



HAL
open science

Travail et grossesse en milieu hospitalier : aménagements du poste de travail ? Enquête auprès de médecins du travail des hôpitaux du Grand Nancy

Amandine Mansione

► To cite this version:

Amandine Mansione. Travail et grossesse en milieu hospitalier : aménagements du poste de travail ? Enquête auprès de médecins du travail des hôpitaux du Grand Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01876391

HAL Id: hal-01876391

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01876391>

Submitted on 18 Sep 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Travail et grossesse en milieu hospitalier :
aménagements du poste de travail ?*

Enquête auprès de médecins du travail des
hôpitaux du Grand Nancy.

Mémoire présenté et soutenu par
Amandine MANSION

Promotion 2012

Travail de recherche réalisé :

Sous la direction de Mme Marie-Laure Pichon, sage-femme cadre enseignante à l'école de Sages-Femmes de Nancy.

Et sous l'expertise du Dr Véronique Missenard, médecin du travail à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

REMERCIEMENTS

Merci à Mme Pichon, pour sa disponibilité, son soutien et ses précieux conseils.

Merci à Mme le Docteur Missenard, pour avoir accepté de devenir mon experte, pour son implication dans la réalisation de ce mémoire et pour son aide.

Merci au Dr Aptel, à Mme Causeret, au Dr Contignon, au Dr Lepori, au Dr Le Tacon, au Dr Levant, au Dr Martin, au Dr Mayot, au Dr Missenard et au Dr Vignaud, pour avoir accepté de me recevoir en entretiens, pour m'avoir accordé de leur temps et pour avoir toujours été disponibles une fois les entretiens réalisés.

Merci à Clément, pour son amour et son soutien constants.

Merci à ma maman, pour avoir toujours été présente, même dans les moments difficiles, pour avoir toujours cru en moi et pour son soutien.

Merci à mon frère, Thomas, pour sa simplicité, son humour et son optimisme permanents.

LISTE DES ABREVIATIONS

- AES : Accident d'Exposition au Sang
- AP : Accouchement Prématuro
- AS : Aide-Soignante
- AT : Arrêt de Travail
- CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
- CAV : Centre Alexis Vautrin
- CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail
- CLP : Classification, Labelling and Packaging
- CMR : Cancérigène, Mutagène, Reprotoxique
- CPN : Centre Psychothérapique de Nancy
- DRH : Directeur des Ressources Humaines
- FCS : Fausse Couche Spontanée
- GEU : Grossesse Extra Utérine
- HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- IMG : Interruption Médicale de Grossesse
- INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
- IRSN : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire
- MAP : Menace d'Accouchement Prématuro
- MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- RCIU : Restriction de Croissance Intra Utérine
- SA : Semaines d'Aménorrhée

SOMMAIRE

Remerciements	3
Liste des abréviations.....	4
Sommaire	5
Préface.....	7
Introduction	9
Partie 1	11
1. Risques professionnels	12
1.1. Risques physiques	12
1.2. Risques des rayonnements ionisants	14
1.3. Risques chimiques.....	16
1.4. Risques infectieux	19
2. Réglementation.....	23
2.1. Protection du contrat de travail : dispositions spécifiques relatives à la protection de la grossesse et de la maternité	23
2.2. Protection de l'état de santé de la salariée enceinte ou venant d'accoucher ...	24
2.3. Protection contre les risques particuliers : travaux interdits ou réglementés ..	28
3. Rôle des acteurs de la prévention	34
3.1. Responsabilités de l'employeur	34
3.2. Services de santé au travail : rôle du médecin du travail	35
3.3. Rôle du CHSCT	37
Partie 2	39
1. Description de l'étude	40
1.1. Objectifs de l'étude	40
1.2. Hypothèses	40
1.3. Schéma de l'étude	40
2. Présentation des résultats, analyse et discussion.....	43
2.1. Grossesse et travail dans les hôpitaux nancéiens	43
2.2. Grossesse et travail : le point de vue des médecins du travail	45
2.3. Grossesse en cours et consultations avec le médecin du travail	52
2.4. Grossesse et travail : difficulté de conciliation ?	69

Partie 3	71
1. Synthèse de l'étude	72
2. Biais et difficultés rencontrées	75
3. Propositions d'améliorations	76
3.1. Pour le praticien suivant la grossesse	76
3.2. Pour le médecin du travail	79
3.3. Pour l'employeur	82
Conclusion	83
Bibliographie	85
Table des matières	90
Annexe	I

PREFACE

Selon les données 2006 de l'Institut National de la statistique et des études économiques, 82% des Françaises âgées de 25 à 49 ans travaillent et plus de 60% des 800 000 naissances annuelles proviennent de femmes exerçant une activité professionnelle. [28]

En moyenne, il y a moins de stérilités, de prématurités et de naissances d'enfants malformés chez les femmes actives que chez les femmes au foyer (meilleur accès à l'information, surveillance médicale plus rapprochée, meilleure connaissance des principes de précaution, meilleures conditions socio-économiques). Le fait de travailler ne constitue donc pas en soi une nuisance pour la femme enceinte. Néanmoins certaines professions se révèlent être exposées à des risques, identifiés par la littérature scientifique. [28]

Il est de la responsabilité de l'employeur d'identifier et de caractériser les risques auxquels la future maman est exposée dans l'exercice de sa profession. Le médecin du travail appréciera quant à lui l'adéquation du poste de travail avec l'état de grossesse de la salariée, ce qui pourra conduire soit à un maintien au poste de travail, soit à un aménagement du poste, soit à la prescription d'une inaptitude temporaire de la femme enceinte à son poste de travail. Mais par manque de données, la réponse quant à une exposition toxique professionnelle chez la femme enceinte est souvent binaire à savoir : pas de risque et maintien au poste de travail ou au contraire éviction au nom du seul principe de précaution !

En tant qu'étudiante sage-femme, j'ai pu constater au cours de mes stages les difficultés et la surcharge de travail pouvant survenir lors de certaines gardes très chargées, ainsi que la fatigue que cela peut engendrer. D'autre part, il m'a semblé que les aménagements de poste demeurent peu nombreux, voir sont quasiment inexistantes en milieu hospitalier. Fautes de solutions, l'arrêt de travail semble être l'unique recours disponible, au risque de tomber dans l'excès de prescriptions. Je me suis alors interrogée sur l'adéquation du travail en secteur hospitalier avec la grossesse. D'autant plus que les personnes qui travaillent en secteur hospitalier cumulent souvent tous les

types d'exposition professionnelle à risque : le risque physique (gardes de nuit, gardes de 12 heures, station debout prolongée...), le risque chimique (avec la manipulation de solvants organiques, l'exposition aux produits anesthésiques gazeux pour le personnel travaillant au bloc opératoire...) et le risque microbiologique (le risque infectieux étant présent à chaque instant pour le personnel hospitalier). Le CHU de Nancy est le plus gros employeur de la ville avec un total de 8352 salariés. Parmi l'ensemble des dépenses que peut compter un établissement hospitalier il est intéressant de noter que le coût annuel de l'ensemble des arrêts de travail, prescrits uniquement au cours de la grossesse des salariées du CHU, s'élève à une moyenne de 4 981 636 €. En ajoutant à cela la conjoncture économique actuelle qui n'épargne pas les hôpitaux, soumis eux aussi à un impératif de réductions de postes, il devient donc intéressant de voir quelles solutions, autres que l'arrêt de travail, pourraient être apportées. Quelles solutions sont apportées à ces femmes pour que leur activité professionnelle ait le moins d'impacts négatifs possibles sur le bon déroulement de la grossesse ? Des aménagements de poste sont-ils réalisés ? Sont-ils réalisables ? Les arrêts de travail sont-ils aussi fréquents que ce que j'ai pu constater au cours de mes stages ?

INTRODUCTION

Dans nos sociétés actuelles, la santé est plus que jamais une préoccupation. Des moyens de la maintenir, telles qu'une alimentation saine et équilibrée, la pratique d'une activité physique régulière...sont souvent mis en avant. Le bien-être et la santé au travail paraissent aujourd'hui essentiels à l'épanouissement de l'individu et font partie intégrante de son état de santé.

Il paraît donc essentiel de s'assurer que l'activité professionnelle ne constitue pas une nuisance pour la santé de la salariée enceinte et de son futur enfant, et qu'elle n'entraîne pas de conséquences négatives sur le bon déroulement de la grossesse.

Dans cet objectif, la réglementation française prévoit la mise en place d'aménagements de poste pour les salariées enceintes soumises à des expositions à risques.

Dans la première partie du mémoire, nous nous intéresserons aux principales expositions professionnelles susceptibles de constituer un risque, pour la santé des salariées enceintes travaillant à l'hôpital et celle du futur enfant à naître. Nous détaillerons également les mesures prévues par la réglementation française pour protéger la salariée enceinte et son futur enfant, et favoriser le bon déroulement de la grossesse. Enfin, nous préciserons le rôle des différents acteurs de la prévention dans le but de protéger la salariée sur son lieu de travail.

Nous avons ensuite souhaité interroger des médecins du travail du secteur hospitalier, au sein du Grand Nancy. Les hôpitaux sont en effet les plus gros employeurs de la ville et l'on y rencontre tous les risques précédemment décrits. Qu'en est-il de l'association travail et grossesse ? Les médecins du travail nous donneront leur avis.

Enfin, en troisième partie, nous présenterons une synthèse des résultats de l'étude. Les biais et les difficultés rencontrées seront également exposés. Puis nous développerons le rôle du praticien ainsi que les conduites à tenir en cas de patiente

soumise professionnellement à des risques. Enfin, des propositions visant à améliorer le suivi des salariées enceintes et renforcer la prévention sur le lieu de travail seront présentées.

Partie 1

1. RISQUES PROFESSIONNELS

L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement. La mise à jour est effectuée au moins chaque année, ainsi que lors de toute décision d'aménagements importants modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail. [17]

1.1. Risques physiques

1.1.1. Charge physique

La charge physique pour les personnes travaillant en milieu de soins n'est pas une activité régulière ; elle présente des variations importantes en termes d'intensité et de durée : en fonction du moment de la journée (les matinées étant en général plus chargées), en fonction du nombre de patients hospitalisés dans le service mais également en fonction du service lui-même et de la nature de l'activité au sein du service (certains services présentent en effet de fortes contraintes physiques pour le personnel soignant : services de gériatrie, psychiatrie, salles de naissances...).

En outre, l'activité physique en milieu de soins est effectuée sous contrainte de temps et de qualité : les soignants doivent prendre en charge chaque patient avec la même rigueur et offrir la meilleure qualité de soins possible et ce, quel que soit le nombre de patients à prendre en charge.

Ce type de rythme et ces contraintes physiques pour le personnel, propres au milieu de soins, peuvent donc devenir source de stress et de fatigue, et à fortiori pour la salariée enceinte. Plusieurs études épidémiologiques, dont celle de Niedhammer et al. publiée en 2009, montrent que l'activité physique au travail augmente significativement le risque de prématurité et de petit poids de naissance. [21]

1.1.2. Postures de travail

Au cours du troisième trimestre, l'augmentation du volume abdominal va gêner la femme enceinte dans ses mouvements, ses postures et son espace de travail.

La charge hormonale en œstrogènes va, en fin de grossesse, entraîner un relâchement ligamentaire et tendineux. Ceci va permettre au fœtus de se positionner dans l'utérus et de préparer son passage dans le bassin. Mais ces relâchements physiologiques vont avoir pour conséquences des remaniements articulaires ; cette laxité ligamentaire et tendineuse pourra être à l'origine de douleurs lombaires et pelviennes chez la femme enceinte. [12]

En ce qui concerne la station debout prolongée, les études montrent qu'elle présente un risque accru de prématurité (Bonzini et al., 2007 ; Mzurkewitch et al., 2000), de faible poids de naissance (Croteau et al., 2006) et qu'elle augmente le risque de varices (Cherry, 1987).

Dans une revue approfondie de la littérature, Croteau (1999) situe des risques relatifs significatifs de la position debout prolongée pour **l'avortement spontané** [RR = 1,16 ; (1,03-1,29)], **la prématurité** [RR = 1,27 ; (1,14-1,42)], **un petit poids de naissances** [RR = 1,10 ; (0,99-1,23)], **l'insuffisance de poids pour l'âge gestationnel** [RR = 1,31 ; (1,17-1,48)] et même un risque élevé **d'hypertension gestationnelle** [RR = 1,21 ; (0,93-1,56)]. [12]

1.1.3. Travail de nuit et horaires irréguliers

Les travailleurs dont l'horaire de travail est irrégulier doivent s'adapter en permanence à des changements de rythme. Ces changements sont responsables de perturbations des systèmes circadiens. Les troubles du sommeil, les perturbations digestives, les troubles alimentaires, les symptômes psychologiques et la fatigue sont fréquemment rapportés chez les travailleurs en horaires atypiques (travail de nuit, alternance de gardes de jour et de gardes de nuit, durée de la journée de travail (en général 12 heures de garde)). En ce qui concerne les risques liés à la grossesse, les résultats des études sont toujours soumis à de nombreuses controverses. [12]

Une méta-analyse de Croteau en mai 2007 pour l'Institut national de santé publique du Québec conclut à une évidence suffisante **d'excès d'avortements spontanés** chez les travailleuses postées avec nuit et chez les travailleuses de nuit. Cependant, les données ne permettent pas de conclure sur les liens avec le travail posté sans nuit. En ce qui concerne **l'accouchement avant terme et l'insuffisance de poids pour l'âge gestationnel**, Croteau observe avec une évidence suffisante des excès de

risque chez les travailleuses postées alors que chez les travailleuses postées sans nuit, les excès de risques sont seulement suspectés. [12]

1.1.4. Cumul des nuisances

La plupart des études insistent sur le fait que le cumul des conditions de travail défavorables augmente les risques pour la femme enceinte. En résumé, le cumul des nuisances (efforts physiques intenses, port de charges lourdes (patients), station debout prolongée, horaires irréguliers, travail de nuit, gardes longues, stress...) chez la femme enceinte accroît la fatigue, les troubles circulatoires périphériques, et augmente le risque de prématurité et d'hypotrophie. [25,28]

Il est donc important de ne pas négliger les risques physiques en milieu de soins.

1.2. Risques des rayonnements ionisants

1.2.1. Notions de radiobiologie

Les effets des rayonnements ionisants sur l'embryon ou le fœtus peuvent s'exercer par le biais de la mort cellulaire, ou bien d'altérations non létales de l'ADN, qui pourront être complètement ou incomplètement réparées. Ces effets pourront être à l'origine de malformations diverses (atteignant particulièrement le système nerveux central), de retard de croissance, ou d'augmentation de l'incidence de certains cancers et leucémies. [12]

Deux types d'effet sont ainsi distingués :

- Les effets stochastiques ou aléatoires : ils sont liés à des mutations non létales de cellules pour lesquelles aucun seuil n'a pu être défini à l'heure actuelle. Ces mutations peuvent concerner des cellules somatiques (et engendrer un effet cancérigène) ou des cellules germinales (et entraîner des mutations géniques transmissibles à la descendance). Il est important de noter que ces effets, et notamment les cancers, relèvent d'une étiologie multifactorielle. De plus, ce n'est pas la gravité de ces effets qui dépend de la dose, mais la probabilité de survenue de ces effets.

- Les effets déterministes ou non aléatoires : ils sont liés à un processus de mort cellulaire. Ces effets sont généralement précoces et se manifestent le plus souvent quelques heures à quelques mois après l'irradiation. Ils ne se produisent qu'au-delà d'une dose seuil, et leur gravité augmente avec la dose reçue. Dans certains cas, ces effets sont réversibles. Les effets déterministes chez l'embryon ou le fœtus peuvent être des effets létaux (avortements), des effets malformatifs, des anomalies du développement ou des retards de croissance. [12, 20]

1.2.2. Personnel concerné

Les professions concernées par les risques des rayonnements ionisants sont principalement les personnels de radiographie de soins, de service de radiodiagnostic, de radiothérapie, de médecine nucléaire et de laboratoires (rayons X, rayonnements β et γ). En laboratoire, les risques sont surtout liés à la manipulation de sources de rayonnements non scellés (rayonnements β et γ). Dans ce cas, il s'agit d'exposition interne à de faibles doses d'irradiation réparties sur une longue période (inhalation, ingestion, passage percutané de petites quantités de substances radioactives). [25, 28]

1.2.3. Evaluation de l'exposition du fœtus

L'évaluation des doses reçues par le fœtus est indispensable dans le domaine de la radioprotection, que ce soit dans le cas de travailleuses enceintes ou de patientes enceintes se présentant pour radiodiagnostic ou radiothérapie. Elle sert également à évaluer les risques pour l'embryon ou le fœtus après une exposition accidentelle aux rayonnements ionisants ; c'est cette évaluation qui déterminera en grande partie la conduite à tenir.

Les doses fœtales sont plus délicates à estimer que les doses reçues par la mère car elles ne peuvent être évaluées que de manière indirecte (calculées). [12]

Les travailleurs exposés à des rayonnements ionisants dans le cadre de leur activité professionnelle font ainsi l'objet d'une surveillance dosimétrique individuelle réglementaire (décret 2003-296 du 31 mars 2003). Ils sont équipés de dosimètres permettant d'enregistrer les doses individuelles reçues par exposition externe.

Placé sous la responsabilité de l'employeur, ce suivi dosimétrique est effectué à l'aide de dosimètres sensibles et adaptés aux rayonnements utilisés. [11]

En cas d'exposition accidentelle, une reconstitution avec l'aide de l'IRSN (Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire) sera parfois nécessaire. [12]

1.2.4. Conduite à tenir en fonction de la dose reçue

Si la dose théorique reçue par le fœtus ou l'embryon est supérieure à 200 mGy, une IMG sera proposée au couple, car le risque tératogène notamment dans la période de sensibilité maximale, entre 10 et 17 SA, existe (microcéphalie, retard mental).

Si la dose calculée reçue est inférieure à 100 mGy, il paraît raisonnable de rassurer le couple car les risques sont minimes.

Entre ces deux valeurs, la conduite à tenir repose sur l'appréciation du contexte individuel et le moment précis de la grossesse où l'exposition est survenue. [11, 12]

1.3. Risques chimiques

1.3.1. Généralités

Les conséquences de l'exposition maternelle à des produits chimiques sont fonction du stade de développement de l'embryon puis du fœtus. En cas d'exposition pendant le premier trimestre, les risques sont essentiellement tératogènes. En cas d'exposition au deuxième et troisième trimestre de grossesse, des malformations peuvent encore survenir mais les risques sont surtout à type d'atteintes fonctionnelles.

