



HAL
open science

L'activité physique professionnelle : le rôle des sages-femmes auprès des femmes enceintes. Enquête auprès des sages-femmes de Haute-Normandie

Jeanne Boulanger

► **To cite this version:**

Jeanne Boulanger. L'activité physique professionnelle : le rôle des sages-femmes auprès des femmes enceintes. Enquête auprès des sages-femmes de Haute-Normandie. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01246626

HAL Id: dumas-01246626

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01246626v1>

Submitted on 18 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES-FEMMES ROUEN

DIPLOME DE FORMATION APPROFONDIE EN SCIENCES MAIEUTIQUES

**MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
PROMOTION 2015**

no 679

L'activité physique professionnelle :
Le rôle des sages-femmes auprès des femmes enceintes
Enquête auprès des Sages-femmes de Haute-Normandie

Mémoire présenté par Mademoiselle Jeanne Boulanger

Née le 25 janvier 1991

Sous la direction de M. J-F Gehanno,
Professeur du service de médecine du travail
et de pathologie professionnelle du CHU de Rouen

REMERCIEMENTS

Je tiens particulièrement à remercier,

Monsieur Jean- François Gehanno, Professeur du service de médecine du travail et de pathologie professionnelle du CHU de Rouen, Directeur de ce mémoire, pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Madame Hébert, sage-femme enseignante à l'école de Rouen pour m'avoir guidée dans la réalisation de ce mémoire.

Les cadres et les sages-femmes de la région qui ont accepté de diffuser mon questionnaire et de les remplir, permettant ainsi la réalisation de cette enquête.

Merci,

A mes parents, sans qui je n'aurais pu réaliser ce mémoire et en arriver jusqu'ici.

A mon frère Jules, pour avoir mis la barre aussi haute dans la fratrie en devenant pilote d'avions de chasse puis d'hélicoptères.

A ma sœur Marion, pour ses talents de traductrice.

A ma sœur Pauline, pour m'avoir rendue incollable au logiciel Excel ainsi que pour son aide.

A mon frère Pierre, pour sa présence.

A ma belle-sœur Clémence, pour m'avoir soutenue depuis le sud de la France et grâce à sa thèse qui m'a beaucoup inspirée. [2]

A mes grands-parents, pour ces moments de détente.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines pour leur compréhension.

A mes amis et camarades de promotion pour tous ces moments partagés ensemble.

A vous tous, pour votre grand soutien.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE.....	3
1. Balance bénéfiques/risques de l'activité physique professionnelle pendant la grossesse.....	3
1.1 Les bénéfiques	3
1.2 Les risques professionnels	5
1.2.1 Modifications physiologiques et influence sur l'activité professionnelle	5
1.2.2 Risques physiques liés aux conditions de travail / contraintes physiques	5
1.2.3 Les risques liés à l'environnement de l'activité professionnelle.....	8
1.2.4 Les professions à risque	10
2. Législation et mesures réglementaires protectrices	11
2.1 Evolution de la législation	11
2.2 Les mesures législatives protégeant les femmes enceintes au travail	11
2.2.1 Déclaration de la grossesse à l'employeur	11
2.2.2 Garantie à l'embauche.....	12
2.2.3 Protection contre le licenciement	12
2.2.4 Protection contre toute discrimination	12
2.2.5 Démission.....	13
2.2.6 Les sanctions	13
2.3 Activités professionnelles interdites et réglementées :.....	13
2.3.1 En fonction du risque physique	13
2.3.2 En fonction du risque chimique	14
2.3.3 En fonction du risque biologique	15
2.4 Modification des conditions de travail et aménagements possibles	15
2.4.1 Le congé maternité	15
2.4.2 Les autorisation d'absences.....	15
2.4.3 Le changement d'affectation.....	16
2.4.4 La suspension du contrat de travail	16
2.4.5 Les arrêts de travail	16

2.4.6 Le travail de nuit	18
2.4.7 Mise à disposition d'un siège adapté.....	18
2.4.8 Les convention collectives	18
2.4.9 Autres	18
3. Les différents acteurs concernés et moyens présents auprès des femmes enceintes exerçant une activité professionnelle	19
3.1 Les différents intervenants auprès des femmes enceintes au travail	19
3.1.1 L'employeur	19
3.1.2 Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	19
3.1.3 Le médecin du travail	20
3.1.4 Les organismes nationaux	22
3.2 Surveillance de la grossesse : intervenants et moyens existant autour de l'activité physique exercée en milieu professionnel.....	23
3.2.1 Les professionnels de la périnatalité	23
3.2.2 Les différents moyens disponibles	24
ENQUETE	26
1. Matériel et méthode	26
1.1 Rappels de la problématique et des objectifs de l'étude.	26
1.2 Hypothèses	26
1.3 Population d'étude	26
1.4 Type et outil de l'enquête.....	26
1.5 Période et lieux d'enquête.....	27
1.6 Recueil et outils d'analyse	28
2. Résultats et Analyse de l'enquête.....	29
2.1 Renseignements généraux.....	29
2.2 Connaissances des sages-femmes sur la pratique de l'activité physique durant la grossesse.....	30

2.3 Information délivrée aux patientes par les sages-femmes	33
2.4 La prescription des arrêts de travail	38
3. Discussion et propositions d'action	43
3.1 Critique de l'enquête	43
3.1.1 Les points forts	43
3.1.2 Les points faibles.....	43
3.1.3 Les biais.....	43
3.2 Données sociodémographiques	44
3.3 Un bon niveau de connaissance des interrogées.....	45
3.4 Une information partiellement délivrée	46
3.5 L'attitude des sages-femmes face aux difficultés rencontrées par les femmes enceintes au décours de l'activité professionnelle.....	49
3.6 Attitude des SF face à la prescription des arrêts de travail.....	50
3.7 Propositions d'actions	54
CONCLUSION.....	57

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), l'activité physique se définit par tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques, entraînant une augmentation des dépenses d'énergie par rapport aux dépenses de repos. L'activité physique recouvre un domaine large et comprend les activités effectuées sur le milieu professionnel.

De nos jours, de nombreuses institutions recommandent l'activité physique aux femmes enceintes, notamment en France, la Haute Autorité de Santé (HAS).[1] Il est en effet démontré que la pratique d'une activité physique est bénéfique pour la santé de la femme enceinte alors que l'inactivité physique est connue pour augmenter le nombre de pathologies durant la grossesse (comme le diabète gestationnel, l'hypertension gravidique, les maladies cardio-vasculaires, etc.)[2, 3, 4] Néanmoins, certaines activités physiques réalisées en milieu professionnel peuvent être délétères pour la femme enceinte, c'est pourquoi, des mesures réglementaires existent et visent à les protéger.

Aujourd'hui, la part des femmes actives en France est en perpétuelle augmentation : 47,5% en 2010 contre 39% il y a 30 ans.[5] Quand vient le désir de grossesse, les femmes sont alors de plus en plus confrontées à devoir concilier activité professionnelle et grossesse.

Si l'activité physique a toujours été présente dans la vie des femmes, celle-ci a largement été impactée et modifiée par les grands changements de société. Ainsi en France, depuis l'apparition de l'ère industrielle au début du XIXème siècle qui marqua le passage d'un pays agricole à pays industriel, les femmes ont vu leur activité physique évoluer avec de nouveaux loisirs, mais surtout de nouveaux métiers, en passant par exemple de métiers agricoles à des métiers de service, souvent moins physiques.[6,7] Dans le même temps, la législation n'a cessé d'évoluer dans le but de protéger la femme enceinte exerçant une activité professionnelle.

Actuellement, l'arrêt de travail et le repos compensatoire, avec ou sans alitement, se situe parmi les prescriptions les plus souvent délivrées pendant la grossesse.[8,9] Les préjugés ainsi que les nombreux arrêts de travail potentiellement justifiés pourraient diminuer l'activité physique tout en représentant un coût non négligeable dans l'économie de la santé.

De nombreuses études se sont penchées sur la pratique de l'activité professionnelle des femmes enceintes ainsi que sur la connaissance de leurs droits en la matière, mais aucune ne s'est intéressée particulièrement aux sages-femmes.[39, 45, 46, 47]

Etant en première ligne pendant la grossesse dans le suivi de la femme enceinte, il paraît donc intéressant de connaître leur rôle. En effet, dans l'exercice de leur profession, les sages-femmes se retrouvent face à une ambiguïté certaine. Devant leur souhait d'accompagner au mieux les patientes en respectant leur projet de grossesse, elles doivent trouver un juste équilibre entre les bénéfices apportés et les risques encourus au travers de l'activité professionnelle. Celles-ci ont tout d'abord un rôle d'information éclairé auprès des femmes enceintes ainsi qu'un rôle de prescripteur ciblé, mais elles ont aussi le devoir de justifier leurs prescriptions qui doivent être adaptées.

De ce fait, dans quelle mesure contribuent-elles à entretenir la pratique de l'activité physique professionnelle des femmes durant la grossesse tout en évitant de mettre celle-ci en danger ?

Cette étude descriptive multicentrique a pour but d'évaluer les connaissances des sages-femmes sur l'activité physique professionnelle de la femme enceinte et de déterminer leur attitude dans ce domaine.

En préambule, nous exposerons les bénéfices et les risques d'une activité physique professionnelle exercée par la femme enceinte, ainsi que la législation française et les mesures réglementaires qui s'y rapportent. Puis, nous parlerons des différents intervenants et moyens existants pour protéger la femme enceinte au travail.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Balance bénéfiques/risques de l'activité physique professionnelle pendant la grossesse.

1.1 Les bénéfiques

Même si la HAS recommande aux professionnels « qu'il faut rassurer les femmes car il n'y a généralement pas de danger à continuer le travail pendant la grossesse » et que la conclusion d'un récent symposium organisé par l'institut national de recherche et de sécurité (INRS) est que, « en dehors des situations à risque et en respectant les règles de base, la grossesse des femmes ayant une activité professionnelle se passe mieux que celles des femmes qui n'en ont pas », peu d'études ont démontré clairement les bénéfices que procure l'activité physique professionnelle aux femmes enceintes.[1,11]

Néanmoins, une étude récente, réalisée en Finlande et publiée en 2014, a démontré que le chômage durant la grossesse était associé à une augmentation de nouveau-nés hypotrophes. En effet, après ajustement sur le niveau individuel socio-démographique (âge, parité, naissances prématurées antérieures, tabagisme et statut socio économique individuel défini sur la base de la profession de la mère à la naissance), les femmes vivant dans les villes de classe de chômage intermédiaires et secondaires étaient 6,0% (IC à 95% 1,01 à 1,12) et 13,0% (IC à 95% 1.06 à 1.20) respectivement, plus susceptibles de donner naissance à un nouveau-né hypotrophe que les femmes vivant dans les villes à faible taux de chômage. Dans cette étude, toutes les naissances uniques contenues dans le registre médical finlandais des naissances avaient été analysées, de 2005 à 2010, incluant plus de 345 000 naissances. Les résultats suggèrent donc que le taux de chômage a un rôle important en santé publique puisqu'il augmente la prévalence de nouveau-nés hypotrophes, ce qui est associé à un risque plus élevé d'effets indésirables sur la santé à long terme.[12]

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats. Tout d'abord le fait que les grossesses sont davantage surveillées dans les villes où le taux de chômage est plus bas car elles regroupent le plus souvent une population ayant acquis un niveau d'études plus élevé avec un accès aux soins souvent plus favorable. Celles-ci sont en général mieux informées et mieux suivies sur le plan médical. C'est ce qu'avait constaté M.J Saurel-

Cubizolles dans une étude : les femmes exerçant une activité professionnelle consultent plus souvent un médecin au cours de la grossesse, débutent plus tôt leur surveillance prénatale, et recourent davantage à des spécialistes que les femmes sans activité professionnelle. En conséquence, elles reçoivent une meilleure prévention et sont mieux informées des risques.[13]

De plus, une seconde étude réalisée au Texas entre 1994 et 2003 et parue en 2014 dans le « Journal of Health Social Behaviour », démontre que les femmes chômeuses ont des taux plus élevés de mortalité infantile et qu'elles ont plus de risque de mettre au monde des nouveau-nés avec un plus faible poids de naissance que les femmes ayant une activité professionnelle. Les taux étaient encore plus importants lorsque ces femmes étaient au chômage très tôt dans leur grossesse.[14]

Ces études confirment les résultats de l'enquête « maternité au travail » conduite entre 1983 et 1985 où les nouveaux-nés de femmes ayant continué à exercer une activité physique professionnelle au cours de la grossesse, ont un taux de morbidité moins élevé (28,4%) que ceux des femmes inactives (32,6%).[15]

Une étude de 1984 parue dans le « Journal of Occupational and Environmental Medicine (JOEM) », a comparé les issues de la grossesse de 7155 femmes qui travaillaient entre un et neuf mois de grossesse, avec les résultats de 4018 femmes qui n'étaient pas employées. Il n'y avait aucune différence dans le taux de prématurité, le score d'Apgar, le poids à la naissance, la mortalité périnatale, ni dans la prévalence des malformations. Les auteurs indiquent alors que le travail, en l'absence de contre-indications, n'induit pas un risque supplémentaire pour la mère ou l'enfant. Après contrôle de la parité, un risque accru de grossesses prolongées avait même été observé chez les primipares ayant travaillé. De plus, une légère diminution du poids de naissance a été observée chez les femmes ayant quitté le travail avant terme, et pas chez celles qui ont travaillé durant les neuf mois.[16]

Ces éléments semblent alors être rassurants compte tenu de la pratique de l'activité physique professionnelle chez la femme enceinte.

1.2 Les risques professionnels

1.2.1 Modifications physiologiques et influence sur l'activité professionnelle

La grossesse n'est pas une maladie, néanmoins elle se caractérise par des changements physiologiques pouvant avoir une influence sur l'activité professionnelle. Ainsi, l'augmentation du poids maternel à l'origine de dorsolombalgies et de pertes d'équilibre, les modifications cardiovasculaires à l'origine d'étourdissements, les modifications respiratoires à l'origine d'essoufflements, les modifications métaboliques à l'origine de nausées et vomissements, ainsi que les effets de l'imprégnation hormonale responsables d'algies, d'asthénie, de malaises vagues, de labilité émotionnelle et de troubles de l'attention, sont importants à prendre en compte. En effet, même s'ils sont physiologiques, ils peuvent interférer dans la pratique de l'activité physique professionnelle durant la grossesse et rendre le travail plus difficile. Les chutes sur le lieu de travail, par exemple, sont une cause très fréquente d'accidents du travail : d'après une étude de Dunning *et al.*, un quart des femmes enceintes chutent pendant leur grossesse sur leur lieu de travail.[23] Il est alors nécessaire de connaître ces modifications et d'inciter les femmes à verbaliser leurs angoisses et inquiétudes dans le but de les rassurer, les prévenir et les accompagner au mieux dans leur activité physique professionnelle.[11,17]

Par ailleurs, si certaines recommandations et études existent en faveur de la pratique de l'activité physique professionnelle chez la femme enceinte, toutes insistent sur le fait que certaines activités professionnelles peuvent exposer la femme enceinte à des risques non négligeables.

1.2.2 Risques physiques liés aux conditions de travail/contraintes physiques

En 1969, le professeur Papiernik attribuait déjà à l'activité professionnelle de la femme enceinte un « coefficient de risque d'accouchement prématuré » (CRAP).[Annexe I] Un peu plus tard, Mamelle s'est intéressée au sujet. Elle démontra que l'activité physique importante au travail augmentait de manière significative le risque d'accouchement prématuré ou de petit poids de naissance. Elle réalisa pour cela un « score de risque professionnel de prématurité » dans lequel elle prit en compte plusieurs autres facteurs pouvant induire, eux aussi, un risque d'accouchement

prématuré : la posture, le travail sur machines, l'environnement de travail, la charge physique et le contexte psychique.[18]

Néanmoins, un rôle mineur est rapporté dans les dernières études publiées. Une méta-analyse publiée en 2013, a évalué les taux d'accouchement prématuré, de faible poids de naissance, de retard de croissance intra utérin (RCIU), de pré-éclampsie et d'hypertension gestationnelle, face à cinq expositions professionnelles : les heures de travail, le travail posté, le port de charges, la station debout et la charge de travail physique. En analysant les études parues à ce sujet entre 1966 et 2011, ils conclurent que le taux de preuve était significativement moindre. Ainsi, les méta-estimations du risque d'accouchement prématuré suite aux cinq expositions professionnelles, étaient finalement moins importantes que dans les études plus anciennes et parlaient alors d'effets modestes voire nuls (RR 1.04 à 1.18). Pour l'hypotrophie, les méta-estimations étaient encore plus proches de l'absence de risque (huit des neuf $RR \leq 1.07$). Pour l'hypertension gestationnelle et la pré-éclampsie, la base de preuves reste encore insuffisante.[19,20]

Plus récente, une autre méta-analyse a été réalisée dans l'objectif de mesurer l'effet du travail posté, ainsi que l'effet de longues heures de travail, sur les risques d'accouchement prématuré. La recherche fut réalisée sur les publications datant de 1990 à 2013. Dans ces études, aucune relation claire ou statistiquement significative entre le travail posté et l'accouchement prématuré n'a été retrouvée. Pour les longues heures de travail pendant la grossesse, l'estimation globale a été de 1,25 (IC à 95% 1,01 à 1,54), indiquant une relation légèrement significative, mais un risque peu élevé. Ainsi, ils en ont conclu que, bien que la plupart des études présentent une corrélation entre les longues heures de travail et l'accouchement prématuré, cela n'atteint que rarement la significativité statistique. Dans les études incluses dans cette revue, travailler en équipe ou en équipes de nuit pendant la grossesse n'était pas non plus significativement associé à un risque accru d'accouchement prématuré.[21]

Une autre méta-analyse fut réalisée à propos du risque de fausse couche supposé être induit par le travail posté, les longues heures de travail et les autres tâches physiques telles que le port de charges, la contrainte de rester debout. Une analyse a alors été lancée reprenant les études de 1966 à 2012. Les résultats ont finalement été rassurants et ne fournissaient pas un argumentaire solide pour justifier la réduction du travail des femmes enceintes. Ainsi, dans cette étude, le travail de plus de 40 heures hebdomadaires, le port de charges de plus de 100 kg par jour, la position debout pendant

plus de 6 heures par jour et la quantité de travail physique ont été associés à de faibles risques de fausse couche. Le travail de nuit a lui aussi été associé à un risque modérément accru de fausse couche [RR 1,51 (IC à 95% 1,27 à 1,78)]. Cependant, compte tenu des niveaux de preuves limitées, les auteurs ont indiqué qu'il restait prudent de conseiller aux femmes d'éviter le travail entraînant de fortes expositions à ces facteurs de risque, tout en protégeant d'autant plus les femmes ayant des grossesses à risque.[22]

D'autre part, selon l'INRS, le travail physique intense peut entraîner une souffrance fœtale, c'est le cas lorsque la fréquence cardiaque dépasse 140 bpm.[11] De plus, il peut provoquer une augmentation de la température corporelle de la femme enceinte due à l'effort. Aujourd'hui, aucune étude n'a démontré un effet tératogène quelconque, imputable à une température corporelle interne élevée au premier trimestre. En effet, les modifications physiologiques de la grossesse provoquent une diminution de la température basale durant l'exercice : la température maximale observée durant l'effort chez la femme enceinte est diminuée de 0,3°C par rapport à une femme non enceinte au bout des deux premiers mois puis de 0,1°C par mois par la suite. Ainsi, au cours d'une activité, la température maximale dépasse exceptionnellement 39°C. Néanmoins, il faut rester prudent lors des activités professionnelles nécessitant une combinaison ou des vêtements étanches empêchant l'évaporation.[11, 24,25]

