Principal professionnel ayant suivi la grossesse	N = 2 347
Médecin généraliste	98 (4,2)
Gynécologue/Obstétricien	1 632 (69,6)
Sage-femme	498 (21,2)
Autres	8 (0,3)
Plusieurs réponses***	111 (4,7)
Nombre de consultations prénatales	N = 2 232
Moyenne (écart-type)	8,2 (3,5)
Nombre d'échographies	N = 2 334
Moyenne (écart-type)	4,8 (2,5)
Congés pathologiques	N = 2 367
Oui	1 823 (77,0)
Non	544 (23,0)
Arrêt de travail avant la survenue de congés légaux/pathologiques	N = 2 364
Oui	1 495 (63,2)
Non	869 (36,8)

garantie en cas d'exposition à des risques réglementés (3 salariées) (figure 3). Les contraintes posturales et les manutentions manuelles ont été les principales expositions professionnelles ayant conduit à des actions de prévention. La visite médicale avant l'accouchement (23 % soit 550 salariées) concernait principalement les cadres et les professions intellectuelles supérieures (35 %) alors que l'éviction temporaire au poste de travail suivie d'un arrêt maladie (13 % soit 304 salariées) concernait particulièrement les professions intermédiaires (34 %) et les employées (38 %). Ce sont dans les établissements d'au moins 500 salariés que les actions de prévention étaient le plus souvent mises en place, alors qu'elles ont été rapportées le plus rarement dans les établissements de moins de 10 salariées (données non présentées).

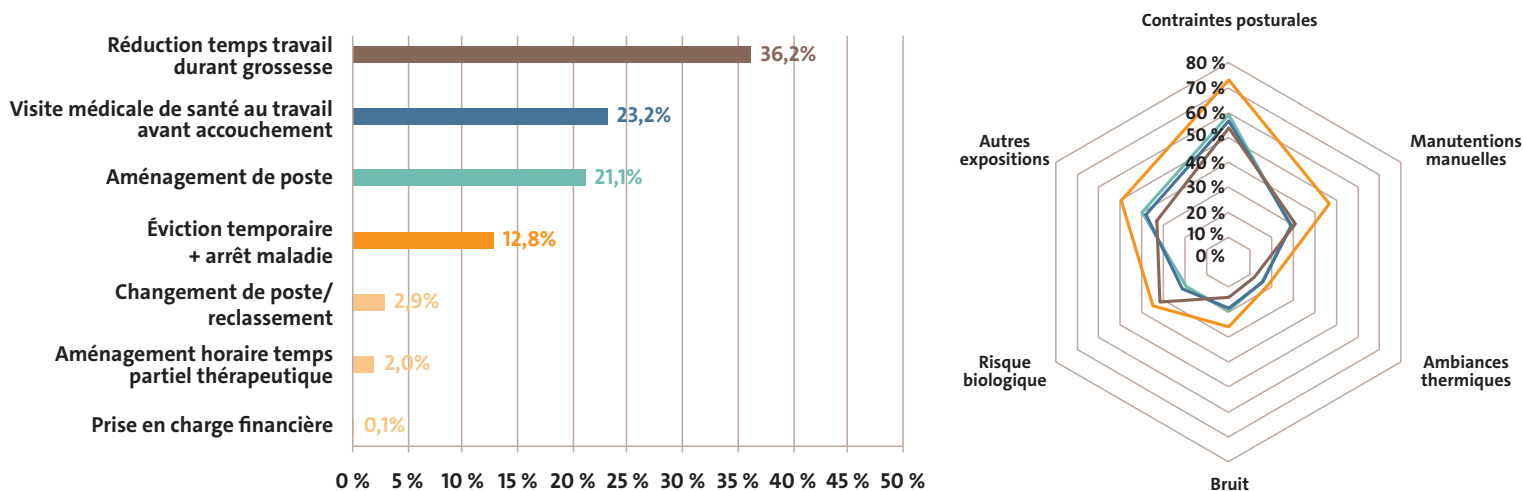
Si la répartition des principales expositions professionnelles des salariées suivies en services autonomes et services interentreprises est similaire, il n'en est pas de même pour les actions de prévention mises en place en milieu de travail. Les visites en santé au travail avant l'accouchement ont été rapportées plus fréquemment pour les services autonomes vs services interentreprises (36 % des salariées suivies vs 16 %), de même que la réduction du temps de travail durant la grossesse (48 % vs 28 %) et l'aménagement de poste autre que la réduction du temps de travail (24 %

*N: nombre de réponses exploitables.

** Antécédent d'infertilité, d'avortement, de grossesse antérieure difficile, grossesse multiple, âge maternel élevé...

*** 111 femmes ont donné plusieurs réponses alors qu'un seul choix était attendu.

Figure 3 : Actions réalisées au travail en fonction des expositions professionnelles pendant la grossesse.



vs 19 %). Parmi les salariées suivies en services autonomes, 5 % ont bénéficié d'un changement de poste/reclassement alors que seulement 1,5 % de celles suivies par les services interentreprises en ont bénéficié (données non présentées).

RETOUR AU TRAVAIL APRÈS UN CONGÉ MATERNITÉ

Ces résultats portent sur les 1511 salariées ayant renseigné le questionnaire C recueillant des informations à 3 mois après la reprise du travail (taux de réponse global 64 %).

Le taux de réponse augmentait avec le niveau de formation scolaire (de 37 % si aucun diplôme à 66 % au-delà de bac +2). Les répondantes étaient plus souvent fonctionnaires que salariées en CDI dans le privé (73 % vs 62 %), travaillaient plus fréquemment à temps plein qu'à temps partiel (64 % vs 56 %) et étaient plus fréquemment suivies par des services autonomes que par des services interentreprises (73 % vs 57 %). Concernant le type d'emploi, les taux de réponse les plus bas ont été observés chez les employées (57 %) (PCS 2003) et dans les secteurs d'activité (NAF 2008) hébergement/restauration

(41 %) et commerce/réparation automobiles/motocycles (50 %). Des taux de réponse supérieurs à 65 % étaient observés dans les secteurs « Santé humaine et action sociale » (67 %), « Transports et entreposage » (73 %) et « Industrie manufacturière » (75 %). À noter que chez les femmes ayant été exposées aux différents risques professionnels pour la grossesse ainsi que chez celles ayant rapporté des issues défavorables de la grossesse (petit poids de naissance ou prématurité), les taux de réponse au questionnaire C n'étaient pas plus faibles que le taux de réponse global de 64 %.

Le délai entre l'accouchement et le retour au travail a été en moyenne de 6,4 mois et entre la cessation complète du travail et le retour au travail de 8,7 mois. La part de salariées à temps plein était stable pendant la grossesse et à la reprise du travail (92 %). La durée journalière moyenne de travail était de 8 heures 18 pendant la grossesse et de 8 heures 08 à la reprise du travail. La proportion de salariées était similaire lors de ces 2 périodes pour le travail en horaire décalé (15 %) et en horaire de nuit (4 %). Les proportions de salariées rapportant du travail en horaire coupé (9 % à 5 %)

et du travail de week-end (29 % à 26 %) diminuaient légèrement et celle rapportant avoir 2 jours de repos consécutifs dans la semaine augmentait faiblement à la reprise du travail (84 % à 92 %). La proportion de salariées déclarant pouvoir bénéficier de télétravail, d'horaires flexibles ou d'absence pour raison familiale était supérieure à la reprise du travail, surtout pour cette dernière modalité (62 % vs 23 % avant reprise).

Dix pour cent des salariées ont rapporté avoir changé d'emploi à la reprise du travail. Vingt-huit pour cent (vs 8 % pendant la grossesse) ont déclaré travailler à temps partiel à la reprise. La durée journalière moyenne de travail (cf. ci-dessus) et la durée du trajet domicile-travail sont restées sensiblement les mêmes que pendant la grossesse (1h18), avec une utilisation quasi-équivalente (44-45 %) des transports en commun et de la voiture comme modes principaux de transport. Lorsque l'on considère les réponses sur l'organisation du travail des femmes ayant répondu aux deux questionnaires, pendant la grossesse et à la reprise du travail, c'est l'absence de changement qui prédomine pour la plupart d'entre

Grossesse au travail : le retour au travail après un congé maternité

elles. Par ailleurs, lorsqu'il y a des changements, ces derniers vont plutôt dans le sens d'une diminution du temps de travail professionnel que l'inverse. Ainsi, 22 % des femmes changent d'un temps plein vers un temps partiel, vs 1,3 % d'un temps partiel à un temps plein. Un tiers des femmes rapporte une diminution de la durée journalière de travail vs 18 % une augmentation. Trente pour cent rapportent plus de flexibilité (horaires, absences) vs 6 % moins de flexibilité.

Si 73 % des femmes rapportaient globalement la prise en compte des nouvelles contraintes parentales par la hiérarchie, moins pour les PCS employées de type administratif et personnels des services directs (60 %), 46 % déclaraient cependant être inquiètes pour l'évolution de leur carrière.

Certains changements à la reprise du travail diffèrent entre les types de SPST qui suivent les salariées : celles qui ont changé d'emploi ont été suivies pour 60 % par les services autonomes et celles qui ont changé d'entreprises pour 86 % par les services interentreprises. Les changements globalement souhaités sont rapportés pour 55 % des femmes suivies par les services autonomes vs 45 % de celles suivies par les services interentreprises. Si la prise en compte des nouvelles contraintes parentales ne diffère pas en proportion, que les femmes soient suivies par les services autonomes ou interentreprises, ce sont les femmes suivies par ces derniers qui rapportent plus de changements défavorables du comportement de la hiérarchie (58 % vs 42 % des femmes suivies par des services autonomes), ainsi que plus d'inquiétude pour l'évolution de carrière (52 % vs 48 %).