Les effets toxiques n'apparaissent que pour un certain niveau de dose d'une substance. On distingue les substances génotoxiques (mutagènes et cancérigènes) et les substances toxiques pour la reproduction. [20]

1.3.2. Evaluation de l'exposition

L'évaluation de l'exposition à des substances chimiques passe par deux démarches complémentaires :

- La surveillance des atmosphères de travail ou métrologie : elle apprécie l'exposition par voie respiratoire.

- La surveillance biologique ou biométrie : elle permet de mesurer une substance ou ses métabolites dans les fluides de l'organisme (sang, urines...).

Les résultats de cette évaluation pourront être comparés à une valeur guide pour le développement, pour chaque produit concerné. [20]

1.3.3. Agents chimiques à risque

Les substances chimiques identifiées comme étant à risque chez la femme enceinte, et qui concernent les personnes travaillant en secteur de soins sont les suivantes : les antimétabolites, les anesthésiques gazeux et les solvants organiques.

➤ Les antimétabolites.

Les médicaments anticancéreux cytostatiques et en particulier les agents alkylants sont pour la plupart, directement ou après biotransformation, mutagènes et embryotoxiques. Leur absorption systémique est démontrée : le cyclophosphamide, le cis-platine, le méthotrexate et leurs métabolites sont retrouvés dans les urines des infirmières préparant et administrant des chimiothérapies incluant ces principes actifs. Une étude hollandaise, publiée en 2007, a montré une augmentation du délai à concevoir ainsi qu'une augmentation du risque d'accouchement prématuré chez le personnel manipulant ces produits. L'éviction de la femme enceinte, au moins pendant les premiers mois de grossesse, est usuellement recommandée. [28]

➤ Les anesthésiques gazeux.

Huit millions d'anesthésies générales sont réalisées chaque année en France : anesthésistes, chirurgiens, infirmières de bloc opératoire, sages-femmes et dentistes (soins en milieu psychiatrique) sont exposés au protoxyde d'azote, utilisé dans la majorité des actes, et aux halogénés (près de la moitié des anesthésies, toutes populations confondues). L'isoflurane est le gaz halogéné le plus employé dans notre pays.

Une méta-analyse, publiée en 1997, indique que l'exposition professionnelle entraîne un allongement du délai de conception et une élévation significative de l'incidence des FCS (RR = 1,48). L'augmentation des FCS n'est pas retrouvée lorsque des dispositifs de récupération des gaz expirés de type SEGA (Systèmes d'Evacuation

des Gaz Anesthésiques) sont utilisés. Une enquête conduite entre 1987 et 1989 dans 18 hôpitaux parisiens avait mis en évidence un effet spécifique de l'activité en chirurgie pédiatrique, en relation avec des concentrations en halogénés plus élevées qu'en chirurgie conventionnelle. Du point de vue des malformations, aucun excès de risque n'a été mis en évidence, en milieu professionnel comme chez les patientes anesthésiées au cours de leur grossesse. [28]

➤ Les solvants organiques.

La toxicité des solvants organiques chez la femme enceinte a fait l'objet de nombreuses études :

- Il a été montré que l'exposition professionnelle aux solvants, toutes familles confondues, augmente le risque de FCS.
- Il existe également une tendance à l'augmentation du risque de malformations congénitales majeures ; les anomalies du système nerveux central ainsi que les fentes labiales et palatines sont citées dans plusieurs études.
- Pour les FCS comme pour les malformations, l'augmentation de risque est modérée, même lors d'expositions considérées comme intenses et/ou fréquentes. [28]

Les effets toxiques pour le développement foetal des substances chimiques sont dose dépendants : une évaluation de l'exposition permet une caractérisation du risque et une prise de décision rationnelle quant à la conduite à tenir. [28]

La meilleure protection face à ces risques réside dans la prévention et les mesures de protection (système SEGA de récupération des gaz anesthésiques, port de gants lors de la manipulation de solvants et de cytostatiques...).

Toutefois, de nombreuses substances chimiques sont utilisées alors que leurs effets éventuels sur l'organisme n'ont pas encore été étudiés et demeurent donc inconnus. Face à une salariée enceinte, la prudence est de rigueur et l'éviction demeure la meilleure protection en ce qui concerne ces substances non étudiées.

1.4. Risques infectieux

Le risque infectieux chez le personnel travaillant en milieu de soins est dominé par le risque d'infections virales.

Les femmes à risque de contracter une infection virale sont celles en contact avec des enfants et des malades ou avec des produits pathologiques ou contaminés. Les personnels de crèche, de soins, d'entretien, des services de prélèvements d'organes et des laboratoires en biologie (hématologie et bactériologie) sont donc concernés.

Les virus présentant un risque particulier pour la grossesse sont ceux de la rubéole, de la varicelle, des hépatites B et C, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le parvovirus B19 et le cytomégalovirus (CMV). [25]

1.4.1. Rubéole

La vaccination constitue le moyen préventif le plus sûr, il est donc important que le médecin du travail connaisse le statut immunitaire initial des soignantes. La vaccination est recommandée pour les femmes en âge de procréer non immunisées, non vaccinées ; elle est contre-indiquée pendant la grossesse et doit donc être réalisée sous contraception orale, ou après l'accouchement, pendant le séjour en suites de couches (la vaccination contre la rubéole peut être effectuée par les sages femmes comme précisé dans l'arrêté du 22 mars 2005, en application de l'article L. 4151-2 du Code de la Santé publique). Les différentes vaccinations disponibles en France actuellement sont un vaccin monovalent (Rudivax ®), les vaccins contre la rubéole, les oreillons et la rougeole associés (Priorix ®) ainsi que les vaccins combinés rougeole, oreillons, rubéole, varicelle (Proquad ® et Priorix Tetra ®). [3, 4, 28]

1.4.2. Varicelle

En France, moins de 500 cas de varicelle sont enregistrés par an chez des femmes enceintes. La prévention repose sur la vaccination des professionnelles de santé sans antécédents de varicelle et avec une sérologie négative, sous contraception orale. Deux vaccins monovalents contre la varicelle sont actuellement disponibles (Varivax ® et Varilrix ®) [5, 25, 28]

1.4.3. Virus de l'hépatite B et C, et virus de l'immunodéficience humaine

En milieu professionnel, la transmission du virus de l'hépatite B est surtout le fait d'accidents d'exposition au sang (AES) pour les personnels de soins ou de laboratoires. Les professionnels exposés doivent être obligatoirement vaccinés (article L 3111-4 du Code de la Santé publique), réduisant le risque à un niveau nul chez les répondeurs. Le schéma de vaccinations comporte trois injections respectant un intervalle d'au moins un mois entre la 1^{ère} et la 2^{ème} injection, et un intervalle compris entre cinq et douze mois entre la 2^{ème} et la 3^{ème} injection. [6, 25, 28]

La transmission du VIH et du virus de l'hépatite C aux professionnels de santé est commune à celle de l'hépatite B. La prévention repose sur l'application et le respect des mesures universelles d'hygiène et de protection (jeter après usage, dans un container spécialisé, tout objet coupant, piquant, ou tranchant, port de protections : gants, lunettes...). [12, 28]

1.4.4. Cytomégalovirus

En France, environ 50% des femmes enceintes sont estimées séronégatives vis-à-vis du CMV. Le CMV est la cause la plus fréquente d'infection congénitale (1 à 2 % des naissances). L'Institut de la veille sanitaire estime que près de 300 infections congénitales à CMV sont recensées chaque année en France, conduisant à environ 60 interruptions de grossesse et à des manifestations cliniques ou biologiques chez environ 50 nouveaux nés (soit 6 pour 100 000 nouveaux nés vivants). La prévention pour les soignantes en âge de procréer et en contact avec de jeunes enfants, ou enceintes relève des mesures de précaution et d'hygiène systématiques : éviter les contacts avec les liquides biologiques (urines, salive, larmes...), lavage soigneux des mains ou friction avec une solution hydro-alcoolique après contact avec les patients. Il n'y a pas de restriction au poste de travail. [3, 12, 28]

1.4.5. Vaccinations non obligatoires mais recommandées

1.4.5.1. Grippe saisonnière

Il existe un vaccin trivalent contre la grippe saisonnière. Chaque année, la composition de ce vaccin est déterminée par l'OMS en fonction de l'identification des souches virales circulantes.

Bien que prévue par l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique comme une obligation vaccinale pour les professionnels de santé, l'obligation vaccinale contre la grippe a été suspendue par le décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006. Le Comité technique des vaccinations recommande toutefois fortement la vaccination antigrippale pour les professionnels de santé concernés. [6, 12]

Le virus H1N1 circulant encore actuellement, la souche A (H1N1) a été intégrée au vaccin contre la grippe saisonnière. Le HCSP recommande ainsi, depuis le 13 juillet 2011, que soient également vaccinées contre la grippe saisonnière les femmes enceintes à partir du second trimestre de la grossesse. Les femmes enceintes ayant des facteurs de risques (obésité...) peuvent être vaccinées contre la grippe dès le premier trimestre de la grossesse. [8]

1.4.5.2. Coqueluche

La protection acquise par la vaccination ou la maladie ne durant que quelques années, la majorité de la population adulte peut donc contracter la maladie. Le Comité technique des vaccinations recommande la vaccination contre la coqueluche par un vaccin dTcaPolio à l'ensemble des personnels soignants à l'occasion d'un rappel décennal de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (dTPolio). Le Comité technique de vaccinations insiste également sur l'importance de la vaccination avec le vaccin dTcaPolio des adultes ayant un projet parental, et à l'occasion d'une grossesse, la mise à jour des vaccinations des membres de l'entourage familial. [6]

Les infections maternofoetales restent relativement fréquentes en France et peuvent entraîner avortements, embryopathies, infections foetales, mortinatalité, maladie néonatale ou à distance. Les vaccinations ne sont qu'un élément de la prévention et elles ne doivent en aucun cas se substituer aux mesures de prévention techniques, individuelles et collectives. Que ce soit dans le cas des vaccinations obligatoires ou recommandées, le professionnel de santé doit se tenir informé de son statut immunitaire. Ainsi, les principales mesures de prévention en milieu de travail reposent sur l'information, sur une hygiène particulièrement rigoureuse, sur les précautions

universelles en milieu de soins, les bonnes pratiques de laboratoire et sur les vaccinations (hors grossesse) quand elles existent. [6, 28]

Il est important que le médecin du travail connaisse le statut immunitaire des salariés, insiste sur l'importance d'avoir une vaccination à jour, et recommande fortement les vaccinations non obligatoires à l'ensemble des personnels de santé.

Les expositions professionnelles à risque chez les personnes travaillant en secteur de soins sont nombreuses et peuvent avoir des effets néfastes sur le déroulement et l'issue d'une grossesse et sur la santé et le bien être de l'embryon, du fœtus, puis du nouveau né, en l'absence de mesures de précaution. Les meilleures armes face à ces risques restent l'information et la prévention, dans l'idéal en pré-conceptionnel. Nous allons voir maintenant la réglementation existante dans le but de protéger la salariée enceinte exposée et son enfant.

2. REGLEMENTATION [3, 12,16, 27]

Le travail des femmes fait l'objet de mesures spécifiques, il existe une législation qui évolue constamment en faveur de la femme enceinte. Le but est de garantir le bon déroulement de la grossesse, la santé de la future mère et de son enfant, mais aussi d'assurer la protection des femmes en état de procréer.

Ainsi, les risques pour la fécondité que présentent certains produits ont conduit à interdire l'affectation des femmes à des travaux les y exposant. Dans tous les cas la réglementation insiste sur la nécessité de réaliser une évaluation individuelle des facteurs de risques afin d'assurer aux salariées enceintes une information suffisante en ce qui concerne les risques liés à leur poste de travail. D'autre part, en plus de cette obligation générale d'évaluation des risques de la femme enceinte il existe des textes spécifiques sur certains risques particuliers (risques chimiques, biologique, physique...) : le but étant soit d'interdire à la femme enceinte d'exercer telle ou telle activité, soit de circonscrire cette dernière afin que la salariée enceinte ne soit pas exposée à des risques. [3, 12, 16]

2.1. Protection du contrat de travail : dispositions spécifiques relatives à la protection de la grossesse et de la maternité

2.1.1. Droit au secret et au respect de la vie privée

C'est l'article L.1225-2 du Code du travail qui précise que la femme candidate à un emploi ou salariée n'est pas tenue de révéler son état de grossesse, sauf lorsqu'elle demande le bénéfice des dispositions légales relatives à la protection de la femme enceinte.

Même si la femme enceinte bénéficie d'un véritable droit au silence il est toutefois dans son intérêt d'informer au plus tôt l'employeur de son état de grossesse. En effet, la femme enceinte peut se retrouver exposée à des risques nuisibles pour sa santé et pour le futur enfant dans le cadre de son travail et les règles juridiques protectrices de la maternité ne pourront être mises en œuvre que lorsque la future mère

aura déclaré sa grossesse. Une circulaire ministérielle du 02/05/1985 indique que les risques majeurs à prendre en considération sont les risques toxicologiques, à condition de pouvoir intervenir précocement, puis les risques physiques et la charge physique et psychique de travail en fin de grossesse. Ce droit au silence peut donc poser un problème à l'employeur compte tenu de son obligation de sécurité et de préservation de la santé des salariés. D'autant que depuis 2002, la jurisprudence française a considéré que cette obligation de sécurité est désormais une obligation de résultat. Les femmes enceintes doivent donc être sensibilisées sur la nécessité de déclarer le plus précocement possible leur état de grossesse afin d'être informées sur les possibilités de changement temporaire d'affectation et sur les travaux qui leur sont interdits.

D'autre part, la femme enceinte bénéficie d'une **protection à l'embauche**, comme le précise l'article L. 1225-1 du Code du travail. En effet, selon cet article, l'employeur ne doit pas prendre en considération l'état de grossesse d'une femme pour refuser de l'embaucher, pour rompre son contrat de travail au cours d'une période d'essai ou pour prononcer une mutation d'emploi. [3, 12, 16]

2.1.2. Protection de la grossesse et de la maternité

➤ *Interdiction provisoire d'emploi de la femme enceinte :*

L'article L. 1225-29 du Code du travail fixe une période obligatoire de repos et interdit d'employer la salariée pendant une période de huit semaines au total avant et après son accouchement, et, en aucun cas, pendant les six semaines qui suivent son accouchement.

Il s'agit d'une interdiction qui est d'ordre public et, à ce titre, elle ne peut être levée, même avec l'accord de la salariée. [12]

2.2. Protection de l'état de santé de la salariée enceinte ou venant d'accoucher [12, 27]

Dès lors qu'une salariée est enceinte et que son employeur en est informé, tout un dispositif de protection se met en œuvre.

2.2.1. Surveillance médicale renforcée

Principe de protection :

Le médecin du travail exerce une surveillance médicale renforcée pour les femmes enceintes ainsi que pour les mères dans les six mois qui suivent leur accouchement et pendant la durée de leur allaitement (Code du travail, art. R. 4152-1 et R. 4624-19).

Le médecin est juge de la fréquence et de la nature des examens que comporte cette surveillance médicale (art. R. 4624-20).

Autorisation d'absence pour se rendre aux examens médicaux :

La salariée bénéficie d'une autorisation d'absence pour se rendre aux examens médicaux obligatoires prévus par l'article L. 2122-1 du Code de la santé publique dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement. Ces absences n'entraînent aucune diminution de la rémunération de la salariée. [12]

2.2.2. Aménagement du poste de travail

Dans le cadre de la politique de prévention, l'employeur est tenu de procéder à l'évaluation des risques du poste de travail. Cette évaluation doit tenir compte de la situation particulière des femmes enceintes. L'état de grossesse de la salariée ainsi que la protection de son enfant peuvent justifier que son poste et son activité professionnelle soient aménagés par l'employeur en collaboration avec le médecin du travail. Si nécessaire, un changement temporaire d'affectation peut être envisagé.

Intervention du médecin du travail :

Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutation ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs (art. L. 4624-1 du Code du travail).

Plus particulièrement, une circulaire ministérielle du 2 mai 1985 précise les missions du médecin du travail vis-à-vis des salariées enceintes (que je détaillerais plus tard).

Obligations de l'employeur :

L'employeur doit tenir compte des propositions du médecin du travail et s'il refuse, il doit faire connaître les motifs de son refus. [12]

2.2.3. Changement temporaire d'affectation

Un changement temporaire d'affectation peut se produire dans trois cas prévus par le Code du travail et qui sont les suivants :

- La nécessité médicale ;
- Le travail de nuit ;
- L'exposition à des risques particuliers.

➤ *La nécessité médicale :*

Les contraintes inévitables que présentent certains postes de travail peuvent nécessiter que la salariée enceinte soit temporairement affectée à un autre emploi.

La salariée enceinte peut être affectée temporairement dans un autre emploi, **à son initiative ou à celle de son employeur**, si son état de santé **médicalement constaté** l'exige (Code du travail, art. L. 1225-7, alinéa 1).

En cas de désaccord entre l'employeur et la salariée ou lorsque le changement intervient sur l'initiative de l'employeur, **seul le médecin du travail** peut établir la nécessité médicale du changement d'emploi et l'aptitude de la salariée à occuper le nouvel emploi envisagé (Code du travail, art. L. 1225-7, alinéa 2).

Cette affectation temporaire **ne peut excéder la durée de la grossesse** et prend fin dès que l'état de santé de la femme lui permet de retrouver son emploi initial (Code du travail, art. L. 1225-7, alinéa 4).

Le changement d'affectation n'entraîne **aucune diminution de rémunération** (Code du travail, art. L. 1225-7, alinéa 5).

➤ *Le travail de nuit :*

Selon l'article L. 1225-9 du Code du travail, la salariée en état de grossesse médicalement constaté ou ayant accouché, qui travaille de nuit (...) est affectée **sur sa**

demande à un poste de jour pendant la durée de sa grossesse et pendant la période du congé postnatal.

Elle est également affectée à un poste de jour pendant la durée de sa grossesse lorsque le **médecin du travail constate par écrit** que le poste de nuit est **incompatible avec son état**.

Lorsque l'employeur est dans l'impossibilité de proposer un autre emploi à la salariée travaillant de nuit, il lui fait connaître par écrit, ainsi qu'au médecin du travail, les motifs qui s'opposent à cette affectation.

Le contrat de travail de la salariée est alors suspendu jusqu'à la date du début du congé légal de maternité (art. L 1225-10 du Code du travail). [2, 12]

Durant cette période, la salariée enceinte reçoit, et ce jusqu'à la date du congé légal de maternité, une **allocation journalière versée par la Sécurité sociale** (art. L. 331-1 du Code de la Sécurité sociale). Cette allocation est calculée de la même manière que l'assurance maladie et elle n'est pas cumulable avec les autres allocations. La salariée enceinte bénéficie également d'une **indemnité complémentaire à la charge de l'employeur**. Ce complément est calculé comme en cas d'absence pour maladie, excepté le fait qu'il n'y a pas de conditions d'ancienneté dans l'entreprise comme pour l'allocation maladie (art. L. 1226-1 du Code du travail).