Les données épidémiologiques sur les effets délétères des contraintes physiques du travail sur la grossesse montrent donc que ces effets ne sont pas négligeables. Cependant, il est difficile de fixer des limites précises à ces contraintes dans le but de les éviter surtout lorsqu'ils sont analysés un à un alors que la réalité de l'exposition est complexe. Lors du symposium organisé par l'INRS à l'occasion du 31^{ème} congrès national de médecine sur le thème « grossesse et travail », les intervenants ont toutefois insisté sur l'identification de ces facteurs de risques. En effet, avec l'appui de leurs études, ils soulignent l'importance de rechercher le cumul des facteurs de fatigue chez les femmes enceintes pratiquant une activité physique professionnelle. C'est ce qui a été démontré par plusieurs études qui ont analysé les conséquences du cumul de contraintes physiques (manutention manuelle, posture debout...), organisationnelles (horaires de travail, travail de nuit), environnementales (chaleur, bruit) et psychologiques (stress) sur la grossesse. Une augmentation du risque relatif de la prématurité, de retard de croissance intra-utérin et de pré-éclampsie ont alors été constatés.[26, 27, 28, 29]

D'un point de vue général, plus que des facteurs de risques individuels, c'est le cumul de contraintes qui est à prendre en compte.[11, 18, 29]

1.2.3 Les risques liés à l'environnement de l'activité professionnelle

- Risques chimiques

Plusieurs études ont prouvé que l'exposition professionnelle des femmes enceintes à de nombreux agents chimiques était très néfaste pour la mère et son fœtus. De plus, notons que, les changements physiologiques de la grossesse provoquent une hyperventilation de la femme enceinte (augmentation de 50 à 60% du débit). Cela peut alors induire une augmentation des inhalations d'éventuels produits toxiques présents dans l'environnement professionnel. Les conséquences de cette exposition varient en fonction de la dose et du type de la substance mais aussi du stade de développement de l'embryon puis du fœtus. En effet, la plupart des substances toxiques chimiques ont un faible poids moléculaire et traversent facilement la barrière placentaire. Ces conséquences peuvent se traduire par des fausses couches pendant la période préimplantatoire, par des malformations chez le fœtus pendant la période d'organogénèse (entre 15^{ème} et 60^{ème} jour) du fait de l'effet tératogène et par le développement d'une pathologie fœtale du troisième mois jusqu'à l'accouchement lié à l'effet foetotoxique.[29]

Les solvants par exemple, sont fréquemment rencontrés dans diverses activités professionnelles (industrie des peintures et des relèvements, chimie, agriculture, nettoyage...). Ils sont incriminés dans l'augmentation des fausses couches et de malformations fœtales.[30] Le plomb lui, peut entraîner des troubles du développement sexuel et neurocomportemental chez le fœtus lorsque la mère y est exposée durant la grossesse à doses élevées.[31] En ce qui concerne les pesticides, il semblerait qu'ils soient responsables de malformations congénitales, et plus particulièrement cérébrales chez le fœtus dont la mère relève de son exposition durant la grossesse. Pour les gaz anesthésiques, les études montrent une augmentation modérée d'avortements spontanés mais ne concluent pas à un risque de morbidité augmentée en cas d'exposition à faible dose.[29,31]

Depuis 2010, les produits commercialisés à plus de 10 tonnes/an bénéficient d'une évaluation scientifique quant à leurs effets sur la reproduction (évaluation

REACH). A ce jour, tous les produits commercialisés n'ont pas encore été tous testés. [32]

- **Risques biologiques**

Certaines activités professionnelles comme celles de la santé, de l'agriculture, de l'alimentaire ou encore de la recherche exposent les femmes aux risques biologiques (travaux en contact avec le sang et dérivés d'origine humaine ou animale, travaux en contact de virus, bactéries, champignons...). Durant la grossesse, une diminution des défenses immunitaires est observée rendant ainsi la femme enceinte plus sujette au risque d'infections. Or, toute infection contractée pendant la grossesse peut être transmise au fœtus par voie hématogène ou transplacentaire. La toxoplasmose, la listériose (même si devenue exceptionnelle) et le cytomégalovirus sont redoutées durant la grossesse. Les vétérinaires en contact avec les chats et les cuisiniers sont les professions les plus à risques. Aussi, les femmes travaillant en contact avec les enfants (crèche), en contact avec les maladies (professions de santé) ou avec des produits biologiques (recherche, laborantins) sont les plus exposées aux infections virales. C'est le cas du cytomégalovirus, de la rubéole, de la varicelle, hépatite B, C et VIH. Ils peuvent être source de fausses couches spontanées, d'embryopathie, de fœtopathie, d'accouchement prématuré et de retard de croissance intra utérin (RCIU). [29,31]

- **Risques psychosociaux**

Selon différentes études, il semblerait que le stress professionnel seul n'engendre pas d'augmentation du nombre d'accouchements prématurés. Néanmoins, un risque modéré de nouveau né hypotrophe est constaté. [11,29]

Une méta-analyse sur la grossesse en milieu professionnel a analysé les publications de janvier 1990 à Novembre 2010, incluant celles de l'union européenne, du Royaume-Uni, des Etats-Unis et du Canada. Les discriminations faites par les employeurs envers les femmes enceintes salariées sont toujours très répandues. Ainsi, la grossesse pourrait avoir une incidence sur le bien-être psychosocial de la femme enceinte dans son activité professionnelle.[33]

- **Autres risques**

- Les rayonnements ionisants

Même si les effets peuvent varier en fonction du stade de développement du fœtus et de l'embryon, ils peuvent induire un risque tératogène pour celui-ci. Le risque principal est une anomalie de développement du cerveau pouvant se traduire par un

retard mental associé ou non à une microcéphalie chez le nouveau né. Une diminution du quotient intellectuel peut apparaître dès 200 mGy. L'autre risque est cancérogène. Sans dose seuil, il augmente avec la dose reçue. Les manipulateurs radio sont les plus exposés.[34, 35]

- Les risques acoustiques

Les fréquences atteignent facilement le fœtus qui est capable de réagir aux stimulations auditives dès la 26ème semaine d'aménorrhée (SA). L'exposition de la femme enceinte à des niveaux sonores supérieurs à 85 décibels dB peut induire une altération auditive de l'enfant, surtout pour des fréquences inférieures à 250 hertz. Le bruit a également été incriminé comme étant un facteur de stress pour la femme et son fœtus. Une étude a même constaté un risque modéré de naissances prématurées, d'hypotrophes, d'hypertension gestationnelle et de pré-éclampsie chez les femmes enceintes par la présence de bruit en milieu professionnel. [37,38]

- Les risques sédentaires

Le travail sédentaire ne doit pas être non plus négligé. En effet, une activité professionnelle contraignant la femme enceinte à rester « assise devant son bureau » toute la journée peut comporter toutes les conséquences de l'inactivité physique à savoir l'augmentation du diabète gestationnel, l'hypertension gestationnelle, les maladies cardio-vasculaires, etc. [2]

1.2.4 Les professions à risque

L'activité physique professionnelle présente des variations importantes d'un point de vue de l'intensité, de la durée, de la répétition et de la localisation anatomique de l'effort en fonction des différentes professions. C'est pourquoi, certaines professions sont plus à risque de d'autres.

Du fait des conditions de travail difficiles, les professions les plus exposées à un risque réel de prématurité sont les employées de commerce, les ouvrières, les personnels de service et les personnels hospitaliers.[39]

Saurel-Cubizolles avait déjà pu mettre en évidence il y a quelques années l'existence de métiers contraignants rencontrés au travail de par leur grande production d'effort et/ou maintien d'une posture inconfortable tel que le travail de conditionnement, la coiffure par la position debout prolongée, le travail industriel avec gestes répétitifs, etc. [40]

2. Législation et mesures réglementaires protectrices

Pour prévenir ces risques et protéger les femmes enceintes pendant leur activité professionnelle, des mesures législatives et réglementaires existent.

2.1 Evolution de la législation

Depuis plus d'un siècle, la législation concernant la protection de la femme enceinte au travail s'est développée dans le but de faciliter la conciliation de l'activité professionnelle avec la grossesse.

La première loi concernant la protection de la femme enceinte au travail date de 1909 par la Loi Engérand. Elle instituait un arrêt de travail de huit semaines sans possibilité de rupture du contrat de travail par l'employeur. Il était néanmoins non rémunéré et non obligatoire. Ensuite, en 1913, la Loi Strauss indemnisa cet arrêt de travail qu'il appela le congé maternité. Divisé en deux parties, le congé prénatal fut facultatif tandis que le congé postnatal de 4 semaines fut obligatoire. Puis, c'est en 1928 que le système des assurances sociales intègra l'univers de la maternité et offrit le droit à la gratuité des soins médicaux et à des indemnités compensatrices. Cela, notamment dans le but de favoriser la possibilité de recourir à ce repos chez les femmes enceintes exerçant une activité professionnelle. Il faudra attendre 1945 pour que le congé maternité devienne obligatoire (indemnisé à 50% en premier lieu puis à 90% du salaire brut en 1970). Enfin, le congé maternité fut fixé à 16 semaines dont 6 semaines de congé prénatal obligatoire en 1980, cela dans le but de protéger la maternité au travail et de garantir la santé de la mère et de son enfant. [41]

Depuis, d'autres textes législatifs et réglementaires sont parus et accordent une plus large protection.

2.2 Les mesures législatives protégeant les femmes enceintes au travail [42, 43,44]

2.2.1 Déclaration de la grossesse à l'employeur

La femme enceinte salariée n'est pas obligée d'informer sa grossesse à son employeur. Celle-ci ne peut être sanctionnée pour avoir caché sa grossesse. Néanmoins, pour bénéficier de l'ensemble des dispositions protectrices de la grossesse et de la maternité, la salariée est tenue de déclarer son état de grossesse à son employeur en lui

remettant un certificat médical attestant la grossesse et précisant la date présumée d'accouchement. Elle doit le faire parvenir soit par lettre recommandée avec accusé de réception, soit en mains propres contre attestation de remise. (Art. R1225-1 du code du travail)

2.2.2 Garantie à l'embauche

D'après l'article L 122-25, l'état de grossesse ne peut être un motif pour refuser l'embauche ou résilier un contrat de travail au cours de la période d'essai ni, sous réserve des dispositions de l'article L. 122-25-1, prononcer une mutation d'emploi. L'employeur ne peut non plus rechercher ou faire rechercher toute information concernant l'état de grossesse de l'intéressée. En cas de litige, l'employeur est tenu de communiquer au juge tous les éléments de nature à justifier sa décision.

2.2.3 Protection contre le licenciement (art L. 1225-4, art L. 1225-5 Art L1225-71 du code du travail)

Pendant le congé de maternité, le contrat de travail est suspendu et la femme enceinte ne peut être licenciée pendant sa grossesse. L'employeur doit annuler la procédure de licenciement si la salariée fournit dans les quinze jours un certificat médical attestant de la grossesse. L'exception est faite s'il y a une faute grave de la salariée ou un licenciement économique. Dans ce cas, le licenciement ne peut être signifié ni prendre effet pendant la durée du congé maternité et 4 semaines après. Lorsque, le licenciement est nul, l'employeur devra verser le montant du salaire qui aurait été perçu pendant la période couverte par la nullité.

2.2.4 Protection contre toute discrimination (art. L1132-1 et L1142-1 du code du travail)

Toutes mesures de sanction, de mutation, de licenciement, de mesures discriminatoires directes ou non, prises par l'employeur sur le fondement de l'état de grossesse sont illicites. Ainsi, toute discrimination est sanctionnée. C'est à l'employée d'apporter la preuve de la discrimination liée à son état. Quant à l'employeur, il doit justifier sa décision par des éléments objectifs, étrangers à la grossesse.

2.2.5 Démission

Comme le stipule l'article L1225-34 du code du travail, une salariée dont la grossesse est médicalement constatée peut rompre son contrat de travail sans préavis et sans devoir d'indemnités de rupture.

2.2.6 Les sanctions (Art L1225-71 du code du travail)

L'inobservation par l'employeur des dispositions des articles des lois établies par le code du travail peut donner lieu à l'attribution de dommages et intérêts au profit du bénéficiaire, en plus de l'indemnité de licenciement.

Ainsi, la femme enceinte dispose d'un certain nombre de droits favorisant le bon déroulement de sa grossesse et qui la protège contre d'éventuels abus d'un employeur à son encontre.

2.3 Activités professionnelles interdites et réglementées :

2.3.1 En fonction du risque physique

D'après le code du travail, certaines activités professionnelles sont contre-indiquées chez la femme enceinte pour leurs contraintes physiques :

- Les efforts physiques intenses et répétés, la station debout prolongée, le port de charges lourdes ou encore l'exposition aux trépidations (Circulaire du 02-05-1985)

- Le port de charges supérieur à 25 kilos et le transport des charges à l'aide d'une brouette supérieures à 40 Kilos brouette comprise (art R4541-9, code du travail)

- le transport sur tricycles à pédales, diable ou cabrouet (art D4152-12 code du travail)

- l'emploi aux étalages extérieurs des magasins et boutiques après 22 heures ou lorsque la température est inférieure à 0°C art R.234-4, alinéa 2 du code du travail)

- la réalisation de travaux nécessitant l'aide d'un marteau piqueur mus à l'air comprimé (art D.4152-8 du code du travail)

- la réalisation de travaux exposant à une pression relative supérieure à 100 hectopascals (article D4152-29 du code du travail)

- L'exposition à des rayonnements ionisants, qui doit être inférieur à 1 mSv sur le lieu de travail (articles R. 4451-45, D. 4152.6 et 4152.7 du Code du travail)

2.3.2 En fonction du risque chimique

D'après le décret du Journal Officiel de la république française du 3 février 2001, « Les femmes enceintes ne peuvent être affectées ou maintenues à des postes de travail qui les exposent à des agents avérés toxiques pour la reproduction, des agents cancérigènes, ou mutagènes ». Il est donc interdit d'affecter ou de maintenir les femmes enceintes à des postes de travail les exposant aux agents chimiques suivants :

- **Agents classés toxiques pour la reproduction** de catégorie 1 ou 2 (article D. 4152-10 du Code du travail)
- **Benzène** (article D. 4152-10 du Code du travail)
- **Esters thiophosphoriques** (article D. 4152-9 du Code du travail)
- Certains dérivés des **hydrocarbures aromatiques** (article D. 4152-10 du Code du travail)
- **Mercure** et ses composés (article D. 4152-9 du Code du travail)
- **Produits antiparasitaires** (article R. 1225-4 du Code du travail)
- **Plomb** métallique et à ses composés (article R. 1225-4 du Code du travail)

Les substances et les préparations dangereuses utilisées doivent également être étiquetées et comporter une information sur les risques des produits. Une nouvelle réglementation européenne existe sur l'étiquetage des produits : règlement CLP (CE n° 1272/2008 « classification, labelling and packaging ») obligatoire depuis le 1er décembre 2010 pour les substances. Pour les mélanges, il le sera à partir du 1er juin 2015. [Annexe II]. Il faut toutefois signaler que certains produits échappent à cette obligation d'étiquetage. C'est le cas des médicaments ou des cosmétiques par exemple.

De plus, les salariées enceintes doivent être informées des effets potentiellement néfastes de l'exposition aux substances chimiques sur la fertilité et sur l'embryon lors du début de grossesse principalement. Ceci doit permettre aux femmes enceintes d'être sensibilisées quant à la nécessité de déclarer le plus précocement possible leur état de grossesse. Il s'agit d'un devoir de l'employeur envers la salariée (art R. 4412-88 et 89 du code du travail)

La circulaire du 2 mai 1985 rappelle elle aussi les risques toxicologiques dont l'effet pathogène peut s'exercer au cours de la première période de la grossesse et les risques dus à certaines conditions de travail dont l'effet risque peut se manifester en fin de

grossesse. Parmi eux sont cités : les pesticides, l'arsenic et les solvants comme le sulfure de carbone, la méthyléthylcétone, le trichloroéthylène, etc.

Toutefois, d'autres agents peuvent interférer le bon déroulement de la grossesse et ne font pas l'objet de mesures législatives. Les mesures de prévention sont alors primordiales pour les différentes professions exposées. Les recommandations de bonnes pratiques, le respect des règles d'hygiène et le respect du calendrier vaccinal sont alors primordiaux.

2.3.3 En fonction du risque biologique

D'après l'article D.4152-3, il est interdit d'exposer la femme enceinte au virus de la rubéole et de la toxoplasmose sauf si l'état d'immunité est prouvé.

2.4 Modification des conditions de travail et aménagements possibles

Pour que la femme enceinte puisse concilier au mieux activité professionnelle et grossesse, le code du travail prévoit également de nombreuses mesures.

2.4.1 Le congé maternité (Article L1225-17 du code du travail)

En fonction de sa situation, la salariée enceinte a le droit de bénéficier d'un congé de maternité rémunéré au titre de l'assurance maternité. [Annexe III]. Néanmoins, à la demande de la salariée et sous réserve d'un avis favorable du professionnel de santé qui suit la grossesse, le congé prénatal peut être réduit d'une durée maximale de trois semaines lui permettant ainsi de continuer son activité professionnelle. Le congé postnatal sera alors augmenté d'autant. Toutefois, un employeur ne peut employer une salariée enceinte pendant une période de deux semaines avant et six semaines après son accouchement. (Art L. 12225-29 du code du travail)

2.4.2 Les autorisations d'absences (art L. 1225-16 du code du travail)

La salariée enceinte ayant une grossesse normale bénéficie d'autorisations d'absences pour se rendre aux examens médicaux obligatoires de suivi de grossesse déterminés par l'article L. 2122-1 du code de la santé publique. Ces absences ne doivent entraîner aucune baisse de rémunération et sont considérées comme un temps de travail effectif.

