université PARIS-SACLAY

NNT : 2018SACLS185

Thèse de doctorat

UNIVERSITÉ PARIS SUD

Comprendre le monde, construire l'avenir

Evolution de l'activité professionnelle des femmes pendant la grossesse en France

Enquêtes nationales périnatales de 1972 à 2016

Thèse de doctorat de l'Université Paris-Saclay

préparée à Paris Sud

Ecole Doctorale de Santé Publique n° 570

Spécialité de doctorat: EPIDEMIOLOGIE

Thèse présentée et soutenue au Kremlin Bicêtre, le 27 juin 2018, par

Solène Vigoureux

Composition du Jury :

Laurent Mandelbrot	
MD, PU-PH, Hôpital Louis Mourier, IAME-UMR1137	Rapporteur
Laurent Toulemon	
Directeur de recherche, INED	Rapporteur
Agathe Croteau	
MD, PhD, Québec National Institute of Public Health	Examinatrice
Pascal Guénel	
MD, Directeur de recherche, INSERM, CESP U1018	Président
Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles	
PhD, Directeur de recherche, INSERM, CRESS U1153	Directrice de thèse
Virginie Ringa	
MD, PhD, Directeur de recherche, INSERM, CESP U1018	Directrice de thèse

Titre : Evolution de l'activité professionnelle des femmes pendant la grossesse en France, Enquêtes nationales périnatales de 1972 à 2016

Mots clés : activité professionnelle ; grossesse ; congés maternité ; déterminants sociaux

Contexte et objectifs :

Le taux d'activité des femmes a augmenté régulièrement depuis les années 1970 et les femmes sont de plus en plus souvent en emploi au moment où elles vont avoir une grossesse. Ce travail a pour principal objectif de décrire et comprendre les liens entre l'activité professionnelle et la grossesse. Tout d'abord, en comparant les taux d'activité professionnelle selon que les femmes sont enceintes ou appartiennent à la population féminine générale. Dans un second temps, en observant comment le groupe professionnel et le statut de l'emploi occupé influencent le moment de l'arrêt de travail pendant la grossesse. Enfin la troisième partie analyse l'impact de la position sociale, définie d'abord par le statut d'emploi des femmes et prenant en compte leur situation de couple et l'emploi du partenaire, sur la surveillance pendant la grossesse et les issues périnatales.

Méthodes et population :

Les données ont été extraites des Enquêtes Périnatales Nationales (ENP) en 1972, 1981, 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016 et des données du recensement. Une comparaison de l'activité professionnelle des femmes enceintes et de la population générale des femmes en France métropolitaine en fonction de l'âge et du niveau d'études, a été effectuée. Une modélisation de l'activité professionnelle pendant la grossesse en fonction des caractéristiques sociodémographiques, de la période entre 1972 et 2016 et de la génération de naissance, a été réalisée. Une analyse des femmes qui travaillaient pendant la grossesse en 2010 et en 2016 a été menée pour déterminer les moments de l'arrêt de l'activité professionnelle au cours de la grossesse, selon la situation médicale et la position sociale des femmes, en s'intéressant à l'arrêt précoce, avant 24 semaines d'aménorrhée (SA), et à l'arrêt tardif, après 36 SA révolues.

Une analyse entre 1995 et 2016 a permis de décrire la surveillance prénatale et les issues périnatales en fonction du statut d'emploi des femmes et de leur partenaire pendant la grossesse.

Résultats :

Comme dans la population générale, le taux d'emploi des femmes enceintes a augmenté régulièrement entre 1972 et 2016, de 53 à 74 %. En 2016, 32 % des femmes qui travaillent pendant la grossesse se sont arrêtées avant 24 SA, et 2 % après 37 SA. Il existe des inégalités sociales autour des arrêts de l'activité professionnelle: les femmes ayant les situations sociales les plus défavorables s'arrêtent précocement pendant leur grossesse, alors que les femmes qui s'arrêtent tardivement ont des situations socioprofessionnelles plus favorisées, quelle que soit leur situation médicale. Entre 1995 et 2016, les différences selon la position sociale des femmes enceintes observées pour la surveillance prénatale et les issues périnatales se réduisent mais persistent.

Conclusion :

Les transformations majeures du rapport à l'emploi des femmes au cours des dernières décennies peuvent modifier les pratiques des soignants prenant en charge les femmes enceintes. La majorité des femmes enceintes sont des femmes en emploi rémunéré et la discussion de l'arrêt de l'activité professionnelle au cours de la grossesse doit s'évaluer au regard de la situation médicale mais aussi de la situation sociale et professionnelle. Une attention particulière doit être portée aux femmes plus défavorisées, soit au chômage ou sans activité professionnelle déclarée, soit ayant une situation précaire dans l'emploi, car ces femmes ont une initiation des soins plus tardive et des issues périnatales plus défavorables que les femmes qui travaillent avec une position sociale plus favorisée.

Title: Evolution of occupational activity of women during pregnancy in France,

French National Perinatal Survey from 1972 to 2016

Key Words: occupational activity, pregnancy, maternity leave, social determinants

Background and objectives:

The occupational activity rate of women is steadily increasing since the 1970s, and women are more and more often in employment when they are in childbearing age. The main purpose of this work is to describe and understand the links between occupational activity and pregnancy. First, by comparing employment rates according to whether women are pregnant or belong to the female general population. In a second step, by observing how their occupational group and status is linked to the timing of prenatal leave. Finally, the third part analyzes the impact of the social position, defined by the employment status of women and taking into account their couple status and the employment of the partner, on the antenatal care and perinatal outcomes.

Methods and population:

The data were extracted from the French National Perinatal Surveys of 1972, 1981, 1995, 1998, 2003, 2010 and 2016 and the Census. A comparison of the employment rate of pregnant women and the general population of women in continental France, by age and level of education, was carried out. A modelization of the employment rate of women during pregnancy was realized according to the socio-demographic characteristics, the survey period from 1972 to 2016, and the birth generation. An analysis of women working during pregnancy in 2010 and 2016 was conducted to determine the time of prenatal leave, according to the medical situation and the social position of women, focused on early leave, before 24 weeks of gestation (WG), and late leave, after 36 WG. For the period 1995 to 2016, prenatal care and perinatal outcomes were analyzed according to the employment status of women, taking into account their couple situation and partner's employment.

Results:

As in the general population, rate of occupational activity of pregnant women shown a steadily increasing, between 1972 and 2016, from 53% to 74%. In 2016, 32% of women working during pregnancy leave their job before 24 WG, and 2% after 37 WG. Social inequalities exists around maternity leave: women with the most unfavorable social situations stop early, while self-employed women and those with more favorable social and occupational situations leave late, even after stratification for the medical situation. From 1995 to 2016, the differences in antenatal care and perinatal outcomes according to the social position of pregnant women are always observed despite a reduction.

Conclusion:

The major changes in the relationship to women's occupational activity in recent decades may change the practices of caregivers for pregnant women. A majority of pregnant women had a paid job and the date of prenatal leave should be discussed in relation to the medical situation but also considering the social and occupational status. Special attention should be given to the most disadvantaged women, either unemployed or without a legal job, or having a precarious occupational situation, since these women have a later initiation of care and more unfavorable perinatal outcomes.

THESE PREPAREE AU SEIN DE

- l'équipe EPOPé Equipe de recherche en Epidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique du Centre de Recherche Epidémiologie et Statistique Sorbonne Paris Cité

INSERM U1153 – EPOPé, DHU Risques et Grossesse - Université Paris Descartes

Hôpital Tenon, Bâtiment Recherche, 4, rue de la Chine, 75970 Paris cedex 20 – France

- l'équipe 7 « Genre, Sexualité, Santé » du Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations CESP-INSERM.
U1018, INSERM, UPS, UVSQ, U Paris-Descartes

Hôpital Paul Brousse, 15 -16, avenue Paul Vaillant Couturier, 94807 Villejuif Cedex

VALORISATION DU TRAVAIL DE THESE

Articles publiés:

Vigoureux, S., Blondel, B., Ringa, V. & Saurel-Cubizolles, M.-J. Occupational, social and medical characteristics of early prenatal leave in France. Eur. J. Public Health. 26, 1022-1027 (2016).

Vigoureux, S., Blondel, B., Ringa, V. & Saurel-Cubizolles, M.-J. Who are the Women Who Work in Their Last Month of Pregnancy? Social and Occupational Characteristics and Birth Outcomes of Women Working Until the Last Month of Pregnancy in France. Matern. Child Health J. 20, 1774–1779 (2016).

Communications:

• Poster

CNGOF Nantes décembre 2016

Occupational, social and medical characteristics of early prenatal leave in France.

Société Française de Santé Publique novembre 2016

Occupational, social and medical characteristics of early prenatal leave in France.

Articles en cours de préparation :

- Evolution de l'emploi des femmes pendant la grossesse entre 1972 et 2016

- Emploi pendant la grossesse et issues périnatales

FINANCEMENT

Ce travail de thèse a été financé en partie par la Fondation pour la Recherche Médicale (no. FDM20140731355).

Depuis 1972, les enquêtes nationales périnatales ont été réalisées à la demande du Ministère de la Santé, et en partie subventionnées par ce Ministère, à travers ces différents services [Direction de la Recherche, des Études, de l'Evaluation et des statistiques (DREES), Direction Générale de la Santé (DGS) et de Direction générale de l'Organisation des Soins (DGOS).
Elles ont été coordonnées par l'équipe de recherche en épidémiologie périnatale, au sein de l'INSERM : successivement l'Unité 149 (en 1972, 1981, 1995, 1998, 2003), l'Unité 953 (en 2010) et l'équipe EPOPé de l'Unité 1153 (en 2016).
Selon les années, des financements d'agences publiques ont complété celui du Ministère de la Santé : par exemple, du Fond d'Intervention en Santé Publique, en 1995 et de Santé publique France, en 2016.

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord exprimer ma plus sincère reconnaissance à Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles et Virginie Ringa pour leur direction toujours bienveillante. J'espère que nous partagerons encore de nombreux projets.

Marie-Josèphe, pour ton attention et accompagnement soutenu tout le long de la thèse m'ayant permis de marcher dans tes pas pour découvrir un sujet passionnant.

Virginie, pour ton soutien régulier et ton enthousiasme pour des nouveaux projets.

Je souhaite remercier les personnes qui m'ont particulièrement aidé et soutenu pendant tout mon doctorat.

Merci à toutes les personnes que j'ai rencontré dans l'équipe « EPOPé » et dans l'équipe « Genre, Sexualité et Santé », avec un environnement très formateur et chaleureux où j'ai eu plaisir à travailler. Merci tout particulièrement à Henri Panjo, Sophie Gouvaert, Béatrice Blondel, Monique Kaminski, Pierre Yves Ancel, François Goffinet et Elie Azria.

Merci à Hervé Fernandez et Marie-Victoire Senat pour leur soutien régulier.

J'adresse mes plus chaleureux remerciements à tous les membres de mon jury, Madame Agathe Croteau, Monsieur Pascal Guenél, Monsieur Laurent Mandelbrot et Monsieur Laurent Toulemon qui ont accepté d'examiner et de juger mon travail.

Et enfin merci à Pascal et Charlotte pour avoir su me rappeler de ne pas me tromper dans l'ordre des priorités.

Thèse préparée au sein de 4
Valorisation du travail de thèse 5
Financement 6
Remerciements 7
Table des matières 8
Table des figures 10
Liste des tableaux 11
Abréviations 12
1 INTRODUCTION GENERALE 13
1.1 Place des femmes dans l'emploi en France 13
1.1.1 Définition 13
1.1.2 Histoire du travail des femmes en France 13
1.1.3 Augmentation du chômage et des emplois plus précaires : inégalités sociales fortes autour de l'emploi des femmes 14
1.2 Vie de couple, Vie familiale et professionnelle 15
1.2.1 Evolution de la liberté des femmes et des couples vis-à-vis de la reproduction 15
1.2.2 Stabilité professionnelle et stabilité du couple : projet de famille 16
1.2.3 Cumul de la vie personnelle, familiale et professionnelle 17
1.3 Grossesse et activité professionnelle 18
2 HYPOTHESES ET OBJECTIFS 19
3 METHODES des ENQUETES NATIONALE PERINATALES 22
3.1 Mise en œuvre des enquêtes ENP 22
3.2 Sélection de la population dans les ENP 23
3.2.1 Départements d'Outre-Mer 23
3.2.2 Exclusions des grossesses multiples 24
3.3 Variables 24
3.3.1 Variable d'intérêt 24
3.3.2 Variables explicatives 25
3.3.3 Analyses 27
4 ACTIVITE PROFESSIONNELLE DES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE : évolution temporelle 28
4.1 Résumé 28
4.2 Introduction 29
4.3 Matériel et méthodes 31
4.3.1 Population et design de l'étude 31
4.3.2 Méthode d'analyse : AGE PERIODE GENERATION 31
4.3.3 Variables 34
4.3.4 Plan d'analyse 35
4.3.5 Analyses statistiques 35
4.4 Résultats 36
4.4.1 Evolution des caractéristiques des femmes en fonction de l'emploi pendant la grossesse entre 1972 et 2016 36
4.4.2 Age Période Génération 39
4.4.3 Niveau d'études 43
4.5 Discussion 45
4.5.1 Principaux résultats 45
4.5.2 Forces, limites et validité 45
4.5.3 Discussion des résultats 46
5 ARRET DE L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE AU COURS DE LA GROSSESSE 48
5.1 Introduction sur le congé maternité 48
5.1.1 Histoire et évolution du congé maternité 48
5.1.2 Modalités d'arrêt et indemnisation actuelles pendant la grossesse en France 52
5.1.3 Objectifs principaux du travail présenté dans ce chapitre 55
5.2 Caractéristiques professionnelles, sociales et médicales des femmes ayant un arrêté leur activité professionnelle avant 24 semaines d'aménorrhée 56
5.2.1 Résumé 56
5.2.2 Introduction 57
5.2.3 Méthodes 59
5.2.4 Résultats 61
5.2.5 Figures et tableaux 63
5.2.6 Discussion 67

5.2.7 Points Clés ... 71
5.3 Qui sont les femmes qui travaillent dans le dernier mois de leur grossesse ? ... 72
5.3.1 Résumé ... 72
5.3.2 Introduction ... 73
5.3.3 Méthodes ... 74
5.3.4 Résultats ... 76
5.3.5 Tableaux ... 77
5.3.6 Discussion ... 79
5.3.7 Conclusion ... 81
5.4 Arrêt de l'activité professionnelle en 2016 ... 82
5.4.1 Caractéristiques des femmes s'arrêtant avant 24 SA en 2016 ... 82
5.4.2 Caractéristiques sociales et professionnelles des femmes qui travaillent durant le dernier mois de la grossesse en 2016 ... 88
5.4.3 Evolution des arrêts entre 1995 et 2016 pendant la grossesse ... 91
5.5 Discussion générale sur l'arrêt pendant la grossesse ... 92
5.5.1 Principaux résultats ... 92
5.5.2 Lien entre congés maternités, santé des femmes et des enfants dans le monde ... 92
5.5.3 Protection de l'emploi des femmes pendant la grossesse ... 94
5.6 Perspectives ... 97
6 EVOLUTION DES ISSUES PERINATALES EN FONCTION DE L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE ... 100
6.1 Résumé ... 100
6.2 Introduction ... 102
6.3 Matériel et méthodes ... 105
6.3.1 Population et design de l'enquête ... 105
6.3.2 Sélection de l'échantillon ... 105
6.3.3 Variables et analyse statistique ... 105
6.4 Résultats ... 107
6.5 Figure et tableaux ... 108
6.6 Discussion ... 113
6.6.1 Principaux résultats ... 113
6.6.2 Force et limites ... 113
6.6.3 Augmentation des hospitalisations ... 114
6.6.4 Augmentation des naissances prématurées ... 114
6.6.5 Persistance des inégalités de santé entre 1995 et 2016 ... 114
6.6.6 Perspectives ... 116
7 CONCLUSION GENERALE ... 117
7.1 Principaux résultats ... 117
7.2 Conclusion et perspectives ... 117
7.2.1 Grossesses, emploi et arrêts : inégalités sociales de santé ... 118
7.2.2 Question de genre : Emploi des femmes, emploi des hommes ... 119
7.2.3 Impact sur la pratique médicale ... 120
8 ANNEXES ... 121
8.1 Evolution spatio-temporelle du taux d'emploi des femmes enceintes en France entre 1981 et 2010 121
8.3 Activité professionnelle des femmes pendant la grossesse : Niveau d'études ... 123
8.4 Articles publiés ... 128
8.4.1 Occupational, social and medical characteristics of early prenatal leave in France. ... 128
8.4.2 Who are the Women Who Work in Their Last Month of Pregnancy? Social and Occupational Characteristics and Birth Outcomes of Women Working Until the Last Month of Pregnancy in France... 129
9 BIBLIOGRAPHIE ... 130
Evolution de l'activité professionnelle des femmes pendant la grossesse en France ... 140
Résume ... 140

TABLE DES FIGURES

Figure 2-1 Schéma résumé de l'articulation entre grossesse et activité professionnelle 19
Figure 3-1 Sélection de la population d'étude 23
Figure 4-1 Diagramme de Lexis. Schéma tiré de « Diagrammes de Lexis et cohortes : la taille ou le poids en remplacement du temps » (Vandeschrick, 2003) 34
Figure 4-2 Effet de l'âge sur le taux d'emploi pendant la grossesse 40
Figure 4-3 Effet de la génération sur le taux d'emploi pendant la grossesse 40
Figure 4-4 Effet du temps sur le taux d'emploi des femmes pendant la grossesse 41
Figure 4-5 Taux d'emploi des femmes selon les différentes générations de naissances et en fonction de l'âge 41
Figure 4-6 Emploi des femmes enceintes au cours du temps 44
Figure 5-1 Encadré sur les évolutions de loi du congé maternité 51
Figure 5-2 Diagramme de flux 2010 63
Figure 5-3 Terme d'arrêt de l'activité professionnelle selon les années d'enquête 91
Figure 5-4 Arrêt précoce ou tardif en fonction des années d'enquête 91
Figure 5-5 Caractéristiques des femmes et acteurs présents autour des femmes enceintes aidant à la décision d'un arrêt de l'activité 97
Figure 6-1 Sélection de la population 108
Figure 8-1- Annexe Evolution spatiale et temporelle du taux d'emploi des femmes enceintes en France, moyenne par départements de 1981 à 2010 122

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4-1 Description de la population des femmes enceintes par année d'enquête 36
Tableau 4-2 Taux d'emploi en fonction des caractéristiques sociodémographiques pendant la grossesse par année d'enquête 37
Tableau 4-3 Taux d'emploi par âge et niveau d'études selon l'année d'enquête pour les femmes de l'ENP et pour la population générale en France métropole 38
Tableau 4-4 Effet Age Période Génération, modèle multivarié 42
Tableau 5-1 Modalités et terme d'arrêt maternité France pour les femmes salariées 52
Tableau 5-2 Caractéristiques professionnelles et moment de l'arrêt de travail en 2010..... 64
Tableau 5-3 Caractéristiques professionnelles et arrêt précoce, avant 24 SA, en 2010..... 65
Tableau 5-4 Caractéristiques professionnelles et arrêt précoce, avant 24 SA, après stratification sur les conditions médicales de la grossesse, en 2010 66
Tableau 5-5. Congé prénatal tardif (après 36 SA révolues) selon les caractéristiques sociales et médicales des femmes ayant accouché à 37 SA ou après, en 2010. 77
Tableau 5-6. Congé prénatal tardif et caractéristiques professionnelles des femmes ayant accouché à 37 semaines ou après, pour l'ensemble des femmes et pour celles ayant une grossesse médicalement normale, en 2010. Analyse bivariée et multivariée 78
Tableau 5-7 Age gestationnel à l'arrêt de travail et caractéristiques professionnelles, en 2016..... 84
Tableau 5-8 Arrêt de travail avant 24 SA et caractéristiques sociodémographiques, en 2016..... 85
Tableau 5-9 Arrêt de travail avant 24 SA et caractéristiques professionnelles, en 2016 86
Tableau 5-10 Arrêt de travail avant 24 SA et caractéristiques professionnelles après stratification sur les conditions médicales de la grossesse, en 2016 87
Tableau 5-11 Congé prénatal tardif (après 36 SA révolues) selon les caractéristiques des femmes ayant accouché à 37 SA ou plus tard, en 2016..... 89
Tableau 5-12 Congé prénatal tardif (après 36 SA révolues) selon les caractéristiques professionnelles des femmes ayant accouché à 37 SA ou plus tard pour l'ensemble des femmes et pour celles qui ont eu une grossesse sans pathologie, en 2016. 90
Tableau 6-1 Statut pour l'emploi des femmes enceintes en France entre 1995-2016..... 109
Tableau 6-2 Caractéristiques sociodémographiques par statut d'emploi entre 1995 et 2016 110
Tableau 6-3 Prévention et soins périnataux initiés par les femmes en fonction du statut d'emploi en France entre 1995 et 2016 111
Tableau 6-4 Issues de santé périnatales en fonction du statut d'emploi en France entre 1995 et 2016 112
Tableau 8-1 Evolution de l'activité professionnelle en fonction des caractéristiques sociodémographiques : modèle multivarié..... 124
Tableau 8-2 Evolution de l'activité professionnelle selon les caractéristiques sociodémographiques : modèle multivarié, stratification en fonction du niveau d'études: **niveau d'études bas** 125
Tableau 8-3 Evolution de l'activité professionnelle selon les caractéristiques sociodémographiques : modèle multivarié, stratification en fonction du niveau d'études : **niveau d'études moyen**..... 126
Tableau 8-4 Evolution de l'activité professionnelle selon les caractéristiques sociodémographiques : modèle multivarié, stratification en fonction du niveau d'études : **niveau d'études élevé** 127

ABREVIATIONS

AMP : aide médicale à la procréation
ANOVA : analyse de variance
APC : Age Période Cohorte
APG : Age Période Génération
BIT : Bureau International du Travail
BAC : Baccalauréat
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CITE : Classification Internationale Type de l'Education
CNGOF : Collège Nationale des Gynécologues Obstétriciens Français
DOM : départements d'Outre Mer
ENP : Enquête Nationale Périnatale
IMC : index de masse corporelle
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
MSA : Mutualité Santé Agricole
OR : odd ratio
ORaj : odd ratio ajusté
PAG : petit poids de naissance
PCSP : profession et catégorie socioprofessionnelle
RATP : Régie autonome des Transports Parisiens
RR : risque relatif
RSI : Régime social des indépendants
SA : semaine d'aménorrhée
SNCF : Société nationale des chemins de fer français
SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

1 INTRODUCTION GENERALE

1.1 PLACE DES FEMMES DANS L'EMPLOI EN FRANCE

1.1.1 Définition

Les termes employés dans la thèse reprennent les définitions de l'INSEE et du BIT (Bureau International du Travail).

La population active professionnellement est définie par les personnes qui occupent un emploi ou qui en recherchent un activement. L'activité professionnelle regroupe alors l'ensemble des professions ainsi que le chômage. Dans la thèse nous emploierons le mot activité professionnelle au sens large que nous déclinerons ensuite selon plusieurs modalités (emploi et différentes professions, chômage, femmes au foyer, etc).

Les personnes au chômage sont les personnes en âge de travailler, sans emploi, qui recherchent activement un emploi et qui sont disponibles pour l'occuper.

La population inactive est alors définie par les personnes qui ne sont ni actives professionnellement, ni au chômage : personnes au foyer, étudiants non-salariés, chômeurs en formation, personnes en congé de longue maladie, personnes en dispense de recherche d'emploi. Cette définition conventionnelle sous-entend que les femmes au foyer ne sont pas actives.

Le taux d'activité est le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) et l'ensemble de la population d'âge actif. Le taux d'emploi d'une classe d'individus est calculé en rapportant le nombre d'individus de la classe ayant un emploi au nombre total d'individus dans la classe. Il peut être calculé sur l'ensemble de la population d'un pays, mais on se limite le plus souvent à la population en âge de travailler ou à une sous-catégorie de la population en âge de travailler.

L'arrêt de l'activité professionnelle pendant la grossesse sera le terme employé pour les femmes qui travaillent pendant la grossesse et qui ont arrêté leur activité pour quelque raison pendant la grossesse (arrêt maladie, rupture de contrat, congés maternité, chômage).

1.1.2 Histoire du travail des femmes en France

A la fin du 19^{e} siècle le monde du travail rémunéré et hors du foyer devient accessible pour les femmes. Tout d'abord en 1881 grâce à l'ouverture de l'école maternelle laïque et gratuite à partir de 3 ans pour les enfants, qui permet aux femmes de laisser leurs enfants pendant une journée de travail. Puis petit à petit, aidées par les lois, les femmes ont pu se libérer et accéder à l'enseignement auparavant réservé

aux garçons, avec l'instauration en 1882 de l'école primaire gratuite pour les filles et les garçons. A partir du 20e siècle, elles ont pu s'autonomiser dans le monde du travail : en 1907 elles disposent librement de leur salaire, en 1920 elles adhèrent aux syndicats, mais c'est bien après le droit de vote que les femmes pourront enfin gérer leurs biens propres (ouvrir un compte bancaire) et exercer un emploi sans le consentement de leur mari. Actuellement le travail des femmes est un droit fondamental en France, avec un renforcement des lois contre la discrimination de genre aux 19e et 20e siècles, et avec une persistante des luttes au 21e siècle pour asseoir et appliquer ces lois.

Alors que les femmes ont toujours travaillé, leur activité n'a été que tardivement valorisée par les statistiques publiques. En France les premières données sur le travail féminin proviennent du recensement : en 1866 les femmes représentent 30,1 % de la population active. Leur activité n'a fait qu'augmenter pour atteindre 39,6 % en 1920 avec bon nombre de femmes devant remplacer les hommes partant à la guerre.

Entre 1920 et 1975 la part des femmes dans la population active a stagné autour de 38 %. Les femmes se sont alors consacrées à des travaux plus ménagers pour protéger les familles et les enfants et reconstruire les foyers après les deux premières guerres mondiales.

A partir de 1975 l'emploi des femmes a rapidement augmenté pour atteindre, en 2016, 48 % de la population active. Ce sont tout d'abord les femmes avec une situation sociale plus aisée qui ont accédé au marché de l'emploi puis ensuite les femmes ayant une situation sociale plus défavorisée.

Il faut nuancer cette croissance importante et récente de la participation des femmes au marché du travail : selon les auteurs Afsa et Buffeteau cette progression tiendrait en partie à l'augmentation du travail à temps partiel, très marquée dans les années 1990 avec des mesures financières très engageantes pour les entreprises (Buffeteau / Afsa, 2006). Le développement du temps partiel a surtout répondu à un besoin des employeurs mais aussi à une demande des femmes d'avoir des emplois à temps réduits pour concilier emploi et maternité (Ulrich, 2009).

1.1.3 Augmentation du chômage et des emplois plus précaires : inégalités sociales fortes autour de l'emploi des femmes

A côté de l'augmentation de la part des femmes dans la part active de la population en France on observe également une augmentation des formes plus précaires d'activité : plus d'emplois à temps partiel, plus de contrats à durée déterminée, plus de sous emplois et de chômage.

Comme décrit par Margaret Maruani dans son œuvre sociologique qui retrace l'évolution de l'emploi des femmes sur un siècle entre 1900 et 2000, l'accès à l'emploi et l'augmentation du taux d'emploi des femmes, par l'accès à l'éducation, est très important. En revanche l'égalité en termes de salaire et

de niveau professionnel de carrière et de position au sein d'une entreprise est décrite par « une égalité des sexes qui piétine » (Maruani / Meron, 2012) . Le sous-emploi, le temps partiel (De Henau / Puech, 2008), le chômage et les contrats précaires de travail sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (Angeloff, 2000). En 2016, les femmes qui travaillent sont près de quatre fois plus souvent à temps partiel que les hommes : 30 % d'entre elles contre 7 % pour les hommes en France métropolitaine (INSEE).

Les dernières données de 2016 sur le chômage montrent tout de même une amélioration avec une diminution du chômage pour les femmes comme pour la population générale. Depuis 1970 jusqu'à 2008 le chômage des femmes a toujours été plus important, mais depuis la crise économique de 2008, les femmes sont moins touchées par le chômage que les hommes (création d'emplois plus faciles dans le secteur des services notamment domestiques). Le chômage est vécu de manière très différente par les femmes selon la possibilité qu'elles auront de retrouver un travail en fonction de leur parcours professionnel, leur âge, leur situation familiale et le rôle domestique qui leur est attribué (Demazière, 2017).

1.2 VIE DE COUPLE, VIE FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

1.2.1 Evolution de la liberté des femmes et des couples vis-à-vis de la reproduction

Au cours du 20e siècle les femmes ont pu avoir accès à l'enseignement supérieur et à la possibilité de s'autonomiser dans le travail par rapport à leur conjoint, et depuis la fin du 20e siècle elles peuvent choisir le déroulement de leur vie professionnelle et familiale. Ces évolutions se sont traduites par un report du projet parental avec un recul de l'âge à la maternité et une diminution du nombre des naissances par femmes.

Le choix du projet parental s'est modifié, notamment avec la légalisation de la contraception en 1967 et de l'avortement en 1975 ; la fécondité est plus contrôlée et les grossesses non prévues en diminution (Pourette et al., 2004). Ces évolutions permettent aux femmes et aux couples de mieux programmer le projet parental. Les couples sont ainsi amenés à rationaliser ce pan de leur vie, à choisir le nombre d'enfants qu'ils désirent, la période de naissance de leurs enfants durant leur vie de couple, ou encore l'espacement entre les grossesses.

Les modifications démographiques, économiques et politiques du 20e siècle ont eu des implications fortes sur les comportements familiaux. Les femmes peuvent se réaliser socialement et personnellement, se défaire du système patriarcal traditionnel et se détacher d'un rôle qui se limitait à être mère et/ou épouse.

Du milieu des années 1960 à 1980 environ, la diminution de la taille des familles, déjà largement amorcée dès l'après-guerre, se conjugue à un début de décalage du calendrier des naissances : les femmes ont leur premier enfant plus tardivement. L'âge moyen à la première maternité est ainsi passé en France de 24 ans en 1975 à 28 ans en 2010 (Davie, 2012), mais cette première maternité reste plus précoce que dans la plupart des pays européens (Pison, 2011). A partir des années 1980, la taille des familles se stabilise et les maternités tardives augmentent. Le taux naissances après 40 ans en 2015 est le même qu'en 1948 : 5 % des nouveaux nés sont issus de femmes ayant plus de 40 ans. En revanche, ces naissances sont de plus en plus des premiers enfants.

La France est l'un des pays d'Europe où la fécondité est la plus élevée – 1,99 enfants par femme en 2013 (1,37 en Espagne, 1,39 en Allemagne ou 1,41 en Italie en 2010) (Bellamy / Beaumel, 2013). C'est également un pays où l'activité professionnelle des femmes est élevée. Avec plus de 84 % de femmes actives (emploi et chômage) entre 30 et 54 ans, et 77,4 % de femmes avec un emploi en 2010, la France se situe près de 6 points au-dessus de la moyenne européenne (Minni, 2012).

Au total, en France, les femmes en âge de procréer travaillent de plus en plus souvent (Maruani / Meron, 2012).

1.2.2 Stabilité professionnelle et stabilité du couple : projet de famille

John Hobcraft et Kathleen Kiernan en 1995 ont listé cinq rationnels pour le projet parental qui prévalent dans la plupart des pays d'Europe : être en couple, disposer d'un logement indépendant, avoir terminé ses études, être titulaire d'un emploi stable et avoir un sentiment général de sécurité (Hobcraft / Kiernan, 1995). Le recul de l'âge aux premières naissances est fortement lié à l'âge de sortie du système scolaire et à une durée de vie en couple sans enfant qui augmente. L'âge plus tardif à l'accouchement est une tendance générale encadrée par la norme procréative, c'est-à-dire l'ensemble des conditions socialement réunies pour avoir un enfant (Bajos, Moreau, Leridon, Ferrand, 2004). Outre le fait que la naissance d'un enfant durant les études peut venir compromettre une bonne insertion professionnelle ultérieure, la question du coût financier de l'enfant est également importante. La sécurité de l'emploi, qui permet une certaine stabilité matérielle, est avancée comme l'une des principales raisons du retard dans les étapes de la formation de la famille (Blossfeld et al., 2005). La situation des femmes et des couples par rapport au travail fait partie des conditions d'accueil des « futurs » enfants.

Avec l'augmentation du chômage et la précarité des emplois chez les jeunes, avoir un emploi stable est devenu une des conditions nécessaires à la formation d'un couple (Ekert-Jaffé et Solaz, 2003) et donc à la décision d'avoir un enfant. Ainsi, 90 % des femmes et 84 % des hommes sans enfant âgés de 15 ans à 44 ans pensent qu'il est « très important » dans l'absolu qu'au moins l'un des deux conjoints

ait un emploi stable, selon les données analysées par Anne Solaz à partir des Enquêtes Familles et Employeurs INED-INSEE 2004-2005 (Pailhé / Solaz, 2009). Lorsque l'on regarde les intentions de fécondité en 2004-2005, parmi les femmes de moins de 30 ans, 60 % des femmes ayant un emploi mais également 60 % des femmes au chômage déclarent souhaiter un enfant maintenant (dans les 3 ans), contre 25 % des étudiantes.

1.2.3 Cumul de la vie personnelle, familiale et professionnelle

Aujourd'hui une grande majorité de femmes travaille et le nombre d'enfants par femme a diminué. Les hommes ne sont plus les seuls à faire rentrer l'argent dans le foyer puisque les femmes travaillent maintenant pratiquement autant que les hommes en France. Le projet de l'emploi ou le projet de fonder une famille ne se pose plus en termes de choix pour les femmes. Les mères n'arrêtent ni n'interrompent plus leur vie professionnelle.

En revanche pour les femmes la loi prévoit des arrêts de l'activité professionnelle temporaires mais nécessaires autour de la maternité. Ces arrêts concernent la grossesse et le post-partum, qui sont ainsi des moments dans la vie des femmes qui peuvent s'accompagner d'une situation de perte de ressources financières et parfois d'isolement social, liés à une rupture avec leur environnement social habituel pendant le temps qu'elles consacrent à leur maternité.

La politique étatique française prône une égalité de genre dans l'emploi, mais il est licite de s'interroger sur l'impact qu'une grossesse peut avoir sur l'emploi autour des enjeux de société actuels : la maternité heureuse, le travail-performance et l'égalité entre hommes et femmes.

Selon l'Article 33 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne : le congé maternité est un droit fondamental des femmes en tant que personnes (Favreau, 2010). Or, la question de la conciliation de l'activité professionnelle et de la maternité soulève plusieurs questions.

-> La question féministe, qui défend la thèse que le travail concerne autant les femmes que les hommes et qu'implicitement la place des femmes dans l'emploi devrait être considérée à l'identique des hommes, quel que soit l'état des femmes.

-> La question des rapports de genre, car la grossesse et la période de la maternité impliquent le couple, notamment par l'enfant à venir. La loi de mars 2006 vise à concilier la vie familiale et professionnelle avec un renforcement de l'exigence d'un partage de la parentalité et des responsabilités familiales pour les deux parents (anon., 2006).

En revanche, la grossesse et l'accouchement impliquent spécifiquement physiquement les femmes, mettant en péril leur emploi au moment particulier de « la pause maternité », et leur carrière avec les conséquences de cet arrêt et les changements liés à la présence de l'enfant.

Une femme qui vient de finir ses études ou qui arrive à la fin de son contrat va-t-elle prévoir de retravailler tout de suite si elle a un projet de grossesse ?

La grossesse a-t-elle pris au cours du temps une autre valeur ? Lorsque les femmes qui travaillaient étaient moins nombreuses et le nombre d'enfants par femmes plus important, le travail était-il plus valorisé que les grossesses ?

Dans un contexte où les femmes sont majoritairement sur le marché du travail au moment où elles donnent naissance et ont de jeunes enfants, des mesures sociales devraient leur permettre de remplir leurs deux rôles, mère et travailleuse, sans encourir le risque d'être pénalisées ou de perdre leur emploi (M. J. Saurel-Cubizolles et al., 2004).

1.3 GROSSESSE ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE

La grossesse pose le problème de la « production et de la reproduction dans le monde du travail » (Malenfant, 1996).

Il existe très peu de données sur l'activité professionnelle pendant la grossesse en France, peu de travaux épidémiologiques et peu de travaux sociologiques. Une enquête publiée en 1987, réalisée à partir d'un échantillon de 1949 femmes interrogées au moment de leur accouchement sur la conciliation de l'emploi et de leur grossesse a montré que pour les femmes qui étaient au chômage pendant la grossesse, une des principales questions était l'obstacle créé par la grossesse pour la recherche d'un emploi (Saurel-Cubizolles / Kaminski, 1987). Certaines de ces femmes avaient été licenciées pour motif économique, pour d'autres leur contrat à durée déterminée n'avait pas été prolongé (Devreux, 1988).

La protection des femmes au travail s'est plutôt faite dans une optique de protection de la santé en lien avec la « reproduction». En effet, les différentes études biomédicales et épidémiologiques rendent compte des différents risques d'exposition au travail pour la grossesse, du risque de fausses couches, du risque d'infertilité, puis des risques pour l'enfant à venir avec les pathologies obstétricales et périnatales. Très peu d'études s'intéressent aux risques liés au travail pendant la grossesse en termes de santé globale pour les femmes et d'évolution sociodémographique.

2 HYPOTHESES ET OBJECTIFS

Alors que les femmes ont toujours travaillé et participé à la vie économique du pays, leur travail a toujours été moins valorisé socialement et économiquement que celui des hommes. De nombreux travaux sociologiques et anthropologiques se sont intéressés au travail des femmes et à la conciliation entre vie familiale et personnelle, alors que la question s'est posée seulement récemment pour les hommes avec le congé parental.

Un seul élément distingue réellement les femmes et les hommes sur la question professionnelle : la grossesse. C'est à ce moment que les femmes vont interrompre leur activité professionnelle pour se consacrer à la maternité.

Il est alors intéressant d'observer, décrire et comprendre les liens entre l'activité professionnelle et la grossesse.

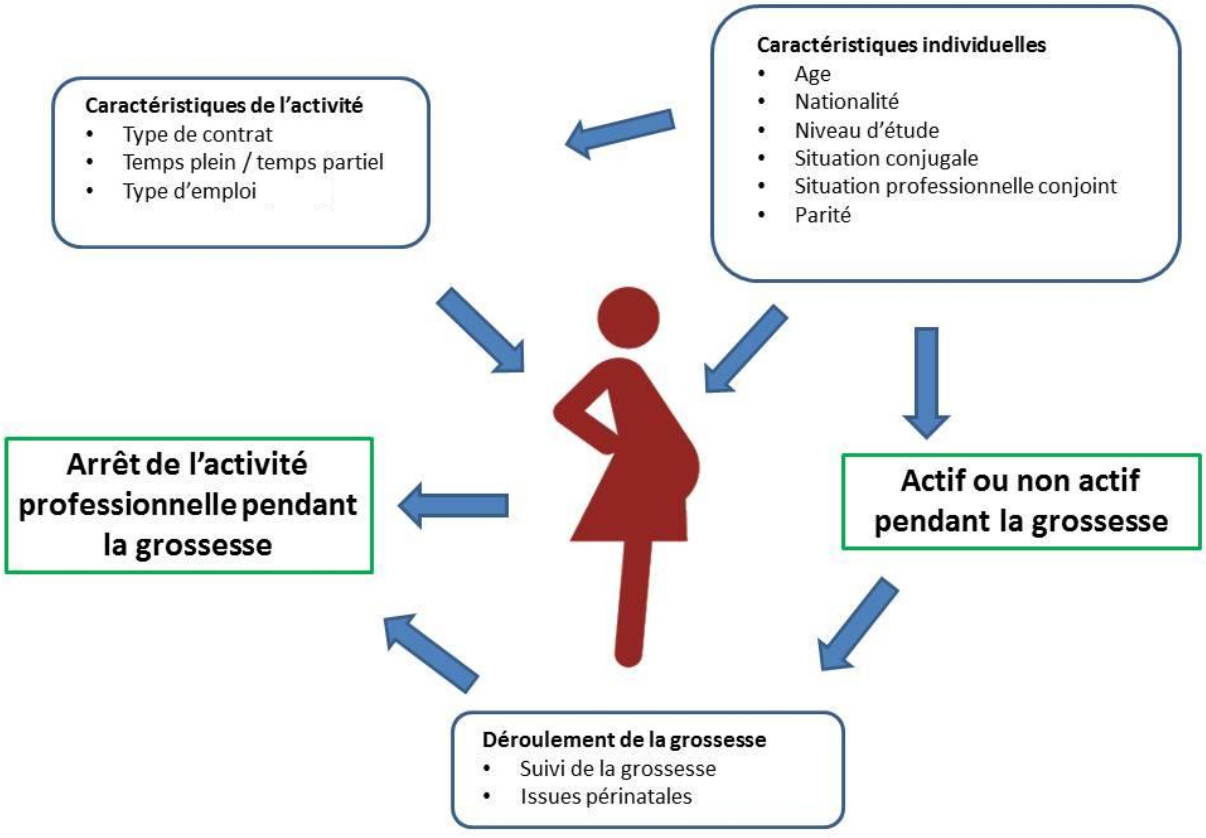


Figure 2-1 Schéma résumé de l'articulation entre grossesse et activité professionnelle

Notre réflexion sur l'articulation dans le temps (entre les années 1970 et actuellement) entre le travail et la grossesse est construite autour de trois principaux axes.

A l'échelle macroscopique nous allons rechercher s'il existe un changement dans l'activité professionnelle lorsque les femmes sont enceintes ou appartiennent à la population générale.

La progression du chômage après les successions des crises économiques récentes pourrait entraîner une diminution de l'emploi pour les populations les plus vulnérables, les femmes enceintes notamment. La grossesse est une étape particulière pour les femmes dans leur trajectoire professionnelle, rendant leur situation plus fragile vis-à-vis de l'emploi et faisant d'elles-mêmes également des personnes plus fragiles vis-à-vis de la société (Odul-Asorey, 2013).

L'évolution de l'activité professionnelle au cours du temps est-elle la même chez les femmes enceintes que dans la population générale ? Cette évolution varie-t-elle selon les mêmes déterminants sociaux que dans la population générale ?

Quelles sont les caractéristiques individuelles sociodémographiques des femmes pendant la grossesse qui se sont modifiées au cours du temps, et ces modifications sont-elles différentes selon le statut d'emploi ? L'évolution de l'emploi pendant la grossesse est-elle la même pour toutes les femmes quelle que soit leur situation socioéconomique ?

L'emploi pendant la grossesse sélectionne-t-il des femmes plus favorisées socialement ou sur le plan de la santé, phénomène qui pourrait « gommer » les différences du taux d'emploi selon l'âge et le niveau d'étude observées en population générale.

Notre hypothèse principale pour cet axe est qu'il n'existe pas de modification par rapport à la population générale et que l'évolution de l'activité professionnelle des femmes enceintes comme des femmes en général dépend des grandes évolutions historiques et des changements économiques, sociaux et politiques.

Le travail rémunéré étant devenu une situation habituelle pour la grande majorité des femmes avec la possibilité de programmer et choisir la venue d'une grossesse et d'un enfant, les femmes font en général le choix d'être enceintes au moment où elles sont en emploi. La grossesse ne parait plus être un évènement concurrent de l'emploi et les femmes ne devraient pas théoriquement s'arrêter de travailler avant leur grossesse. Le recul de l'âge au premier enfant, passé en 1975 de 24 ans à 28,5 ans en 2014, traduit le fait que les femmes commencent plus souvent leur vie d'adulte par une construction professionnelle que par une construction familiale.