À la reprise du travail, le rythme de travail (score médian = 75/100, écart interquartile EI = 25) et les exi-

gences cognitives (score médian = 75/100, EI=25) sont perçus comme élevés. Les répondantes déclarent de faibles marges de manœuvre (score médian = 50/100, EI = 25), un bon niveau de soutien de la part du supérieur hiérarchique (score médian = 62,5/100, EI = 37,5) et des collègues (score médian = 75/100, EI = 25) ainsi qu'un faible niveau d'insécurité professionnelle (score médian = 25/100, EI = 25). Un faible niveau de conflit travail-famille (score médian = 1/12, EI = 3) a également été observé dans l'échantillon.

Bien que la moyenne du score global du HADS à 13,6 (moyenne score anxiété à 7,9 et moyenne score dépression à 5,7) indique l'absence de troubles anxio-dépressifs, 40 % des salariées présentent des troubles anxio-dépressifs suspectés ou avérés (50 % des troubles anxieux (26,7 % suspectés et 23,3 % avérés) et 30 % des troubles dépressifs (18,7 % suspectés et 10,8 % avérés)). Le **tableau IV** présente la répartition des troubles anxio-dépressifs selon la situation socioprofessionnelle, la survenue des arrêts de travail pendant la grossesse et selon les changements dans le travail depuis l'accouchement. Plus les femmes sont diplômées, moins elles présentent de troubles anxio-dépressifs. La prévalence de ceux-ci est la plus importante chez les employées et les ouvrières, ainsi que chez les femmes en situation de précarité. Les femmes présentant des troubles anxio-dépressifs ont vu moins fréquemment le médecin du travail et ont eu moins d'arrêts de travail durant la grossesse que les femmes ne présentant pas ces troubles. À la reprise du travail, les femmes anxio-dépressives ont rapporté plus fréquemment des changements globalement non souhaités dans le travail que des changements souhaités (58 %

vs 36 %), des changements défavorables de comportement de la hiérarchie (64 % vs 35 % d'absence de changements défavorables) et moins de prise en compte par celle-ci des nouvelles contraintes parentales (52 % vs 36 % de prise en compte) ainsi que plus d'inquiétude concernant leur évolution de carrière (très inquiète 55 % vs pas du tout inquiète 23 %).

Pour toutes les femmes, concernant la prise en charge de l'enfant, l'accueil collectif (44 %) suivi de celui chez une assistante maternelle (39 %) ont été rapportés comme modes de garde principaux. De même, les salariées ont noté, sur une échelle de 0 à 10, la participation du conjoint à 7 pour la gestion des enfants et à 6 pour les tâches domestiques.

Parmi les 70 % des salariées ayant allaité leur enfant, un tiers a continué après la reprise du travail, et la moitié de celles-ci avait arrêté l'allaitement au moment du remplissage du questionnaire C. La durée moyenne de l'allaitement a été de 5,3 mois et un tiers des femmes qui allaient ont rapporté avoir arrêté l'allaitement à cause du travail. Les femmes qui ont bénéficié d'un congé pathologique ou d'un arrêt de travail sans reprise jusqu'à l'accouchement n'ont pas allaité plus fréquemment que celles n'en ayant pas bénéficié. À la reprise du travail, trois quarts des femmes à temps partiel < 50 % déclaraient allaiter vs 70 % des autres femmes (à temps plein ou partiel ≥ 50 %).

Vingt pour cent des femmes étaient considérées en situation de précarité durant leur grossesse (score EPICES ≥ 30). Elles ont plus souvent vu le médecin du travail avant l'accouchement et ont plus souvent bénéficié d'un changement de poste/reclassement que les autres femmes (28 % vs 22 % et 5 % vs 2 %, respectivement). Les

↓ Tableau IV

➤ DESCRIPTION DES SALARIÉES SELON LA PRÉSENCE OU L'ABSENCE DES TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS ÉVALUÉS PAR HADS À LA REPRISE DE TRAVAIL APRÈS GROSSESSE (n (% calculé par rapport à la somme des effectifs par ligne)).

Caractéristiques analysées	Troubles anxio-dépressifs 595 (40,6 %)	Pas de troubles anxio-dépressifs 868 (59,4 %)
Formation scolaire		
Sans diplôme	8 (57,1)	6 (42,9)
CAP/BEP	41 (49,4)	42 (50,6)
Bac	78 (45,9)	92 (54,1)
Bac +1 à +2	106 (40,5)	156 (59,5)
≥ Bac +3	361 (38,7)	571 (61,3)
PCS 2003 (en début de grossesse)		
Artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprise	2 (33,3)	4 (66,7)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	248 (38,4)	398 (61,6)
Professions intermédiaires	165 (37,5)	275 (62,5)
Employées	156 (48,9)	163 (51,1)
Ouvrières	21 (50,0)	21 (50,0)
Niveau de qualification de l'emploi (en début de grossesse)		
Cheffe d'entreprise	0 (0,0)	3 (100,0)
Cadre ou ingénieure	266 (39,2)	412 (60,8)
Agent de maîtrise	34 (36,6)	59 (63,4)
Technicienne	42 (34,2)	81 (65,8)
Employée	239 (45,4)	288 (54,6)
Ouvrière	6 (35,3)	11 (64,7)
Autre	5 (38,5)	8 (61,5)
Précarité (Score EPICES ≥ 30)	151 (62,9)	89 (37,1)
Visite médicale auprès du médecin du travail avant l'accouchement	148 (40,5)	217 (59,5)
Congés pathologiques	462 (41,4)	653 (58,6)
Arrêt de travail avant congés légaux/pathologiques	398 (44,1)	504 (55,9)
Moment auquel la salariée a complètement cessé de travailler (en SA révolues)		
Moyenne (Écart-type)	28,7 (6,3)	29,5 (5,9)
Changement dans le travail depuis accouchement		
Changements globalement non souhaités	159 (58,2)	114 (41,8)
Changements globalement souhaités	120 (36,4)	210 (63,6)
Pas de changement	293 (35,8)	526 (64,2)
Changement comportement hiérarchie	171 (64,5)	94 (35,5)
Prise en compte par la hiérarchie des nouvelles contraintes parentales	385 (36,4)	674 (63,6)
Inquiétude évolution de carrière *		
Très inquiète (classe 5 - 10)	374 (54,8)	308 (45,2)
Un peu inquiète (classe 1 - 4)	130 (33,4)	259 (66,6)
Pas du tout (classe 0)	91 (23,3)	300 (76,7)

* L'inquiétude perçue quant à l'évolution de carrière a été évaluée à l'aide d'une échelle numérique de 0 (pas du tout inquiète) à 10 (très inquiète); à des fins d'analyse statistique, les résultats ont été regroupés en 3 classes: 0, 1 à 4, 5 à 10.

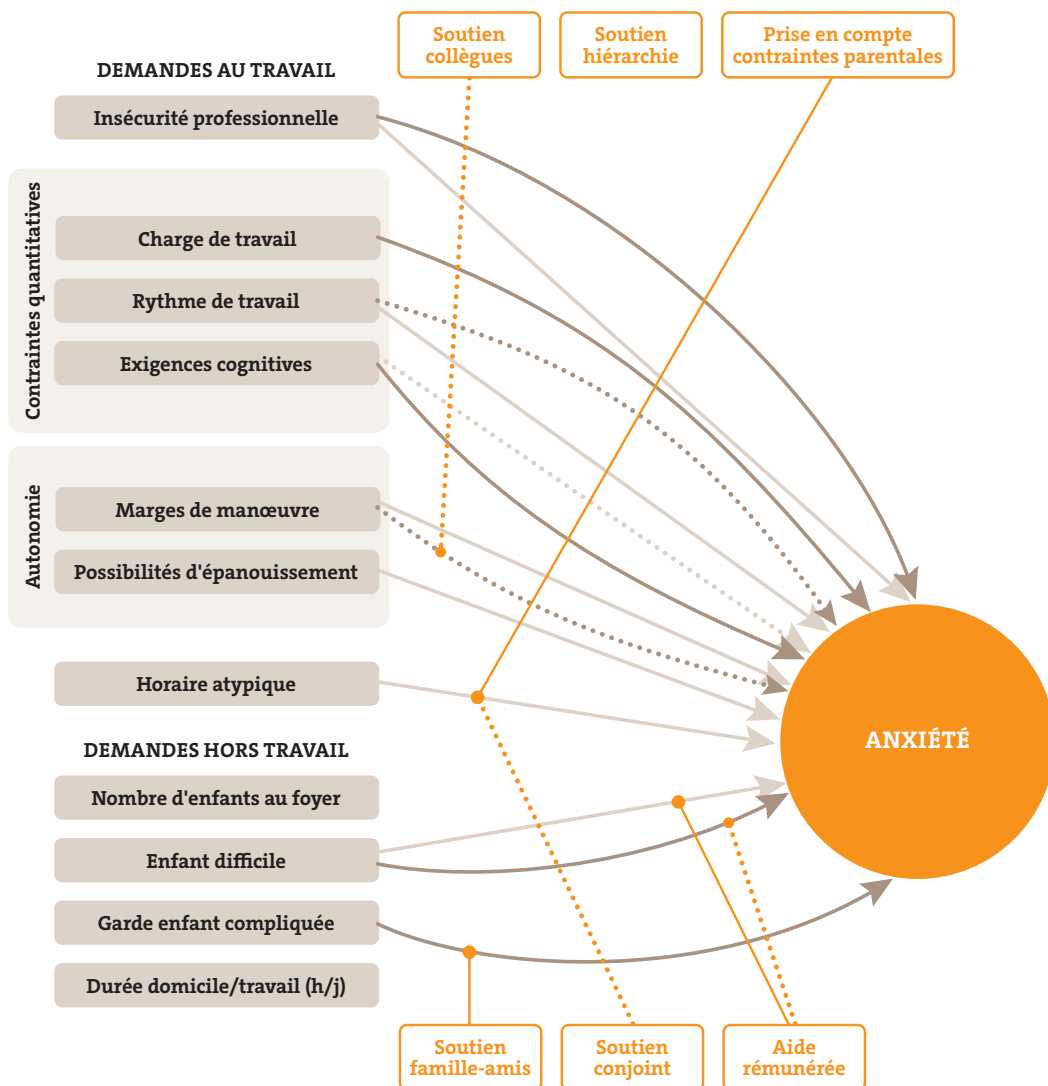
Grossesse au travail : le retour au travail après un congé maternité