2.4.3 Le changement d'affectation

Comme le stipule l'article L.1225-7 du code du travail, la salariée enceinte peut être temporairement affectée à un autre emploi lorsque son état de santé l'exige. Le changement d'affectation ne doit pas entraîner de diminution de rémunération et prend fin dès que l'état de santé de la salariée enceinte lui permet de retrouver son emploi initial. Lorsqu'un désaccord survient entre la salariée et l'employeur, ou dans le cas où l'employeur est à l'initiative de la décision, c'est le médecin du travail qui établit la nécessité médicale du changement d'emploi ou l'aptitude de la salariée à occuper un autre poste. L'employeur est alors tenu de prendre en considérations les propositions du médecin du travail et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur (art L. 4624-1 alinéas 1 et 2 du code du travail)

2.4.4 La suspension du contrat de travail

Lorsque l'employeur est dans l'impossibilité de proposer un poste compatible avec un état de grossesse, la salariée d'une entreprise de droit privé, bénéficie d'une suspension de son contrat de travail. L'employeur doit faire connaître par écrit les motifs qui s'opposent à l'affectation temporaire à la salariée et au médecin du travail. Pendant cette période, elle bénéficie d'une garantie de rémunération, équivalente à 90% de sa rémunération habituelle. Elle est alors composée d'une allocation journalière de maternité, versée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et d'un complément de rémunération à la charge de l'employeur. (Art. L.1225-10 et 14 du code du travail, Art. L.333-1 du code de la sécurité sociale)

2.4.5 Les arrêts de travail

Un arrêt de travail peut être prescrit à une femme enceinte durant sa grossesse de façon à la soustraire de son activité physique professionnelle. Il en existe plusieurs sortes. L'obstétricien et le médecin traitant ont la compétence de prescrire à n'importe quel moment de la grossesse un arrêt de travail dont la durée n'est pas limitée. Ils peuvent le prescrire en cas de grossesse pathologique tout comme en cas de grossesse physiologique nécessitant un repos jugé nécessaire par celui-ci. Aussi, il existe l'arrêt de travail dit « des quinze jours pathologiques » renommé également « congé maternité pathologique ». C'est un arrêt de travail qui ne peut être prescrit que par un médecin, il a une durée de 15 jours et est rémunéré au titre de l'assurance maternité. D'autre part,

depuis le Décret n°85-1122 du 17 octobre 1985, la sage-femme est également habilitée à prescrire un arrêt de travail à une femme enceinte durant la grossesse lorsqu'elle constate l'incapacité physique de celle-ci à continuer ou reprendre le travail, à condition qu'il ne s'agisse pas d'une grossesse pathologique. Néanmoins, cet arrêt de travail ne peut excéder 15 jours ni faire l'objet d'aucun renouvellement ou de prolongation au-delà de ce délai. De plus, cet arrêt sera rémunéré au titre de l'assurance maladie de la patiente et non de l'assurance maternité. (art. L.321-1, D.331-1 et D.331-2 du code de la sécurité sociale).

L'intérêt de l'arrêt de travail a toutefois été remis en cause et aucune étude n'a su démontrer le réel bénéfice des arrêts de travail dans la prévention de la prématurité.

Rouget constate que 70 à 80% des femmes enceintes cessent leur activité professionnelle avant la date légale du congé maternité et que cette prescription ne semble pas être liée à une pathologie existante puisque 80% des femmes enceintes qui bénéficiaient de deux semaines d'arrêt voire plus avaient un déroulement normal de leur grossesse. Selon elle, le bénéfice des arrêts de travail est discutable et incite fortement à l'adaptation des conditions de travail des femmes présentant un risque modéré ou une simple fatigue plutôt qu'une prescription systématique d'arrêt de travail. Néanmoins, pour les gestantes à très haut risque d'accouchement prématuré, un arrêt de travail et des consignes de repos sont jugées utiles même s'il n'a pas été précisé de façon exacte le poids de ces mesures dans la prévention de la prématurité. [45]

Prignot constate que les conséquences psychologiques des arrêts de travail ne sont pas négligeables. En effet, 17 patientes accouchées sur 28 interrogées ont vécu difficilement l'arrêt de travail (non lié à une pathologie) : les sensations de vide, d'ennui, d'inutilité et de perte de vie sociale ont été les éléments les plus répertoriés. En alternative, la majorité des femmes enceintes ont suggéré un aménagement de leur activité professionnelle si cela était à renouveler. [46]

Par ailleurs, Goncalves s'est intéressée aux difficultés des femmes enceintes au travail. Elle en conclut que les praticiens sont le plus souvent amenés à prescrire des arrêts de travail ou le congé pathologique au lieu de tenter de mettre en place un lien avec le médecin du travail qui permettrait la mise en œuvre d'aménagements des conditions de travail. [47]

D'autre part, une étude ayant étudié le comportement des femmes enceintes lors de leur arrêt de travail avait démontré que 19% des femmes affirment profiter de ce temps

d'arrêt pour travailler plus longtemps sur des tâches ménagères. Dans ce cas précis, une interrogation sur les bénéfices de l'arrêt de travail avait été évoquée. [48]

2.4.6 Le travail de nuit

D'après l'article L.1225-9 du code du travail, un travail de nuit ne peut être imposé à une femme enceinte. Celle-ci doit être affectée, à sa demande ou sur avis du médecin du travail, à un poste de jour. Lorsque c'est le médecin du travail qui le demande, la durée de ce changement de poste peut durer jusqu'à un mois après son retour de congé.

2.4.7 Mise à disposition d'un siège adapté

Comme le stipule l'article R232-4, un siège approprié doit être mis à la disposition de chaque travailleur à son poste de travail ou à proximité de celui-ci, notamment pour les salariées enceintes exerçant une activité physique professionnelle.

2.4.8 Les convention collectives

Mises en application depuis 1936, ce sont des accords écrits résultant de négociations entre le patronat et les partenaires sociaux permettant d'améliorer les dispositions du code du travail et de les adapter à des situations particulières non prévues par celui-ci. Elles ont notamment été instaurées pour éviter aux femmes enceintes d'être dans les transports en communs aux heures de fortes affluences. Par exemple, pour les fonctionnaires, les agents stagiaires et les agents contractuels une convention permet d'accorder une heure de travail en moins par jour à partir du troisième mois de grossesse (non récupérable). De plus, La convention collective nationale de la coiffure et des professions annexes montre que les femmes en état de grossesse médicalement constaté bénéficient, sans changement de rémunération, d'une demi-heure de réduction de la durée journalière de présence. C'est aussi le cas pour les fleuristes et les professionnels de la vente et des services des animaux familiers du 21/01/97. [49]

2.4.9 Autres

Dans notre société, il existe d'autres mesures destinées aux femmes enceintes dans le but de diminuer leur activité physique. C'est le cas des places de parking ainsi que des places prioritaires présentes aux caisses des supermarchés et dans les transports en communs.

3. Les différents acteurs concernés et moyens présents auprès des femmes enceintes exerçant une activité professionnelle

3.1 Les différents intervenants auprès des femmes enceintes au travail

Plusieurs acteurs collaborent à la mise en œuvre de l'évaluation et de la prévention des risques professionnels et à l'accompagnement des femmes enceintes dans leur activité professionnelle.

3.1.1 L'employeur

L'employeur est un interlocuteur essentiel pour la femme enceinte salariée. En effet, selon les articles L 4121-1 à L 4151-5, l'employeur se doit de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariées enceintes. Ces mesures comprennent :

- Des actions de prévention des risques professionnels (art L.4121-3 du code du travail)

- Des actions d'information et de formation (art R 4412-89 du code du travail)

- La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés : devoir de proposer un aménagement du poste de travail ou une affectation temporaire si nécessaire. (ord n° 2001-173 du 22 février 2001)

D'autre part, l'employeur doit faire part à sa salariée enceinte les informations sur ses droits dans son entreprise comme par exemple la convention collectives dont elle dépend.

3.1.2 Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

Créé par la loi du 23 décembre 1982, le CHSCT est une instance représentative du personnel. Celui-ci se compose de l'employeur ainsi que les délégués du personnel.

Comme le stipule l'article L4612-1 du code du travail, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission :

- De contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure.

-De contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité.

-De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Ainsi, il est responsable de l'analyse des conditions de travail et des risques professionnels y compris les facteurs de pénibilité auxquels sont exposés les salariés et, en particulier les femmes enceintes (article L4612-1 du code du travail). Il se prononce sur toute question saisie par l'employeur, le comité d'entreprise et les délégués du personnel (Article L4612-13) et réalise de la prévention par des actions de sensibilisation et d'information. Ce comité est présent dans tous les établissements occupant plus de 50 salariés. Ce sont les délégués du personnels qui remplissent ce rôle en sont absence.

Le médecin du travail possède un rôle important d'information auprès du comité, afin de lui permettre d'assurer au mieux sa mission en matière de travail des femmes et de la protection de la maternité.

3.1.3 Le médecin du travail

Créée en 1946, la médecine du travail permet de suivre l'évolution de l'état de santé des salariées dans une entreprise. Quelque soit leur taille, cette surveillance est obligatoire pour toutes les entreprises. Elle est exerce une mission de surveillance médicale et est placée sous le contrôle du ministère du travail.

Le médecin du travail est un pilier de la prévention des risques professionnels. Son rôle est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé. (art L4622-3 du code du travail).

Durant la grossesse, le médecin du travail peut exercer une surveillance médicale particulière pour les femmes enceintes, et juger de la fréquence et de la nature des examens que comporte cette surveillance médicale particulière, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes. (art R4624-18, R4624-19, R 4152-1, R241-50 du code du travail). Néanmoins, la surveillance ne concerne que les risques exposés pendant la grossesse par le travail et non la surveillance de la grossesse elle-

même. Il est soumis au secret professionnel et ne doit en aucun cas révéler l'état de grossesse d'une salariée à l'employeur ni même lui faire part des anomalies ou complications liées à son état.

Plusieurs missions lui sont attribuées :

- **L'information des salariées** : elle doit être réalisée dès l'embauche et rappelée ou réactualisée lors des examens cliniques ultérieurs (Circulaire du 02.05.1985). En tout état de cause, il devra être précisé que plus tôt le médecin du travail sera informé de la grossesse, plus tôt une prévention pourra être mise en place
- **La surveillance clinique** : elle a pour objectif de suivre la compatibilité du poste et les conditions de travail de la salariée avec le maintien d'un bon état de santé et un déroulement satisfaisant de la grossesse. Le médecin du travail peut alors être amené à compléter ou effectuer une étude de poste ou encore prescrire des examens en fonction des risques auxquels est exposée la salariée.
- **L'adaptation du travail** : d'après l'article L 241-10-1 du code du travail, le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes
- **La liaison avec le professionnel** suivant la grossesse : ces liaisons entre le médecin du travail et le praticien choisi par la salariée pour le suivi de sa grossesse (médecin traitant, obstétricien ou sage-femme) relèvent de l'initiative de chacun d'entre eux, par l'intermédiaire de la femme elle-même. Elles seront motivées par les états de fatigue, les anomalies ou complications, pouvant être en rapport avec le poste ou les conditions de travail, et susceptibles d'être observées par l'un ou l'autre de ces praticiens.
- **L'examen de reprise de travail** : hormis le fait d'apprécier l'aptitude de la salariée à reprendre son ancien emploi, l'objectif général de cet examen de reprise s'avère indispensable après une maternité récente dans le but de vérifier si l'état de santé de la mère est toujours compatible avec le poste de travail, mais également rechercher une éventuelle anomalie ou une pathologie néonatale qui pourrait être en rapport avec le travail effectué pendant la grossesse. Cela paraît indispensable pour améliorer la prévention. (art R 4624-21 et circulaire du 02.05.1985 du code du travail)

En pratique courante, les médecins du travail sont rarement informés des grossesses. Selon plusieurs études [50, 51], les médecins du travail sont prévenus trop tardivement des grossesses en cours, le plus souvent au hasard d'une visite annuelle :

87% l'évoquent selon l'enquête de l'INRS. De plus, le médecin du travail est rarement consulté avant la grossesse pour émettre un avis sur les risques professionnels vis-à-vis d'une future grossesse. 84% d'entre eux ont affirmé que la liaison avec le professionnel suivant la grossesse était insuffisante. Ainsi, 96% ont proclamé qu'il serait important de développer cette liaison.

3.1.4 Les organismes nationaux

Acteurs de prévention, les organismes nationaux agissent le plus souvent indirectement, c'est à dire dans l'ombre, pour la protection des femmes enceintes exerçant une activité professionnelle. Ils dépendent du ministère de la santé, du ministère du travail ou des deux comme c'est le cas de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). La direction générale du travail (DGT) et l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) dépendent du ministère du travail. Le ministère de la santé, lui, comporte :

- La caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

L'action menée par l'Assurance Maladie consiste à sensibiliser à la fois les assurées et les professionnels de santé sur les facteurs de risque liés à la grossesse. Elle peut être un interlocuteur direct par la CPAM : le professionnel de santé et les femmes enceintes peuvent se rendre dans l'une des caisses de leur région. Elle organise également des visites réalisées par des délégués de l'Assurance Maladie allant à l'encontre des professionnels dont l'objectif est principalement d'apporter aux professionnels de santé des informations qualitatives sur le suivi des femmes enceintes de leur département et de leur région. Elle met également à disposition des supports d'aide à la pratique et à la transmission d'information énoncés dans la partie suivante.

- L'institut national de recherche et de sécurité (INRS).

Sa mission est de contribuer à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Lors du 31^{ème} congrès national de médecine et santé au travail organisé par l'INRS sur le thème « grossesse et travail » de nombreux messages sont adressés aux professionnels de santé:

- « ne pas faire de la femme enceinte un cas sont les préceptes de base »
- « ne pas supprimer mais adapter l'activité physique »

- « les situations à risque pour une femme enceinte le sont généralement pour tous les salariés »
- « penser cependant à l'exposition à la chaleur, aux volumes de travail ainsi qu'au cumul des contraintes »
- « éviter les postures pénibles ou prolongées, les manutentions manuelles lourdes (>5 kg), le travail physique dur (FC < 110 bpm à 40 ans, 120 bpm à 20 ans). Aménager les horaires de travail et pauses si besoin »
- « plus que l'identification d'un facteur de risque, c'est le cumul qu'il faut rechercher »
- « il peut être utile de se baser sur le ressenti de la femme elle-même, notamment en utilisant l'échelle de Borg »
- « même en l'absence de risque avéré, la perception par la salariée de la pénibilité de son travail doit être le point focal des décisions de demande de changement, d'aménagement de poste ou d'interruption du travail »
- « Pour le reste, le bon sens et la connaissance de l'histoire de la salariée doivent permettre aux médecins traitant et du travail de prendre des dispositions de retrait partiel ou complet face à une situation à risque présumé » [11]

3.2 Surveillance de la grossesse : intervenants et moyens existant autour de l'activité physique exercée en milieu professionnel

Comme nous l'avons vu, il existe différents intervenants spécialisés dans le domaine de l'activité professionnelle auprès des femmes enceintes. Néanmoins, la surveillance classique de la grossesse continue. C'est alors l'occasion de mettre en place tous les moyens disponibles et de les adapter à cette situation dans le but de favoriser le bon déroulement de la grossesse. Plusieurs acteurs de santé, professionnels de la périnatalité, interviennent alors : la sage-femme, l'obstétricien et le médecin traitant.

3.2.1 Les professionnels de la périnatalité

Situés en première ligne, ils ont un rôle fondamental auprès des femmes enceintes. Dans le cadre de l'activité physique exercée en milieu professionnel par les femmes enceintes, leur rôle est indispensable en matière d'information, de prévention et de dépistage mais aussi d'accompagnement.

La Haute autorité de santé (HAS) recommande aux professionnels de santé d'informer les femmes enceintes sur leurs droits au travail ainsi que sur la prévention des risques professionnels le plus tôt possible (2007). Dans un document adressé aux professionnels de santé intitulé « Comment mieux informer les femmes enceintes ? ». Un paragraphe est consacré au travail durant la grossesse. Celui-ci recommande que :

- l'information des femmes enceintes doit porter sur les droits et avantages liés à la grossesse comme par exemple, les aménagements du poste et des horaires de travail.
- il faut rassurer les femmes car il n'y a généralement pas de danger à continuer le travail pendant la grossesse.
- Il faut Identifier les emplois qui comportent des risques ou une pénibilité particulière, tel que des temps de trajet longs.
- -Il faut encourager les femmes à s'informer sur leur situation professionnelle et les aménagements possibles prévus par la loi
- il faut orienter les patientes en cas de nécessité : médecin du travail, médecin généraliste pour envisager une protection vis-à-vis de l'emploi.[1]

3.2.2 Les différents moyens disponibles

Pour aider les professionnels de santé à informer au mieux leurs patientes, des temps d'écoute et des supports d'aide à la pratique existent.

- Les consultations prénatales

Le suivi en consultations prénatales des grossesses tous les mois est un excellent moyen pour dépister les difficultés rencontrées par les femmes enceintes dans leur activité professionnelle et ainsi pouvoir les accompagner, les orienter et les informer de leurs droits. Elles sont réalisées par la sage-femme, le médecin généraliste et/ou l'obstétricien. (Art L.4151-1 du code du travail)

- L'échelle de Borg

Chez la femme enceinte, même si l'activité physique générale est conseillée, celle-ci peut comporter des risques lorsqu'elle est mal pratiquée, notamment dans le milieu professionnel. L'échelle de Borg est une échelle de mesure de perception de l'effort graduée de 6 à 20. Elle est destinée à évaluer la difficulté perçue dans les tâches perceptivo-motrices, et est particulièrement utilisée dans l'évaluation de la charge physique due au travail. L'INRS a publié plusieurs travaux et conseille l'utilisation de

ces échelles. Ils considèrent qu'au-delà de 11, le travail est trop dur pour une femme enceinte. Selon l'INRS, c'est le cumul des facteurs de fatigue qui est particulièrement à risque chez la femme enceinte. Il conseille alors de ne pas supprimer mais adapter l'activité physique en se basant sur le ressenti de la femme enceinte elle-même, notamment en utilisant l'échelle de Borg. [11] [Annexe IV]

- **L'entretien prénatal précoce**

Mis en place par le plan périnatalité 2005/2007, il s'inscrit selon la loi sur la protection de l'enfance du 5 mars 2007. Il s'agit d'un entretien assuré par une sage-femme ou un médecin ayant suivi une formation spécifique qui reçoit la femme enceinte seule ou en couple et qui permet « d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère » et notamment les questions sur son activité physique professionnelle.

- **Les séances de préparation à la naissance**

Au nombre de sept, c'est un excellent moyen d'aborder avec les femmes la pratique de l'activité physique professionnelle durant la grossesse.

- **Le carnet de santé maternité**

Mis à jour en 2007 grâce au plan de périnatalité 2005/2007, il s'agit d'un outil clé dans l'information des femmes enceintes (déroulement du suivi médical, droits, obligations et les aides diverses). Une fiche n°5 récapitulative intitulée « maternité et travail » y figure, elle reprend les différentes mesures protégeant les femmes enceintes exerçant une activité professionnelle.

ENQUETE

1. Matériel et méthode

1.1 Rappels de la problématique et des objectifs de l'étude.

Au vu du contexte, nous nous demandons dans quelle mesure les sages-femmes contribuent-elles à entretenir la pratique de l'activité physique professionnelle des femmes durant la grossesse, tout en évitant de mettre celle-ci en danger ? Ainsi, l'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances des sages-femmes sur l'activité physique professionnelle de la femme enceinte, ainsi que sur les autres risques professionnels, et de déterminer leur attitude dans ce domaine.

1.2 Hypothèses

Suite à cette étude, il s'agit de confirmer ou d'infirmer les hypothèses suivantes :

- Les sages-femmes ne connaissent pas suffisamment la réglementation sur la protection des femmes enceintes au travail, ce qui peut induire un manque d'information apporté à leurs patientes.

- les sages-femmes cèdent à la pression des femmes enceintes quant à la prescription des arrêts de travail qui deviennent de moins en moins justifiés.

1.3 Population d'étude

Nous avons interrogé la majorité des sages-femmes de la région de Haute-Normandie. Nous avons décidé d'inclure toutes les sages-femmes exerçant tous types d'exercice dans tous types de lieu d'activité de façon à obtenir un échantillon représentatif.

1.4 Type et outil de l'enquête

Nous avons réalisé une étude descriptive et multicentrique. Après avoir effectué une revue de la littérature encadrant l'activité physique pendant la grossesse, nous avons établi un questionnaire comportant 26 questions, dont 25 questions fermées et une ouverte. Le questionnaire a été élaboré à l'aide de Monsieur Gehanno (Professeur du service de médecine du travail et de pathologie professionnelle du CHU de Rouen) ainsi

que par Madame Hébert (sage-femme enseignante à l'école de Rouen), et validé par eux-mêmes. Ce questionnaire a été testé auprès de six étudiantes sages-femmes sans qu'il ait été nécessaire de le modifier. Le temps de réponse au questionnaire a été évalué à environ cinq minutes.

