

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

document
de *travail*

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE
N° 122 • septembre 2012

Inactivité professionnelle féminine,
maternité et santé

Olivier SAMUEL, Heini MARTISKAINEN DE KOENIGSWARTER, Sylvie VILTER*



Direction de la recherche, des études
de l'évaluation et des statistiques
DREES

Série
Études et Recherche

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Inactivité professionnelle féminine,
maternité et santé**

Olivier SAMUEL, Heini MARTISKAINEN DE KOENIGSWARTER,
Sylvie VILTER*

n° 122 – septembre 2012

**Programme : SANTÉ ET ITINÉRAIRE PROFESSIONNEL
MiRe - DARES**

*** Université de Versailles Saint Quentin
Laboratoire Printemps (UMR CNRS 8085)**

Le programme de recherche « Inactivité professionnelle féminine, maternité et santé » s'interroge sur les relations entre l'itinéraire professionnel des femmes et leur santé, et en particulier sur les liens entre les arrêts (temporaires ou définitifs) d'activité des femmes à l'occasion de la naissance de leur(s) enfant(s) et leur santé.

Cette publication n'engage que ses auteurs

Remerciements

Nous voudrions ici remercier la Mire et la Dares pour le soutien financier apporté pour l'exploitation de l'Enquête Santé et Itinéraire Professionnel et la réalisation d'une post-enquête qualitative.

Nous tenons également à remercier chaleureusement le groupe de pilotage de l'Enquête SIP pour l'organisation de cet appel à projet et pour son suivi régulier pendant les 24 mois de la recherche. Nous sommes tout particulièrement reconnaissantes à l'égard des rapporteurs qui ont pris le temps de lire les rapports intermédiaires et nous ont proposé des pistes de recherches complémentaires. Enfin merci à celles et ceux qui ont organisé et participé aux échanges lors des réunions de restitution. Les commentaires pertinents et stimulants qui nous ont été faits lors de ces échanges ont été précieux pour l'élaboration de ce rapport.

Sommaire

1. Objet et problématique de la recherche	9
2. Itinéraires d'inactivité : caractéristiques individuelles, professionnelles et de santé	13
2.1 Itinéraires professionnels des mères	13
2.2 Méthodologie	14
2.2.1 Population de référence	14
2.2.2 Le contexte générationnel de la population de référence.....	15
2.2.3 Définitions des variables clés	18
2.2.4 Construction d'une typologie des itinéraires d'inactivité professionnelle.....	19
2.3 Profils des itinéraires d'inactivité professionnelle	20
2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques et familiales de l'inactivité	21
2.3.2 Caractérisation des séquences d'activité professionnelle	27
2.3.3 Calendrier et position professionnelle au cours de l'itinéraire	29
2.3.4 Santé et inactivité.....	32
2.3.5 Portraits.....	35
2.4 Événements dans l'enfance et trajectoire d'inactivité professionnelle.....	38
2.5 Événements marquants dans l'enfance	39
2.5.1 Les problèmes de santé vécus dans l'enfance.....	42
2.5.2 En résumé	43
3. S'arrêter de travailler après la naissance d'un enfant : l'effet des conditions de travail et des événements de santé	44
3.1 Itinéraires professionnels des mères : éléments de connaissance	44
3.2 Méthodologie	45
3.2.1 Population et calendrier de référence	45
3.2.2 Les bases de données et les variables utilisées	46
3.3 Situation d'emploi, condition de travail et interruption d'activité après une naissance	47
3.3.1 Taux d'inactivité des femmes et caractéristiques professionnelles	47
3.3.2 Conclusion	54
3.4 Probabilités de transition vers l'inactivité.....	54
3.4.1 Les déterminants de l'inactivité à l'issue de la 1 ^{ère} naissance.....	56
3.4.2 Les déterminants de l'inactivité à l'issue de la 2 ^{ème} et de la 3 ^{ème} naissance.....	59
3.4.3 Conclusion	60
4. S'arrêter de travailler après une naissance : une constellation de facteurs. Les résultats de la post-enquête qualitative.....	64
4.1 La post-enquête qualitative : une introduction.....	64
4.1.1 Échantillon et méthode	64
4.1.2 Histoires de vie et histoire de génération : les cinquantenaires	66
4.1.3 Les interruptions d'activité : une constellation de facteurs	67