L'objectif principal du premier axe est de décrire l'évolution temporelle de l'activité professionnelle des femmes pendant la grossesse en France à partir de bases de données nationales et représentatives et de le comparer à l'évolution de l'emploi des femmes de la population générale. Un objectif

secondaire est d'identifier dans quelle mesure cette évolution a été secondaire aux modifications des caractéristiques individuelles des femmes ou à celui de leur environnement.

D'un point de vue plus microscopique nous allons ensuite regarder, pour toutes les femmes enceintes qui travaillent, s'il existe une modification dans le temps, selon la position sociale, du moment de l'arrêt de travail pendant la grossesse.

Les femmes sont en général actives professionnellement en début de grossesse, elles s'arrêtent ensuite temporairement. L'évolution de la protection sociale et des lois autour des congés maternité permet aux femmes de rompre temporairement avec leur emploi pour se consacrer à la maternité. Il s'agit même d'une obligation.

Avec une prise en charge standardisée et protocolaire de la grossesse et des congés maternité, on s'attend à observer des pratiques homogènes de la part des femmes en ce qui concerne les arrêts de l'activité professionnelle pendant la grossesse. Selon notre hypothèse, le moment de l'arrêt de l'activité professionnelle dépend de la position sociale des femmes enceintes.

L'objectif de cette partie de la thèse est d'analyser les déterminants sociaux, professionnels et médicaux de l'arrêt précoce de l'activité professionnelle pendant la grossesse, avant 24 SA, et de l'arrêt tardif, après 36 SA révolues.

D'un point de vue médical et épidémiologique, nous allons ensuite analyser l'impact de la position sociale, évaluée à partir de l'activité professionnelle des femmes et de celle de leur partenaire, sur la surveillance pendant la grossesse et les issues périnatales.

L'emploi sélectionne une population ayant des caractéristiques démographiques et sociales spécifiques, qui bénéficie d'un meilleur accès aux soins et à la prévention. Les femmes qui travaillent sont en meilleure santé que les femmes qui ne travaillent pas, et ceci est également vrai pendant la grossesse (Jansen et al., 2009; Palmer et al., 2013a; M. J. Saurel-Cubizolles et al., 2004). Dans un contexte où les inégalités sociales de santé augmentent, notamment à cause de la crise économique de 2007-2008 (López-Casasnovas / Soley-Bori, 2014), nous avons fait l'hypothèse que les femmes qui travaillent pendant la grossesse comparativement aux femmes qui ne travaillent pas ont des comportements de santé et des issues périnatales plus favorables, mais que les différences doivent disparaitre avec le temps.

L'objectif de ce dernier axe est d'observer l'évolution de la surveillance des femmes enceintes et des issues de santé périnatales en fonction de la position sociale.

3 METHODES DES ENQUETES NATIONALE PERINATALES

3.1 MISE EN ŒUVRE DES ENQUETES ENP

Les données proviennent des enquêtes nationales périnatales menées en France en 1972, 1981, 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016 réalisées au sein des unités INSERM 149, 953 et 1153 successivement (Blondel et al., 2017; B Blondel et al., 2012; Lelong et al., 2011; Rumeau-Rouquette et al., 1978; Unité de recherche épidémiologique sur la mère et l'enfant (Le Vésinet et al., 1984).

Les deux premières enquêtes -1972 et 1981- ont été réalisées selon un même protocole (Unité de recherche épidémiologique sur la mère et l'enfant (Le Vésinet et al., 1984) : le territoire français métropolitain a été subdivisé en 12 zones constituées d'une, deux ou trois régions et l'enquête s'est déroulée chaque mois dans une zone différente. Un plan de sondage comparable a été utilisé : tirage au sort des maternités publiques ou privées, puis des accouchements à l'intérieur des maternités pendant la période d'enquête (Rumeau-Rouquette et al., 1978). La fraction de sondage était de 1/4 pendant la période d'enquête en 1972, et de 1/8 en 1981. À partir de 1995, le plan d'échantillonnage a été simplifié et l'enquête a enregistré toutes les naissances pendant une semaine dans tous les départements français (B Blondel et al., 2012).

Les renseignements concernant les antécédents, le déroulement de l'accouchement et l'état de santé de l'enfant à la naissance ont été extraits des dossiers médicaux des maternités. Les femmes ont été interrogées en suites de couches sur leurs caractéristiques sociodémographiques, leur comportement pendant la grossesse (consommation de tabac notamment) et leur surveillance prénatale.

Les principaux facteurs étudiés dans les ENP sont l'âge maternel, la situation familiale, l'indice de masse corporelle, la parité, l'existence d'antécédents obstétricaux pathologiques (mortinatalité, prématurité, petit poids de naissance ou décès néonatal), le niveau d'études, la nationalité, la situation de couple, la situation d'emploi et la profession du partenaire. Les caractéristiques de l'enfant retenues sont le poids, la taille et le périmètre crânien à la naissance, l'âge gestationnel et le transfert en néonatologie. L'hypotrophie est définie par un poids de naissance inférieur au dixième et troisième percentile pour le sexe et l'âge gestationnel.

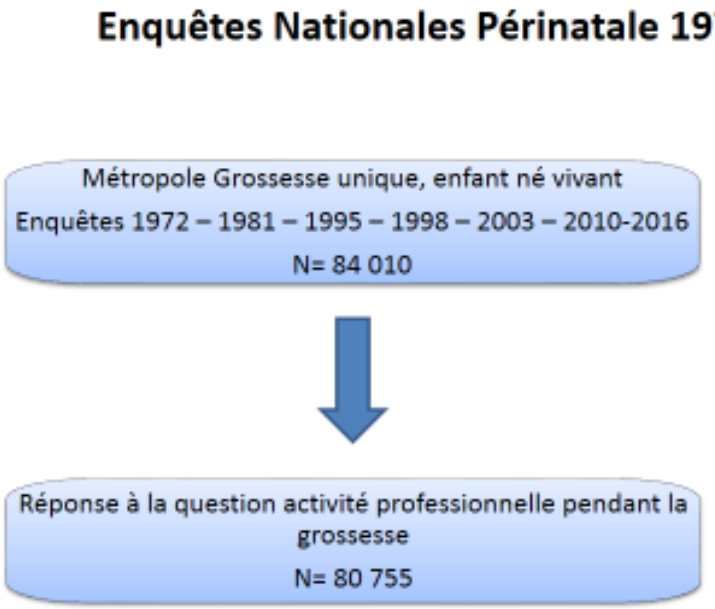
Selon les analyses exposées dans les différents chapitres de la thèse, les variables ne sont pas toutes incluses.

3.2 SELECTION DE LA POPULATION DANS LES ENP

La population de femmes des enquêtes nationales périnatales a été sélectionnée en fonction des analyses spécifiques menées dans les trois chapitres de la thèse (évolution de l'emploi des femmes enceintes, arrêt pendant la grossesse, évolution des issues périnatales et activité professionnelle).

La population de départ choisie pour les analyses était celles de toutes les femmes interrogées ayant accouché d'un enfant né vivant d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou d'au moins 500 g à la naissance, issu d'une grossesse unique, né en métropole.

Pour l'ensemble de nos analyses, nous avons ensuite sélectionné les femmes ayant répondu à la question sur l'activité professionnelle pendant la grossesse.



Années ENP	N total
1972	10947
1981	5 514
1995	12 885
1998	13 133
2003	14 073
2010	14 326
2016	13 232

Années ENP	N total
1972	10 643
1981	5 317
1995	12 584
1998	12 822
2003	13 595
2010	13 838
2016	11 956

Figure 3-1 Sélection de la population d'étude

En fonction des chapitres de la thèse, nous avons appliqué des sélections différentes, notamment en fonction de l'activité professionnelle déclarée par les femmes, qui sont précisées dans chaque chapitre.

3.2.1 Départements d'Outre-Mer

Pour les analyses sur l'emploi nous avons fait le choix de ne pas introduire les données concernant les départements d'Outre-Mer pour plusieurs raisons :

- pas de données pour les premières enquêtes de 1972 et 1981.

- taux d'emploi très différents quand on compare les départements d'Outre-Mer et la métropole. En effet il existe de fortes inégalités entre les différents départements français pour le taux d'emploi et ces inégalités sont encore plus importantes pour les départements d'Outre-Mer car le taux de chômage y est plus important. Depuis 2003, le taux de chômage global pour les départements d'Outre-Mer est plutôt stable autour de 24 % (plus faible en Martinique autour de 17 % et plus important à la Réunion autour de 26 %) alors qu'en France métropolitaine, il oscille entre 8 et 10 % ; les disparités entre départements de métropole sont très faibles par rapport à celles qui existent entre départements d'Outre-Mer.

3.2.2 Exclusions des grossesses multiples

Nous avons décidé d'exclure les grossesses multiples pour les analyses sur l'emploi car les comportements des femmes ayant des grossesses gémellaires ou plus sont différents de ceux des femmes ayant une grossesse unique, notamment en ce qui concerne les arrêts de l'activité professionnelle, l'accès aux soins ou l'ensemble des stratégies préventives. Leur taux d'emploi au moment de la grossesse est similaire à celui des femmes ayant une grossesse unique. En revanche, l'arrêt de l'activité professionnelle se fait beaucoup plus précocement pour les femmes ayant des grossesses multiples car, d'une part, d'un point de vue légal le congé maternité prénatal est plus précoce et, d'autre part, leur grossesse étant plus à risque, elles sont très fréquemment arrêtées avant le congé prénatal prévu.

3.3 VARIABLES

3.3.1 Variable d'intérêt

3.3.1.1 *Activité professionnelle pendant la grossesse*

La situation au regard de l'emploi est introduite en distinguant :

-> Les femmes actives en emploi : femmes ayant un emploi pendant la grossesse.

-> Les femmes considérées comme inactives : femmes en recherche d'emploi, en congé parental, étudiantes, sans emploi déclaré.

3.3.1.2 *Arrêt de l'activité professionnelle*

3.3.1.2.1 Arrêt de l'activité professionnelle au cours de la grossesse

Les femmes ont été interrogées sur la date précise du congé: "«Quand avez-vous interrompu votre travail, c'est-à-dire sans le reprendre jusqu'à l'accouchement?». L'âge gestationnel à l'arrêt a été défini à partir de la date du début de grossesse et de la date à l'arrêt de travail (sans reprise). La durée du

congé prénatal a été modélisée en classes : arrêt avant 15 semaines d'aménorrhée (SA), entre 15 à 23 SA, 24 à 30 SA, 31 à 36 SA et à 37 SA ou plus tard, correspondant respectivement au premier trimestre de la grossesse, à la première moitié du deuxième trimestre, à un congé pour grossesse pathologique, à un congé prénatal aux dates légales « normales », et à un congé tardif où les femmes salariées ne devraient pas travailler (et devraient prendre leur congé maternité).
Le congé prénatal précoce a été défini par un arrêt du travail avant 24 SA.
Le congé prénatal tardif a été défini par un arrêt du travail après 36 SA.

3.3.2 Variables explicatives

Les variables suivantes ont été prises en compte pour modéliser l'activité professionnelle des femmes au cours du temps.

3.3.2.1 *Caractéristiques individuelles des femmes*

- L'âge de la mère au moment de l'enquête (à la naissance de l'enfant), en catégorie ou de manière linéaire selon les analyses menées.
- Le niveau d'éducation est introduit selon la nomenclature CITE en trois catégories : niveau 'élevé' : études réalisées après le BAC ; niveau 'intermédiaire', équivalent au niveau secondaire équivalent BAC ; et niveau 'faible' correspondant au stade élémentaire ou à l'absence de scolarisation (anon., s. d.).
- La nationalité a été définie en fonction des analyses :
    - selon les grandes régions représentées par les principales vagues migratoires en France : Afrique du Nord, Afrique autre, autre pays, France ;
    - selon deux catégories : nationalité française, nationalité non française.
- La présence d'enfant(s) (parité) est identifiée par le nombre d'accouchements d'enfants nés au-delà de 22 SA des femmes en catégorie ou de manière linéaire selon les analyses menées.
- La présence d'un partenaire est également prise en compte selon une variable à plusieurs catégories tenant compte de la situation professionnelle du partenaire : sans partenaire, avec un partenaire ayant un emploi (classification et choix parmi : agriculteur/artisan, profession cadre et intellectuelle, professions intermédiaires, employé administratif, employé de commerce, employé de service, ouvrier), et avec un partenaire sans emploi.
- La zone de résidence (rurale, péri-urbaine, urbaine).

3.3.2.2 *Caractéristiques professionnelles*

- Le type de profession était catégorisé selon la classification INSEE de 2003 modifiée : agricultrice/artisan, profession cadre et intellectuelle, profession intermédiaire, employée administrative, employée de commerce, employée de service, ouvrière.
- Le type de contrat : contrat à durée déterminée (CDD), contrat à durée indéterminée (CDI).
- Le temps travaillé : temps complet (plus de 30h de travail hebdomadaire), temps partiel.

3.3.2.3 *Variables contextuelles et environnementales*

- L'année de l'enquête : 1972, 1981, 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016.

- La génération de naissance des femmes, définie en cohérence avec l'intervalle d'âge compris entre 15 et 50 ans pour chaque année d'enquête ; cela signifie que sont prises en compte sur la période 1972-2010 uniquement les femmes nées entre 1922 et 1998. Les générations sont agrégées en groupes de femmes correspondant aux grandes générations « françaises ».

3.3.2.4 *Caractéristiques médicales de la grossesse*

- le type de grossesse : pathologique ou normale (hospitalisation, antécédents médicaux ou obstétricaux).

Les femmes ayant une hypertension artérielle chronique avant la grossesse, un indice de masse corporelle supérieur à 30 m^2/kg ou un antécédent obstétrical pathologique (naissance prématurée, petit poids pour l'âge gestationnel ou mort fœtale pour une grossesse précédente) ainsi que celles ayant eu, pour la présente grossesse, une hospitalisation, une suspicion de retard de croissance, une hypertension ou une pré éclampsie, un diabète gestationnel ou une menace de naissance prématurée, ont été considérées comme ayant une grossesse à risque.

- le fait de fumer pendant la grossesse était recueilli ;
- les professionnels chargés de la surveillance médicale de la grossesse ont été classés en tant que gynécologues-obstétriciens, généralistes ou bien sages-femmes.
- la surveillance médicale, la prévention pendant la grossesse et en post-partum ont été caractérisées par :
    - Déclaration tardive de grossesse (après le premier trimestre)
    - Séance de préparation à l'accouchement effectuée par les femmes si primipare (mauvais indicateur si multipare)
    - Allaitement maternel mixte ou exclusif à la sortie de la maternité
- les issues périnatales retenues ont été :
    - Hospitalisation pendant la grossesse

- Prématurité : naissance avant 37 SA
- Petit poids de naissance : poids de naissance inférieur au 10 e percentile.

3.3.3 Analyses

Nous avons décrit ici le principe et le design des Enquêtes Nationales Périnatales et nous reprendrons dans chaque chapitre les analyses pratiquées en fonction des études menées.

4 ACTIVITE PROFESSIONNELLE DES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE : EVOLUTION TEMPORELLE

4.1 RESUME

Contexte : En France, les femmes ont une moyenne de 2 enfants et la majorité d'entre elles continuent de travailler pendant la grossesse.

Objectifs : L'objectif principal de cette analyse est de décrire l'évolution de l'emploi des femmes pendant la grossesse en France métropolitaine sur 44 ans, entre 1972 et 2016, à partir de bases de données nationales et représentatives des femmes enceintes. Nous nous attacherons à comprendre quels ont été les déterminants sociaux de l'évolution du taux d'emploi.

Population et Méthodes : Les données ont été extraites des Enquêtes Périnatales Nationales (ENP) en 1972, 1981, 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016, à partir d'échantillons représentatifs de la population des femmes accouchant en France métropolitaine. Le statut de l'emploi des femmes au moment de la grossesse était la variable dépendante principale. Les caractéristiques sociodémographiques analysées étaient le niveau d'études, l'âge des mères, le statut du partenaire vis-à-vis de l'emploi, la nationalité, la parité. Les caractéristiques individuelles des femmes ont été analysées selon le statut d'emploi, puis une comparaison de l'activité professionnelle des femmes enceintes et de la population générale des femmes en France métropolitaine (recensement), en fonction de l'âge et du niveau d'études, a été effectuée. Une modélisation de l'activité professionnelle pendant la grossesse en fonction des caractéristiques sociodémographiques, de la période entre 1972 et 2016 et de la génération de naissance, a été réalisée.

Résultats : Comme dans la population générale, le taux d'emploi des femmes enceintes a augmenté régulièrement entre 1972 et 2016 de 53 à 74 %. Le taux d'emploi a progressé pour toutes les femmes enceintes, sauf pour les femmes de moins de 25 ans et celles avec un niveau d'études bas. Indépendamment des autres facteurs, l'âge, la génération de naissance, le niveau d'études, le statut du couple avec l'emploi du partenaire, la parité et la nationalité sont des déterminants de l'évolution de l'emploi pendant la grossesse entre 1972 et 2016.

Conclusion et Perspectives : L'augmentation du taux d'emploi des femmes enceintes entre 1972 et 2016 est associée à la modification des caractéristiques individuelles des femmes (niveau d'études, situation familiale) mais aussi aux évolutions de la société en France (générations de naissances). Le taux d'emploi des femmes enceintes ne peut être analysé seul mais en association avec les déterminants sociaux et démographiques des femmes enceintes et, en perspective des évolutions de la société.

4.2 INTRODUCTION

Les femmes ont toujours travaillé, mais depuis le début du 21è siècle elles travaillent presque dans la même proportion que les hommes (Beck / Vidalenc, 2016) et rentrent au même moment de leur vie sur le marché du travail. Toutefois, les statuts et les salaires ne sont pas encore totalement égaux (Guedj, 2013) ; les femmes travaillent plus souvent à temps partiel et les jeunes femmes peu diplômées peinent davantage que leurs homologues masculins à trouver un emploi. Plus le niveau d'études des femmes est élevé et plus l'âge à la maternité est tardif, avec un recul de l'âge au premier enfant (Davie, 2012, p. 201). Malgré une baisse de l'indicateur conjoncturel de fécondité[1] en France, celui-ci reste le plus élevé d'Europe (Beaumel / Papon, 2018). Les femmes travaillent donc de plus en plus, au moment où elles sont également en âge de procréer.

La France présente une spécificité dans ce domaine car les femmes ont en moyenne deux enfants et continuent à travailler pendant la grossesse. Elles reprennent également rapidement après la naissance, avec des différences selon le rang de naissance et le niveau d'études (Pailhé / Solaz, 2012). Les carrières féminines se déroulent de plus en plus souvent sans interruption liée à la maternité (Koubi, 2003).

L'activité professionnelle des femmes a été étudiée par les démographes, les économistes et les sociologues, avant les unions, avant et après les naissances, en fonction des niveaux d'études et des parcours professionnels (Maruani / Meron, 2012; Thevenon, 2007; Afsa / Buffeteau, 2011; Buffeteau / Afsa, 2006). Mais il n'existe pas de données temporelles sur l'évolution de l'emploi des femmes pendant la grossesse en France.

L'objectif principal de cette analyse est de décrire l'évolution de l'emploi des femmes pendant la grossesse en France métropolitaine sur 44 ans, de 1972 à 2016, à partir de bases de données nationales et représentatives des femmes enceintes, en la comparant à celle de l'emploi des femmes de la population générale.

L'augmentation de l'emploi des femmes pendant la grossesse, comme pour les femmes de la population générale, est en partie dépendante des évolutions temporelles. L'analyse selon les générations de naissances des femmes va permettre de révéler les variations de comportement vis-à-vis de l'emploi liées à un groupe de personnes nées au même moment et ayant vécu les mêmes évolutions de la société. Les évolutions temporelles seront représentées par les différentes années

[1] L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) est la somme des taux de fécondité par âge observés une année donnée. Cet indicateur peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants

d'enquêtes de l'ENP. Les caractéristiques sociales individuelles des femmes enceintes seront représentées par l'âge à l'accouchement et le niveau d'études.

L'évolution de l'emploi pendant la grossesse est-elle la même pour toutes les femmes quelle que soit leur situation socioéconomique ? L'objectif secondaire de cette analyse est de déterminer si l'évolution de l'emploi est la même pour toutes les femmes enceintes et d'identifier dans quelle mesure cette évolution est liée aux modifications des caractéristiques individuelles des femmes et à leur environnement.

Une modélisation des comportements d'activité des femmes a été effectuée pour décomposer ce qui, dans l'évolution de l'emploi des femmes enceintes entre 1972 et 2016, relève d'un effet d'âge, d'un changement de comportement estimé par la prise en compte de différentes générations de naissances, ou d'une évolution des caractéristiques individuelles des femmes.

4.3 MATERIEL ET METHODES

4.3.1 Population et design de l'étude

4.3.1.1 *Enquêtes nationales périnatales*

Les données proviennent des enquêtes nationales périnatales menées en France en 1972, 1981, 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016 (voir chapitre méthodes).

4.3.1.2 *Recensement de la population française*

Les données des Enquêtes périnatales ont été mises en perspective avec les données de la population générale issues du recensement. Autrefois exhaustif, le recensement de la population française est réalisé depuis 2004 par enquêtes annuelles. Les communes de moins de 10 000 habitants sont recensées de manière exhaustive à raison d'une commune sur cinq chaque année, l'ensemble de ces communes étant recensé au bout de cinq années. Dans les communes de plus de 10 000 habitants, 8 % des ménages sont enquêtés chaque année : au bout de cinq ans, 40 % des ménages ont été recensés. Ces enquêtes annuelles, réalisées chaque début d'année auprès d'environ neuf millions de personnes, sont représentatives au niveau national et régional grâce à un plan de sondage stratifié, mais la représentativité n'est pas garantie au niveau départemental (Desplanques, 2008). Ce recensement tournant est spécifique à la France (Valente, 2010).

Pour cette analyse, les données du recensement de 1975 à 2014 des femmes entre 20 et 45 ans de la population de France métropolitaine ont été obtenues sur le site de l'INSEE (https://www.insee.fr/fr/statistiques) et comparées aux données de l'ENP pour les variables âge et niveau d'études.

4.3.2 Méthode d'analyse : AGE PERIODE GENERATION

Ce chapitre fait le point sur la méthodologie mobilisée pour cette analyse : âge période génération (APG). Dans la littérature on retrouve plus facilement le terme Age Période Cohorte (APC).

En effet, c'est une méthodologie peu utilisée en épidémiologie périnatale, et la méthodologie d'analyse a été calquée sur les différentes enquêtes effectuées sur l'activité professionnelle et l'emploi des femmes en France (Thevenon, 2007; Afsa / Buffeteau, 2011) prenant en compte les effets liés à l'âge, à la génération et à la période qui ont une répercussion sur l'évolution de l'emploi.

Les effets de génération sont définis comme des changements entre groupes de personnes qui vivent un même événement initial tel qu'une naissance ou un changement de situation dans le couple dans la ou les mêmes années (Badley Elizabeth M. et al., 2015; Pilkington et al., 2014).

Cette analyse temporelle nécessite de prendre en compte les différentes périodes d'analyses, l'âge (effet individuel) et les années de naissances (générations), considérant la situation économique et sociale du pays à un moment donné.

L'activité d'une femme peut évoluer sous trois types d'effets :

- un effet d'âge qui est un marqueur individuel : au fur et à mesure que les femmes vieillissent, leur activité est modifiée par un certain nombre d'événements (niveau d'études, nombre d'enfants, présence d'un partenaire, emploi du partenaire). Dans les modèles APC, les économistes remplacent parfois l'âge par l'espérance de vie.
- un effet de date à laquelle on observe les individus (l'état du marché du travail à la date d'observation).
- un effet individuel et global de génération de naissance marquant une variation de comportement particulier, liée à un groupe de personnes nées à la même date.

Par exemple, le comportement générationnel sera différent pour une femme qui est enquêtée en 2003 et qui a 30 ans (née en 1973) par rapport à une femme qui est enquêtée en 1972 et qui a aussi 30 ans (née en 1942). Deux femmes nées en 1973 auront le même passé générationnel, mais seront enquêtées à deux moments et à deux âges différents : une femme de 30 ans enquêtée en 2003 et une femme de 37 ans enquêtée en 2010. Les trois informations, âge, période et génération de naissance sont importantes pour prendre en compte le vécu de ces femmes de manière globale.

En effet, l'évolution continue dans le temps n'est pas seulement liée à l'effet période mais aussi aux successions de générations de naissance (Bell / Jones, 2015; Bell / Jones, 2013). Chacun des facteurs a un effet bien précis, bien qu'ils soient colinéaires entre eux. Afin de modéliser ces effets qui sont également liés il est nécessaire de "casser la colinéarité" en utilisant différentes variables comme l'âge en catégories et les périodes d'observation en années d'enquête (Page et al., 2013). Pour la modélisation statistique nous avons utilisé une approche de transformation paramétrique non linéaire. Nous avons défini une variable paramétrique non linéaire des générations de naissances afin que sa relation avec les autres variables âge et période soit non linéaire (Yang / Land, 2016). La génération de naissances a été déterminée en fonction des périodes historiques importantes en France reconnues dans la littérature, et les femmes ont été regroupées par tranche de 15 ans sauf pour la dernière génération (car il n'y a pas de femmes nées après 1999 dans les différentes enquêtes).

- 1920-1945: « génération silencieuse »
- 1946-1960: « génération baby-boom »
- 1961-1975: « génération X»

- 1976-1990: «génération Y»
- 1991-1999: « génération Z »

Dans l'analyse « L'évolution de l'activité féminine en France : une approche par pseudo-panel » (Afsa / Buffeteau, 2011), les auteurs mettent en évidence, dans la population générale, chez les femmes entre 25 et 59 ans, un effet génération important pour l'évolution du taux d'emploi. L'effet âge montre que la carrière professionnelle d'une femme n'est pas uniforme : il existe des pauses entre 25 et 40 ans, liées à la maternité et à l'éducation des jeunes enfants. Entre 43-44 ans et 53-54 ans l'activité professionnelle est la plus élevée, puis ensuite, elle diminue rapidement. Pour ce qui est de l'effet génération, on remarque une progression nette de l'emploi traduisant la participation des femmes au marché du travail, avec toutefois un ralentissement depuis la génération 1950-1955. Par ailleurs l'effet temps / période retrace les grandes étapes historiques du pays et de la conjoncture (crise de 1987 et krach asiatique en 1997, crise de 2008 notamment).

Nous avons appliqué la méthode APC pour l'emploi des femmes enceintes. Notre objectif était d'étudier l'effet de la génération de naissance indépendamment de l'âge et de la période. L'échantillon analysé provient des Enquêtes Nationales Périnatales qui proposent une succession d'enquêtes transversales réalisées auprès d'un échantillon qui varie dans le temps.

Il est possible de suivre d'une enquête à l'autre l'ensemble des femmes nées la même année, et d'établir des générations en calculant, pour chaque génération et chaque année, la fréquence de l'activité professionnelle. Dans ce cas, on identifie un effet de génération qui désigne l'évolution des comportements à travers les générations successives, et s'appliquant donc à toutes les femmes d'une même génération. Par exemple, on peut calculer le taux d'emploi en 1972, de la génération 1940 (femmes nées en 1940). Grâce à l'enquête de 1995, on est en mesure de regarder ce qu'est devenu ce taux d'emploi 23 ans après, même si ce ne sont pas les mêmes femmes d'une année sur l'autre qui composent la génération.

Cette approche par les générations étudie la survenue d'un événement au cours du temps, au sein d'un groupe ayant vécu le même évènement (même génération de naissance).

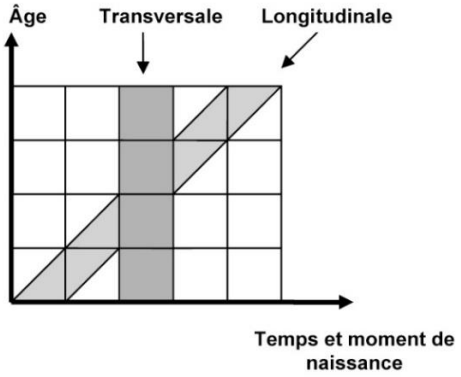


Figure 4-1 Diagramme de Lexis. Schéma tiré de « Diagrammes de Lexis et cohortes : la taille ou le poids en remplacement du temps » (Vandeschrick, 2003)

4.3.3 Variables

La situation au regard du taux d'emploi – variable dépendante – est modélisée en fonction (i) de caractéristiques individuelles telles que l'âge, le niveau d'éducation, la nationalité, (ii) des caractéristiques de la composition familiale (nombre d'enfant(s), la présence d'un partenaire et sa situation d'emploi), et (iii) la génération de naissance.

La situation au regard de l'emploi est introduite en distinguant les femmes en emploi et les femmes sans emploi. Les femmes en recherche d'emploi (chômage), en congé parental, étudiantes, sans emploi déclaré sont comptées comme sans emploi.

Les différentes variables prises en compte pour modéliser les comportements féminins d'activité professionnelle sont les suivantes :

(1) L'année de l'enquête : 1972, 1981, 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016.

(2) La génération de naissance des femmes, définie en cohérence avec l'intervalle d'âge compris entre 15 et 50 ans pour chaque année d'enquête ; cela signifie que sont prises en compte sur la période 1972-2016 uniquement les femmes nées entre 1920 et 1999. Les générations sont agrégées en groupes de femmes correspondant aux grandes générations « françaises » sur des tranches de 15 ans sauf pour la dernière génération.

(3) Le niveau d'éducation est introduit selon la nomenclature CITE (Classification internationale type de l'éducation) en trois catégories : niveau « études supérieur » post éducation secondaire et après le BAC; niveau « secondaire y compris BAC », équivalent au niveau secondaire ; et niveau « primaire » correspondant au stade élémentaire ou absence de scolarisation (anon., s. d.).

(4) La nationalité est définie en deux catégories : nationalité française ou étrangère.

(5) La présence d'enfant(s) est identifiée par le nombre d'enfants nés de ces femmes en 3 catégories (0, 1, 2 et plus).

(6) La présence d'un partenaire est également prise en compte selon une variable à plusieurs catégories qui tient compte de sa situation professionnelle : sans partenaire, avec un partenaire ayant un emploi et avec un partenaire sans emploi.

(7) L'âge de la mère au moment de l'enquête (naissance de l'enfant). Cinq classes sont distinguées : moins de 25 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans ou à un âge supérieur ou égal à 40 ans.

Pour faciliter l'interprétation, nous avons choisi comme catégorie de référence celle associée a priori au plus bas risque de présenter l'évènement « emploi pendant la grossesse » : année 1972, âge moins de 25 ans, génération de naissances entre 1920-1945, niveau d'études le plus faible, au moins deux enfants, nationalité non française, pas de partenaire.

4.3.4 Plan d'analyse

- Analyse de l'évolution des caractéristiques individuelles sociodémographiques des femmes enceintes et de l'activité professionnelle entre 1972-2016.
- Analyse des caractéristiques individuelles des femmes selon le statut d'emploi.
- Comparaison de l'activité professionnelle des femmes enceintes et de la population générale des femmes en France métropolitaine en fonction de l'âge et du niveau d'études des femmes.
- Modélisation de l'activité professionnelle pendant la grossesse en fonction des caractéristiques sociodémographiques, de la période entre 1972 et 2016 et de la génération de naissance
    - Analyse spécifique de l'effet APC
        - Effets séparés de l'âge, de la période et de la génération
        - Déclinaison de l'effet APC sur l'activité professionnelle des femmes pendant la grossesse
        - Puis modélisation avec les caractéristiques individuelles des femmes (âge, niveau d'études, nationalité, situation de couple et emploi du partenaire, parité), la période et la génération

4.3.5 **Analyses statistiques**

Nous avons comparé les pourcentages de femmes ayant travaillé pendant la grossesse en fonction des caractéristiques sociodémographiques. L'évolution a été mesurée par des rapports de cotes ou odds ratios (OR), en considérant l'année 1972 comme valeur de référence.

Le test de Chi2 a été utilisé pour les comparaisons de fréquences, $p<0,05$ était considéré comme le seuil de signification. Des régressions logistiques, bivariées et multivariées, ont été réalisées. Des odds ratios ajustés (ORaj) et leurs intervalles de confiance à 95% ont été calculés après ajustement sur les facteurs sociaux et professionnels. Les analyses ont été conduites à l'aide du logiciel Stata V.13.

4.4 RESULTATS

4.4.1 Evolution des caractéristiques des femmes en fonction de l'emploi pendant la grossesse entre 1972 et 2016

Le taux de femmes ayant un emploi pendant la grossesse est passé de 52,9 % à 74,1 % entre 1972 et 2016, tandis que celui des femmes sans emploi (femmes au foyer ou femmes au chômage) est passé de 47,1 % à 25,1 % (tableau 4-1). Le taux de chômeuses a diminué entre 1995 et 2003 (passant de 9,6 % à 6,2 %) mais a augmenté en 2016 pour atteindre 10,1 %. Le pourcentage de femmes ayant un partenaire au chômage est passé de 3 % en 1972 à 11,3 % en 2016.

Entre 1972 et 2016, le pourcentage des femmes enceintes de moins de 25 ans a diminué de 49,2 % à 13,3 % alors que celui des plus de 35 ans a doublé (de 9,4 % à 21,4 %). Le pourcentage de femmes ayant effectué des études secondaires après le BAC est passé de 7,0 % en 1972 à 55,4 % en 2016.

Tableau 4-1 Description de la population des femmes enceintes par année d'enquête

	1972	**1981**	**1995**	**1998**	**2003**	**2010**	**2016**
	n=10853	n=5442	n=12906	n=13271	n=14077	n=14255	n=11956
	%	%	%	%	%	%	%
Statut pour l'emploi							
En emploi	52.9	54.6	60.1	64.3	66.1	70.1	74.1
Chômage	0.0	3.1	9.6	7.5	6.2	8.0	10.1
Pas d'emploi : autre	47.1	42.3	30.3	28.2	27.7	21.9	15.7
Age							
Moins de 25 ans	49.2	38.4	21.4	17.5	18.6	16.9	13.3
25-29 ans	28.6	36.5	38.2	37.8	33.3	33.1	31.5
30-34 ans	12.8	19.3	27.9	29.8	32.2	30.7	33.9
35-39 ans	7.1	4.9	10.2	12.5	13.2	15.8	17.4
Au moins 40 ans	2.3	0.9	2.3	2.3	2.7	3.5	4.0
Parité							
Pas encore d'enfant	42.2	40.5	40.4	42.7	42.6	43.0	42.5
Déjà 1 enfant	28.7	33.8	34.4	33.1	34.5	34.1	35.4
Déjà au moins 2 enfants	29.1	25.7	25.2	24.2	22.9	23.0	22.1
Niveau d'études							
Primaire	48.4	26.6	5.9	3.9	3.6	2.4	1.6
Secondaire y compris BAC	44.6	59.9	61.5	57.4	53.7	45.6	43.0
Etudes supérieures après BAC	7.0	13.5	32.6	38.7	42.6	52.0	55.4
Nationalité étrangère							
Non	91.0	88.5	88.2	89.5	88.2	86.7	85.9
Oui	9.0	11.5	11.8	10.5	11.8	13.3	14.1
Partenaire et emploi							
Pas de partenaire	4.1	4.8	7.3	7.0	7.4	7.3	8.4
Partenaire au chômage	3.0	5.0	10.0	8.6	7.8	10.3	11.3
Partenaire ayant un emploi	93.0	90.2	82.7	84.4	84.8	82.4	80.3

Entre 1972 et 2016, le taux d'emploi des femmes enceintes a augmenté quelles que soient les caractéristiques sociales analysées, sauf pour les femmes de moins de 25 ans et celles ayant un niveau d'études inférieur au BAC (tableau 4-2). L'augmentation du taux d'emploi a été cependant plus modérée pour les femmes n'ayant poursuivi leurs études que jusqu'au BAC, les femmes dont le partenaire n'exerce pas d'emploi ou lorsque le partenaire est absent ainsi que pour les femmes de nationalité étrangère. Le taux d'emploi des femmes enceintes de leur premier enfant est resté stable au fil du temps. Les femmes nullipares ont toujours travaillé plus souvent que les femmes multipares.

Tableau 4-2 Taux d'emploi en fonction des caractéristiques sociodémographiques pendant la grossesse par année d'enquête

	1972		**1981**		**1995**		**1998**		**2003**		**2010**		**2016**	
Taux d'emploi %	**52.9**		**54.6**		**60.1**		**64.3**		**66.1**		**70.1**		**74.1**	
	n=10853		n=5442		n=12906		n=13271		n=14077		n=14255		n=11956	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Age														
Moins de 25 ans	5310	59.5	2078	49.1	2747	44.0	2315	44.9	2604	47.8	2367	48.8	1522	49.9
25-29 ans	3084	52.7	1971	60.3	4939	65.8	5010	68.4	4684	70.6	4757	72.6	3787	74.8
30-34 ans	1379	43.3	1046	57.9	3597	65.5	3967	70.5	4546	71.9	4395	76.8	4090	80.6
35-39 ans	765	34.2	266	50.8	1307	60.4	1652	65.5	1862	67.1	2223	74.4	2083	78.0
Au moins 40 ans	252	33.7	47	25.5	296	49.0	309	58.6	372	62.1	498	69.1	474	74.1
Parité														
Pas encore d'enfant	4628	74.8	2213	68.3	5289	69.6	5691	73.5	6030	74.4	6166	76.9	5090	79.7
Déjà 1 enfant	3135	49.3	1852	56.0	4511	62.4	4401	67.7	4882	69.2	4909	74.8	4291	77.5
Déjà au moins 2 enfants	3090	23.9	1377	30.9	3106	40.9	3179	43.3	3165	45.5	3180	49.6	2575	57.5
Niveau d'études														
Primaire	5085	42.9	1361	38.8	712	20.5	503	17.5	486	20.4	325	18.2	189	24.9
Secondaire y compris BAC	4692	64.3	3073	60.4	7631	55.7	7506	57.1	7456	57.6	6381	56.6	5092	60.7
Etudes supérieures après BAC	727	64.2	690	72.6	4061	77.1	5058	80.9	5921	81.6	7343	85.1	6573	86.0
Nationalité étrangère														
Non	9862	55.6	4813	59.0	11379	64.1	11875	67.8	12415	70.5	12243	75.5	10243	79.5
Oui	928	25.2	613	20.2	1475	29.4	1355	34.2	1595	32.3	1817	36.0	1686	42.0
Partenaire et emploi														
Pas de partenaire	415	69.4	250	38.8	910	34.2	914	36.5	1015	37.3	1009	41.2	998	43.3
Partenaire au chômage	307	49.2	265	47.9	1242	39.5	1127	38.0	1083	42.4	1406	46.7	1345	48.6
Partenaire ayant un emploi	9587	52.2	4728	56.3	10352	65.3	11061	69.5	11816	71.1	11439	76.4	9550	81.0
Génération de naissance														
1920-1945	3849	43.7	212	40.6	EI	-	EI	-	EI	-	EI	-	EI	-
1946-1960	6941	58.3	4657	57.8	1601	58.3	728	62.2	59	59.3	EI	-	EI	-
1961-1975	EI	-	539	34.1	10973	61.7	11298	67.8	8861	70.7	2717	73.4	305	75.7
1976-1990	EI	-	EI	-	310	16.1	1227	33.9	5148	58.3	11186	70.8	9529	78.4
1991-1999	EI	-	EI	-	EI	-	EI	-	EI	-	333	19.8	2122	54.5

EI : Effectifs insuffisants (n < 30)

L'évolution du taux d'emploi des femmes enceintes et celle du taux d'emploi de la population générale des femmes sont superposables (tableau 4-3). On retrouve les mêmes tendances d'évolution de l'emploi en fonction de l'âge et du niveau d'études lorsque l'on compare les taux d'emploi des femmes enceintes et les taux d'emploi des femmes en population générale entre 20 et 45 ans en France métropolitaine.

Tableau 4-3 Taux d'emploi par âge et niveau d'études selon l'année d'enquête pour les femmes de l'ENP et pour la population générale en France métropole

	1972	**1975**	**1981**	**1982**	**1998**	**1999**	**2010**	**2009**	**2016**	**2014**
	ENP	**INSEE**	**ENP**	**INSEE**	**ENP**	**INSEE**	**ENP**	**INSEE**	**ENP**	**INSEE**
Taux d'emploi %	**52,9**	**54,2**	**54,6**	**59,5**	**64,3**	**64,3**	**70,1**	**70,6**	**74,1**	**69,4**
Age										
Moins de 25 ans	59,5	61,8	49,1	55,7	44,9	41,8	48,8	49,1	49,9	46,2
25-29 ans	52,7	57,8	60,3	62,2	68,4	66,9	72,6	72	74,8	69,8
30-34 ans	43,3	51,4	57,9	61,1	70,5	68	76,8	75	80,6	73,7
35-39 ans	34,2	48,3	50,8	60,2	65,5	69,9	74,4	76,7	78	76,3
Au moins 40 ans	33,7	47,8	25,5	57,8	58,6	71,6	69,1	77,9	74,1	78,3
Niveau d'études										
Primaire	42,9	51	38,8	56,2	17,5	60,1	18,2	61,6	24,9	57
Secondaire/ BAC	64,3	74,2	60,4	74,1	57,1	75,6	56,6	77,6	60,7	74,8
Etudes supérieures	64,2	79,4	72,6	82,4	80,9	84	85,1	87,2	86	85,8

4.4.2 Age Période Génération

Entre 1972 et 2016, les enquêtes nationales périnatales, permettent de suivre différentes générations de femmes enceintes à travers les différentes années d'enquête. En l'absence d'ajustement, il existe une augmentation générale du taux d'emploi qu'il est possible de décliner en trois effets (Figures 4-2, 4-3, 4-4, 4-5) :

- L'augmentation du taux d'emploi suit un effet âge avec une augmentation rapide de l'emploi jusqu'à 25 ans, une stagnation du taux d'emploi au plus haut entre 25 et 35 ans et ensuite une diminution (Figure 4-2).

- Le taux d'emploi suit un effet de génération avec un maximum pour les générations nées entre 1960 et 1985 et un taux d'emploi moins élevé pour les générations plus anciennes (nées avant 1960) et plus récentes (après 1985) (figure 4-3).

- L'effet période se remarque avec une augmentation régulière du taux de l'emploi des femmes enceintes entre 1972 et 2016 (figure 4-4).

- Lorsque l'on décline le taux d'emploi pour chaque génération en fonction de l'âge, il est retrouvé une augmentation du taux d'emploi au fil des générations avec un début d'activité professionnelle de plus en plus tardif pour les générations plus jeunes (figure 4-5).

Dans le modèle multivarié en ajustant sur l'âge, la période et la génération, il existe une chance plus importante que les femmes travaillent lorsqu'elles ont été interrogées dans les périodes plus récentes - par rapport à 1972. Les femmes entre 25 et 40 ans ont plus travaillé par rapport aux femmes de moins de 25 ans, et le fait d'appartenir à la génération de naissances 1945-1960 et 1961-1975 (tableau 4-6) par rapport à la génération 1920-1945 est associé à une probabilité plus forte d'être en emploi pendant la grossesse. Les associations entre l'emploi et l'âge, les générations et la période ne sont pas modifiées par l'ajout du niveau d'études, de la parité et du statut du partenaire, mais le modèle explicatif est plus complet (r2_p 18,6 %).

Les femmes ayant une nationalité française par rapport aux femmes de nationalité étrangère ont une chance plus importante de travailler pendant la grossesse. Avoir un partenaire actif ou au chômage favorise l'emploi pendant la grossesse.