Les données rassemblées dans le questionnaire portent sur les éléments suivants :

- questions concernant les renseignements généraux des sages-femmes
- questions relatives aux connaissances des sages-femmes sur l'activité physique durant la grossesse
- questions relatives à l'attitude des sages-femmes vis-à-vis de la pratique de l'activité physique durant la grossesse notamment en termes d'information délivrée aux patientes.
- questions relatives à la prescription des arrêts de travail aux femmes enceintes

1.5 Période et lieux d'enquête

La distribution des questionnaires s'est déroulée du 27 novembre 2014 au 15 février 2015 soit deux mois et deux semaines.

Dans un premier temps, après accord de chaque cadre supérieure, nous nous sommes rendus dans les différents établissements de santé de la région de Haute-Normandie afin de les distribuer. Ces lieux d'enquête sont les suivants :

- Centre Hospitalier universitaire de Rouen, de niveau III
- Centre Hospitalier régional Jacques Monod, de niveau III
- Centre Hospitalier du Belvédère, de niveau II
- Centre Hospitalier Eure-Seine d'Evreux, de niveau II
- Clinique Mathilde de Rouen, de niveau II et de statut privé
- Centre hospitalier intercommunal les Feugrais, de niveau II
- Centre hospitalier de Bernay, de niveau I
- Centre hospitalier de Dieppe, de niveau I
- Centre hospitalier de Lillebonne, de niveau I

Dans un deuxième temps j'ai réalisé un questionnaire en ligne via le service « Google drive » que j'ai adressé par courrier électronique aux sages-femmes. Le but principal était de questionner les sages-femmes libérales, néanmoins, certaines cadres

ont souhaité diffuser le lien elles-mêmes aux sages-femmes de leur service. Des questionnaires ont également été envoyés par la suite par courrier postal.

1.6 Recueil et outils d'analyse

Le recueil des données s'est alors fait en temps réel via le service en ligne « Google drive » ainsi que par déplacements multiples possibles grâce à l'entraide de deux étudiantes sages-femmes, réalisant elles aussi une étude par questionnaire auprès des sages-femmes de la région.

Au total, 250 questionnaires ont été distribués sous format papier. Suite à plusieurs relances, 151 questionnaires ont été recueillis : 36 via Google drive et 115 sous format papier dans les maternités. Parmi ces retours, 11 questionnaires au format papier ont été jugés non-exploitable du fait d'un nombre insuffisant de réponses renseignées. Ainsi, ce sont 140 questionnaires qui ont ainsi pu être analysés.

Nous obtenons alors un taux de réponse de 41,6% concernant les questionnaires reçus sous format papier et un taux de 27,4% de réponses si on compte nombre total de sages-femmes de la région. En effet il existe actuellement 550 sages-femmes en Haute-Normandie : 450 en Seine-Maritime (390 hospitalières, 35 libérales et 25 territoriales) et 100 dans l'Eure (81 hospitalières, 16 libérales et 3 territoriales).

L'analyse des données a été réalisée grâce au Logiciel Excel.

2. Résultats et Analyse de l'enquête

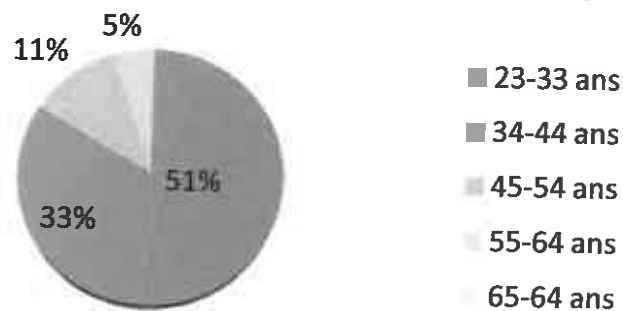
2.1 Renseignements généraux

- Sexe des sages-femmes de la population étudiée

La quasi totalité des sages-femmes de notre échantillon sont des femmes : 96% (n=134).

- Âge des sages-femmes

Graphique 1: âge des sages-femmes (n=140)

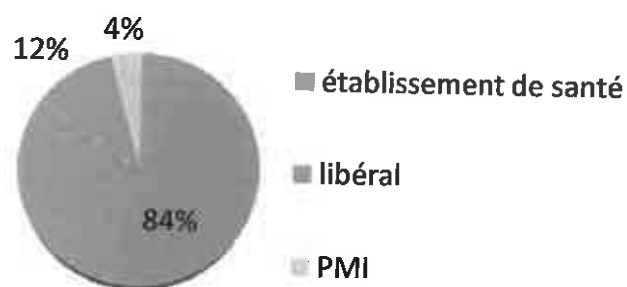


âge moyen = 35 ans

Les sages-femmes de notre échantillon sont âgées de 23 à 64 ans. La majorité des sages-femmes soit 51% (n=71) ont moins de 33 ans. L'âge moyen est de 35 ans.

- Lieu d'activité actuel des sages-femmes de la population

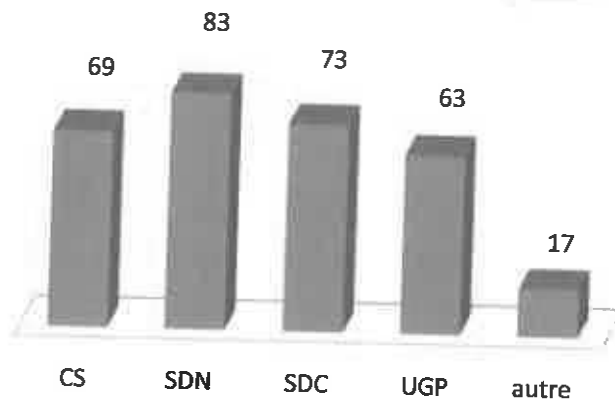
Graphique 2: lieu d'activité actuel (n=140)



La majorité des sages-femmes exercent en établissement de santé (84%, n=118) tandis que 12% (n=16) exercent en libéral avec un taux plus faible en protection maternelle infantile soit 4% (n=6).

- **Type d'exercice actuel des sages-femmes**

Graphique 3 : type d'exercice actuel (n=140)



CS : Consultations
SDN : Salle de naissance
SDC : Suite de Couche
UGP : Unité de grossesses pathologiques

Nous constatons que les sages-femmes interrogées sont polyvalentes, puisqu'elles exercent plusieurs types d'exercice à la fois. En effet, il y a peu de différence entre les items répondus. Pour les 17 réponses « autre » elles concernaient : l'hospitalisation à domicile, la préparation à la naissance, les interventions dans les collèges en matière de prévention et l'échographie. Notons que plusieurs réponses étaient possibles c'est pourquoi la somme des résultats est ainsi supérieure à 140.

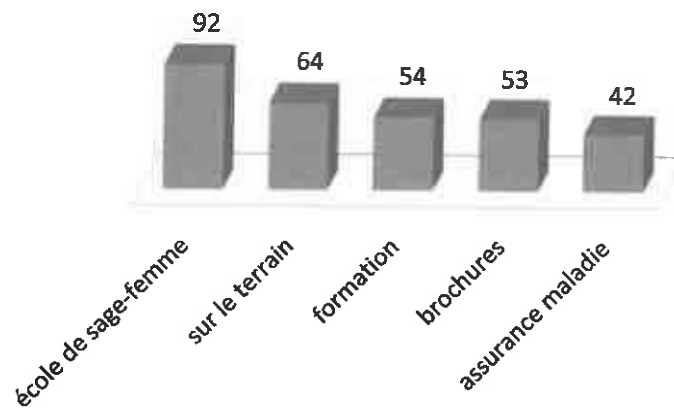
2.2 Connaissances des sages-femmes sur la pratique de l'activité physique durant la grossesse

- Formation reçue sur les mesures réglementaires applicables à la protection de la femme enceinte au travail

65% des sages-femmes interrogées (n=93) déclarent avoir reçu une formation.

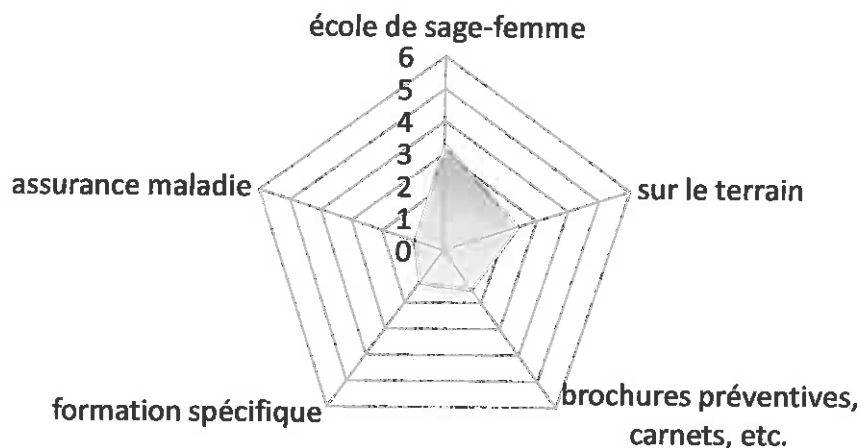
- Si oui, sources qui ont informées les sages-femmes

Graphique 4 : sources d'information (n=93)



Parmi les 65% de sages-femmes ayant reçu une formation, la quasi totalité d'entre elles ont indiqué l'avoir reçue par l'école de sage-femme (n=92 soit 99%). En deuxième position nous retrouvons le terrain (n=64 soit 69%), et, à position quasi-égale (n=54 et 53, soit 58% environ), la formation spécifique et les supports écrits (brochures préventives, carnet de santé maternité...etc.). L'assurance maladie est la réponse la moins mentionnée. Nous avons alors étudié la moyenne des notes attribuées aux différentes sources d'information qui ont informées les sages-femmes.

Graphique 5 : moyenne des notes attribuées aux différentes sources d'information (n=93)



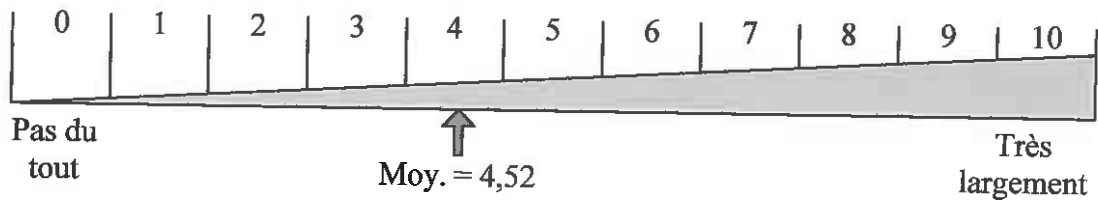
□ Moyenne des notes attribuées sur 6 (6 = note d'importance la plus haute)

Afin de mesurer l'importance de chaque source d'information, il a été demandé aux sages-femmes d'attribuer une note, de 0 à 6, à chacune des sources d'informations

qui leur avait permis de connaître les mesures réglementaires applicables à la protection de la femme enceinte au travail (6 étant la note d'importance maximale). L'école de sages-femmes obtient la meilleure note d'importance avec une note moyenne de 3,2 sur 6. Elle est suivie par « le terrain » qui reçoit une moyenne de 2,4. Les autres sources sont moins bien notées : l'information délivrée par les supports écrits (brochures préventives, carnet de maternité, etc), la formation spécifique, et l'assurance maladie obtiennent respectivement les moyennes de 1,5, 1,24 et 0,92 sur 6 seulement.

▬ **Evaluation par les sages-femmes de leurs connaissances actuelles pour exercer au quotidien**

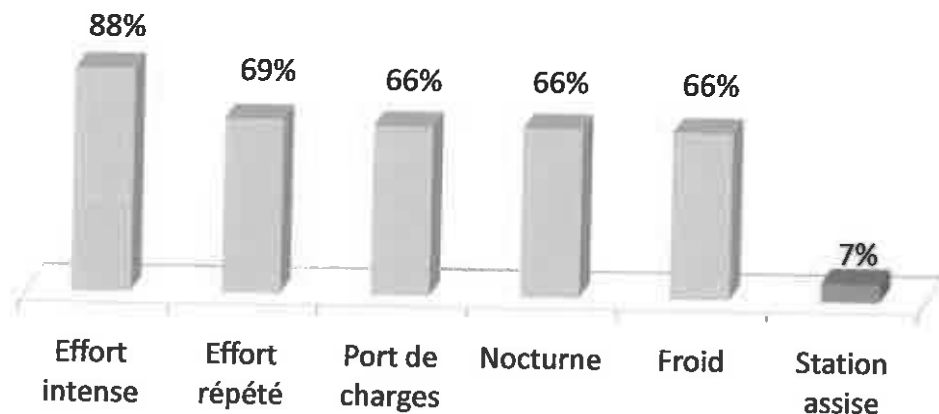
Graphique 6 : échelle de connaissance (n=140)



Avec une moyenne de 4,52 sur 10, nous pouvons constater que les sages-femmes estiment ne pas avoir suffisamment de connaissances pour exercer au quotidien.

▬ **Activités professionnelles jugées contre-indiquées pendant la grossesse**

Graphique 7 : Activités professionnelles jugées contre-indiquées pendant la grossesse (n=140)



• Révélation de l'état de grossesse à l'employeur et remise d'un certificat médical

Selon 74% (n=103) des sages-femmes interrogées, la salariée est tenue de révéler son état de grossesse à son employeur en lui remettant un certificat médical de façon à ce qu'elle puisse bénéficier de l'ensemble des dispositions protectrices de la grossesse.

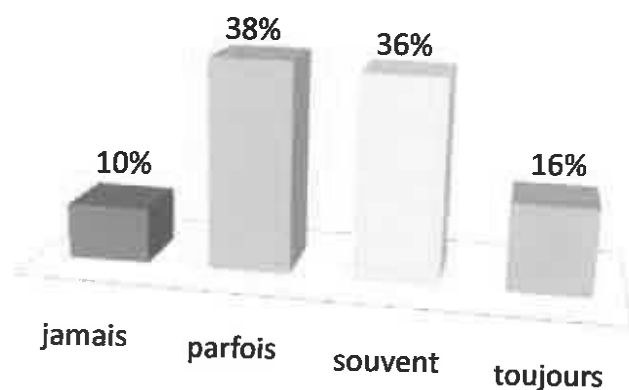
- Affectation temporaire à un autre emploi

98,5% (n=138) des sages-femmes pensent que la salariée enceinte peut être temporairement affectée à un autre emploi lorsque son état de santé l'oblige. Parmi celles-ci, 99% (n=137) pensent que cela n'entraînera pas de diminution de rémunération de la salariée.

2.3 Information délivrée aux patientes par les sages-femmes

• Fréquence à laquelle les sages-femmes abordent avec leurs patientes la question de l'activité physique en lien avec l'activité professionnelle

Graphique 8 : fréquence à laquelle est abordée la question de l'activité physique exercée en milieu professionnel durant la grossesse (n=140)



Nous pouvons constater que la plupart des sages-femmes abordent la question de l'activité physique durant la grossesse en lien avec l'activité physique exercée sur le milieu professionnel parfois 38% (n=53) et souvent 36% (n=51).

• Moment où la question de l'activité physique est abordée avec les patientes

Tableau n°9 : moment où la question de l'activité physique est abordée avec les patientes (n=126)

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
1er trimestre	39%	12%	13%	38%
4eme mois	12%	33%	34%	24%
2eme trimestre	14%	29%	38%	12%
3eme trimestre	35%	25%	15%	26%

Les sages-femmes sont partagées sur cette question, elles ne l'abordent pas toutes au même stade de la grossesse des patientes. En milieu de grossesse, au 4^{ème} mois, aucune tendance particulière ne se dégage. Par contre les avis sont beaucoup plus tranchés au début et à la fin de la grossesse (1^{er} et 3^{ème} trimestre). Au 1^{er} trimestre par exemple, 38% (n=48) des sages-femmes interrogées l'abordent toujours, tandis que presque autant de sages-femmes 39% (n=49) ne l'abordent jamais. Ces résultats peuvent cependant être influencés par le type d'exercice de chaque sage-femme. Ainsi, afin d'obtenir une réponse le moins possible influencé par le type d'activité, nous avons choisi de nous pencher uniquement sur les réponses des sages-femmes réalisant des consultations (n=69).

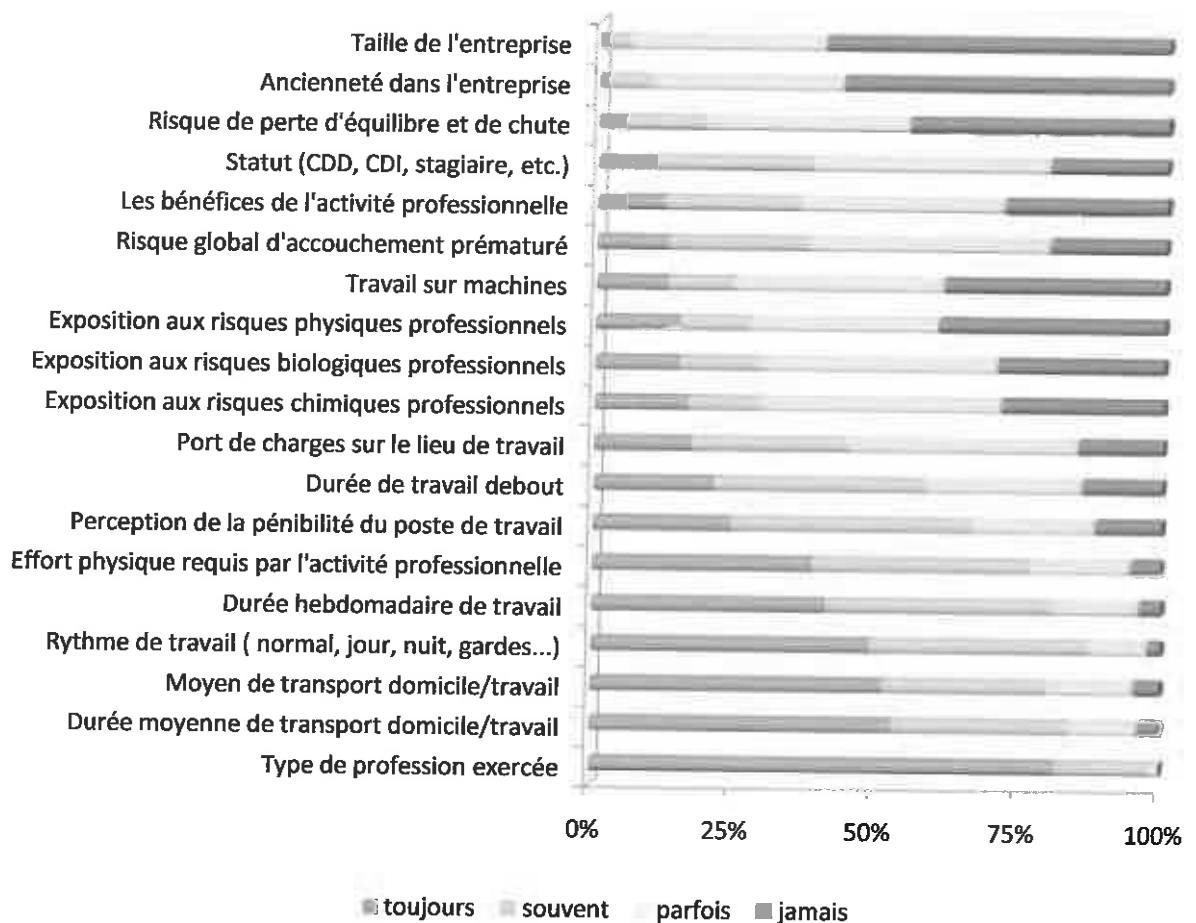
Tableau n°10 : Moment où la question de l'activité physique est abordée avec les patientes, par les sages-femmes réalisant des consultations (n=69)

	Rare	Fréquent
1er trimestre	39%	57%
4eme mois	30%	72%
2eme trimestre	51%	43%
3eme trimestre	80%	28%

Nous pouvons remarquer que le sujet est plus fréquemment évoqué par les sages-femmes réalisant des consultations, au premier trimestre (57%, n=39) et au 4^{ème} mois (72% n=50).