4.2 Les conditions de travail précédant la naissance d'un enfant, la santé des femmes et l'interruption de l'activité.....	68
4.2.1 Les conditions de travail des femmes.....	69
4.2.2 Les spécificités des conditions de travail des femmes.....	70
4.2.3 Les effets sur la santé des femmes.....	72
4.2.4 Les indicateurs de la santé "reproductive" au travail.....	74
4.3 Quatre études de cas.....	79
4.3.1 Mme U.....	80
4.3.2 Mme E.....	83
4.3.3 Mme M.....	85
4.3.4 Mme L.....	89
4.4 Conclusion : les conditions de travail, facteur d'interruption des itinéraires lors d'une maternité ?	91
4.4.1 La spécificité du risque : les rapports sociaux et les relations au travail	92
4.4.2 La multiplicité des facteurs.....	94
4.4.3 Une faible visibilité sociale, un sujet sensible	95
Synthèse des résultats.....	101
Bibliographie.....	103
Annexe 1 - Caractéristiques sociodémographiques, d'emploi et conditions de travail des femmes à chacune de leurs naissances.....	109
Annexe 2 - Guide d'entretien	121
Annexe 3 - Présentation des enquêtées	125

1. Objet et problématique de la recherche

Divers travaux ont mis en évidence une corrélation négative entre l'inactivité et la santé, attestant d'une surmortalité des inactif(ve)s par rapport aux actif(ve)s, notamment pour les hommes (Robert-Bobée et Monteil, 2006)¹. Cette différence entre hommes et femmes est liée aux caractéristiques sexuées de l'inactivité. En effet, l'inactivité professionnelle féminine se distingue nettement de celle des hommes sur plusieurs points. D'une part, d'un point de vue numérique, les hommes inactifs sont relativement peu nombreux par rapport aux femmes (environ 20 % des femmes d'âge actif sont inactives contre environ 5 % des hommes). L'inactivité masculine est souvent liée à des problèmes de santé ou de handicap, sans qu'il soit toujours simple de distinguer les effets de structure (l'inactivité ou le chômage touche davantage des personnes peu diplômées et ayant eu des emplois faiblement qualifiés, qui sont par ailleurs plus susceptibles de connaître une surmortalité), des effets de sélection par la santé (les hommes qui n'ont jamais travaillé sont aussi ceux qui avaient un problème de santé ou un handicap les empêchant d'exercer durablement une activité professionnelle).

L'un des premiers travaux répertoriés sur la mortalité des femmes selon leur statut d'activité est de celui de M.-H. Bouvier-Colle (1983). Les inactives enregistrent alors des taux de mortalité supérieurs à ceux des actives pour la quasi-totalité des causes de décès. Les affections liées à l'alcoolisme ressortent d'une manière frappante. M.-H. Bouvier-Colle se situe plutôt du côté de l'hypothèse d'un effet sélectif de la santé sur l'activité, mais constate que le travail salarié semble jouer un rôle protecteur vis-à-vis de ce facteur socio-culturel qu'est l'alcoolisme en France. Quelques vingt ans plus tard, le travail d'A. Mesrine (2000) sur les relations entre chômage/inactivité et mortalité met également en évidence la surmortalité des inactives (mais celle-ci est toujours inférieure à celle des hommes inactifs) et son augmentation entre 1990-1995. Cette hausse s'expliquerait par la composition de cette population d'inactives : au fur et à mesure que l'inactivité diminue chez les femmes en général, la part des femmes à la santé fragile augmente chez les inactives. Elle note par ailleurs que « *Parmi les mères de famille âgées de 30 à 50 ans, les inactives sans diplôme ni qualification ont la mortalité la plus élevée, surtout si elles n'ont jamais exercé d'activité.* » (Mesrine 2000 : 33).

Chez les femmes, l'inactivité est non seulement plus importante, mais d'une nature différente. À partir des résultats de l'enquête décennale de santé de 2002-2003, T. Barnay et F. Jeger (2006) montrent que parmi les 50-59 ans, l'inactivité masculine est justifiée par des raisons de santé dans 90 % des cas, contre 27 % pour les femmes. Si l'on se restreint à l'inactivité des femmes au foyer (par comparaison à d'autres formes d'inactivité comme la préretraite ou les personnes en incapacité de travailler), cette proportion tombe à 9 %. Le principal motif d'inactivité des femmes est d'ordre familial (pour 64 % d'entre elles) contrairement aux hommes (4 %) (Régner-Loilier, 2007). De ce fait probablement, les liens entre l'inactivité professionnelle des femmes (hors chômage ou préretraite) et leur état de santé (physique et psychologique) demeurent peu explorés. De même, comme le souligne M.-F. Cristofari (2003), dans son bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel, très peu d'enquêtes ou de travaux documentent la question des conditions de vie, de travail et de santé au cours de la grossesse.

¹ Actuellement, les inégalités sont davantage documentées et mesurées en termes de mortalité qu'en termes de santé ou de morbidité.

Le premier motif invoqué par les femmes qui arrêtent de travailler à la naissance de leurs enfants renvoie donc à des considérations liées aux soins et à l'éducation des enfants. Viennent ensuite les problèmes d'organisation. Assez peu d'autres facteurs ont été examinés dans ce domaine et les facteurs de santé, bien que parfois déclarés par les femmes comme motif d'interruption d'activité, sont quasiment absents des analyses produites jusqu'à présent.