➤ *Exposition à des risques particuliers :*

Selon l'article L. 1225-12 du Code du travail, l'employeur propose à la salariée qui occupe un poste de travail l'exposant à des risques déterminés par voie réglementaire un autre emploi compatible avec son état, lorsqu'elle est en état de grossesse médicalement constaté.

D'après l'article L.1225-13 du Code du travail, la proposition d'emploi est réalisée au besoin par la mise en œuvre de mesures temporaires telles que l'aménagement de son poste de travail ou son affectation dans un autre poste de travail.

Elle prend en compte les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur l'aptitude de la salariée à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise.

Comme en cas de travail de nuit et en cas de changement temporaire d'affectation :

- lorsque l'employeur est dans l'impossibilité de proposer un autre emploi à la salariée, son contrat de travail est alors suspendu jusqu'à la date du début du congé de maternité,

- ces mesures temporaires n'entraînent aucune diminution de la rémunération.

- la salariée bénéficie d'une garantie de rémunération pendant la suspension du contrat de travail, comme vu précédemment et selon les mêmes modalités que celles prévues par les dispositions mentionnées à l'article L. 1226-1, à l'exception des dispositions relatives à l'ancienneté. [12]

2.3. Protection contre les risques particuliers : travaux interdits ou réglementés

Face à certains risques particuliers, le Code du travail prévoit des règles spécifiques concernant les femmes enceintes. Ce sont des travaux interdits ou réglementés qui peuvent se diviser en trois grandes catégories à savoir les risques biologiques, les risques chimiques et les risques physiques.

Cette réglementation a pour but :

- De soustraire la femme et le futur enfant, exposés à des substances chimiques classées dangereuses (lui interdisant de poursuivre une activité jugée incompatible avec son état) ;
- De limiter l'activité de la femme enceinte afin de la protéger ainsi que le futur enfant ;
- Et enfin de mettre à la charge de l'employeur une obligation d'information et de formation afin de sensibiliser les femmes enceintes sur les risques qu'elles encourent si elles ne déclaraient pas leur grossesse (en effet, une grossesse déclarée le plus tôt possible permet à l'employeur de mettre en œuvre toutes les mesures de protection appropriées). [12]

2.3.1. Les risques biologiques

Rubéole et toxoplasmose :

Lorsque les résultats de l'évaluation visée à l'article R. 4423-1, 2 et 3 du Code du travail révèlent l'existence d'un risque d'exposition au virus de la rubéole ou au toxoplasme, l'exposition des femmes enceintes est interdite sauf si la preuve existe que la salariée est suffisamment protégée contre ces agents par son état d'immunité.

L'employeur prend, après avis du médecin du travail, les mesures nécessaires à la mise en œuvre de cette interdiction d'exposition (Code du travail, art. D. 4152-3).
[12]

2.3.2. Les risques chimiques [12]

Solvants :

Le ministère du Travail rappelle les risques toxicologiques dont l'effet pathogène peut s'exercer au cours de la première période de la grossesse et les risques dus à certaines conditions de travail dont l'effet risque de se manifester en fin de grossesse.

Les risques toxicologiques potentiels sont nombreux. Certains seulement peuvent être retenus avec plus de certitude, soit en raison d'arguments cliniques, soit du fait d'observations tirées de l'expérimentation animale. Il s'agit essentiellement des solvants, dont principalement le benzène et ses dérivés... (Circulaire du 02/05/1985).

Produits toxiques pour la reproduction :

Les produits toxiques pour la reproduction sont classés en trois catégories (1,2 et 3) avec deux types d'effets : effets sur la fertilité ou le développement, précisés par les phrases de risques.

La classification d'une substance dans la catégorie 1 pour les effets sur la fertilité ou la toxicité pour le développement repose sur des données épidémiologiques, et la classification d'une substance dans les catégories 2 et 3 s'effectue essentiellement à partir de données animales.

Ainsi, les substances classées toxiques pour la reproduction vis-à-vis de la fertilité catégorie 1 ou 2 doivent être classées toxiques, accompagnées de la phrase de risque R 60 : peut altérer la fertilité.

Les substances classées toxiques pour la reproduction vis-à-vis du développement catégorie 1 ou 2 doivent être classées toxiques, accompagnées de la phrase de risque R 61 : risque pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant.

Les substances classées toxiques pour la reproduction vis-à-vis de la fertilité catégorie 3 doivent être classées nocives, accompagnées de la phrase de risque R 62 : risque possible d'altération de la fertilité.

Les substances classées toxiques pour la reproduction vis-à-vis du développement catégorie 3 doivent être classées nocives, accompagnées de la phrase de risque R 63 : risque possible pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant.

Les femmes enceintes et les femmes allaitantes ne peuvent être affectées ou maintenues à des postes de travail les exposant à des agents classés toxiques pour la reproduction de catégorie 1 ou 2 (Code du travail, art. D. 4152-10).

Une circulaire DRT n°12 du 24/05/2006 rappelle que : « les phrases de risques R. 62, R. 63 et R. 64 correspondent à des risques possibles pour la fertilité et/ou pour les enfants à naître ou allaités. L'exposition des femmes enceintes ou allaitantes à ces substances, appelle une extrême vigilance et la mise en œuvre de mesures allant jusqu'à son retrait de l'exposition. »

Si une salariée enceinte ou allaitante occupe un poste de travail l'exposant au benzène ou à un agent toxique pour la reproduction de catégorie 1 ou 2, l'article L.1225-12 du Code du travail précise que son employeur est tenu de lui proposer un autre emploi compatible avec son état, sans diminution de la rémunération.

Si l'employeur est dans l'impossibilité de lui proposer un autre emploi, le contrat de travail est suspendu et la salariée bénéficie d'une garantie de rémunération composée d'une allocation journalière prévue par le Code de la Sécurité sociale et d'un complément par l'employeur (art. R1225-4 et circulaire DRT n°12 du 24 mai 2006).

Il est important de noter que l'absence de classification peut avoir différentes significations : soit que le produit n'a effectivement pas provoqué d'effet observable dans des tests toxicologiques, chez l'homme ou l'animal, soit qu'il n'a pas été encore

étudié. Il peut donc être difficile pour les professionnels de santé d'identifier les substances réellement à risque pendant la grossesse, ce qui peut expliquer que certains praticiens décident de soustraire la femme enceinte vis-à-vis de l'exposition au nom du seul principe de précaution.

2.3.3. Les risques physiques

Travaux exposant aux rayonnements ionisants : [12]

Un certain nombre d'obligations sont précisées dans le Code du travail.

Les travailleurs exposés à des rayonnements ionisants sont informés des effets potentiellement néfastes de l'exposition aux rayonnements sur l'embryon, en particulier lors du début de la grossesse, et sur le fœtus.

Cette information sensibilise les femmes quant à la nécessité de déclarer le plus précocement possible leur état de grossesse et porte à leur connaissance les mesures d'affectation temporaire prévues à l'article L. 1225-7 et les dispositions protectrices prévues par la présente section (Code du travail, art. D. 4152-4).

Conformément à l'article R. 4453-2 du Code du travail, la femme enceinte ne peut être affectée à des travaux requérant un classement en catégorie A (art. D. 4152-6).

Il est en outre interdit d'affecter ou de maintenir une femme allaitant à un poste de travail comportant un risque d'exposition interne à des rayonnements ionisants (Code du travail, art. D. 4152-7).

Enfin, en cas de grossesse, les dispositions sont prises pour que l'exposition de la femme enceinte, dans son emploi, soit telle que l'exposition de l'enfant à naître (en pratique, il s'agit d'une exposition **calculée** en ce qui concerne l'enfant à naître), pendant le temps qui s'écoule entre la déclaration de grossesse et le moment de l'accouchement, soit aussi faible que raisonnablement possible, et en tout état de cause en dessous de 1 mSv (Code du travail, art. D. 4152-5).

Charge physique, horaires de travail : [12]

➤ *Dangers potentiels :*

Le ministère du Travail signale notamment le danger potentiel :

- Des efforts physiques intenses et répétés,
- De la station debout prolongée,
- Du port de charges lourdes,
- De l'exposition aux trépidations. (Circulaire du 02/05/1985).

➤ *Modes de transport, manutention, limitation des charges :*

L'employeur, dans le cadre de l'évaluation obligatoire des risques professionnels et de par son obligation de sécurité de résultat, devra à chaque fois que cela s'avère nécessaire, prendre des mesures de protection de la salariée enceinte afin d'éviter qu'elle puisse porter, soulever, pousser et tirer des charges lourdes susceptibles de provoquer des risques pour elle et le futur enfant qu'elle porte.

➤ *Travaux de nuit et affectation temporaire à un poste de jour :*

La salariée en état de grossesse médicalement constaté ou ayant accouché, travaillant la nuit, est affectée à un poste de jour :

- sur sa demande, pendant la durée de sa grossesse et pendant la période du congé légal postnatal ;
- ou lorsque le médecin du travail constate pendant la durée de sa grossesse, par écrit, que le poste de nuit est incompatible avec son état. [12, 27]

Dans la fonction publique hospitalière (FPH), c'est le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 (relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements publics de santé) qui, entre autres dispositions, organise le travail en continu, en discontinu et de nuit ; le décret prévoit des réductions d'horaires en fonction des sujétions, des contraintes, concernant les agents en repos variable, les agents travaillant exclusivement de nuit... En ce qui concerne les femmes enceintes, une

mesure de protection particulière est appliquée avec l'obligation de reclassement temporaire sur poste de jour et suspension du contrat avec garantie de rémunération en cas d'impossibilité (article L1225-9 à 11 du Code du travail). [2]

➤ *L'aménagement des horaires de travail des femmes enceintes :*

La circulaire du 9 août 1995 relative au congé de maternité dans la fonction publique hospitalière précise que, compte tenu des nécessités des horaires de leurs services et des demandes des intéressées, les chefs de service accordent, sur avis du médecin chargé de la prévention, à tout agent féminin, des facilités dans la répartition des horaires de travail.

Ces facilités sont accordées, à partir du début du troisième mois de grossesse, dans la limite maximale d'une heure par jour. Ces heures ne sont pas récupérables ni cumulables. [23]

3. ROLE DES ACTEURS DE LA PREVENTION

Nous avons vu que les risques pour la grossesse, dus à l'exercice d'une activité professionnelle en milieu de soins, sont nombreux. Leur expression pathologique résulte souvent d'un cumul de nuisances et leur fréquence reste en définitive peu élevée, notamment lorsque des mesures de prévention et de protection sont appliquées. Pour aider l'employeur à satisfaire son obligation de sécurité à l'égard des salariés, le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et les services de santé au travail constituent des partenaires et acteurs indispensables. [12]

3.1. Responsabilités de l'employeur

Il appartient à l'employeur de supprimer ou de réduire les risques professionnels afin d'assurer la sécurité des salariés et de protéger leur santé physique et mentale. Pour ce faire, il doit prendre des mesures appropriées et les mettre en œuvre conformément aux principes généraux de prévention énumérés par le Code du travail. Ces principes généraux de prévention consistent à éviter les risques, évaluer les risques qui ne peuvent être évités, adapter le travail à l'homme, tenir compte de l'état d'évolution de la technique... L'employeur après avoir évalué les risques professionnels, doit ainsi consigner les résultats de cette évaluation dans un document unique et mettre en œuvre des actions de prévention. Il est également tenu à une obligation générale d'informations et de formation des salariés à la sécurité. [18]

En ce qui concerne le document unique, il doit comporter un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail. Pour ce faire, l'employeur peut s'appuyer sur différentes sources d'informations disponibles dans l'entreprise ou l'établissement : analyse des risques réalisée par le CHSCT, listes des postes de travail à risques particuliers, fiches de risques établies par le médecin du travail... Le document unique doit faire l'objet d'une mise à jour régulière (au moins une fois par an). [18]

3.2. Services de santé au travail : rôle du médecin du travail

3.2.1. Surveillance médicale renforcée

Le médecin du travail exerce une surveillance médicale particulière pour les femmes enceintes (art. R. 4626-19 du Code du travail) et les salariés exposés à des risques professionnels. Il est juge de la fréquence et de la nature des examens que comporte cette surveillance médicale particulière (art. R. 4152-1 du Code du travail). [3, 12, 19, 20, 26]

Il convient toutefois de préciser que, la mission de surveillance particulière concerne la salariée et les risques auxquels celle-ci peut être exposée pendant sa grossesse du fait du travail, mais non l'état de grossesse lui-même et son déroulement, dont la surveillance revient au médecin ou à la sage femme choisi par la salariée pour la suivre pendant cette période et veiller à son issue favorable. (Circulaire du 2/05/1985) [3, 12, 19, 20, 26]

3.2.2. Action d'information

Certaines expositions à risque (notamment l'exposition à des substances chimiques à risque) peuvent avoir des conséquences néfastes sur le déroulement de la grossesse et sur le bien être de l'embryon et du fœtus dès le premier trimestre de grossesse. La prévention auprès des personnels de santé est donc primordiale. C'est pour cette raison que l'une des missions du médecin du travail consiste en l'information des salariés en âge de procréer. Cette information doit être entreprise, dès l'embauchage, pour les postes de travail exposant à un risque et elle doit être rappelée ou réactualisée lors des examens cliniques ultérieurs. Il conviendra, en particulier, d'insister sur le fait que certains risques, notamment toxicologiques, peuvent influencer précocement sur la grossesse alors que d'autres, telle la charge de travail, influent surtout en fin de grossesse. (Circulaire du 2/05/1985) [3, 12, 20]

3.2.3. Adaptation du travail

La mission de surveillance clinique concerne l'adaptation réciproque du travail et de la salariée compte tenu de l'état de grossesse. L'objectif de cette surveillance

médicale particulière est de vérifier la compatibilité du poste et les conditions de travail de la salariée avec le maintien d'un bon état de santé et un déroulement satisfaisant de la grossesse. Le médecin du travail doit s'efforcer de rechercher des mesures d'adaptation du travail pour supprimer ou limiter certains facteurs de risque ou de fatigue. [12]

3.2.4. Liaisons avec le professionnel suivant la grossesse

Les liaisons entre le médecin du travail et le médecin ou la sage femme, choisi(e) par la femme enceinte pour la suivre pendant sa grossesse, relèvent de l'initiative de chacun par l'intermédiaire de la salariée elle-même.

Ces liaisons peuvent être à l'origine de propositions d'aménagements du poste ou des conditions de travail ou de mutations temporaires. Ces propositions sont faites par le médecin du travail, pour tenir compte d'une modification de l'aptitude au travail ou d'un risque pour la salariée ou son enfant à venir. Elles peuvent aussi aboutir, en cas d'état pathologique constaté par le professionnel de santé suivant la grossesse, à un arrêt de travail prescrit par celui-ci. (En ce qui concerne la sage femme, elle est en mesure de constater l'incapacité physique d'une salariée enceinte de continuer ou de reprendre le travail, et elle peut prescrire, à ce titre, et à condition qu'il ne s'agisse pas d'une grossesse pathologique, un arrêt de travail. Cet arrêt de travail ne peut excéder 15 jours et n'est pas susceptible de prolongation ni de renouvellement.) [3, 12, 22]

3.2.5. Examen de reprise du travail

Une visite médicale de reprise auprès du médecin de santé au travail est prévue dans les 8 jours du retour de congés de maternité de la salariée (art. R.4624-21 et 22 du Code du travail). En outre les mères d'un enfant de moins de 2 ans font l'objet d'une surveillance médicale renforcée. [12]

Cet examen de reprise a pour but d'apprécier l'aptitude de la salariée à la reprise du travail antérieur et l'éventuelle nécessité d'une adaptation des conditions de travail ou d'une réadaptation. A cela s'ajoute la recherche d'une anomalie ou d'une pathologie néonatale qui pourrait être en rapport avec le travail effectué pendant la grossesse. (Circulaire du 02/05/1985). [3]

Bien que la fréquence de ces pathologies soit peu élevée, il est important de les mettre en évidence, d'une part pour améliorer la prévention et exercer une surveillance particulière des situations de risques, mais d'autre part pour apporter une contribution à de futures actions d'étude et de recherche. [3]

3.3. Rôle du CHSCT

3.3.1. Protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés

Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés de l'établissement, [...] de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de [...] répondre aux problèmes liés à la maternité. Il veille à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières (art. L. 4612-1 du Code du travail). [12, 27]

3.3.2. Analyse des risques professionnels des femmes enceintes

Le CHSCT procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les salariés de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées des femmes enceintes (art. L. 4612-2 du Code du travail). [12, 27]

3.3.3. Information du CHSCT par le médecin du travail

Le ministère du Travail rappelle le rôle du médecin du travail en matière d'information du CHSCT sur les conditions de travail. Ce sont, en effet, ces informations, susceptibles d'être prises en considération pour l'aménagement du poste et des conditions de travail, qui constituent l'un des domaines d'action du CHSCT. [12]

Cette première partie nous a permis de constater la grande variété des risques présents à l'hôpital pour les salariées enceintes. La réglementation française prévoit de nombreuses mesures de protection de la santé de la salariée enceinte et de son futur enfant, dont la mise en place d'aménagements de poste. L'employeur doit ainsi évaluer les postes à risques, instaurer des mesures de prévention, d'information et d'amélioration de la sécurité des salariés au travail. Nous avons également vu l'importance d'aller consulter le médecin du travail pendant la grossesse afin d'évaluer l'adéquation ou non du travail avec l'état de grossesse. Mais les aménagements de poste sont-ils réalisés à l'hôpital ? Sont-ils réalisables ? Pour y répondre, nous avons interrogé des médecins du travail des hôpitaux du Grand Nancy dans le cadre de notre étude. Dans la deuxième partie de notre mémoire nous allons ainsi présenter les résultats obtenus, les analyser et discuter.

Partie 2

1. DESCRIPTION DE L'ETUDE

1.1. Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est de déterminer quels sont les aménagements de poste de travail mis en place pour les femmes enceintes travaillant dans le secteur hospitalier du Grand Nancy en 2010.

1.2. Hypothèses

Les hypothèses à tester sont les suivantes :

- Par manque d'informations, la réponse lors d'une exposition professionnelle à risque est l'éviction du poste de travail, autrement dit, la prescription d'un arrêt de travail.
- Par impossibilité de réalisation d'aménagements des conditions de travail, la réponse lors d'une exposition professionnelle à risque est l'éviction du poste de travail.