Thèmes abordés lorsque l'activité professionnelle est évoquée

Graphique 11 : Thèmes abordés (n=126)



Sur ce graphique, nous constatons que les thèmes les plus abordés (items « toujours » et « souvent » sélectionnés par au moins 80% des sages-femmes) sont des thèmes assez généraux concernant le type de profession exercée et les moyens de transport utilisés pour s'y rendre :

- le type de profession (82% ; n=103)
- la durée moyenne de transport (84% ; n=106),
- le moyen de transport domicile/travail (81% ; n=101),
- le rythme de travail (87% ; n=110),
- la durée hebdomadaire de travail (81% ; n=102).

A l'inverse, parmi les thèmes abordés le moins fréquemment, (proportion de réponses « parfois » et « jamais » cumulées) nous retrouvons des questions plus précises du type :

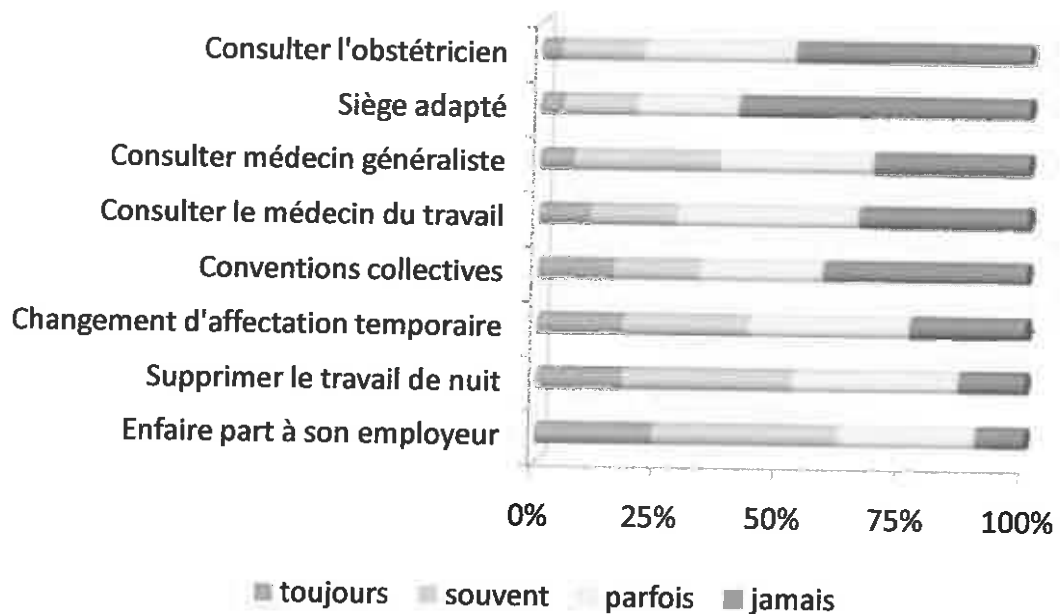
- l'exposition aux risques chimiques (30% ; n=89), biologiques (29% ; n=89), et physiques (27% ; n=92),

- le travail sur machines (25% ; n=95),
- le risque de perte d'équilibre et de chute (19% n=102),

De manière générale, nous observons que les sages-femmes posent le plus souvent des questions d'ordre général sur le type de profession exercé par les patientes, mais ne rentrent pas forcément dans le détail des éléments qui pourraient être rencontrés dans le cadre de l'activité professionnelle. Notons 14 non répondants à cette question.

Solutions proposées lorsqu'une situation complexe est rencontrée

Graphique 12 : solutions proposées par la sage-femme à la patiente lorsqu'une situation complexe est rencontrée (n=140)



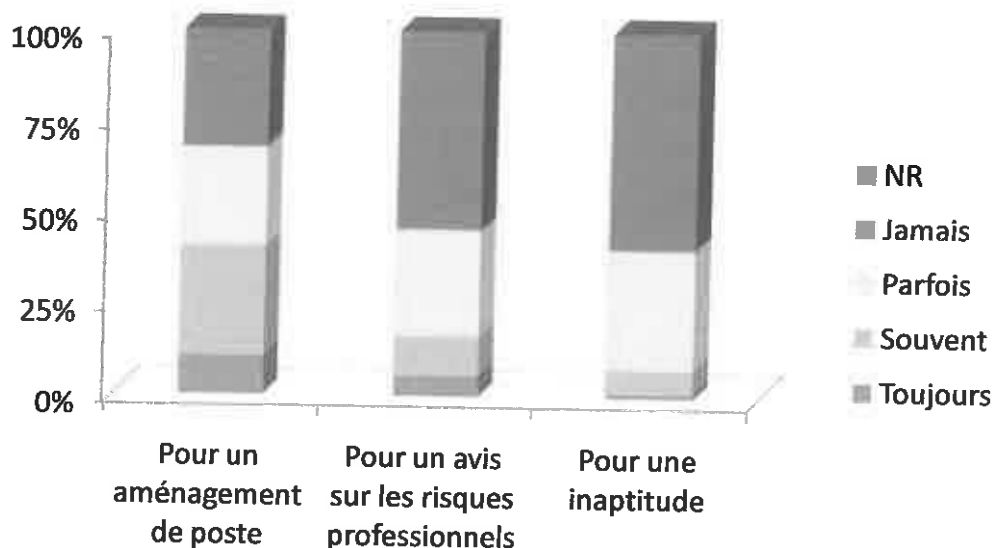
Nous constatons que les solutions les moins proposées, c'est-à-dire évoquées « parfois » et « jamais » par plus de 50% des sages-femmes, sont : consulter l'obstétricien (75% ; n=110), le médecin généraliste (60% ; n=88) et le médecin du travail (70% ; n=100), ainsi que les conventions collectives (65% ; n=93) et le changement d'affectation temporaire (56% ; n=79). Notons que la solution la moins proposée est la possibilité de recourir à un siège sur le lieu de travail puisque 59% (n=83) des sages-femmes ne la proposent jamais. En ce qui concerne les solutions les plus proposées nous constatons que les sages-femmes conseillent aux patientes d'en faire part à leur employeur (63% ; n=87) et de supprimer le travail de nuit (53% ; n=74).

- Utilisation de l'échelle de Borg

L'échelle de Borg n'est jamais utilisée : 99% (n= 139) des sages-femmes de notre échantillon ne l'utilisent pas. 4% (n=6) des sages-femmes ont mentionné dans les commentaires qu'elles ne connaissaient pas cette échelle.

- Occurrences d'envoi des patientes vers un médecin du travail

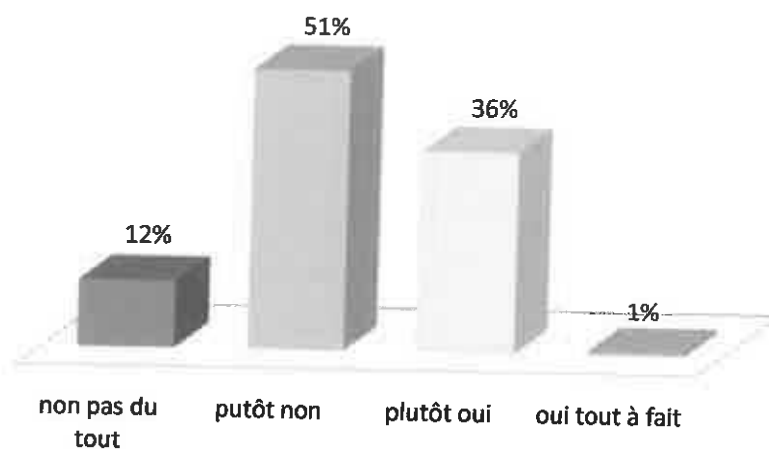
Graphique 13: occurrences d'envoi des patientes vers un médecin du travail (n=135)



Sur ce graphique, 56% (n=76) des sages-femmes ne redirigent jamais leurs patientes vers un médecin du travail pour une inaptitude. De plus, elles redirigent peu fréquemment (jamais et parfois) pour un avis sur les risques professionnels (80% ; n=108), ainsi que pour un aménagement de poste (56% ; n=76).

➤ **Ressenti des sages-femmes concernant l'information délivrée aux patientes**

Graphique 14: l'information délivrée aux patientes est-elle suffisante? (n=140)



Environ 63% (n=82) des sages-femmes estiment que l'information délivrée à leurs patientes est insuffisante.

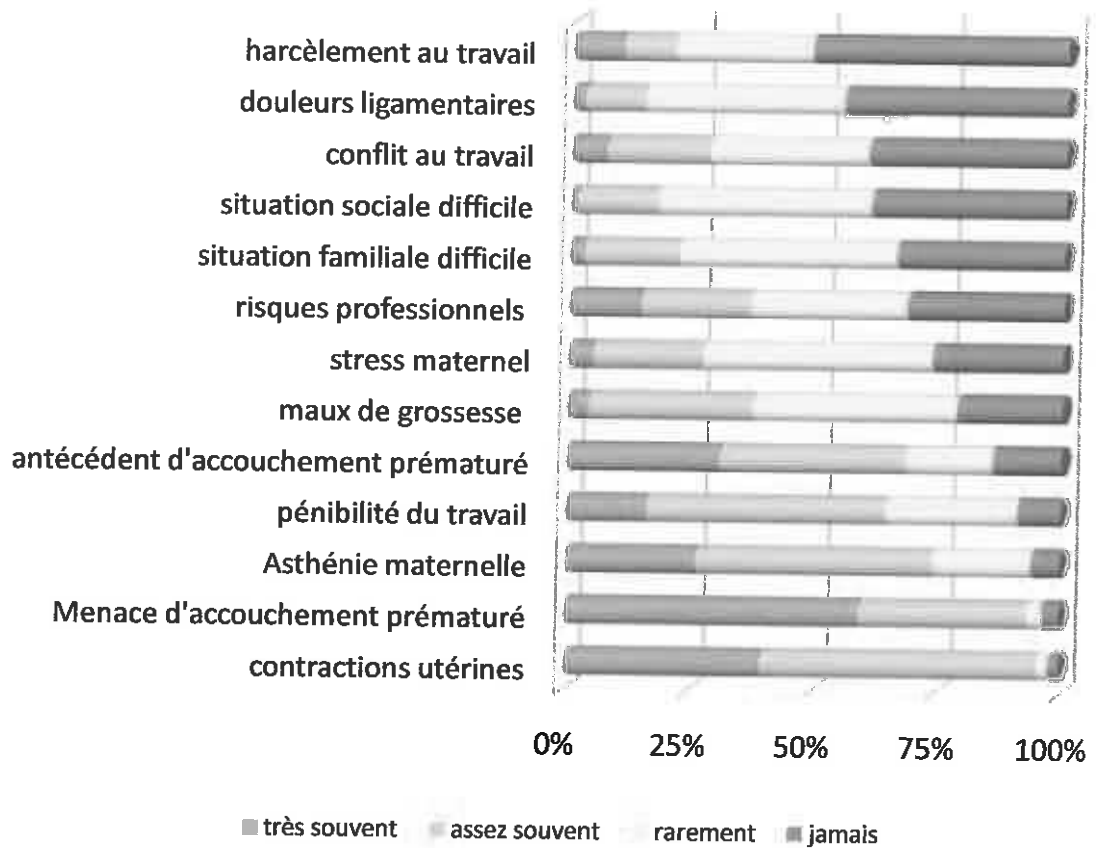
2.4 La prescription des arrêts de travail

- **Prescription des « quinze jours pathologiques »**

56% (n=78) des sages-femmes pensent qu'elles peuvent prescrire l'arrêt de travail dit « des quinze jours pathologiques » à leurs patientes.

- **Motifs de prescription des arrêts de travail**

Graphique 15: Pour quelles raisons prescrivez-vous le plus d'arrêts de travail ? (n=130)



Les motifs de prescription des arrêts de travail prédominants sont, les contractions utérines, pour lesquelles les sages-femmes prescrivent très fréquemment des arrêts de travail (96% (n=124) d'entre elles répondent « très souvent » et « assez souvent » à ce critère), puis s'en suit la menace d'accouchement prématuré (94% ; n=122), l'asthénie maternelle (76% ; n=99), antécédent d'accouchement prématuré (72% ; n=94) et pénibilité du travail (65% ; n=84).

Les motifs les moins prescrits (« rarement » et « jamais ») sont : douleurs ligamentaires (87% ; n=113), situation sociale difficile (82% ; n=107), harcèlement au travail (80% ; n=104), situation familiale difficile (78% ; n=101), conflit au travail (73% ; n=95), risques professionnels (63% ; n=81), stress maternel (73% ; n=94) et maux de grossesse (63% ; n=82).

- **Classement des périodes de prescription des arrêts de travail**

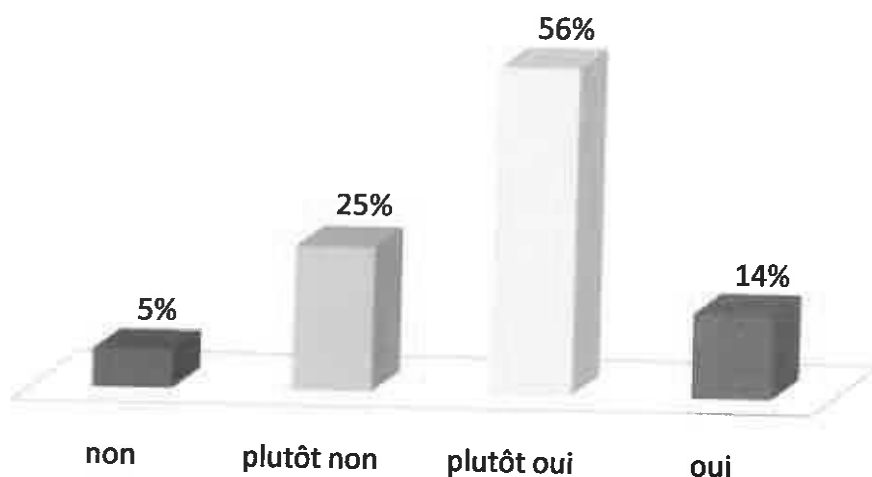
Tableau n° 16 : A quelle période prescrivez-vous le plus d'arrêts de travail ? (n=126)

	Fréquent	Rare
1er trimestre	15%	85%
4eme mois	11%	89%
2eme trimestre	87%	13%
3eme trimestre	88%	12%

Nous constatons que les arrêts de travail sont majoritairement prescrits au deuxième (87% ; n=110) et au troisième trimestre (88% ; n=111) par les sages-femmes. Notons 14 non réponses.

- **Demande des arrêts de travail par les femmes enceintes**

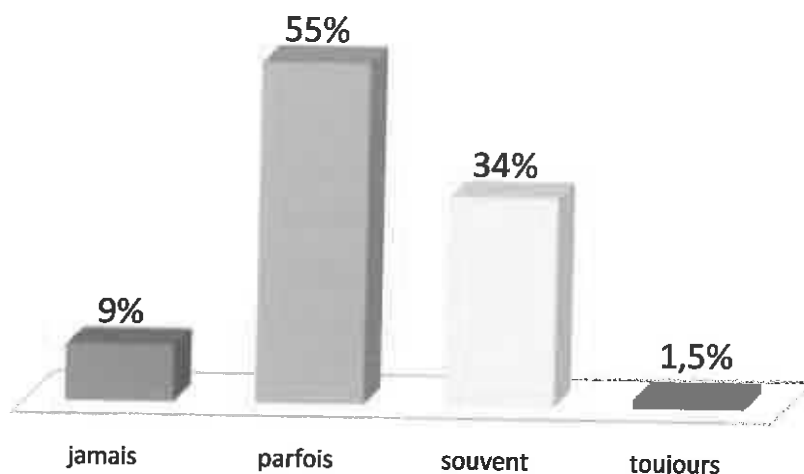
Graphique 17 : Selon vous, les femmes enceintes demandent-elles de plus en plus systématiquement des arrêts de travail ? (n=130)



D'après 70% (n=91) des sages-femmes, les femmes enceintes demandent de plus en plus d'arrêt de travail. Notons la présence de dix non-réponses à cette question.

- Prescription de l'arrêt de travail à la demande de la patiente

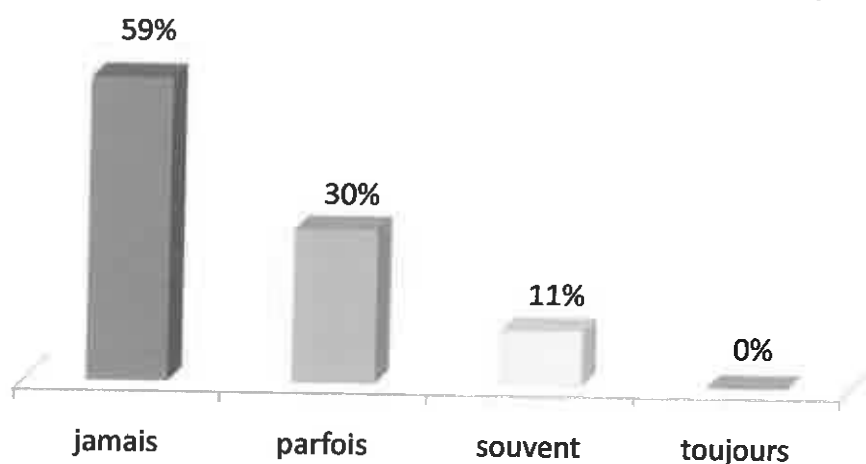
Graphique 18 : Leur accordez-vous l'arrêt de travail à leur demande ?
(n=130)



La majorité des sages-femmes interrogées (55% ; n=71) prescrivent parfois un arrêt de travail à la demande de la patiente. 34% (n=44) d'entre elles évoquent le prescrire souvent.