femmes en situation de précarité ont déclaré plus souvent un arrêt de travail avant la survenue de congés légaux/pathologiques que les autres femmes (71 % vs 61 %) et ces arrêts survenaient le plus souvent pendant les 2 premiers trimestres. Cependant, les fréquences de la prématurité et d'un petit poids de naissance de l'enfant n'étaient pas très différentes chez les femmes en situation de précarité par rapport aux autres femmes : 5,7 % vs 4,7 % pour la prématurité et 6,2 % vs 6,0 % pour le petit poids. À la reprise du travail, la prise en compte des nouvelles contraintes parentales par la hiérarchie était moins souvent rapportée par les femmes en situation de précarité : 54 % vs 77 % par les autres femmes. De plus, elles étaient plus souvent très inquiètes pour l'évolution de leur carrière que les femmes n'étant pas dans cette situation : 61 % vs 44 %. Enfin, près de deux tiers (63 %) de ces femmes présentaient des troubles anxio-dépressifs vs un peu plus d'un tiers des autres femmes (36 %).

ANALYSE DES RELATIONS ENTRE DES CARACTÉRISTIQUES DU TRAVAIL, LE CONFLIT FAMILLE-TRAVAIL ET LA SANTÉ MENTALE APRÈS REPRISE DU TRAVAIL

La plupart des **demandes au travail** ont des relations statistiquement significatives avec le **score d'anxiété** (figure 4). Ces relations sont entièrement ou partiellement médiées par le conflit travail-famille (relations médiées) pour la charge de travail, les exigences cognitives et l'insécurité professionnelle. Plus ces demandes sont grandes, plus le score d'anxiété augmente. Les relations entre le rythme de travail, les marges de manœuvre et les possibilités d'épanouissement

Figure 4: Synthèse des analyses des relations entre le score d'anxiété (HADS) et les demandes au travail/hors travail, en intégrant le rôle médiateur du conflit travail-famille ainsi que les modulations par différentes ressources.



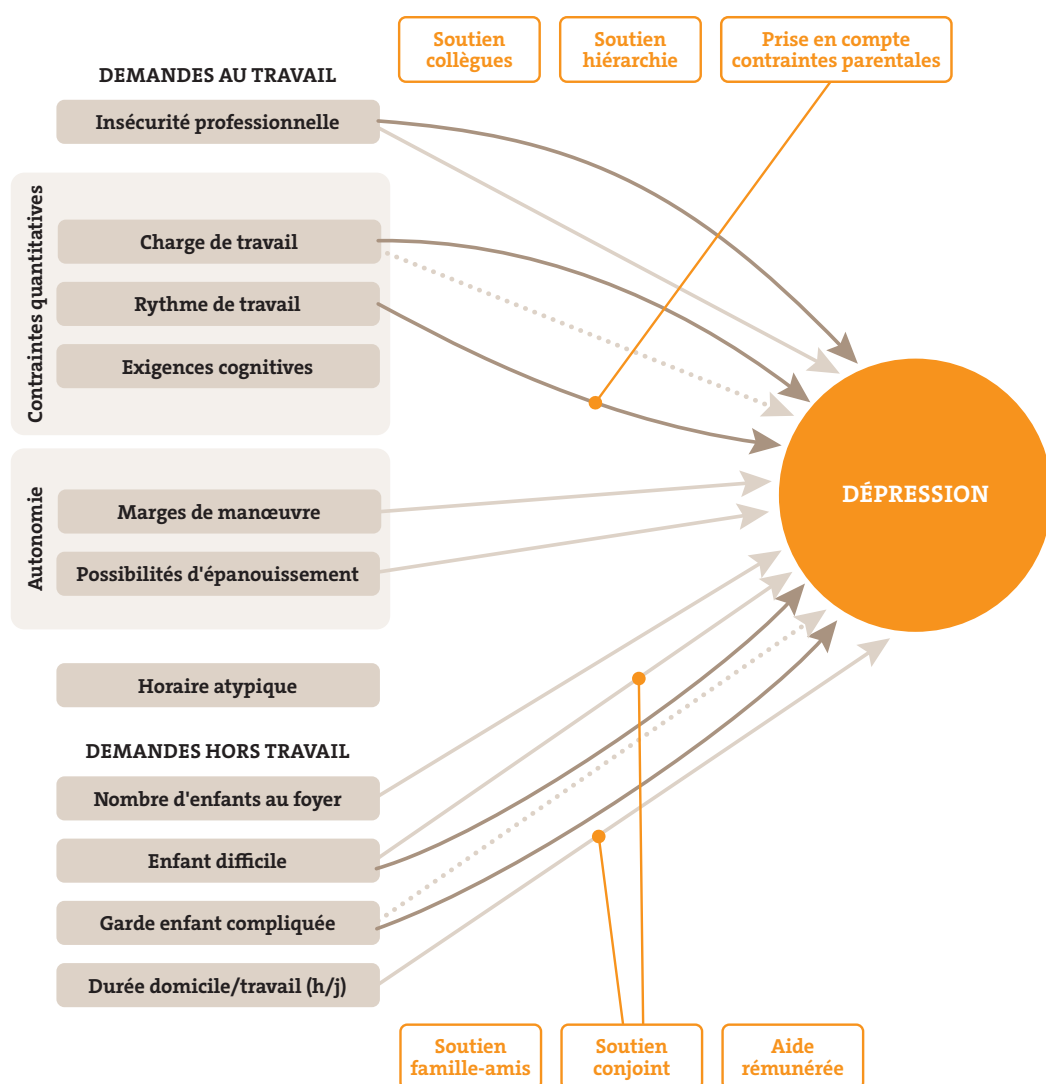
Les flèches indiquent les relations directes (beige droit) et médiées (marron courbe). Le trait plein indique un $p < 0,05$ et le trait pointillé un p à la limite de la significativité statistique. Les cases orange correspondent aux différents modulateurs. L'absence de trait indique l'absence de relation.

d'une part et le score d'anxiété d'autre part ne sont pas transmises par le conflit travail-famille (relations directes). Si l'augmentation du rythme de travail est associée à une augmentation du score d'anxiété, la relation entre les marges de manœuvre et le score d'anxiété dépend du soutien des collègues comme facteur modulateur. Ainsi, le score d'anxiété diminue en présence de ce soutien.

De même, la relation entre les horaires atypiques et le score d'anxiété est modifiée par l'existence des facteurs modulateurs comme les soutiens au travail (la prise en compte par la hiérarchie des nouvelles contraintes parentales est associée avec une diminution du score d'anxiété) ou hors travail (le soutien du conjoint est associé, de manière inattendue, à une augmentation du score d'anxiété).

Figure 5: Synthèse des analyses des relations entre le score de la dépression (HADS) et les demandes au travail/hors travail, en intégrant le rôle médiateur du conflit travail-famille ainsi que les modulations par différentes ressources.

En ce qui concerne les **demandes hors travail**, avoir un enfant difficile est associé au score d'anxiété de façon partiellement médiée par le conflit famille-travail. Il existe une modulation statistiquement significative par l'existence du personnel rémunéré. En leur présence, avoir un enfant difficile est associé avec une diminution du score d'anxiété. Une garde d'enfant compliquée à mettre en place est associée avec le score d'anxiété de façon entièrement médiée par le conflit famille-travail. Cette association est modulée par le soutien familial : plus la garde de l'enfant est compliquée, plus le score d'anxiété augmente, quel que soit le niveau de soutien familial. L'association la plus forte est cependant observée en l'absence de soutien familial. Toutes les **demandes au travail**, **sauf les exigences cognitives et les horaires atypiques**, sont associées de façon statistiquement significative au **score de dépression** (figure 5). Ces relations ne sont pas modifiées par des facteurs modulateurs, hormis pour le rythme de travail. La relation entre la charge de travail et le score de dépression est principalement médiée par le conflit travail-famille. Plus la charge de travail est grande, plus le score de dépression augmente. Les relations entre les marges de manœuvre et les possibilités d'épanouissement d'une part et le score de dépression d'autre part sont directes. Plus ces dimensions de l'autonomie au travail sont grandes, moins le score de dépression est élevé. La relation entre l'insécurité professionnelle et le score de dépression est partagée, quasiment à parts égales, entre relations directe et médiée par le conflit travail-famille. Plus l'insécurité augmente, plus le score de dépression augmente.



Les flèches indiquent les relations directes (beige droit) et médiées (marron courbe). Le trait plein indique un $p < 0,05$ et le trait pointillé un p à la limite de la significativité statistique. Les cases orange correspondent aux différents modulateurs. L'absence de trait indique l'absence de relation.