La parité reste un déterminant important de l'emploi pendant la grossesse : les femmes qui n'ont pas d'enfant ont une chance de travailler plus importante que les femmes qui ont un ou deux enfants.

Figure 4-2 Effet de l'âge sur le taux d'emploi pendant la grossesse

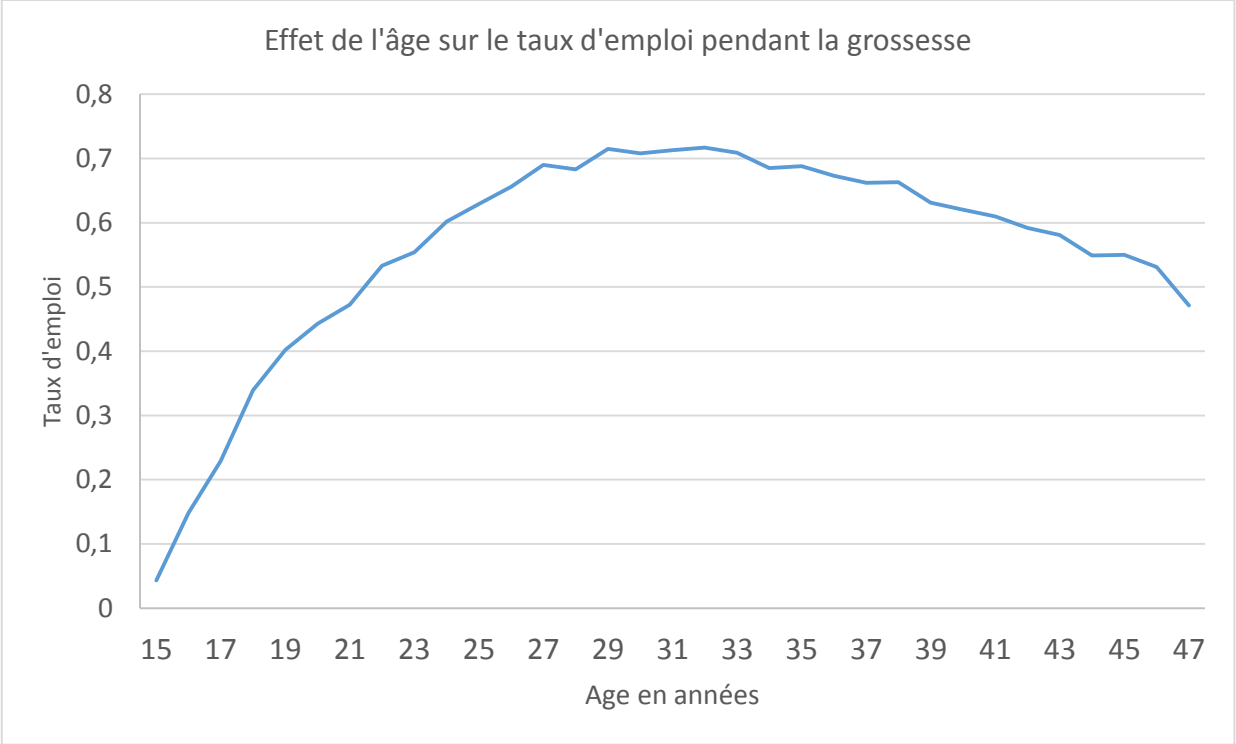


Figure 4-3 Effet de la génération sur le taux d'emploi pendant la grossesse

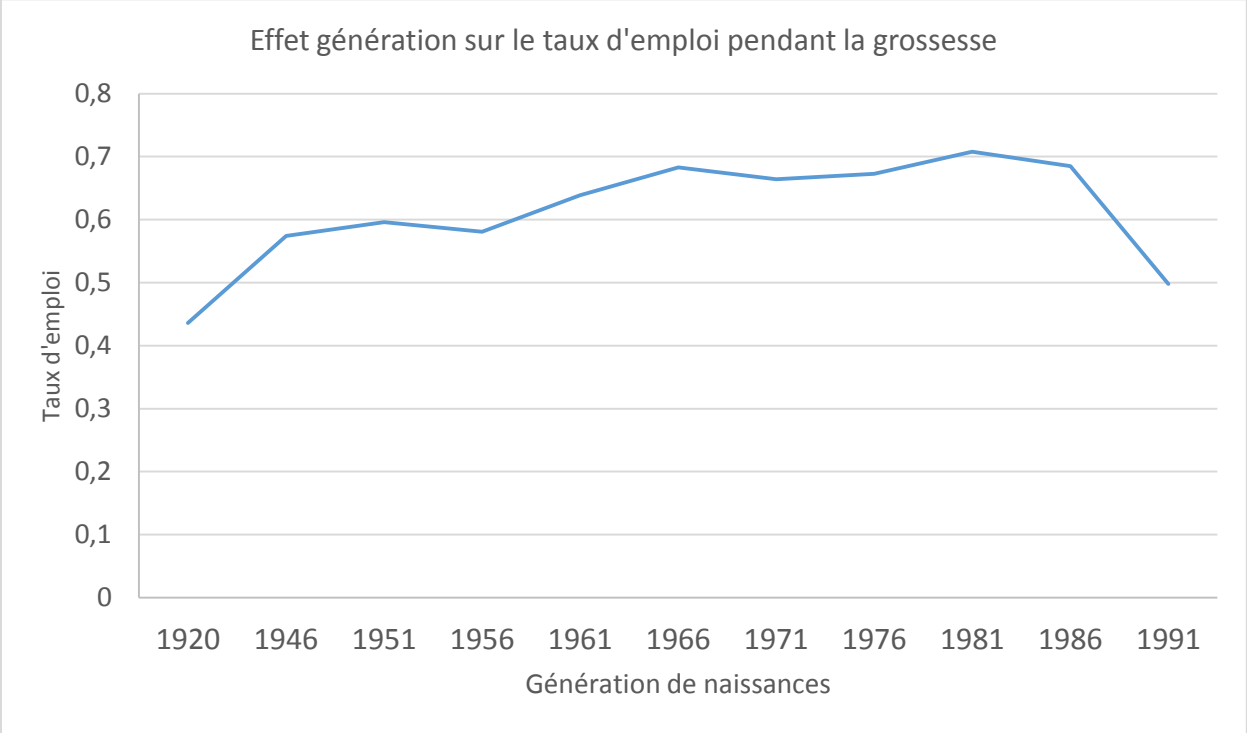


Figure 4-4 Effet du temps sur le taux d'emploi des femmes pendant la grossesse

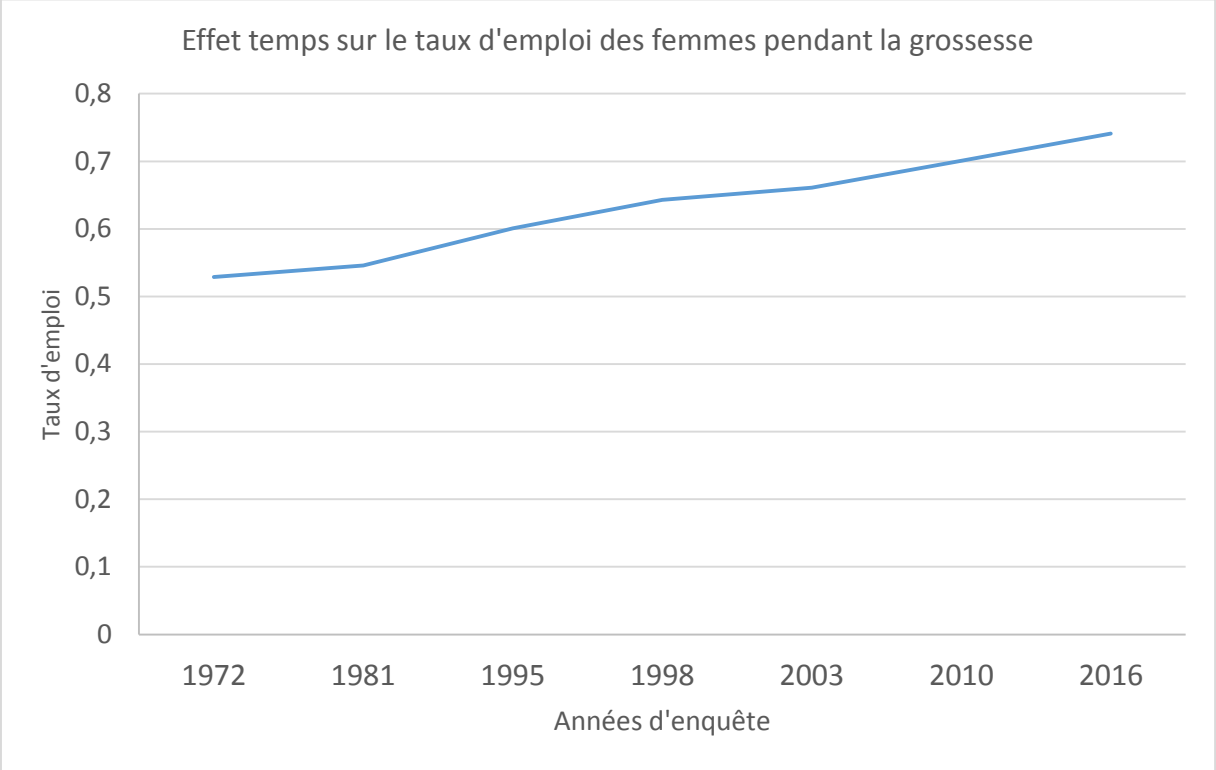


Figure 4-5 Taux d'emploi des femmes selon les différentes générations de naissances et en fonction de l'âge

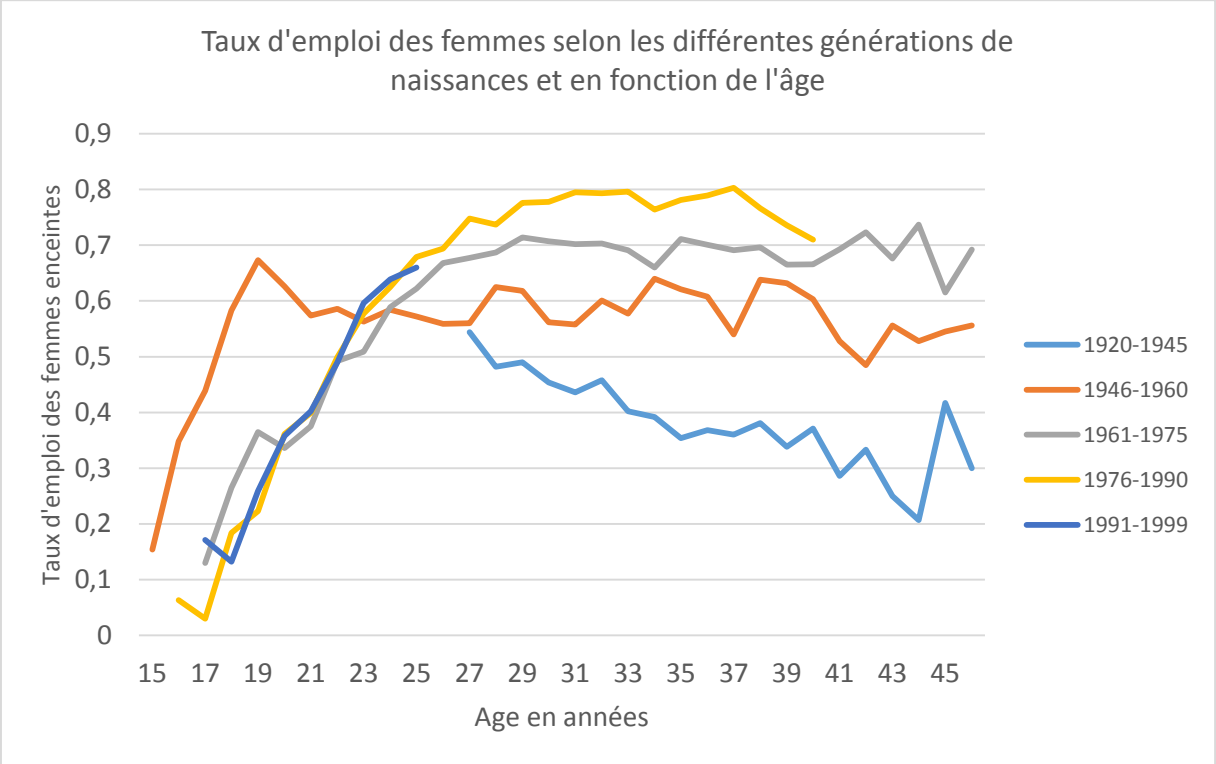


Tableau 4-4 Effet Age Période Génération, modèle multivarié

	N	%	Univarié (OR brut)	Années, Age (ORaj)	Années, Age, Générations (ORaj)	Modèle complet (ORaj)
Années d'enquête						
1972	10016	53.6	Référence	Référence	Référence	Référence
1981	4987	56.4	1.07 [1.00,1.14]	0.99 [0.92,1.05]	0.74 [0.69,0.80]	0.76 [0.69,0.82]
1995	12278	60.8	1.34 [1.27,1.41]	1.11 [1.05,1.17]	0.97 [0.87,1.08]	0.87 [0.77,0.99]
1998	12930	64.8	1.60 [1.52,1.69]	1.30 [1.23,1.37]	1.19 [1.06,1.34]	1.01 [0.88,1.15]
2003	13731	66.7	1.73 [1.65,1.83]	1.41 [1.34,1.49]	1.51 [1.33,1.72]	1.23 [1.06,1.43]
2010	13757	71.1	2.08 [1.98,2.19]	1.69 [1.61,1.79]	2.27 [1.97,2.62]	1.81 [1.53,2.14]
2016	11771	74.3	2.55 [2.41,2.69]	2.02 [1.91,2.14]	3.50 [2.98,4.10]	2.72 [2.26,3.27]
Age						
Moins de 25 ans	17950	51.1	Référence	Référence	Référence	Référence
25-29 ans	27244	68.3	2.03 [1.96,2.11]	1.88 [1.81,1.95]	1.81 [1.74,1.90]	2.05 [1.95,2.16]
30-34 ans	22309	71.4	2.36 [2.27,2.46]	2.08 [1.99,2.16]	1.92 [1.82,2.02]	2.91 [2.73,3.09]
35-39 ans	9817	67.9	1.97 [1.87,2.07]	1.69 [1.60,1.78]	1.40 [1.30,1.50]	2.89 [2.65,3.15]
Au moins 40 ans	2150	61.1	1.46 [1.34,1.60]	1.26 [1.15,1.38]	0.98 [0.88,1.10]	2.65 [2.32,3.03]
Génération de naissance						
1920-1945	3749	44.6	Référence		Référence	Référence
1946-1960	13052	59.2	1.81 [1.69,1.95]		2.58 [2.36,2.81]	1.89 [1.71,2.08]
1961-1975	33596	67.2	2.58 [2.42,2.76]		2.12 [1.86,2.43]	1.33 [1.14,1.56]
1976-1990	26679	69.5	2.86 [2.68,3.06]		1.33 [1.13,1.57]	0.90 [0.75,1.09]
1991-1999	2394	50.3	1.28 [1.16,1.42]		0.55 [0.45,0.68]	0.43 [0.34,0.55]
Niveau d'études						
Primaire	8212	36.0	Référence			Référence
Secondaire y compris BAC	41175	58.4	2.45 [2.34,2.58]			1.71 [1.60,1.82]
Etudes supérieures après BAC	30083	82.1	8.01 [7.59,8.44]			3.45 [3.21,3.70]
Parité						
Pas d'enfant	33830	75.1	3.98 [3.83,4.13]			5.86 [5.58,6.16]
Déjà 1 enfant	27040	67.7	2.78 [2.68,2.88]			2.83 [2.71,2.96]
Déjà au moins 2 enfants	18600	43.2	Référence			Référence
Nationalité étrangère						
Non	70905	68.7	4.38 [4.19,4.59]			3.85 [3.64,4.07]
Oui	8565	34.7	Référence			Référence
Partenaire et emploi						
Pas de partenaire	5382	41.3	Référence			Référence
Partenaire au chômage	6638	44.1	1.12 [1.04,1.21]			1.17 [1.08,1.27]
Partenaire ayant un emploi	67450	69.0	3.15 [2.97,3.33]			2.54 [2.38,2.71]
N				82601	82601	79470
r2_p				0.028	0.040	0.186

4.4.3 Niveau d'études

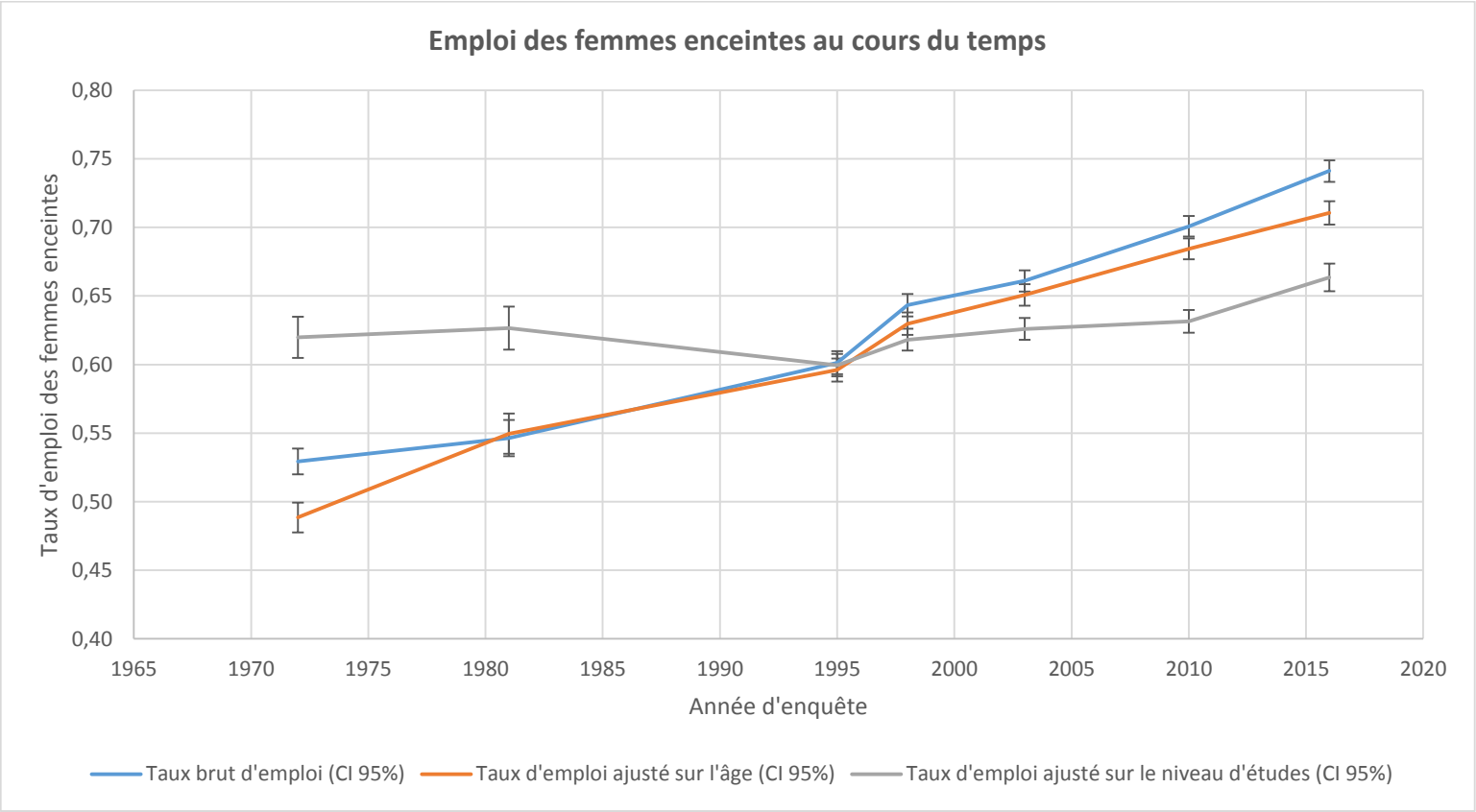
En 1972, la proportion de femmes enceintes ayant un niveau d'études faible était plus importante que dans les enquêtes les plus récentes (tableau 4-1). Les femmes ayant un niveau d'études élevé ont toujours plus travaillé que les femmes qui ont un niveau d'études bas (tableau 4-2).

Après ajustement dans le modèle complet, il persiste une association forte entre le niveau d'études et l'emploi pendant la grossesse : les femmes les plus diplômées ont beaucoup plus de chance de travailler que les autres (tableau 4-3).

La figure 4-7 nous permet de comprendre ce phénomène : si le taux d'emploi est lissé sur le niveau d'études, l'augmentation du taux d'emploi au fil des années n'est plus si importante entre 1972 et 2016 (figure 4-6).

L'évolution temporelle du taux d'emploi a été analysée à l'aide d'une stratification sur le niveau d'études dans la section "annexes" (tableaux 8-1 à 8-4). Cette stratification est indispensable car on considère que les changements majeurs dans la société entière en termes de niveau d'études pourraient « parasiter » notre compréhension des résultats sur l'augmentation du taux d'emploi. L'ajustement seul ne suffit pas pour comprendre. On observe alors un gradient différent dans les trois strates de niveau d'études pour l'emploi des femmes.

Figure 4-6 Emploi des femmes enceintes au cours du temps



4.5 DISCUSSION

4.5.1 Principaux résultats

Comme dans la population générale, l'emploi des femmes enceintes a augmenté entre 1972 et 2016. L'augmentation du taux d'emploi des femmes enceintes au cours de cette période est associée à la modification des caractéristiques individuelles des femmes (niveau d'études, situation familiale) et aussi aux changements de société en France (générations de naissances). Le taux d'emploi des femmes enceintes ne peut être analysé seul mais en association avec les autres déterminants sociaux et démographiques et en perspective des évolutions sociétales : l'augmentation du taux d'emploi est liée à l'élévation du niveau d'études des femmes et au recul de l'âge à la maternité.

4.5.2 Forces, limites et validité

Ces données sont originales car elles portent sur un échantillon représentatif d'une population de femmes enceintes en France métropolitaine créé à partir d'une succession d'enquêtes transversales, avec 44 ans de données et près de 82 000 femmes. L'accès aux données de recensement a permis cette comparaison.

Même si l'analyse en génération de naissance n'est pas habituelle dans les analyses épidémiologiques périnatales et peut parfois compliquer l'interprétation des données, ne pas prendre en compte la génération de naissance pour une analyse temporelle de l'emploi des femmes enceintes ôterait à l'analyse réalisée sa dimension sociologique. En effet, les générations de naissances ont des comportements dans la société qui sont différents, notamment pour l'activité professionnelle. Ces générations de naissance ont des comportements de santé différents (Reither et al., 2009) et l'on retrouve des effets générationnels importants pendant la grossesse, pour des pathologies comme la prééclampsie par exemple (Ananth et al., 2013; Ananth et al., 2004).

Une des principales limites de notre analyse est la mauvaise prise en compte du niveau d'études des femmes entre 1972 et 2016, car les questions sur le niveau d'éducation des différentes enquêtes n'ont pas toujours été les mêmes. Certaines années les femmes avaient la possibilité de définir leur niveau d'études de manière beaucoup plus précise que d'autres (8 modalités certaines années par rapport à trois modalités d'autres années). Pour l'ensemble de l'échantillon et pour résumer l'ensemble des enquêtes nous avons fait le choix de prendre trois modalités. La différence qui existe entre le niveau BAC en 1972 et le niveau BAC de 2016 n'a pu être résumée dans les calculs. L'augmentation très importante du niveau d'études et de la scolarisation s'est traduit par une différence des emplois en fonction du diplôme : il y a 30 ans, les personnes ayant juste le BAC pouvaient accéder à des postes de cadre, alors qu'aujourd'hui les personnes ayant juste le BAC ne peuvent plus prétendre à ces fonctions.

4.5.3 Discussion des résultats

4.5.3.1 *Evolution de l'emploi chez les femmes enceintes et chez les femmes de la population générale : idem ?*

4.5.3.1.1 La femme enceinte est une femme comme les autres …

La grossesse n'est pas un événement concurrent de l'emploi, que ce soit dans les années 1970 ou ces dernières années. L'évolution de l'emploi pendant la grossesse suit l'évolution de l'emploi en général dans la population féminine. Une très grande majorité des femmes travaillent pendant la grossesse.

Comme dans la population générale, les femmes enceintes qui ne travaillent pas sont celles qui présentent des caractéristiques sociodémographiques plus défavorisées (femmes jeunes, bas niveau d'études, femmes ayant un partenaire sans emploi ou absent).

4.5.3.1.2 Effet génération

L'effet de la génération, qui est également retrouvé dans les autres études sur l'emploi dans la population générale (Afsa / Buffeteau, 2011), montre que malgré une augmentation de l'emploi dans les années récentes, les femmes enceintes qui travaillent le plus appartiennent à la génération baby-boom et la génération X (1945-1960 et 1961-1975). Les générations les plus anciennes et les plus récentes travaillent moins.

L'effet génération montre que les femmes qui ont été exposées à des conditions économiques et sociales préalables plus favorables travaillent plus pendant la grossesse que les autres. En effet, les femmes de la génération baby-boom (1945-1960) ont été exposées plus jeunes au plein emploi. Non seulement elles ont eu accès plus tôt à un emploi, mais elles n'ont pas ou moins connu les conditions d'emploi précaires (temps partiel, contrats de durée déterminée). Dans la population générale féminine, la tendance à la hausse de l'activité semble s'essouffler dans les générations de femmes plus jeunes (Buffeteau et Afsa 2006).

Les générations de naissance connaissent différentes périodes historiques et sociales à différentes étapes de leur parcours de vie, et par conséquent ont des expériences diverses. Les femmes appartenant aux jeunes générations actuelles et celles à venir sont exposées à un taux de chômage plus élevé que les anciennes générations, elles seront touchées par une baisse de l'activité professionnelle pendant la grossesse.

Cet effet de génération sur l'emploi se retrouve sur l'état de santé : la littérature montre que la génération Baby-Boom, exposée au plein emploi, est en meilleure santé (Caldbick et al., 2014; Rice et al., 2010; Topiwala et al., 2014).

L'analyse générationnelle nous permet d'adapter les messages de prévention aux populations; par exemple, un effet génération a été montré pour l'obésité aux USA et en France, avec un effet important touchant notamment les générations plus jeunes (Diouf et al., 2010; Reither et al., 2009) ; toutefois l'effet période doit également être pris en compte (Badley Elizabeth M. et al., 2015).

4.5.3.2 *Inégalités sociales et situation de précarité : emploi des femmes pendant la grossesse*

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes exerçant une profession se sont modifiées : auparavant les femmes qui exerçaient un travail appartenaient principalement aux catégories sociales les plus défavorisées avec nécessité de travailler, parfois dans les pires conditions (mines, champs), pour des raisons financières, de nos jours l'ensemble des femmes travaillent, et les femmes qui ont davantage la possibilité de travailler sont les femmes qui ont une situation sociale plus favorisée.

Au cours du 20e siècle, l'accès à la scolarisation des femmes et l'élévation du niveau d'études féminin mais aussi l'école gratuite pour les enfants en bas âge, rendant possible la garde en journée, modifie le paysage professionnel pour les femmes. Les femmes appartenant aux catégories plus aisées accèdent alors à des professions plus qualifiées avec des conditions d'exercice moins pénibles.

5 ARRET DE L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE AU COURS DE LA GROSSESSE

Déterminants sociaux, professionnels et médicaux des arrêts de l'activité professionnelle pendant la grossesse

5.1 INTRODUCTION SUR LE CONGE MATERNITE

5.1.1 **Histoire et évolution du congé maternité**

Les évolutions législatives et réglementaires autour du congé maternité ont été tumultueuses au fil du temps, traduisant le paradoxe existant entre le combat féministe pour le maintien d'une égalité paritaire femme/homme dans le travail et les réglementations sociales favorables à la fécondité, attentive à la santé périnatale et à la protection des femmes enceintes.

5.1.1.1 *L'instauration des congés maternité en France*

A la fin du 19e siècle, alors que les femmes voulaient être considérées comme les égales de l'homme dans l'activité professionnelle, la question de la grossesse dans l'emploi plonge l'intimité des femmes dans la sphère publique. Avec l'augmentation continue du taux d'emploi des femmes pendant la grossesse, il a été nécessaire d'instaurer des lois concernant la protection des femmes enceintes au travail, avant et après l'accouchement. Le débat autour du congé maternité a été compliqué car au début les mouvements féministes refusaient l'idée d'un congé maternité, jugeant que la protection de la maternité par une interruption de l'activité professionnelle était une atteinte au droit des travailleuses (Cova, 2000).

De 1890 à 1930, une série d'études épidémiologiques rétrospectives sur les nuisances de l'emploi occupé par les femmes sur la grossesse ont été menées (McDougall, 1983). En 1895, Adolphe Pinard, médecin, observe que la diminution du travail avec port de charges lourdes pendant la grossesse et surtout le repos en fin de grossesse peut diminuer « la prématurité » chez ces femmes travailleuses à risque. En effet, son enquête observationnelle comparant les femmes se reposant aux femmes travaillant jusqu'à terme montrait un poids de naissance plus important pour les enfants nés de mère s'étant reposées à la fin de la grossesse. Il soumet l'idée que la collectivité doit prendre en charge les femmes salariées en fin de grossesse, avec une compensation du salaire perdu car elles seront en arrêt ou hospitalisées pour éviter la morbidité liée à une charge de travail pendant la grossesse. En pleine révolution industrielle, M. Pinard, député de surcroît, permet en partie le vote de la loi Engerand, le 27 novembre 1909, pour la protection de l'emploi des femmes en couche avec un arrêt possible de 8 semaines. C'est le début du congé maternité : les femmes peuvent quitter leur emploi en fin de grossesse afin de préparer la naissance avec l'assurance de le retrouver en post-partum.

Malheureusement, à cette date seulement quelques mutuelles assurent une compensation pour ce congé prénatal, alors que la majorité des femmes sont ouvrières ou paysannes dans des conditions de travail physiquement exigeantes.

En 1913, une loi instituant un repos obligatoire avec le paiement d'allocation est adoptée. La loi oblige les femmes à prendre 4 semaines de repos en post-partum. Le congé prénatal reste facultatif et ne peuvent y prétendre que les femmes ayant vu un médecin objectant la possibilité de maintenir le travail à cause de la grossesse en cours. Le congé est prévu pour 8 semaines, les femmes sont indemnisées faiblement selon leur commune d'habitat (Strauss, 1913).

Une quarantaine d'années après, dans un contexte économique de baisse de la natalité, s'affirme une prise de conscience française, européenne puis internationale dans l'intérêt d'une protection maternelle et infantile. Robert Debré, pédiatre, relate une étude européenne effectuée par ses soins en 1929 sur les causes de mortinatalité, mettant en avant la prématurité présente surtout dans les régions rurales et pauvres, où les femmes enceintes se retrouvent à devoir travailler dans des conditions pénibles (Debré et al., 1933). Il évoque également les risques liés aux infections, notamment les diarrhées, plus fréquentes dans les milieux moins salubres.

En 1945, quelques pays européens mais aussi l'Australie, la Nouvelle Zélande et le Japon formalisent le congé maternité indemnisé. La France, avec 6 semaines de congé prénatal et 8 semaines de congé postnatal, se situe dans la limite basse par rapport au Royaume-Uni ou aux pays du Nord et de l'Est de l'Europe.

Le plan de périnatalité de 1972 visant principalement à réduire la prématurité, s'est accompagné d'une augmentation de la prescription des arrêts de travail en fin de grossesse. La question de la prématurité ne pouvant être résolue par l'arrêt de l'ensemble des femmes très tôt pendant la grossesse, les obstétriciens ont établi un score de risque en fonction non seulement des antécédents mais aussi des risques d'exposition (type de travail, temps de trajet…).

Le recul de la prématurité en France s'inscrit dans le cadre d'une politique de prévention avec l'instauration du congé maternité mais est surtout lié aux progrès de la médecine néonatale depuis les années 1960. Une baisse du taux de naissances prématurées entre 1972 et 1986 est observée et mise en lien avec les politiques de prévention (suivi prénatale, arrêt de travail) (Papiernik / Goffinet, 2004). Par ailleurs, les conditions générales de travail des femmes se sont améliorées, notamment pour les composantes ergonomiques. En revanche on peut noter une augmentation de l'exposition des femmes aux substances toxiques et à des conditions de travail et de vie stressante.

La loi du 12 juillet 1978 instaure le congé maternité à 16 semaines, pour une grossesse normale (anon., s. d.). Les femmes ayant déjà deux enfants peuvent allonger le congé prénatal de 2 semaines et le congé postnatal à 18 semaines depuis la loi du 17 juillet 1980 (anon., s. d.). Pour une grossesse dite pathologique les femmes peuvent allonger le congé prénatal de 2 semaines. Depuis mars 2007, les femmes salariées ont le choix de reporter 3 semaines maximum de leur congé prénatal en postnatal (anon., 2007).

5.1.1.2 *Evolution récente en France*

En France, en mai 2011, le sénat propose un texte de loi visant à allonger le congé maternité à 18 semaines, en améliorant l'indemnisation du salaire (problème du plafonnement) avec une extension des droits des femmes salariées aux non salariées, afin d'harmoniser les modalités de l'arrêt quel que soit le type de professions et de régime. Ce projet de loi est rejeté alors qu'il proposait une modernisation de l'assurance maternité et une harmonisation de la durée du congé maternité par rapport aux autres pays européens (Campion, 2011). De nouveau en février 2017, l'Assemblée nationale vote un amendement proposé par Marie-George Buffet pour porter la durée du congé maternité à 18 semaines. En raison des élections présidentielles et législatives de 2017 la suspension de la session parlementaire interrompt l'évolution de la législation. Une convergence des droits au congé maternité entre salariées et indépendantes devrait être votée en 2019.

5.1.1.3 *Europe et International*

L'organisation internationale du travail (OIT) s'est accordée en 1919 sur la protection maternité, reconnaissant un congé prénatal obligatoire de 6 semaines et un congé postnatal facultatif de 6 semaines avec « une indemnité suffisante pour son entretien (des femmes) et celui de son enfant dans de bonnes conditions d'hygiène » (Organisation Internationale du Travail, 1919). La révision du texte initial en 1952 détermine les indemnités sur la base du gain antérieur avec une couverture égale au moins à deux tiers de ce gain, financée par un système d'assurance sociale obligatoire (Organisation internationale du travail 1952).

La directive européenne du 19 octobre 1992 sur l'assurance maternité fixe un congé maternité (prénatal et postnatal) minimal de 14 semaines indemnisé, avec maintien des droits liés au travail et maintien d'une rémunération presque équivalente dans la limite d'un plafond fixé par les législations nationales (anon., s. d.). L'extension à 18 semaines de congé maternité rémunéré proposée en 2008 a été rejetée (anon., 2008).

En octobre 2010, le parlement français propose un projet de loi au niveau Européen pour un congé maternité de 20 semaines, avec maintien d'une rémunération (Campion, 2011). Ces deux propositions ont été refusées pour les raisons suivantes : risque financier dans un contexte de crise économique

nationale et européenne et risque d'exclusion de l'emploi pour les femmes, lié à une rupture trop longue avec l'environnement professionnel. Certains opposants aux textes proposent de répartir plus équitablement les congés entre le père et la mère.

5.1.1.4 *France : Principales évolutions de loi du congé maternité*

Figure 5-1 Encadré sur les évolutions de loi du congé maternité

1892 : interdiction du travail de nuit aux femmes

1909 : possibilité de suspendre son travail (aucune obligation, aucune rémunération) pendant 8 semaines avant/après l'accouchement. Les employeurs ont l'interdiction de rompre le contrat de travail des femmes dans les 2 semaines après l'accouchement

1910 : 8 semaines de congés maternité rémunérées autour de l'accouchement pour les enseignantes

1911 : congés maternité rémunérés étendus aux employées des Postes et aux arsenaux

1913 : congé maternité de 8 semaines avec interdiction d'embaucher une femme dans les 4 semaines après son accouchement. Indemnisation des femmes les plus défavorisées (1/3 du salaire quotidien) avec allocation journalière dès lors que les femmes se présentent aux consultations avec leur nourrisson

1928 : droit de 12 semaines de congés maternité. Extension possible à 15 semaines si pathologies pré ou post natales. Indemnisation complète des employées de l'Etat

1930 : assurance maternité, avec indemnisation selon le régime de sécurité sociale, pendant les 12 semaines d'arrêt. Indemnité journalière de 90 % avec plafond

1966 : 6 semaines avant, 8 semaines après l'accouchement

1978 : 6 semaines avant, 10 semaines après

1980 : allongement du congé maternité pour le 3^{e} enfant ou ultérieur. Ajout de 6 semaines de congés pathologiques si l'état de la mère est décrit comme tel ; 2 semaines en prénatal et 4 semaines en post-natal

2006 : allongement du congé maternité pour les femmes accouchant 6 semaines avant le terme et avec un enfant nécessitant une hospitalisation

2007 : possibilité de report du congé maternité prénatal (3 semaines maximum) en post-natal

2017 : l'Assemblée nationale vote un amendement pour porter la durée du congé maternité à 18 semaines.

5.1.2 Modalités d'arrêt et indemnisation actuelles pendant la grossesse en France

Il existe plusieurs régimes de couverture sociale en France : le congé maternité n'est pas le même pour toutes les femmes pendant la grossesse:

- régime général pour les salariés, qui couvre environ 80 % de la population
- régime autonome non agricole, pour les professions libérales (Régime social des Indépendants)
- régime agricole, pour les personnes vivant de l'agriculture (Mutualité sociale agricole)
- régimes spéciaux (une centaine) pour certaines catégories spécifiques : SNCF, RATP, militaire, minier, Sénat, Assemblée nationale…

Voici le détail des principaux régimes d'assurance maladie en France :

5.1.2.1 ***Assurance maladie***

5.1.2.1.1 Les modalités d'arrêts

Les congés sont indemnisés avant et après l'accouchement (en fonction du nombre d'enfants des femmes, des grossesses multiples et des pathologies). Il est interdit de licencier une femme enceinte et il existe un aménagement du temps et de la pénibilité du travail au moment de la grossesse (tableau 5-1).

Tableau 5-1 Modalités et terme d'arrêt maternité France pour les femmes salariées

Enfant(s)	Prénatal	Postnatal	Terme arrêt	+ congés pathologiques
1 ou 2	6 semaines	10 semaines	[35 SA	[33 SA
3 ou plus	8 semaines	18 semaines	[33 SA	[31 SA
Jumeaux	12 semaines	22 semaines	[29 SA	[27 SA

Des congés supplémentaires sont accordés, sur prescription médicale, en cas d'état pathologique lié à la grossesse ou à l'accouchement. Ces congés supplémentaires sont des congés maternité (et non de maladie).

- 2 semaines avant le début du congé prénatal. Ces congés supplémentaires peuvent être prescrits à tout moment de la grossesse et être découpés en plusieurs périodes ;
- 4 semaines après le congé postnatal.

La mère peut choisir d'écourter son congé maternité, mais elle a l'obligation de s'arrêter de travailler pendant 8 semaines (dont 6 après l'accouchement). Les employeurs peuvent être pénalisés s'ils font travailler les salariées pendant cette période.

En cas d'accouchement après la date prévue, le congé prénatal est prolongé jusqu'à l'accouchement sans que le congé postnatal soit réduit. En cas d'accouchement avant la date prévue, le congé prénatal non pris peut-être reporté après l'accouchement. En cas d'accouchement plus de 6 semaines avant la date prévue, et exigeant l'hospitalisation de l'enfant, les mères bénéficient d'une période supplémentaire de congé égale au nombre de jours compris entre la date réelle de l'accouchement et le début du congé prénatal. En cas d'hospitalisation de l'enfant au-delà de la 6ème semaine suivant sa naissance, la mère peut reprendre son travail et reporter la durée du congé postnatal non prise à la fin de cette hospitalisation.

Le congé parental est prévu par la loi de 1966 et garantit le maintien de l'emploi pendant une période plus longue que celle du congé maternité, avec réintégration de l'emploi précédent au retour du congé.

5.1.2.1.2 Couverture santé

Elle permet la couverture à 100 % des frais liés à la grossesse et à l'accouchement. Elle inclut les frais liés au traitement prénatal et postnatal comme les médicaments, les visites chez le médecin, l'hospitalisation et les analyses.

5.1.2.1.3 Indemnités journalières pour les congés maternité

Pour avoir droit aux indemnités journalières pendant le congé maternité, il faut justifier de 10 mois d'immatriculation en tant qu'assurée sociale à la date prévue de l'accouchement. Toutes les femmes enceintes salariées ont droit à des indemnités pendant leur congé maternité. L'indemnité journalière maternité est égale au gain journalier de base. Celui-ci est calculé sur les salaires des 3 derniers mois (ou des 12 mois en cas d'activité saisonnière ou discontinue) qui précèdent l'interruption de travail du fait de la grossesse, dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale de l'année en cours.

Le montant maximum de l'indemnité journalière maternité est de 86 euros par jour (01/01/2018). À noter que des conventions collectives ou des accords de branche peuvent prévoir le maintien du salaire par l'employeur pendant le congé maternité. Dans cette situation, les indemnités journalières leur sont versées directement, c'est ce qu'on appelle la « subrogation ».

Les indemnités journalières versées pour arrêt maladie pendant la grossesse sont égale à 50 % du salaire de base.

5.1.2.2 *Régime social des indépendants*

Les femmes exerçant une profession libérale (avocate, médecin, architecte, notaire, etc.) affiliées au Régime social des indépendants (RSI) peuvent percevoir des prestations maternité.

5.1.2.2.1 Couverture santé

Le RSI prend en charge à 100 % les frais liés à la grossesse et à l'accouchement. La couverture inclut les soins dispensés pendant les 4 derniers mois de la grossesse et jusqu'à 12 jours après la date réelle de l'accouchement, les examens obligatoires pré et post-natals, l'hospitalisation (honoraires et frais de séjour), et les soins ou l'hospitalisation de l'enfant dans un délai de 30 jours après sa naissance.

5.1.2.2.2 Compensation financière à l'occasion de la grossesse

Pour les indépendantes, l'allocation forfaitaire de repos maternel a pour objectif de compenser en partie la diminution de l'activité professionnelle, son montant s'élève à 3 129 euros (01/01/2018) versé en deux fois : à la fin du 7^{e}mois, puis après l'accouchement. L'indemnité journalière forfaitaire sera versée en cas de cessation d'activité pendant 44 jours consécutifs dont 14 jours avant la date présumée de l'accouchement. L'arrêt de travail peut être prolongé par une ou deux périodes de 15 jours successifs, et 30 jours d'arrêt supplémentaires peuvent en outre être accordés par le médecin (de 2 262,92 euros pour les 44 premiers jours de cessation d'activité et de 771,45 euros par période de 15 jours supplémentaires (01/01/2018)). Ces deux aides sont cumulables.

5.1.2.3 *Le régime agricole (Mutualité Santé Agricole ou MSA)*

5.1.2.3.1 Couverture santé

L'assurance maternité assure à partir du 3^{e} mois de grossesse la prise en charge à 100 % de l'ensemble des soins médicaux pendant la grossesse, à l'accouchement et en suite de couches.

5.1.2.3.2 Compensation financière pendant la maternité

Les modalités de congés maternité sont identiques à celles du régime général (6 semaines avant et 10 après l'accouchement). Durant cette période, la MSA verse des indemnités journalières destinées à compenser la perte de salaire provoquée par l'arrêt de travail. L'indemnité journalière maternité est égale au gain journalier net de base. Ce gain journalier est calculé à partir des salaires perçus au cours des 3 derniers mois précédant l'interruption de travail, dans la limite de certains plafonds (9,26 euros minimum par jour et 81,27 euros par jour maximum (01/01/2018)).