1.3. Schéma de l'étude

1.3.1. Type d'étude

L'étude réalisée est une étude multicentrique, dans des hôpitaux du Grand Nancy, sous forme d'entretiens semi-directifs auprès des médecins du travail.

1.3.2. Population

J'ai choisi d'interroger des médecins du travail du Grand Nancy, exerçant en secteur hospitalier public ou privé. Le CHU de Nancy est le plus gros employeur de la ville, les personnes travaillant en milieu de soins représentent donc une population non négligeable. Il me paraît intéressant de déterminer quelles solutions sont apportées par l'employeur pour permettre à ces salariées de concilier travail et grossesse. Les

médecins du travail voient chaque salarié au moins une fois par an, dans le cadre de la consultation de suivi régulier. D'autre part, ils connaissent de manière approfondie chaque poste de travail et les risques qu'il comporte pour la grossesse mais aussi pour la santé des salariés en général. La consultation avec le médecin du travail détermine les conditions de travail ultérieures de la femme enceinte et donc le déroulement futur de la grossesse.

Critère d'inclusion : être médecin du travail travaillant en secteur hospitalier public ou privé à Nancy ou son agglomération.

Critère d'exclusion : être médecin du travail travaillant auprès de personnel soignant exerçant en libéral.

1.3.3. Méthode

J'ai tout d'abord pris contact avec le secrétariat de santé au travail des différents hôpitaux de Nancy et de son agglomération et leur ai laissé mes coordonnées. J'ai ainsi pu obtenir les coordonnées des médecins du travail, prendre contact avec eux par mails et convenir d'une date de rendez-vous afin de réaliser un entretien.

J'ai laissé mes coordonnées à tous les secrétariats des services de santé au travail des hôpitaux avec lesquels j'ai pris contact ; certains hôpitaux ne m'ayant pas donné de réponse, je me suis rendue directement sur place. Malgré cela, certains hôpitaux n'ont pas donné suite à mes sollicitations.

J'ai pu réaliser 9 entretiens avec des médecins du travail travaillant en secteur public ou privé:

- le 27 juin 2011 avec le Dr Vignaud au CHU Central
- le 18 juillet 2011 avec le Dr Lepori au CHU Brabois
- le 26 juillet 2011 avec le Dr Levant au CHU Central
- le 26 juillet 2011 avec le Dr Contignon et Mme Causeret, infirmière, au Centre de Rééducation Louis Pierquin de Nancy
- le 03 août 2011 avec le Dr Aptel au CHU Central
- le 05 août 2011 avec le Dr Mayot au Centre Alexis Vautrin de Vandoeuvre
- le 05 août 2011 avec le Dr Martin au CHU Brabois

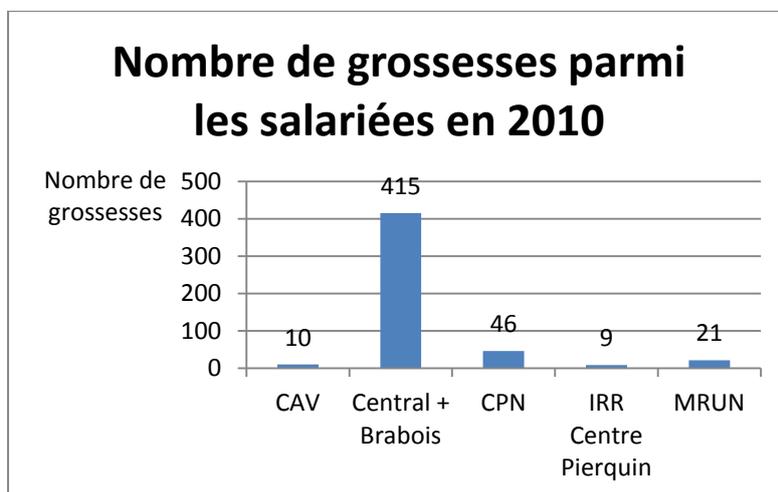
- le 10 août 2011 avec le Dr Le Tacon du Centre Psychothérapique de Nancy, à Laxou
- le 13 octobre 2011 avec le Dr Missenard à la MRUN

2. PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

Les risques professionnels en milieu hospitalier sont nombreux, certains avec des effets avérés sur la grossesse, d'autres encore trop peu étudiés pour pouvoir conclure quant à leur dangerosité éventuelle. Réglementairement, il existe des mesures de prévention et de protection de la salariée enceinte et du futur enfant face à ces risques : l'employeur a notamment l'obligation de réaliser des aménagements des conditions de travail pendant la grossesse. Mais qu'en est-il réellement ? Les aménagements de travail sont-ils réalisés ? Sont-ils réalisables ? La prescription d'un arrêt de travail, souvent à titre préventif, est-elle la seule solution pour protéger la grossesse ?

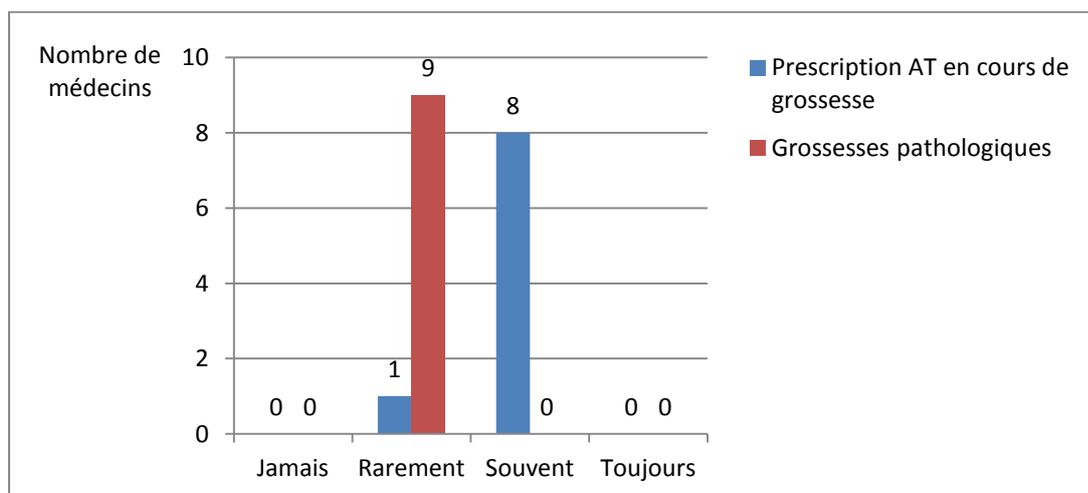
2.1. Grossesse et travail dans les hôpitaux nancéiens

2.1.1. Nombre de grossesses parmi les salariées



Les CHU Central et Brabois étant les deux plus importants centres hospitaliers du Grand Nancy, ils cumulent un nombre important de grossesses parmi les salariées avec un total de 415 grossesses pour l'année 2010.

2.1.2. Arrêt de travail en cours de grossesse



Nous pouvons constater que les salariées enceintes sont **souvent** placées en arrêt de travail pendant leur grossesse (8 médecins de l'étude ont fait ce constat).

En moyenne, les salariées de l'étude sont arrêtées entre le 5^{ème} et le 6^{ème} mois de grossesse.

Pourtant, les grossesses parmi les membres du personnel des hôpitaux de l'étude sont **rarement** incidentées d'une pathologie (FCS, GEU, MAP, diabète gestationnel...). Les médecins du travail interrogés ont pu faire ce constat lors de la visite de pré reprise obligatoire (chaque salariée doit effectuer une consultation auprès du médecin du travail après l'accouchement et avant la reprise du travail). Cette consultation est l'occasion pour le médecin du travail de rechercher une éventuelle pathologie survenue en cours de grossesse ou une pathologie néonatale qui pourrait être en rapport avec le travail effectué pendant la grossesse.

Après avoir sollicité Mme Françoise Geffray (travaillant au service des ressources humaines à la MRUN), celle-ci a accepté d'effectuer des recherches et a pu obtenir les résultats suivants. En 2010, à la MRUN, 19 salariées sur les 21 ayant été enceintes ont bénéficié de congés maladies en cours de grossesse, ce qui représente 90,5 % des grossesses. La durée moyenne d'arrêt de travail pendant la grossesse était de 66,44 jours par agent, soit 23 % de l'ensemble des congés maladies pour l'établissement en 2010. Ces chiffres nous permettent de confirmer que cette question de l'arrêt de travail pendant la grossesse n'est pas un épiphénomène.

Les grossesses parmi les salariées sont rarement pathologiques, pourtant, les arrêts de travail sont fréquents. La prescription d'un arrêt de travail s'avère parfois nécessaire afin de protéger la grossesse (en cas de MAP notamment). Mais les arrêts de travail sont-ils tous justifiés ? Un des médecins interrogé nous indique que « souvent, le professionnel de santé qui suit la grossesse arrête spontanément la salariée travaillant à l'hôpital, même sans étiologie réelle. ». Un autre nous apprend que « souvent, s'il n'y a pas prescription d'un arrêt de travail, c'est parce que la salariée ne le souhaite pas ! ».

Nous comprenons ainsi aisément l'importance de trouver des solutions autres que l'arrêt de travail pour que les salariées des hôpitaux puissent concilier travail et grossesse.

2.2. Grossesse et travail : le point de vue des médecins du travail

2.2.1. Risques professionnels identifiés par les médecins du travail

2.2.1.1. Risques physiques

Pour les 9 médecins du travail interrogés, les femmes enceintes travaillant en milieu hospitalier sont exposées au **port de charges lourdes** et notamment à la **manutention de patients**.

La **station debout prolongée** constitue un facteur de risque de complications pour la grossesse pour 8 médecins interrogés sur 9.

Pour 6 médecins sur 9, l'exposition des salariées enceintes aux **rayonnements ionisants** constitue un facteur de risque pour la grossesse.

5 médecins sur 9 ont cité les **horaires décalés**, le **travail posté** et le **travail de nuit** comme facteurs de risques pour la grossesse.

4 médecins sur 9 ont cité l'**inconfort** et les **contraintes posturales**.

3 des 9 médecins interrogés ont cité l'**exposition à la chaleur et au froid** (pour le personnel travaillant en cuisine) comme facteur de risque.

Le **brancardage**, les **trajets** jusqu'au lieu de travail, le **bruit** (en laboratoire, en cuisine et aux services techniques) ont été cités par seulement 2 médecins sur 9 comme facteur de risque.

Dans un des établissements interrogés, les soignantes se retrouvent confrontées à des patients très souvent non coopérants voire même agressifs, et doivent parfois faire face à des manifestations de **violence** (coups, cheveux tirés...).

2.2.1.2. Risques chimiques

Les expositions chimiques à risques pour le personnel concerné sont :

- la manipulation des **cytostatiques**, pour les patients en chimiothérapie, pour 5 médecins interrogés sur 9 ;

- les **gaz anesthésiques** cités par 4 médecins sur 9 (à noter l'absence de systèmes SEGA dans les blocs opératoires d'un des établissements) ;

- l'utilisation de **solvants** (colle, thermo formables pour appareillage (chaussures, prothèses, orthèses) utilisés au Centre Louis Pierquin par exemple) cité par 3 des 9 médecins interrogés.

- le **formol**, le **toluène** et les **colorants** utilisés en laboratoire de chimie et d'anatomo-pathologie cités par 2 médecins sur 9.

2.2.1.3. Risques infectieux

Pour 7 médecins sur 9, le personnel hospitalier est exposé au risque infectieux représenté notamment par les AES, les risques respiratoires (varicelle, rougeole, tuberculose...). Il est important de préciser que le risque infectieux est le même pour tous, même en dehors de la grossesse.

2.2.1.4. Risques psycho-sociaux

Les risques psycho-sociaux peuvent constituer une exposition professionnelle à risque pour la grossesse pour 8 médecins de l'étude. De nombreux risques potentiels ont été cités par les médecins du travail interrogés :

- stress, lié au rythme de travail de certains services, aux surcharges ponctuelles de travail, ainsi qu'au manque de personnel ;

- souffrance au travail en cas de mauvaise entente au sein d'une équipe : la solidarité envers la salariée enceinte peut ne pas être appliquée par ses collègues de travail ;

- crainte pour la grossesse ;

- sensibilité accrue pendant la grossesse et difficultés de prise en charge pour certaines soignantes confrontées aux décès, aux patients handicapés, aux enfants atteints de pathologies d'une particulière gravité ;

- prise en charge parfois extrêmement difficile, notamment de patients hospitalisés en centres psychothérapeutiques (soignantes pouvant être confrontées à des manifestations de violence, patients agités...).

Les expositions professionnelles à risque sont donc bien réelles pour les personnes travaillant en milieu hospitalier, avec une extrême variabilité du type de risques et la notion de cumul de risques professionnels. Il est donc important que les salariées bénéficient d'aménagements de poste de travail et que les expositions potentiellement à risques ne soient pas banalisées.

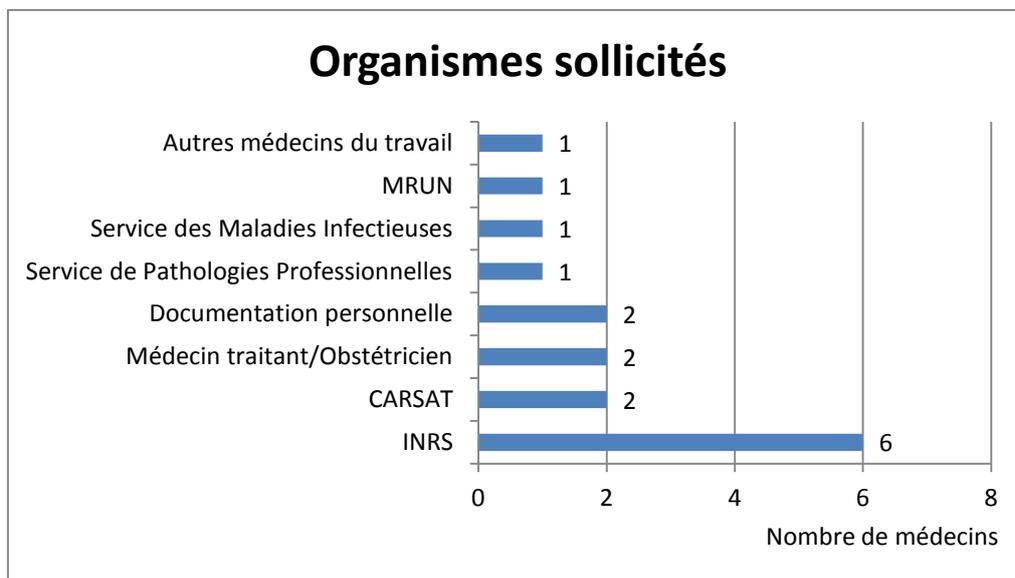
2.2.2. Evaluation des expositions à risques

Une évaluation individuelle des expositions professionnelles est réalisée de manière systématique par l'ensemble des médecins du travail. Cette évaluation est réalisée grâce à un interrogatoire approfondi de la patiente, une connaissance précise du poste de travail et des expositions à risques.

Les médecins du travail connaissent en général parfaitement les expositions professionnelles à risque que peuvent rencontrer les salariés. Ils se retrouvent rarement confrontés à des doutes quant à l'existence d'un facteur de risque pour la grossesse. Si besoin, de nombreux organismes peuvent toutefois être sollicités par les médecins du travail.

2 médecins n'ont **jamais** eu besoin de solliciter d'organismes dans leur démarche d'évaluation des risques professionnels.

Les 7 autres médecins de l'étude ont **rarement** eu besoin de solliciter de tels organismes.

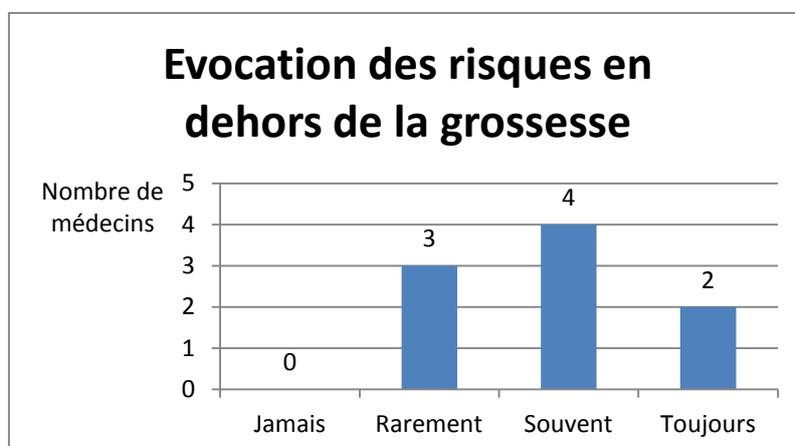


L'INRS est l'organisme majoritairement sollicité par les médecins du travail. La ville de Nancy a la chance d'être l'un des deux sites qu'occupe l'INRS en France (avec Paris). La principale mission de l'INRS est de développer et de promouvoir une culture de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. L'INRS est ainsi au cœur du dispositif de prévention en santé et sécurité au travail. Les experts de l'INRS apportent une réponse aux questions de prévention qui proviennent des autorités publiques, des caisses de sécurité sociale, des entreprises, des services de santé au travail, des CHSCT, ou encore des salariés. [9]

Les médecins du travail ayant une parfaite connaissance des postes de travail à risques au sein de leur établissement, les situations qui nécessitent des renseignements et pour lesquelles les médecins sollicitent des organismes sont des situations ponctuelles, qui concernent souvent les salariés à l'échelle nationale (pandémie grippale A (H1N1) en 2009...).

2.2.3. Mesures de prévention

2.2.3.1. Evocation des risques en dehors de la grossesse



7 médecins sur les 9 interrogés n'évoquent pas systématiquement, à chaque consultation de surveillance médicale régulière, les expositions professionnelles pouvant être à risque pour la grossesse.

Tous les médecins interrogés informent et discutent des risques professionnels de manière spécifique, au cas par cas, en fonction du service, du type de profession de la salariée et donc des risques auxquels celle-ci peut être confrontée. Cela permet d'apporter à la salariée les informations qui la concernent directement. Il n'est pas nécessaire d'informer chaque membre du personnel hospitalier de l'ensemble des risques qui pourraient être présents à l'hôpital : aucun salarié ne cumule l'ensemble des expositions à risque, puisqu'elles sont service dépendant. Un trop plein d'informations ne serait que source d'angoisse, qui n'a pas lieu d'être si les mesures de précaution sont respectées.

Certains risques sont toutefois évoqués avec plus d'insistance par les médecins du travail en fonction du type d'exposition et de son intensité.

Par exemple, pour les soignantes au contact des enfants (à l'Hôpital d'enfants à Brabois notamment) les médecins du travail insistent sur la nécessité d'avoir une vaccination à jour y compris pour les vaccinations non obligatoires.