L'association du rythme de travail avec le score de dépression est entièrement médiée par le conflit travail-famille. Elle est modulée par la prise en compte des nouvelles contraintes parentales par la hiérarchie. Le sens de la modulation est inattendu puisque, lorsque les contraintes parentales sont prises en compte par la hiérarchie, plus le rythme de travail est intense, plus

le score de dépression augmente. La plupart des **demandes hors travail** sont associées de façon statistiquement significative avec le **score de dépression** et ces relations ne sont pas modulées, hormis pour l'enfant difficile et la durée du trajet. Ainsi, la relation entre enfant difficile et score de dépression est partiellement médiée par le conflit famille-travail. Elle est modulée

Grossesse au travail : le retour au travail après un congé maternité

par le soutien du conjoint de façon inattendue. En cas d'aide modérée ou forte du conjoint, plus l'enfant est jugé difficile, plus le score de dépression augmente. L'association entre garde compliquée et score de dépression est principalement médiée par le conflit famille-travail. Plus la garde de l'enfant est compliquée, plus le score de dépression augmente. La relation entre nombre d'enfants au foyer et score de dépression est uniquement directe. Plus le nombre d'enfants est grand, moins le score de dépression est élevé.

La relation entre la durée du trajet et le score de dépression est modulée par le soutien du conjoint. En cas de soutien important, plus la durée de trajet est longue, moins le score de dépression est élevé. En cas de faible soutien, plus la durée de trajet est longue, plus le score de dépression est élevé.

DISCUSSION

Cette étude décrivant le déroulement des grossesses au travail ainsi que la période de reprise de travail après retour du congé maternité a été menée dans une population de grande taille de la métropole parisienne, région présentant des particularités liées notamment aux transports, aux emplois et secteurs d'activité ainsi qu'à la participation des services autonomes des entreprises de grande taille en plus des services interentreprises comme déjà rapporté [16, 17].

L'originalité de l'étude consiste également dans l'analyse, à la reprise du travail, des relations entre les demandes au travail et hors travail d'une part, et les indicateurs

de santé mentale d'autre part, en analysant le rôle médiateur des conflits travail-famille ainsi que la modulation par différentes ressources.

PARTICULARITÉS DE L'AGGLOMÉRATION PARISIENNE

Comparée à d'autres régions géographiques [17], l'agglomération parisienne est associée à un transport domicile-travail perçu comme pénible pour 56 % vs 21 %, au doublement du temps journalier de transport (médiane 1 h vs 30 min), à une population de l'étude incluant plus de cadres et moins d'employées (cadres/professions scientifiques 42 % vs 10 %; employées 24 % vs 54 %). On note également quelques disparités avec des populations de femmes enceintes issues de la ville de Paris et participant à d'autres études [56, 57] : temps de trajet quotidien inférieur (45 minutes en moyenne en 2016 pour 486 femmes enceintes habitant la ville de Paris) [56], proportion bien moins importante de niveaux supérieurs au baccalauréat (40 % pour Blanchard et al. [56], 54 % pour Deguen et al. [57] vs 78 % dans l'étude présentée ici). Il est à noter une proportion de petits poids de naissance un peu plus grande dans l'étude présente que dans celle s'intéressant au poids de naissance de nouveau-nés issus de grossesse *a priori* unique, de mères vivant à Paris *intra-muros* sur la période 2008 - 2011 [57] : <=4,4 % vs 6,1 % dans l'étude actuelle.

Le taux de précarité observé d'environ 20 % est comparable à celui de l'étude menée dans la région Languedoc-Roussillon (22 %), mais inférieur à celui des employés du secteur de la santé (29 %) [17, 49]. Un cumul des expositions professionnelles à risque, un risque de

prématurité plus important et des arrêts de travail plus précoces et plus longs semblent associés à la situation de précarité [48]. De plus, la situation de précarité au travail (CDD, contrat très court, salariées très jeunes...) pourrait conduire à une non reprise du travail après accouchement, et ainsi à un possible biais de sélection dans l'étude présente.

Dans cette étude, la plus importante proportion d'absence de prise en compte par la hiérarchie des nouvelles contraintes parentales selon les salariées, 37 %, était observée dans le secteur d'activité « santé humaine et action sociale » ainsi que dans celui des « activités de service administratif et de soutien ». Par ailleurs, plus de 15 % des femmes rapportaient un changement de comportement défavorable de leur hiérarchie à la reprise du travail, c'est-à-dire par ordre de fréquence décroissante : leur confiant moins de responsabilités, des tâches moins intéressantes, leur faisant des remarques sur leur temps de présence et leur faisant moins confiance. Dans la littérature, c'est principalement le secteur de la santé qui a été exploré de ce point de vue. Sans pouvoir faire de comparaison *stricto sensu*, 73 % de mères vétérinaires et 36 % de mères médecins rapportaient s'être senties discriminées au travail du fait de leur maternité [58, 59]. Dans l'étude présente, 46 % des salariées étaient très inquiètes pour l'évolution de leur carrière, sans que le design de l'étude permette de connaître cette évolution. Une étude de 2019 a suivi l'évolution de carrière de nouveaux parents exerçant à temps plein un métier dans les domaines des sciences, de la technologie, de l'ingénierie ou

des mathématiques [60]. Quatre à 7 ans après l'arrivée d'un premier enfant, 43 % des nouvelles mères n'occupaient plus leur emploi, définitivement ou plus à temps plein, alors que cette proportion modélisée chez des femmes sans enfant était de 25 %.

Afin d'analyser la représentativité de l'échantillon, deux sources de comparaison étaient disponibles : les données sociodémographiques des médecins participant à l'étude comparées à celles des médecins du travail des SPST interentreprises et autonomes de la région parisienne (données 2019 fournies par la DRIEETS d'Île-de-France), et les données sociodémographiques et de l'emploi de l'effectif francilien de l'« Étude nationale périnatalité (ENP) 2016 » [61]. Concernant le type de SPST, ce sont les services autonomes qui sont les plus représentés dans les deux échantillons : 3 fois plus dans l'étude actuelle et 7 fois plus dans les données de la DRIEETS que les services interentreprises. Si dans l'étude actuelle, le nombre de médecins du travail investigateurs est sensiblement égal entre les deux types de services, dans les données de la DRIEETS, deux tiers des médecins sont rattachés aux services interentreprises et un tiers aux services autonomes. Le nombre de salariées suivies est plus important pour les services interentreprises que pour les services autonomes (2 fois plus dans l'étude présente et 5 fois plus dans les données de la DRIEETS). Concernant l'échantillon des salariées, l'étude actuelle par rapport à l'ENP 2016 montre une proportion plus importante de femmes de plus de 35 ans (34 % vs 25 %), avec un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (79 % vs 64 %), une moindre fréquence de

la prématurité (5,6 % vs 7,7 %), des petits poids de naissance (6,1 % vs 7,5 %) et de l'allaitement maternel (71 % vs 77 %).

PLACE DES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL : ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

Il existe peu de contacts entre les salariées en état de grossesse et les SPST. Les échanges entre le médecin du travail et les autres professionnels de santé sont quasiment absents, avec cependant un niveau élevé d'arrêts de travail durant la grossesse (63 %) bien que légèrement inférieur à une autre région géographique (Languedoc-Roussillon : 74 %) [17] ou au secteur hospitalier (87 %) [16].

Si l'aménagement de poste concerne moins de 20 % des salariées dans les différentes études, légèrement supérieur dans le secteur hospitalier (26 %) [16], c'est plutôt la réduction du temps de travail qui est l'action de prévention en milieu de travail la plus fréquemment mise en place pendant la grossesse (36 % dans la présente étude et 30 % en Languedoc-Roussillon), particulièrement dans le secteur de la santé (60 %) [49]. Il faut préciser qu'il s'agit d'une réduction du temps de travail du fait d'une convention collective et ceci pourrait expliquer son application plus fréquente pour les femmes suivies par les services autonomes que celles suivies par les services interentreprises. Mais, dans les mêmes services autonomes, il y a eu également plus de visites médicales avant l'accouchement ainsi que plus d'aménagements de poste autres que la réduction du temps de travail que dans les services interentreprises. Ces interactions plus fréquentes pourraient expli-

quer que presque $\frac{3}{4}$ des salariées suivies par les services autonomes ont répondu au questionnaire explorant le retour au travail après grossesse, mais seulement la moitié de celles suivies par les services interentreprises.

Le constat du faible niveau d'actes de prévention peut être expliqué par l'absence, dans la réglementation sur la surveillance des grossesses au travail, d'un dispositif permettant d'informer les professionnels de la santé au travail de l'état de grossesse. Contrairement à la visite de reprise après accouchement, aucun entretien auprès des professionnels de la santé au travail pendant la grossesse n'est prévu dans le cadre réglementaire actuel, et de même aucune transmission d'information sur les grossesses *via* l'employeur ou les professionnels de santé qui suivent la grossesse [14]. En effet, il n'existe aucune procédure administrative automatique envoyant aux SPST des informations sur l'état de grossesse des salariées qu'ils ont la charge de suivre professionnellement et, par conséquent, l'initiative du contact avec les SPST revient aux salariées ou aux employeurs (après déclaration de grossesse par la salariée).