- Sentiment de perte de confiance de la patiente en cas de refus de l'arrêt de travail

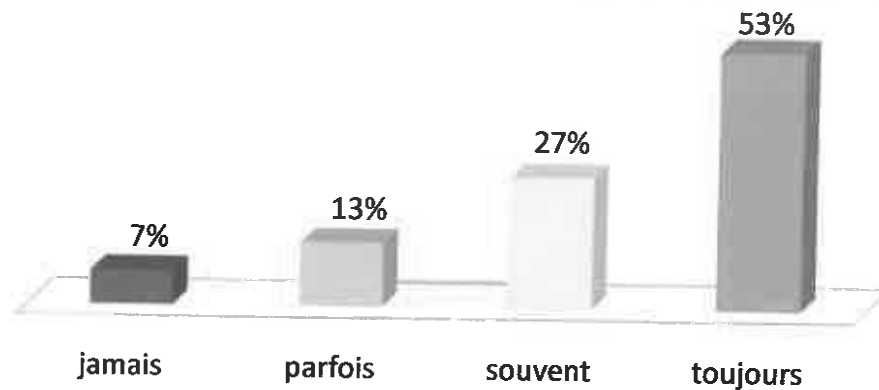
Graphique 19: Avez-vous peur de perdre leur confiance en refusant de leur prescrire un arrêt de travail ? (n=130)



La majorité des sages-femmes interrogées soit 59% (n=77) n'ont jamais peur de perdre la confiance de leur patiente en prescrivant un arrêt de travail. Aucune n'a répondu qu'elle en avait toujours peur. Notons 10 non-réponses à cette question.

- **Indication du motif médical sur l'arrêt de travail**

Graphique 20: Indiquez-vous le motif médical sur l'arrêt de travail ? (n=130)

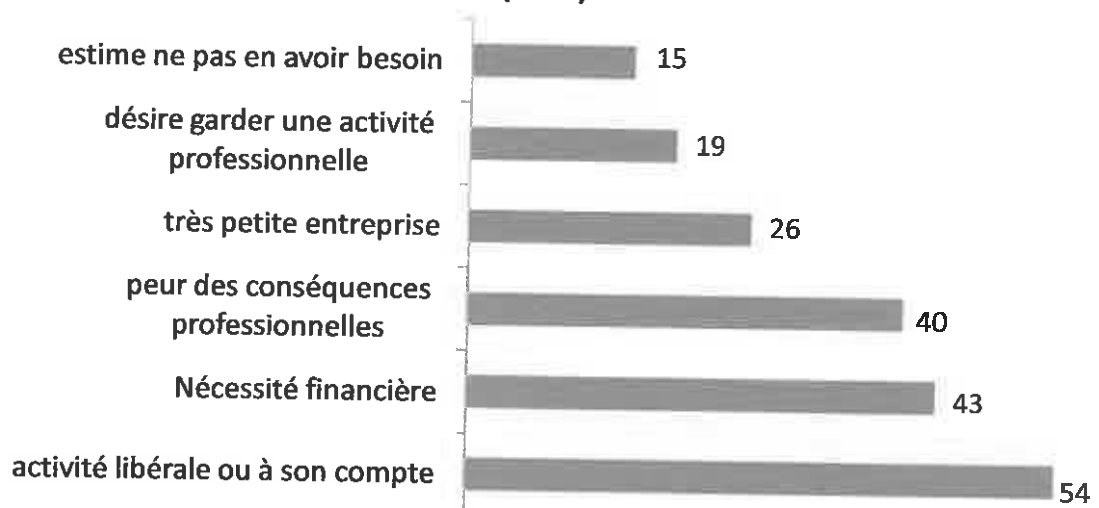


80% (n=104) des sages-femmes indiquent très fréquemment le motif médical sur l'arrêt de travail. Notons 10 non-répondants à cette question.

- **Refus des arrêts de travail par les patientes**

65% (n=84) des sages-femmes ont rencontré un ou des refus par une ou des patientes en prescrivant un arrêt de travail. Notons 10 non réponse à cette question.

Graphique 21: Raisons du refus des arrêts de travail par les patientes (n=84)



Parmi les sages-femmes ayant rencontré un ou des refus, les raisons les plus souvent données par leurs patientes sont liées à des problématiques financières : « activité libérale ou à son compte », « nécessité financière » et « peur des conséquences professionnelles ».

3. Discussion et propositions d'action

3.1 Critique de l'enquête

3.1.1 Les points forts

Notre enquête a été bien accueillie par les cadres, aucun n'a refusé de participer à cette étude, ce qui nous a permis de diffuser notre questionnaire dans la majorité des établissements de la région.

De plus, le fait d'avoir utilisé tous les moyens disponibles pour diffuser notre questionnaire nous permet d'avoir un taux de réponse satisfaisant.

En stage au moment de l'enquête, il était plus facile de solliciter les sages-femmes pour remplir les questionnaires, et d'obtenir leur avis sur le sujet.

Aussi, la possibilité de rendre obligatoires certaines questions via le questionnaire en ligne nous permet d'avoir un taux faible d'items non renseignés et d'oublis.

3.1.2 Les points faibles

Le questionnaire, qui comportait de grands tableaux, a pu paraître long et décourager certains praticiens malgré la grande majorité de questions fermées.

D'autre part, la diffusion du lien du questionnaire en ligne rend difficile l'évaluation précise du taux de réponses.

3.1.3 Les biais

Il existe un biais du fait du type d'exercice des sages-femmes. En effet, celles-ci peuvent être moins confrontées à la prescription des arrêts de travail du fait de leur activité (ce qui est le cas en suites de couches par exemple). Ainsi, leurs réponses peuvent, pour certaines, ne pas refléter exactement la réalité de leur exercice mais l'image qu'elles se font de leur prise en charge. Un risque non négligeable sur le fait que la réponse donnée puisse ne pas correspondre pas à leur pratique quotidienne.

De plus, les réponses peuvent être plus ou moins subjectives du fait que les sages-femmes répondent elles-mêmes au questionnaire et auto-évaluent leur pratique professionnelle dans plusieurs questions.

3.2 Données sociodémographiques

L'enquête réalisée nous a permis d'interroger 140 sages-femmes. Notre échantillon met en évidence un taux nettement supérieur de sages-femmes de sexe féminin : 96% contre 4% de sexe masculin. Ces résultats se rapprochent sensiblement du taux actuellement présent en France. D'après les données du conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF), au 1^{er} janvier 2014, 97,58% des sages-femmes sont de sexe féminin contre 2,42% de sexe masculin.[52] Ces taux sont également en adéquation avec l'enquête réalisée par la DREES en 2012 qui retrouvait des taux semblables en Haute-Normandie.[53]

Concernant la moyenne d'âge de ces professionnels, notre étude retrouve une moyenne de 35 ans qui diffère de la moyenne nationale qui s'élève à 40,8 ans. Les tranches d'âge reflètent aussi ce constat puisque plus de la moitié des sages-femmes interrogées ont moins de 33 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que les jeunes sages-femmes, qui ont réalisé depuis peu leur mémoire, se sentent plus investies dans le remplissage des questionnaires.[52]

D'autre part, la majorité des professionnels de notre échantillon exercent en établissement de santé soit 84%, avec un taux plus faible en libéral soit 12%, ainsi qu'en protection maternelle infantile (PMI) soit 4%. D'après les chiffres du CNOSF au premier janvier 2014, 60% des sages-femmes en activité exercent en milieu hospitalier, 16,7 % en libéral et 3,7% en PMI. Néanmoins, étaient exclues du secteur hospitalier, les sages-femmes poly-actives (c'est-à-dire les professionnels cumulant au moins une activité salariée et libérale), les salariées privées, les sages-femmes participant au service public hospitalier (PSPH). D'autre part, ces données concernent les sages-femmes appartenant au secteur 3 qui comprend la Haute-Normandie mais aussi la Basse-Normandie, le Pays de la Loire et la Bretagne.[52]

Dans notre échantillon, les sages femmes interrogées sont polyvalentes puisqu'elles exercent dans plusieurs secteurs en même temps, ce qui explique que le total des modes d'exercice soit supérieur au nombre total de répondants.

Si l'on considère le pourcentage de sages femmes travaillant en libéral ou en PMI, nous constatons que nous avons une répartition de nos répondants proche de la répartition régionale. Ainsi, notre échantillon est probablement assez représentatif de la population régionale des sages femmes.

3.3 Un bon niveau de connaissance des interrogées

Nous pouvons constater que bien plus de la moitié des sages-femmes répondent correctement aux questions posées.

En effet, concernant les activités professionnelles contre-indiquées par la législation française pendant la grossesse, les efforts physiques intenses et répétés, l'emploi aux étalages extérieurs des magasins et boutiques après 22 heures ainsi que l'emploi aux étalages extérieurs des magasins et boutiques à une température inférieure à zéro degré ont été mentionnés par plus de 66% des sages-femmes. Ces résultats sont en accord avec l'item « station assise prolongée » qui a été mentionné pour seulement 7% des professionnels et qui n'est pas contre-indiqué. L'item « port de charges supérieur à dix kilos » reste toutefois à nuancer. D'après le code du travail, c'est le port de charges lourdes de plus de 25 kilos qui est contre-indiqué chez la femme enceinte, néanmoins certaines études ont montré qu'il existait des risques non négligeables pour des ports de charges de plus de 10 kilos ce qui ne permet pas de pénaliser les professionnels sur cet item.[11]

De plus, la grande majorité des sages-femmes interrogées répondent correctement aux questions relatives à la révélation de l'état de grossesse à l'employeur avec remise d'un certificat obligatoire dans le but de bénéficier de l'ensemble des dispositions protectrices ainsi qu'à l'affectation temporaire à un autre emploi.

Ces résultats nettement positifs nous permettent de montrer que les sages-femmes ont une bonne connaissance de ces droits et d'infirmier en partie notre première hypothèse.

Toutefois, les sages-femmes ne pensent pas avoir suffisamment de connaissances sur le sujet pour exercer au quotidien : sur une échelle de zéro à dix, la moyenne constatée est inférieure à la moyenne générale soit 4,52/10. Cela peut être lié au fait que seulement 65% d'entre elles ont reçu une formation sur les mesures réglementaires applicables à la protection de la femme enceinte au travail. Parmi les sources qui les ont le plus informées nous retrouvons l'école de sages-femmes pour la quasi totalité d'entre elles ainsi que l'exercice sur le terrain. Cependant, l'information apportée au cours d'une formation spécifique et via les supports écrits sont moins évoqués. D'autre part, les moyennes obtenues pour chaque item restent faibles : seule l'école de sage-femme obtient une note supérieure à la moyenne.

Ces résultats sont en adéquation avec une étude réalisée dans le cadre d'un mémoire qui montre que les trois quarts des praticiens (sages femmes libérales, médecins généralistes et gynécologues obstétriciens) jugeaient être insuffisamment informés sur les droits des femmes enceintes au travail.[47]

Suite à ce constat, il est intéressant d'analyser l'information délivrée par les sages-femmes à leurs patientes exerçant une activité physique professionnelle.

3.4 Une information partiellement délivrée

La moitié des sages-femmes ne pensent pas délivrer une information suffisante sur l'impact du travail sur la grossesse auprès de leurs patientes. En effet, 51% répondent « plutôt non » à cette question, alors que seulement 1% de sages-femmes répondent « oui tout à fait » à la question. Cette constatation peut ainsi être la conséquence du fait que les sages-femmes ne pensent pas avoir suffisamment de connaissances sur le sujet pour leur exercice quotidien.

La question de l'activité physique durant la grossesse, en lien avec l'activité exercée en milieu professionnel, est abordée de façon partagée par les sages-femmes. Nous remarquons des taux élevés de réponses sur les items « parfois » et « souvent ». Nous pouvons alors supposer que les sages-femmes ont profité du choix des quatre items pour ne pas se positionner fermement sur la question. Nous avons vu que l'activité physique exercée en milieu professionnel était non négligeable, c'est pourquoi il est regrettable de constater que la question n'est pas plus systématiquement abordée.

Le moment de la grossesse jugé le plus opportun pour évoquer le sujet n'est pas non plus bien défini et les réponses sont très disparates. Néanmoins, rappelons que le type d'exercice peut influencer les réponses et les rendre difficilement interprétables. Les sages-femmes de consultation, amenées à rencontrer leurs patientes tôt dans leur grossesse et ayant pour certaines la possibilité de réaliser l'entretien du quatrième mois, leur permet d'évoquer le sujet plus tôt contrairement aux sages-femmes de salle de naissances qui rencontrent le plus souvent leurs patientes à un stade plus avancé de la grossesse. Un item « fait à chaque consultation » aurait également été intéressant à rajouter puisque nous avons vu que selon la HAS, il est recommandé de dépister les facteurs de risque avant la grossesse, lors de la première consultation de suivi, puis tout au long de la grossesse jusqu'à la consultation du 9^{ème} mois ou jusqu'à l'accouchement.[10] Ainsi, aborder au plus tôt ce sujet permet à la sage-femme

d'informer et de prévenir de façon adéquate les femmes exerçant une activité professionnelle, mais aussi de dépister en amont certaines conditions défavorables, de façon à anticiper la mise en place de certaines mesures et permettre de concilier au mieux grossesse et activité professionnelle.

Concernant les thèmes les plus abordés, c'est le type de profession exercée qui apparaît en premier lieu. Plus de 82% des professionnels déclarent le demander à leurs patientes de manière systématique. Il s'agit d'un critère important puisqu'il peut donner d'emblée certaines indications sur les caractéristiques du travail. A contrario, sont peu abordés les notions concernant le contexte dans lequel s'exerce l'activité professionnelle à savoir le statut, l'ancienneté dans l'entreprise et la taille de l'entreprise. Or, certaines études ont montré que la stabilité professionnelle apportée par certains contrats de travail, était un facteur favorisant la majoration des arrêts de travail.[54, 55] La taille de l'entreprise semble elle aussi être liée à la durée et fréquence des arrêts de travail : ils sont plus fréquents dans les grandes entreprises que dans celles où les salariés sont peu nombreux. Ces notions peuvent s'avérer utiles pour mieux comprendre le contexte professionnel de chaque patiente et permettre une prise en charge optimale.

Ensuite, sont abordés pour un peu plus de la moitié des sages-femmes, la durée hebdomadaire et le rythme de travail habituel. Rappelons que ces informations sont importantes compte tenu des risques précédemment évoqués dans la revue de la littérature. De plus, une étude a montré qu'en fonction du rythme de travail, les femmes ayant des horaires variables sont plus à risque d'être arrêtées au cours de la grossesse.[56]

Aussi, plus de 50% des sages-femmes déclarent toujours aborder le moyen de transport habituel utilisé pour se rendre au travail ainsi que la durée moyenne de celle-ci. Il s'agit d'un critère important puisque selon l'enquête maternité et conditions de travail (MATRAV) réalisée par l'INSEE, un trajet supérieur à 25 minutes, du domicile au lieu d'exercice, augmenterait le risque d'accoucher prématurément.[15] D'autre part, une étude a constaté que les femmes parcourant une grande distance kilométrique sont plus à même d'être arrêtées.[56] A cette occasion, la sage-femme peut recommander d'utiliser un moyen de transport le plus approprié comme la marche. Il est d'ailleurs recommandé chez la femme enceinte de pratiquer une activité physique régulière comme la marche à pied, environ 30 minutes trois à cinq fois par semaine, en l'absence de contre-indications médicales.[2]

La majorité des sages-femmes (environ 77%) déclarent également aborder la question de l'effort physique requis par l'activité professionnelle ainsi que la perception de la pénibilité du poste de travail par la patiente fréquemment. Ces notions peuvent s'avérer subjectives mais ont toute leur importance. C'est ce que l'INRS avait pointé lors du 31^{ème} congrès. Comme évoqué dans la revue de la littérature, l'effort physique peut induire de nombreux risques pour la mère et son enfant et la perception par la salariée de la pénibilité de son travail doit être le point focal des décisions. C'est pour cela qu'il conseille l'utilisation de l'échelle de Borg, que les sages-femmes n'utilisent pas : 99% déclarent ne jamais l'utiliser et environ 4% des sages-femmes ont précisé ne pas connaître cette échelle.[11]

A côté de cela, il est surprenant de constater que de nombreuses notions ne sont que très peu abordées. Il s'agit de la durée de travail en position debout ou dans autre position pénible, le travail sur machines, le port de charges sur le lieu de travail, le risque de perte d'équilibre et de chutes liées aux modifications physiologiques de la grossesse, ainsi que l'exposition aux risques biologiques, physiques et chimiques professionnels. Pourtant, nous connaissons les risques que ces conditions de travail peuvent engendrer sur le bien être materno-fœtal. Une étude a constaté que la grande majorité des femmes ayant une activité professionnelle nécessitant le port de charges lourdes, des manutentions, des déplacements fréquents et une station debout prolongée étaient plus fréquemment arrêtées.[56] Le risque de chutes n'est paradoxalement jamais évoqué pour plus de 45% des sages-femmes alors que nous avons vu que les chutes sur le terrain professionnel sont une cause très fréquente d'accidents du travail : d'après l'étude de Dunning et al, 1/4 des femmes enceintes chutent pendant leur grossesse sur leur lieu de travail.[23]

Aussi, nous constatons que 36% des sages-femmes évoquent seulement parfois les bénéfices de l'activité professionnelle et pour 29% d'entre elles jamais. Nous pouvons alors supposer que les sages-femmes connaissent peu de bénéfices liés à l'activité professionnelle ou alors qu'elles n'osent pas en parler avec leurs patientes. Toutefois, nous pouvons noter que ces sujets peuvent être évoqués au « cas par cas » en fonction de la profession exercée.

3.5 L'attitude des sages-femmes face aux difficultés rencontrées par les femmes enceintes au décours de l'activité professionnelle.

Environ 63% des sages-femmes déclarent proposer fréquemment aux salariées enceintes de faire part de leurs difficultés rencontrées à leur employeur afin de bénéficier d'un aménagement légal ou un arrangement à l'amiable. De même, 53% déclarent parler fréquemment de la possibilité à la salariée enceinte de supprimer son travail de nuit. Néanmoins ce taux peut être nuancé par le fait que la situation est peut être moins souvent rencontrée.

En ce qui concerne la possibilité de recourir à d'autres aménagements possibles, l'information donnée est très faible. C'est le cas du changement d'affectation temporaire évoqué parfois pour 30% des sages-femmes, mais aussi de la possibilité d'obtenir un siège approprié au poste de travail qui n'est jamais évoqué pour plus de 59% des sages-femmes de notre échantillon, ainsi que des conventions collectives jamais abordées pour plus de 40% d'entre elles.

Paradoxalement, les sages-femmes parlent rarement de la possibilité d'aller consulter un autre professionnel. En effet, 46% d'entre elles ne redirigent jamais vers l'obstétricien, plus de 31% ne redirigent jamais vers le médecin généraliste et plus surprenant, plus de 37% redirigent parfois vers le médecin du travail avec pour 33% des interrogées, jamais. Ces résultats vont de pair avec la question relative aux motifs justifiant le recours au médecin du travail : la majorité des sages-femmes ne redirigent jamais pour un avis sur les risques professionnels, ni pour une inaptitude, ni pour un aménagement de poste. Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans la revue de la littérature. D'après l'enquête réalisée par l'INRS, 84% des médecins du travail déclarent que les liaisons entre le professionnel assurant le suivi de la grossesse sont insuffisantes. [9]

Or, nous avons montré l'importance de liaisons interprofessionnelles dans notre revue de la littérature. Le médecin du travail notamment, étant en contact direct avec les entreprises, est le professionnel le plus compétent pour proposer des aménagements de poste, et d'ailleurs le seul dont l'employeur est tenu de prendre en compte les préconisations. Ainsi, lorsque des difficultés sont rencontrées dans le milieu professionnel par les salariées enceintes, il est donc nécessaire que le professionnel de santé qui assure le suivi de la grossesse collabore avec celui-ci.