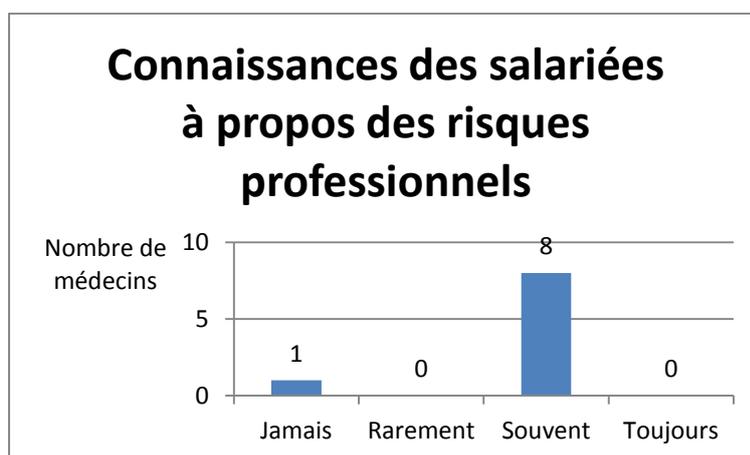
Au Centre de rééducation et de réadaptation Louis Pierquin, le médecin du travail insiste notamment sur les risques liés aux solvants, auprès des personnes travaillant à l'appareillage (utilisation massive de colles et de thermo formables).

2.2.3.2. Mode d'information des salariées

Tous les médecins de l'étude informent les salariés **oralement** des différentes expositions professionnelles à risques.

Seuls 3 des 9 médecins de l'étude remettent aux salariés des **documents** concernant les risques en plus de l'information orale délivrée.

2.2.3.3. Connaissances des salariées, selon les médecins du travail



Pour 8 médecins sur 9, les salariées ont **souvent** connaissances des risques professionnels auxquels elles sont exposées.

Comme le souligne un des médecins exerçant au CHU Central : « Les salariées ont souvent une bonne connaissance des risques mais cette connaissance est parfois incomplète ». Il est donc du rôle du médecin du travail de compléter voire de corriger les connaissances et les pratiques des salariées afin que la prévention soit pleinement efficace.

Cela montre que les salariées sont au courant, au moins en partie, des expositions professionnelles à risque avant même leur embauche et qu'elles ont probablement acquis ces connaissances pendant leurs études. On peut donc imaginer qu'elles sont sensibles aux informations données par leur médecin du travail et aux mesures de prévention et de précaution existantes.

Cette sensibilisation de la part des salariées explique que :

- les médecins n'évoquent pas systématiquement l'ensemble des risques auxquels elles pourraient être exposées en cas de grossesse ;

- certains risques sont évoqués avec insistance par les médecins du travail (expositions d'intensité importante ou expositions de faible intensité mais de manière prolongée...).

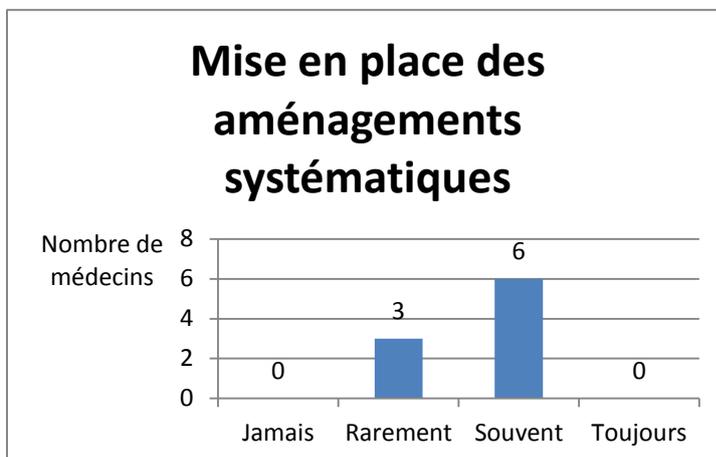
- les médecins du travail n'évoquent pas les risques professionnels et les moyens de prévention à chaque consultation de suivi (les salariées ayant de bonnes connaissances sur le sujet) (cf. graphique « évocation des risques en dehors de la grossesse »).

Un des médecins de l'étude a précisé : « Les informations données concernant les risques sont adaptées au cas par cas en fonction du type d'activité de la salariée mais également en fonction de ses connaissances, de sa gestité et de ses attentes personnelles. ».

Pour 1 médecin du travail interrogé, les salariées ne sont **jamais** au courant des expositions professionnelles auxquelles elles sont exposées avant leur première visite avec leur médecin du travail.

2.3. Grossesse en cours et consultations avec le médecin du travail

2.3.1. Aménagements systématiques

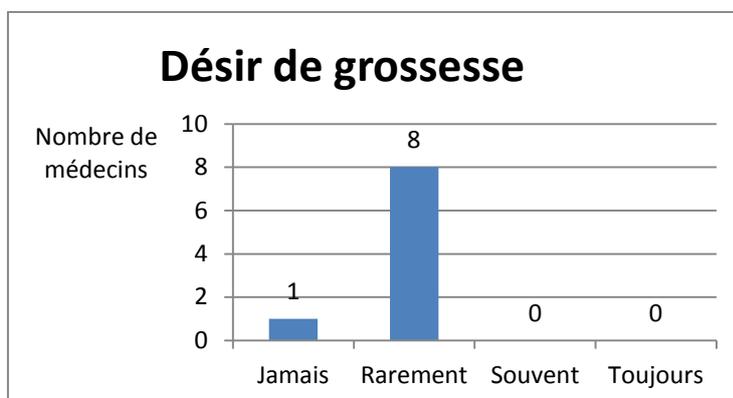


3 des 9 médecins interrogés constatent que les aménagements « systématiques » (heure de grossesse, suppression des gardes de nuit...) sont **rarement** mis en place pour les salariées enceintes et 6 d'entre eux constatent que ces aménagements sont **souvent** mis en place.

Quoi qu'il en soit, *toutes* les salariées enceintes ne bénéficient pas de ces aménagements puisqu'aucun médecin interrogé n'a constaté une mise en application systématique.

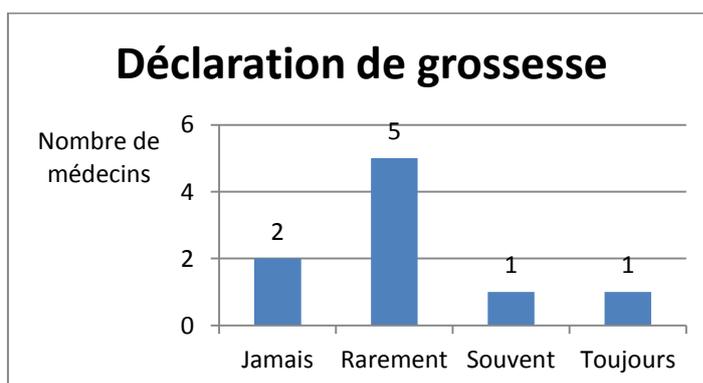
2.3.2. Terme de grossesse au moment de la consultation

2.3.2.1. Projet de grossesse



Très peu de patientes viennent consulter leur médecin du travail lorsqu'elles souhaitent une grossesse : pour 8 des 9 médecins de l'étude, les salariées consultent **rarement** lorsqu'elles envisagent de débiter une grossesse. Un des médecins interrogé a même déclaré ne **jamais** avoir reçu de patientes dont le motif de consultation serait un désir de grossesse.

2.3.2.2. Déclaration de grossesse



La déclaration de grossesse ne constitue pas non plus un moment privilégié pour les salariées pour aller consulter auprès de leur médecin du travail : très peu de femmes choisissent ce moment pour consulter (7 médecins sur 9 ne voient **jamais** ou **rarement** les salariées avant 15 SA).

Le premier trimestre est pourtant le plus à risque en cas d'expositions accidentelles ou d'exposition sans mesure de protection (FCS, malformations chez l'embryon ou le fœtus...). En outre, des atteintes fœtales, surtout de type fonctionnelles, peuvent encore survenir aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de grossesse : il n'est donc pas trop tard, même dépassé le stade du 1^{er} trimestre, pour consulter auprès du médecin du travail afin de vérifier l'adéquation du poste avec l'état de grossesse.

Au CPN, le médecin du travail est prévenu chaque mois par la DRH lorsque de nouvelles grossesses sont déclarées ; c'est la raison pour laquelle toutes les patientes sont vues systématiquement une fois la déclaration effectuée. Les soignantes travaillant au CPN peuvent parfois être exposées à des manifestations de violence de la part des patients : il est donc d'autant plus important qu'une surveillance médicale régulière soit mise en place pendant leur grossesse.

2.3.2.3. Synthèse concernant le terme de consultation

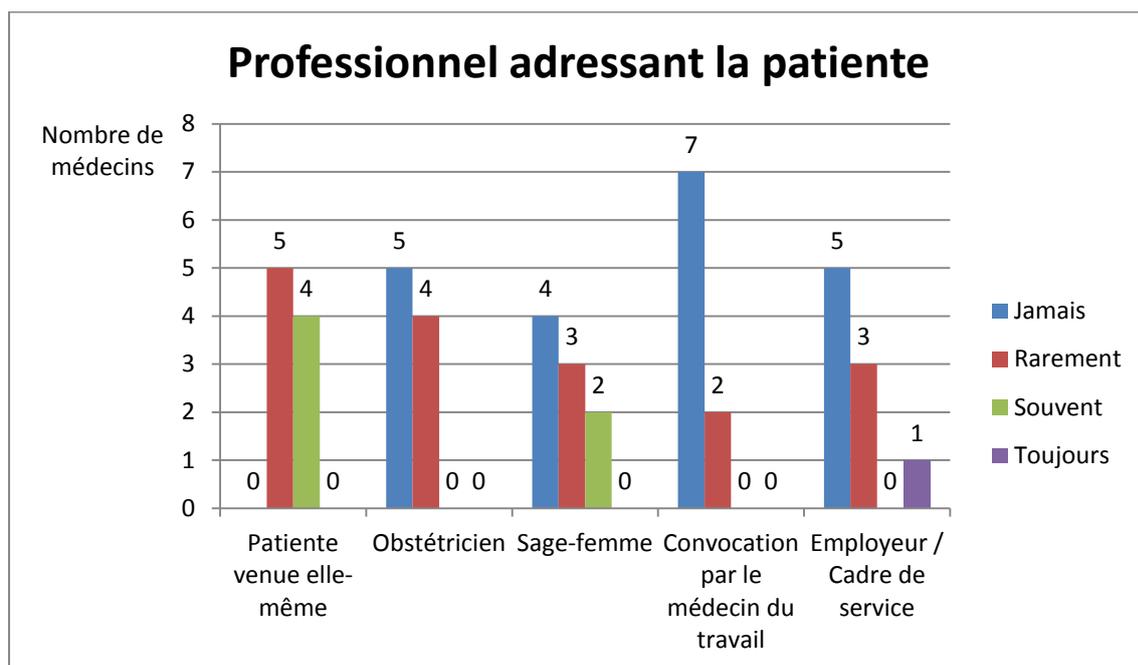
Dans 5 des 6 établissements hospitaliers dans lesquels je me suis rendue, il n'existe pas de convocations systématiques pendant la grossesse au service de santé au travail.

Les médecins du travail voient donc les salariées à tous les termes de grossesse.

En outre, certaines salariées ne consultent pas du tout leur médecin du travail au cours de leur grossesse.

Plusieurs médecins interrogés m'ont indiqué que souvent, les salariées enceintes viennent au moment de leur consultation de suivi annuel (mais ne seraient probablement pas venues pendant la grossesse si la consultation annuelle n'était pas prévue, par hasard, pendant la grossesse).

2.3.3. Réseau existant autour de la salariée enceinte



2.3.3.1. La patiente consulte de son propre chef

Pendant sa grossesse, la patiente consulte **rarement** de son propre chef pour 5 médecins de l'étude et **souvent** pour les 4 autres.

On peut donc supposer que certaines salariées sont plutôt sensibilisées et informées quant à l'importance de consulter auprès du médecin du travail pendant la grossesse ; d'autant plus qu'elles consultent de leur propre chef. La consultation est réalisée dans un but préventif (car dans le cas contraire, en cas de grossesse incidentée, la patiente aurait été adressée par le professionnel de santé suivant la grossesse). Il faudrait néanmoins que les patientes soient plus nombreuses à penser venir consulter auprès de leur médecin du travail dès le début de la grossesse.

2.3.3.2. La patiente est adressée par l'obstétricien

5 médecins n'ont **jamais** eu de salariées en consultations adressées par l'obstétricien suivant la grossesse. Pour les 4 autres médecins de l'étude, l'obstétricien n'a adressé que dans de **rare**s cas la patiente auprès de son médecin du travail.

Nous pouvons émettre les hypothèses suivantes :

- les obstétriciens n'adressent pas leurs patientes car ils ne pensent tout simplement pas à aborder le thème des aménagements de poste avec la salariée enceinte, peut-être par manque de temps ;

- ils décident de prescrire un arrêt de travail à la patiente en supposant la grossesse incompatible avec le poste de travail (devant une plainte de la patiente formulée vis-à-vis de la pénibilité du travail, d'un état de fatigue...);

- ils n'adressent pas la patiente car ils se retrouvent face à une grossesse devenue pathologique (MAP, RCIU...) ... et placent d'emblée la salariée en arrêt de travail.

On peut supposer que les obstétriciens qui adressent dans de **rares** cas leurs patientes aux médecins du travail, le font parce qu'ils se retrouvent déjà face à une grossesse qui se complique et non à titre préventif.

2.3.3.3. La patiente est adressée par la sage-femme

4 médecins de l'étude n'ont **jamais** eu en consultations de patiente adressée par la sage-femme suivant la grossesse.

Comme vu précédemment pour les obstétriciens, on peut supposer que les sages-femmes n'ont pas évoqué ni la nécessité d'une consultation auprès du médecin du travail ni celle d'éventuels aménagements de poste.

On peut également supposer que lorsque la sage-femme se retrouve face à une grossesse qui bascule dans le pathologique, elle adresse la patiente à un gynécologue obstétricien qui prendra le relais au niveau du suivi de la pathologie.

Les patientes sont ainsi probablement mise d'emblée en arrêt de travail voire hospitalisées au moment du diagnostic de pathologie obstétricale (MAP, RCIU...), et il est à ce moment là déjà trop tard pour envisager la mise en place d'aménagements de poste.

3 médecins de l'étude ont eu dans de **rare**s cas des patientes adressées par la sage-femme suivant la grossesse, tandis que les 2 autres reçoivent **souvent** des patientes adressées par leur sage femme.

Dans le cadre de leur pratique professionnelle, les sages-femmes étant habilitées à réaliser le suivi de grossesses physiologiques, on peut supposer que les grossesses étaient non compliquées d'une pathologie et que les patientes étaient adressées, à juste titre, dans un but préventif.

On peut également supposer que les sages-femmes ont adressé certaines patientes pour obtenir un avis sur des expositions professionnelles et leurs éventuels risques pour la grossesse (par manque de connaissances précises quant à la dangerosité éventuelle de ces expositions).

Quoi qu'il en soit, le vécu des médecins du travail concernant le professionnel de santé qui adresse la patiente est hétérogène. Cela témoigne donc bien du fait qu'aucun consensus n'est pour le moment appliqué. Peu de praticiens pensent à adresser de manière systématique leurs patientes, exposées professionnellement à des risques pour la grossesse, auprès du médecin du travail.

2.3.3.4. L'employeur / le cadre de service adresse la patiente

Seul le CPN applique un suivi systématique pour les salariées enceintes pendant leur grossesse. La DRH informe chaque mois le médecin du travail de toute nouvelle grossesse déclarée, ce qui permet aux salariées d'être vues systématiquement au moins une fois à partir du moment où la grossesse a été déclarée. Il est donc dans l'intérêt des patientes que leur grossesse soit déclarée le plus tôt possible.

En ce qui concerne les autres établissements de l'étude, il n'existe pas de convocation systématique des salariées pendant la grossesse. Il n'existe pas non plus de voie d'information systématique pour le médecin du travail quant à l'existence de nouvelles grossesses parmi les salariées.

Cependant, il arrive que dans de **rare**s cas l'employeur ou le cadre de service informe le médecin du travail de manière ponctuelle :

- pour un avis concernant une exposition professionnelle,
- en cas de difficultés rencontrées à la mise en place d'aménagements de poste pour des salariées exposées.

Un des professionnels de santé interrogé nous explique ce point : « Dans notre établissement, les postes pour lesquels un état de grossesse demande un aménagement de poste, voir jusqu'à une reconsidération de l'aptitude de façon temporaire sont identifiés. Lorsque le cas se produit, dès la connaissance de l'état de grossesse, le service de santé au travail est généralement averti et interpellé pour avis. ».

Les postes de travail à risque sont identifiés, et même si un suivi n'est pas mis en place de manière systématique, les salariées exposées sont connues et en cas de grossesse, certaines pourront être adressées par leur responsable de service.

Toutefois, on peut imaginer que cette procédure ne peut être réalisée que de manière ponctuelle, pour certains postes de travail à risque, et donc dans des établissements comptant peu de salariés. Il faut néanmoins que l'employeur soit informé de l'état de grossesse de la salariée, ce qui peut ne pas être toujours le cas, l'information de l'employeur n'étant pas une obligation pour la salariée enceinte.

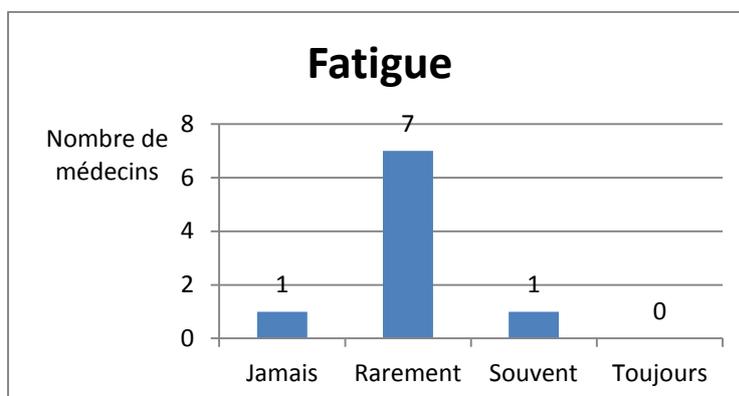
2.3.3.5. La patiente est convoquée par le médecin du travail

La majorité des médecins de l'étude (7 sur 9) ne convoque **jamais** les salariées enceintes car ils ne sont tout simplement pas informés de manière systématique de l'état de grossesse des salariées.