Le constat de la méconnaissance par les employeurs et les professionnels de la santé au travail de la réglementation spécifique sur la protection de la maternité au travail a été récemment rapporté dans d'autres pays de l'Europe de l'Ouest, comme la Suisse [62] ou les Pays-Bas [63]. Dans ce dernier, 50 % des femmes enceintes travaillent dans des conditions non conformes à la réglementation (particulièrement dans les secteurs de la santé et de la petite enfance, éducation et social, restauration, industrie, nettoyage et

Grossesse au travail : le retour au travail après un congé maternité

construction). Seulement 15 % des employeurs informent les femmes sur les ajustements possibles dans leur travail, alors que plus du double ne délivrent aucune information sur les expositions à risque, notamment chimiques et biologiques [58]. La proposition de mise en place d'une consultation spécifique pour les travailleuses enceintes par les médecins du travail pourrait limiter la pratique habituelle des arrêts maladie au profit d'une analyse des risques suivie des mesures de prévention [64].

Globalement, dans la présente étude, les salariées ont complètement cessé de travailler à 29 semaines d'aménorrhée, soit 10 semaines avant l'accouchement, alors que la durée légale du congé prénatal varie pour la plupart entre 6 à 8 semaines avant l'accouchement en fonction du rang de la grossesse et/ou du congé pathologique [14]. Dans la littérature, les prédicteurs des arrêts de travail dans une cohorte danoise étaient liés aux expositions professionnelles comme les contraintes physiques et posturales, les horaires atypiques, le *job strain* [65], mais également, dans une étude norvégienne, à des facteurs socioéconomiques (jeune âge, faible niveau d'études) ou aux antécédents psychiatriques (dépression, insomnie) [66].

Dans la présente étude, le délai de reprise du travail après l'accouchement a été de 6,4 mois (plus du double du congé légal postnatal), et de 8,7 mois par rapport à la cessation complète du travail. Ces résultats confirment le constat que, depuis le milieu des années 90, la durée des arrêts de travail pendant et après la grossesse, comparée aux arrêts de travail avant la grossesse, augmente constamment en Europe [67]. Afin d'éviter les risques professionnels pendant ces périodes de

vulnérabilité physique et psychique, les professionnels de santé ont plutôt recours aux arrêts de travail et à l'éviction des salariées du travail qu'à l'aménagement du poste de travail [48]. De plus, les dispositions spécifiques pour les femmes enceintes exposées à des risques particuliers déterminées par voie réglementaire comme les changements temporaires d'affectation pour raison médicale, travail de nuit, risques particuliers, les travaux interdits ou réglementés... doivent être mieux diffusés [14]. La visite d'information et de prévention doit permettre l'information des femmes en âge de procréer des risques éventuels, et l'organisation d'une visite très tôt en début de grossesse auprès des SPST est à encourager. Cette visite, bien que non prévue actuellement, a conduit à 2,3 fois plus d'aménagement de poste dans le groupe de femmes ayant eu ce contact comparativement à un groupe de femmes n'ayant pas eu ce contact [17, 68].

Afin d'harmoniser la pratique des médecins du travail concernant l'évaluation et la gestion des risques, une étude française récente se proposait de définir des seuils d'exposition aux contraintes organisationnelles et biomécaniques chez les femmes enceintes [69]. Des données récentes concernant le travail posté du personnel de santé suédois a montré une augmentation du risque de prématurité chez les femmes enceintes effectuant des nuits consécutives (≥ 3) et des longs horaires de travail (≥ 10 heures par poste ou > 40 heures par semaine) au cours du premier trimestre de grossesse [70]. De plus, une période insuffisante de repos (< 28 heures) précédant le retour vers d'autres horaires que ceux de nuit semble potentialiser l'association avec le sur-risque de prématurité.

Enfin, les médecins du travail investigateurs dans la présente étude

ont fait part de l'intérêt d'un travail d'information sur la grossesse et la maternité au travail auprès des employeurs car « *la grossesse est toujours vécue négativement lorsqu'elle n'est pas anticipée (absence, obligation de recruter, augmentation de la charge de travail pour les autres) et souvent les salariées sont ostracisées par la suite* ».

Par ailleurs, les quelques informations recueillies décrivant le déroulement de carrière après grossesse diffèrent selon le type de SPST. Ainsi, bien que la prise en compte des nouvelles contraintes parentales par la hiérarchie soit rapportée comme similaire quel que soit le type de SPST suivant la salariée, le déroulement de carrière après grossesse pourrait être plus défavorable pour les salariées suivies en services interentreprises vs services autonomes (changement défavorable de comportement de la hiérarchie : 58 % vs 42 % ; inquiétude quant à l'évolution de carrière : 52 % vs 48 %).

De manière générale, les acteurs de la santé au travail peuvent agir dès le stade de projet de grossesse (ou en amont du projet de grossesse) en sensibilisant les employeurs sur la conciliation vie privée-vie professionnelle ainsi que les salariées sur la période de reprise du travail après grossesse. Comme rapporté dans la littérature, les horaires de travail « souples » ont été cités comme facteurs favorables et la crainte de répercussions sur l'évolution de carrière comme facteur défavorable à la concrétisation du projet de grossesse [71, 72].

Étant donné que 40 % de l'échantillon actuel de salariées présentaient des troubles anxio-dépressifs suspectés/avérés, il a été essayé de décrire une typologie des femmes anxio-dépressives afin d'apporter des éléments pour mieux orienter le suivi médical vis-à-vis de cette population à risque.

Ainsi, la fréquence de troubles anxio-dépressifs au retour au travail chez les femmes précaires est plus élevée que chez les non précaires (2/3 vs 1/3). Il est constaté une fréquence plus élevée de troubles anxio-dépressifs vs absence de signes dépressifs chez les femmes ayant les niveaux de formation scolaire inférieurs au baccalauréat, chez les ouvrières et employées ainsi que chez les femmes connaissant des changements professionnels défavorables depuis la reprise du travail. Cependant, les femmes anxio-dépressives ont eu globalement moins de contact avec les SPST ainsi que moins d'arrêts de travail durant la grossesse.

Les SPST devraient suivre de manière ciblée ces typologies de salariées et inciter tous les employeurs à prendre en compte les nouvelles contraintes parentales, alors que, dans la présente étude, elles ont été moins prises en compte chez les précaires que chez les cadres (54 % vs 80 %). En effet, les femmes qui ont rapporté la prise en compte par la hiérarchie des nouvelles contraintes parentales étaient moins fréquemment anxio-dépressives comparées à celles n'ayant pas rapporté cette prise en compte (36 % vs 53 %).

RELATIONS DES DEMANDES AU TRAVAIL/HORS TRAVAIL AVEC LA SANTÉ MENTALE AU RETOUR AU TRAVAIL APRÈS UN CONGÉ MATERNITÉ

La plupart des demandes au travail est associée avec les scores d'anxiété et de dépression. Globalement, les relations avec le score d'anxiété sont plus souvent médiées par le conflit travail-famille et plus souvent modifiées par des facteurs modulateurs que les relations avec le score de dépression. L'augmentation de la charge de travail et

de l'insécurité professionnelle est associée à des scores d'anxiété et de dépression plus élevés. Si l'augmentation du rythme de travail est associée à une augmentation du score d'anxiété, la relation avec le score de dépression dépend, de manière contre-intuitive, de la prise en compte par la hiérarchie des nouvelles contraintes parentales qui augmente ce score. Des résultats inattendus ont déjà été rapportés dans des études qui ont analysé le soutien social, et pourraient être expliqués par le fait que les soutiens hiérarchiques sont également perçus à l'origine des demandes [73]. Comme attendu, l'augmentation des marges de manœuvres et des possibilités d'épanouissement est associée à une diminution des scores d'anxiété et de dépression; le soutien des collègues module la relation avec le score d'anxiété, sa présence diminuant ce score. À noter que l'existence des horaires atypiques est associée au score d'anxiété mais pas à celui de dépression. De plus, cette relation est modulée de manière attendue par la prise en compte des contraintes parentales par la hiérarchie mais de manière inattendue par le soutien du conjoint, qui est associé à une augmentation du score.

Les demandes hors travail sont associées davantage au score de dépression qu'au score d'anxiété. Ces relations sont modulées par les soutiens hors travail pour les deux scores, mais de manière contre-intuitive pour le soutien du conjoint en cas d'enfant difficile (augmentation du score de dépression).

Dans cette étude, il est montré que le soutien professionnel vertical et horizontal pourrait être un moyen de diminuer les symptômes d'anxiété. De même, favoriser l'autonomie dans le travail semble un levier pour diminuer les symptômes de dépression.

Cependant, ces hypothèses issues d'une étude transversale sont à confirmer par des études longitudinales et des études d'intervention. En effet, une revue récente de la littérature sur les résultats de ces études d'intervention conclut au manque de données de qualité pouvant soutenir l'hypothèse de l'effet bénéfique d'une formation des managers à différents types de gestion des ressources humaines sur la santé de leurs employés et la leur (absentéisme, stress, bien-être mental) [74].

Dans la présente étude, rythme et charge de travail, ainsi qu'insécurité professionnelle, sont associés aux dimensions anxiété et dépression, les relations étant médiées par le conflit travail-famille. On observe donc un rôle médiateur du conflit travail-famille entre les demandes au travail et la santé mentale, mesurées au même moment. Ce résultat est proche de celui observé dans une étude longitudinale japonaise menée hors contexte de grossesse, parmi près de 7 500 employés, hommes et femmes, mesurant des facteurs de risque psychosociaux à l'inclusion, les conflits travail-famille un an après l'inclusion et la détresse psychologique évaluée à 2 ans [75]. Cette étude mettait en évidence un effet médiateur des conflits travail-famille plus important chez les femmes. Cet effet était également plus important pour les demandes et efforts au travail que pour les autres facteurs recueillis, comme le déséquilibre effort-récompense par exemple.