Si la femme est chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, associée d'exploitation, collaborateur d'exploitation ou aide familiale, le congé maternité se traduit par une allocation de remplacement. Pour bénéficier de ces indemnités il faut participer à temps plein ou à temps partiel aux travaux de l'exploitation ou de l'entreprise agricole et être à ce titre affilié à l'Assurance maladie des exploitants agricoles.

5.1.3 Objectifs principaux du travail présenté dans ce chapitre

Toutes les femmes enceintes qui travaillent de manière légale ont la possibilité de prendre un congé prénatal. En fonction de la profession et surtout du régime de couverture sociale, l'arrêt est plus ou moins long et plus ou moins rémunéré.

L'objectif de cette partie était d'analyser les déterminants de l'arrêt de l'activité professionnelle pendant la grossesse à partir des données de l'enquête nationale périnatale de 2010 principalement. Nous avons analysé les caractéristiques sociales, professionnelles et médicales associées aux arrêts de l'activité professionnelle, en nous intéressant particulièrement aux arrêts précoces (avant 24 SA) et tardifs (après 36 SA révolues).

Les données de 2016 ont également été analysées afin de faire une comparaison des résultats de 2010. Une description de l'évolution du moment de l'arrêt de l'activité professionnelle entre 1995 et 2016 a ensuite été réalisée.

5.2 CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES, SOCIALES ET MEDICALES DES FEMMES AYANT UN ARRETE LEUR ACTIVITE PROFESSIONNELLE AVANT 24 SEMAINES D'AMENORRHEE

5.2.1 Résumé

Contexte : En France, la plupart des femmes en âge de procréer travaillent. La loi sur les congés prénataux en France protège les femmes pendant la grossesse. L'objectif était de décrire combien de temps les femmes cessent de travailler avant l'accouchement et d'analyser l'association entre les arrêts de l'activité professionnelle prénataux précoces (avant 24 semaines d'aménorrhée) et les facteurs professionnels, sociaux et médicaux.

Méthodes : L'échantillon est issu de l'enquête nationale périnatale de 2010. Des femmes ont été interrogées dans toutes les maternités de France pendant une semaine. L'analyse a porté sur les femmes ayant une naissance vivante, unique, en métropole, et qui travaillaient pendant la grossesse (n = 10,149). Le moment de l'arrêt de l'activité professionnelle prénatal était défini par la question «Quand avez-vous interrompu votre travail, c'est-à-dire sans le reprendre jusqu'à l'accouchement?». Les femmes ont été interrogées pendant leur séjour en suites de couches pour recueillir des informations sur l'emploi, les caractéristiques sociodémographiques et médicales.

Résultats : Parmi les femmes qui ont travaillé pendant la grossesse, 27,5 % ont déclaré un arrêt de l'activité professionnelle précoce. Les arrêts précoces étaient plus fréquents pour les femmes ayant des emplois précaires (contrat à durée déterminée vs contrat à durée indéterminée: odds ratio ajusté [aOR] = 1.60 [intervalle de confiance à 95 % 1.40-1.84]) et pour les catégories professionnelles moins qualifiées (ouvrières vs cadres et professions intellectuelles supérieures: aOR = 2.96 [2.30-3.82]), même après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques et sur les autres caractéristiques de l'emploi. Les femmes ayant des antécédents obstétricaux pathologiques ou une grossesse à risque ont quitté plus souvent leur travail avant 24 semaines. Après stratification sur le type de grossesse, pathologique ou normale, le taux d'arrêt de l'activité professionnelle précoce était plus élevé chez les femmes ayant un emploi peu qualifié.

Conclusion: En France, la vulnérabilité sociale des femmes enceintes, correspondant à une situation sociale défavorisée ou à des emplois peu qualifiés, est associée à des arrêts de l'activité professionnelle précoces plus fréquents, même après stratification sur le risque médical de la grossesse.

Mots-clés: grossesse, congé prénatal, activité professionnelle, vulnérabilité sociale

5.2.2 Introduction

En France, la plupart des femmes en âge de procréer ont un emploi. En 2014, l'âge moyen au premier enfant était de 28 ans et l'indice de fécondité était l'un des plus élevés d'Europe, avec 2 enfants par femme (Bellamy / Beaumel, 2015). Les enquêtes nationales périnatales ont montré une augmentation régulière du taux d'emploi des femmes pendant la grossesse, de 53 % en 1972 (Unité de recherche épidémiologique sur la mère et l'enfant (Le Vésinet et al., 1984) à 66 % en 2003 (B. Blondel et al., 2012) puis 71 % en 2016 (Blondel et al., 2017).

Comme nous l'avons vu, en France les premières lois protégeant les femmes au travail pendant la grossesse ont été adoptées au début du 20ème siècle, à partir de données hospitalières montrant que les femmes qui n'avaient pas de repos prénatal avaient un risque accru d'avoir un enfant de petit poids de naissance. La loi a été élaborée pour protéger la santé des femmes et de leur futur enfant et pour protéger les femmes au travail (Odul-Asorey, 2013). Les femmes ne peuvent pas être licenciées en raison de leur état de grossesse, et les employeurs doivent aménager les postes de travail s'ils ne sont pas compatibles avec la grossesse.

Comme nous l'avons développé dans le chapitre précédent (figure 5-1 et tableau 5-1), actuellement, les femmes sont financièrement indemnisées pour ce congé maternité avant et après l'accouchement (en fonction du nombre d'enfants et du type de grossesse: multiple ou pathologique). Pendant le congé, les femmes salariées reçoivent au moins 82 % de leur salaire. En revanche, certaines professions indépendantes ont seulement une «indemnité de remplacement» qui leur permet d'embaucher quelqu'un un remplacement pendant une courte période.

Si une femme salariée bénéficie d'un arrêt maladie pendant la grossesse en plus du congé pathologique de grossesse, elle percevra un congé de maladie rémunéré à hauteur de 50 % de son salaire.

Un arrêt de l'activité professionnelle précoce pendant la grossesse, même partiellement compensé, entraînera une diminution du revenu et très probablement un isolement social. Cela peut avoir comme conséquence la perte d'un emploi ou un retour difficile au travail après la naissance. La grossesse est un état physiologique normal, et à moins que la grossesse ne soit pathologique, les femmes ne devraient pas arrêter leur travail avant leur congé maternité. Les arrêts maladie pendant la grossesse avant le congé maternité légal ne devraient concerner que des femmes ayant une grossesse pathologique. Les femmes présentant des vulnérabilités sociales (revenus peu importants, bas niveau d'étude, pas de partenaire, emploi en situation précaire) ont plus de risque d'avoir une grossesse pathologique (Goldenberg et al., 2008; M. s. Kramer et al., 2000) et donc plus de risque d'avoir un arrêt de l'activité professionnelle précoce pendant la grossesse.

Nous formulons l'hypothèse que les femmes en situation de vulnérabilité sociale (faible niveau d'études, faibles revenus, sans partenaire) et ayant un emploi précaire (contrat à durée déterminée, faible statut professionnel) quittent plus souvent leur emploi très tôt pendant la grossesse. Notre objectif a été 1) de décrire combien de temps avant l'accouchement les femmes enceintes cessent de travailler et 2) d'analyser l'association entre les facteurs professionnels, sociaux et médicaux et un arrêt de l'activité professionnelle prénatal précoce, en utilisant les données de l'échantillon national des naissances de 2010.

5.2.3 Méthodes

5.2.3.1 *Population et enquête*

L'enquête nationale périnatale de 2010 a permis de constituer un échantillon national représentatif. L'échantillon total comprenait 15 187 femmes. Les naissances hors de France métropolitaine (n = 506), les grossesses multiples (n = 221) et les interruptions médicales de grossesse ou morts fœtales (n = 134) ont été exclues. Les cas avec des données manquantes pour l'emploi pendant la grossesse (n = 375) ont également été exclus. L'échantillon de l'étude était composé de 13 951 femmes. L'analyse a porté sur les femmes qui travaillaient pendant la grossesse (n = 10 149) et qui ont répondu à la question sur la date d'arrêt de travail (n = 8804), et nous avons comparé les caractéristiques des femmes qui ont répondu oui ou qui n'ont pas donné de réponse à la question de l'arrêt de l'activité professionnelle (Figure 5-2)

5.2.3.2 *Variables dépendantes*

Les femmes ont été interrogées sur la date précise du congé: "«Quand avez-vous interrompu votre travail, c'est-à-dire sans le reprendre jusqu'à l'accouchement?». L'âge gestationnel à l'arrêt a été défini à partir de la date du début de grossesse et de la date à l'arrêt de travail (sans reprise). Le moment de l'arrêt de l'activité professionnelle a été modélisé en classes : arrêt avant 15 semaines d'aménorrhée (SA), entre 15 à 23 SA, 24 à 30 SA, 31 à 36 SA et à 37 SA ou plus tard, correspondant respectivement au premier trimestre de la grossesse, à la première moitié du deuxième trimestre, à un congé pour grossesse pathologique, à un congé prénatal aux dates « normales » et à un congé tardif où les femmes salariées devraient ne pas travailler.

L'arrêt prénatal précoce a été défini par un arrêt de l'activité professionnelle avant 24 SA.

5.2.3.3 *Variables indépendantes*

Les facteurs professionnels suivants ont été analysés : le groupe professionnel (classification française habituelle), le type de contrat de travail (durée indéterminée, durée déterminée, travail indépendant ou inconnu) et le temps de travail (temps partiel ou temps plein).

Les femmes ayant une hypertension artérielle chronique avant la grossesse, un indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m² ou un antécédent obstétrical pathologique (naissance prématurée, petit poids pour l'âge gestationnel ou mort fœtale pour une grossesse précédente) ainsi que celles ayant eu, pour la présente grossesse, une hospitalisation, une suspicion de retard de croissance, une hypertension ou pré éclampsie, un diabète gestationnel ou une menace de naissance prématurée ont été considérées comme ayant une grossesse à risque.

Les professionnels chargés de la surveillance médicale de la grossesse ont été classés en tant que gynécologues-obstétriciens, généralistes ou bien sages-femmes.

5.2.3.4 *Variables d'ajustement*

Les résultats ont été ajustés sur des caractéristiques sociodémographiques comme l'âge, la parité, le fait d'avoir un partenaire et la situation professionnelle du partenaire, ainsi que la zone de résidence (rurale, péri-urbaine, urbaine).

5.2.3.5 *Analyses*

Nous avons dans un premier temps testé l'association entre les moments de l'arrêt pendant la grossesse et les caractéristiques professionnelles.

Dans un deuxième temps l'association entre les caractéristiques sociales et démographiques et l'arrêt précoce, avant 24 SA, a été testée, et les caractéristiques ont été incluses dans une analyse multivariée si l'association était significative ($p < 0,05$). Puis dans un troisième temps nous avons testé l'association entre les facteurs professionnels, en 5 modalités, et l'arrêt de l'activité professionnelle précoce. Dans une deuxième étape, nous avons exploré l'impact des facteurs médicaux, en analysant la fréquence d'un arrêt précoce selon que les grossesses étaient à risque ou non et selon les professionnels en charge du suivi médical de la grossesse. Enfin, nous avons analysé la fréquence des arrêts précoces selon les caractéristiques professionnelles (groupe professionnel, type de contrat de travail et temps de travail) après stratification en grossesse à risque médicale ou sans risque.

5.2.3.6 *Analyses statistiques*

Le test de Chi2 a été utilisé pour les comparaisons de fréquences, $p<0.05$ était considéré comme le seuil de signification. Des régressions logistiques, bivariées et multivariées, ont été réalisées. Des odds ratios ajustés (ORaj) et leurs intervalles de confiance à 95 % ont été calculés après ajustement sur les facteurs sociaux et professionnels. Les analyses ont été conduites à l'aide du logiciel Stata V.13.

5.2.4 Résultats

En 2010, parmi les 13 951 femmes ayant eu une grossesse unique et un enfant né vivant en métropole, 72,8 % ont déclaré avoir occupé un emploi pendant la grossesse, 7,9 % étaient au chômage, 2,9 % étudiantes et 16,4 % femmes au foyer.

L'échantillon incluait 10 149 femmes ayant occupé un emploi. Parmi elles, 13,3 % ne précisaient pas la date de l'arrêt de travail avant l'accouchement. Ces femmes étaient significativement plus âgées, plus souvent nées hors de France, avaient plus d'enfants, un niveau d'études plus faible, vivaient plus souvent avec un partenaire sans emploi ou n'avaient pas de partenaire, et vivaient dans des ménages à plus faibles revenus que celles qui donnaient une réponse à cette question. Elles travaillaient plus souvent à temps partiel avant l'arrêt, occupaient plus souvent un emploi de personnel de service ou d'ouvrière et ne répondaient pas à la question relative au contrat de travail (données non montrées).

5.2.4.1 *Date à l'arrêt de travail prénatal*

Le moment de l'arrêt prénatal variait selon les caractéristiques professionnelles (tableau 5-2) : les femmes « travailleuses indépendantes » travaillaient plus longtemps pendant la grossesse, de même que les femmes occupant des emplois de cadres supérieures ou de professions intellectuelles, tandis que les ouvrières, personnels de service et employées de commerce quittaient souvent leur travail au cours du premier trimestre. Les femmes avec un contrat à durée déterminée ou précaire étaient plus nombreuses à quitter leur travail tôt que les femmes ayant un contrat à durée indéterminée (40,1 % par rapport à 25,3 % respectivement avant 24 SA).

Dans l'ensemble, 27,5 % des femmes ont quitté leur emploi avant 24 SA. Les caractéristiques sociodémographiques associées à un arrêt précoce étaient le jeune âge (42 % des femmes de moins de 25 ans), le nombre d'enfants et le fait de vivre en zone rurale (données non présentées). Les femmes quittaient leur emploi plus tôt si elles n'avaient pas de partenaire (34,5 %), si leur partenaire ne travaillait pas (34,3 %) ou s'il était ouvrier (34,1 %) plutôt que cadre supérieur ou profession intellectuelle (17,1 %). La nationalité des femmes n'était pas associée à un arrêt précoce.

La fréquence de l'arrêt précoce augmentait avec la diminution de la qualification professionnelle, même après ajustement sur les variables de confusion possibles (tableau 5-2). De même, le fait d'avoir un contrat à durée déterminée ou un emploi à temps partiel était associé à un arrêt prénatal précoce plus fréquent. Plus de la moitié des femmes ayant un contrat à durée déterminée ou précaire ont déclaré être au chômage à la fin de la grossesse, comparé à moins de 5 % des femmes avec d'autres types de contrats (données non présentées).

5.2.4.2 *Caractéristiques médicales associées à l'arrêt précoce*

Avoir une grossesse à risque ou pathologique était associé à une fréquence plus élevée de l'arrêt précoce : 36,0 % au lieu de 22,6 % pour une grossesse normale.

Les femmes qui étaient suivies principalement par un généraliste ont plus souvent quitté leur travail tôt (34,1 %) que celles suivies par un gynécologue-obstétricien (26,7 %) ou une sage-femme (28,2 %); après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et médicales de la grossesse (normale ou à risque), cette différence n'était plus significative (données non présentées).

5.2.4.3 *Caractéristiques professionnelles associées à l'arrêt précoce après stratification sur les conditions médicales de la grossesse*

Le gradient observé selon les catégories professionnelles, le type de contrat et le temps de travail, était toujours observé après stratification sur le fait que la grossesse soit normale ou pathologique (tableau 5-3). Pour les femmes ayant une grossesse normale, celles occupant des emplois moins favorisés, telles que les employées de commerce, les personnels de service ou les ouvrières, étaient presque trois fois plus nombreuses à quitter leur travail avant 24 SA que les cadres supérieures ou les femmes exerçant des professions intellectuelles.

5.2.5 Figures et tableaux

Figure 5-2 Diagramme de flux 2010

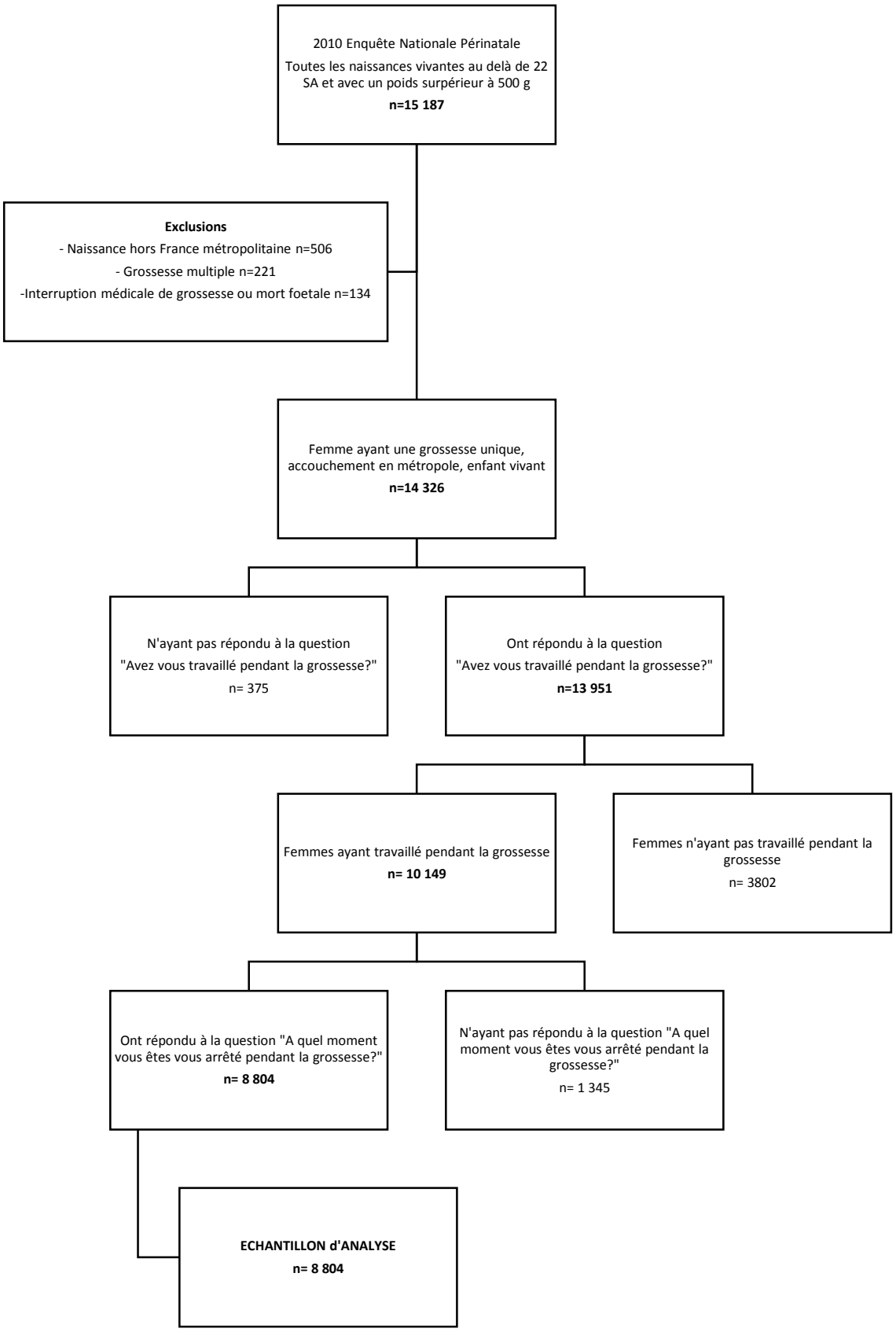


Tableau 5-2 Caractéristiques professionnelles et moment de l'arrêt de travail en 2010

		Age gestationnel à l'arrêt de travail (SA)					
		< 15	[15-23]	[24-30]	[31-36]	> 37	
	N	%	%	%	%	%	p
Total	8804	9,5	18,0	32,0	36,8	3,7	
Groupe professionnel							<0,001
Cadre supérieur ou profession intellectuelle	1433	3,7	9,9	28,1	49,8	8,5	
Profession intermédiaire	2384	7,3	17,6	34,5	37,8	2,9	
Employée administrative, de bureau	2499	8,8	18,1	33,5	37,5	2,2	
Employée de commerce	845	14,2	25,4	33,6	25,9	0,8	
Personnel de service	753	15,4	23,4	28,6	30,9	1,7	
Ouvrière	575	20,3	23,8	31,3	22,6	1,9	
Agricultrice - artisane	215	3,7	9,3	22,8	41,9	22,3	
Type de contrat de travail							<0,001
Contrat à durée indéterminée	6584	7,5	17,8	34,2	38,0	2,5	
Contrat à durée déterminée ou précaire	1357	16,9	23,2	29,0	28,5	2,4	
Travailleuse indépendante	474	4,2	8,2	20,9	42,8	23,8	
Donnée manquante	389	22,6	15,2	18,5	39,6	4,1	
Temps de travail							<0,001
Temps plein	6903	8,4	17,8	31,6	38,3	3,9	
Temps partiel	1721	10,9	19,8	34,0	32,4	2,9	

SA: en semaines d'aménorrhée

Tableau 5-3 Caractéristiques professionnelles et arrêt précoce, avant 24 SA, en 2010

	n	%	OR brut (IC à 95%) N=8804	p	ORaj (IC à 95%)[a] n=8415	p
Total	8804	27,5				
Groupe professionnel				<0.001		<0.001
Cadre supérieur ou profession intellectuelle	1433	13.6	1		1	
Profession intermédiaire	2384	24.9	2.10 [1.76-2.51]		1.75 [1.45-2.12]	
Employée administrative, de bureau	2499	26.9	2.33 [1.96-2.78]		1.66 [1.37-2.02]	
Employée de commerce	845	39.6	4.17 [3.40-5.12]		2.95 [2.35-3.71]	
Personnel de service	753	38.8	4.02 [3.26-4.96]		2.66 [2.10-3.38]	
Ouvrière	575	44.2	5.02 [4.02-6.28]		2.95 [2.30-3.80]	
Agricultrice - artisane	215	13.0	0.95 [0.62-1.45]		0.99 [0.61-1.61]	
Type de contrat de travail				<0.001		<0.001
Contrat à durée indéterminée	6584	25.3	1		1	
Contrat à durée déterminée ou précaire	1357	40.1	1.97 [1.75-2.23]		1.60 [1.40-1.84]	
Travailleuse indépendante	474	12.4	0.42 [0.32-0.55]		0.51 [0.37-0.69]	
Donnée manquante	389	37.8	1.79 [1.45-2.22]		1.11 [0.85-1.44]	
Temps de travail				<0.001		0.121
Temps plein	6903	26.2	1		1	
Temps partiel	1721	30.7	1.25 [1.11-1.40]		0.90 [0.79-1.03]	

[a] ajusté sur l'âge, la parité, la situation de couple et l'emploi du partenaire, la zone de résidence et les caractéristiques professionnelles (groupe professionnel, type de contrat, temps de travail)

Tableau 5-4 Caractéristiques professionnelles et arrêt précoce, avant 24 SA, après stratification sur les conditions médicales de la grossesse, en 2010

	Grossesses normales					Grossesses à risque ou pathologiques				
	N	%	p	OR brut	ORaj[a]	N	%	p	OR brut	ORaj[a]
Total	5378	22.6		5378	5163	3189	36.0		3189	3027
Groupe professionnel										
Cadre supérieur ou profession intellectuelle	988	10.4		1	1	406	21.9		1	1
Profession intermédiaire	1526	20.5		2.22 [1.75-2.82]	1.74 [1.35-2.25]	792	33.5		1.79 [1.36-2.36]	1.64 [1.22-2.22]
Employée administrative, de bureau	1463	21.2		2.31 [1.82-2.94]	1.57 [1.20-2.04]	971	36.0		2.01 [1.53-2.63]	1.56 [1.15-2.11]
Employée de commerce	498	37.3		5.12 [3.90-6.73]	3.41 [2.51-4.63]	328	43.3		2.72 [1.97-3.75]	2.11 [1.47-3.04]
Personnel de service	415	35.2		4.66 [3.50-6.21]	3.08 [2.22-4.28]	316	43.0		2.69 [1.95-3.72]	1.84 [1.27-2.67]
Ouvrière	300	39.3		5.57 [4.09-7.59]	3.15 [2.22-4.47]	258	50.0		3.56 [2.54-5.00]	2.32 [1.58-3.41]
Agricultrice - artisane	134	11.9	<0.001	1.17 [0.67-2.04]	1.08 [0.56-2.07]	74	14.9	<0.001	0.62 [0.31-1.23]	0.76 [0.35-1.63]
Type de contrat de travail										
Contrat à durée indéterminée	4055	20.8		1	1	2351	33.2		1	1
Contrat à durée déterminée ou précaire	780	33.5		1.91 [1.62-2.26]	1.52 [1.26-1.84]	546	50.2		2.03 [1.68-2.44]	1.75 [1.42-2.16]
Travailleuse indépendante	297	10.1		0.43 [0.29-0.63]	0.51 [0.34-0.78]	164	17.1		0.41 [0.27-0.63]	0.50 [0.31-0.80]
Donnée manquante	246	32.5	<0.001	1.83 [1.39-2.42]	1.22 [0.86-1.72]	128	50.0	<0.001	2.01 [1.41-2.87]	1.18 [0.76-1.83]
Temps de travail										
Temps plein	4258	21.5		1	1	2451	34.8		1	1
Temps partiel	1011	25.2	0.011	1.23 [1.05-1.44]	1.16 [0.86-1.56]	673	38.5	0.081	1.17 [0.98-1.40]	1.20 [0.86-1.67]

[a] ajusté sur l'âge, la parité, la situation de couple et l'emploi du partenaire, la zone de résidence et les caractéristiques professionnelles (groupe professionnel, type de contrat, temps de travail)

5.2.6 Discussion

5.2.6.1 *Principaux résultats*

En France en 2010, 27,5 % des femmes enceintes ont cessé de travailler avant 24 SA, en particulier les femmes des groupes professionnels peu favorisés, avec un gradient selon les catégories professionnelles. Les femmes ayant une grossesse pathologique ou à risque ont quitté le travail plus tôt que les autres. Après stratification sur le type de grossesse (pathologique ou non), il restait encore un taux plus élevé d'arrêt précoce pour les femmes des catégories professionnelles moins qualifiées ou ayant un emploi précaire.

5.2.6.2 *Forces et limites*

À notre connaissance, il s'agit de la première étude en France et en Europe du Sud à analyser le calendrier des arrêts de l'activité professionnelle au cours de la grossesse parmi un large échantillon représentatif national, en tenant compte de nombreuses caractéristiques sociales et médicales.

Notre étude présente certaines limites. Il n'a pas été demandé aux femmes selon quelle modalité elles avaient quitté leur emploi, l'arrêt de l'activité pouvant être de plusieurs natures : congé maternité ou congé maternité pathologique, arrêt maladie au cours de la grossesse (congé professionnel rémunéré), congés annuels payés ou congés, licenciement, chômage ou fin d'un contrat à durée déterminée. Par exemple, plus de la moitié des femmes ayant un contrat à durée déterminée qui ont arrêté leur activité professionnelle avant 24 semaines d'aménorrhée étaient au chômage à la fin de la grossesse.

Treize pour cent des femmes n'ont pas répondu à la question sur la date de l'arrêt. Ces femmes semblaient être dans une situation sociale et financière vulnérable avec les mêmes caractéristiques que les femmes qui ont quitté leur emploi tôt (jeune âge, sans partenaire, parité élevée). Par conséquent, la fréquence des arrêts de l'activité précoce pourrait être sous-estimée. De plus, les femmes qui n'ont pas indiqué la date de l'arrêt de l'activité professionnelle peuvent avoir travaillé pendant une courte période ou avoir eu un contrat de travail précaire ou illégal. Ainsi, nous n'avons pas utilisé d'imputation multiple pour cette question car l'hypothèse de « données manquantes au hasard » pourrait ne pas être vérifiée.

5.2.6.3 *Interprétation*

5.2.6.3.1 Arrêt précoce

Dans l'ensemble, plus de la moitié des femmes ont quitté leur emploi plus tôt que le congé maternité habituel prévu par la loi (à 33-35 SA selon le nombre d'enfants), même avant le congé supplémentaire de deux semaines pour une grossesse pathologique. L'enquête périnatale de 1998 avait montré que 32 % des femmes qui travaillaient quittaient leur emploi avant 28 SA (Blondel et al., 2005), proportion en augmentation car en 2010 elles étaient 43 % dans ce cas. La vulnérabilité sociale, caractérisée par une situation sociale défavorisée et un emploi précaire (contrat à durée déterminée, travailleuses

manuelles) a favorisé un arrêt précoce. La seule étude en France qui a analysé les déterminants de la durée des arrêts prénataux a également indiqué que le moment d'arrêt de travail variait selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles (Penet, 2006).

Congé maternité dans d'autres pays

Le congé maternité est devenu une norme dans le monde entier, mais la durée du congé, le montant d'indemnisation et les critères d'accès au congé varient d'un pays à l'autre (Hegewisch / Gornick, 2011). La France propose aux femmes enceintes au moins 18 semaines de congé rémunéré (prénatal et postnatal). La Norvège donne 9 semaines aux femmes (3 avant la naissance et 6 après); les 26 semaines restantes (à 100 % du salaire) ou 36 semaines (à 80 %) sont un droit ouvert à la famille et peuvent être prises par l'un ou l'autre des parents. Aux États-Unis, le gouvernement fédéral accorde aux femmes enceintes un congé de 12 semaines, dont aucune n'est payée (Ray et al., 2010).

5.2.6.3.2 Pourquoi un arrêt précoce ?

Les femmes avec des antécédents médicaux avant la grossesse ou ayant une grossesse pathologique sont plus susceptibles que les autres de quitter tôt leur emploi. Cependant, la pathologie de la grossesse ne semble pas expliquer tous les arrêts précoces de l'activité professionnelle.

Après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, le gradient selon les groupes de professions est encore prononcé: les professions moins qualifiées quittent leur emploi plus tôt quasiment trois fois plus souvent. Les employées de commerce, les personnels de service et les ouvrières constituent des groupes professionnels avec un travail plus physique ou plus intense et les femmes peuvent ou doivent partir plus tôt pour ces raisons. En France, les femmes enceintes peuvent adapter leur poste de travail (changement de poste, aménagement, réduction d'horaire, changement d'équipe), mais toutes les femmes ne bénéficient pas de ces aménagements.

En Norvège, une étude menée de 2008 à 2010 analysait les congés maladie pendant la grossesse, en lien avec les pathologies et les facteurs sociaux, et trouvait des résultats similaires aux nôtres (Dørheim et al., 2013). Les congés longs étaient associés à des maux de grossesse plus fréquents (fatigue, maux de dos, vomissements) mais aussi à des caractéristiques de désavantage social (jeune âge, parité élevée, mauvaise santé mentale, difficultés professionnelles, faible niveau d'études, absence de partenaire, antécédents médicaux). Les femmes enceintes cumulant plusieurs vulnérabilités sociales et un travail pénible peuvent décider de quitter leur emploi plus tôt que la loi ne le prévoit, même si elles perdent une partie de leurs revenus, pour se concentrer sur leur grossesse. Les femmes ayant un travail intellectuel, moins exigeant sur le plan physique, et un soutien social (revenu suffisant, soutien familial) peuvent travailler plus longtemps jusqu'à la date du congé légal.

Dans certains groupes professionnels, la charge de travail est réduite par un arrêt précoce parce que le cumul des rôles - de travailleuse et de mère – semble trop difficile.

5.2.6.3.3 Conséquences d'un arrêt précoce: enjeux sanitaires et économiques

Toutes les études indiquent que les congés prénatals et postnatals rémunérés sont bénéfiques pour la santé de la mère et du nourrisson (Aitken et al., 2015). Cependant, quitter un emploi tôt pendant la grossesse peut avoir des conséquences financières, tant au niveau individuel que national.

D'une part, pour les femmes, la grossesse peut mener à l'isolement social : un congé de travail entraîne un retrait temporaire de la vie sociale que représente le milieu de travail. De plus, la grossesse et l'enfant attendu augmentent les dépenses, à un moment où le congé précoce n'est pas toujours compensé intégralement. Ainsi, un arrêt de l'activité professionnelle précoce durant la grossesse semble augmenter les inégalités sociales. Plusieurs lois en France et en Europe ont été rédigées pour compenser intégralement le congé maternité et éviter la perte d'une partie du salaire pendant la grossesse. Ces propositions ont été rejetées. En France, la réglementation du congé maternité devrait s'orienter vers une politique de protection de l'emploi des femmes plutôt que, comme actuellement, être guidé par une politique nataliste, vers la seule protection des femmes enceintes.

D'autre part, un long congé peut avoir des conséquences sur l'économie du pays. En France, l'institution responsable du contrôle des comptes publics (la Cour des comptes) déplore une augmentation constante des prestations pour congé professionnel avec un nombre croissant de femmes enceintes bénéficiant de l'allongement du congé pour grossesse pathologique ou de congés de maladie. La situation des professionnels de santé qui suivent les femmes enceintes est difficile. Face à des problèmes liés à la grossesse, ils choisissent souvent de prescrire un arrêt précoce pour prévenir l'évolution vers une pathologie plus sérieuse (Larsson et al., 2006). Certaines femmes peuvent percevoir des troubles liés à la grossesse comme plus handicapants que d'autres femmes, et doivent s'absenter de leur activité professionnelle pour se rétablir ou pour prévenir d'autres incapacités (Sydsjö / Sydsjö, 2005).

En Suède, le nombre de jours pris en congé maladie pendant la grossesse a été réduit de presque un mois lorsque l'indemnisation proposée par l'assurance sociale a été fortement diminuée (Sydsjö et al., 2006). En étudiant la relation entre ces réductions de temps de congé maternité et les issues de santé périnatale, les chercheurs ont constaté que les femmes qui travaillaient plus longtemps pendant la grossesse n'avaient pas d'issues périnatales plus défavorables que les femmes qui partaient 1 mois plus tôt (après ajustement sur l'âge, la parité, la consommation de tabac, l'âge gestationnel à l'accouchement et le type de profession), mais les analyses n'exploraient pas la situation sociale et

économique des femmes (Sydsjö et al., 2006). La réduction du congé prénatal n'est peut-être pas associée à une augmentation des grossesses pathologiques, mais certaines études ont montré que la fatigue et le stress augmentent le nombre d'hospitalisations et de visites aux urgences pendant la grossesse (Luke et al., 1999).

Les associations entre issues périnatales et le moment de l'arrêt prénatal sont controversées (Croteau et al., 2006; Croteau et al., 2013). En dehors des emplois avec des conditions de travail très difficiles (travail de nuit ou travail physique exigeant), pour lesquels un congé anticipé ou un changement de poste est nécessaire (Palmer et al., 2013b), il est difficile d'identifier le terme optimal du congé prénatal. Les données de notre enquête sont limitées car simplement observationnelles et ne peuvent déterminer les associations entre les arrêts précoces et les risques d'issues périnatales défavorables.

5.2.6.3.4 Emploi précaire et santé des femmes

Depuis 1960, la proportion de femmes sur le marché du travail a augmenté en France et dans la plupart des pays du monde. Cependant, l'emploi des femmes est menacé (taux de chômage élevé et emplois plus précaires : temps partiel ou contrat à durée déterminée) (Buffeteau / Afsa, 2006). Les emplois non garantis et les professions peu qualifiées, situations plus fréquentes chez les femmes, sont associés à une moins bonne santé globale (mortalité et morbidité en santé mentale), comme le montrent les études longitudinales européennes (Benavides et al., 2000).

Les données françaises montrent une association entre de faibles revenus ou des emplois peu qualifiés et des congés maladie plus fréquents (pour maladie ou pour raisons personnelles) (Inan, 2013). Les professions moins qualifiées sont généralement des emplois plus difficiles en termes de conditions de travail (gestes répétitifs, travail à la chaine, posture pénible…) (Benavides et al., 2000), et sont exercées par des femmes qui présentent également d'autres vulnérabilités sociales.

À l'instar d'autres indicateurs de santé de la population, les issues de la grossesse varient selon un gradient socioéconomique : plus le niveau d'étude est élevé et plus haut sont les revenus, meilleure est la santé (M. S. Kramer et al., 2000; Bell et al., 2008). Des recherches antérieures ont montré que l'état de l'enfant à la naissance (prématurité, hypotrophie) varie selon la catégorie professionnelle de la mère et du ménage et selon certaines caractéristiques de l'emploi des mères (Saurel-Cubizolles / Kaminski, 1987; Teitelman et al., 1990).

5.2.6.4 *Perspectives*

5.2.6.4.1 Scientifiques

Analyser le lien entre l'arrêt précoce et le retour au travail après l'accouchement serait intéressant, une des hypothèses serait que les femmes qui s'arrêtent précocement sont également les femmes qui reprennent un emploi plus tardivement après la naissance. Des études complémentaires sont

nécessaires pour comprendre l'association entre la vulnérabilité sociale et professionnelle avant ou pendant la grossesse et le retour au travail après l'accouchement.

5.2.6.4.2 Pratiques

Comme nos résultats le suggèrent, les femmes qui s'arrêtent tôt constituent un groupe vulnérable, avec une situation sociale et économique plus instable (faible revenu, parité élevée, sans partenaire) liée à des risques plus élevés pour la grossesse et le futur enfant. Les médecins et les sages-femmes doivent être conscients des caractéristiques de ces femmes et accorder une attention particulière à la grossesse et à la situation post-partum. L'aménagement des conditions de travail, dans la mesure du possible, est associé à une réduction des arrêts pendant la grossesse (Kristensen et al., 2008).

5.2.7 Points Clés

- ✓ En France, 27,5 % des femmes enceintes arrêtent de travailler avant 24 semaines d'aménorrhée.
- ✓ Même pour les grossesses non pathologiques et à bas risques, les arrêts de l'activité professionnelle précoce sont plus fréquents pour les femmes ayant des situations professionnelles et sociales vulnérables.
- ✓ Les arrêts précoces sont plus fréquents pour les femmes en situation sociale de précarité ; et peuvent en même temps accroître la vulnérabilité sociale des femmes.
- ✓ Les aménagements de travail pour concilier emploi et grossesse doivent être développés afin de réduire les arrêts précoces.

5.3 QUI SONT LES FEMMES QUI TRAVAILLENT DANS LE DERNIER MOIS DE LEUR GROSSESSE ?

Caractéristiques sociales et professionnelles et issue de la grossesse chez les femmes travaillant dans le dernier mois de la grossesse en France en 2010.

5.3.1 Résumé

Contexte - En France, la législation sur les congés maternité protège les femmes pendant leur grossesse et garantit leur emploi. Dans ce chapitre, l'objectif a été d'estimer la proportion de femmes ayant un congé prénatal tardif, d'analyser les facteurs professionnels, sociaux et médicaux associés au congé prénatal tardif et d'étudier l'issue de la grossesse pour ces femmes.

Méthodes - Les données proviennent de l'enquête nationale périnatale de 2010. Toutes les femmes ayant accouché dans une période d'une semaine ont été interviewées durant leur séjour en suites de couches. Les femmes avec une naissance vivante, unique, à 37 semaines révolues d'aménorrhée ou au-delà et qui travaillaient pendant la grossesse (n = 8463) ont été incluses. Des données ont été recueillies sur l'emploi, la date du congé maternité et les caractéristiques sociodémographiques et médicales.

Résultats – Parmi les femmes enceintes qui travaillaient, 3,9 % (n = 328) ont pris un congé prénatal tardif (à ou après 37 semaines d'aménorrhée). Les femmes qui ont pris un congé tardif avaient plus souvent plus de 30 ans, un niveau d'études élevé et vivaient plus souvent en zone urbaine. Le fait d'être travailleuse indépendante ou d'occuper des fonctions de cadre supérieur ou d'avoir une profession intellectuelle était fortement associé aux congés tardifs, avant et après ajustement sur les facteurs sociodémographiques. Les issues périnatales et d'accouchement étaient similaires chez les femmes qui avaient pris un congé tardif et chez celles qui ont cessé de travailler avant 37 semaines d'aménorrhée.

Conclusion - Les caractéristiques professionnelles sont les principaux déterminants d'un congé prénatal tardif. Les femmes qui travaillaient au cours du dernier mois de grossesse avaient une situation sociale et professionnelle plus favorable que les femmes qui s'arrêtaient plus tôt et ne présentaient pas plus souvent une issue de grossesse pathologique. D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre les raisons d'un congé tardif et pour évaluer la fatigue et la santé de ces femmes en post-partum.

Mots Clés: congé prénatal tardif, activité professionnelle, grossesse, travailleuse indépendante

5.3.2 Introduction

Le taux d'activité professionnelle des femmes pendant la grossesse ne cesse d'augmenter dans la grande majorité des pays. Par exemple, en France, il est passé de 53 % en 1972 (Rumeau-Rouquette et al., 1978) à 70 % en 2010 (B. Blondel et al., 2012) et 71% en 2016 (Blondel et al., 2017). Le congé maternité prénatal est devenu une norme dans les pays à revenu élevé, mais les conditions précises (admissibilité au congé, flexibilité et durée du congé, montant de l'indemnisation) varient selon les pays (Hegewisch / Gornick, 2011).

Des lois ont été élaborées dans de nombreux pays pour protéger les femmes enceintes et leurs enfants mais également pour garantir l'emploi des femmes. Comme nous l'avons vu, en France, toutes les femmes salariées se voient proposer un congé maternité 6 semaines avant l'accouchement (ou 8 semaines si les femmes ont déjà eu au moins 2 enfants); elles peuvent déplacer un maximum de trois semaines de leur congé prénatal vers le congé postnatal si elles n'ont pas de complication attestée par un certificat médical. Par ailleurs, les employeurs ne sont pas autorisés à employer des femmes enceintes 2 semaines avant la date attendue de l'accouchement. Pendant le congé, les femmes perçoivent au moins 82 % de leur salaire (avec un plafond). En revanche, pour certaines professions indépendantes, il n'y a qu'une indemnité de remplacement, donnant la possibilité aux femmes de se faire remplacer ponctuellement sur leur poste de travail.

Certaines femmes enceintes qui ne ressentent pas de fatigue ou qui n'ont pas de complication médicale peuvent souhaiter aller au-delà du congé prénatal habituel, pour pouvoir allonger leur congé postnatal. Cependant, une période de repos à la fin de la grossesse et après l'accouchement est importante pour la santé des femmes (Aitken et al., 2015), avec des bénéfices sur la santé mentale, le bien-être et la santé générale. En outre, les contraintes exercées sur les femmes travaillant jusqu'à la fin de la grossesse pourraient accroître le risque de déclenchement de l'accouchement et d'accouchement par césarienne (Guendelman / Pearl / et al., 2009; Hung et al., 2002). Très peu d'études ont décrit les facteurs associés à un congé prénatal tardif et son impact potentiel sur la santé (Guendelman / Pearl / et al., 2009; Hung et al., 2002). La plupart de ces études ont été réalisées dans des pays qui n'ont pas de politique de congé maternité systématique et leurs résultats ne peuvent être transposés aux pays qui ont davantage de politiques sociales autour de la naissance.

Notre objectif était d'analyser les caractéristiques sociales, la situation professionnelle et la santé maternelle associées au congé prénatal tardif et de comparer les soins prénatals, l'accouchement et les issues de naissance entre les femmes prenant un congé prénatal tardif (à 37 semaines d'aménorrhée ou plus tard) et les autres, à partir d'un large échantillon représentatif des naissances en France.