Certains médecins peuvent être amenés à convoquer des salariées pendant leur grossesse lorsqu'ils ont été avertis par l'employeur ou le cadre de service de difficultés rencontrées (salariée affectée à un poste à risques et difficulté d'aménagement de poste).

2.3.4. Motif de consultation

2.3.4.1. Fatigue maternelle

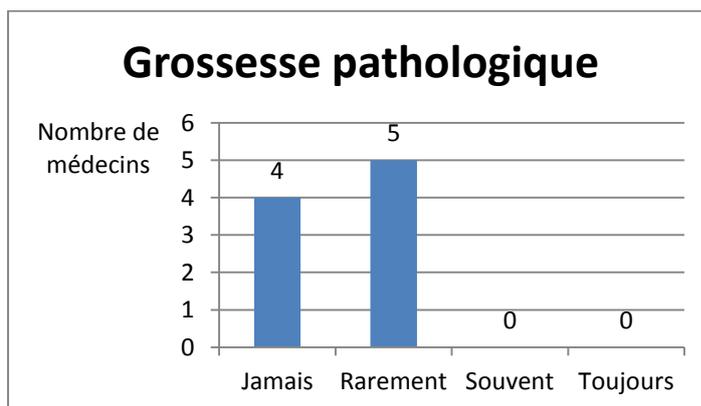


Parmi les salariées suivies, la fatigue n'est **jamais** un motif de consultation pour 1 des médecins de l'étude et l'est **rarement** selon 7 d'entre eux.

Cela peut signifier que le poste occupé n'induit pas un état de fatigue chez les salariées car il est suffisamment aménagé pour qu'elles n'éprouvent pas de contraintes physiques au cours de leurs journées de travail. C'est peut-être possible pour les femmes travaillant aux services administratifs, mais cela paraît tout de même peu probable en ce qui concerne les soignants par exemple, étant donné la nature même du travail et l'existence de nombreuses contraintes physiques, vues précédemment.

Il paraît ainsi plus vraisemblable que les patientes éprouvant un état de fatigue ne sont pas celles qui consultent, car elles bénéficient probablement déjà d'un arrêt de travail en préventif ou afin de limiter l'aggravation d'une pathologie (MAP...).

2.3.4.2. Grossesse pathologique

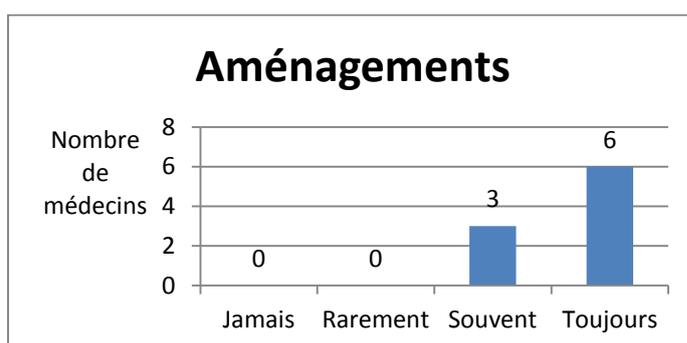


Les médecins du travail voient très peu de salariées enceintes confrontées à une grossesse pathologique (4 n'en voient **jamais** et 5 en voient **rarement**).

Cela s'explique :

- soit par le fait que les salariées ont globalement des grossesses physiologiques,
- soit par le fait que certaines grossesses peuvent être compliquées d'une pathologie (liée à l'activité professionnelle de la patiente ou non), mais elles ne sont pas vues en consultation car les salariées sont déjà placées en arrêt de travail.

2.3.4.3. Aménagements de poste



Nous pouvons constater que le motif principal de consultation auprès des médecins du travail interrogés est celui de l'aménagement du poste (6 médecins sur 9 constatent que, parmi les salariées qui consultent, l'aménagement de leur poste est **toujours** le motif de consultation et les 3 autres médecins constatent que ce motif est évoqué **souvent** parmi les salariées).

Les salariées enceintes qui consultent dans le but d'obtenir des aménagements de poste sont donc bien informées. Elles savent que c'est leur médecin du travail qui pourra :

- d'une part apprécier l'adéquation ou non du poste de travail avec l'état de grossesse,

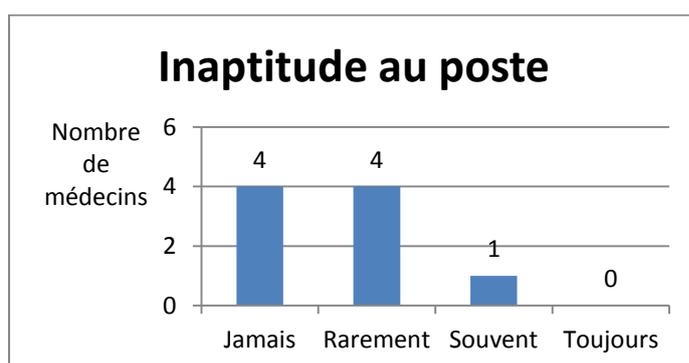
- d'autre part proposer des aménagements de poste, afin que la grossesse se déroule dans les meilleures conditions possibles pour la future maman et son enfant.

Il en découle que les salariées sont soucieuses de l'impact que d'éventuelles expositions à risque pourraient avoir sur le bon déroulement de la grossesse.

On peut aussi supposer que les salariées demandent des aménagements afin de pouvoir continuer à travailler, car la grossesse ne leur permet plus d'assurer leur poste sans contraintes (notamment pour les salariées exposées à des risques d'ordre physique : personnels de soins en général (en service de gériatrie, de psychiatrie, travaillant au bloc opératoire...), personnel d'entretien...).

L'aménagement de poste devient nécessaire pour pouvoir continuer à travailler et réduire autant que possible les contraintes afin de préserver la grossesse.

2.3.4.4. Prescription d'une inaptitude temporaire au poste de travail



Globalement, les salariées qui consultent auprès de leur médecin du travail sont peu nombreuses à demander la prescription d'une inaptitude temporaire au poste (la prescription d'une inaptitude n'est **jamais** le motif de consultation selon 4 médecins et l'est **rarement** pour 4 autres).

Cela montre :

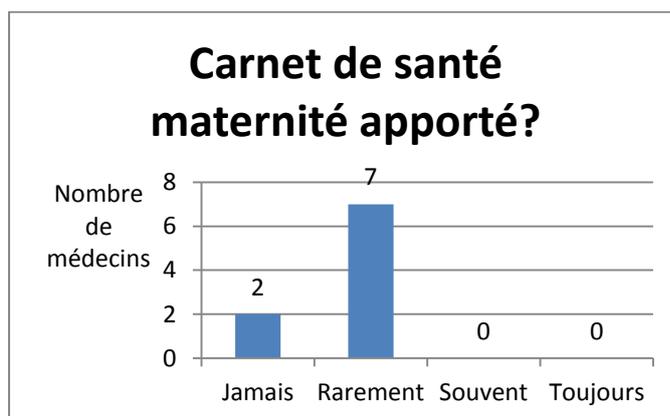
- que les salariées se sentent pour la plupart capables de continuer à assurer leurs fonctions au poste de travail, malgré la grossesse,
- une volonté de la part de ces femmes de continuer à travailler pendant la grossesse.

Il est important de rappeler que les établissements de l'étude sont des hôpitaux publics, et que les salariées concernées bénéficient donc d'une certaine sécurité à l'emploi : on peut donc supposer que travailler le plus longtemps possible pendant la grossesse n'est pas une nécessité financière mais bien un choix personnel. Les conclusions auraient probablement été toutes autres si les salariées concernées par l'étude exerçaient en libéral (les soignants exerçant en libéral étant confrontés à des possibilités d'aménagements réduites : nombreux trajets dans le cas du suivi de patients à domicile, nombreuses consultations...).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les patientes consultent leur médecin du travail dans le but de pouvoir aménager leur poste et qu'elles consultent plutôt auprès du praticien suivant la grossesse pour formuler une demande d'arrêt de travail.

En ce qui concerne les patientes dont le motif de consultation est **souvent** la demande de prescription d'une inaptitude temporaire (selon 1 médecin de l'étude) nous pouvons supposer que les aménagements de poste sont insuffisants voire inexistantes et que les salariées ne se sentent plus capables d'assurer leurs fonctions au poste de travail.

2.3.5. Carnet de santé maternité



Très peu de femmes enceintes pensent à amener leur carnet de santé maternité lorsqu'elles consultent auprès de leur médecin du travail (2 médecins du travail n'ont **jamais** eu l'occasion de consulter le carnet de leurs patientes, et 7 n'y ont accès que **rarement**).

Ce carnet permet pourtant une meilleure communication entre chaque professionnel de santé intervenant au cours de la grossesse.

En ayant accès au carnet de maternité :

- le médecin du travail peut être informé du déroulement de la grossesse et des conséquences éventuelles de l'activité professionnelle sur cette grossesse (fatigue, modification cervicale...),
- il peut ainsi faire apparaître dans ce carnet le bilan des mesures de prévention, de protection et des éventuels aménagements déjà mis en place,
- il peut donc informer plus précisément la salariée et les autres professionnels de santé des mesures de précaution à prendre, des aménagements à instaurer voire déclarer la patiente enceinte inapte au travail.

Or, les médecins interrogés travaillent tous en milieu de soins et leurs patientes sont donc, pour la majorité d'entre elles, elles-mêmes des professionnelles de santé (infirmières, aides soignantes, sages-femmes...). Pourtant, même si les soignantes connaissent l'importance de la communication entre professionnels de santé pour un suivi cohérent des patients, très peu de salariées pensent à amener cet outil précieux de communication à leur médecin du travail. On peut donc supposer que les patientes ne

travaillant pas en milieu de soins sont encore moins sensibilisées à cette pratique lorsqu'elles consultent leur médecin du travail.

Il est donc important que l'obstétricien ou la sage-femme conseille à la femme enceinte de consulter son médecin du travail le plus tôt possible pendant la grossesse et insiste sur l'importance d'apporter son carnet de santé maternité à chaque consultation effectuée auprès de tous les professionnels de santé... Et pour cela, il faut que chaque praticien pense à établir de manière systématique ce carnet de santé maternité pour chaque patiente.

2.3.6. Aménagements de poste

2.3.6.1. CAV

Au CAV, les salariées enceintes peuvent bénéficier des aménagements de poste suivants :

- Aménagements des horaires :
 - Heure de grossesse et en cas d'impossibilité de mise en place, les salariées cumulent ces heures de grossesse.
 - Suppression des gardes de nuit.
- Dispense d'actes :
 - Eviction de la salariée enceinte des substances chimiques à risque : non manipulation des cytostatiques...
 - Eviction de la salariée enceinte des rayonnements ionisants : curiethérapie, radiothérapie...

2.3.6.2. CPN

Au CPN, les salariées enceintes peuvent bénéficier des aménagements de poste suivants :

- Aménagement des horaires :
 - Heure de grossesse.
 - Suppression des gardes de nuit.

- Dispenses d'actes :
 - Pas de port de charges lourdes.
 - Diminution des trajets (suppression des visites à domicile par exemple).
 - Pas d'exposition aux températures extrêmes pour les personnes travaillant en cuisine.
- Changement de service pour les personnes exposées à la violence et en cas d'impossibilité, la salariée est déclarée inapte temporairement au poste de travail.

2.3.6.3. Institut de Rééducation et de Réadaptation Louis Pierquin

Au Centre Pierquin, les salariées enceintes peuvent bénéficier des aménagements de poste suivants :

- Aménagement des horaires :
 - 35 heures de grossesse (Convention collective de l'établissement) : systématique pour toute femme enceinte travaillant au Centre Pierquin : il s'agit de 35 heures que les salariées enceintes peuvent prendre à leur convenance à partir du moment où la grossesse est déclarée.
- Dispense d'actes :
 - Eviction de la salariée enceinte des substances chimiques à risque.
- Changement temporaire d'affectation lorsque cela est possible.

2.3.6.4. CHU Brabois

Au CHU Brabois, les salariées enceintes peuvent bénéficier des aménagements de poste suivants :

- Aménagement des horaires :
 - Heure de grossesse si possible en fonction du service, et si elle est impossible à mettre en place, certaines salariées cumulent ces heures de grossesse.
 - Suppression des gardes de nuit.

- Horaires intermédiaires (postes de matin et d'après midi), mais ils sont parfois difficilement organisables et dépendent du service concerné.
- Dispense d'actes :
 - Eviction de la salariée enceinte des expositions à risque (CMR, rayonnements ionisants...).

2.3.6.5. CHU Central

Au CHU Central, les salariées enceintes peuvent bénéficier des aménagements de poste suivants :

- Aménagement des horaires :
 - Heure de grossesse en fonction du service concerné.
 - Suppression des gardes de nuit.
- Dispense d'actes :
 - Eviction de la salariée enceinte des expositions à risque (CMR, rayonnements ionisants...).
 - Au bloc opératoire : les salariées enceintes évitent les interventions avec anesthésie réalisée au masque.
- Changement de secteur lorsque cela est possible.

2.3.6.6. MRUN

A la MRUN, les salariées enceintes peuvent bénéficier des aménagements de poste suivants :

- Aménagement des horaires :
 - Heure de grossesse si possible selon la profession.
 - Réduction du nombre de nuits voire suppression (mais certaines femmes préfèrent faire des nuits car moins de manutention).
- Risque chimique réduit au plus bas niveau possible pour tout le monde de manière générale (exposition au formol réduite au plus niveau possible notamment en laboratoire de foeto-pathologie par exemple) et démarche d'amélioration encore en cours actuellement (mise en place de nouveaux systèmes d'aspirations...).

2.3.6.7. Synthèse

Nous pouvons constater que pour les 6 établissements hospitaliers de l'étude, les aménagements de poste sont systématiquement respectés, pour toutes les salariées enceintes, en ce qui concerne les expositions chimiques à risques (non exposition de la salariée enceinte aux CMR, aux rayonnements ionisants...). Même si les seuils d'exposition aux substances à risque sont largement respectés par les établissements, les salariées enceintes sont écartées des expositions concernées par mesure de précaution.

En ce qui concerne les risques infectieux, il n'existe pas « d'aménagement » possible et les mesures de prévention et de protection sont la règle pour la salariée enceinte comme pour tous les autres salariés (lavage soigneux des mains, port de gants, de masques et de lunettes, isolement des patients à risque infectieux, vaccinations à jour...).

Les expositions les plus difficiles à aménager concernent les risques physiques. Rien n'est systématique :

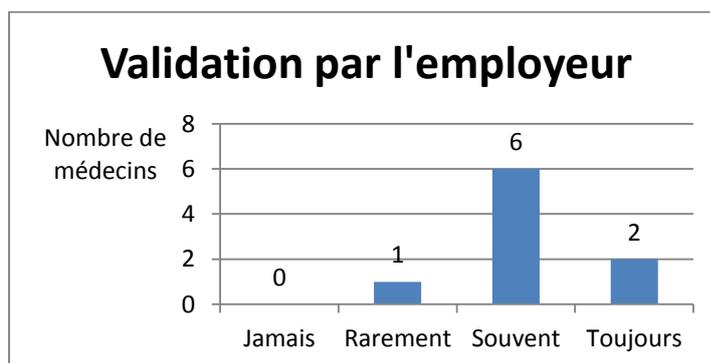
- l'allègement des horaires de travail et la mise en place de l'heure de grossesse prévue par la réglementation française ne peuvent être attribués à l'ensemble des salariées enceintes, notamment pour les professions travaillant par système de gardes (souvent gardes de 12 heures) ;

- la réduction voire la suppression du travail de nuit est en général possible, grâce souvent à des arrangements entre collègues ;

- les risques liés à la nature du travail ne peuvent pas par définition être aménagés ou très peu (station debout prolongée, port de charges lourdes : patients, brancardage...), et seule la solidarité entre collègues permet d'alléger cet aspect de l'activité professionnelle.

On imagine donc facilement qu'en cas de mauvaise entente au sein d'une équipe, il peut en être d'autant plus difficile pour la salariée enceinte, tant sur le plan du déroulement de sa journée de travail que sur le plan psychologique.

2.3.7. Validation des aménagements de poste par l'employeur



2 médecins de l'étude estiment que l'employeur valide **toujours** les aménagements de poste proposés.

6 médecins de l'étude estiment que leur avis est **souvent** suivi par l'employeur.

1 médecin estime que son avis est **rarement** suivi.

Certains aménagements de poste demandés par les médecins du travail ne peuvent être réalisés et appliqués par l'employeur. Les raisons évoquées sont les suivantes :

- le **manque de personnel**, évoqué par 6 médecins de l'étude,
- la **nature des aménagements** qui n'est **pas compatible** avec le poste de travail, évoqué par 5 médecins de l'étude,
- et le **non respect des consignes**, de la part de certaines salariées, par conscience professionnelle et banalisation des risques a été évoqué par 1 médecin de l'étude (ces salariées veulent travailler de la même manière qu'en dehors de la grossesse et ne pas être écartées d'une partie de la prise en charge des patients).

Comme nous l'avons vu précédemment, seul le risque physique semble poser problème quant à la réalisation d'aménagements pour la femme enceinte en milieu hospitalier.

Parfois, les salariées sont seules affectées dans un service et il n'est à ce moment là pas possible d'écarter la salariée enceinte de la réalisation de certains actes à risques. De même, il n'est parfois pas possible pour la salariée enceinte de bénéficier de l'heure

de grossesse si elle est seule affectée dans un service ou si elle travaille par système de gardes.

Les contraintes liées à un manque de personnel peuvent justifier le fait que certaines salariées n'hésitent pas à prendre des risques pour leur grossesse et à ne pas tenir compte des recommandations.

D'autre part, certains actes sont la nature même de la profession (port de patient, contraintes posturales lors de la réalisation de certains soins...), et il est parfois difficile pour la salariée de s'y soustraire.

2.4. Grossesse et travail : difficulté de conciliation ?



1 médecin interrogé pense que concilier travail et grossesse à l'hôpital est possible (car « un arrêt de travail est prescrit au 5^{ème} mois de grossesse en moyenne, les salariées bénéficient quasiment toutes du congé de grossesse pathologique, et elles sont protégées par leur statut de salarié du secteur public. »).

Mais le fait de prescrire un arrêt de travail au 5^{ème} mois est contraire avec l'idée que travail à l'hôpital et grossesse sont conciliables. On peut émettre l'hypothèse qu'il justifie l'arrêt systématique au 5^{ème} mois : travailler à l'hôpital en étant enceinte est possible jusqu'à un certain terme de grossesse.

8 médecins de l'étude trouvent qu'il est difficile de concilier travail et grossesse pour les femmes exerçant à l'hôpital, notamment pour les personnels soignants (IDE, AS, sages-femmes, médecins...).