Dans leur étude sur une population de mères d'enfant de moins de 3 ans ayant interrompu leur activité, D. Méda et al, (2003) ont montré que la décision d'interrompre l'activité lors d'une naissance est due à une pluralité de facteurs, dont des raisons de santé. Mais les auteurs ne peuvent quantifier de manière précise l'impact de ce facteur. Trois études quantitatives françaises estiment la part de femmes en inactivité pour raisons de santé : M. de Saboulin et G. Desplanques (1986), X. Niel (1998) et O. Chardon (2002). La proportion de femmes inactives ayant déclaré des raisons de santé s'élève à 7 % pour la période 1975-1979 pour les premiers, à 12 % dans l'étude du second et à 17 % pour le dernier. Ces recherches s'intéressent toutefois à des périodes et à des populations peu comparables, notamment en termes de groupes d'âge. M. de Saboulin et G. Desplanques (1986) explorent le rôle de la santé dans les arrêts d'activité et la transition au chômage à travers une question ouverte dans l'enquête *Famille*. Entre 1962 et 1979, la proportion des personnes citant spontanément la santé comme motif de la première interruption ou cessation d'activité ayant une durée d'au moins 2 ans est stable : elle varie entre 5,9 % et 7,1 %. Plus fréquents en milieu ouvrier, les arrêts pour raison de santé sont par ailleurs plus rarement suivis d'une reprise d'activité que les arrêts liés à d'autres motifs.

Vingt ans plus tard, les données de l'*Enquête permanente sur les Conditions de Vie 1997* indiquent que les raisons de santé pour inactivité sont évoquées par 12 % des femmes : une proportion sensiblement plus importante que celle obtenue par M. de Saboulin et G. Desplanques². O. Chardon, qui s'intéresse également au lien entre santé et interruptions de travail isole une population d'inactifs âgés de 15 à 64 ans, sortis des études et pas encore en retraite, à partir de l'*Enquête Emploi*. En mars 2002, 17 % de ces personnes déclarent avoir quitté leur dernier emploi pour raisons de santé. Parmi elles, 52 % sont des femmes (Chardon, 2002).

Ces études confirment que l'inactivité féminine est en partie liée à des problèmes de santé mais de façon secondaire par rapport à d'autres facteurs associés aux rôles parentaux. Néanmoins, ces travaux n'apportent pas ou peu d'éléments rendant compte des mécanismes liant la santé et l'inactivité féminine. Dans la littérature consacrée aux liens entre santé, maternité et inactivité (ou chômage), la santé est également abordée en termes d'inégalités sociales de santé. Un certain nombre de travaux ont conclu au fait qu'exercer une activité professionnelle allait de pair avec une meilleure santé déclarée : les personnes en bonne santé ont une probabilité plus élevée d'exercer une activité même si une charge professionnelle lourde et de mauvaises conditions de travail peuvent générer une usure physique et des difficultés de santé propres à entamer l'espérance de vie des catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées (Commission européenne, 2002, repris dans Danet et al., 2009). S. Arber (1997) analysant les résultats du British General Household Survey 1991-1992, constate également que les mères au foyer sont plus souvent en mauvaise santé, cependant elle montre que la santé perçue des femmes hors emploi est mauvaise seulement quand elles vivent dans

² Selon les enquêtes, la définition de la population des inactifs n'est pas toujours identique, aussi faut-il comparer les résultats avec prudence.

des conditions matérielles précaires. Les conditions de vie ont un impact sur la santé des femmes inactives (Khlaf et al. 2000). Un phénomène cumulatif d'inégalités sociales pouvant conduire à la fois à une insertion difficile sur le marché du travail et à une mauvaise santé.

Toutefois, même si plusieurs études concluent à une moins bonne santé des inactives, certaines d'entre elles aboutissent à des résultats non concordants. À partir des résultats de l'Enquête Handicap-Santé 2008-2009, A. Montaut (2010) montre à l'aide d'un modèle de régression logistique que, pour les femmes, le fait d'être ou non en activité n'a pas d'effet propre sur la santé perçue. Les femmes inactives (au foyer) ne se différencient pas des femmes actives occupées du point de vue de la perception de leur santé. Seules les femmes au chômage ou inactives pour raison de santé se déclarent davantage en moins bonne santé que les actives occupées, mais cet effet disparaît quand le modèle intègre deux variables mesurant l'état de santé objectif (maladie chronique et limitations). Autrement dit, ces résultats indiquent que l'état de santé perçue n'est pas lié à la situation d'activité.