5.3.3 Méthodes

5.3.3.1 *Population*

L'échantillon provient de l'enquête nationale périnatale de 2010. Ont été incluses les femmes ayant une naissance vivante, unique, à terme (37 semaines révolues d'aménorrhée ou plus), ayant travaillé pendant la grossesse et répondu à la question sur leur date de congé prénatal (n = 8463). Le taux d'entretiens refusés ou de dossiers non remplis était de 4,1 %, avec 2,3 % de refus de participation ou parce que les femmes étaient sorties d'hospitalisation avant l'entretien.

5.3.3.2 *Variables*

Les femmes ont été interrogées sur la date précise du congé: «Quand avez-vous interrompu votre travail, c'est-à-dire sans le reprendre jusqu'à l'accouchement?». Nous avons défini l'âge gestationnel au congé prénatal en semaines d'aménorrhées révolues à partir de la date du début de grossesse et de la date de l'arrêt de travail. Un congé prénatal tardif a été défini comme un arrêt après 36 semaines révolues d'aménorrhée.

Les facteurs professionnels suivants ont été inclus dans l'analyse : le groupe professionnel (selon la classification utilisée en France), le contrat de travail (permanent, à durée déterminée ou temporaire, indépendant ou inconnu) et le temps de travail (temps partiel ou temps plein). Certaines caractéristiques sociales et démographiques ont été prises en compte, telles que l'âge (en 5 classes), la parité (0 enfant, 1 enfant, 2 enfants ou plus), le niveau d'études (1er cycle du secondaire ou moins, niveau lycée/baccalauréat, baccalauréat +1 ou +2 ans, baccalauréat +3 ans ou +), la nationalité (France, Afrique du Nord, autre pays africain, autre), la situation de couple et le statut d'emploi du partenaire, et la zone de résidence (rurale, périurbaine, urbaine ou inconnue).

Les femmes étaient considérées comme ayant une grossesse à risque ou pathologique si elles avaient des antécédents médicaux tels qu'une hypertension chronique, un indice de masse corporelle> 30 kg/m², un antécédent obstétrical (accouchement avant 37 SA, poids inférieur au 10^{e} percentile pour l'âge gestationnel à la naissance ou mort fœtale lors d'une grossesse précédente) ou si la grossesse actuelle était pathologique : hospitalisation, suspicion de retard de croissance, hypertension ou pré-éclampsie, diabète gestationnel ou menace d'accouchement prématuré.

Les soins prénataux, c'est-à-dire le nombre total d'échographies et de consultations prénatales, ont été étudiés. Les conditions d'accouchement et l'état de l'enfant à la naissance ont été analysés : déclenchement du travail, césarienne et hypotrophie (<10ème percentile).

5.3.3.3 *Analyse statistique*

La fréquence d'un congé prénatal tardif (à 36 SA révolues ou plus tard) a été calculée en fonction de facteurs professionnels, sociaux et médicaux, par des analyses bivariées. Une analyse de régression logistique multivariée a été réalisée pour calculer les odds ratios et leurs intervalles de confiance à 95% (IC 95%) d'un congé tardif selon les caractéristiques de l'emploi, ajustés sur les caractéristiques sociodémographiques, pour l'ensemble des femmes ayant accouché à 37 SA ou plus tard. La même analyse a été conduite en se limitant aux femmes qui avaient eu une grossesse en bonne santé (ni à risque, ni avec des antécédents obstétricaux pathologiques).

Enfin, nous avons comparé les soins prénataux, les conditions de l'accouchement (déclenchement du travail et mode d'accouchement) et la fréquence de petit poids pour l'âge gestationnel des femmes en congé prénatal tardif et des femmes ayant pris un congé prénatal avant 37 SA.

Le test du Chi2 a été utilisé pour les comparaisons bivariées, un $p < 0,05$ était considéré comme statistiquement significatif ; la régression logistique a été utilisée pour les analyses multivariées. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Stata 13 (anon., s. d.).

5.3.4 Résultats

Parmi les 8463 femmes incluses dans l'analyse, 3,9 % (n = 328) travaillaient encore à 37 SA ou au-delà et 1,2 % (n = 105) ont accouché la semaine où elles ont arrêté de travailler. Plus de la moitié des femmes ayant un congé tardif ont déclaré qu'elles avaient reporté des semaines de congé prénatal vers la période postnatale.

La fréquence d'un congé tardif était plus élevée pour les femmes âgées de 30 ans ou plus, pour les femmes de nationalité étrangère, d'Afrique du Nord ou d'un autre pays que l'Afrique, pour les femmes ayant un niveau d'étude élevé ainsi que pour celles vivant en zone urbaine. Comme attendu, les femmes prenaient plus souvent un congé tardif en cas de grossesse sans pathologie ni risque médical (tableau 5-5).

Le fait d'être travailleuse indépendante était fortement associé à la prise d'un congé tardif, avant et après ajustement sur les variables sociodémographiques. De même, la fréquence d'un congé tardif était plus élevée pour les femmes occupant des professions intellectuelles ou de cadres supérieurs que pour les ouvrières, les personnels de service ou les employées de commerce. L'exclusion des femmes travaillant comme agricultrices ou artisanes ne modifiait pas les résultats. La même analyse conduite sur le groupe de femmes ayant eu une grossesse en bonne santé a montré des résultats similaires à ceux de l'ensemble de l'échantillon (tableau 5-6).

Les soins prénataux étaient similaires pour les femmes travaillant au neuvième mois comparées aux autres femmes (95,7 % vs 95,3 % ont eu 7 consultations prénatales ou plus ; 98.8 % vs 99,5% ont eu au moins 3 échographies). Les femmes qui travaillaient au cours du dernier mois étaient plus nombreuses à accoucher dans un établissement privé ou semi-privé : 46,3 % au lieu de 39,2 % des femmes qui s'étaient arrêté de travailler avant 37 SA (p = 0,01). Les modalités d'accouchement et l'issue de la grossesse étaient similaires pour les femmes ayant un congé tardif et pour celles qui avaient quitté leur travail avant 37 SA : la fréquence de déclenchement de l'accouchement était de 22,7% lorsque le congé avait débuté avant 37 SA et 21,7 % lorsque le congé était tardif (p = 0,663). Le taux de césarienne était respectivement de 18,8 % et 17,5 % (p = 0,571), et le pourcentage d'hypotrophie était de 8,2 % et 8,5 % (p = 0,828) (résultats non montrés sous forme de tableau).

5.3.5 Tableaux

Tableau 5-5. Congé prénatal tardif (après 36 SA révolues) selon les caractéristiques sociales et médicales des femmes ayant accouché à 37 SA ou après, en 2010.

	N	% Congé tardif	p
Ensemble	8463	3.9	
Age			
Moins de 25 ans	988	1.8	
25-29 ans	2938	3.2	
30-34 ans	2876	4.5	
35-39 ans	1390	5.3	
40 ans ou plus	265	4.5	<0.001
Nationalité			
Française	7948	3.8	
Africaine du Nord	130	5.4	
Autre Africaine	100	1.0	
Autre	284	7.0	0.012
Niveau d'études			
1er cycle secondaire ou moins	1530	2.4	
Niveau lycée	1509	3.0	
Baccalauréat +1 ou +2	2148	2.9	
Baccalauréat +3 ou +	3258	5.6	<0.001
Parité			
0 enfant	4050	3.6	
1	3138	4.3	
2 ou +	1238	3.4	0.185
Partenaire et emploi du partenaire			
Pas de partenaire	330	3.0	
Partenaire sans emploi	563	2.8	
Partenaire actif occupé	7522	4.0	0.278
Zone de résidence			
Urbaine	4876	4.4	
Périurbaine	2088	3.2	
Rurale	1337	3.0	0.01
Grossesse			
A risque ou pathologique	3483	2.6	
Normale	4657	5.0	<0.001

Tableau 5-6. Congé prénatal tardif et caractéristiques professionnelles des femmes ayant accouché à 37 semaines ou après, pour l'ensemble des femmes et pour celles ayant une grossesse médicalement normale, en 2010. Analyse bivariée et multivariée

	Ensemble des femmes ayant accouché à 37SA ou après					Femmes avec grossesse sans pathologie[a] ≥ 37 SA				
		Congé tardif					Congé tardif			
	N	%	p	ORaj[b] [IC à 95%]	p	N	%	p	ORaj[b] [IC à 95%]	p
Ensemble	**8463**	**3.9**		**7883**		**4657**	**5.0**		**4354**	
Type de contrat de travail										
A durée indéterminée	6249	2.6		1		3488	3.5		1	
A durée déterminée ou précaire	1296	2.5		1.27 [0.85-1.92]		669	3.4		1.19 [0.72-1.95]	
Travailleuses indépendantes	449	25.2		9.08 [6.57-12.54]		245	29.8		9.74 [6.56-14.45]	
Information manquante	469	4.1	<0.001	2.20 [1.28-3.76]	<0.001	255	6.3	<0.001	2.54 [1.41-4.59]	<0.001
Groupe professionnel										
Cadre supérieur ou prof. Intellectuelle	1389	8.8		2.12 [1.40-3.21]		856	10.4		1.82 [1.11-2.98]	
Profession intermédiaire	2267	3.0		0.96 [0.64-1.43]		1306	4.1		0.92 [0.57-1.47]	
Employée administrative, de bureau	2368	2.3		1		1260	3.1		1	
Employée de commerce	798	0.9		0.35 [0.16-0.79]		419	1.0		0.29 [0.10-0.83]	
Personnel de service	704	1.8		0.49 [0.25-0.96]		354	2.3		0.43 [0.18-1.00]	
Ouvrière	538	2.0		0.84 [0.42-1.68]		256	3.9		1.06 [0.48-2.31]	
Agricultrice - artisane	198	24.2	<0.001	2.95 [1.74-4.99]	<0.001	110	24.5	<0.001	2.26 [1.15-4.44]	<0.001
Temps de travail										
Temps plein	6563	4.1		1		3646	5.2		1	
Temps partiel	1638	3.1	0.05	0.85 [0.61-1.19]	0.343	869	3.8	0.08	0.80 [0.53-1.20]	0.285

[a]Grossesses sans pathologie ni antécédents obstétricaux pathologiques

[b] ajusté sur le type de contrat de travail, le groupe professionnel, le temps de travail, la zone de résidence, l'âge, la nationalité, l'emploi du partenaire et le niveau d'études.

5.3.6 Discussion

Une minorité de femmes continue de travailler au neuvième mois de grossesse en France. Les caractéristiques professionnelles telles qu'un statut de travailleuse indépendante ou les catégories professionnelles hautement qualifiées sont les principaux déterminants d'un congé prénatal tardif. L'issue de la grossesse et les modalités d'accouchement ne différent pas selon que les femmes prennent un congé tardif ou non.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude sur le congé prénatal tardif, à partir d'un large échantillon représentatif des naissances en France. L'enquête périnatale française vise à surveiller la santé périnatale, les pratiques médicales et les facteurs de risque. Son questionnaire aborde de nombreux sujets et de nombreuses données sont collectées sur les caractéristiques professionnelles, sociales et médicales des femmes. Cependant, relativement peu de questions sont consacrées à chaque sujet et les données qui pourraient aider à interpréter les associations observées sont peu nombreuses. En outre, le nombre de femmes qui ont cessé de travailler après 36 semaines d'aménorrhées révolues était trop petit pour effectuer une analyse spécifique sur les femmes qui choisissaient de reporter une partie de leur congé prénatal en postnatal.

Une autre limite était le nombre de données manquantes sur la date de l'arrêt de travail : environ 13 % des femmes n'ont pas répondu à cette question. Il est possible que ces femmes aient plus souvent un emploi illégal ou très précaire. Comme nous l'avons mentionné plus haut les femmes qui n'ont pas répondu à cette question semblaient être dans une situation plus défavorable, avec des caractéristiques similaires à celles des femmes qui ont quitté leur activité professionnelle plus tôt pendant la grossesse. Par conséquent, la fréquence des congés tardifs ne semble pas être sous-estimée.

Nous avons constaté que le congé prénatal tardif était moins fréquent chez les femmes ayant des grossesses avec complications médicales, comme le montre également une étude réalisée en Californie (Guendelman et al., 2006). Nos résultats suggèrent également que le statut d'emploi est un facteur déterminant dans la décision d'arrêter de travailler tardivement. Par exemple, les travailleuses indépendantes peuvent ressentir la nécessité de poursuivre leur activité parce que leur revenu dépend de leur maintien au travail et qu'elles n'ont qu'une indemnisation très partielle avant et après l'accouchement, sous forme d'indemnité de remplacement. Nos données ne permettaient pas de savoir si ces femmes pouvaient réduire graduellement leur activité à mesure que la grossesse s'approchait du terme. Malgré leur situation sociale plus favorable, ces femmes doivent consacrer le dernier mois de leur grossesse au travail. Des études complémentaires, notamment qualitatives, seraient nécessaires pour comprendre le choix des femmes de continuer à travailler tard dans la grossesse plutôt que de prendre le congé de prénatal, comme proposé en France.

Nos résultats sont influencés par "l'effet du travailleur en bonne santé" (Saurel-Cubizolles / Kaminski, 1987). Dans notre échantillon de femmes ayant accouché à 37 SA ou plus tard, on peut imaginer que celles qui travaillaient encore au neuvième mois étaient en meilleure santé que les femmes qui avaient arrêté leur activité avant 37 SA. L'emploi pendant la grossesse sélectionne une population avec des caractéristiques démographiques et sociales spécifiques, qui se trouvent associées à un meilleur accès aux soins prénatals et à des pathologies de la grossesse moins fréquentes, dans la mesure où les conditions de travail pénibles sont réduites ou supprimées (Chappell et al., 2013; Bonde et al., 2013; Wüst, 2014). Il y a une double sélection : les femmes qui travaillent pendant la grossesse et parmi ces femmes celles qui vont s'arrêter après 37 SA.

Contrairement à certaines études menées en Amérique du Nord (Guendelman / Pearl / et al., 2009; Xu et al., 2002), où les politiques de congé maternité et les pratiques médicales sont différentes, nous n'avons trouvé aucune association entre le travail au neuvième mois de grossesse et les issues périnatales. Ce résultat s'explique en partie par le fait que les femmes qui accouchent après 37 semaines d'aménorrhée et qui travaillent jusqu'au dernier mois ont une situation sociodémographique plus favorable à l'issue de leur grossesse que les femmes qui s'arrêtent plus tôt. Les issues de grossesse sont socialement différenciées. De plus, nos résultats ne concernaient que les femmes ayant déclaré exercer une activité professionnelle. Les femmes considérées comme non actives professionnellement présentent plus souvent des situations sociales défavorisées. Ce sont parfois des femmes qui exercent un travail domestique intense ou des soins aux enfants, sans que leur emploi soit déclaré.

Les études sur le congé prénatal tardif n'ont eu lieu que dans les pays où le congé prénatal n'est pas une obligation et n'est pas rémunéré, comme les Etats-Unis. Un des principaux arguments en faveur de la politique de congé prénatal indemnisé est que le stress et la fatigue induits par l'activité professionnelle au cours du dernier mois de grossesse pourraient être néfastes pour les femmes, pour les conditions d'accouchement et pour les enfants à venir.

A la fin de la grossesse, surtout pendant le dernier mois, la fatigue des femmes est plus prononcée. Une étude sur le dernier mois de grossesse et le premier mois post-partum a montré une association avec le statut d'emploi déclaré et la fatigue, les femmes travaillant au dernier mois de la grossesse ayant moins dormi et ressentant une fatigue matinale et nocturne plus élevée (Gay et al., 2004). Une étude prospective plus récente sur les femmes au troisième trimestre de la grossesse a montré que la fatigue perçue au quotidien était associée à des symptômes dépressifs pendant la grossesse (Tsai et al., 2012). Dans une cohorte américaine, les femmes exposées au stress professionnel présentaient des taux plus élevés d'hypertension et de pré éclampsie et le congé prénatal pour ce sous-groupe apparaissait comme un facteur protecteur des accouchements par césarienne (Guendelman / Pearl / et al., 2009).

5.3.7 Conclusion

Les caractéristiques professionnelles sont les principaux déterminants associés au congé prénatal tardif. Les femmes qui travaillaient au cours du dernier mois de grossesse avaient une situation sociale et professionnelle plus favorable que les femmes qui quittaient leur travail plus tôt et elles avaient plus souvent une grossesse en bonne santé. Comprendre la relation entre les caractéristiques sociodémographiques, médicales et professionnelles des femmes travaillant tard dans la grossesse pourrait nous aider à personnaliser l'information pour ces femmes qui cherchent à travailler jusqu'à la fin de la grossesse.

5.4 ARRET DE L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE EN 2016

L'analyse de l'enquête de 2016 a été réalisée à la fin de la thèse, le temps que les données de l'ENP 2016 soient rendues publiques et analysables. Voici en quelques tableaux les déterminants de l'arrêt de l'activité professionnelle des femmes en 2016 avec une mise en perspective par rapport aux données de 2010.

5.4.1 Caractéristiques des femmes s'arrêtant avant 24 SA en 2016

5.4.1.1 *Résultats*

En 2016, parmi les 11 555 femmes qui ont eu une naissance vivante, unique, en métropole et qui ont répondu aux questions relatives à l'emploi pendant la grossesse, 74,1 % déclaraient avoir occupé un emploi à un moment quelconque de la grossesse, 9,9 % étaient au chômage, 1,7 % étaient étudiantes et 11,4 % étaient femmes au foyer (résultats déjà décrits dans le chapitre 4).

Notre échantillon de 2016 incluait 8564 femmes ayant occupé un emploi à un moment quelconque de la grossesse. Parmi elles, 11,9 % (1022 femmes) ne précisaient pas la date à l'arrêt de travail. Les femmes qui ne précisaient pas la date d'arrêt étaient plus souvent nées hors de France, avaient de plus nombreux enfants, avaient un niveau d'études plus faible, vivaient plus souvent avec un partenaire sans emploi ou n'avaient pas de partenaire, et vivaient dans des ménages à plus faibles revenus. Elles travaillaient plus souvent à temps partiel.

Parmi les femmes qui ont travaillé pendant la grossesse, 31,9 % ont déclaré un arrêt de l'activité professionnelle (avant 24 semaines d'aménorrhée), ce qui est plus fréquent qu'en 2010 (tableau 5-7). En 2016, les déterminants de l'arrêt précoce pendant la grossesse sont les mêmes que ceux de 2010. Les arrêts de l'activité précoces étaient plus fréquents pour les femmes plus jeunes, venant d'Afrique Subsaharienne, attendant au moins leur 3^{e} enfant, avec un partenaire sans emploi ou absent (tableau 5-8).

Comme en 2010, en 2016 les caractéristiques professionnelles restent les déterminants principaux de l'arrêt pendant la grossesse, même après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles (tableau 5-9). L'arrêt de l'activité professionnelle précoce pendant la grossesse est plus fréquent pour les femmes appartenant aux catégories professionnelles moins qualifiées (ouvrières vs cadres et professions intellectuelles supérieures: ORaj = 4,85 [3,63-6,38]). Les femmes ayant des antécédents obstétricaux pathologiques ou une grossesse à risque ont quitté plus souvent leur travail avant 24 semaines (39,6 % vs 27,1 % respectivement) (tableau 5-10). Après stratification sur le type de grossesse, pathologique ou normale, il persistait un plus haut taux d'arrêt de l'activité professionnelle précoce chez les femmes ayant un emploi peu qualifié.

Comme en 2010, en 2016, les arrêts de l'activité professionnelle précoces pendant la grossesse sont associés plus fréquemment, même après stratification sur le risque médical de la grossesse, à une vulnérabilité sociale des femmes, correspondant à une situation sociale défavorisée ou à des emplois peu qualifiés.

5.4.1.2 *Tableaux*

Tableau 5-7 Age gestationnel à l'arrêt de travail et caractéristiques professionnelles, en 2016

		Age gestationnel à l'arrêt de travail (en semaines d'aménorrhées)					
		<15	15-23	24-30	31-36	37 ou +	
Ensemble	N						
2010	8804	9.5	18.0	32.0	36.8	3.7	p<0.001
2016	7542	10.9	21.1	34.2	31.8	2.1	
2016							
Professions							
Cadres sup., prof.	997	2.6	10.6	29.6	52.1	5.1	p<0.001
Prof. Intermédiaires	2945	7.6	20.5	38.3	32.4	1.3	
Employ. Administratives	1638	13.4	24.0	34.7	27.5	0.3	
Emp. Commerce	526	19.6	28.3	34.6	17.3	0.2	
Pers. de service	699	18.6	26.8	31.2	22.5	1.0	
Ouvrières	367	22.6	30.2	28.9	18.0	0.3	
Agricultrices/artisans	250	4.4	8.0	19.2	46.4	22.0	
Statut							
Salariée	6921	11.5	22.2	35.2	30.4	0.7	p<0.001
Indépendante	587	3.1	8.4	22.3	47.4	18.9	
Travail							
temps plein	5796	10.6	21.3	34.2	32.3	1.6	p<0.001
temps partiel	1530	11.9	20.3	34.4	29.4	4.0	

Tableau 5-8 Arrêt de travail avant 24 SA et caractéristiques sociodémographiques, en 2016

		Arrêt de travail avant 24 SA		
Ensemble		N	%	p
	2010	8804	27.5	
	2016	7542	31.9	
2016				
Age				
	Moins de 25 ans	654	47.2	0.001
	25-29	2453	37.0	
	30-34	2828	27.4	
	35 ans ou plus	1607	25.9	
Pays de naissance				
	France	6703	32.3	0.002
	Autre pays d'Europe	242	27.7	
	Afrique du Nord	235	25.5	
	Afrique sub-saharienne	195	39.5	
	Autre pays	167	23.4	
Parité				
	0	3573	31.1	0.002
	1	2889	31.7	
	2	852	33.3	
	3 ou +	228	43.0	
Situation couple/emploi				
	En couple, partenaire actif	6642	31.0	0.001
	En couple, partenaire sans emploi	540	39.4	
	Pas en couple	344	38.4	
Profession du partenaire				
	Cadres sup., prof. Intellect	1310	19.7	0.001
	Prof. Intermédiaires	1938	29.2	
	Emp. Administratifs	744	34.4	
	Emp. Commerce	117	45.3	
	Pers. de service	95	34.7	
	Ouvriers	2179	39.9	
	Agriculteurs/artisans	698	29.2	

Tableau 5-9 Arrêt de travail avant 24 SA et caractéristiques professionnelles, en 2016

			Arrêt de travail avant 24 SA					
Ensemble	N	%	OR brut	IC à 95%		OR aj*	IC à 95%	
2010	8804	27.5						
2016	7542	31.9						
2016								
Professions			N=7422			N=7137		
Cadres sup., prof.	997	13.2	1		p<0.001	1		<0.001
Prof. Intermédiaires	2945	28.0	2.55	2.09-3.12		2.08	1.69-2.56	
Emp. Administratives	1638	37.4	3.92	3.18-4.83		2.91	2.34-3.62	
Emp. Commerce	526	47.9	6.03	4.69-7.74		4.14	3.18-5.41	
Pers. de service	699	45.4	5.44	4.29-6.88		4.09	3.17-5.28	
Ouvrières	367	52.9	7.35	5.58-9.67		4.85	3.63-6.48	
Agricultrices/artisans	250	12.4	0.93	0.61-1.41		1.65	0.97-2.79	
Statut			N=7508					
Salariée	6921	33.7	1		p<0.001	1		0.001
Indépendante	587	11.4	0.25	0.20-0.33		0.37	0.26-0.52	
			N=7326					
Travail								
Temps plein	5796	31.9	1		p=0.84	1		0.001
Temps partiel	1530	32.2	1.01	0.90-1.14		0.78	0.68-0.89	

* ajustés sur l'âge, la parité, la région de résidence, la situation de couple et l'emploi du partenaire et les caractéristiques professionnelles (profession, statut et temps de travail)

Tableau 5-10 Arrêt de travail avant 24 SA et caractéristiques professionnelles après stratification sur les conditions médicales de la grossesse, en 2016

			Arrêt de travail avant 24 SA					
Grossesses normales								
Ensemble	N	%	OR brut	IC à 95%		OR aj*	IC à 95%	
2010	5378	22.6						
2016	4751	27.4	p<0.001					
2016								
Professions			N=4677			N=4498		
Cadres sup., prof. Intellect	698	10.5	1		p<0.001	1		<0.001
Prof. Intermédiaires	1965	24.6	2.80	2.15-3.64		2.22	1.69-2.92	
Emp. Administratives	948	32.0	4.02	3.04-5.31		2.90	2.16-3.89	
Emp. Commerce	311	43.7	6.65	4.78-9.25		4.43	3.12-6.30	
Pers. de service	398	40.2	5.75	4.20-7.88		4.26	3.03-5.99	
Ouvrières	198	51.5	9.09	6.28-13.2		5.98	4.05-8.84	
Agricultrices/artisans	159	11.9	1.16	0.68-1.99		2.02	1.05-3.89	
Statut								
Salariée	4332	29.0	1		p<0.001	1		0.001
Indépendante	397	10.3	0.28	0.20-0.39		0.42	0.27-0.63	
Travail								
Temps plein	3711	27.6	1		p=0.80	1		0.02
Temps partiel	909	27.2	0.98	0.83-1.15		0.80	0.67-0.96	
Grossesses pathologiques								
Ensemble								
2010	3189	36.0						
2016	2791	39.6	p=0.004					
2016								
Professions			N=2745			N=2639		
Cadres sup., prof. Intellect	299	19.7	1		p<0.001	1		<0.001
Prof. Intermédiaires	980	34.9	2.18	1.59-2.98		1.78	1.28-2.48	
Emp. Administratives	690	44.9	3.32	2.40-4.58		2.55	1.82-3.59	
Emp. Commerce	215	54.0	4.77	3.22-7.05		3.42	2.25-5.21	
Pers. de service	301	52.2	4.44	3.08-6.38		3.50	2.36-5.21	
Ouvrières	169	54.4	4.86	3.21-7.36		3.35	2.15-5.23	
Agricultrices/artisans	91	13.2	0.62	0.32-1.21		1.24	0.50-3.07	
Statut								
Salariée	2589	41.5	1		p<0.001	1		0.001
Indépendante	190	13.7	0.22	0.15-0.34		0.30	0.16-0.53	
Travail								
Temps plein	2085	39.7	1		p=0.96	1		0.006
Temps partiel	621	39.6	1.00	0.83-1.20		0.75	0.61-0.92	

* ajustés sur l'âge, la parité, la région de résidence, la situation de couple et l'emploi du partenaire et les caractéristiques professionnelles (profession, statut et temps de travail)

5.4.2 Caractéristiques sociales et professionnelles des femmes qui travaillent durant le dernier mois de la grossesse en 2016

5.4.2.1 *Résultats*

Parmi les femmes ayant eu une grossesse unique, en métropole, et un enfant né vivant au-delà de 36 SA révolues, 2,3 % (161/7156) ont travaillé jusqu'à 37 semaines d'aménorrhée ou au-delà. Bien qu'il y ait moins d'arrêt tardif qu'en 2010 (3,7 %), les caractéristiques sociodémographiques des femmes s'arrêtant tardivement restent les même (tableau 5-11). Être travailleuse indépendante et appartenir à une catégorie socioprofessionnelle qualifiée était associé à plus d'arrêts tardifs, avant et après ajustement (sur l'âge, la nationalité, le niveau d'études, la situation de couple et l'emploi du partenaire et les caractéristiques professionnelles : catégories professionnelles, statut et temps de travail) (tableau 5-12). La surveillance prénatale, les issues périnatales et d'accouchement sont semblables pour les femmes qui ont pris un congé tardif ou pour celles qui se sont arrêtées avant 37 SA. Les caractéristiques professionnelles restent en 2016 les principaux déterminants du congé prénatal tardif. Les femmes qui travaillaient au cours du dernier mois de grossesse avaient une situation sociale et professionnelle plus favorable que les femmes qui quittaient leur emploi plus tôt pendant la grossesse.

Ces résultats se superposent à ceux de 2010.

5.4.2.2 *Tableaux*

Tableau 5-11 Congé prénatal tardif (après 36 SA révolues) selon les caractéristiques des femmes ayant accouché à 37 SA ou plus tard, en 2016.

	Congé tardif		
	N	%	p value
Ensemble	7156	2.2	
Age			
<25 ans	611	0.8	
25-29	2328	1.8	
30-34	2673	2.7	
35-39	1290	2.2	
40 ans ou plus	254	5.9	<0.001
Nationalité			
Française	6626	2.1	
Autre Europe	198	3.5	
Afrique du Nord	124	4.0	
Autre Afrique	118	0.8	
Autre	86	7.0	0.009
Niveau d'études			
Primaire ou 1er niveau secondaire	1024	1.5	
2ème niveau secondaire	1354	1.6	
Bac + 1 ou 2	1489	1.4	
Bac +3 ou +	3227	3.2	<0.001
Parité			
Aucun enfant	3357	2.2	
1	2767	2.4	
≥ 2	1032	2.0	0.714
Emploi du partenaire			
Pas de partenaire	327	1.8	
Partenaire sans emploi	512	1.4	
Partenaire actif occupé	6301	2.3	0.332
Grossesse pathologique ou à risque			
Oui	2523	1.6	
Non	4633	2.6	<0.009

Tableau 5-12 Congé prénatal tardif (après 36 SA révolues) selon les caractéristiques professionnelles des femmes ayant accouché à 37 SA ou plus tard pour l'ensemble des femmes et pour celles qui ont eu une grossesse sans pathologie, en 2016.

			Congé prénatal tardif (après 36 SA révolues)					
	N	%	OR brut	IC à 95%		OR aj*	IC à 95%	
Ensemble des femmes ayant accouché à 37 SA ou après								
Ensemble	7156	2.2				N=6710		
Professions								
Cadres sup., prof.	946	5.4	1		p<0.001	1		<0.001
Prof. Intermédiaires	2821	1.3	0.23	0.15-0.36		0.42	0.26-0.69	
Emp. Administratives	1536	0.3	0.06	0.02-0.14		0.17	0.06-0.51	
Emp. Commerce	493	0.2	0.04	0.01-0.26		0.14	0.02-1.06	
Pers. de service	660	1.1	0.19	0.08-0.42		0.29	0.10-0.84	
Ouvrières	347	0.3	0.05	0.01-0.37		0.22	0.03-1.70	
Agricultrices/artisans	238	23.1	5.27	3.49-7.97		1.26	0.69-2.30	
Statut								
Salariée	6560	0.7	1		p<0.001	1		0.001
Indépendante	563	19.7	34.77	24.3-49.7		15.57	9.81-24.7	
Travail								
Temps plein	5496	1.7	1		p<0.001	1		0.001
Temps partiel	1456	4.2	2.54	1.83-3.53		2.28	1.55-3.37	
Femmes ayant eu une grossesse sans pathologie et ayant accouché à 37 SA ou après								
Ensemble	4633	2.6				N=4349		
Professions								
Cadres sup., prof.	675	5.6	1		p<0.001	1		0.001
Prof. Intermédiaires	1924	1.7	0.28	0.18-0.46		0.52	0.30-0.90	
Emp. Administratives	921	0.4	0.07	0.03-0.21		0.20	0.06-0.72	
Emp. Commerce	302	0.3	0.06	0.01-0.41		0.21	0.03-1.74	
Pers. de service	390	0.3	0.03	0.01-0.21		0.07	0.01-0.57	
Ouvrières	193	0.0						
Agricultrices/artisans	156	27.6	6.38	3.95-10.3		1.83	0.90-3.69	
Statut								
Salariée	4222	0.8	1		p<0.001			0.001
Indépendante	389	21.3	33.41	22.0-50.6		14.41	8.46-24.55	
Travail								
Temps plein	3609	2.0	1		p<0.001			0.007
Temps partiel	898	4.7	2.34	1.59-3.45		1.88	1.18-2.98	

* ajusté sur l'âge, la nationalité, la région de résidence, le niveau d'études, la situation de couple et l'emploi du partenaire et les caractéristiques professionnelles (profession, statut et temps de travail)

5.4.3 Evolution des arrêts entre 1995 et 2016 pendant la grossesse

Entre 2016, plus de femmes arrêtent leur activité professionnelle précocement (avant 24 SA) par rapport à 1995, alors que le congé prénatal tardif (après 36 SA révolues) reste stable ou diminue légèrement (figure 5-3 et figure 5-4).

Figure 5-3 Terme d'arrêt de l'activité professionnelle selon les années d'enquête

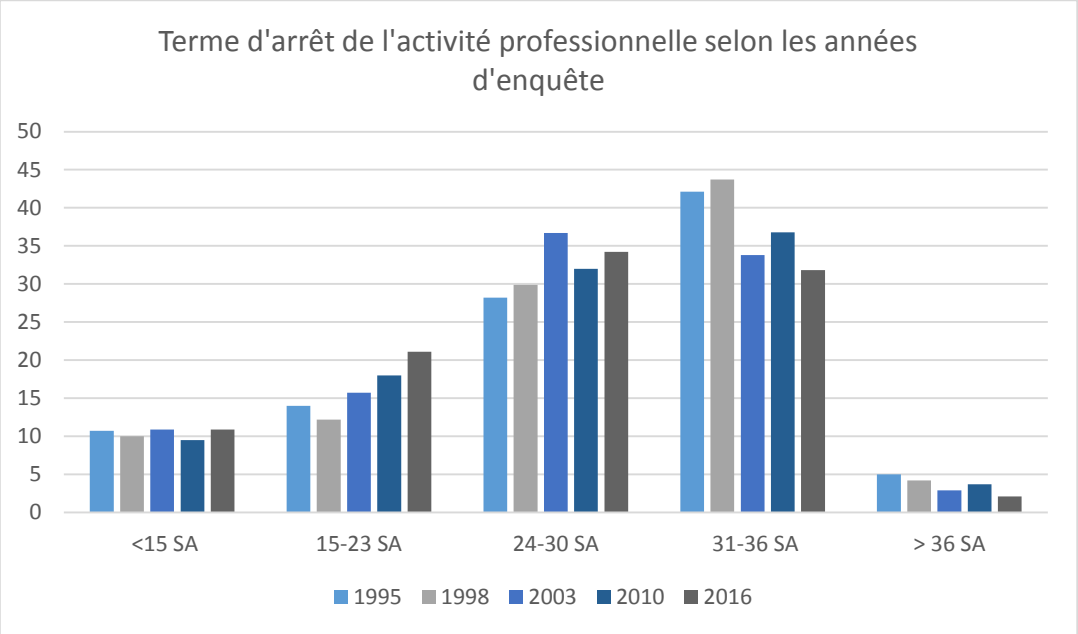
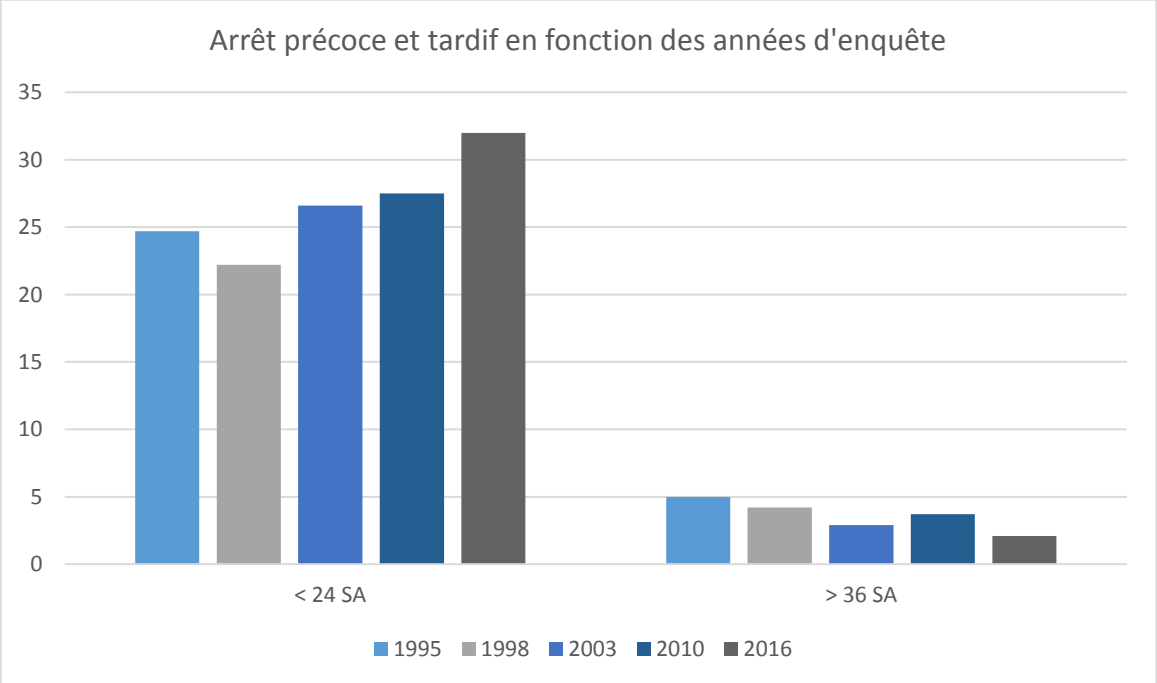


Figure 5-4 Arrêt précoce ou tardif en fonction des années d'enquête



5.5 DISCUSSION GENERALE SUR L'ARRET PENDANT LA GROSSESSE

5.5.1 Principaux résultats

Les différents résultats provenant des enquêtes nationales périnatales montrent qu'il existe des inégalités sociales autour des arrêts de l'activité professionnelle pendant la grossesse. En 2010 et 2016 les femmes ayant les situations sociales les plus défavorables s'arrêtent précocement pendant leur grossesse, quelle que soit leur situation médicale (grossesse à risque ou physiologique). Peu de femmes s'arrêtent après 37 SA mais celles qui le font sont plus souvent des femmes ayant une profession indépendante ou qui font partie des catégories socioprofessionnelles hautement qualifiées. Les issues périnatales et d'accouchement sont semblables pour les femmes qui ont pris un congé tardif ou pour celles qui se sont arrêtées avant 37 SA.

5.5.2 Lien entre congés maternités, santé des femmes et des enfants dans le monde

Les congés maternité prénataux sont devenus une norme internationale, mais les politiques spécifiques (admissibilité au congé, flexibilité et durée du congé, rémunération pendant le congé) varient selon les pays (Hegewisch / Gornick, 2011) et selon le type de profession. L'organisation internationale du travail recommande une durée minimale de 14 semaines de repos autour de l'accouchement et suggère 18 semaines totales de repos. Les textes réglementaires français proposent aux femmes enceintes 16 semaines de congés rémunérés (congé prénatal normal et congé postnatal) et parfois deux semaines de congé maternité pathologique. La Norvège propose 9 semaines de congé maternité (3 semaines avant la naissance et 6 semaines après), mais également 26 semaines rémunérées en totalité qui peuvent être pris par l'un ou l'autre parent. Aux États-Unis, le gouvernement fédéral propose aux femmes enceintes 12 semaines de congé, avec garantie de l'emploi par la suite, dont aucune n'est payée (Ray et al., 2010).

Les bienfaits du congé maternité ont été largement démontrés dans tous les pays du monde et l'on sait que la rupture avec l'emploi autour de l'accouchement permet d'améliorer la santé des enfants (Rossin, 2011; Winegarden / Bracy, 1995; Nandi et al., 2016). Mais ce congé, pour être attractif et intéressant pour les femmes, doit garantir l'emploi à sa reprise et être rémunéré.

Une enquête historique de politique économique s'est intéressée à un changement dans les droits au congé maternité en Norvège (Carneiro et al., 2015). Les mères qui accouchaient avant le 1er juillet 1977 avaient droit à 12 semaines de congé non rémunérées, tandis que celles qui accouchaient après cette date avaient droit à 4 mois de congé payé et 12 mois de congé sans solde. Les enfants des mères qui avaient accouché après le 1er juillet 1977 avaient moins de décrochage scolaire et un salaire plus important à l'âge de 30 ans. Ces effets étaient plus marqués chez les enfants de mères qui, en l'absence de réforme, auraient décidé de prendre des congés non rémunérés après l'accouchement.

Le congé post-natal améliore la santé de l'enfant (Guendelman / Kosa / et al., 2009; Khanam et al., s. d.) et de la mère (Low / Sánchez-Marcos, 2015; Stomp-van den Berg et al., 2007). En revanche il est plus délicat de démontrer une amélioration des issues périnatales chez les femmes qui s'arrêtent précocement ou chez les femmes qui ne travaillent pas, car les facteurs de confusion et les interactions avec les caractéristiques sociales sont trop forts et biaisent l'interprétation.

A court terme il est reconnu que le congé maternité a un effet sur la santé mentale (Chatterji / Markowitz, 2012; Dagher et al., 2014). Le congé maternité semble avoir également un effet à long terme. Les femmes ayant bénéficié des congés maternité autour de la naissance de leur premier enfant ont un score de dépression moins important que les femmes qui n'en ont pas bénéficié (Avendano et al., 2014).

Une étude récente a examiné au niveau mondial les associations statistiques entre naissances prématurées, petit poids de naissance et congé maternité dans différents pays (Kwegyir-Afful et al., 2017). Cette analyse a été réalisée à partir de données disponibles sur le nombre de semaines de congés maternité et à partir des différentes données sur la prématurité et les poids de naissance dans le monde. Selon les auteurs, une augmentation du congé maternité d'une semaine permettrait de réduire le taux de naissance prématurée et de petit poids de naissance après ajustement sur le niveau de revenu du pays et le pays (africain ou non africain). Parmi les données disponibles, on retrouvait 36 pays avec un congé prénatal. Lorsque l'analyse est menée sur le nombre de semaines du congé maternité prénatal, il n'est plus retrouvé de protection pour les naissances prématurées, probablement par manque de puissance car les résultats vont dans le sens de la première analyse.

Cette analyse montre qu'une politique globale autour de la grossesse et de l'emploi pourrait permettre une amélioration des issues périnatales. En Afrique, ou dans les pays considérés les plus pauvres, il est difficile de suivre les recommandations internationales du travail pour le congé maternité par comparaison aux pays plus riches. Par ailleurs peu de femmes travaillent dans des secteurs où le congé maternité est appliqué (Nandi et al., 2016). Les auteurs en concluent qu'il serait nécessaire, en parallèle des avancées de la médecine néonatale, de faire et d'appliquer une politique de prévention autour du travail dans les pays d'Afrique et d'Asie afin de prévenir la prématurité chez les femmes qui travaillent. En France, selon les recommandations du CNGOF de 2016, dans des conditions de travail normales (avec un temps de travail hebdomadaire de 35 h), il n'est pas recommandé de proposer systématiquement un arrêt de travail afin de prévenir la prématurité (Maisonneuve, 2016). Le lien entre prématurité et emploi n'étant pas totalement fondé, il est difficile d'ancrer la politique du congé maternité sur un congé trop précoce pour l'ensemble des femmes.

Les inégalités de santé et d'activité professionnelle existent dans tous les pays du monde. Nos résultats montrent qu'en France les inégalités liées aux caractéristiques professionnelles et sociales individuelles sont importantes et se traduisent par des retentissements sur la santé périnatale.

5.5.3 Protection de l'emploi des femmes pendant la grossesse

La grossesse entraîne dans tous les cas une rupture d'activité professionnelle, soit par un congé maternité, soit par le non renouvellement d'un contrat de durée déterminée ou par un arrêt maladie prolongé. Certaines « pauses maternités » ont pour conséquence non seulement une limitation dans la progression de carrière mais aussi une diminution de la reconnaissance générale dans le monde professionnel, l'arrêt temporaire étant considéré comme de l'absentéisme (M.-J. Saurel-Cubizolles et al., 2004; Devreux, 1988).