Dans une étude canadienne récente s'intéressant à l'inégalité de la détresse psychologique entre les hommes et les femmes en emploi hors grossesse, l'interférence famille-travail est associée à significativement plus de détresse psychologique chez les femmes et à plus de consommation d'alcool à

Grossesse au travail : le retour au travail après un congé maternité

risque chez les hommes [76]. Dans cette étude, un rôle de médiateur de l'interférence famille-travail a été montré entre les stresseurs familiaux et professionnels et la détresse psychologique.

Plusieurs études pré-pandémie ont utilisé le questionnaire HADS pour évaluer les troubles anxieux et/ou dépressifs chez des mères pendant le post-partum. La prévalence des troubles anxieux et celle des troubles dépressifs étaient bien inférieures à celles observées dans la présente étude. La prévalence des troubles anxieux suspectés allait de 13,5 % pour Wszolek [77] à 16,5 % (entre 3 et 4 mois après l'accouchement) pour Sato [78] vs 26,7 % ici. La prévalence des troubles anxieux avérés variait de 7,4 % pour Wszolek [77] à 10,6 % (entre 9 et 10 mois après l'accouchement) pour Sato [78] vs 23,3 % dans l'étude présente. La prévalence des troubles anxieux suspectés et avérés s'étendait de 5,3 % pour Sluijs [79] à 32 % pour Agbaje [80] vs 50 % dans l'étude actuelle. La prévalence des troubles dépressifs suspectés variait de 14,9 % (entre 3 et 4 mois après l'accouchement) à 18,2 % (entre 9 et 10 mois après l'accouchement) pour Sato [78] vs 18,7 % ici et celle des troubles dépressifs avérés de 1,5 % [77] à 4,1 % (entre 3 et 4 mois après l'accouchement) et 5,9 % (entre 9 et 10 mois après l'accouchement) [78] vs 10,8 %. Les moyennes des scores observés ici (troubles anxieux 7,9, troubles dépressifs 5,7) étaient proches de celles rapportées dans la littérature par Dikmen-Yildiz et al. [81] ou Sandoz et al. [82]. Le score moyen pour les troubles anxieux était par contre supérieur dans la présente étude à celui observé par Ogawa et al. [83] auprès de mères japonaises à 4 semaines du post-partum (5,4). À noter que le recueil des 2 études

précédentes [82, 83] a eu lieu partiellement ou totalement après le début de la pandémie, ce qui pourrait avoir eu pour effet d'augmenter les scores. Aucune des périodes utilisées dans la littérature pour les mesures des troubles anxio-dépressifs ne correspond à la période ciblée par la présente étude, soit 3 mois après la reprise du travail, (la date de la mesure HADS la plus proche de l'accouchement étant 5,5 mois après celui-ci).

LIMITES DE L'ÉTUDE

Dans l'analyse des relations entre le travail, le conflit famille-travail et la santé mentale après retour au travail post-partum, le design transversal du recueil de données après reprise du travail ne permet pas l'interprétation causale des relations, d'autant plus qu'il est renseigné par une seule source (salariée). L'utilisation d'outils de mesure génériques de l'anxiété a été critiquée dans le cas du post-partum [84], l'anxiété pouvant se manifester différemment pendant cette période en se focalisant sur la maternité. Une échelle de mesure de l'anxiété a été spécifiquement développée pour la période du post-partum [84, 85] mais n'était pas disponible en langue française lors de la mise en place de cette étude.

La représentativité des échantillons de médecins et de salariées n'a pas été analysée, les données présentées sont purement descriptives et ne permettent pas de réaliser des comparaisons.

Enfin, un possible biais de sélection serait dû aux femmes ne reprenant pas le travail, par exemple celles en grande précarité (CDD, contrat très court, salariées très jeunes...). Bien que minoritaires, elles pourraient

ne pas reprendre involontairement le travail après accouchement, et ce point représente une limite structurelle de l'étude car ces salariées sont en général difficilement « capées » par les SPST.

Une autre limite est constituée par le fait que les femmes ne comprenant pas le français ont été exclues d'emblée.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

À la reprise du travail après un congé maternité, les relations entre les demandes et la santé mentale diffèrent selon les indicateurs analysés. Les troubles anxieux et dépressifs sont associés à presque toutes les demandes au travail. Ces associations sont médiées davantage par les conflits travail-famille dans le cas des troubles anxieux que dans le cas des troubles dépressifs. De même, les soutiens professionnels hiérarchiques et des collègues modulent favorablement les relations avec les troubles anxieux alors que la modulation des relations avec les troubles dépressifs par les soutiens est plus complexe.

Concernant le déroulement des grossesses au travail, les résultats présentés sont en accord avec les données publiées montrant que les SPST sont insuffisamment sollicités aussi bien pendant la période périconceptionnelle pour évaluer les risques pour la grossesse que pour le maintien au travail des salariées pendant la grossesse et au retour après un congé maternité. L'éviction des salariées du poste par des arrêts de travail conséquents reste largement prédominante comparée aux actions de prévention en milieu de travail.

Évaluer l'évolution de la santé mentale en relation avec des mesures de prévention ainsi que mettre en place de futures études incluant mères et pères, étant donné les différences en soutiens et ressources selon le genre [76], représentent des perspectives de recherche qui dépassent le cadre de la santé au travail et pourraient concerner la santé publique. Enfin, une approche longitudinale permettrait d'inclure les salariées dès le stade de la grossesse et de suivre leur devenir/travail.

Le rôle des SPST dans la prévention des risques chez les femmes en âge de procréer pourrait être discuté à plusieurs niveaux. Ainsi, la visite initiale d'information et de prévention réalisée par un professionnel de santé du travail permettrait d'aborder les risques et les actions de prévention en rapport avec le dispositif réglementaire pour la protection de la grossesse et de la maternité. De plus, cette visite devrait intégrer une sensibilisation de la salariée sur l'importance de prendre contact avec les SPST au plus tôt en début de grossesse, idéalement dès le stade de projet de grossesse, ainsi que sur l'intérêt de déclarer la grossesse à l'employeur le plus tôt possible. Une fois la grossesse déclarée à l'employeur, la transmission par l'employeur de cette information au SPST permettrait d'organiser une visite médicale spécifique pour la mise en place des actions de prévention afin d'éviter l'éviction des salariées du travail (aménagement/changement de poste, dispositions spécifiques pour les femmes enceintes exposées à des risques particuliers déterminés par voie réglementaire...).

Au niveau de l'entreprise, les SPST pourraient informer et conseiller l'employeur pour que, dans le cadre

de la démarche générale d'évaluation *a priori* des risques professionnels pour la santé et la sécurité des travailleurs prévue par la réglementation (art. R. 4121-1 du Code du travail), les périodes de grossesse et retour après un congé maternité soient spécifiquement intégrées.

Au retour au travail après grossesse, les visites médicales de reprise permettent d'aborder les demandes au travail, les difficultés hors travail et les ressources potentielles. En effet, le soutien professionnel vertical et horizontal semble associé à une diminution de l'anxiété, alors que favoriser l'autonomie dans le travail semble un levier pour diminuer les symptômes de dépression. Enfin au niveau de l'employeur, prendre en compte les contraintes parentales et contribuer aux ressources hors travail (accueil des enfants si garde d'enfant difficile, télétravail si longues durées de trajet...) représentent des pistes de réflexion pour la prévention des troubles de la santé mentale à la reprise du travail après un congé maternité.

Dans le cadre du suivi de l'état de santé des salariées, une attention particulière devrait être portée aux femmes dont la fréquence de troubles anxio-dépressifs au retour de grossesse est plus élevée, dans la présente étude : femmes précaires, faible niveau d'études, ouvrières et employées, changements professionnels défavorables depuis la reprise du travail.

Enfin, les SPST devraient inciter tous les employeurs à prendre en compte les nouvelles contraintes parentales, situation associée, dans la présente étude, à moins de troubles anxio-dépressifs comparée à la non prise en compte de ces contraintes par la hiérarchie.