D'un point de vue général, les patientes sont peu informées des aménagements possibles et sont peu redirigées vers les professionnels compétents. Pourtant, selon plusieurs études réalisées par Croteau A. et al. en 2007, Mozurkewich E. L. en 2000, Teitelman A.M et al. en 1990, les aménagements de poste permettent d'éviter des pathologies liées au travail pendant la grossesse (telles que la MAP ou le RCIU) et permettent ainsi de mieux vivre la grossesse. [26, 28, 47, 56]

Nous pouvons donc penser que les sages-femmes ont une bonne connaissance des droits en matière de protection des femmes enceintes au travail ce qui infirme partiellement notre première hypothèse. En revanche, nous pouvons supposer qu'elles ne se considèrent pas comme un interlocuteur capable de renseigner les femmes sur leurs droits au travail ce qui peut induire un manque d'information apporté à leurs patientes et tend à affirmer alors la seconde partie de notre hypothèse. C'est ce qu'avait démontré Goncalves suite à une enquête réalisée auprès des professionnels libéraux.[47]

→ Vérification partielle hypothèse 1

Notre hypothèse selon laquelle les sages-femmes ne connaissent pas la réglementation sur la protection des femmes enceintes au travail est infirmée, mais à moitié. En effet elles ont de bonnes connaissances mais les appliquent peu, ce qui peut induire un manque d'information apporté à leurs patientes.

3.6 Attitude des SF face à la prescription des arrêts de travail

- Connaissances des sages- femmes

D'après les sages-femmes de notre échantillon, 56% d'entre elles affirment qu'elles peuvent prescrire les « quinze jours pathologiques ». Or rappelons que, conformément aux articles L.321-1, D.331-1 et D.331-2 du code de la sécurité sociale, la sage-femme est habilitée prescrire des arrêts de travail à une femme enceinte lorsqu'elle constate son incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail et à condition qu'il ne s'agisse pas d'une grossesse pathologique. Ainsi, seul un médecin peut prescrire l'arrêt de travail dit « des quinze jours pathologiques ». Celles-ci ont donc un défaut de connaissance à ce sujet. Il paraît alors intéressant de voir leur attitude concernant la prescription des arrêts de travail durant la grossesse.

- Prescription des arrêts de travail : période, motifs, perte de confiance

Nous constatons une élévation croissante de la prescription d'arrêts de travail en fonction de l'avancée de la grossesse. En effet, les sages-femmes prescrivent le plus souvent des arrêts de travail au deuxième et troisième trimestre. Cela peut s'expliquer de façon naturelle du fait des changements physiologiques de la grossesse. De plus, ces résultats sont en accord avec la littérature puisque selon une étude, les arrêts de travail sont en majeure partie prescrits au second trimestre de la grossesse là où les difficultés et modifications physiques sont les plus ressenties c'est-à-dire dès le 5^{ème} mois.[56]

Les raisons pour lesquelles les sages-femmes prescrivent des arrêts de travail semblent justes. En effet, les motifs les plus souvent présents sont ceux d'ordre médical, c'est-à-dire pouvant avoir des risques de répercussion sur le bon déroulement de la grossesse et le bon développement de l'enfant. C'est le cas de l'antécédent d'accouchement prématuré puisque 72% des sages-femmes déclarent le prescrire souvent ainsi que la présence de contractions utérines puisque plus de 96% d'entre elles déclarent également le prescrire souvent. Néanmoins, plus de 94% des professionnels de l'échantillon prescrivent des arrêts de travail pour menace d'accouchement prématuré. Il s'agit d'une complication de la grossesse relevant de la pathologie et ne peut donc aboutir à un arrêt de travail prescrit par une sage-femme. Ce résultat peut être nuancé par le fait que les sages-femmes ont dû mal interpréter ce motif.

Les raisons sociales conduisent rarement ou jamais à des arrêts de travail, ce qui est aussi le cas du stress maternel, des douleurs ligamentaires et des maux de grossesse invalidants pour qui d'autres moyens peuvent être mis en œuvre pour y remédier.

Cependant, 65% des sages-femmes déclarent réaliser souvent un arrêt de travail pour pénibilité du travail. Les arrêts de travail ne sont pas destinés aux problèmes inhérents au travail et ne devraient d'ailleurs pas être prescrits dans le but d'améliorer cette situation. Ce résultat peut être expliqué du fait de notre constat précédent : les sages-femmes proposent peu d'aménagement des conditions de travail à leurs patientes et les redirigent peu vers des professionnels spécialisés tel que le médecin du travail. Ainsi, même si l'arrêt de travail peut s'avérer être la seule solution pour protéger les femmes enceintes des risques professionnels, nous pouvons émettre l'hypothèse que les sages-femmes prescrivent des arrêts de travail de façon à les soustraire de cette pénibilité. Paradoxalement, les autres raisons professionnelles ne nécessitent rarement voire jamais de prescription d'arrêts de travail tels que les risques professionnels pour la

grossesse (62% des sages-femmes n'en prescrivent pas ou rarement pour ce motif), le harcèlement au travail (plus de 80% n'en prescrivent pas ou rarement) et les conflits au travail (environ 73% n'en prescrivent pas ou rarement).

Par ailleurs l'asthénie maternelle justifie pour plus de 76% des sages-femmes la prescription d'un arrêt de travail. Il faut noter que cette raison médicale (tout comme les contractions utérines) peut être la conséquence/ le symptôme d'une fatigue physique et morale apparue et /ou développée du fait d'une activité professionnelle inadaptée à la physiologie d'une femme enceinte.

Ces résultats semblent être en adéquation avec ceux de la revue de la littérature puisque selon une étude, les pathologies à risque gynéco-obstétricales et les plaintes liées au travail sont à l'origine de prescription de 15 jours supplémentaires dans les trois quarts des cas.[56] Il paraît toutefois nécessaire de nuancer les résultats qui ont pu dépendre du nombre de situations rencontrées par les professionnels.

Pour affirmer ou infirmer notre seconde hypothèse, nous avons questionné les sages-femmes dans le but de savoir si elles avaient peur de perdre la confiance de leurs patientes en refusant de leur prescrire un arrêt de travail. Leur réponse est catégorique : plus de 59% des sages-femmes se disent ne jamais avoir peur de perdre leur confiance et aucune n'a mentionné en avoir toujours peur. Les sages-femmes de notre échantillon, exerçant principalement en milieu hospitalier et non en milieu libéral, peut expliquer ces résultats. De plus, plus de la moitié des sages femmes indiquent toujours le motif médical sur l'arrêt de travail montrant ainsi qu'elles justifient leurs prescriptions. Néanmoins, 20% ne l'indiquent jamais voire parfois. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il existe certains refus de la part de l'assurance maladie pour indemniser les patientes selon l'intitulé du motif inscrit. Par exemple, le motif « fatigue » peut être accepté alors que le motif « asthénie » qui est un terme pathologique peut être refusé. D'autre part, la majorité des professionnels de notre échantillon déclarent accorder seulement parfois l'arrêt de travail à la demande de leurs patientes. Plusieurs hypothèses peuvent alors être émises : soit parce qu'elles sont de bon conseil auprès des femmes enceintes et qu'elles prescrivent de façon adaptée, soit parce qu'elles estiment ne pas avoir les connaissances suffisantes pour le prescrire elles-mêmes ou alors parce que l'arrêt de travail n'est pas un bon outil puisqu'il peut entraîner une diminution de la rémunération des salariées enceintes (ce qui n'est pas toujours le cas si c'est un médecin qui le prescrit). Il s'agit en effet d'une bonne attitude puisque, comme nous l'avons vu dans notre revue de la littérature, le maintien de la femme enceinte à son poste de travail en améliorant ses

conditions de travail est une des meilleures solutions que l'arrêt de travail systématique, sur le plan physique mais aussi psychologique. Une question à ce sujet aurait pu être intéressante à traiter.

-Position des femmes enceintes vue par les sages-femmes

Face à ces constats, nous nous intéressons à la position des femmes enceintes. Selon 70% des sages-femmes, les femmes enceintes demandent de plus en plus d'arrêts de travail. Est-ce un besoin réel ou une demande intégrée dans une politique de surprotection de la société ? Une étude auprès de ces femmes pourrait répondre à cette question néanmoins, aucune étude ne nous permet de savoir si les sages-femmes sont plus influençables qu'avant dans la prescription des arrêts de travail.

Paradoxalement, 65% des sages-femmes reconnaissent avoir déjà rencontré un ou des refus par une ou des patientes en prescrivant un arrêt de travail.

Selon elles, la majorité des refus ont été évoqués parce que la patiente exerce une activité libérale ou à son compte. En effet, une impossibilité de trouver un remplaçant ou une perte financière liée à l'arrêt de l'activité peut rendre l'arrêt de travail difficile. Ensuite le second motif est pour nécessité financière : dans ce cas les femmes peuvent se retrouver défavorisées puisqu'elles ne touchent que les indemnités prévues dans le cadre de l'assurance maladie, soit inférieures au salaire qu'elles toucheraient en ayant bénéficié d'un aménagement de poste. Un délai de carence est également souvent présent, il est donc important de s'assurer de la réelle impossibilité d'aménager les conditions de travail, avant de prescrire des arrêts, en collaborant avec le médecin du travail. La peur des conséquences professionnelles telles que la perte d'emploi, le regard des autres et la mise en difficulté des collègues est un motif évoqué ensuite par les patientes. Les femmes en situation de précarité et de crainte pourraient se mettre dans des situations à risque en ne déclarant pas la grossesse ou en refusant tout aménagement ou tout arrêt de travail de peur de perdre leur emploi. Ces femmes peuvent faire partie de celles qui « estiment ne pas en avoir besoin » tout simplement par rapport à ces conséquences qu'elles n'exprimeraient pas forcément. Le fait que la salariée exerce dans une très petite entreprise est source de refus dans 31% des cas selon les sages femmes. D'après une étude, la taille de l'entreprise semble influencer les arrêts de travail : ils sont plus fréquents dans les grandes entreprises que dans celles où les salariés sont peu nombreux.[54] De plus, l'acceptation par la salariée de l'arrêt de travail est peut-être influencée par l'anonymat relatif qu'il peut avoir dans une grande entreprise alors qu'il est plus susceptible d'être reconnu dans une petite équipe. [57]

Toutefois, le refus de disposer d'un arrêt de travail pour simple souhait de garder une activité professionnelle est beaucoup plus rare : 14% d'après les sages-femmes, ce qui laisse supposer que les femmes apportent peu d'importance aux bénéfices liés à l'activité professionnelle. Par ailleurs, il est tout à fait possible que certaines femmes refusent un arrêt de travail de façon à ne pas se retrouver confrontées aux activités domestiques (tâches ménagères, garde des enfants, etc) ce qui représente parfois une charge de travail et des dépenses physiques non négligeables pour les mères. Nous aurions pu rajouter cette proposition d'item.

Le rôle de la sage-femme est alors ici primordial. Son rôle de prévention, d'information, de dépistage et de mise en place de moyens adaptés doit permettre, tout en justifiant bien la prescription de l'arrêt de travail qui doit être adaptée, de ne pas mettre en danger sa patiente qui refuse l'arrêt de travail. Comme il est également précisé dans le code du travail, celle-ci doit « s'efforcer de faciliter l'obtention par sa patiente des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit sans accéder à aucune demande abusive ». Dans le cadre des droits du travail liés à la grossesse, la sage-femme doit donc veiller à informer au mieux sa patiente pour qu'elle puisse bénéficier de la meilleure protection possible au cours de son activité professionnelle et de l'orienter si besoin.

→ Notre hypothèse selon laquelle les sages-femmes cèdent à la pression des femmes enceintes quant à la prescription des arrêts de travail qui deviennent de moins en moins justifiés est alors infirmée.

3.7 Propositions d'actions

Nous avons constaté que les sages-femmes ne pensent pas avoir suffisamment de connaissances pour exercer au quotidien. Pour palier à cela, des formations sur ce thème pourraient être organisées, à type de congrès par exemple, puisque cette source d'information s'est retrouvée peu évoquée par les sages-femmes de notre enquête. Cela pourrait très bien s'intégrer dans le cadre de la formation continue qui se révèle obligatoire pour ces professionnels de santé. Même si nous avons vu que les sages-femmes avaient néanmoins de bonnes connaissances, des plaquettes d'informations leur étant destinées pourraient également y être distribuées à ce sujet de façon à les conforter dans leur pratique.

Nous avons également constaté que l'information destinée aux patientes n'était pas optimale. Il faudrait alors renforcer le rôle des sages-femmes dans la protection des femmes en les incitant à aborder le sujet plus souvent avec leurs patientes de façon à les informer au mieux, à parler des bénéfices apportés par l'activité professionnelle et à dépister les éventuels risques encourus, pour ainsi mettre en place des moyens adaptés. Les entretiens du 4^{ème} mois ont été mis en place par le plan périnatalité 2005/2007 pour cette raison. L'utilisation de l'échelle de Borg devrait alors servir de base dans la perception par les sages-femmes de l'activité physique exercée par les femmes enceintes au cours de l'activité professionnelle.

Toutefois, il est vrai que la législation sur la protection de la grossesse et de la maternité est relativement dense et compliquée et qu'il n'est pas toujours possible d'aborder tous les sujets au cours d'une consultation de grossesse classique. A défaut, il faut alors sensibiliser les sages-femmes à réaliser des liaisons interprofessionnelles, notamment lorsqu'il existe des problèmes relatifs à l'activité professionnelle exercée par la salariée. Il serait donc important de leur rappeler l'importance du rôle du médecin du travail et des différents acteurs présents auprès des femmes enceintes exerçant une activité physique professionnelle. (employeurs, CPAM, médecin traitant, obstétricien...) Pour y parvenir, l'utilisation plus fréquente du « carnet de maternité » pourrait servir de support interprofessionnel. Aussi, la « Fiche de liaison travail grossesse » anciennement mise à disposition des femmes dans par le conseil général de Seine Maritime dans ce carnet pourrait être remise en vigueur. Celle-ci contient un « score de fatigue professionnelle » qui permet d'évaluer les conditions de travail des femmes. Tout en informant les femmes enceintes, elle permettrait de guider les professionnels de santé dans la prise en charge de ces femmes exerçant une activité physique professionnelle tout en renforçant la liaison inter professionnels.

Dans le but d'informer au mieux les patientes, il pourrait également être intéressant d'inciter les sages-femmes à leur adresser les supports d'information se rapportant au sujet tel que :

- dépliant « Protégez votre grossesse ! au travail et la maison » par l'ARS
- dépliant « produits chimiques protégez votre grossesse » par l'INRS, mars 2013
- dépliant « une grossesse sans discrimination » par la HALDE

- trois guides d'informations de la CPAM reprenant des renseignements administratifs et des conseils santé spécifiques à chacune des périodes de leur grossesse dont « mon parcours assuré » où est repris page 17 toutes les informations utiles à connaître concernant la femme enceinte et son activité professionnelle

Les sites internet officiels peuvent également être une bonne source d'information. Différents sites fiables existent :

- www.juritravail.com
- site du ministère du travail : <http://travail-emploi.gouv.fr>, www.sante-securite.travail.gouv.fr
- Site « ameli » dédié aux professionnels de santé les renseigne de leurs droits en matière de prescription par exemple. Une partie dédiée aux femmes enceintes existe également.
- les convention collectives disponibles pour chaque profession en ligne <http://www.legifrance.gouv.fr/initRechConvColl.do>

Ils pourront alors être utilisés et indiqués comme un support complémentaire à l'information délivrée oralement.

CONCLUSION

L'objectif de la présente étude était d'évaluer les connaissances des sages-femmes sur l'activité physique professionnelle de la femme enceinte, mais également sur les autres risques professionnels, et de déterminer leur attitude dans ce domaine.

Nos résultats montrent que les sages-femmes ont de bonnes connaissances sur la réglementation concernant la protection des femmes enceintes exerçant une activité physique professionnelle, mais qu'elles estiment globalement ces connaissances insuffisantes pour leur exercice quotidien. De plus, les risques liés à l'activité professionnelle pour la femme enceinte ne sont pas tous abordés, et les solutions ou orientations proposées par les sages femmes occultent souvent le médecin du travail.

Pourtant, la sage-femme a un rôle fondamental d'information, de prévention, de dépistage et d'orientation auprès de ces femmes, d'autant plus que ce travail nous a permis de constater que l'activité physique professionnelle et la grossesse étaient compatibles, et qu'il existait de nombreuses, mais sous utilisées, mesures en faveur de la protection de la grossesse au travail.

Enfin, nous avons montré que les sages-femmes ne cèdent pas à la pression des femmes enceintes quant à la prescription des arrêts de travail qui seraient demandés et injustifiés par les patientes.

Les résultats de la présente étude suggèrent que la formation des sages-femmes devrait être améliorée afin de les conforter dans leur pratique et de leur permettre de mettre en œuvre les différents moyens disponibles pour concilier au mieux activité physique professionnelle et grossesse. De plus, les encourager à utiliser les liaisons interprofessionnelles faisant intervenir principalement le médecin du travail, les professionnels de santé suivant la grossesse et l'employeur permettrait d'optimiser la prise en charge de ces femmes enceintes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles Comment mieux informer les femmes enceintes. ANAES, 2005 avril.
2. Portier C. Rôle de la médecine générale dans la pratique d'une activité physique et sportive chez la femme enceinte : à propos d'une enquête auprès de médecins généralistes [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Marseille : Université de Aix-Marseille Faculté de Marseille ; 2014
3. Tobias DK, Zhang C, Van Dam RM, Bowers K, Hu FB. Physical activity before and during pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2011 Janv ;34(1):223-229
4. Sorensen TK, Williams MA, Lee IM, Dashow EE, Thompson ML, Luthy DA. Recreational physical activity during pregnancy and risk of preeclampsia. *Hypertension*. 2003 Juin;41(6):1273-1280.
5. Insee (page consultée le 12/12/2014). Travail-Emploi - Population active 2011. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr>
6. Mendras H. L'évolution sociale. *Ecoru*. 1959;39(1):153-159.
7. Grégoire M. Evolution et avenir des femmes rurales. *Ecoru*. 1965;66(1):3-9
8. Thiebaut-Lecouteux S. Etude rétrospective sur les demandes d'arrêt de travail au cours de la grossesse. Vécu et ressenti des femmes enceintes. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Angers Université de Médecine de Angers ; 2009
9. Magnin G, Mamelle N. Bénéfice et coût du repos et de l'arrêt de travail au cours de la grossesse. Les mises à jour en gynécologie obstétrique-tome XIX CNGOF. Paris; 1995.p. 133-154
10. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations pour la pratique clinique. HAS, 2007 mai.
11. Lafon D, Falçy M, Ganem Y, Campo P et al. Grossesse et travail. Document pour le Médecin du Travail n°123. Actes du symposium INRS - CRAM Midi-Pyrénées 31e Congrès national de médecine et santé au travail, Institut National de Recherche et de sécurité ; 2010 Juin 2 ; Toulouse, France. p. 307-18.
12. Räsänen S, Kramer MR, Gissler M, Saari J, Heinonen S. Unemployment at municipality level is associated with an increased risk of small for gestational age births - a multilevel analysis of all singleton births during 2005-2010 in Finland. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):95.