L'arrêt temporaire de maternité soulève la question du remplacement de personne ou de tâche. Le remplacement peut être vécu comme une mise à l'écart par certaines femmes. Si le remplacement est facile car il ne nécessite pas de « personnalisation », il constitue une menace pour l'emploi des femmes à la reprise. A l'inverse, certaines femmes ne sont pas remplacées ou « mal remplacées », car elles sont devenues indispensables à l'entreprise ; leur pause maternité engendre alors un manque à gagner fort pour l'entreprise, entraînant alors une culpabilité des femmes qui ne peuvent être à leur poste pendant au moins 4-5 mois.

Un vécu plus facile du congé maternité pourrait passer par une diminution progressive de l'activité professionnelle au cours de la grossesse avec un temps partiel modifiable en fonction du terme (temps plein au début de la grossesse puis diminution du temps au fur et à mesure des mois de grossesse). Ce genre de mesure permettrait d'être plus longtemps active. On pourrait imaginer le même schéma inversé après l'accouchement.

Au Québec, depuis les années 1980, il existe une politique sociale de protection de l'emploi des femmes enceintes qui consiste à effectuer « un retrait préventif » du travail pendant la grossesse, pour permettre aux femmes enceintes de continuer à travailler sans que cela ne présente un danger pour leur santé. Si l'emploi présente un risque, les femmes peuvent demander que leur poste de travail soit aménagé, et si cela est impossible, elles sont retirées préventivement du travail jusqu'à leur accouchement et reçoivent une compensation salariale durant la période d'arrêt de travail. Mais ce retrait préventif peut provoquer des oppositions de la part des employeurs ou des collègues, rendant le retour à l'emploi après le congé maternité difficile pour les femmes (De Koninck / Malenfant, 2001). Le retrait préventif est une mesure qui est mise en application après communication entre le médecin qui suit la femme enceinte et le médecin du réseau de santé publique de médecine du travail (Plante,

2004). Tous les facteurs de risques d'exposition sont évalués, sauf les caractéristiques sociodémographiques des femmes.
Selon l'analyse d'Agathe Croteau, si le retrait préventif est appliqué suffisamment tôt durant la grossesse, prévenant alors les expositions à risques, les issues périnatales (petits poids de naissances, prématurité) sont améliorées (Croteau et al., 2006).

Les inégalités sociales sont également présentes dans la décision de réduire son activité après la naissance et après le congé maternité. À l'occasion de la naissance d'un enfant, les parents, en ayant une activité professionnelle, bénéficient systématiquement de congés maternité ou de paternité. Ils peuvent également décider d'interrompre plus longuement leur activité ou réduire leur temps de travail, notamment dans le cadre d'un congé parental d'éducation[2]. En 2010, à partir des données de l'INSEE (Enquête Emploi et module complémentaire sur la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle 2010), parmi les femmes qui décident de prendre un congé parental, les moins diplômées cessent plus souvent totalement leur activité alors que les titulaires d'un diplôme de niveau Bac + 2 tendent davantage à la réduire : les employées et les ouvrières interrompent plus souvent leur activité que les cadres et les professions intermédiaires (Govillot, s. d.). Ces différences peuvent s'observer pour des raisons professionnelles : les femmes ayant des professions peu qualifiées ont une moindre réticence à interrompre leur activité professionnelle avec moins de pression sur leur perspective de carrière. En comparaison à nos résultats, il semble que les femmes qui s'arrêtent précocement pendant la grossesse sont également celles qui vont plus facilement prendre un congé parental d'éducation. Pour ces femmes, l'interruption de l'activité professionnelle sera particulièrement longue.

L'inégalité existe également dans les rapports de genre. Les femmes ont un congé maternité de 16 semaines alors que les hommes en ont un de 11 jours, plus 3 jours autour de la naissance. En ce qui concerne le congé parental après une naissance, un homme sur neuf réduit ou cesse temporairement son activité contre une femme sur deux. Quel que soit le rang de l'enfant, les mères s'arrêtent davantage qu'elles ne réduisent leur activité (21 % et 19 % respectivement) alors que les pères ont davantage tendance à réduire leur activité qu'à l'interrompre (9 % et 5 % respectivement). Les hommes invoquent le risque d'un effet défavorable du congé parental à temps plein sur leur travail ou leur carrière (30 % contre 16 % des femmes), notamment le risque d'une dégradation de leurs relations avec l'employeur.

[2]Le congé parental d'éducation, non rémunéré, est le droit d'interrompre ou de réduire son activité complètement ou à temps partiel. Selon leurs ressources, les parents perçoivent un complément de libre choix d'activité. À l'issue du congé parental, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

5.6 PERSPECTIVES

5.6.1.1 *Perspectives pratiques*

La maternité est une situation qui rend les femmes plus fragiles vis-à-vis de la société, notamment pour les femmes ayant déjà des situations sociales défavorables. L'indemnisation totale du congé maternité avec une compensation complète du salaire permettrait de lisser le risque économique lié à la perte d'une partie du salaire pendant la grossesse (Odul-Asorey, 2013). Cette indemnisation totale devrait être possible quels que soient la profession et le régime social.

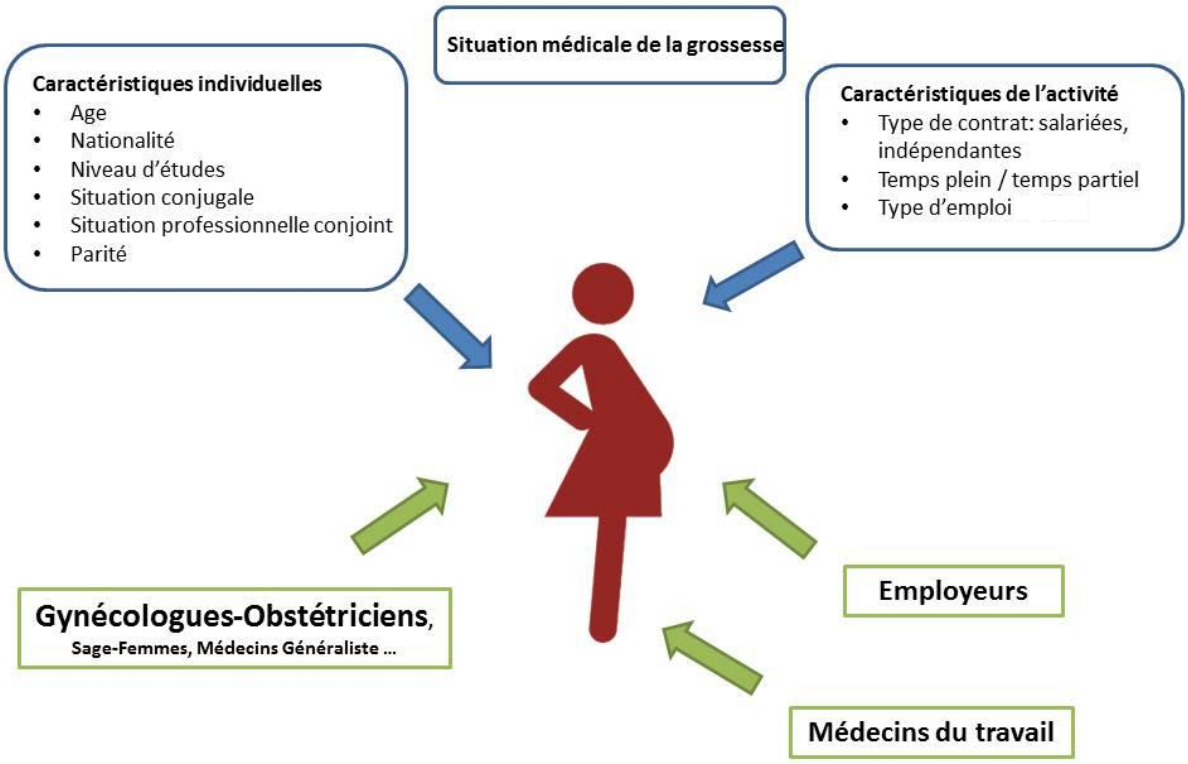


Figure 5-5 Caractéristiques des femmes et acteurs présents autour des femmes enceintes aidant à la décision d'un arrêt de l'activité

Au vu de nos différents résultats, il semble important de prendre en compte la situation sociale et individuelle des femmes dans la décision d'un arrêt au cours de la grossesse. Le choix d'un arrêt précoce va entraîner une diminution de la rémunération mensuelle (l'arrêt maladie, même pendant la grossesse, n'est rémunéré qu'à 50 %). Dans le cas le plus défavorable, la fin du contrat ou le chômage vont entraîner une perte importante de salaire. Par ailleurs l'arrêt précoce va également isoler les femmes de leur environnement social et professionnel.

En France, le lien entre les professionnels de premier recours et les médecins du travail est presque inexistant, particulièrement dans le domaine périnatal. Après le congé maternité, la salariée doit passer une visite médicale de reprise du travail pour réévaluer le poste. La médecine du travail devrait être plus active avant et pendant la grossesse. Il semble exister plusieurs situations complexes dans les arrêts maladie pendant la grossesse où la médecine du travail serait d'une aide précieuse à la réflexion générale.

Par exemple, certaines femmes désirent continuer leur activité professionnelle mais sont limitées physiquement par des contraintes organisationnelles : temps de trajet long et pénible, charges physiques de l'emploi non compatibles avec la grossesse. L'aménagement du poste, le télétravail ou la réduction du temps de travail ne sont pas possibles, car non prévus par l'entreprise ou l'employeur : l'arrêt maladie est alors nécessaire.

5.6.1.2 *Perspectives scientifiques*

5.6.1.2.1 Comprendre les modalités de l'arrêt

Les données de l'ENP sont représentatives de la population française et les enquêtes successives nous ont permis de mener des analyses sur plusieurs décennies. En revanche, les données sur la situation professionnelle et les modalités précises de l'arrêt n'ont pas été recueillies, étant hors des objectifs des ENP.

En mobilisant d'autres données quantitatives comme l'enquête prospective CONSTANCES (Goldberg et al., 2017), où des questionnaires détaillés sur les caractéristiques professionnelles sont disponibles et peuvent être fusionnés avec les données de la sécurité sociale informant sur les arrêts pathologiques ou les arrêts maladie pendant la grossesse (données du système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie SNIIRAM), nous pourrions préciser nos hypothèses et progresser sur les raisons des arrêts précoces pendant la grossesse.

Des enquêtes qualitatives seraient également intéressantes chez les femmes qui s'arrêtent très précocement afin de mieux comprendre les liens entre les motifs d'arrêts, la situation sociale précise autour de l'arrêt ainsi que la situation professionnelle.

5.6.1.2.2 Pratiques et prise en charge des professionnels de santé

Concernant les arrêts précoces, nous avons montré que les femmes qui étaient suivies principalement par un généraliste ont plus souvent quitté leur travail précocement pendant la grossesse que celles suivies par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme. Concernant les arrêts tardifs, les femmes qui travaillaient au cours du dernier mois étaient plus nombreuses à accoucher dans un établissement privé ou semi-privé par rapport à celles qui s'étaient arrêtées de travailler avant 37 SA.

Il serait intéressant de coupler nos recherches sur l'emploi des femmes pendant la grossesse à des enquêtes visant les professionnels de santé afin de connaître les raisons de prescription des arrêts maladie chez leurs patientes enceintes.

6 EVOLUTION DES ISSUES PERINATALES EN FONCTION DE L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

6.1 RESUME

Contexte et objectifs : Les soins prénataux et les issues de santé périnatales se sont améliorés au cours des dernières décennies. Dans un contexte où les inégalités sociales de santé augmentent, nous avons supposé que la qualité de la prévention et des soins initiés par les femmes ainsi que les issues périnatales seraient plus favorables pour les femmes enceintes qui travaillent par rapport aux femmes enceintes sans emploi ou au foyer. L'objectif de cette analyse était d'étudier l'évolution des soins prénataux et des issues périnatales en fonction de la situation d'emploi des femmes enceintes en France entre 1995 et 2016.

Population et méthodes : Les données sont issues des enquêtes périnatales nationales à partir de toutes les naissances en France collectées pendant une semaine en 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016. Le statut de l'emploi des femmes au moment de la grossesse était la variable dépendante principale. Les échantillons ont été regroupés et trois périodes d'enquêtes (1995-1998, 2003 et 2010) ont été comparées en fonction du statut d'emploi pour la prévention et les soins initiés par les femmes (surveillance tardive de la grossesse, cours de préparation à l'accouchement pour les nullipares et allaitement maternel), et pour les issues périnatales (naissance prématurée, petit poids pour l'âge gestationnel et hospitalisation). Les données de 2016 ont été analysées séparément des autres années.

Résultats : Pour chaque année d'enquête nous avons recueilli les données des femmes ayant répondu à la question du statut d'emploi pendant la grossesse : 1995-1998 (n = 25299), 2003 (n = 13510), 2010 (n = 13732) et 2016 (n=11555). Pour toutes les femmes, quel que soit le statut de l'emploi, l'initiation de la surveillance prénatale tardive est plus fréquente, avec une proportion plus élevée pour les femmes au foyer et les femmes au chômage. La participation aux cours de préparation à l'accouchement (pour les femmes nullipares) a augmenté pour tous les groupes sauf pour les femmes au foyer avec un partenaire en emploi. L'allaitement maternel (mixte ou exclusif) a augmenté dans tous les groupes, en particulier chez les femmes au foyer, sauf entre 2010 et 2016. Entre 1995 et 2016, les différences en fonction du statut de l'emploi pour les issues périnatales défavorables se sont resserrées mais persistent pour l'accouchement prématuré et les petits poids de naissance en 2010 par rapport à 1995, avec un taux plus élevé de pathologies pour les femmes considérées au foyer avec un partenaire ne travaillant pas ou absent et les femmes ayant une profession et catégorie socioprofessionnelle défavorisée ou au chômage.

Conclusion : Cette étude suggère qu'afin d'améliorer la prise en charge globale des femmes enceintes, le statut de l'emploi doit être pris en compte comme un facteur de risque indépendant d'issues périnatales défavorables.

Mots-clés: emploi pendant la grossesse, issues périnatales, prévention, inégalités sociales

6.2 INTRODUCTION

Depuis les vingt dernières années, dans les pays occidentaux et européens, la grande majorité des femmes travaillent pendant leurs années potentiellement reproductives et constituent près de la moitié de la population active (Thévenon, 2009; Maruani / Meron, 2012). En 2016, 74 % des femmes déclaraient avoir un emploi pendant leur grossesse (Blondel et al., 2017), comme décrit dans les résultats du chapitre 4.

Certaines hypothèses fondées sur la physiopathologie suggèrent que les femmes enceintes, lorsqu'elles sont plus exposées au stress, ont plus de risque d'avoir des issues périnatales défavorables, notamment des enfants naissant avec un petit poids pour l'âge gestationnel et des naissances prématurées (Dietze et al., 2016; Woods et al., 2010). Ces hypothèses ont été étendues à l'emploi, source potentiel de stress, pendant la grossesse (Katz, 2012; Siegrist / Li, 2017; Meyer et al., 2016).

Les premières lois sur la protection des femmes enceintes ayant un emploi pendant la grossesse sont apparues en France au début du 20e siècle. C'est à partir des résultats de quelques études rétrospectives ayant observé des femmes enceintes en situation défavorisée accouchant à l'hôpital qu'il avait été conclu que les issues de naissances étaient plus défavorables pour les femmes qui travaillaient jusqu'à la fin de la grossesse par rapport aux femmes qui se reposaient un peu avant l'accouchement (Letourneur, 1897). Comme nous l'avons vu plus haut, actuellement en France, pour le premier et le deuxième enfant, si la grossesse n'est pas compliquée médicalement, les femmes prennent un congé maternité prénatal de 6 semaines et de 10 semaines après l'accouchement.

Les études réalisées avant le 21e siècle et examinant la relation entre l'emploi pendant la grossesse et les issues périnatales présentent des résultats contradictoires. Les études les plus anciennes, avant 1950, préconisaient le repos en considérant l'emploi comme un facteur de risque d'issues périnatales défavorables, alors que les études plus récentes, après 1970, considèrent l'emploi comme protecteur (Mamelle et al., 1984; Murphy et al., 1984; Saurel-Cubizolles et al., 1985). Les associations entre l'emploi maternel et les issues de grossesse sont difficiles à évaluer car la plupart des femmes modifient pendant leur grossesse l'effort physique, l'activité et le stress en fonction de leur risque obstétrical, et ces facteurs intermédiaires sont difficiles à quantifier. D'autant plus qu'entre le début du 20e siècle et le 21e siècle, les conditions de l'emploi des femmes se sont améliorées, la médecine néonatale a évolué et plusieurs lois sur la protection de l'emploi autour de la maternité ont été adoptées.

Très tôt pendant la grossesse, les conditions de travail de la mère semblent être déterminantes pour le poids fœtal (Vrijkotte et al., 2009). Lorsque le terme de la grossesse approche, il semble que le lien entre l'emploi et les issues périnatales soit indirect, avec un grand nombre de facteurs de confusion

qui pourraient expliquer les issues périnatales défavorables, sans compter le comportement d'adaptation des femmes pendant la grossesse. Les facteurs sociodémographiques (âge, niveau d'éducation, situation familiale, revenu du ménage, appartenance ethnique), la consommation de tabac ou l'accès aux soins peuvent être liés au risque périnatal, ainsi que le comportement vis-à-vis de l'emploi pendant la grossesse (Chamberlain / Garcia, 1983; Joffe, 1985). Ces facteurs devraient donc être systématiquement pris en compte comme facteurs de confusion entre l'emploi et la santé périnatale (Joffe, 1985; Stengel et al., 1987; Rocheleau et al., 2017).

La population ayant une activité professionnelle est une population ayant des caractéristiques démographiques et sociales spécifiques, qui bénéficie d'un meilleur accès aux soins et à la prévention. C'est également vrai pendant la grossesse : les femmes ayant une activité professionnelle ont des complications médicales et obstétricales moins fréquentes et/ou moins graves que les femmes qui ne travaillent pas (Jansen et al., 2009; Palmer et al., 2013a; M. J. Saurel-Cubizolles et al., 2004; Wüst, 2014). En revanche, pour les femmes exerçant certains emplois avec des conditions de travail difficiles (travail de nuit ou travail physique dur), il est retrouvé plus fréquemment des issues périnatales défavorables, et dans ces situations les femmes enceintes doivent bénéficier d'un congé précoce ou d'un aménagement de poste (Burdorf et al., 2011; Mozurkewich et al., 2000). L'emploi rémunéré est associé à une probabilité augmentée de grossesse non compliquée (Chappell et al., 2013), et le chômage pendant la grossesse semble être un facteur de risque d'accouchement prématuré spontané, indépendamment de facteurs sociodémographiques tels que l'âge de la mère, le statut de couple et le niveau d'éducation (Rodrigues / Barros, 2008).

Deux grandes études basées sur le registre médical des naissances finlandaises ont comparé les différences entre classes socioéconomiques chez les femmes venant d'accoucher (Gissler et al., 2009; Gissler et al., 2003). Ces classes étaient créées à partir de la classe socioprofessionnelle (actuelle ou récente) et le niveau d'éducation, sans attention particulière aux données d'emploi pendant la grossesse. Les résultats ont montré une tendance à la baisse des inégalités socioéconomiques pour les issues maternelles et périnatales à la fin des années 1990, mais avec une augmentation des inégalités en 2006.

Dans un contexte où les inégalités sociales de santé augmentent, notamment à cause de la crise économique de 2007-2008 (López-Casasnovas / Soley-Bori, 2014), nous avons fait l'hypothèse que les femmes qui travaillent pendant la grossesse comparativement aux femmes qui ne travaillent pas (femmes au foyer et femmes au chômage) ont des comportements de santé et des issues périnatales plus favorables. À notre connaissance, aucune étude portant sur des échantillons représentatifs de femmes enceintes n'a comparé l'influence du statut professionnel sur les soins prénataux et les

résultats périnataux au fil du temps. La dichotomie active/non active ne permettant pas de représenter finement l'hétérogénéité des femmes vis-à-vis l'activité professionnelle, nous avons créé une variable permettant de caractériser l'emploi et le non-emploi selon plusieurs situations. Il est important de prendre en compte l'activité professionnelle mais également les personnes qui ne travaillent pas (Coutrot, 2002; Friedmann / Naville, 1961), et plus largement pendant la grossesse la situation du partenaire. Les femmes qui travaillent et les femmes qui ne travaillent pas ne constituent pas deux groupes homogènes opposables, plusieurs autres caractéristiques sont nécessaire à intégrer dans une analyse afin d'appréhender au mieux l'hétérogénéité. La catégorisation employée dans nos analyses utilise une variable construite à partir de l'activité professionnelle et de la situation de couple ainsi que l'emploi du partenaire s'il est présent.

Par ailleurs, avec l'harmonisation du suivi de la grossesse, la possibilité est donnée à toutes les femmes d'avoir un suivi et un accouchement dans une maternité adaptée à la pathologie. Les différences observées entre les groupes d'emploi pour les soins prénataux et les issues périnatales devraient se réduire avec le temps et finir par disparaître.

Le but de cette étude était de décrire, en fonction de l'état de l'emploi pendant la grossesse, l'évolution des comportements concernant des soins prénatals et l'évolution des issues de grossesse entre 1995 et 2016. La première partie de notre travail vise à décrire l'évolution des caractéristiques individuelles des femmes en fonction du statut d'emploi. Les données de 2016 ont été analysées séparément.

6.3 MATERIEL ET METHODES

6.3.1 Population et design de l'enquête

Nous avons utilisé les données des enquêtes nationales périnatales de 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016. Les quatre enquêtes ainsi que la population de sélection ont été détaillées dans un précédent chapitre. Nous avons regroupé les données des enquêtes de 1995 et 1998 en raison du court intervalle entre les deux enquêtes et parce que les caractéristiques sociodémographiques, le statut d'emploi, les soins prénataux et périnataux ne différaient pas significativement entre les deux périodes.

6.3.2 Sélection de l'échantillon

Les critères de sélection de la population pour cette analyse étaient : femmes ayant eu une grossesse unique avec un accouchement en France métropolitaine et un enfant vivant à la naissance (Figure 6-1: diagramme de flux de sélection de la population). Les femmes n'ayant pas répondu à la question sur l'emploi pendant la grossesse ont été exclues. L'échantillon comprenait 25299 femmes pour la période d'enquête 1995-98, 13510 femmes pour l'enquête de 2003, 13732 pour l'enquête de 2010, 11555 pour l'enquête de 2016 (64 096 femmes au total). Les données manquantes pour l'activité professionnelle et les femmes classées «autres» pour le statut exact de l'emploi étaient des groupes très hétérogènes, ces femmes ont été exclues des analyses suivantes. L'échantillon final comprenait 23701 femmes pour 1995-98, 12726 femmes pour 2003, 12667 femmes pour 2010 et 11045 femmes pour 2016.

6.3.3 Variables et analyse statistique

Nous avons d'abord analysé les caractéristiques des femmes au fil du temps. Nous avons utilisé l'analyse de variance (ANOVA) pour tester la différence quantitative et les tests $\chi 2$ pour étudier les différences entre les variables qualitatives des caractéristiques sociodémographiques individuelles, les soins prénataux et les issues périnatales, par groupe de statut d'emploi et selon la période d'enquête. Un test non paramétrique de la tendance dans les groupes a été utilisé pour étudier la tendance d'évolution par période de temps.

Le groupe de statut d'emploi a été construit à partir de l'activité professionnelle déclarée pendant la grossesse, de la situation professionnelle et de la catégorie socioprofessionnelle. Parmi les femmes qui travaillent, nous avons utilisé la classification française de l'INSEE des professions et catégories socioprofessionnelles (PCSP) pour former les variables suivantes : (a) PCSP Favorisée incluant les cadres, professions intellectuelles et professions intermédiaires, (b) PCSP Intermédiaire incluant les administratives, employées de bureau, agricultrices et artisanes, (c) PCSP Défavorisée comprenant les employées de bureau et les commis de magasin, les services et les travailleuses manuelles.

Pour couvrir l'hétérogénéité des femmes enceintes actives et non actives, le groupe de statut d'emploi a été divisé en 8 catégories : active professionnellement pendant la grossesse (active) et PCSP favorisée, active et PCSP intermédiaire, active et PCSP défavorisée, femmes au foyer avec un partenaire qui travaille, femmes au foyer avec un partenaire sans emploi ou absent, chômeuses, «autres» et statut manquant pour la catégorie vis-à-vis de l'emploi (Figure 1 : Diagramme de flux et sélection de la population). Les analyses ont été menées sur 6 groupes de statuts (exclusion des données manquantes et « autres »).

L'âge maternel (variable continue), la parité (moins de 2 enfants / deux enfants ou plus) et la nationalité (française / non française) ont été utilisés comme caractéristiques individuelles. Nous avons ensuite étudié la proportion de consommatrices de tabac au cours du dernier trimestre de la grossesse, la proportion de femmes ayant un niveau d'éducation inférieur ou égal au BAC.

Pour étudier la prévention et les soins initiés par les femmes pendant la grossesse et en post-partum, nous avons utilisé les indicateurs suivants : (1) la proportion de femmes ayant un début des soins prénatals considéré comme «tardif» (lorsque la grossesse était déclarée après le premier trimestre, car la déclaration de grossesse est la première étape obligatoire pour être couverte par la sécurité sociale (Opatowski et al., 2016)); (2) la proportion de femmes futures primipares qui assistent à la préparation à l'accouchement; (3) la proportion de femmes qui choisissent l'allaitement dans le post-partum immédiat (exclusif ou mixte).

Nous avons utilisé les indicateurs suivants pour étudier les issues périnatales : (4) la proportion de femmes hospitalisées pendant la grossesse ; (5) la proportion de naissances prématurées (<37 semaines complètes d'aménorrhée); (6) la proportion de naissances d'enfants de petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (défini comme le poids de naissance inférieur au 10^{e} percentile de l'âge gestationnel français et les courbes de référence spécifiques au sexe (Vendittelli et al., 2008)).

Les odds ratios ajustés (aOR) et leurs intervalles de confiance à 95 % selon le statut d'emploi ont été calculés à l'aide d'analyses de régression logistique multivariées pour tenir compte des caractéristiques individuelles maternelles. L'âge maternel, la parité et la nationalité ont été inclus dans les modèles multivariés comme facteurs d'ajustement. Les analyses ont été effectuées sur un échantillon mis en commun avec les trois périodes d'enquête, puis stratifiées en utilisant le terme d'interaction « période d'enquête # statut d'emploi » dans un modèle de régression logistique multivariée. Pour les analyses concernant les petits poids pour l'âge gestationnel, la consommation de tabac dans le dernier trimestre de la grossesse a été ajoutée comme facteur d'ajustement. L'existence d'une relation linéaire entre l'âge en continu et les autres variables a été examinée avant introduction dans le modèle.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata v.13 (anon., s. d.).

6.4 RESULTATS

Comme les résultats décrits au chapitre 4 le montrent, la proportion de femmes travaillant pendant la grossesse a augmenté de 62,0 % à 74.1 % entre 1995 et 2016, tandis que la proportion de femmes au foyer a diminué de 23,1 % à 12,0 % (tableau 4-1 et tableau 6-1). La proportion de femmes au chômage a diminué entre 1995 et 2003 (passant de 8,6 % à 6,3 %) puis a augmenté pour atteindre 10,1 % en 2016.

En fonction du groupe professionnel et du statut d'emploi, les caractéristiques individuelles des femmes sont différentes (tableau 6-2). Comme déjà vu dans le chapitre sur l'évolution de l'emploi entre 1972 et 2016, l'âge moyen des mères a globalement augmenté dans tous les groupes de 1995 à 2016. Le taux de femmes de nationalité étrangère a augmenté, en particulier dans les groupes de femmes au foyer. Le taux de personnes ayant un niveau inférieur ou égal au BAC a diminué pour toutes, avec une diminution plus importante pour les femmes à PCSP intermédiaire. Le taux de femmes ayant 2 enfants ou plus a légèrement diminué. Le taux de fumeuses a diminué au fil du temps dans tous les groupes, avec une diminution plus marquée dans les groupes de PCSP favorisée et chez les femmes au foyer.

Le taux de femmes ayant un début de soins prénatals considéré comme «tardif» a augmenté au fil du temps dans tous les groupes, passant de 4,4 % à 7,3 %, avec un taux plus élevé pour les femmes au foyer et celles au chômage (tableau 6-3). Dans tous les groupes, le taux de femmes nullipares ayant assisté aux séances de préparation à l'accouchement a augmenté, mis à part pour les femmes au foyer avec un partenaire qui travaille. Le taux de femmes choisissant l'allaitement maternel à la sortie de la maternité (mixte ou exclusif) a augmenté dans tous les groupes de 1995 à 2010, en particulier chez les femmes au foyer, mais a légèrement diminué en 2016. Les différences observées chaque année pour chaque item de santé entre les groupes d'emploi a persisté au cours du temps, avant ou après ajustement sur les caractéristiques individuelles (âge, parité et nationalité).

Le taux d'hospitalisations pendant la grossesse a diminué dans tous les groupes (tableau 6-4). Au fil du temps, les différences entre groupes se sont atténuées mais persistent pour les naissances prématurées et les naissances d'enfant de petit poids pour l'âge gestationnel, les femmes au foyer avec un partenaire sans emploi ou absent restant les femmes les plus à risque d'issues défavorables. Le taux d'accouchement prématuré a augmenté de manière générale pour la population étudiée, en particulier chez les femmes au foyer avec un partenaire sans emploi ou absent. Dans les différents groupes, les proportions de PAG sont restées similaires. Après ajustement, la différence observée entre les groupes pour les PAG est restée significative pour les PCSP défavorisées et les femmes au foyer avec un partenaire sans emploi ou absent en comparaison aux femmes ayant une PCSP favorisée.

6.5 FIGURE ET TABLEAUX

Figure 6-1 Sélection de la population

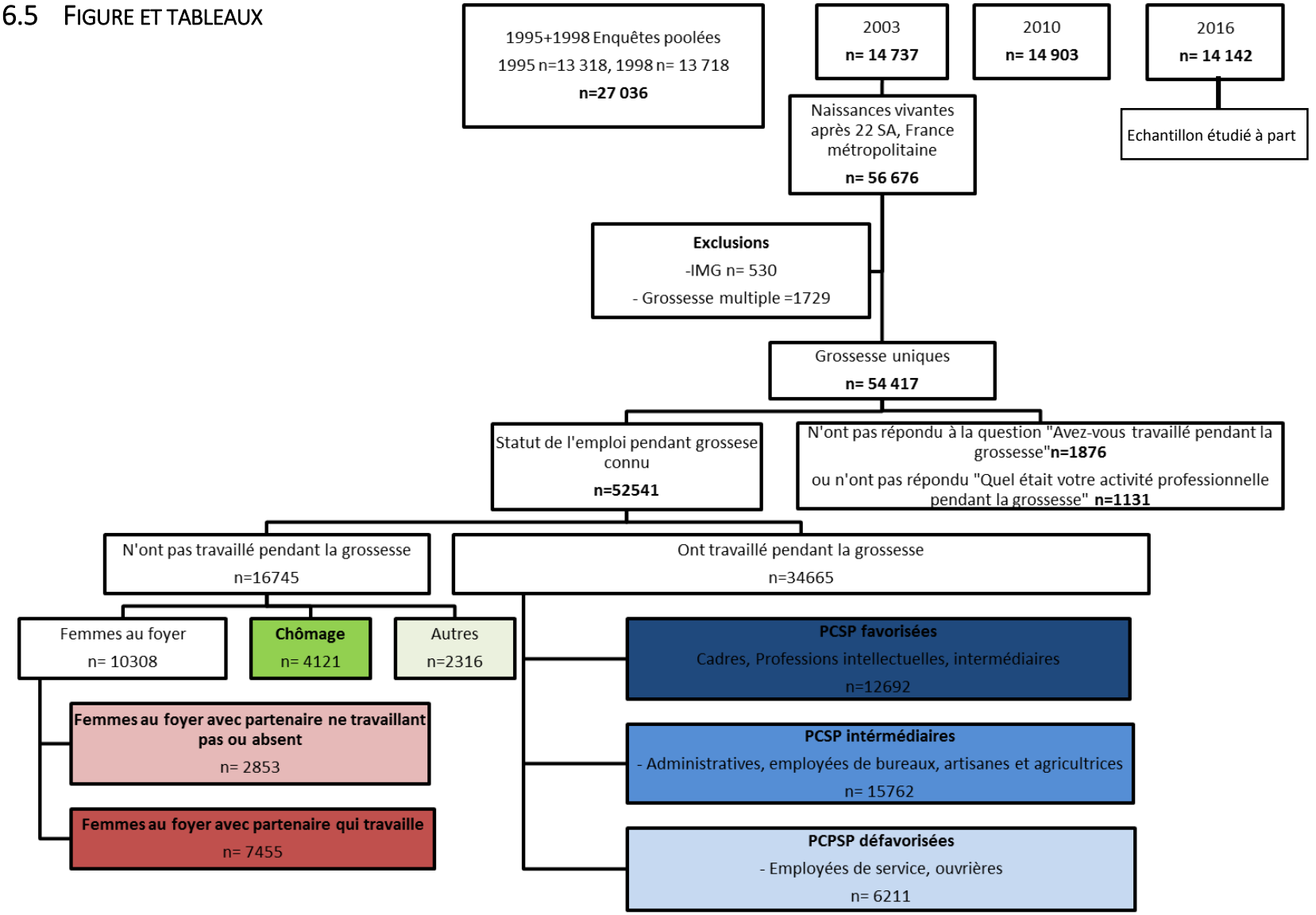


Tableau 6-1 Statut pour l'emploi des femmes enceintes en France entre 1995-2016

	1995-1998		2003		2010		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Femmes qui travaillent								
- PCSP favorisée	5457	21.6	3001	22.2	4234	30.8	4319	37.4
- PCSP intermédiaire	7067	27.9	4618	34.2	4077	29.7	2329	20.2
- PCSP défavorisée	3155	12.5	1429	10.6	1627	11.8	1916	16.6
Femmes au foyer								
- avec partenaire qui travaille	4352	17.2	2036	15.1	1067	7.8	831	7.2
- avec partenaire sans emploi ou absent	1489	5.9	793	5.9	571	4.2	484	4.2
Chômage	**2181**	**8.6**	**849**	**6.3**	**1091**	**7.9**	**1166**	**10.1**
Autres : congés parental, étudiantes, emplois non déclarés	**906**	**3.6**	**540**	**4.0**	**870**	**6.3**	**287**	**2.5**
Données manquantes	**692**	**2.7**	**244**	**1.8**	**195**	**1.4**	**223**	**1.9**
Total	**25299**	**100.0**	**13510**	**100.0**	**13732**	**100.0**	**11555**	**100.0**

Tableau 6-2 Caractéristiques sociodémographiques par statut d'emploi entre 1995 et 2016

	1995-1998 N=23701		2003 N=12726		2010 N=12667		2016 N=11045	
Age maternel, moyenne, DS								
Travaille, PCSP favorisée	30.5	4.2	31.1	4.1	31.3	4.2	31.6	4.2
Travaille, PCSP intermédiaire	29.0	4.5	29.2	4.7	29.8	4.9	30.5	4.8
Travaille, PCSP défavorisée	28.0	4.8	28.8	5.4	29.2	5.6	29.0	5.1
Au foyer avec partenaire qui travaille	28.9	5.5	29.0	5.6	29.4	5.5	30.2	5.5
Au foyer avec partenaire sans emploi ou absent	26.9	6.3	26.9	6.4	28.0	6.2	28.7	6.1
Chômage	27.4	4.9	27.9	5.5	28.3	5.8	29.0	5.5
Total	**28.9**	**4.9**	**29.3**	**5.1**	**30.0**	**5.1**	**30.4**	**5.0**
Non française, %								
Travaille, PCSP favorisée	3.0		3.1		4.0		5.0	
Travaille, PCSP intermédiaire	3.5		4.3		5.2		6.6	
Travaille, PCSP défavorisée	13.5		13.5		17.1		15.5	
Au foyer avec partenaire qui travaille	23.1		27.3		34.7		42.8	
Au foyer avec partenaire sans emploi ou absent	26.6		26.8		35.0		37.2	
Chômage	8.9		12.1		13.9		18.5	
Total	**10.3**		**10.7**		**10.9**		**12.8**	
Niveau d'étude ≤ BAC, %								
Travaille, PCSP favorisée	15.2		11.3		8.9		10.4	
Travaille, PCSP intermédiaire	68.8		58.3		49.8		47.1	
Travaille, PCSP défavorisée	92.7		91.2		84.4		78.2	
Au foyer avec partenaire qui travaille	79.6		77.0		73.5		71.4	
Au foyer avec partenaire sans emploi ou absent	94.6		94.4		88.7		86.2	
Chômage	78.0		70.5		70.0		65.3	
Total	**63.9**		**56.9**		**46.0**		**43.6**	
Parité ≥ 2, %								
Travaille, PCSP favorisée	15.7		13.2		14.1		13.9	
Travaille, PCSP intermédiaire	14.0		12.9		16.9		17.9	
Travaille, PCSP défavorisée	19.8		21.3		27.4		21.6	
Au foyer avec partenaire qui travaille	44.5		41.9		47.0		51.3	
Au foyer avec partenaire sans emploi ou absent	44.6		41.0		47.6		51.9	
Chômage	17.5		15.2		20.0		25.1	
Total	**23.0**		**20.5**		**21.5**		**21.7**	
Tabagisme actif au 3ème trimestre, %								
Travaille, PCSP favorisée	15.4		10.1		9.2		8.5	
Travaille, PCSP intermédiaire	22.4		19.0		17.1		17.2	
Travaille, PCSP défavorisée	29.2		28.1		24.4		23.5	
Au foyer avec partenaire qui travaille	27.1		23.2		18.7		15.6	
Au foyer avec partenaire sans emploi ou absent	41.9		40.5		28.9		31.6	
Chômage	33.2		28.6		29.4		25.8	
Total	**24.7**		**20.6**		**17.1**		**16.3**	

Tableau 6-3 Prévention et soins périnataux initiés par les femmes en fonction du statut d'emploi en France entre 1995 et 2016

	%				OR ajustés¤			
	1995-1998	2003	2010	2016	1995-1998	2003	2010	2016
Surveillance tardive de la grossesse	23410	12403	12378	11033	23255	12228	12266	*11008*
Travaille, PCSP favorisée	1.8	1.9	3.3	4.0	Reference	Reference	Reference	*Reference*
Travaille, PCSP intermédiaire	2.3	3.0	5.3	4.8	1.14 [0.88,1.47]	1.35 [0.99,1.85]	1.47 [1.17, 1.83]	*1.09 [0.85,1.40]*
Travaille, PCSP défavorisée	4.4	5.4	8.4	7.0	1.93 [1.48,2.52]	2.20 [1.54,3.14]	2.02 [1.58,2.60]	*1.38 [1.08,1.76]*
Au foyer avec partenaire qui travaille	6.1	7.1	13.8	15.8	2.35 [1.84,2.99]	2.39 [1.74,3.30]	2.80 [2.17, 3.61]	*2.29 [1.74,3.00]*
Au foyer avec partenaire sans emploi ou absent	15.6	17.7	24.3	23.5	6.07 [4.71,7.82]	6.54 [4.70,9.10]	5.37 [4.10,7.04]	*3.77 [2.81,5.04]*
Chômage	6.9	8.1	11.5	12.1	3.20 [2.46,4.17]	3.42 [2.37,4.93]	2.94 [2.27, 3.81]	*2.39 [1.87, 3.06]*
Total	**4.4**	**4.9**	**7.2**	**7.3**	P=0.413	P=0.678		
Préparation à l'accouchement (nullipare)	9849	5452	5375	4607	9825	5443	5358	*4598*
Travaille, PCSP favorisée	86.6	89.2	89.8	91.7	Reference	Reference	Reference	*Reference*
Travaille, PCSP intermédiaire	75.5	73.6	78.9	83.2	0.55 [0.48,0.63]	0.40 [0.33,0.49]	0.47 [0.39,0.57]	*0.51 [0.40, 0.64]*
Travaille, PCSP défavorisée	57.5	51.3	64.0	72.3	0.28 [0.24,0.32]	0.17 [0.14,0.22]	0.27 [0.22,0.34]	*0.33 [0.26, 0.42]*
Au foyer avec partenaire qui travaille	48.0	36.9	43.5	40.3	0.23 [0.19,0.27]	0.13 [0.10,0.17]	0.17 [0.12,0.24]	*0.12 [0.08, 0.18]*
Au foyer avec partenaire sans emploi ou absent	21.9	24.6	27.5	29.2	0.08 [0.06,0.10]	0.08 [0.05,0.11]	0.08 [0.05,0.13]	*0.08 [0.05, 0.13]*
Chômage	54.6	55.9	58.8	58.2	0.25 [0.21,0.29]	0.21 [0.16,0.28]	0.22 [0.17,0.28]	*0.18 [0.14-0.23]*
Total	**68.9**	**68.5**	**76.9**	**79.9**	P=0.012	P=0.245		
Allaitement en post-partum immédiat	23231	12443	12446	10945	23068	12258	12329	*10922*
Travaille, PCSP favorisée	67.1	76.5	78.2	72.8	Reference	Reference	Reference	*Reference*
Travaille, PCSP intermédiaire	48.7	59.2	64.8	61.5	0.47 [0.43,0.50]	0.45 [0.41,0.50]	0.53 [0.48,0.58]	*0.60 [0.54, 0.67]*
Travaille, PCSP défavorisée	42.9	51.1	59.3	58.8	0.33 [0.30,0.36]	0.30 [0.26,0.34]	0.36 [0.32,0.41]	*0.49 [0.43, 0.55]*
Au foyer avec partenaire qui travaille	49.9	61.5	67.5	73.8	0.40 [0.36,0.43]	0.39 [0.35,0.45]	0.43 [0.37,0.50]	*0.63 [0.52-0.77]*
Au foyer avec partenaire sans emploi ou absent	45.7	56.6	63.8	62.2	0.32 [0.28,0.36]	0.33 [0.27,0.39]	0.37 [0.30,0.45]	*0.39 [0.31, 0.49]*
Chômage	47.1	57.7	65.2	63.6	0.42 [0.38,0.46]	0.40 [0.34,0.47]	0.49 [0.42,0.57]	*0.59 [0.51, 0.68]*
Total	**52.1**	**62.5**	**68.8**	**66.6**	p=0.651	p=0.047		

* Toutes les différences observées non ajustées entre les statuts d'emploi avaient un p< 0.001

$ p value pour la tendance entre les années (1995-98 vs 2003, 2003 vs 2010)

¤ Ajustés sur l'âge maternel (continu), parité (<2 vs ≥2), nationalité (française vs non française)

Tableau 6-4 Issues de santé périnatales en fonction du statut d'emploi en France entre 1995 et 2016

	%				OR ajustés ¤			
	1995-1998	2003	2010	2016	1995-1998	2003	2010	2016
Hospitalisation	23633	12647	12609	11024	23460	12461	12482	*10999*
Travaille, PCSP favorisée	17.7	14.3	14.4	14.2	Reference	Reference	Reference	*Reference*
Travaille, PCSP intermédiaire	18.9	17.1	18.5	17.7	1.06 [0.97,1.17]	1.20 [1.05,1.37]	1.34 [1.19,1.51]	*1.26 [0.10, 1.44]*
Travaille, PCSP défavorisée	20.7	20.8	19.7	19.9	1.18 [1.05,1.32]	1.50 [1.27,1.77]	1.42 [1.22,1.65]	*1.40 [1.21, 1.63]*
Au foyer avec partenaire qui travaille	19.9	18.1	17.8	18.2	1.10 [0.99,1.23]	1.28 [1.09,1.49]	1.26 [1.04,1.51]	*1.24 [1.00, 1.53]*
Au foyer avec partenaire sans emploi ou absent	25.9	23.7	24.1	22.1	1.52 [1.32,1.75]	1.78 [1.46,2.17]	1.79 [1.44,2.22]	*1.54 [1.20, 1.98]*
Chômage	22.0	20.9	20.8	20.8	1.26 [1.11,1.43]	1.52 [1.25,1.85]	1.52 [1.28,1.81]	*1.48 [1.25, 1.76]*
Total	**19.8**	**17.7**	**17.7**	**17.3**		P=0.136	P=0.224	
Naissance prématurée [a]	23570	12676	12653	11028	23396	12486	12522	*11003*
Travaille, PCSP favorisée	2.9	3.7	4.4	4.6	Reference	Reference	Reference	*Reference*
Travaille, PCSP intermédiaire	4.1	4.5	5.7	6.0	1.41 [1.15,1.72]	1.22 [0.96,1.54]	1.32 [1.08,1.62]	*1.29 [1.03, 1.62]*
Travaille, PCSP défavorisée	5.0	6.2	6.4	5.8	1.74 [1.39,2.19]	1.73 [1.29,2.31]	1.50 [1.17,1.93]	*1.24 [0.97, 1.59]*
Au foyer avec partenaire qui travaille	5.0	5.0	4.8	6.3	1.72 [1.39,2.13]	1.32 [0.99,1.75]	1.09 [0.79,1.51]	*1.28 [0.91, 1.81]*
Au foyer avec partenaire sans emploi ou absent	5.4	7.8	6.3	8.5	1.83 [1.38,2.44]	2.17 [1.56,3.03]	1.42 [0.97,2.07]	*1.75 [1.20, 2.56]*
Chômage	5.7	4.4	6.1	5.5	2.00 [1.57,2.55]	1.21 [0.82,1.77]	1.35 [1.00,1.82]	*1.16 [0.86, 1.56]*
Total	**4.3**	**4.8**	**5.3**	**5.5**		P=0.359	P=0.593	
PAG [b]	23473	12600	12628	11000	22725	11779	12399	*10975*
Travaille, PCSP favorisée	7.5	9.1	7.2	7.8	Reference	Reference	Reference	*Reference*
Travaille, PCSP intermédiaire	9.3	10.6	8.1	9.8	1.19 [1.04,1.36]	1.08 [0.92,1.27]	1.03 [0.88,1.22]	*1.30 [1.09, 1.55]*
Travaille, PCSP défavorisée	10.0	11.9	9.7	8.8	1.25 [1.07,1.47]	1.15 [0.93,1.42]	1.26 [1.03,1.55]	*1.18 [0.97, 1.44]*
Au foyer avec partenaire qui travaille	8.3	8.9	7.9	8.9	1.13 [0.97,1.33]	0.96 [0.78,1.19]	1.15 [0.89,1.49]	*1.47 [1.11, 1.96]*
Au foyer avec partenaire sans emploi ou absent	11.8	15.1	9.9	10.8	1.44 [1.18,1.77]	1.48 [1.15,1.90]	1.29 [0.94,1.76]	*1.76 [1.26, 2.45]*
Chômage	9.9	10.4	10.3	11.0	1.15 [0.96,1.38]	0.95 [0.73,1.25]	1.25 [0.99,1.57]	*1.56 [1.24, 1.94]*
Total	**9.0**	**10.4**	**8.2**	**9.0**		P=0.344	P=0.724	

[a] Moins de 37 semaines d'aménorrhée [b] Petit poids pour l'âge gestationnel avec poids de naissance inférieur au 10e percentile

* Toutes les différences observées non ajustées entre les statuts d'emploi avaient un p< 0.001 sauf pour la période de 2010 pour les enfants prématurés (p=0.009) et les PAG (p=0.002)

$ p value pour la tendance entre les années (1995-98 vs 2003, 2003 vs 2010)

¤ Ajustés sur l'âge maternel (continu), parité (<2 vs ≥2), nationalité (française vs non française) et tabac (fume vs ne fume pas) pour les PAG.