Cette difficulté s'explique par l'exposition à de nombreux risques physiques (station debout prolongée, contraintes posturales, port de charges lourdes, travail de nuit, travail par gardes...) et les faibles possibilités d'aménagements disponibles. Nous pouvons imaginer facilement que concilier travail et grossesse peut s'avérer d'autant plus difficile si la salariée est atteinte d'une pathologie chronique préexistante à la grossesse : le poste de travail sera-t-il suffisamment aménagé ? La grossesse nécessitera-t-elle la prescription d'un arrêt de travail précoce ?

Il apparaît donc évident que des mesures supplémentaires doivent être réalisées :

- pour améliorer la qualité du suivi des salariées enceintes, et ainsi la prévention des risques,
- pour réduire le nombre des prescriptions d'arrêt de travail en cours de grossesse, faites par défaut de possibilité d'aménagements.

Des propositions d'améliorations seront exposées en 3^{ème} partie de ce mémoire.

Partie 3

1. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE

Dans le cadre de mon étude, j'ai réalisé des entretiens auprès de médecins du travail, dans des structures de travail à peu près identiques, en hôpital public et privé, avec des types d'activités professionnelles différents (CHU, maternité, centre psychothérapique, et centre de rééducation et de réadaptation), et par conséquent, avec des risques professionnels différents. J'ai voulu savoir quels aménagements étaient mis en place pour les salariées pendant leur grossesse, si ces aménagements étaient possibles à mettre en place facilement et pour chaque salariée, et enfin si des alternatives à la prescription d'un arrêt de travail pouvaient être envisagées.

Les médecins du travail ont tout d'abord confirmé l'existence d'expositions à risques physiques, chimiques, infectieux et même psycho-sociaux pour les salariées enceintes à l'hôpital, et surtout la notion de cumul de risques pour la majorité d'entre elles.

Pourtant, nous avons vu que rares sont les salariées qui consultent auprès de leur médecin du travail pendant la grossesse, alors que la majorité d'entre elles connaissent l'existence de telles expositions à risques.

Seul un établissement sur les six de l'étude applique un suivi systématique des salariées enceintes : celles-ci sont convoquées auprès du médecin du travail, dès la déclaration de grossesse effectuée. Pour les autres établissements de l'étude, les salariées consultent donc à n'importe quel terme de grossesse. La réglementation française ne prévoit pas une obligation de suivi systématique des salariées auprès du médecin du travail pendant la grossesse. Notre étude nous a ainsi permis de constater que le praticien suivant la grossesse et l'employeur adressent rarement la salariée enceinte vers le service de santé au travail.

Les établissements de l'étude sont pourtant des centres de soins, les salariées connaissent donc l'existence de principes de précaution pour la grossesse. Malgré cela,

elles sont peu nombreuses à consulter leur médecin du travail. On pourrait donc imaginer facilement que les salariées ne travaillant pas en milieu de soins sont encore moins sensibilisées à l'importance d'un tel suivi. Des efforts sont donc nécessaires de la part des praticiens afin d'améliorer la qualité du suivi de ces femmes enceintes travaillant à l'hôpital.

Les médecins de l'étude ont pu constater que les salariées bénéficient souvent d'un arrêt de travail avant leur congé de maternité. En moyenne, les salariées sont arrêtées entre le 5^{ème} et le 6^{ème} mois de grossesse. Pourtant, les grossesses parmi les salariées se retrouvent rarement incidentées par une pathologie. Nous pouvons donc nous demander si ces arrêts de travail sont tous justifiés.

Nous pourrions en déduire que les salariées sont arrêtées parce que les aménagements de poste sont insuffisants pour leur permettre de continuer à travailler jusqu'à la fin de leur grossesse.

Nous avons vu précédemment que l'exposition aux risques chimiques était déjà réduite au plus bas niveau possible, tant pour les salariées enceintes que pour l'ensemble du personnel. En cas d'impossibilité de réduction de l'exposition ou de doute quant à la dangerosité d'un produit, la femme enceinte est écartée par mesure de précaution.

En ce qui concerne les risques infectieux, les mesures de prévention (vaccination à jour...) et de protection (isolement des patients à risques, éviction de la salariée enceinte de la prise en charge de patients à risques infectieux, mesures d'hygiène, port de gants, masques, lunettes...) sont les principes fondamentaux de la protection des salariés.

Seuls les risques physiques demeurent difficilement aménageables, la nature des aménagements étant non compatible avec l'activité au sein d'un service (station debout prolongée, port de patients, brancardage, contraintes posturales...).

Toutes les salariées ne peuvent bénéficier de certains aménagements : il est notamment difficile pour les personnels soignants de bénéficier d'aménagements des horaires de travail (heure de grossesse...). De plus, les réductions d'effectifs ne permettent pas d'alléger la charge de travail des salariées enceintes. Pourtant, certaines salariées travaillent jusqu'au moment de leur congé maternité. Travail et maternité à

l'hôpital ne sont donc pas incompatibles. L'arrêt de travail ne serait-il pas devenu un phénomène de société et un droit systématique pour les salariées ?

On pourrait aussi supposer qu'avec une activité professionnelle exigeante et parfois contraignante, d'autant plus pendant la grossesse, les salariées aient besoin d'une parenthèse afin de profiter pleinement de leur grossesse et donc de la préserver.

Cependant, le fait que les salariées bénéficient presque toutes d'un arrêt de travail pendant la grossesse, peut également expliquer que très peu de grossesses soient pathologiques. On pourrait en déduire que c'est l'arrêt de travail, et non les aménagements de poste, qui a préservé et protégé la grossesse. Il est difficile de répondre. Il aurait été intéressant d'interroger les soignantes, exerçant en secteur libéral, sur le vécu de leur grossesse : elles ne peuvent bénéficier des mêmes aménagements de poste existant à l'hôpital et ne peuvent probablement pas s'arrêter précocement pendant la grossesse.

Quoi qu'il en soit, étant donné le coût que représentent les seules prescriptions d'arrêts de travail pendant la grossesse pour l'employeur, et à plus grande échelle pour l'Etat, il serait intéressant d'améliorer encore les aménagements de poste (notamment en ce qui concerne les risques physiques) afin de diminuer la charge de travail de la salariée et de protéger la grossesse et la santé de l'enfant tout en diminuant l'impact économique lié à la prescription d'arrêts de travail.

2. BIAIS ET DIFFICULTES RENCONTREES

Le questionnaire utilisé comme support lors des entretiens effectués auprès des médecins du travail a pris en compte de nombreuses questions. D'autre part, n'ayant pas accès aux dossiers des salariées, les données recueillies étaient d'ordre général et basées sur une appréciation de la part du médecin du travail interrogé. L'analyse des données était donc longue à réaliser et j'ai malheureusement dû faire face à une perte d'informations, ou en tout cas de précisions concernant les résultats de l'étude.

Le faible nombre de médecins du travail interrogés a été une limite supplémentaire de cette étude. En effet, seuls 9 médecins du travail ont acceptés de me recevoir en entretien. Des entretiens supplémentaires m'auraient sans doute apporté encore plus de précisions sur le travail et la grossesse en milieu hospitalier. Ils m'auraient également permis d'apporter à mon étude une valeur plus grande.

L'étude réalisée n'est donc pas le reflet exact des aménagements de poste réalisés actuellement en milieu hospitalier sur l'ensemble du Grand Nancy. Elle offre toutefois une idée globale et un reflet des pratiques professionnelles et des mesures mises en place concernant la grossesse parmi les salariées à l'hôpital.

3. PROPOSITIONS D'AMÉLIORATIONS

3.1. Pour le praticien suivant la grossesse

3.1.1. Dépister les salariées à risques

Le praticien (médecin ou sage-femme) doit être capable d'identifier les femmes enceintes dont l'activité professionnelle serait susceptible d'avoir des conséquences sur le bon déroulement de la grossesse. Une anamnèse rigoureuse concernant l'activité professionnelle de la patiente doit donc être réalisée lors de la première rencontre et de la réalisation du dossier obstétrical.

3.1.1.1. Grossesse physiologique et plainte de la patiente

Dans le cas où le praticien se retrouve face à une salariée dont la grossesse se déroule de manière tout à fait physiologique, mais qui souhaiterait être en arrêt de travail, il est du devoir du praticien de se renseigner sur les raisons de cette demande.

1) Dans le cas où la grossesse est supposée incompatible avec le poste de travail, sur seul motif que la patiente exprime un état de fatigue :

- le praticien doit pousser plus loin ses investigations et trouver la cause de cette fatigue ressentie,

- il doit s'assurer que l'état de fatigue n'est pas lié à une cause sociale ou familiale (enfants en bas âge, mère célibataire...).

2) Si la patiente exprime un sentiment de pénibilité de son travail, le praticien adressera sa patiente auprès du médecin du travail qui effectuera un bilan des expositions à risque pour la grossesse et des éventuels aménagements de poste possibles. Il pourra aussi déclarer la patiente inapte temporairement à occuper son poste de travail, et dans ce cas la patiente sera mise en arrêt de travail par l'obstétricien.

→La prescription d'un arrêt de travail, en l'absence de grossesse incidentée, ne doit pas être systématique.

3.1.1.2. Grossesse pathologique

Dans le cas où la grossesse devient pathologique, (modification cervicale, contractions utérines...) l'étiologie peut être, entre autres, une inadéquation du poste de travail avec l'état de grossesse de la salariée. Mais lorsque la pathologie est installée, il est déjà trop tard, et on ne pourra que supposer que l'activité professionnelle était bien en cause. Peut être que si la patiente avait été orientée vers son médecin du travail en début de grossesse et si aucun autre facteur étiologique associé n'avait été retrouvé, la pathologie aurait été écartée ou au moins retardée.

3.1.1.3. Cas particuliers

Le praticien doit également savoir dépister les patientes pour lesquelles des aménagements de poste supplémentaires seraient inutiles (longs trajets jusqu'au lieu de travail, femmes seules avec des enfants en bas âge, situations familiale et sociale difficiles...). Une consultation avec le médecin du travail ne serait ainsi pas forcément nécessaire. Il serait illogique, dans ces cas là, de vouloir aménager au maximum le poste de travail alors que la salariée est soumise à de nombreuses contraintes à son domicile. Pour ces femmes, il serait plus judicieux de leur prescrire un arrêt de travail et une aide à domicile afin de préserver la grossesse dans les meilleures conditions.

3.1.2. Adresser au médecin du travail

Nous avons vu précédemment que les salariées sont peu nombreuses à aller consulter leur médecin du travail en cours de grossesse.

Nous avons également pu constater que le praticien (gynécologue-obstétricien ou sage-femme) adresse rarement la patiente auprès du médecin du travail en cours de grossesse.

L'idéal serait pourtant que les salariées consultent leur médecin du travail dès leur projet de grossesse ou à défaut le plus tôt possible dans la grossesse, afin d'informer à nouveau sur :

- les expositions à risques pour la grossesse,
- les moyens de prévention et de protection disponibles (vaccinations à jour y compris les vaccinations non obligatoires mais recommandées : grippe, varicelle..., port de gants pour manipulation des solvants),
- les aménagements possibles...

La déclaration de grossesse pourrait ainsi être l'occasion, pour l'obstétricien ou la sage-femme suivant la grossesse, d'orienter la salariée vers son médecin du travail d'autant plus si la patiente est supposée exposée à des risques professionnels. Le médecin du travail pourra ainsi faire le point concernant le poste de travail de la salariée et les aménagements possibles, si cela n'a pas encore été fait.

3.1.3. Utiliser le carnet de santé maternité

Nous avons pu voir grâce à notre étude que très peu de femmes pensent à apporter leur carnet de santé maternité lorsqu'elles consultent auprès du médecin du travail. Ce carnet de santé doit être remis à chaque femme enceinte au moment de la première rencontre et présenté par la patiente à chaque consultation auprès d'un professionnel de santé. Il comprend :

- un livret d'accompagnement de la grossesse comprenant des espaces d'annotations pour la mère et les professionnelles qui la suivent ;
- un dossier prénatal de suivi médical à remplir par les professionnels de santé. Il permet à chaque praticien suivant la grossesse de se tenir informé de son déroulement et d'assurer une cohérence et une continuité du suivi.

- Il contient également de nombreuses fiches d'informations pratiques concernant le déroulement de la grossesse, les examens cliniques et para cliniques à réaliser, les démarches à entreprendre et de nombreux messages de prévention.

Une des fiches d'informations pratiques concerne la maternité et le travail. Les expositions professionnelles à risques y sont évoquées mais il n'est pas précisé de manière explicite d'aller consulter le médecin du travail. L'information aurait peut-être dû être plus détaillée : il aurait été intéressant de conseiller aux femmes d'aller consulter, le plus tôt possible pendant la grossesse, au service de santé au travail afin de faire le bilan des expositions à risques et des aménagements possibles.

Quoi qu'il en soit, le praticien doit penser :

- à délivrer ce carnet de maternité à chaque patiente dès la première consultation ;
- à le compléter lors de chaque consultation ;
- conseiller à la patiente de le présenter à tout professionnel de santé intervenant lors de la grossesse, médecin du travail compris.

3.2. Pour le médecin du travail

3.2.1. Documentation destinée aux salariées

Selon notre étude, seuls 3 des 9 médecins interrogés remettent aux salariées des documents explicatifs sur les expositions professionnelles à risque en plus d'une information orale. Il serait donc intéressant que les services de santé au travail développent d'avantage la communication avec support papier afin de sensibiliser d'autant plus les salariées et de leur permettre de compléter, voire de corriger leurs connaissances, et ce de manière peut être plus durable qu'avec une simple information orale.

Par exemple, à la MRUN, un livret d'accueil du salarié est donné à chaque salarié et comporte des informations concernant les risques infectieux, les risques chimiques et les risques des rayonnements ionisants à la Maternité Régionale. Les salariées bénéficient donc, au minimum, d'une première information et d'une sensibilisation à ces risques par le médecin du travail lors de leur visite d'embauche. Les salariées conservent ainsi une trace de cette information et peuvent ainsi s'y référer en cas de besoin.

3.2.2. Suivi systématique en cours de grossesse

3.2.2.1. Convocation en cours de grossesse

Dans 5 établissements sur les 6 où je me suis rendue, il n'existe pas de convocation systématique de la salariée enceinte auprès du médecin du travail : ce dernier n'est tout simplement pas informé de l'état de grossesse de toutes les salariées.

Plusieurs médecins du travail interrogés m'ont fait part de leur souhait qu'une mesure de suivi systématique de ce type soit mise en place dans leur établissement. Par exemple, le cadre de chaque service pourrait informer (avec l'accord de la salariée) le service de santé au travail de chaque nouvelle grossesse, au moment de la déclaration de grossesse. Cela permettrait aux médecins du travail de convoquer au moins une fois pendant la grossesse chaque salariée exposée à des risques afin de faire le point, notamment sur les aménagements de poste à mettre en place...

On peut imaginer qu'un tel suivi systématique soit facile à mettre en place dans les petits centres hospitaliers comptant peu de salariés, mais il paraît toutefois difficilement envisageable d'instaurer un tel suivi dans les plus gros centres de soins. Dans les plus grands centres de soins, les médecins du travail se voient attribuer un effectif important de salariés : dans ces cas là, « une information permanente et un suivi à la demande des salariées paraît plus adéquat ».

Au CPN, lorsque le médecin du travail perçoit, au cours d'une consultation, qu'une salariée ne va pas très bien, ou en tout cas pas aussi bien qu'il n'y paraît, un

suivi est maintenu. Selon la volonté de la personne un relais téléphonique ou sous forme d'entretiens supplémentaires est mis en place tous les mois, voire tous les 15 jours afin de maintenir le contact avec la personne et de s'assurer de la conservation de son bien être au travail.

Un suivi systématique pourrait être un choix d'entreprise. On peut imaginer que la réglementation française rende un jour le suivi des salariées enceintes auprès des médecins du travail obligatoire. Cela permettrait peut-être de contribuer à réduire le déficit de la Sécurité sociale :

- en permettant aux salariées de poursuivre leur activité professionnelle pendant la grossesse
- et en réduisant ainsi le coût des indemnités d'arrêt de travail et les coûts liés aux remplacements des salariées arrêtées.

3.2.2.2. Utilisation du carnet de santé maternité

La communication entre professionnels de santé est essentielle et doit être renforcée entre le praticien suivant la grossesse et le médecin du travail, afin d'améliorer la qualité du suivi de la patiente. Il est important que le médecin du travail :

- remplisse le carnet de santé de maternité de la patiente, lorsqu'il est apporté ;
- informe le praticien, par courrier par exemple, de la consultation effectuée, des expositions professionnelles de la salariée et des aménagements mis en place (dans le cas où la patiente n'aurait pas apporté le carnet de maternité).

En cas de grossesse incidentée, de tels renseignements pourraient guider plus facilement le praticien concernant les étiologies et la conduite à tenir.

3.3. Pour l'employeur

Nous avons vu précédemment que seuls les risques physiques demeurent difficilement aménageables, les aménagements demandés étant non compatibles avec la nature de l'activité à l'hôpital. Cependant, nous avons également vu l'importance pour les établissements de soins et à plus grande échelle pour la Sécurité sociale de diminuer le nombre de prescriptions d'arrêts de travail et de réduire les coûts engendrés par ces arrêts maladies. L'idéal serait donc que la salariée travaille le plus longtemps possible sans que son travail ait un impact négatif sur le bon déroulement de la grossesse.

Des postes de travail réservés, avec des contraintes physiques réduites au maximum pourraient être mis en place dans les établissements de soins et réservés aux salariées pendant leur grossesse. Ceci ne pourrait être mis en place qu'avec une politique volontariste de maintien des salariées à un poste de travail protégeant la femme, la grossesse et l'enfant en devenir.

CONCLUSION

A l'hôpital, il existe une grande variété d'expositions professionnelles à risques. Des risques physiques, chimiques, infectieux et même psycho-sociaux peuvent être rencontrés. Ces différents risques ne sont pas isolés : souvent les salariées enceintes cumulent plusieurs expositions professionnelles à risques. Des aménagements de poste sont donc indispensables pour préserver le bien-être et la santé de la salariée enceinte, de l'enfant en devenir et le bon déroulement de la grossesse. Le plus gros problème auquel doivent faire face les médecins du travail est la charge physique de travail, difficilement aménageable. Il était donc bien pertinent de faire l'état des lieux de grossesse et travail dans les hôpitaux.

Notre étude nous a permis de confirmer la tendance actuelle : les prescriptions d'arrêt de travail pour les femmes enceintes travaillant à l'hôpital, sont nombreuses (et parfois peu justifiées). La majorité des salariées enceintes sont placées en arrêt de travail entre le 5^{ème} et le 6^{ème} mois de grossesse : rares sont celles qui travaillent jusqu'au moment de leur congé de maternité. Pourtant, d'après les constatations faites par les médecins du travail rencontrés, les grossesses parmi les salariées sont rarement incidentées par une pathologie. Elles nécessitent donc rarement que la salariée soit placée en arrêt de travail.