POINTS À RETENIR
ET BIBLIOGRAPHIE
PAGES SUIVANTES



Grossesse au travail : le retour au travail après un congé maternité

POINTS À RETENIR

- Cette étude a apporté de nouvelles données quantifiées sur la grossesse au travail dans une population francilienne de grande taille, analysant également le retour au travail après grossesse.
- Le faible niveau rapporté d'actions de prévention en milieu de travail pendant la grossesse peut être expliqué par l'absence réglementaire de dispositif permettant d'informer les professionnels de la santé au travail de l'état de grossesse.
- Les relations entre les demandes au travail/hors travail et les troubles anxio-dépressifs à la reprise du travail passent, pour la plupart, par les conflits travail-famille.
- L'étude a montré un rôle favorable du soutien professionnel hiérarchique et un rôle relativement limité des soutiens hors travail (conjoint, famille, personnel rémunéré) à la reprise du travail après grossesse.
- Les visites médicales de reprise permettent d'aborder les demandes au travail, les difficultés hors travail et les ressources potentielles.
- Lors du suivi de l'état de santé (en particulier lors de la 1^{re} visite), les femmes en âge de procréer devraient être informées sur le dispositif réglementaire pour la protection de la grossesse et de la maternité.
- Dans le cadre d'une démarche de prévention spécifique à la maternité, les services de prévention et de santé au travail (SPST) devraient informer les femmes sur l'intérêt des contacts précoces avec les SPST en cas de projet de grossesse ou pendant le premier trimestre de grossesse, et sur l'intérêt de déclarer le plus tôt possible la grossesse à l'employeur.
- Les SPST devraient être informés par l'employeur, après la déclaration de grossesse de la salariée, afin de mettre en place des visites spécifiques de prévention pour favoriser le maintien au travail des salariées pendant et après la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. INSERM, Santé publique France, 2022 (<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>).
- 2 | LAFON D (Ed) - Grossesse et travail. Quels sont les risques pour l'enfant à naître? Avis d'experts. Paris: EDP Sciences; 2010: 561 p.
- 3 | PAUL J - Partir du bon pied: Guide sur la maternité sans risques et le monde du travail. Bureau International du Travail (BIT), 2012 (https://www.ilo.org/travail/info/publications/WCMS_177367/lang-fr/index.htm).
- 4 | SERVAN-SCHREIBER E, LAFON D, PUECH P, DERUELLE P - Connaître les principaux risques professionnels pour la maternité liés au travail de la mère. *Rev Prat*. 2014; 64 (2): 247-56.
- 5 | GOMES E, MENGUY C, CAHOUR L - Rapport de surveillance de la santé périnatale en France. Données de surveillance. Santé publique France, 2022 (<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/anomalies-et-malformations-congenitales/documents/rapport-synthese/rapport-de-surveillance-de-la-sante-perinatale-en-france>).
- 6 | Quelle fertilité pour les femmes après une grossesse extra-utérine? Communiqué de presse 13 mars 2013. INSERM, 2013 (<https://presse.inserm.fr/quelle-fertilite-pour-les-femmes-apres-une-grossesse-extra-uterine/7252/>).
- 7 | MALARD S - Travail et risques pour la reproduction: anticiper pour mieux prévenir. *Pratiques et métiers TM 61. Réf Santé Trav*. 2020; 164: 65-69.
- 8 | CONSO F, CONTASSOT JC, FALCY M, FAUPIN F ET AL. - Salariées enceintes exposées à des substances toxiques pour le développement foetal. Surveillance médicale. Recommandations de la Société française de médecine du travail, novembre 2004. *Pratiques et déontologie TM 3. Doc Méd Trav*. 2005; 101: 9-20.
- 9 | SLAMA R, CORDIER S - Impact des facteurs environnementaux physiques et chimiques sur le déroulement et les issues de grossesse. *J Gynécol Obstét Biol Reprod (Paris)*. 2013; 42 (5): 413-44.
- 10 | TESTUD F, ABADIA-BENOIST G - Risques professionnels chez la femme enceinte. Encyclopédie médico-chirurgicale. Pathologie professionnelle et de l'environnement 16-660-A-10. Paris: Elsevier Masson; 2010: 11 p.
- 11 | PALMER KT, BONZINI M, HARRIS EC, LINAKER C ET AL. - Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: an updated review with meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2013; 70 (4): 213-22.
- 12 | VAN BEUKERING MD, VAN MELICK MJ, MOL BW, FRINGS-DRESEN MH ET AL. - Physically demanding work and preterm delivery: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch*

- Occup Environ Health*. 2014; 87 (8) : 809-34.
- 13 | **LEE LJ, SYMANSKI E, LUPO PJ, TINKER SC ET AL.** - Role of maternal occupational physical activity and psychosocial stressors on adverse birth outcomes. *Occup Environ Med*. 2017; 74 (3) : 192-99.
- 14 | **SHETTLE J** - Grossesse, maternité et travail. Aide-mémoire juridique TJ 14. Paris: INRS; 2018 : 16 p.
- 15 | **LEGRAND E, MEIDANI A** - Les femmes salariées face aux risques toxiques pour la reproduction : genre, santé reproductive et risques professionnels. Parcours de santé. Parcours de genre. Toulouse : Presses universitaires du Midi; 2018 : 91-108.
- 16 | **HENROTIN JB, BÉRINGUIER H** - Travailler à l'hôpital durant la grossesse : une étude descriptive nationale rétrospective en France. *Santé Publique*. 2019; 31 (5) : 611-21.
- 17 | **HENROTIN JB, VAISSIÈRE M, ÉTAIX M, DZIURLA M ET AL.** - Exposition aux risques professionnels pendant la grossesse : retour de services médicaux interentreprises. *Gynécol Obstét Fertil Sénol*. 2018; 46 (1) : 20-27.
- 18 | **WALLACE M, SAUREL-CUBIZOLLES MJ** - Returning to work one year after childbirth: data from the mother-child cohort EDEN. *Matern Child Health J*. 2013; 17 (8) : 1432-40.
- 19 | **KILLIEN MG** - Postpartum return to work: mothering stress, anxiety, and gratification. *Can J Nurs Res*. 1998; 30 (3) : 53-66.
- 20 | **SÉNAT MV, SENTILHES L, BATTUT A, BENHAMOU D ET AL.** - Recommandations pour la partie clinique. Texte court. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* (Paris). 2015; 44 (10) : 1157-66.
- 21 | **HAHN-HOLBROOK J, CORNWELL-HINRICHS T, ANAYA I** - Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry*. 2018; 8 : 248.
- 22 | **KARL M, SCHABER R, KRESS V, KOPP M ET AL.** - Precarious working conditions and psychosocial work stress act as a risk factor for symptoms of postpartum depression during maternity leave: results from a longitudinal cohort study. *BMC Public Health*. 26 2020; 20 (1) : 1 505.
- 23 | **SCHABER R, KARL M, KOPP M, KRESS V ET AL.** - My job, my child, my house: the predictive value of job- and housework-related factors on depressive symptoms during the postpartum period. *J Affect Disord*. 2020; 272 : 388-97.
- 24 | **GOLLAC M, BODIER M** - Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011 : 223 p.
- 25 | **GRICE MM, MCGOVERN PM, ALEXANDER BH** - Flexible work arrangements and work-family conflict after childbirth. *Occup Med (Lond)*. 2008; 58 (7) : 468-74.
- 26 | **KENGATHARAN N** - The nature of work family conflict: A review and agenda for future research. *Int J Hum Resour Stud*. 2015; 5 (2) : 163-88.
- 27 | **ALLEN TD, HERST DE, BRUCK CS, SUTTON M** - Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. *J Occup Health Psychol*. 2000; 5 (2) : 278-308.
- 28 | **AMSTAD FT, MEIER LL, FASEL U, ELFERING A ET AL.** - A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *J Occup Health Psychol*. 2011; 16 (2) : 151-69.
- 29 | **GEURTS SA, KOMPIER MA, ROXBURGH S, HOUTMAN IL** - Does Work-Home Interference mediate the relationship between workload and well-being? *J Vocat Behav*. 2003; 63 (3) : 532-59.
- 30 | **GEURTS S, RUTTE C, PEETERS M** - Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Soc Sci Med*. 1999; 48 (9) : 1 135-48.
- 31 | **PEETERS MC, MONTGOMERY AJ, BAKKER AB, SCHAUFELI WB** - Balancing Work and Home: How Job and Home Demands Are Related to Burnout. *Int J Stress Manag*. 2005; 12 (1) : 43-61.
- 32 | **CARLSON DS, GRZYWACZ JG, FERGUSON M, HUNTER EM ET AL.** - Health and turnover of working mothers after childbirth via the work-family interface: an analysis across time. *J Appl Psychol*. 2011; 96 (5) : 1 045-54.
- 33 | **HOUSTON D, MARKS G** - The role of Planning and Workplace Support in Returning to Work after Maternity Leave. *Br J Ind Relat*. 2003; 41 (2) : 197-214.
- 34 | **KILLIEN MG, HABERMANN B, JARRETT M** - Influence of Employment Characteristics on Postpartum Mothers' Health. *Women Health*. 2001; 33 (1-2) : 63-81.
- 35 | **MCGOVERN P, DAGHER RK, RICE HR, GJERDINGEN D ET AL.** - A longitudinal analysis of total workload and women's health after childbirth. *J Occup Environ Med*. 2011; 53 (5) : 497-505.
- 36 | **NICHOLS MR, ROUX GM** - Maternal perspectives on postpartum return to the workplace. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004; 33 (4) : 463-71.
- 37 | **CLINCH CR, GRZYWACZ JG, TUCKER J, WALLS JK ET AL.** - Characteristics of mother-provider interactions surrounding postpartum return to work. *J Am Board Fam Med*. 2009; 22 (5) : 498-506.
- 38 | **GJERDINGEN D, MCGOVERN P, ATTANASIO L, JOHNSON PJ ET AL.** - Maternal depressive symptoms, employment, and social support. *J Am Board Fam Med*. 2014; 27 (1) : 87-96.
- 39 | **TUCKER JN, GRZYWACZ JG, LENG I, CLINCH CR ET AL.** - Return to work, economic hardship, and women's postpartum health. *Women Health*. 2010; 50 (7) : 618-38.
- 40 | **FALL A, GOULET L, VÉZINA M** - Comparative study of major depressive symptoms among pregnant women by employment status. *Springerplus*. 2013; 2 (1) : 201.
- 41 | **LEWIS BA, BILLING L, SCHUVER K, GJERDINGEN D ET AL.** - The relationship between employment status and depression symptomatology

Grossesse au travail : le retour au travail après un congé maternité

BIBLIOGRAPHIE (suite)