6.6 DISCUSSION

6.6.1 Principaux résultats

Les femmes ayant un emploi pendant la grossesse, en particulier celles avec une PCSP favorisée ou moyenne, ont des soins prénataux plus précoces et un meilleur suivi que les femmes enceintes au foyer, particulièrement quand le partenaire ne travaille pas ou est absent, et ont moins de risque d'issues périnatales défavorables après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques. Les différences se réduisent avec le temps, mais persistent. Cette étude suggère qu'afin d'améliorer la prise en charge globale des femmes enceintes, le statut de l'emploi doit être pris en compte comme un déterminant complémentaire de la situation sociale des femmes et un facteur de risque indépendant d'issues périnatales défavorables.

6.6.2 Forces et limites

Notre étude est la première à rapporter une évolution temporelle des soins prénataux et des issues périnatales en comparant les groupes en fonction du statut de l'emploi pendant la grossesse.

Les données sont basées sur de grands échantillons nationaux. Afin d'augmenter la puissance statistique de nos analyses, nous avons combiné les données de 1995 et de 1998, puisque ces deux périodes étaient très proches et que les caractéristiques étudiées ne différaient pas.

L'hétérogénéité selon le statut d'emploi est une des limites que nous avons tenté de contourner en créant des groupes selon l'activité professionnelle des femmes pendant la grossesse et selon celle des partenaires. Nous avons décidé de diviser ce groupe en trois catégories : les femmes sans emploi au chômage, les femmes au foyer avec un partenaire sans emploi ou absent et les femmes au foyer avec un partenaire qui travaille. Ces femmes ayant des caractéristiques individuelles très différentes, nous nous attendions à des différences pour les variables de santé. Nous avons choisi d'exclure la catégorie « autres » (étudiantes, congé parental, situation non déclarée) et la catégorie des femmes qui n'ont pas répondu à la question sur le statut d'emploi, car ces deux catégories avaient de très faibles effectifs et risquaient d'accroître l'hétérogénéité déjà présente des groupes.

Cette population de femmes que nous avons décidée d'exclure semblait aussi être plus à risque : leurs résultats périnataux sont similaires à ceux des femmes au chômage ou au foyer avec un partenaire sans emploi ou absent. Elles ont un début des soins prénatals plus tardif, assistent moins souvent aux cours de préparation à l'accouchement, elles sont plus souvent hospitalisées pendant la grossesse, et ont plus souvent des enfants qui naissent prématurément. Par conséquent, nous avons probablement sous-estimé la population à risque en excluant cette population.

Pour des raisons de colinéarité théorique entre le niveau d'étude et le statut d'emploi, nous avons choisi de ne pas utiliser le niveau d'étude dans les variables d'ajustement du modèle multivarié.

6.6.3 Augmentation des hospitalisations

Le taux d'hospitalisation a diminué entre 1995 et 2016 pour tous les groupes, il reste en revanche toujours plus élevé pour les femmes au foyer.

Il semble qu'au fil des années de plus en plus de pathologies sont diagnostiquées, car la surveillance médicale est plus importante (augmentation du nombre de consultations pendant la grossesse), les tests diagnostiques ont une meilleure sensibilité et les normes ont été modifiées (Senat / Deruelle, 2016). Parallèlement, les soins médicaux sont rationalisés et allégés avec un taux réduit d'hospitalisation et une prise en charge en ambulatoire ou à domicile plus fréquente (par exemple, pour la menace d'une naissance prématurée).

6.6.4 Augmentation des naissances prématurées

En incluant les données de 2016, il est observé une augmentation de la prématurité sur l'ensemble de la période en particulier pour les femmes non actives et au foyer. Une étude de cohorte récente sur plus de 220 000 femmes dans 13 pays européens a comparé celles exerçant un emploi pendant leur grossesse à celles n'en exerçant pas (Casas et al., 2015). Cette étude a démontré que l'emploi, toutes professions confondues et après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, était associé à une réduction du risque de prématurité globale, comparé au non emploi (femmes en recherche d'emploi, en congé parental, au foyer et étudiantes). Il existe un bénéfice périnatal à travailler (femmes mieux insérées socialement, avec des revenus plus élevés et des aides à domicile). Les femmes qui travaillent sont en meilleure santé que celles qui ne travaillent pas ou qui s'arrêtent de travailler très précocement pendant la grossesse, ce qui correspond à l'effet du travailleur en bonne santé déjà évoqué dans le contexte de la grossesse (Stengel et al., 1987; Savitz et al., 1990). Des facteurs sociaux tels que le stress résultant d'un changement de vie ou d'une tension professionnelle ainsi que les facteurs maternels et obstétricaux peuvent nuire à la croissance du fœtus et augmenter le risque des accouchements prématurés (Staneva et al., 2015).

6.6.5 Persistance des inégalités de santé entre 1995 et 2016

Les femmes au foyer, en particulier celles dont le partenaire ne travaille pas ou est absent, se distinguent des autres : une majorité n'a pas fait d'étude après le BAC et plus d'un tiers d'entre elles sont de nationalité étrangère. Indépendamment de ces caractéristiques socioéconomiques, ces femmes ont des issues de santé défavorables.

Dans notre étude, des différences parmi les groupes socioéconomiques ont été observées pour toutes les variables mesurant les soins et les issues périnatales. Nous observons les mêmes résultats que les

études finlandaises ayant observé les issues de santé périnatales en fonction des classes socioéconomiques des femmes entre 1990 et 2006 (Gissler et al., 2009; Gissler et al., 2003) : une diminution sans disparition des différences entre groupes socioéconomiques.

Depuis 2005, les plans nationaux de périnatalité soulignent la nécessité d'une réduction des inégalités sociales de santé dans le champ de la périnatalité (anon., 2004). Contrairement à notre hypothèse initiale, nos résultats montrent que, globalement, les différences concernant les issues périnatales en France sont stables depuis 1995 ; elles semblent se réduire, mais ne disparaissent pas. Certains groupes se démarquent comme les femmes au foyer, avec partenaire sans emploi ou absent, et semblent faire partie d'un groupe à risque très élevé d'une surveillance périnatale faible et d'issues périnatales défavorables.

Cette catégorie des femmes au foyer renvoie à une catégorie de femmes plutôt isolées : ce sont des femmes qui ne travaillent pas avec un réseau social encore plus limité quand leur partenaire ne travaille pas ou est absent. Pour la majorité des personnes, l'emploi apporte des revenus, mais permet aussi de développer un réseau social. L'absence d'emploi limite également l'accès à la sécurité sociale et aux mutuelles de santé garanties par les entreprises. L'isolement social de ces femmes va également être accentué par la grossesse et risque d'être aggravé durant le post-partum, limitant encore plus la possibilité d'un retour à la vie active.

Notre hypothèse initiale, qui était que les différences observées pour les issues de santé et la prévention entre les femmes selon leur position sociale devaient disparaître au fil du temps, n'est pas confirmée. Malheureusement, plusieurs autres études vont dans ce sens, montrant que les différentes crises économiques, dont celle de 2008, ont eu un effet négatif sur l'activité professionnelle et également sur la santé.

Une étude réalisée à Stockholm en population générale féminine a mis en évidence une augmentation des niveaux de détresse mentale après la crise de 2008 chez les femmes quelle que soit leur activité professionnelle, et notamment celles qui étaient au chômage (Blomqvist et al., 2014). Des analyses historiques sur la Grande Récession aux Etats-Unis ont mesuré les effets de l'augmentation du chômage sur les comportements des femmes pendant la grossesse et les issues périnatales (Margerison-Zilko, 2014; Margerison-Zilko et al., 2017). Selon l'origine ethnique et selon le niveau d'études des femmes, il est noté une augmentation de la consommation d'alcool pendant les restrictions économiques, sans modification des autres comportements. Et lorsque les femmes étaient au chômage pendant le premier trimestre le taux d'accouchement prématuré était augmenté.

6.6.6 **Perspectives**

L'emploi et le chômage sont des indicateurs forts des inégalités sociales pendant la grossesse : il est nécessaire d'en tenir compte pour améliorer la surveillance et la prise en charge des femmes.

Les inégalités en matière de santé périnatale semblent s'amoindrir au fil du temps, mais elles persistent et il faut les faire disparaître. Les actions de santé publique visant à améliorer les résultats de santé périnatale dans la population générale devraient d'abord se concentrer sur les groupes socioéconomiques défavorisés pour réduire et faire disparaître les différences socioéconomiques (Marmot, 2017).

7 CONCLUSION GENERALE

7.1 PRINCIPAUX RESULTATS

Comme dans la population générale, le taux d'emploi des femmes enceintes a augmenté régulièrement entre 1972 et 2016 de 53 % à 74 %.

Le taux d'emploi a progressé pour toutes les femmes enceintes, sauf pour les femmes de moins de 25 ans et celles avec un niveau d'études bas. L'âge et le niveau d'études sont les principaux déterminants de l'évolution de l'emploi, chez les femmes enceintes comme dans la population générale. L'augmentation du taux d'emploi des femmes enceintes entre 1972 et 2016 est associée à la modification des caractéristiques individuelles des femmes (niveau d'études, situation familiale) et aux modifications sociétales en France (générations de naissances). Le taux d'emploi des femmes enceintes ne peut pas être compris seul mais doit être analysé en association avec les caractéristiques sociales et démographiques des femmes enceintes et en perspective des évolutions temporelles.

Il existe des inégalités sociales autour du moment de l'arrêt de l'activité professionnelle pendant la grossesse. En 2010 et 2016, les femmes ayant les situations sociales les plus défavorables s'arrêtent précocement pendant leur grossesse, quelle que soit leur situation médicale. Peu de femmes s'arrêtent après 37 SA mais parmi celles qui le font, les femmes ayant une profession indépendante et les femmes faisant partie des catégories socioprofessionnelles hautement qualifiées sont plus nombreuses.

Pour toutes les femmes, quel que soit le statut d'emploi, l'initiation d'une surveillance prénatale tardive est plus fréquente en 2016 qu'en 1995, notamment pour les femmes au foyer ou au chômage. Entre 1995 et 2016, les différences en fonction du statut d'emploi pour les soins initiés par les femmes et les issues périnatales défavorables se sont resserrées. Ces différences persistent pour l'accouchement prématuré et les petits poids de naissance en 2010 par rapport à 1995, avec une moins bonne surveillance pendant la grossesse et un taux plus élevé de pathologies pour les femmes en situation sociale plus défavorisée ou au chômage.

7.2 CONCLUSION ET PERSPECTIVES

A partir de données homogènes provenant d'enquêtes transversales à l'échelle nationale réalisées entre 1972 et 2016, nous avons pu conduire une série d'analyses de l'emploi des femmes pendant la grossesse en France, sur plus de 40 ans et en lien avec les soins et l'issue de la grossesse sur les 20 dernières années.

Ce travail s'inscrit au carrefour de plusieurs champs de réflexion :

- La question des enjeux sociaux de genre. Le choix ou la nécessité des femmes en matière de vie professionnelle et leur choix en matière de fécondité sont au cœur de ce travail, qui de fait porte sur la population féminine. Toutefois la décision (ou le choix) d'avoir un enfant, souvent négociée en couple à l'échelle individuelle, et la répartition des emplois et des professions encore fortement différenciée entre les femmes et les hommes à l'échelle collective, inscrivent ce travail dans une dimension sociale de répartition des rôles entre les sexes.
- L'épidémiologie sociale. Les comportements des femmes en matière de surveillance prénatale en interaction avec les soignants, et la distribution des issues périnatales défavorables sont mis en perspective, dans cette thèse, avec le rapport à l'emploi des femmes et la position sociale de cet emploi. De même, parmi celles qui ont un emploi, la gestion du temps de grossesse passée au travail est mise en relation avec la profession exercée.
- De façon plus pratique, la question du retrait préventif des femmes de leur emploi pendant la grossesse interroge et mobilise la médecine du travail. Enfin, ce travail pourra alimenter l'intérêt des professionnels de santé en charge de la grossesse (gynécologues obstétriciens, sages-femmes, médecins généralistes) afin d'optimiser le parcours de soins des femmes afin de réduire les issues périnatales défavorables, en soulignant l'importance de l'interrogation du mode de vie des femmes et de leur activité professionnelle.
- En revanche notre travail ne s'inscrit pas dans une perspective de risques professionnels pendant la grossesse. D'une part, la recherche dans ce domaine est active et la littérature assez abondante et d'autre part, nous ne sommes pas dans une perspective directement étiologique mais plutôt descriptive.

7.2.1 Grossesses, emploi et arrêts : inégalités sociales de santé

Dans nos analyses, les femmes qui s'arrêtent précocement de travailler et les femmes qui ne travaillent pas sont des femmes avec une situation sociodémographique plus défavorable que les autres : elles sont plus jeunes, moins souvent en couple, plus souvent d'origine étrangère et lorsqu'elles travaillent, elles ont le plus souvent des PCSP moins qualifiées.

Les femmes de la génération de naissance 1945-1960 sont celles qui travaillent le plus. Les femmes des générations suivantes n'ont pas poursuivi le même taux d'activité rémunérée. Il est possible de trouver plusieurs interprétations à ce résultat. La génération de femmes de 1945, génération baby-boom, marque un tournant pour l'activité professionnelle des femmes. C'est au moment où les moyens médicaux de planifier les naissances sont légalisés (contraception et interruption volontaire de grossesse), où il existe une diffusion importantes des mouvements pour l'engagement des femmes et où d'une manière générale les comportements semblent plus ouverts.

Au cours de la période d'observation, plusieurs crises économiques importante ont modifié les conditions du marché du travail, et de son accès par les femmes, ce qui peut expliquer pourquoi les femmes des générations plus jeunes ont des taux d'activité plus faibles.

En parallèle de ce phénomène, la montée de la précarité dans l'emploi a conduit les hommes et les femmes à reconsidérer leurs intentions initiales de fécondité avec moins de projets parentaux en cas de chômage (Pailhé / Régnier-Loilier, s. d.).

7.2.2 Question de genre : Emploi des femmes, emploi des hommes

La division du travail dans le couple entre mari et femme, décrite par Friedrich Engels en 1884 dans la famille bourgeoise, se résumant à un rôle majeur de l'homme permettant de subvenir aux besoins de la famille en exerçant un emploi et un rôle domestique des femmes reléguées aux tâches ménagères (Engels / Desrousseaux, 1946), a bien évolué. Actuellement la grossesse et le post-partum immédiat sont les seuls moments qui différencient réellement les femmes et les hommes dans la charge attribuée à la famille en ce qui concerne le travail. Mais l'on observe une division de genre persistante dans les congés qui suivent la maternité. Lutter contre les préjugés sur les rôles parentaux et changer les normes sociales à la maison comme au travail est un enjeu difficile et qui demande du temps (Pailhé / Solaz, 2010).

En France le congé paternité est entré en application en 2002, un siècle après le congé maternité. Onze jours sont accordés au père (18 jours si naissance de plusieurs enfants) en plus des 3 jours de congé de naissance. Ce congé est pris en charge par la sécurité sociale la rémunération est calculée de la même manière que pour le congé maternité.

La création du congé paternité d'une part, équivalent individuel du congé maternité pour l'homme et du congé parental d'autre part font partie des initiatives pour changer les rapports de genre dans la division du travail en France. Par ailleurs le congé parental permet de prolonger les congés à diviser entre les parents et favorise la répartition des tâches autour de la naissance de l'enfant. La Suède initialement était le premier pays à proposer en 1974 un congé parental d'éducation. Certains pays vont plus loin dans la volonté d'impliquer les pères en proposant une période de congé parental qui leur est réservée avec mise en place d'une incitation (financière ou allongement des congés si partage entre mère et père) afin de pousser les pères à prendre un congé parental (Moss, 2013). Dans certains pays d'Europe la rémunération du congé est importante incitant les parents à utiliser ces congés, contrairement à la France où le congé n'est pas rémunéré (mais sous certaines conditions, il peut donner lieu au versement d'une allocation par la CAF ou la MSA).

Depuis la réforme de l'allocation parentale d'éducation au milieu des années 1990, le niveau d'activité des mères de jeunes enfants connaît une baisse (mères de 2 enfants) passé de 74 % en 1994 à 56 % en

1997 (Salles, 2004). L'absence de structures de garde est souvent un motif de cessation d'activité, d'autant plus que les conditions de travail sont difficiles (Milewski et al., 2005; Périvier, 2004). En effet, la pénibilité des conditions de travail et la précarité de l'emploi occupé avant la naissance sont des motifs avancés par les femmes qui optent pour un congé parental comme mode de conciliation entre famille et travail.

Ces pauses pour concilier famille et travail peuvent conduire à des pertes de capital humain (Mincer / Ofek, 1982) qui réduisent les chances de retrouver un emploi par la suite, des pertes de capital financier (Meurs / Ponthieux, 2000) et des pertes en perspectives d'avancement pour les femmes.

L'insécurité dans l'emploi peut constituer une menace comparable au chômage pour la santé générale (Kim / von dem Knesebeck, 2015). Un grand nombre d'études ont montré que le chômage et la précarité dans l'emploi avaient un effet négatif sur la santé tandis que d'autres études ont montré qu'une mauvaise santé pouvait accroître le risque de quitter son emploi et diminuer la probabilité de reprendre une activité professionnelle aussi bien pour les femmes que pour les hommes (Berkman / Kawachi, 2000; Ki et al., 2013).

7.2.3 Impact sur la pratique médicale

Les transformations majeures du rapport à l'emploi des femmes au cours des dernières décennies ont également modifié les pratiques des soignants prenant en charge les femmes enceintes.

Pour notre pratique, en tant que gynécologue-obstétricien, il est nécessaire de considérer que la majorité des femmes enceintes sont des femmes en emploi rémunéré. La discussion de l'arrêt prénatal de l'activité professionnelle prend en compte le contexte médical de la grossesse, le type et la nature du travail exercé, et la situation sociale du ménage.

Une partie de nos patientes, sont au chômage, considérées au foyer ou n'ont pas d'emploi rémunéré pour d'autres raisons, elles doivent retenir notre attention particulièrement car nos résultats soulignent qu'elles sont à risque plus élevé d'une moins bonne surveillance prénatale et d'issues défavorables de la grossesse.

Une attention particulière doit être portée aux femmes plus défavorisée dans l'emploi, soit parce qu'elles n'ont pas d'activité professionnelle déclarée ou/et actuelle soit par leur activité professionnelle qui les met dans une position sociale défavorisée – salaires inférieurs et environnement de travail plus pénibles - ces femmes ont une initiation des soins plus tardive et des issues périnatales plus défavorables que les femmes qui travaillent avec une position sociale plus favorisée.

8 ANNEXES

8.1 EVOLUTION SPATIO-TEMPORELLE DU TAUX D'EMPLOI DES FEMMES ENCEINTES EN FRANCE ENTRE 1981 ET 2010

Nous avons réalisé des cartes géographiques retraçant l'évolution de l'emploi en France métropolitaine entre 1981 et 2010 pour les femmes enceintes et pour la population générale. Les variations temporelles et spatiales ont été dessinées à l'aide du logiciel Quantum GIS (Système d'Information Géographique Libre et Open Source) en intégrant des prévalences moyennes d'emploi chez les femmes enceintes et chez les femmes de la population générale par département au fil des années (figure 8-1).

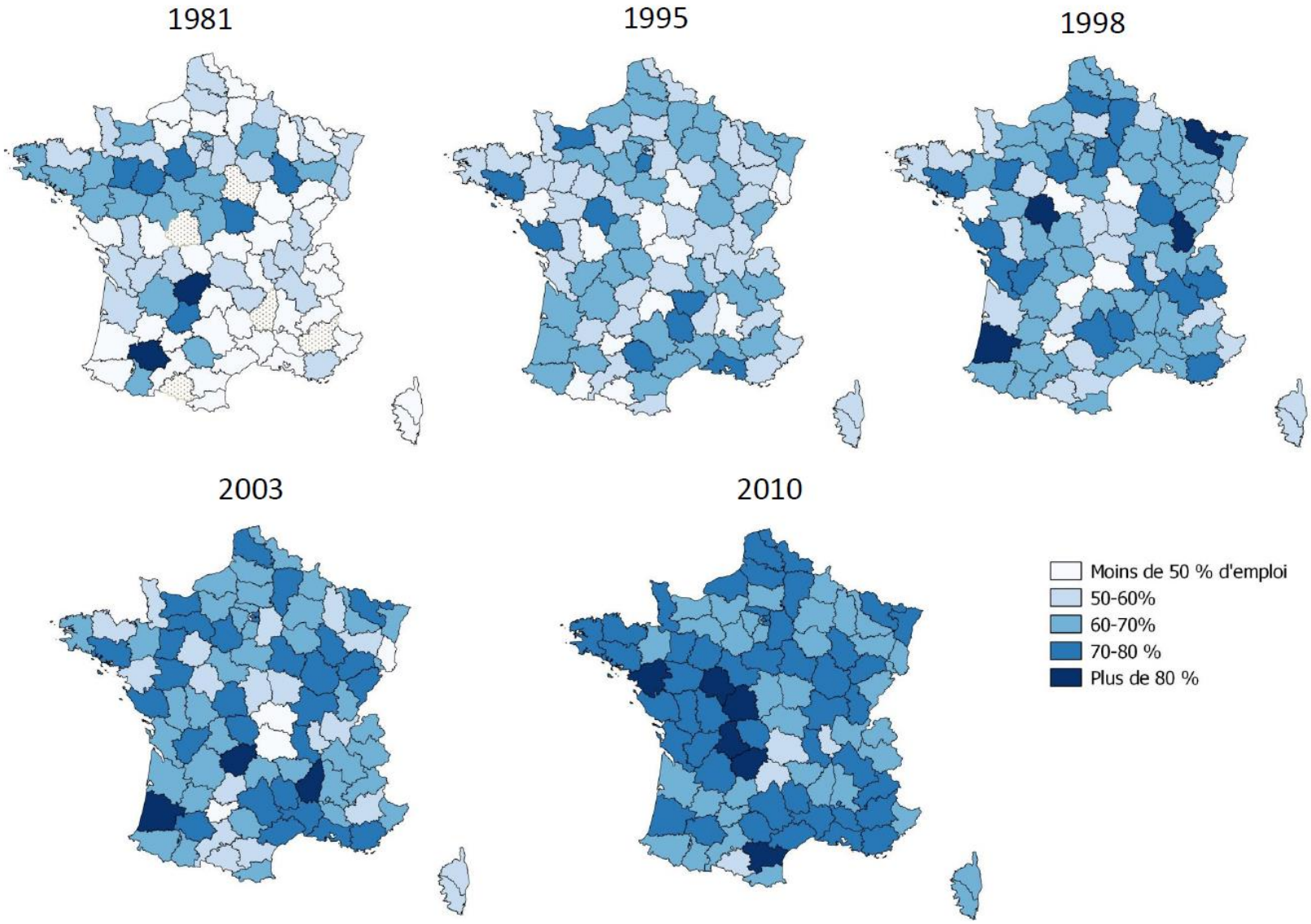


Figure 8-1- Annexe Evolution spatiale et temporelle du taux d'emploi des femmes enceintes en France, moyenne par départements de 1981 à 2010

8.3 ACTIVITE PROFESSIONNELLE DES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE : NIVEAU D'ETUDES

Cette analyse vient compléter les analyses du chapitre 4.

L'ajout du niveau d'études au modèle atténue l'association entre l'emploi et l'année d'enquête (tableau 8-1). Entre 1972 et 2016, à niveau d'études égal, les femmes ont plus fréquemment travaillé en 1972 par rapport à 2016, avec également une diminution entre 1981 et 2010. Le sens de cette association persiste après ajustement sur l'âge puis disparaît avec l'effet de la variable génération.

Afin de comprendre l'évolution du taux d'emploi des femmes, il semble que l'ajustement sur le niveau d'étude ne suffit pas. Nous avons réalisé une stratification de l'activité professionnelle en fonction du niveau d'études : bas niveau d'études, niveau d'études moyen, haut niveau d'études (tableaux 8-2, 8-3, 8-4).

Dans la strate de niveau d'études bas, les femmes enceintes ont plus travaillé en 1972 qu'en 2016 : le taux d'emploi est passé de 42 % à 25 % (Tableau 8-2). L'association entre l'emploi et la génération de naissance des femmes est inchangée quel que soit l'ajustement : les femmes nées entre 1945 et 1960 ont travaillé plus que les autres générations.

Dans la strate de niveau d'études moyen, le taux d'emploi a été le plus important en 1972, égal à 64 % puis a diminué en 1995 à 56 % pour remonter à 60 % en 2016 (Tableau 8-3). L'effet génération est présent : les femmes nées entre 1945 et 1960 ont travaillé plus que les autres générations quelle que soit la période d'enquête.

Dans la strate de niveau d'études élevé, le taux d'emploi a toujours été le plus élevé et a augmenté progressivement entre 1972 (64 %) et 2016 pour atteindre 82 % (Tableau 8-4). Dans cette strate l'effet de génération n'est plus retrouvé, ni en univarié ni en multivarié.

Tableau 8-1 Evolution de l'activité professionnelle en fonction des caractéristiques sociodémographiques : modèle multivarié

	N	%	Univarié	Année + Etude	Année + Age + Etude	APG + Etude	Modèle complet
Années d'enquête							
1972	10016	53.6	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
1981	4987	56.4	1.07 [1.00,1.14]	0.81 [0.75,0.87]	0.76 [0.71,0.82]	0.61 [0.56,0.66]	0.76 [0.69,0.82]
1995	12278	60.8	1.34 [1.27,1.41]	0.63 [0.59,0.67]	0.55 [0.52,0.59]	0.52 [0.46,0.59]	0.87 [0.77,0.99]
1998	12930	64.8	1.60 [1.52,1.69]	0.69 [0.65,0.74]	0.61 [0.57,0.65]	0.60 [0.53,0.68]	1.01 [0.88,1.15]
2003	13731	66.7	1.73 [1.65,1.83]	0.72 [0.67,0.76]	0.63 [0.59,0.67]	0.71 [0.62,0.81]	1.23 [1.06,1.43]
2010	13757	71.1	2.08 [1.98,2.19]	0.77 [0.72,0.82]	0.68 [0.64,0.73]	0.91 [0.78,1.07]	1.81 [1.53,2.14]
2016	11771	74.3	2.55 [2.41,2.69]	0.89 [0.83,0.95]	0.78 [0.73,0.83]	1.26 [1.07,1.50]	2.72 [2.26,3.27]
Age							
Moins de 25 ans	17950	51.1	Référence		Référence	Référence	Référence
25-29 ans	27244	68.3	2.03 [1.96,2.11]		1.57 [1.51,1.64]	1.54 [1.48,1.62]	2.05 [1.95,2.16]
30-34 ans	22309	71.4	2.36 [2.27,2.46]		1.64 [1.57,1.72]	1.56 [1.48,1.65]	2.91 [2.73,3.09]
35-39 ans	9817	67.9	1.97 [1.87,2.07]		1.44 [1.36,1.52]	1.25 [1.16,1.35]	2.89 [2.65,3.15]
Au moins 40 ans	2150	61.1	1.46 [1.34,1.60]		1.23 [1.11,1.35]	1.00 [0.89,1.13]	2.65 [2.32,3.03]
Génération de naissance							
1920-1945	3749	44.6	Référence			Référence	Référence
1946-1960	13052	59.2	1.81 [1.69,1.95]			2.23 [2.03,2.44]	1.89 [1.71,2.08]
1961-1975	33596	67.2	2.58 [2.42,2.76]			1.82 [1.58,2.10]	1.33 [1.14,1.56]
1976-1990	26679	69.5	2.86 [2.68,3.06]			1.26 [1.06,1.50]	0.90 [0.75,1.09]
1991-1999	2394	50.3	1.28 [1.16,1.42]			0.67 [0.54,0.83]	0.43 [0.34,0.55]
Niveau d'études							
Primaire	8212	36.0	Référence	Référence	Référence	Référence	Référence
Secondaire y compris BAC	41175	58.4	2.45 [2.34,2.58]	2.89 [2.73,3.05]	2.95 [2.79,3.12]	2.86 [2.70,3.02]	1.71 [1.60,1.82]
Etudes supérieures après BAC	30083	82.1	8.01 [7.59,8.44]	9.45 [8.88,10.06]	8.89 [8.35,9.47]	8.30 [7.79,8.84]	3.45 [3.21,3.70]
Parité							
Pas encore d'enfant	33830	75.1	3.98 [3.83,4.13]				5.86 [5.58,6.16]
Déjà 1 enfant	27040	67.7	2.78 [2.68,2.88]				2.83 [2.71,2.96]
Déjà au moins 2 enfants	18600	43.2	Référence				Référence
Nationalité étrangère							
Non	70905	68.7	4.38 [4.19,4.59]				3.85 [3.64,4.07]
Oui	8565	34.7	Référence				Référence
Partenaire et emploi							
Pas de partenaire	5382	41.3	Référence				Référence
Partenaire au chômage	6638	44.1	1.12 [1.04,1.21]				1.17 [1.08,1.27]
Partenaire ayant un emploi	67450	69.0	3.15 [2.97,3.33]				2.54 [2.38,2.71]
N				80865	80755	80755	79470
r2_p				0.080	0.086	0.092	0.186

Tableau 8-2 Evolution de l'activité professionnelle selon les caractéristiques sociodémographiques : modèle multivarié, stratification en fonction du niveau d'études: ***niveau d'études bas***

	N	%	Univarié (OR)	Année + Age (ORaj)	APG (ORaj)	Modèle complet (ORaj)
Années d'enquête						
1972	4796	42.1	Référence	Référence	Référence	Référence
1981	1310	38.9	0.85 [0.75,0.96]	0.88 [0.77,0.99]	0.75 [0.65,0.87]	0.90 [0.76,1.06]
1995	691	21.1	0.34 [0.28,0.42]	0.38 [0.31,0.46]	0.46 [0.34,0.62]	0.85 [0.61,1.19]
1998	489	17.8	0.28 [0.22,0.36]	0.32 [0.25,0.40]	0.44 [0.30,0.63]	0.87 [0.58,1.30]
2003	467	21.0	0.34 [0.27,0.43]	0.37 [0.30,0.47]	0.68 [0.45,1.03]	1.31 [0.83,2.06]
2010	271	19.9	0.30 [0.22,0.39]	0.31 [0.23,0.42]	0.76 [0.45,1.28]	2.18 [1.24,3.85]
2016	188	25.0	0.44 [0.32,0.62]	0.49 [0.35,0.69]	1.75 [0.94,3.25]	5.10 [2.61,9.99]
Age						
Moins de 25 ans	3152	43.1	Référence	Référence	Référence	Référence
25-29 ans	2219	33.8	0.65 [0.59,0.73]	0.72 [0.64,0.80]	0.84 [0.73,0.95]	1.47 [1.26,1.71]
30-34 ans	1457	31.5	0.59 [0.52,0.67]	0.71 [0.62,0.81]	0.96 [0.80,1.15]	2.31 [1.87,2.85]
35-39 ans	997	29.5	0.54 [0.46,0.63]	0.68 [0.58,0.79]	0.87 [0.69,1.08]	2.32 [1.80,2.99]
Au moins 40 ans	387	25.6	0.45 [0.35,0.56]	0.59 [0.46,0.75]	0.68 [0.51,0.93]	1.96 [1.39,2.75]
Génération de naissance						
1920-1945	2005	31.7	Référence		Référence	Référence
1946-1960	4251	45.4	1.79 [1.60,1.99]		1.84 [1.54,2.19]	1.60 [1.31,1.94]
1961-1975	1312	21.3	0.56 [0.47,0.65]		0.96 [0.67,1.36]	0.60 [0.41,0.88]
1976-1990	591	18.4	0.44 [0.35,0.55]		0.47 [0.28,0.81]	0.27 [0.15,0.49]
1991-1999	53	5.7	0.12 [0.04,0.38]		0.07 [0.02,0.27]	0.03 [0.01,0.12]
Parité						
Pas encore d'enfant	2352	59.4	5.85 [5.23,6.55]			7.97 [6.90,9.20]
Déjà 1 enfant	2208	37.5	2.39 [2.13,2.68]			2.65 [2.33,3.03]
Déjà au moins 2 enfants	3652	20.1	Référence			Référence
Nationalité étrangère						
Non	6065	41.3	2.77 [2.47,3.11]			1.96 [1.71,2.25]
Oui	2147	21.1	Référence			Référence
Partenaire et emploi						
Pas de partenaire	592	34.8	Référence			Référence
Partenaire au chômage	767	17.9	0.41 [0.32,0.53]			0.64 [0.48,0.84]
Partenaire ayant un emploi	6853	38.2	1.17 [0.98,1.40]			1.09 [0.89,1.33]
N				8615	8615	8212
r2_p				0.040	0.053	0.146

Tableau 8-3 Evolution de l'activité professionnelle selon les caractéristiques sociodémographiques : modèle multivarié, stratification en fonction du niveau d'études : ***niveau d'études moyen***

	N	%	Univarié (OR)	Année + Age (ORaj)	APG (ORaj)	Modèle complet (ORaj)
Années d'enquête						
1972	4510	64.2	Référence	Référence	Référence	Référence
1981	2999	60.4	0.84 [0.77,0.93]	0.80 [0.72,0.88]	0.70 [0.63,0.78]	0.78 [0.70,0.87]
1995	7557	55.7	0.70 [0.65,0.75]	0.60 [0.55,0.65]	0.70 [0.60,0.82]	1.00 [0.85,1.18]
1998	7437	57.1	0.74 [0.69,0.80]	0.62 [0.58,0.67]	0.79 [0.68,0.93]	1.16 [0.98,1.38]
2003	7388	57.6	0.75 [0.70,0.81]	0.65 [0.60,0.70]	0.98 [0.82,1.17]	1.49 [1.23,1.80]
2010	6238	57.0	0.72 [0.67,0.78]	0.63 [0.58,0.68]	1.16 [0.95,1.41]	2.04 [1.65,2.52]
2016	5046	60.9	0.86 [0.79,0.93]	0.73 [0.67,0.79]	1.66 [1.34,2.06]	3.33 [2.63,4.21]
Age						
Moins de 25 ans	12459	50.8	Référence	Référence	Référence	Référence
25-29 ans	14141	62.2	1.58 [1.50,1.66]	1.67 [1.59,1.75]	1.51 [1.43,1.60]	2.00 [1.88,2.13]
30-34 ans	9593	62.6	1.60 [1.52,1.69]	1.74 [1.65,1.84]	1.48 [1.39,1.58]	2.73 [2.53,2.95]
35-39 ans	4086	59.5	1.41 [1.32,1.52]	1.54 [1.43,1.66]	1.12 [1.02,1.23]	2.58 [2.31,2.88]
Au moins 40 ans	896	55.6	1.21 [1.06,1.38]	1.30 [1.14,1.50]	0.85 [0.72,1.00]	2.24 [1.87,2.68]
Génération de naissance						
1920-1945	1355	56.5	Référence		Référence	Référence
1946-1960	6911	64.0	1.36 [1.21,1.53]		1.95 [1.70,2.23]	1.68 [1.45,1.94]
1961-1975	18180	59.5	1.12 [1.00,1.25]		1.42 [1.17,1.72]	1.07 [0.87,1.32]
1976-1990	12908	55.9	0.96 [0.86,1.07]		0.88 [0.70,1.11]	0.64 [0.50,0.82]
1991-1999	1821	46.4	0.65 [0.57,0.75]		0.52 [0.39,0.69]	0.32 [0.24,0.44]
Parité						
Pas encore d'enfant	16893	68.4	3.35 [3.19,3.53]			6.42 [6.02,6.84]
Déjà 1 enfant	14073	60.5	2.38 [2.26,2.51]			2.97 [2.81,3.15]
Déjà au moins 2 enfants	10209	39.1	Référence			Référence
Nationalité étrangère						
Non	37109	61.0	2.91 [2.72,3.12]			2.83 [2.63,3.05]
Oui	4066	34.9	Référence			Référence
Partenaire et emploi						
Pas de partenaire	3888	37.3	Référence			Référence
Partenaire au chômage	4188	38.9	1.07 [0.98,1.17]			1.20 [1.09,1.33]
Partenaire ayant un emploi	33099	63.4	2.91 [2.72,3.12]			2.71 [2.51,2.92]
N				41789	41789	41175
r2_p				0.012	0.018	0.122

Tableau 8-4 Evolution de l'activité professionnelle selon les caractéristiques sociodémographiques : modèle multivarié, stratification en fonction du niveau d'études : ***niveau d'études élevé***

	N	%	Univarié (OR)	Année + Age (ORaj)	APG (ORaj)	Modèle complet (ORaj)
Années d'enquête						
1972	710	64.1	Référence	Référence	Référence	Référence
1981	678	72.4	1.48 [1.18,1.85]	1.27 [1.01,1.60]	1.24 [0.95,1.61]	1.32 [1.00,1.74]
1995	4030	77.2	1.87 [1.58,2.22]	1.55 [1.31,1.85]	1.53 [1.15,2.05]	1.64 [1.21,2.24]
1998	5004	80.8	2.36 [1.99,2.78]	1.94 [1.63,2.30]	1.92 [1.42,2.60]	1.94 [1.41,2.68]
2003	5876	81.6	2.46 [2.09,2.91]	2.00 [1.69,2.38]	2.03 [1.48,2.80]	2.11 [1.50,2.96]
2010	7248	85.1	3.17 [2.69,3.74]	2.58 [2.18,3.06]	2.74 [1.93,3.89]	3.00 [2.07,4.36]
2016	6537	86.1	3.42 [2.89,4.04]	2.72 [2.29,3.23]	3.18 [2.19,4.63]	3.72 [2.50,5.55]
Age						
Moins de 25 ans	2339	63.5	Référence	Référence	Référence	Référence
25-29 ans	10884	83.4	2.90 [2.63,3.20]	2.74 [2.48,3.02]	2.53 [2.28,2.81]	2.95 [2.63,3.31]
30-34 ans	11259	84.2	3.06 [2.78,3.38]	2.74 [2.48,3.03]	2.47 [2.21,2.77]	4.06 [3.57,4.62]
35-39 ans	4734	83.2	2.81 [2.51,3.15]	2.42 [2.16,2.72]	2.13 [1.83,2.47]	4.55 [3.84,5.39]
Au moins 40 ans	867	82.7	2.72 [2.24,3.30]	2.30 [1.90,2.80]	1.99 [1.57,2.51]	5.11 [3.94,6.64]
Génération de naissance						
1920-1945	389	69.4	Référence		Référence	Référence
1946-1960	1890	72.6	1.18 [0.93,1.49]		1.11 [0.82,1.48]	0.95 [0.69,1.29]
1961-1975	14104	81.4	1.94 [1.56,2.41]		1.09 [0.76,1.57]	0.94 [0.64,1.39]
1976-1990	13180	85.1	2.53 [2.04,3.15]		1.01 [0.67,1.52]	0.93 [0.60,1.45]
1991-1999	520	68.7	0.97 [0.73,1.29]		0.53 [0.33,0.87]	0.50 [0.30,0.86]
Parité						
Pas encore d'enfant	14585	85.3	2.52 [2.34,2.72]			4.36 [3.97,4.79]
Déjà 1 enfant	10759	83.2	2.15 [1.98,2.33]			2.48 [2.27,2.71]
Déjà au moins 2 enfants	4739	69.7	Référence			Référence
Nationalité étrangère						
Non	27731	85.1	6.49 [5.95,7.08]			7.83 [7.11,8.62]
Oui	2352	46.9	Référence			Référence
Partenaire et emploi						
Pas de partenaire	902	62.6	Référence			Référence
Partenaire au chômage	1683	69.1	1.33 [1.12,1.58]			1.49 [1.23,1.81]
Partenaire ayant un emploi	27498	83.5	3.04 [2.65,3.49]			2.62 [2.24,3.07]
N				30351	30351	30083
r2_p				0.027	0.028	0.132

8.4 ARTICLES PUBLIES

8.4.1 Occupational, social and medical characteristics of early prenatal leave in France.

8.4.2 Who are the Women Who Work in Their Last Month of Pregnancy? Social and Occupational Characteristics and Birth Outcomes of Women Working Until the Last Month of Pregnancy in France.