Notre étude nous a également permis de constater que les patientes n'étaient pas placées en arrêt de travail par manque d'informations concernant une exposition professionnelle. Même si les praticiens suivant la grossesse ne possèdent pas toutes les connaissances concernant les expositions professionnelles à risques, ils sont peu nombreux à adresser leurs patientes auprès du médecin du travail. Nous pouvons supposer que les patientes sont placées d'emblée en arrêt de travail en cas de pénibilité du travail. Pourtant, le médecin du travail est le plus à même de juger de l'adéquation ou non du travail et de la grossesse. Il possède une parfaite connaissance du poste de travail et des expositions à risques. Nous sommes donc face à un défaut de communication entre professionnels de santé et à un défaut d'orientation de la salariée enceinte, plutôt que face à un manque d'informations.

Les nombreux arrêts de travail ont pour indication principale la prévention des risques physiques.

Dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé, les aménagements de poste de travail visant à limiter le nombre d'arrêts de travail tout en préservant la grossesse sont incontournables.

Chaque acteur : salariée enceinte, praticien et médecin du travail, a sa responsabilité dans cette dynamique.

Etre enceinte et travailler à l'hôpital n'est pas une gageure. L'aménagement du poste de travail met chacun dans une position gagnant-gagnant.

BIBLIOGRAPHIE

[1] BERNADOU, A-M., LEFANT, M-F., LOPEZ, V., et al. *Etablissement de soins. Fiche d'entreprise n°16 de Bossons Futé*. 2008. [En ligne]. (Page consultée le 11/11/11). Adresse URL : http://www.bossons-fute.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=658:entreprise0016&catid=15:fichesentreprises&Itemid=7

[2] CAISSE DES DEPOTS. DIRECTION DES RETRAITES. *Droit applicable à la prévention*. [En ligne]. (Page consultée le 18/10/2011). Adresse URL : https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=3817&cible=_employeur

[3] DELEVOY, V., FANTONI, S. *Grossesse et travail*. 2009. 42p. [En ligne]. (Page consultée le 06/11/10). Adresse URL : <http://www.istnf.fr/site/Accueil/accueil.php>

[4] DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, COMITE TECHNIQUE DES VACCINATIONS. *Vaccination contre la rubéole. Guide des vaccinations*. Edition 2008. [En ligne]. (Page consultée le 28/11/11). Adresse URL : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide_2008/pdf/GV2008_P2_Rubeole.pdf

[5] DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, COMITE TECHNIQUE DES VACCINATIONS. *Vaccination contre la varicelle. Guide des vaccinations*. Edition 2008. [En ligne]. (Page consultée le 28/11/11). Adresse URL : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide_2008/pdf/GV2008_P2_Varicelle.pdf

[6] DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, COMITE TECHNIQUE DES VACCINATIONS. *Guide des vaccinations*. Edition 2008. 446p. p 35. [En ligne]. (Page consultée le 28/11/11). Adresse URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_vaccinations_-_Edition_2008.pdf

[7] FACULTE DE MEDECINE ULP F 67000 STRASBOURG. *Prévention des risques fœtaux : irradiation et grossesse*. 2004-2005. 4p. [En ligne]. (Page consultée le 12/10/2011). Adresse URL : http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/obstetrique/irradiations.pdf

[8] HCSP. *Stratégie vaccinale contre la grippe, saison 2011-2012*. 2011. [En ligne]. (Page consultée le 10/12/11). Adresse URL : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?ae=avisrapportsdomaine&clefdomaine=1&menu=09>

[9] INRS. *Missions et actions. Une action au profit des salariés et des entreprises*. 2011. [En ligne]. (Page consultée le 18/10/11). Adresse URL : <http://www.inrs.fr/accueil/inrs/missions.html>

[10] INRS. *Pictogrammes d'étiquetage des produits chimiques. Visualiser les dangers*. 2011. [En ligne]. (Page consultée le 19/11/11). Adresse URL : <http://www.inrs.fr/accueil/risques/chimiques/classification-produits/pictogrammes-etiquetage.html>

[11] IRSN. *Qui est concerné par la dosimétrie individuelle passive ?* [En ligne]. (Page consultée le 12/10/2011). Adresse URL : <http://dosimetre.irsn.fr/>

[12] LAFON, D. *Grossesse et travail. Quels sont les risques pour l'enfant à naître ?* INRS, EDP Sciences, 2010. 561p. ISBN : 978-2-7598-0510-5.

[13] Le site ATOUSANTE. *Aménagement du poste de travail de la femme enceinte*. 2008. [En ligne]. (Page consultée le 05/10/2010). Adresse URL : http://www.atousante.com/situations_particulieres/femme_enceinte/amenagement_du_poste_de_travail_de_la_femme_enceinte

- [14] Le site ATOUSANTE. *Expositions professionnelles à éviter chez la femme enceinte*. 2010. (Page consultée le 05/10/2010). Adresse URL : http://www.atousante.com/situations_particulieres/femme_enceinte/expositions_professionnelles_a_eviter_chez_la_femme_enceinte
- [15] Le site ATOUSANTE. *Protection sociale de la femme enceinte*. 2010. [En ligne]. (Page consultée le 05/10/2010). Adresse URL : http://www.atousante.com/situations_particulieres/femme_enceinte/protection_sociale_de_la_femme_enceinte
- [16] Le site LEGIFRANCE. [En ligne]. Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [17] MEDECINS DU TRAVAIL DE L'AMI, MOTSCH, N. *Rayonnements ionisants. Surveillance médicale renforcée Bossons Futé n°49*. 2008. [En ligne]. (Page consultée le 11/11/11). Adresse URL : http://www.bossons-fute.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=574-smr049&catid=4-smr
- [18] MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. *La prévention des risques professionnels*. 2011. [En ligne]. (Page consultée le 18/10/11). Adresse URL : <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/sante-conditions-de-travail,115/la-prevention-des-risques,1046.html>
- [19] MOTSCH, N. *Surveillance médicale renforcée*. 2008. [En ligne]. (Page consultée le 28/11/11). Adresse URL : http://www.bossons-fute.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=32-smr&catid=13-docujuridique&Itemid=7
- [20] MUNCH, S. *Grossesse et risques professionnels*. CNRS, Strasbourg. 2006. [En ligne]. (Page consultée le 30/10/10). Adresse URL : http://www.ast67.org/dossier/grossesse_sm.htm

[21] NIEDHAMMER, I., O'MAHONY, D., DALY, S., et al. *Occupational predictors of pregnancy outcomes in Irish working women in the Lifeways cohort*. BJOG. 2009 ; 116 (7) : p 943-952. (Article consulté en ligne le 12/10/11). Adresse URL : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02160.x/full>

[22] ORDRE DES SAGES-FEMMES. *Le droit de prescription des arrêts de travail au cours de la grossesse*. [En ligne] (Page consultée le 22/10/2011). Adresse URL : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_compétences/le_droit_de_prescription_des_arrets_de_travail_au_cours_de_la_grossesse_/index.htm

[23] P.J.-SYNDICAT CGT LABORIT. *Le congé maternité dans la fonction publique hospitalière*. 2011. [En ligne]. (Page consultée le 18/10/2011). Adresse URL : <http://www.cgtlaborit.fr/spip.php?article36>

[24] PUYGRENIER, Julien. *Exposition de la gestante aux substances toxiques professionnelles*. 100p. Mémoire de fin d'études de Sage-femme, Nancy, 2003.

[25] ROBERT, E., SAILLENFAIT, AM. *Risques professionnels chez la femme enceinte*. Encycl. Méd. Chir. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Toxicologie-Pathologie professionnelle, 16-660-A-10, 2002, 6p.

[26] SCHAEFFER, MJ., FREMIOT, T. *Travail et grossesse. La femme enceinte, l'enfant à naître, l'adoption*. 2007. 26p [En ligne]. (Page consultée le 12/12/10). Adresse URL : <http://www.smielandes.com/travail%20et%20grossesse/TRAVAIL%20ET%20GROSSE%202007.pdf>

[27] SOUDRY, C. *Salariées en état de grossesse : hygiène, sécurité, conditions de travail et surveillance médicale*. Aide-mémoire juridique TJ 14. Paris : INRS, 2008, 15p.

[28] TESTUD, F., ABADIA-BENOIST, G. *Risques professionnels chez la femme enceinte*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pathologie professionnelle et de l'environnement, 16-660-A-10, 2010, 11p.

[29] TESTUD, F., LAMBERT-CHHUM, R., BELLEMIN, B., et al. *Exposition toxique professionnelle chez la femme enceinte. I : Principes de l'évaluation du risque individuel*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, Paris, 2001 ; vol. 30, n°8 : p776-779.

[30] TESTUD, F., LAMBERT-CHHUM, R., BELLEMIN, B., et al. *Exposition toxique professionnelle chez la femme enceinte. II : Résultats du suivi prospectif de 100 grossesses*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, Paris, 2001 ; vol. 30, n°8 : p780-785.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Liste des abréviations	4
Sommaire	5
Préface	7
Introduction	9
Partie 1	11
1. Risques professionnels	12
1.1. Risques physiques	12
1.1.1. Charge physique.....	12
1.1.2. Postures de travail	12
1.1.3. Travail de nuit et horaires irréguliers	13
1.1.4. Cumul des nuisances	14
1.2. Risques des rayonnements ionisants	14
1.2.1. Notions de radiobiologie	14
1.2.2. Personnel concerné.....	15
1.2.3. Evaluation de l'exposition du fœtus.....	15
1.2.4. Conduite à tenir en fonction de la dose reçue	16
1.3. Risques chimiques.....	16
1.3.1. Généralités.....	16
1.3.2. Evaluation de l'exposition.....	16
1.3.3. Agents chimiques à risque	17
1.4. Risques infectieux	19
1.4.1. Rubéole	19
1.4.2. Varicelle	19
1.4.3. Virus de l'hépatite B et C, et virus de l'immunodéficience humaine	20
1.4.4. Cytomégalovirus	20
1.4.5. Vaccinations non obligatoires mais recommandées	20
2. Réglementation	23
2.1. Protection du contrat de travail : dispositions spécifiques relatives à la protection de la grossesse et de la maternité	23
2.1.1. Droit au secret et au respect de la vie privée.....	23
2.1.2. Protection de la grossesse et de la maternité.....	24
2.2. Protection de l'état de santé de la salariée enceinte ou venant d'accoucher...24	
2.2.1. Surveillance médicale renforcée	25
2.2.2. Aménagement du poste de travail	25
2.2.3. Changement temporaire d'affectation.....	26
2.3. Protection contre les risques particuliers : travaux interdits ou réglementés ..28	
2.3.1. Les risques biologiques	29
2.3.2. Les risques chimiques	29
2.3.3. Les risques physiques.....	31

3.	Rôle des acteurs de la prévention	34
3.1.	Responsabilités de l'employeur	34
3.2.	Services de santé au travail : rôle du médecin du travail	35
3.2.1.	Surveillance médicale renforcée	35
3.2.2.	Action d'information.....	35
3.2.3.	Adaptation du travail.....	35
3.2.4.	Liaisons avec le professionnel suivant la grossesse.....	36
3.2.5.	Examen de reprise du travail.....	36
3.3.	Rôle du CHSCT	37
3.3.1.	Protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés	37
3.3.2.	Analyse des risques professionnels des femmes enceintes	37
3.3.3.	Information du CHSCT par le médecin du travail	37
Partie 2	39	
1.	Description de l'étude	40
1.1.	Objectifs de l'étude	40
1.2.	Hypothèses	40
1.3.	Schéma de l'étude	40
1.3.1.	Type d'étude.....	40
1.3.2.	Population	40
1.3.3.	Méthode.....	41
2.	Présentation des résultats, analyse et discussion.....	43
2.1.	Grossesse et travail dans les hôpitaux nancéiens	43
2.1.1.	Nombre de grossesses parmi les salariées.....	43
2.1.2.	Arrêt de travail en cours de grossesse	44
2.2.	Grossesse et travail : le point de vue des médecins du travail	45
2.2.1.	Risques professionnels identifiés par les médecins du travail	45
2.2.2.	Evaluation des expositions à risques.....	47
2.2.3.	Mesures de prévention	49
2.3.	Grossesse en cours et consultations avec le médecin du travail	52
2.3.1.	Aménagements systématiques	52
2.3.2.	Terme de grossesse au moment de la consultation	53
2.3.3.	Réseau existant autour de la salariée enceinte	55
2.3.4.	Motif de consultation	59
2.3.5.	Carnet de santé maternité	63
2.3.6.	Aménagements de poste.....	64
2.3.7.	Validation des aménagements de poste par l'employeur	68
2.4.	Grossesse et travail : difficulté de conciliation ?	69
Partie 3	71	
1.	Synthèse de l'étude.....	72
2.	Biais et difficultés rencontrés	75
3.	Propositions d'améliorations	76
3.1.	Pour le praticien suivant la grossesse.....	76
3.1.1.	Dépister les salariées à risques	76
3.1.2.	Adresser au médecin du travail	77
3.1.3.	Utiliser le carnet de santé maternité	78
3.2.	Pour le médecin du travail	79

3.2.1. Documentation destinée aux salariées	79
3.2.2. Suivi systématique en cours de grossesse	80
3.3. Pour l'employeur.....	82
Conclusion.....	83
Bibliographie	85
Table des matières.....	90
Annexe.....	I

ANNEXE

Etablissement :
Docteur

Date :

QUESTIONNAIRE

Entretien avec les médecins du travail

- 1) A votre avis, quels sont les risques professionnels auxquels sont exposées les femmes enceintes du personnel de l'établissement pouvant avoir une conséquence sur la grossesse ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- 2) Lors des consultations de surveillance médicale régulière, évoquez-vous avec les salariées les éventuels risques auxquels elles pourraient être exposées en cas de grossesse ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

- 3) Sous quelle forme cette information est-elle réalisée ?

- Oralement
- Remise de documents écrits

- 4) Tous les risques sont-ils évoqués ou seulement certains ?

.....
.....
.....
.....
.....

5) Avant de vous rencontrer, les salariées avaient-elles connaissance des risques auxquels elles pourraient être exposées en cas de grossesse et des conséquences éventuelles liées à leur exposition ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

6) Combien de femmes enceintes avez-vous reçu en consultations en 2010?

.....

7) Lorsque la patiente enceinte vient vous voir la première fois, les aménagements « systématiques » (tels que : la réduction des journées de travail : « heures de grossesse », la suppression des gardes de nuits...) sont-ils déjà mis en place ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

8) Lorsque les patientes viennent en consultations, pensent-elles à apporter leur carnet de santé maternité ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

9) A quel terme de grossesse les rencontrez-vous ?

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Pré conceptionnel				
Déclaration de grossesse				
Autre :				

10) Par qui la patiente est-elle adressée ?

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Venue d'elle même				

Par la sage femme suivant la grossesse				
Par le gynécologue-obstétricien suivant la grossesse				
C'est vous qui avez pris contact				
Par l'employeur				

11) Quel est le motif de consultation ?

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Grossesse incidentée				
Aménagement des conditions de travail				
Fatigue maternelle				
Inaptitude temporaire				
Autre :				

12) Combien de fois en moyenne voyez-vous les patientes au cours de la grossesse ?

.....

13) Lorsqu'une femme enceinte vous est adressée, comment se déroule le suivi avec vous ? (le suivi est-il programmé ou la patiente revient-elle seulement si besoin ?)

.....
.....

14) Une évaluation individuelle des facteurs de risques d'exposition professionnelle est-elle réalisée lorsqu'une femme enceinte vous est adressée ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

Comment est réalisée cette évaluation des facteurs de risques ?

.....
.....

.....
.....

15) Vous arrive-t-il de solliciter des organismes susceptibles de vous conseiller en cas de doute sur un facteur de risque pour la grossesse ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

Si oui lesquels ?

.....
.....
.....

16) Quels types d'aménagements de poste de travail sont proposés aux femmes enceintes travaillant dans l'établissement?

.....
.....
.....
.....
.....

17) En général, pour quels types de risques les aménagements de poste de travail sont-ils réalisés ?

.....
.....
.....
.....

18) Pour quelles professions les aménagements ne sont-ils pas possibles à mettre en place ?

.....
.....
.....

19) Votre avis est-il suivi par l'employeur en ce qui concerne les aménagements des conditions de travail?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

20) Pour quelles raisons des aménagements demandés ne peuvent être réalisés ?

.....
.....
.....

21) Les salariées enceintes sont-elles placées en arrêt de travail?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

22) Quel(s) est/sont le/les motif(s) d'arrêt de travail ?

.....
.....
.....

23) Pensez-vous qu'il est difficile de concilier travail et grossesse pour les femmes enceintes travaillant en secteur hospitalier/milieu de soins ?

- Oui
- Non

Si oui :

- Pour quelles professions est-ce le plus difficile ?

.....
.....
.....

- Pour quelles expositions à risques est-ce le plus difficile ?

.....
.....
.....

24) Commentaires libres :

.....
.....
.....
.....

Travail et grossesse en milieu hospitalier : aménagements du poste de travail ?
Enquête auprès de médecins du travail des hôpitaux du Grand Nancy

RESUME

Actuellement, de très nombreuses femmes exercent une activité professionnelle, y compris pendant la grossesse. Même si travailler ne constitue pas une nuisance en soi, certaines femmes sont exposées professionnellement à des risques pour la grossesse, ce qui nécessite la mise en place d'aménagements de poste pour préserver la grossesse. Mais ces aménagements sont-ils possibles pour toutes les professions et en particulier pour les femmes travaillant en milieu hospitalier ? Dans le cadre de notre étude, nous avons interrogé des médecins du travail des hôpitaux du Grand Nancy afin de tenter d'y répondre.

Mots clés : aménagements de poste – arrêts de travail – expositions professionnelles – grossesse – médecins du travail – risques professionnels.

SUMMARY

Nowadays, many women are actively employed, including during pregnancy. Even if working does not represent a nuisance in itself, some women are exposed to risks for their pregnancy, what requires some changes concerning their post to protect their pregnancy. But are these changes possible for each profession and especially for women who work at hospital? For my report, I interviewed medical officers in Grand Nancy's hospitals in order to find an answer.

Keywords: post rearrangements – sick leaves – professional exposure to risks – pregnancy – medical officers – occupational risks.

Mémoire présenté et soutenu par Amandine MANSION, née le 19/09/1988

Promotion 2012, Ecole de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Université Henri Poincaré, Nancy I

Directeur de mémoire : Mme Pichon – Expert : Dr Missenard