- among women at risk for postpartum depression. *Womens Health* (Lond). 2017; 13 (1): 3-9.
- 42 | CHATTERJI P, MARKOWITZ S - Family leave after childbirth and the mental health of new mothers. *J Ment Health Policy Econ*. 2012; 15 (2): 61-76.
- 43 | STAEHELIN K, BERTEA PC, STUTZ EZ - Length of maternity leave and health of mother and child. A review. *Int J Public Health*. 2007; 52 (4): 202-09.
- 44 | BAKKER M, VAN DER BEEK AJ, HENDRIKSEN IJ, BRUINVELS DJ ET AL. - Predictive factors of postpartum fatigue: a prospective cohort study among working women. *J Psychosom Res*. 2014; 77 (5): 385-90.
- 45 | COOKLIN AR, CANTERFORD L, STRAZDINS L, NICHOLSON JM - Employment conditions and maternal postpartum mental health: results from the Longitudinal Study of Australian Children. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14 (3): 217-25.
- 46 | MCGOVERN P, DOWD B, GJERDINGEN D, DAGHER R ET AL. - Mothers' health and work-related factors at 11 weeks postpartum. *Ann Fam Med*. 2007; 5 (6): 519-27.
- 47 | SCHWAB-REESE LM, RAMIREZ M, ASHIDA S, PEEK-ASA C - Psychosocial employment characteristics and postpartum maternal mental health symptoms. *Am J Ind Med*. 2017; 60 (1): 109-20.
- 48 | HENROTIN JB, VAISSIÈRE M, ETAIX M, DZIURLA M ET AL. - Deprivation, occupational hazards and perinatal outcomes in pregnant workers. *Occup Med* (Lond). 2017; 67 (1): 44-51.
- 49 | HENROTIN JB, VAISSIÈRE M, ETAIX M, LAFON D - Grossesse au travail dans les métiers de la santé, quels suivis et surveillances. *Rev Infirm*. 2018; 67 (243): 36-38.
- 50 | LABBE E, BLANQUET M, GERBAUD L, POIRIER G ET AL. - A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. *Eur J Public Health*. 2015; 25 (4): 604-09.
- 51 | DUPRET E, BOCÉRÉAN C, TEHERANI M, FELTRIN M - Le COPSOQ: un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. *Santé Publique*. 2012; 24 (3): 189-207.
- 52 | LANGEVIN V, BOINI S - Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSOQ (Questionnaire psychosocial de Copenhague). Risques psychosociaux: outils d'évaluation FRPS 36. *Réf Santé Trav*. 2021; 168: 111-17.
- 53 | LOUREL M, GANA K, WAWRZYNIAK S - L'interface « vie privée-vie au travail »: adaptation et validation française de l'échelle SWING (survey work-home interaction-Nijmegen). *Psychol Trav Organ*. 2005; 11 (4): 227-39.
- 54 | BOCÉRÉAN C, DUPRET E - A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry*. 2014; 14: 354.
- 55 | BOINI S, LANGEVIN V - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Risques psychosociaux: outils d'évaluation. FRPS 13. *Réf Santé Trav*. 2020; 161: 123-27.
- 56 | BLANCHARD O, DEGUEN S, KIHAL-TALANTIKITE W, FRANCOIS R ET AL. - Does residential mobility during pregnancy induce exposure misclassification for air pollution? *Environ Health*. 2018; 17 (1): 72.
- 57 | DEGUEN S, KIHAL-TALANTIKITE W, GILLES M, DANZON A ET AL. - Are the effects of air pollution on birth weight modified by infant sex and neighborhood socioeconomic deprivation? A multilevel analysis in Paris (France). *PLoS One*. 2021; 16 (4): e0247699.
- 58 | WAYNE AS, MUELLER MK, ROSENBAUM M - Perceptions of Maternal Discrimination and Pregnancy/Postpartum Experiences Among Veterinary Mothers. *Front Vet Sci*. 2020; 7: 91.
- 59 | ADESOYE T, MANGURIAN C, CHOO EK, GIRGIS C ET AL. - Perceived Discrimination Experienced by Physician Mothers and Desired Workplace Changes: A Cross-sectional Survey. *JAMA Intern Med*. 2017; 177 (7): 1033-36.
- 60 | CECH EA, BLAIR-LOY M - The changing career trajectories of new parents in STEM. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2019; 116 (10): 4 182-87.
- 61 | Enquête nationale périnatale 2016. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), INSERM, 2017 (<https://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/> *enquete-nationale-perinatale-2016-premiers-resultats-952*).
- 62 | KRIEF P, PROBST I, ABDERHALDEN-ZELLWEGER A, RENTERIA SC ET AL. - Protection des travailleuses enceintes et allaitantes en Suisse : guide pratique. *Rev Méd Suisse*. 2022; 18 (788): 1306-12.
- 63 | VAN VAN BEUKERING MD, SCHUSTER HJ, PEELLEN MJ, SCHONEWILLE ME ET AL. - Working conditions in low risk nulliparous women in The Netherlands: are legislation and guidelines a guarantee for a healthy working environment? A cohort study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2022; 95 (6): 1305-15.
- 64 | KRIEF P, MEDIOUNI Z, ABDERHALDEN-ZELLWEGER A, KERR D ET AL. - Evaluation of a pilot consultation for maternity protection at work in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2022; 152: w30160.
- 65 | HANSEN ML, THULSTRUP AM, JUHL M, KRISTENSEN JK ET AL. - Occupational exposures and sick leave during pregnancy: results from a Danish cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2015; 41 (4): 397-406.
- 66 | DØRHEIM SK, BJORVATN B, EBERHARD-GRAN M - Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population. *BJOG*. 2013; 120 (5): 521-30.
- 67 | RIECK KM, TELLE K - Sick leave before, during and after pregnancy. *Acta Sociol*. 2013; 56 (2): 117-37.
- 68 | LAFOSSAS S - Maintien en emploi des femmes enceintes : les mesures particulières

instaurées au centre hospitalier de Rochefort. In: Robieux A - 53^{es} Journées nationales de l'ANMTEPH, Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux. Paris, 29-30 septembre 2016. Suivi pour vous TD 235. *Réf Santé Trav.* 2017; 149: 98-99, 91-100.

69 | CERTENAIS T, TEYSSEIRE R, GARLANTEZEC R, BROCHARD P ET AL. - Biomechanical and organisational constraints of pregnant women at work: definition of exposure levels using a consensus method (Delphi). *BMJ Open.* 2022; 12 (3): e052474.

70 | KADER M, BIGERT C, ANDERSSON T, SELANDER J ET AL. - Shift and night work during pregnancy and preterm birth. A cohort study of Swedish health care employees. *Int J Epidemiol.* 2022; 50 (6): 1 864-74.

71 | FAU-PRUDHOMOT P, ATTALI H, MORA V, SANCHEZ ML ET AL. - Projet de grossesse et travail. *Arch Mal Prof Environ.* 2020; 81 (5): 619.

72 | COLL-CABARRUS M, CHADILI N, CHAPELLE L, LELIEVRE A - Projet de grossesse et travail: trajectoires de vie. *Arch Mal Prof Environ.* 2020; 81 (5): 621.

73 | GLEASON ME, IIDA M, SHROUT PE, BOLGER N - Receiving support as a mixed blessing: evidence for dual effects of support on psychological outcomes. *J Pers Soc Psychol.* 2008; 94 (5): 824-38.

74 | KUEHNL A, SEUBERT C, REHFUESS E, VON ELM E ET AL. - Human resource management training of supervisors for improving health and well-being of employees. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; 9 (9): CD010905.

75 | OSHIO T, INOUE A, TSUTSUMI A - Examining the mediating effect of work-to-family conflict on the associations between job stressors and employee psychological distress: a prospective cohort study. *BMJ Open.* 2017; 7 (8): e015608.

76 | BILODEAU J, MARCHAND A, DEMERS A - Inégalité de détresse psychologique entre les hommes et les femmes en emploi: vulnérabilité ou expression genrée du stress? *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2021; 69 (6): 337-44.

77 | WSZOLEK K, ZAK E, ZURAWSKA J, OLSZEWSKA J ET AL. - Influence of socio-economic factors on emotional changes during the postnatal period. *Ann Agric Environ Med.* 2018; 25 (1): 41-45.

78 | SATO Y, KATO T, KAKEE N - A six-month follow-up study of maternal anxiety and depressive symptoms among Japanese. *J Epidemiol.* 2008; 18 (2): 84-87.

79 | SLUIJS AM, WIJMA K, CLEIREN M, VAN LITH JMM ET AL. - Preferred and actual mode of delivery in relation to fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2020; 41 (4): 266-74.

80 | AGBAJE OS, ANYANWU JI, UMOKE PI, IWUAGWU TE ET AL. - Depressive and anxiety symptoms and associated factors among postnatal women in Enugu-North Senatorial District, South-East Nigeria: a cross-sectional study. *Arch Public Health.* 2019; 77: 1.

81 | DIKMEN-YILDIZ P, AYERS S, PHILLIPS L - Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. *Midwifery.* 2017; 55: 29-37.

82 | SANDOZ V, LACROIX A, STUIJFZAND S, BICKLE GRAZ M ET AL. - Maternal Mental Health Symptom Profiles and Infant Sleep: A Cross-Sectional Survey. *Diagnostics (Basel).* 2022; 12 (7): 1625.

83 | OGAWA M, WATANABE Y, MOTEGI T, FUKUI N ET AL. - Factor Structure and Measurement Invariance of the Hospital Anxiety and Depression Scale Across the Peripartum Period Among Pregnant Japanese Women. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2021; 17: 221-27.

84 | FALLON V, HALFORD JC, BENNETT KM, HARROLD JA - The Postpartum Specific Anxiety Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health.* 2016; 19 (6): 1079-90.

85 | FALLON V, DAVIES SM, CHRISTIANSEN P, HARROLD JA ET AL. - The Postpartum Specific Anxiety Scale: Confirmatory factor analyses and relationships with birth experience. *Arch Womens Ment Health.* 2022; 25 (3): 655-65.