13. Saurel-Cubizolles M.J, Kaminski M. et al. Activité professionnelle des femmes enceintes, surveillance prénatale et issue de la grossesse. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*.1982. p.959-967.
14. Scharber H. Does « Out of work » get into the womb? Exploring the relationship between unemployment and adverse birth outcomes. *J Health Soc Behav*. 2014 Sept;55(3):266-82
15. Loiret P, Maurinet G. et al. Maternité et conditions de travail- enquête MATRAV. Documents pour le médecin du travail. 1991.p. 337-346
16. Marbury MC, Linn S, Monson RR, Wegman DH, Schoenbaum SC, Stubblefield PG, et al. Work and pregnancy. *J Occup Med*. 1984 Juin;26(6):415-21.
17. Marpeau L. *Traité d'obstétrique*. Elsevier Masson. Paris ; 2012.
18. Mamelle M. La prématurité et l'activité professionnelle. In :Stellman JM. *Encyclopédie de santé et de sécurité au travail-3^{ème} éd*.Genève. Bureau international du travail; 2000.p. 9.16-9.19
19. Palmer KT, Bonzini M, Harris EC, Linaker C, Bonde JP. Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: an updated review with meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2013 Apr;70(4):213-22.
20. Juhl M, Larsen PS, Andersen PK, Svendsen SW, Bonde JP, Nybo Andersen A-M, et al. Occupational lifting during pregnancy and child's birth size in a large cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2014 Juill;40(4):411-9.
21. Van Melick MJGJ, van Beukering MDM, Mol BW, Frings-Dresen MHW, Hulshof CTJ. Shift work, long working hours and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health*. 2014 Nov;87(8):835-49.
22. Bonde JP, Jørgensen KT, Bonzini M, Palmer KT. Miscarriage and occupational activity: a systematic review and meta-analysis regarding shift work, working hours, lifting, standing, and physical workload. *Scand J Work Environ Health*. 2013 Jul;39(4):325-34.
23. Dunning K, LeMasters G, Levin L, Bhattacharya A, Alterman T, Lordo K. Falls in workers during pregnancy: risk factors, job hazards, and high risk occupations. *Am J Ind Med*. 2003 Déc;44(6):664-72.
24. Clapp JF. The changing thermal response to endurance exercise during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;165: 1684-9
25. Soultanakis-Aliglianni HN. Thermorégulation during exercise in pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2003;46(2);442-55

26. Mozurkewich EL, Luke B, Avni M, Wolf FM. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2000 Ap ;95(4):623-35.
27. Niedhammer I, O'Mahony D, Daly S, Morrison JJ, Kelleher CC, Lifeways Cross-Generation Cohort Study Steering Group. Occupational predictors of pregnancy outcomes in Irish working women in the Lifeways cohort. *BJOG.* 2009 June;116(7):943-52.
28. Croteau A, Marcoux S, Brisson C. Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant. *Am J Public Health.* 2006 May;96(5):846-55.
29. Lafon D. Grossesse et travail: Quels sont les risques pour l'enfant à naître ? *EDP Sciences*; 2013.
30. Saillenfait A.M, Robert E. Exposition professionnelle aux solvants et grossesse. Etat des connaissances épidémiologiques. *Rev. Epidemiol. Santé Publique.* 2000;48(4):374-88
31. Testud F. Abadia-Benoist G. Risques professionnels chez la femme enceinte. In: *EMC Pathologie professionnelle et de l'environnement.* Paris: Elsevier Masson SAS;2010, 16-660-A-10
32. Evaluation REACH [Internet]. [cité 30 mars 2015]. Disponible sur: http://www.reach.lu/mmp/online/website/menu_vert/about/99/104/index_FR.html
33. Salihu HM, Myers J, August EM. Pregnancy in the workplace. *Occup Med (Lond).* 2012 Mar;62(2):88-97.
34. Cordoliani Y.S, Foehrenbach H, Dion A.M,Lahutte M. Risques liés à l'exposition aux rayonnements ionisants. *J Radiol.*2005 ;86(5) :601-6
35. Cordoliani Y.S, Foehrenbach H. Grossesse et exposition médicale. *Feuille de radiologie.* 2003 ;43(2) :154-9
36. Doliger M.O, Liardet F, Bouhnik A.M, Falleri-Garoste R. Rôle du médecin du travail dans la protection de la grossesse. *Arch Mal Prof.* 2011 ;72(4) :319-26
37. INRS Bruit. (page consultée le 10/01/2015). Effets sur la santé - Risques - [Internet]. [mis à jour le 5 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/bruit/effets-sante.html>
38. Campo P. Bruit et grossesse, il faudrait aussi protéger le fœtus. *Concours Med* 2011 ;133(7) :556-7

39. Boulland C. Emploi et grossesse : quelle réalité au quotidien ? Étude prospective auprès de 332 femmes. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage femme]. Rouen : Ecole de Sages femmes;2005
40. Saurel-Cubizolles M.J, Bean K. Activité professionnelle et grossesse. Opinion des médecins », Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction. 1993, N° 22, Masson, 571-580
41. Battagliola F. Histoire du travail des femmes. La découverte. Paris;2000
42. Code du travail. (page consultée le 11/11/2014). Partie législative et réglementaire nouvelle, première partie, livre II, titre II, chapitre V, section 1 : protection de la grossesse et de la maternité, [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
43. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 10/11/2014). Partie législative, livre III, titre III, section 1 : Assurance maternité et congé paternité, Partie réglementaire, livre III, titre I, chapitre 3 : Droits aux prestations, [en ligne] disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
44. Code de santé publique. (page consultée le 10/11/2014). Partie législative et réglementaire, deuxième partie, livre I, titre II, chapitre II : Examens de prévention durant et après la grossesse, [en ligne] disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
45. Rouget K. La femme enceinte dans le monde du travail. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage femme]. Nîmes: Ecole de Sages femmes;2003
46. Prignot C. Activité professionnelle et grossesse, quelle conciliation possible en 2005. . [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage femme]. Metz: Ecole de Sages femmes;2005
47. Goncalves C. Difficultés des femmes enceintes au travail : quelle prise en charge ? [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage femme]. Paris : Ecole de Sages Femmes;2009
48. Saurel-Cubizolles M.J. Mesures concernant la protection de la femme enceinte au travail : fondements, principes et réalités. INSERM. Villejuif;1988
49. Legifrance. (page consultée le 10/11/2014). Conventions collectives [en ligne] disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/initRechConvColl.do>
50. Leprince A, Falcy M, Le bacle C, et al. Fécondité grossesse et risques professionnels. Documents pour le médecin du travail INRS. 1999. p. 21-33

51. Calais D. Travail et grossesse : risques, protection de la maternité en milieu professionnel et rôle du médecin du travail. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage femme]. Reims ; Ecole de sage femmes ;2002.
52. Ordre des sages-femmes (page consultée le 07/09/2014). Conseil National Démographie et statistiques [Internet]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/demographie_et_statistiques/index.htm
53. Sicart D. (page consultée le 11/12/2014). Document de travail : les professions de santé au 1er janvier 2012. DRESS Série Statistiques, n° 168 ; mars 2012. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/article10930.html>
54. Ben Halima MA, Debrand T, Regaert C. Arrêts maladie : comprendre les disparités départementales. IRDES, Paris. 2011.
55. Grignon M, Renaud T, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Sickness and injury leave in France : moral hazard or strain ? Paris. 2007.
56. Thiebaut-Lecouteux. Etude rétrospective sur les demandes d'arrêt de travail au cours de la grossesse. Vécu et ressenti des femmes enceintes. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Angers : Faculté de Médecine; 2009
57. Jury F. Les patients perçoivent-ils les mêmes indications d'arrêt de travail que les médecins ? Etude à propos de cas cliniques fictifs. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Grenoble : Faculté de Médecine ; 2014.

ANNEXES

Annexe I : Coefficient de risque d'accouchement prématuré selon Papiernik et grille de risque professionnel de prématurité selon Mamelle.

Tableau n° 1. Coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) selon Papiernik

1	2 enfants ou plusieurs sans aide familiale Bas niveau socio-économique (NSE)	1 curetage Court intervalle après grossesses précédentes (1 an) entre accouchement et itconditior)	Travail à l'extérieur	Fatigue inhabituelle Prise de poids exceptionnel
2	Grossesse illégitime non hospitalisée en maison rurale Moins de 20, plus de 40 ans	2 curesages	Plus de 3 étages sans ascenseur Plus de 10 cigarettes/jour	Moins de 5 kg de prise de poids Albuminurie Hypertension + 13 Hypertension + 8
3	Très bas niveau socio-économique Moins de 1,50 m, moins de 40 kg	3 curesages ou plus, utérus cylindrique	Longs trajets quotidiens Efforts inhabituels Travail fatigant Grand voyage	Chute de poids le mois précédent Tête basse Segment inférieur Séjà à 7 mois
4	Moins de 18 ans	Pyélonéphrite		Métrorragie du 2 ^e trimestre Col court Col perméable Utérus contractile
5		Malformation utérine 1 avortement tardif 1 accouchement prématuré		Grossesse gémellaire Placenta praevia Hydranios

Tableau n° 2. Grille de risque professionnel de prématurité (selon Mamelle)

Indice	Indice « fort » si
Postures	<ul style="list-style-type: none"> • Posture « acrobatique » plus de 1 heure par jour et debout plus de 2 heures • Posture debout plus de 6 heures par jour
Machine	<ul style="list-style-type: none"> • Travail à la chaîne sur une machine industrielle • Travail indépendant sur une machine industrielle avec effort ou vibrations importantes
Charge physique	<ul style="list-style-type: none"> • Effort physique important ou par à coups • Transport de charges de plus de 10 kg
Contexte psychique	<ul style="list-style-type: none"> • Tâches répétitives • Tâches variées, demandant une attention faible, sans stimulation
Environnement	Au moins 2 des 4 éléments : <ul style="list-style-type: none"> • Bruit important autour du poste de travail • Température froide • Atmosphère trop humide ou trop sèche • Manipulation de produits chimiques

**Annexe II : Nouvelle réglementation européenne sur l'étiquetage des produits :
règlement CLP (CE n° 1272/2008 « classification, labelling and packaging »)**

Catégorie 1 (effet certain ou attendu au vu des données animales)

Fertilité	H360F : Peut altérer la fertilité
Effets sur le développement	H360D : risques pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant
Mutagenèse	H340 : Peut causer des altérations génétiques

Catégorie 2 (préoccupant)

Fertilité	H361f : Risque possible d'altération de la fertilité
Effets sur le développement	H361d : Risque possible pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant
Mutagenèse	H351 : Possibilités d'effets irréversibles

H362 : Peut être nocif pour les bébés nourris au lait maternel

Nouveau pictogramme :



Matières à risques respiratoire, cancérogène, mutagène ou pour la reproduction
Peuvent provoquer le cancer, modifier l'ADN, nuire à la fertilité ou au fœtus, altérer le fonctionnement de certains organes, être mortel en cas d'ingestion puis de pénétration dans les voies respiratoires, provoquer des allergies respiratoires.

Anciens pictogrammes:



T - Toxique



T+ - Très toxique









Xn - Nocif

Annexe III : Les différents congés maternité

Situation de famille	Avant l'accouchement	Après l'accouchement	Total :
Naissance unique portant le nombre d'enfants à : - 1 ou 2 - 3 ou plus ²	6 semaines 8 semaines ³	10 semaines 18 semaines ³	16 semaines 26 semaines
Naissance multiples : - Jumeaux - Triplés ou plus	12 semaines ⁴ 24 semaines ⁴	22 semaines ⁴ 22 semaines ⁴	34 semaines 46 semaines
Pathologie de la mère	+2 semaines ⁵	+4 semaines ⁵	
<p>1. En cas d'accouchement prématuré intervenant plus de 6 semaines avant la date prévue, la durée du congé légal de maternité est augmentée du nombre de jours courant à partir de l'accouchement jusqu'au début de ce congé (Circ. DSS 166 du 12-4-2006). En cas d'accouchement tardif, le congé postnatal n'est pas diminué puisqu'il est décompté à partir de la date réelle de l'accouchement.</p> <p>2. La salariée ou le ménage assument la charge de 2 enfants au moins ou la salariée a déjà mis au monde au moins 2 enfants nés viables.</p> <p>3. La mère peut choisir d'anticiper, dans la limite de 2 semaines, le point de départ du congé prénatal. Le congé postnatal est alors réduit d'autant.</p> <p>4. La mère peut choisir d'anticiper, dans la limite de 4 semaines, le point de départ de congé prénatal. Le congé postnatal est alors réduit d'autant. Cette faculté prévue en cas de naissance de jumeaux devrait pouvoir jouer pour la naissance de 3 enfants ou plus.</p> <p>5. Sur l'indemnisation de ces périodes par la Sécurité Sociale.</p>			

Annexe IV : L'échelle de Borg, la perception de l'effort

Echelle de BORG	Perception de l'intensité de l'effort	Intensité relative	Lien avec une séance type d'activité physique	Emotions
6	Aucun effort	20 %	Echauffement/ retour au calme	
7	Extrêmement facile	30 %		
8		40 %		
9	Très facile	50 %		
10		55 %		
11	Facile	60 %	Zone cible	
12	Zone d'entraînement optimale	65 %		
13	Moyennement difficile	70 %		
14		75 %		
15	Difficile	80 %		
16		85 %	Zone d'effort très intense	
17	Très difficile	90 %		
18		95 %		
19	Extrêmement difficile	100 %		
20	Épuisant	Acidose		

ANNEXE V : Le questionnaire, support de l'étude prospective

Étudiante sage-femme en 5^{ème} année de sciences maïeutiques, je réalise, dans le cadre de la fin d'années d'études, un mémoire sur le rôle de la sage-femme dans la protection de la femme enceinte au travail. Pour cela, j'effectue une enquête auprès des sages-femmes de la région de Haute Normandie par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ainsi, pour mener à bien ce travail j'ai besoin de vos réponses qui me seront très précieuses.

En vous remerciant pour ces quelques minutes accordées, (un peu plus de 5 minutes)

Mlle Jeanne Boulanger (jeanneboulanger@hotmail.com)

Renseignements généraux

1) Sexe: F M

2) Age=..... ans

3) Année d'obtention du diplôme :

4) Lieu d'activité actuel: établissement de santé libéral PMI autre
.....

5) Type d'exercice actuel (*plusieurs réponses possibles*):

consultations salle de naissances suites de couches

unité de grossesses pathologiques

autre.....

6) Avez-vous reçu une formation sur les mesures réglementaires applicables à la protection de la femme enceinte au travail ?

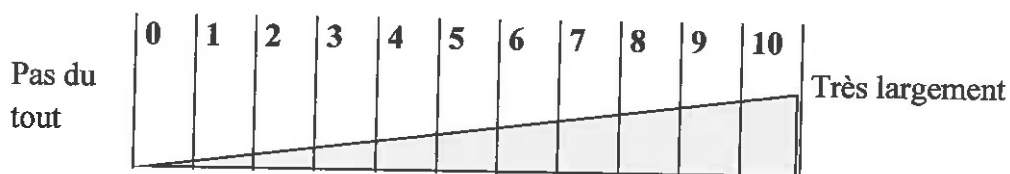
Oui Non

Si oui, classez par ordre croissant les sources qui vous ont le plus informées.

(*min 1 = pas important, max 6 = très important. A remplir entre les parenthèses*) :

- à l'école de sage-femme (.....)
- lors d'une formation spécifique (.....)
- sur le terrain (....)
- brochure préventive, carnet maternité (...)
- assurance maladie (...)

7) Pensez-vous avoir suffisamment de connaissances sur le sujet pour exercer au quotidien ? (Entourez un chiffre)



8) Selon vous, quelles activités professionnelles sont contre-indiquées pendant la grossesse ?

- le port de charges > 10 kg
- l'emploi aux étalages extérieurs des magasins et boutiques après 22h
- l'emploi aux étalages extérieurs des magasins et boutiques à une $T^{\circ} < 0^{\circ}C$
- les efforts physiques intenses
- les efforts physiques répétés
- la station assise prolongée

9) Selon vous, pour bénéficier de l'ensemble des dispositions protectrices de la grossesse et de la maternité, la salariée est-elle tenue de révéler son état de grossesse à son employeur en lui remettant un certificat médical ?

- Oui Non

10) Selon vous, lorsque l'état de santé de la patiente l'exige, peut-elle être temporairement affectée à un autre emploi ?

- Oui Non

Si oui, cela entrainera-t-il une diminution de sa rémunération ? Oui Non

L'information délivrée aux patientes

11) Abordez-vous avec vos patientes la question de l'activité physique durant la grossesse, en lien avec l'activité exercée en milieu professionnel ?

- Jamais Parfois Souvent Toujours

12) A quel moment de la grossesse abordez vous ce sujet le plus souvent?

Classez par ordre croissant les items suivants (de 1 à 4 soit 1= le moins souvent, 4= le plus souvent)

- 1^{er} trimestre (.....)
- Entretien du quatrième mois (....)
- 2^{ème} trimestre (....)
- 3^{ème} trimestre (....)

13) Lorsque l'activité professionnelle est abordée, évoquez-vous les éléments suivants (cochez dans les cases):

	jamais	parfois	souvent	toujours
Le type de profession exercée				
Le statut (CDD, CDI, stagiaire, intérim...)				
L'ancienneté dans l'entreprise				
La taille de l'entreprise				
La durée hebdomadaire de travail habituel (temps plein, partiel...)				
Le rythme de travail habituel (normal, jour, nuit, gardes, 2x8...)				
Le moyen de transport habituel domicile/travail				
La durée moyenne de transport domicile/travail				
L'effort physique requis par l'activité professionnelle				
La durée de travail debout y compris piétinement ou autre position pénible (courbée, assise, à genoux, accroupie)				
Le travail sur machines (vibrations, ...)				
Le port de charges sur le lieu de travail				
L'exposition aux risques biologiques professionnels (rubéole, toxoplasmose...)				
L'exposition aux risques chimiques professionnels (agents toxiques)				
L'exposition aux risques physiques professionnels (rayonnements ionisants, pression hyperbare, ...)				
Le risque de perte d'équilibre et de chute lié aux modifications physiologiques de la grossesse				
Les bénéfices de l'activité professionnelle				
La perception de la pénibilité du poste de travail par la patiente				
Plus largement le risque global d'accouchement prématuré lié à l'activité professionnelle				

14) Lorsqu'une situation complexe est rencontrée avec votre patiente (conditions difficiles de travail, horaires atypiques, exposition à des risques ...) vous lui parlez de la possibilité :

	jamais	parfois	souvent	tjrs
D'en faire part à son employeur afin de bénéficier d'un aménagement légal ou un arrangement à l'amiable				
De prendre connaissance des conventions collectives si elle est salariée				
De consulter l'obstétricien				
De consulter le médecin généraliste				
De consulter son médecin du travail				
De disposer d'un siège approprié au poste de travail				
De supprimer le travail de nuit				
De bénéficier d'un changement d'affectation temporaire				

15) Utilisez-vous avec vos patientes l'échelle de Borg ?

- Jamais Parfois Souvent Toujours

16) Si vous conseillez à votre patiente d'aller consulter le médecin du travail, vous le faites : (cochez dans les cases l'item qui vous semble le plus juste)

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Pour un avis sur les risques professionnels				
Pour une inaptitude				
Pour un aménagement de poste				

17) Pensez-vous délivrer une information suffisante sur l'impact du travail sur la grossesse auprès de vos patientes ?

- Non pas du tout Plutôt Non Plutôt oui Oui tout à fait

La prescription des arrêts de travail

18) A votre connaissance, les sages-femmes peuvent-elles prescrire les « quinze jours pathologiques » ? Oui Non

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25