9 BIBLIOGRAPHIE

Afsa, C. / Buffeteau, S. (2011): L'évolution de l'activité féminine en France: une approche par pseudo-panel. 2011. <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/5869>, consulté le 18 février 2015.

Aitken, Z. / Garrett, C. C. / Hewitt, B. / Keogh, L. / Hocking, J. S. / Kavanagh, A. M. (2015): The maternal health outcomes of paid maternity leave: A systematic review. In: Social Science & Medicine, vol. 130, 2015, p. 32- 41. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.001>.

Ananth, C. V. / Balasubramanian, B. / Demissie, K. / Kinzler, W. L. (2004): Small-for-Gestational-Age Births in the United States: An Age-Period-Cohort Analysis. In: Epidemiology, vol. 15, 1-2004, p. 28- 35. <https://doi.org/10.1097/01.ede.0000100288.37475.19>.

Ananth, C. V. / Keyes, K. M. / Wapner, R. J. (2013): Pre-eclampsia rates in the United States, 1980-2010: age-period-cohort analysis. In: BMJ, vol. 347, nov07 15-2013, p. f6564- f6564. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6564>.

Angeloff, T. (2000): Le temps partiel: un marché de dupes? Syros, 2000.

Anon. CITE : Classification Internationale Type de l'Education. s. d. <http://www.uis.unesco.org/Education/Pages/international-standard-classification-of-educationFR.aspx?SPSLanguage=FR>, consulté le 21 août 2015a.

Anon. Directive 92/85/CEE du Conseil concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (dixième directive particulière au sens de l'article 16 paragraphe 1 de la directive 89/391/CEE). .

Anon. Loi n° 78-730 du 12 juillet 1978 PORTANT DIVERSES MESURES EN FAVEUR DE LA MATERNITE. .

Anon. Loi n° 80-545 du 17 juillet 1980 portant diverses dispositions en vue d'améliorer la situation des familles nombreuses. .

Anon. (2006): LOI n° 2006-340 du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes. 2006.

Anon. (2007): LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007.

Anon. (2004): Plan périnatalité 2005-2007. 2004. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf>, consulté le 10 avril 2015.

Anon. (2008): Proposition de loi Européenne pour la protection de la maternité. 2008. 2008.

Anon. StataCorp. 2013. Stata Statistical Software: Release 13. College Station, TX: StataCorp LP. s. d.

Avendano, M. / Berkman, L. / Brugiavini, A. / Pasini, G. (2014): The Long-Run Effect of Maternity Leave Benefits on Mental Health: Evidence from European Countries. 2014. <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2436913>, consulté le 18 février 2015.

Badley Elizabeth M. / Canizares Mayilee / Perruccio Anthony V. / Hogg-Johnson Sheilah / Gignac Monique A.m. (2015): Benefits Gained, Benefits Lost: Comparing Baby Boomers to Other Generations in a Longitudinal Cohort Study of Self-Rated Health. In: The Milbank Quarterly, vol. 93, 1-2015, p. 40-72. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12105>.

Beaumel, C. / Papon, S. (2018): Bilan démographique 2017. 1683-2018.

Beck, S. / Vidalenc, J. (2016): Une photographie du marché du travail en 2015. Le chômage se stabilise, mais les chômeurs de longue durée restent nombreux. 2016.

Bell, A. / Jones, K. (2015): Should age-period-cohort analysts accept innovation without scrutiny? A response to Reither, Masters, Yang, Powers, Zheng and Land. In: Social Science & Medicine (1982), vol. 128, 2015, p. 331-333. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.040>.

Bell, A. / Jones, K. (2013): The impossibility of separating age, period and cohort effects. In: Social Science & Medicine, vol. 93, 2013, p. 163-165. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.029>.

Bell, J. F. / Zimmerman, F. J. / Diehr, P. K. (2008): Maternal Work and Birth Outcome Disparities. In: Maternal and Child Health Journal, vol. 12, 4-2008, p. 415-426. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0264-6>.
Bellamy, V. / Beaumel, C. (2015): Bilan démographique 2014. In: Insee Première, 1532-2015, p. 1-4.
Bellamy, V. / Beaumel, C. (2013): Trois mariages pour deux Pacs - Bilan démographique 2013. In: Insee Première, vol. Janvier 2014, 1482-2013. <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1482/ip1482.pdf>, consulté le 6 janvier 2015.
Benavides, F. G. / Benach, J. / Diez-Roux, A. V. / Roman, C. (2000): How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European survey on working conditions. In: Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 54, 7-2000, p. 494-501.
Berkman, L. F. / Kawachi, I. (2000): Social Epidemiology. Oxford University Press, 2000.
Blomqvist, S. / Burström, B. / Backhans, M. C. (2014): Increasing health inequalities between women in and out of work--the impact of recession or policy change? A repeated cross-sectional study in Stockholm county, 2006 and 2010. In: International Journal for Equity in Health, vol. 13, 2014, p. 51. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-51>.
Blondel, B. / Coulm, B. / Bonnet, C. / Goffinet, F. / Le Ray, C. / National Coordination Group of the National Perinatal Surveys (2017): Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. In: Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, vol. 46, 10-2017, p. 701-713. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2017.09.002>.
Blondel, B. / Lelong, N. / Kermarrec, M. / Goffinet, F. (2012): Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys. In: Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol. 41, 4-2012, p. e1-e15. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.04.014>.
Blondel, B / Lelong, N. / Kermarrec, M. / Goffinet, F. / Coordination nationale des Enquêtes Nationales Périnatales (2012): [Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: Results from the National Perinatal Surveys]. In: Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, vol. 41, 2-2012, p. 151-166. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.11.008>.
Blondel, B. / Supernant, K. / du Mazaubrun, C. / Bréart, G. (2005): ENQUETE NATIONALE PERINATALE 2003. Situation depuis 2003 et évolution depuis 1998. Paris: 2005. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ENP_2003_rapport_INSERM.pdf>, consulté le 14 janvier 2015.
Bonde, J. P. / Jørgensen, K. T. / Bonzini, M. / Palmer, K. T. (2013): Miscarriage and occupational activity: a systematic review and meta-analysis regarding shift work, working hours, lifting, standing, and physical workload. In: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, vol. 39, 4-2013, p. 325-334. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3337>.
Buffeteau, S. / Afsa, C. (2006): L'activité féminine en France : quelles évolutions récentes, quelles tendances pour l'avenir ? In: Economie et statistique, vol. 398, 1-2006, p. 85-97. <https://doi.org/10.3406/estat.2006.7118>.
Burdorf, A. / Brand, T. / Jaddoe, V. W. / Hofman, A. / Mackenbach, J. P. / Steegers, E. a. P. (2011): The effects of work-related maternal risk factors on time to pregnancy, preterm birth and birth weight: the Generation R Study. In: Occupational and Environmental Medicine, vol. 68, 3-2011, p. 197-204. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.046516>.
Caldbick, S. / Labonte, R. / Mohindra, K. S. / Ruckert, A. (2014): Globalization and the rise of precarious employment: the new frontier for workplace health promotion. In: Global Health Promotion, vol. 21, 2-2014, p. 23-31. <https://doi.org/10.1177/1757975913514781>.
Campion, M.-L. (2011): Proposition de loi présentée au Sénat relative à la modernisation du congé maternité en faveur de la protection de la santé des femmes et de l'égalité salariale et sur les conditions d'exercice de la parentalité. 2011.

Carneiro, P. / Løken, K. V. / Salvanes, K. G. (2015): A Flying Start? Maternity Leave Benefits and Long-Run Outcomes of Children. In: Journal of Political Economy, vol. 123, 2-2015, p. 365-412. <https://doi.org/10.1086/679627>.

Casas, M. / Cordier, S. / Martínez, D. / Barros, H. / Bonde, J. P. / Burdorf, A. / Costet, N. / Dos Santos, A. C. / Danileviciute, A. / Eggesbø, M. / Fernandez, M. / Fevotte, J. / García, A. M. / Gražuleviciene, R. / Hallner, E. / Hanke, W. / Kogevinas, M. / Kull, I. / Stemann Larsen, P. / Melaki, V. / Monfort, C. / Nordby, K.-C. / Nybo Andersen, A.-M. / Patelarou, E. / Polanska, K. / Richiardi, L. / Santa Marina, L. / Snijder, C. / Tardón, A. / van Eijsden, M. / Vrijkotte, T. G. M. / Zugna, D. / Nieuwenhuijsen, M. / Vrijheid, M. (2015): Maternal occupation during pregnancy, birth weight, and length of gestation: combined analysis of 13 European birth cohorts. In: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, vol. 41, 4-2015, p. 384-396. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3500>.

Chamberlain, G. / Garcia, J. (1983): Pregnant women at work. In: Lancet, vol. 1, 8318-1983, p. 228-230.

Chappell, L. C. / Seed, P. T. / Myers, J. / Taylor, R. S. / Kenny, L. C. / Dekker, G. A. / Walker, J. J. / McCowan, L. M. E. / North, R. A. / Poston, L. (2013): Exploration and confirmation of factors associated with uncomplicated pregnancy in nulliparous women: prospective cohort study. In: BMJ, vol. 347, nov21 3-2013, p. f6398-f6398. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6398>.

Chatterji, P. / Markowitz, S. (2012): Family leave after childbirth and the mental health of new mothers. In: Journal of Mental Health Policy and Economics, vol. 15, 2-2012, p. 61.

Coutrot, L. (2002): Les categories socioprofessionnelles : changement des conditions, permanence des positions ? In: Sociétés contemporaines, vol. no 45-46, 1-2002, p. 107-129. <https://doi.org/10.3917/soco.045.0107>.

Cova, A. (2000): Généalogie d'une conquête, Genealogy of a conquest. In: Travail, genre et sociétés, 3-2000, p. 137-159. <https://doi.org/10.3917/tgs.003.0137>.

Croteau, A. / Goulet, L. / Trottier, M. / Poulin, M. (2013): 'Pregnant pause': the need for an evidence-based approach for work leave in the prevention of preterm birth and low birthweight. In: BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, vol. 120, 12-2013, p. 1576–1577.

Croteau, A. / Marcoux, S. / Brisson, C. (2006): Work Activity in Pregnancy, Preventive Measures, and the Risk of Delivering a Small-for-Gestational-Age Infant. In: American Journal of Public Health, vol. 96, 5-2006, p. 846-855. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.058552>.

Dagher, R. K. / McGovern, P. M. / Dowd, B. E. (2014): Maternity leave duration and postpartum mental and physical health: implications for leave policies. In: Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 39, 2-2014, p. 369-416. <https://doi.org/10.1215/03616878-2416247>.

Davie, E. (2012): Un premier enfant à 28 ans. 2012. <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/14416>, consulté le 22 février 2016.

De Henau, J. / Puech, I. (2008): Les temps de travail des hommes et des femmes en Europe. In: Travail et genre. Regards croisés France Europe Amérique Latine. Paris. La Découverte, 2008, p. 115–131.

De Koninck, M. / Malenfant, R. (2001): Les rapports sociaux et l'application de mesures sociales. Le cas de la conciliation grossesse / travail. In: Recherches sociographiques, vol. 42, 1-2001, p. 9-32. <https://doi.org/10.7202/057413ar>.

Debré, R. / Joannon, P. / Crémieu-Alcan, M.-T. (1933): La Mortalité infantile et la mortinatalité. Résultats de l'enquête poursuivie en France et dans cinq pays d'Europe, sous les auspices du Comité d'hygiène de la Société des Nations, par Robert Debré, Pierre Joannon, Marie-Thérèse Cremieu-Alcan. In: impr R. et P. Deslis, 1933.

Demazière, D. (2017): Les femmes et le chômage. Quelles spécificités et quelles variétés des expériences vécues ? In: SociologieS, 2017. <http://journals.openedition.org/sociologies/5966>, consulté le 7 avril 2018.

Devreux, A.-M. (1988): La double production. In: Les conditions de vie professionnelles des femmes enceintes, France, CSU, 1988.

Dietze, T. R. / Rose, F. F. / Moore, T. A. (2016): Maternal variables associated with physiologic stress and perinatal complications in preterm infants. In: Journal of Neonatal-Perinatal Medicine, vol. 9, 3-2016, p. 271-277. <https://doi.org/10.3233/NPM-16915134>.
Diouf, I. / Charles, M. A. / Ducimetière, P. / Basdevant, A. / Eschwege, E. / Heude, B. (2010): Evolution of obesity prevalence in France: an age-period-cohort analysis. In: Epidemiology (Cambridge, Mass.), vol. 21, 3-2010, p. 360-365. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181d5bff5>.
Dørheim, S. K. / Bjorvatn, B. / Eberhard-Gran, M. (2013): Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population. In: BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, vol. 120, 5-2013, p. 521-530. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12035>.
Engels, F. / Desrousseaux, A. M. (1946): L'origine de la famille, de la propriété privée et de l'Etat. A. Costes, 1946.
Favreau, B. (2010): La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne après le Traité de Lisbonne. Groupe de Boeck, 2010.
Friedmann, G. / Naville, P. (1961): Traité de Sociologie du Travail. In: Revue française de sociologie, vol. 2, 3-1961, p. 203-205. <https://doi.org/10.2307/3319527>.
Gay, C. L. / Lee, K. A. / Lee, S.-Y. (2004): Sleep Patterns and Fatigue in New Mothers and Fathers. In: Biological Research For Nursing, vol. 5, 4-2004, p. 311-318. <https://doi.org/10.1177/1099800403262142>.
Gissler, M. / Meriläinen, J. / Vuori, E. / Hemminki, E. (2003): Register based monitoring shows decreasing socioeconomic differences in Finnish perinatal health. In: Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 57, 6-2003, p. 433-439.
Gissler, M. / Rahkonen, O. / Arntzen, A. / Cnattingius, S. / Andersen, A.-M. N. / Hemminki, E. (2009): Trends in socioeconomic differences in Finnish perinatal health 1991-2006. In: Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 63, 6-2009, p. 420-425. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.079921>.
Goldberg, M. / Carton, M. / Descatha, A. / Leclerc, A. / Roquelaure, Y. / Santin, G. / Zins, M. / CONSTANCES team (2017): CONSTANCES: a general prospective population-based cohort for occupational and environmental epidemiology: cohort profile. In: Occupational and Environmental Medicine, vol. 74, 1-2017, p. 66-71. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103678>.
Goldenberg, R. L. / Culhane, J. F. / Iams, J. D. / Romero, R. (2008): Epidemiology and causes of preterm birth. In: The Lancet, vol. 371, 9606-2008, p. 75-84. <https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4>.
Govillot, S. Après une naissance, un homme sur neuf réduit ou cesse temporairement son activité contre une femme sur deux. s. d., p. 4.
Guedj, H. (2013): Le taux d'emploi des hommes et des femmes: des écarts plus marqués en équivalent temps plein. 2013.
Guendelman, S. / Kosa, J. L. / Pearl, M. / Graham, S. / Goodman, J. / Kharrazi, M. (2009): Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. In: Pediatrics, vol. 123, 1-2009, p. e38-46. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2244>.
Guendelman, S. / Pearl, M. / Graham, S. / Angulo, V. / Kharrazi, M. (2006): Utilization of pay-in antenatal leave among working women in Southern California. In: Maternal and Child Health Journal, vol. 10, 1-2006, p. 63-73. <https://doi.org/10.1007/s10995-005-0057-8>.
Guendelman, S. / Pearl, M. / Graham, S. / Hubbard, A. / Hosang, N. / Kharrazi, M. (2009): Maternity Leave In The Ninth Month of Pregnancy and Birth Outcomes Among Working Women. In: Women's Health Issues, vol. 19, 1-2009, p. 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.07.007>.
Hegewisch, A. / Gornick, J. C. (2011): The impact of work-family policies on women's employment: a review of research from OECD countries. In: Community, Work & Family, vol. 14, 2-2011, p. 119–138.
Hobcraft, J. / Kiernan, K. (1995): Becoming a parent in Europe. 1995.

Hung, S. / Morrison, D. R. / Whittington, L. A. / Fein, S. B. (2002): Prepartum work, job characteristics, and risk of cesarean delivery. In: Birth (Berkeley, Calif.), vol. 29, 1-2002, p. 10-17.
Inan, C. (2013): Les absences au travail des salariés pour raisons de santé: un rôle important des conditions de travail. In: Dares analyses, vol. 9, 2013, p. 1–10.
Jansen, P. W. / Tiemeier, H. / Verhulst, F. C. / Burdorf, A. / Jaddoe, V. W. / Hofman, A. / Moll, H. A. / Verburg, B. O. / Steegers, E. A. / Mackenbach, J. P. / others (2009): Employment status and the risk of pregnancy complications: the Generation R Study. In: Occupational and environmental medicine, 2009, p. oem–2009.
Joffe, M. (1985): Biases in Research on Reproduction and Women's Work. In: International Journal of Epidemiology, vol. 14, 1-1985, p. 118-123. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.118>.
Katz, V. L. (2012): Work and work-related stress in pregnancy. In: Clinical obstetrics and gynecology, vol. 55, 3-2012, p. 765–773.
Khanam, R. / Nghiem, H. S. / Connelly, L. The effects of parental leave on child health and postnatal care: Evidence from Australia. In: Economic Analysis and Policy, s. d. <https://doi.org/10.1016/j.eap.2015.09.005>, consulté le 18 novembre 2015.
Ki, M. / Kelly, Y. / Sacker, A. / Nazroo, J. (2013): Poor health, employment transitions and gender: evidence from the British Household Panel Survey. In: International Journal of Public Health, vol. 58, 4-2013, p. 537-546. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0437-y>.
Kim, T. J. / von dem Knesebeck, O. (2015): Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. In: BMC public health, vol. 15, 2015, p. 985. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2313-1>.
Koubi, M. (2003): Les trajectoires professionnelles : une analyse par cohorte. In: Economie et Statistique, vol. 369, 1-2003, p. 119-147. <https://doi.org/10.3406/estat.2003.7288>.
Kramer, M. s. / Séguin, L. / Lydon, J. / Goulet, L. (2000): Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? In: Paediatric and Perinatal Epidemiology, vol. 14, 3-2000, p. 194-210. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.2000.00266.x>.
Kramer, M. S. / Séguin, L. / Lydon, J. / Goulet, L. (2000): Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? In: Paediatric and Perinatal Epidemiology, vol. 14, 3-2000, p. 194-210.
Kristensen, P. / Nordhagen, R. / Wergeland, E. / Bjerkedal, T. (2008): Job adjustment and absence from work in mid-pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). In: Occupational and Environmental Medicine, vol. 65, 8-2008, p. 560-566. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.035626>.
Kwegyir-Afful, E. / Adu, G. / Spelten, E. R. / Räsänen, K. / Verbeek, J. (2017): Maternity leave duration and adverse pregnancy outcomes: An international country-level comparison. In: Scandinavian Journal of Public Health, 2017, p. 1403494817745737. <https://doi.org/10.1177/1403494817745737>.
Larsson, C. / Sydsjö, A. / Alexanderson, K. / Sydsjö, G. (2006): Obstetricians' attitudes and opinions on sickness absence and benefits during pregnancy. In: Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica, vol. 85, 2-2006, p. 165-170.
Lelong, N. / Blondel, B. / Kaminski, M. (2011): [Smoking during pregnancy in France between 1972 to 2003: Results from the national perinatal surveys]. In: Journal De Gynécologie, Obstétrique Et Biologie De La Reproduction, vol. 40, 1-2011, p. 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2010.07.007>.
Letourneur, L. (1897): De l'influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant. Delmar, 1897.
López-Casasnovas, G. / Soley-Bori, M. (2014): The socioeconomic determinants of health: economic growth and health in the OECD countries during the last three decades. In: International journal of environmental research and public health, vol. 11, 1-2014, p. 815–829.

Low, H. / Sánchez-Marcos, V. (2015): Female labour market outcomes and the impact of maternity leave policies. In: IZA Journal of Labor Economics, vol. 4, 1-2015, p. 1-22. <https://doi.org/10.1186/s40172-015-0029-1>.
Luke, B. / Avni, M. / Min, L. / Misiunas, R. (1999): Work and pregnancy: the role of fatigue and the « second shift » on antenatal morbidity. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 181, 5 Pt 1-1999, p. 1172-1179.
Maisonneuve, E. (2016): [Lifestyle recommendations for prevention of spontaneous preterm birth in asymptomatic pregnant women]. In: Journal De Gynecologie, Obstetrique Et Biologie De La Reproduction, vol. 45, 10-2016, p. 1231-1246. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.019>.
Malenfant, R. (1996): Cachez ce ventre... La grossesse en milieu de travail. In: Lien social et Politiques, 36-1996, p. 103-110. <https://doi.org/10.7202/005179ar>.
Mamelle, N. / Laumon, B. / Lazar, P. (1984): Prematurity and occupational activity during pregnancy. In: American Journal of Epidemiology, vol. 119, 3-1984, p. 309-322.
Margerison-Zilko, C. (2014): Economic contraction and maternal health behaviors during pregnancy in a national sample of U.S. women. In: Annals of Epidemiology, vol. 24, 6-2014, p. 432-440. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.02.014>.
Margerison-Zilko, C. E. / Li, Y. / Luo, Z. (2017): Economic Conditions During Pregnancy and Adverse Birth Outcomes Among Singleton Live Births in the United States, 1990-2013. In: American Journal of Epidemiology, vol. 186, 10-2017, p. 1131-1139. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx179>.
Marmot, M. (2017): Social justice, epidemiology and health inequalities. In: European Journal of Epidemiology, 2017. <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0286-3>.
Maruani, M. / Meron, M. (2012): Un siècle de travail des femmes en France: 1901-2011. La découverte Paris, 2012.
McDougall, M. L. (1983): Protecting Infants: The French Campaign for Maternity Leaves, 1890s-1913. In: French Historical Studies, vol. 13, 1-1983, p. 79-105. <https://doi.org/10.2307/286594>.
Meurs, D. / Ponthieux, S. (2000): Une mesure de la discrimination dans l'écart de salaire entre hommes et femmes. In: Economie et Statistique, vol. 337, 1-2000, p. 135-158. <https://doi.org/10.3406/estat.2000.7501>.
Meyer, J. D. / Muntaner, C. / O'Campo, P. / Warren, N. (2016): Longitudinal Assessment of Effort-Reward Imbalance and Job Strain Across Pregnancy: A Preliminary Study. In: Maternal and Child Health Journal, vol. 20, 7-2016, p. 1366-1374. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-1933-0>.
Milewski, F. / Dauphin, S. / Kesteman, N. / Letablier, M.-T. / Méda, D. / Nallet, F. / Ponthieux, S. / Vouillot, F. (2005): Les inégalités entre les femmes et les hommes: les facteurs de précarité. La documentation Française, 2005.
Mincer, J. / Ofek, H. (1982): Interrupted Work Careers: Depreciation and Restoration of Human Capital. In: The Journal of Human Resources, vol. 17, 1-1982, p. 3-24. <https://doi.org/10.2307/145520>.
Minni, C. (2012): Les Disparités sur le marché du travail entre les femmes et les hommes: une analyse sur longue période. In: Dares Analyses, vol. Maris 2012, 015-2012. <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2012-015_v2_modif.pdf>, consulté le 6 janvier 2015.
Moss, P. (2013): Politiques de congés pour les enfants en Europe : la place des pères. In: Informations sociales, 176-2013, p. 114-122.
Mozurkewich, E. L. / Luke, B. / Avni, M. / Wolf, F. M. (2000): Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. In: Obstetrics and Gynecology, vol. 95, 4-2000, p. 623-635.
Murphy, J. F. / Dauncey, M. / Newcombe, R. / Garcia, J. / Elbourne, D. (1984): Employment in pregnancy: prevalence, maternal characteristics, perinatal outcome. In: Lancet (London, England), vol. 1, 8387-1984, p. 1163-1166.
Nandi, A. / Hajizadeh, M. / Harper, S. / Koski, A. / Strumpf, E. C. / Heymann, J. (2016): Increased Duration of Paid Maternity Leave Lowers Infant Mortality in Low- and Middle-Income

Countries: A Quasi-Experimental Study. In: PLoS medicine, vol. 13, 3-2016, p. e1001985. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001985>.
Nathalie Bajos* , Caroline Moreau*, Henri Leridon*, Michèle Ferrand* (2004): Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? In: population et sociétés, 12/2004.
Odul-Asorey, I. (2013): Congé maternité, droit des femmes ? In: La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux, 3-2013, p. 1-13.
Opatowski, M. / Blondel, B. / Khoshnood, B. / Saurel-Cubizolles, M.-J. (2016): New index of social deprivation during pregnancy: results from a national study in France. In: BMJ open, vol. 6, 4-2016, p. e009511. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009511>.
Organisation Internationale du Travail (1919): Convention C003 - Convention (n° 3) sur la protection de la maternité, 1919. 1919. <http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312148:NO>, consulté le 19 février 2015.
Organisation Internationale du Travail (1952): Convention C103 - Convention (n° 103) sur la protection de la maternité (révisée), 1952. 1952. <http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C103>, consulté le 19 février 2015.
Page, A. / Milner, A. / Morrell, S. / Taylor, R. (2013): The role of under-employment and unemployment in recent birth cohort effects in Australian suicide. In: Social Science & Medicine, vol. 93, 2013, p. 155-162. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.039>.
Pailhé, A. / Régnier-Loilier, A. Effet du chômage sur la réalisation des projets de fécondité. s. d., p. 27.
Pailhé, A. / Solaz, A. (2009): 7. Les ajustements professionnels des couples autour des naissances : une affaire de femmes ? In: Entre famille et travail. La Découverte, 2009, p. 167-186. <https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=DEC_PAILH_2009_01_0167>, consulté le 11 mars 2018.
Pailhé, A. / Solaz, A. (2010): Concilier, organiser, renoncer : quel genre d'arrangements ? In: Travail, genre et sociétés, vol. 24, 2-2010, p. 29. <https://doi.org/10.3917/tgs.024.0029>.
Pailhé, A. / Solaz, A. (2012): Durée et conditions de retour à l'emploi des mères après une naissance, Length of career breaks and terms on which mothers return to work after the birth of children. In: Retraite et société, 63-2012, p. 51-77.
Palmer, K. T. / Bonzini, M. / Harris, E. C. / Linaker, C. / Bonde, J. P. (2013a): Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: an updated review with meta-analysis. In: Occupational and Environmental Medicine, vol. 70, 4-2013, p. 213-222. <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-101032>.
Palmer, K. T. / Bonzini, M. / Harris, E. C. / Linaker, C. / Bonde, J. P. (2013b): Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: an updated review with meta-analysis. In: Occupational and Environmental Medicine, vol. 70, 4-2013, p. 213-222. <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-101032>.
Papiernik, E. / Goffinet, F. (2004): Prevention of preterm births, the French experience. In: Clinical Obstetrics and Gynecology, vol. 47, 4-2004, p. 755-767; discussion 881-882.
Penet, S. (2006): Le congé de maternité - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. In: Etudes et Résultats, vol. 1, 531-2006. <http://www.drees.sante.gouv.fr/le-conge-de-maternite,4579.html>, consulté le 13 février 2015.
Périvier, H. (2004): Emploi des mères et garde des jeunes enfants en Europe, Summary. In: Revue de l'OFCE, vol. no 90, 3-2004, p. 225-258. <https://doi.org/10.3917/reof.090.0225>.
Pilkington, R. / Taylor, A. W. / Hugo, G. / Wittert, G. (2014): Are Baby Boomers Healthier than Generation X? A Profile of Australia's Working Generations Using National Health Survey Data. In: PLoS ONE, vol. 9, 3-2014, p. e93087. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093087>.
Pison, G. (2011): Deux enfants par femme dans la France de 2010: la fécondité serait-elle insensible à la crise économique? In: Population & Sociétés, 476-2011.

Plante, R. (2004): de la travailleuse enceinte : le point. vol. 39, 2004, p. 7.
Pourette, D. / Moguerou, L. / Locoh, T. / Kateb, K. / Jaspard, M. / Ferrand, M. / Débauche, A. / Condon, S. / Brown, É. / Bozon, M. / Andro, A. (2004): Bajos N., Ferrand M. et l'équipe Giné — ~~De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues~~. In: Population, vol. 59, 1-2004, p. 178-179.
Ray, R. / Gornick, J. C. / Schmitt, J. (2010): Who cares? Assessing generosity and gender equality in parental leave policy designs in 21 countries. In: Journal of European Social Policy, vol. 20, 3-2010, p. 196–216.
Reither, E. N. / Hauser, R. M. / Yang, Y. (2009): Do birth cohorts matter? Age-period-cohort analyses of the obesity epidemic in the United States. In: Social Science & Medicine (1982), vol. 69, 10-2009, p. 1439-1448. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.040>.
Rice, N. E. / Lang, I. A. / Henley, W. / Melzer, D. (2010): Baby boomers nearing retirement: the healthiest generation? In: Rejuvenation Research, vol. 13, 1-2010, p. 105-114. <https://doi.org/10.1089/rej.2009.0896>.
Rocheleau, C. M. / Bertke, S. J. / Lawson, C. C. / Romitti, P. A. / Desrosiers, T. A. / Agopian, A. J. / Bell, E. / Gilboa, S. M. / National Birth Defects Prevention Study (2017): Factors associated with employment status before and during pregnancy: Implications for studies of pregnancy outcomes. In: American Journal of Industrial Medicine, vol. 60, 4-2017, p. 329-341. <https://doi.org/10.1002/ajim.22700>.
Rodrigues, T. / Barros, H. (2008): Maternal unemployment: an indicator of spontaneous preterm delivery risk. In: European Journal of Epidemiology, vol. 23, 10-2008, p. 689-693. <https://doi.org/10.1007/s10654-008-9283-x>.
Rossin, M. (2011): The effects of maternity leave on children's birth and infant health outcomes in the United States. In: Journal of Health Economics, vol. 30, 2-2011, p. 221-239. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.01.005>.
Rumeau-Rouquette, C. / Bréart, G. / du Mazaubrun, C. / Crost, M. / Rabarison, Y. (1978): [The evolution of perinatal pathology and its prevention in France. The national enquiries by INSERM in 1972-1976 (author's transl)]. In: Journal De Gynécologie, Obstétrique Et Biologie De La Reproduction, vol. 7, 5-1978, p. 905-916.
Salles, A. (2004): L'allocation parentale d'éducation en France et en Allemagne : un instrument au service d'une meilleure conciliation entre travail et famille ? In: Innovations, vol. no 20, 2-2004, p. 93-115. <https://doi.org/10.3917/inno.020.0093>.
Saurel-Cubizolles, M. J. / Kaminski, M. (1987): Pregnant women's working conditions and their changes during pregnancy: a national study in France. In: British Journal of Industrial Medicine, vol. 44, 4-1987, p. 236-243.
Saurel-Cubizolles, M. J. / Kaminski, M. / Llado-Arkhipoff, J. / Du Mazaubrun, C. / Estryn-Behar, M. / Berthier, C. / Mouchet, M. / Kelfa, C. (1985): Pregnancy and its outcome among hospital personnel according to occupation and working conditions. In: Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 39, 2-1985, p. 129-134.
Saurel-Cubizolles, M. J. / Zeitlin, J. / Lelong, N. / Papiernik, E. / Di Renzo, G. C. / Bréart, G. / Europop Group (2004): Employment, working conditions, and preterm birth: results from the Europop case-control survey. In: Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 58, 5-2004, p. 395-401.
Saurel-Cubizolles, M.-J. / Koninck, M. D. / Bretin, H. (2004): Conciliation travail/famille : quel prix pour l'emploi et le travail des femmes ? À propos de la protection de la grossesse et de la maternité en France et au Québec. In: Santé, Société et Solidarité, vol. 3, 2-2004, p. 149-160. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1006>.
Savitz, D. A. / Whelan, E. A. / Rowland, A. S. / Kleckner, R. C. (1990): Maternal Employment and Reproductive Risk Factors. In: American Journal of Epidemiology, vol. 132, 5-1990, p. 933-945.
Senat, M.-V. / Deruelle, P. (2016): [Gestational diabetes mellitus]. In: Gynecologie, Obstetrique & Fertilite, vol. 44, 4-2016, p. 244-247. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.01.009>.

Siegrist, J. / Li, J. (2017): Work Stress and Altered Biomarkers: A Synthesis of Findings Based on the Effort-Reward Imbalance Model. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, vol. 14, 11-2017. <https://doi.org/10.3390/ijerph14111373>.

Staneva, A. / Bogossian, F. / Pritchard, M. / Wittkowski, A. (2015): The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. In: Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives, vol. 28, 3-2015, p. 179-193. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.003>.

Stengel, B. / Saurel-Cubizolles, M.-J. / Kaminski, M. (1987): Healthy worker effect and pregnancy: role of adverse obstetric history and social characteristics. In: Journal of Epidemiology & Community Health, vol. 41, 4-1987, p. 312–320.

Stomp-van den Berg, S. G. M. / van Poppel, M. N. M. / Hendriksen, I. J. M. / Bruinvels, D. J. / Uegaki, K. / de Bruijne, M. C. / van Mechelen, W. (2007): Improving return-to-work after childbirth: design of the Mom@Work study, a randomised controlled trial and cohort study. In: BMC public health, vol. 7, 2007, p. 43. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-43>.

Strauss (1913): La loi du 17 juin 1913. 1913. <http://yvongenealogie.tumblr.com/post/61216137927/la-loi-strauss-du-17-juin-1913-du-nom-du-senateur>, consulté le 19 février 2015.

Sydsjö, A. / Brynhildsen, J. / Selling, K. E. / Josefsson, A. / Sydsjö, G. (2006): Influence of rest during pregnancy on birth weight in working women. In: Obstetrics and Gynecology, vol. 107, 5-2006, p. 991-996. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000209194.63221.4d>.

Sydsjö, G. / Sydsjö, A. (2005): No association found between sickness absence and duration of pregnancy benefit. In: Scandinavian Journal of Primary Health Care, vol. 23, 3-2005, p. 178-183.

Teitelman, A. M. / Welch, L. S. / Hellenbrand, K. G. / Bracken, M. B. (1990): Effect of maternal work activity on preterm birth and low birth weight. In: American Journal of Epidemiology, vol. 131, 1-1990, p. 104-113.

Thevenon, O. (2007): L'activité féminine après l'arrivée d'enfants. 2007. <ftp://dlib.info/opt/ReDIF/RePEc/idg/wpaper/148.pdf>, consulté le 21 août 2015.

Thévenon, O. (2009): L'augmentation de l'activité des femmes en Europe: progrès de la conciliation ou polarisation des comportements? In: Population-F, vol. 64, 02-2009, p. 263–303.

Topiwala, A. / Patel, S. / Ebmeier, K. P. (2014): Health benefits of encore careers for baby boomers. In: Maturitas, vol. 78, 1-2014, p. 8-10. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.02.005>.

Tsai, S.-Y. / Lin, J.-W. / Kuo, L.-T. / Thomas, K. A. (2012): Daily sleep and fatigue characteristics in nulliparous women during the third trimester of pregnancy. In: Sleep, vol. 35, 2-2012, p. 257-262. <https://doi.org/10.5665/sleep.1634>.

Ulrich, V. (2009): 9. Logiques d'emplois à temps partiel et trajectoires professionnelles des femmes. In: Entre famille et travail. La Découverte, 2009, p. 209–232.

Unité de recherche épidémiologique sur la mère et l'enfant (Le Vésinet, Y. / V., Val-de-Marne) / Rumeau-Rouquette, C. / Du Mazaubrun, C. / Rabarison, Y. / France / Ministère de la santé (1981-1983) (1984): Naître en France 10 ans d'évolution: 1972-1981. Paris: INSERM : Doin, 1984.

Vandeschrick, C. (2003): Diagramme de Lexis et cohortes: la taille ou le poids en remplacement du temps. Département des sciences de la population et du développement, Université catholique de Louvain, 2003.

Vendittelli, F. / Rivière, O. / Pinquier, D. / Claris, O. / Audipog, réseau sentinelle / others (2008): Intérêt d'une base de données périnatales: mise à jour des courbes de morphométrie néonatale française. In: Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, vol. 56, 5-2008, p. 322.

Vrijkotte, T. G. M. / van der Wal, M. F. / van Eijsden, M. / Bonsel, G. J. (2009): First-trimester working conditions and birthweight: a prospective cohort study. In: American Journal of Public Health, vol. 99, 8-2009, p. 1409-1416. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.138412>.

Winegarden, C. R. / Bracy, P. M. (1995): Demographic consequences of maternal-leave programs in industrial countries: evidence from fixed-effects models. In: Southern Economic Journal, vol. 61, 4-1995, p. 1,020-035.
Woods, S. M. / Melville, J. L. / Guo, Y. / Fan, M.-Y. / Gavin, A. (2010): Psychosocial stress during pregnancy. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 202, 1-2010, p. 61.e1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.07.041>.
Wüst, M. (2014): Maternal Employment During Pregnancy and Birth Outcomes: Evidence from Danish Siblings. In: Health Economics, 2014, p. n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/hec.3056>.
Xu, Q. / Séguin, L. / Goulet, L. (2002): Effet bénéfique d'un arrêt du travail avant l'accouchement. In: Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique, 2002, p. 72–77.
Yang, Y. / Land, K. C. (2016): Age-period-cohort analysis: New models, methods, and empirical applications. Chapman and Hall/CRC, 2016.

université PARIS-SACLAY | ÉCOLE DOCTORALE Santé Publique

EVOLUTION DE L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE DES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE EN FRANCE

EVOLUTION OF OCCUPATIONAL ACTIVITY OF WOMEN DURING PREGNANCY IN FRANCE

RESUME / ABSTRACT

Contexte et objectifs : Le taux d'activité des femmes a augmenté régulièrement depuis les années 1970 et les femmes sont de plus en plus souvent en emploi au moment où elles vont avoir une grossesse. Ce travail a pour principal objectif de décrire et comprendre les liens entre l'activité professionnelle et la grossesse. Tout d'abord, en comparant les taux d'activité professionnelle selon que les femmes sont enceintes ou appartiennent à la population féminine générale. Dans un second temps, en observant comment le groupe professionnel et le statut de l'emploi occupé influencent le moment de l'arrêt de travail pendant la grossesse. Enfin la troisième partie analyse l'impact de la position sociale, définie d'abord par le statut d'emploi des femmes et prenant en compte leur situation de couple et l'emploi du partenaire, sur la surveillance pendant la grossesse et les issues périnatales.

Méthodes et population : Les données ont été extraites des Enquêtes Périnatales Nationales (ENP) en 1972, 1981, 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016 et des données du recensement. Une comparaison de l'activité professionnelle des femmes enceintes et de la population générale des femmes en France métropolitaine en fonction de l'âge et du niveau d'études, a été effectuée. Une modélisation de l'activité professionnelle pendant la grossesse en fonction des caractéristiques sociodémographiques, de la période entre 1972 et 2016 et de la génération de naissance, a été réalisée. Une analyse des femmes qui travaillaient pendant la grossesse en 2010 et en 2016 a été menée pour déterminer les moments de l'arrêt de l'activité professionnelle au cours de la grossesse, selon la situation médicale et la position sociale des femmes, en s'intéressant à l'arrêt précoce, avant 24 semaines d'aménorrhée (SA), et à l'arrêt tardif, après 36 SA révolues.

Une analyse entre 1995 et 2016 a permis de décrire la surveillance prénatale et les issues périnatales en fonction du statut d'emploi des femmes et de leur partenaire pendant la grossesse.

Résultats : Comme dans la population générale, le taux d'emploi des femmes enceintes a augmenté régulièrement entre 1972 et 2016, de 53 à 74 %. En 2016, 32 % des femmes qui travaillent pendant la grossesse se sont arrêtées avant 24 SA, et 2 % après 37 SA. Il existe des inégalités sociales autour des arrêts de l'activité professionnelle: les femmes ayant les situations sociales les plus défavorables s'arrêtent précocement pendant leur grossesse, alors que les femmes qui s'arrêtent tardivement ont des situations socioprofessionnelles plus favorisées, quelle que soit leur situation médicale. Entre 1995 et 2016, les différences selon la position sociale des femmes enceintes observées pour la surveillance prénatale et les issues périnatales se réduisent mais persistent.

Conclusion : Les transformations majeures du rapport à l'emploi des femmes au cours des dernières décennies peuvent modifier les pratiques des soignants prenant en charge les femmes enceintes. La majorité des femmes enceintes sont des femmes en emploi rémunéré et la discussion de l'arrêt de l'activité professionnelle au cours de la grossesse doit s'évaluer au regard de la situation médicale mais aussi de la situation sociale et professionnelle. Une attention particulière doit être portée aux femmes plus défavorisées, soit au chômage ou sans activité professionnelle déclarée, soit ayant une situation précaire dans l'emploi, car ces femmes ont une initiation des soins plus tardive et des issues périnatales plus défavorables que les femmes qui travaillent avec une position sociale plus favorisée.

Background and objectives:
The occupational activity rate of women is steadily increasing since the 1970s, and women are more and more often in employment when they are in childbearing age. The main purpose of this work is to describe and understand the links between occupational activity and pregnancy. First, by comparing employment rates according to whether women are pregnant or belong to the female general population. In a second step, by observing how their occupational group and status is linked to the timing of prenatal leave. Finally, the third part analyzes the impact of the social position, defined by the employment status of women and taking into account their couple status and the employment of the partner, on the antenatal care and perinatal outcomes.

Methods and population:
The data were extracted from the French National Perinatal Surveys of 1972, 1981, 1995, 1998, 2003, 2010 and 2016 and the Census. A comparison of the employment rate of pregnant women and the general population of women in continental France, by age and level of education, was carried out. A modelization of the employment rate of women during pregnancy was realized according to the socio-demographic characteristics, the survey period from 1972 to 2016, and the birth generation. An analysis of women working during pregnancy in 2010 and 2016 was conducted to determine the time of prenatal leave, according to the medical situation and the social position of women, focused on early leave, before 24 weeks of gestation (WG), and late leave, after 36 WG.

For the period 1995 to 2016, prenatal care and perinatal outcomes were analyzed according to the employment status of women, taking into account their couple situation and partner's employment.

Results:
As in the general population, rate of occupational activity of pregnant women shown a steadily increasing, between 1972 and 2016, from 53% to 74%. In 2016, 32% of women working during pregnancy leave their job before 24 WG, and 2% after 37 WG. Social inequalities exists around maternity leave: women with the most unfavorable social situations stop early, while self-employed women and those with more favorable social and occupational situations leave late, even after stratification for the medical situation. From 1995 to 2016, the differences in antenatal care and perinatal outcomes according to the social position of pregnant women are always observed despite a reduction.

Conclusion:
The major changes in the relationship to women's occupational activity in recent decades may change the practices of caregivers for pregnant women. A majority of pregnant women had a paid job and the date of prenatal leave should be discussed in relation to the medical situation but also considering the social and occupational status. Special attention should be given to the most disadvantaged women, either unemployed or without a legal job, or having a precarious occupational situation, since these women have a later initiation of care and more unfavorable perinatal outcomes.

Université Paris-Saclay
Espace Technologique / Immeuble Discovery
Route de l'Orme aux Merisiers RD 128 / 91190 Saint-Aubin, France