Ces résultats contradictoires incitent à vérifier la comparabilité des résultats existants et plaident pour une analyse poussée des données et méthodes utilisées pour établir les corrélations entre état de santé et situation d'inactivité. Une des orientations de notre recherche a été de vérifier si les interruptions de l'activité féminine au cours de l'itinéraire professionnel étaient déterminées en partie par des facteurs de santé, qu'il s'agisse d'évènements survenus plus tôt dans l'enfance ou dans la jeunesse, ou de troubles liés aux conditions de travail avant l'interruption.

Les liens complexes entre la santé et la situation professionnelle et familiale des femmes et la rareté des travaux existants nous ont conduits à soulever un certain nombre de questions. Les périodes d'inactivité coïncidant avec des périodes de soins et d'éducation des enfants (congé parental, APE, ou toute période d'inactivité consécutive à la naissance d'un enfant) masquent-elles, pour une fraction de femmes, des problèmes de santé ? Autrement dit, l'arrêt d'activité consécutif à une naissance n'est-il pas lié également à des problèmes de santé, éventuellement générés par l'activité professionnelle précédemment occupée, ou par des accidents de santé plus anciens, en relation ou non avec les grossesses ?

La mise en œuvre du programme de recherche s'est faite en plusieurs étapes, dont voici en résumé les principaux axes :

- 1) Une première étape de l'étude s'est attachée à cerner les principales caractéristiques des femmes selon le temps passé en inactivité au cours de leur parcours professionnel (caractéristiques sociodémographiques, familiales, professionnelles et de santé (section 2.3).
- 2) La seconde étape a consisté à tester l'hypothèse de sélection par la santé sur l'itinéraire d'inactivité (section 2.4). On s'est donc attaché à vérifier si les femmes qui s'arrêtent de travailler (ou qui n'ont jamais travaillé) étaient plus susceptibles que les autres d'avoir connu un évènement de santé dans leur enfance ou au cours de la jeunesse. À notre connaissance, cette hypothèse n'a pas été testée à partir de données longitudinales en France. En revanche, elle l'a été en ce qui concerne l'âge adulte. À partir des *Enquêtes Santé et Protection sociale* de l'IRDES (de 1988 à 2004), C. Sermet et al. (2005) ont montré que l'inactivité (de même que le chômage) était corrélée à l'état de santé³. Cette liaison observée pour les deux sexes

³ Voir également (Jusot et al., 2006, 2007).

étant néanmoins plus marquée pour les hommes. Le taux de passage à l'inactivité des femmes se déclarant en mauvaise santé (santé perçue, pathologie invalidante, affection longue durée) était 1,6 fois plus élevé que celui des femmes en bonne santé.

3) La troisième étape s'est intéressée aux relations entre les conditions de travail antérieures à la naissance d'un enfant et son retrait du marché du travail après sa naissance (parties 3 et 4). L'hypothèse étant qu'après une naissance, les femmes sont davantage incitées à quitter leur travail dès lors qu'elles se trouvent dans une situation d'emploi défavorable (emploi peu qualifié, contrat court etc.) et/ou avec des conditions de travail pénibles. En arrière plan se pose la question des liens entre les conditions de travail et la santé, et leurs effets cumulés sur la probabilité pour une femme d'interrompre son activité professionnelle après une naissance. Concernant la situation d'emploi, de nombreux travaux relatifs aux trajectoires professionnelles féminines ou aux effets de l'allocation parentale d'éducation, ont montré que les femmes les moins stabilisées sur le marché du travail et les moins qualifiées connaissaient davantage un éloignement temporaire de l'emploi après une naissance (Bonnet et Labbé, 1999 ; Algava et Bressé, 2005 ; Pailhé et Solaz, 2007). En revanche, l'effet particulier sur les risques d'inactivité des femmes des conditions de travail en relation avec la vie reproductive a été peu étudié⁴ (Méda et al., 2003). Toutefois, quelques travaux consacrés à l'APE ont mis en exergue le rôle des conditions de travail dans les interruptions temporaires de l'activité professionnelle suggérant que la santé est susceptible de jouer un rôle indirect dans les interruptions de travail à travers la question des conditions de travail et les conditions de conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale.

⁴ Pour le Québec on pourra se référer aux travaux de R. Malenfant.

2. Itinéraires d'inactivité : caractéristiques individuelles, professionnelles et de santé

2.1 Itinéraires professionnels des mères

Entre la minorité de femmes qui n'ont jamais occupé un emploi et le groupe de femmes qui ont exercé une activité professionnelle sans interruption, se situent les femmes qui ont eu une durée de vie professionnelle entrecoupée d'un ou plusieurs arrêts et de reprises d'activité liés à une maternité. À titre d'exemple, dans la génération 1938, seules 44 % des femmes ont pu faire valoir une carrière complète à la retraite, malgré les majorations de durée pour les enfants nés ; 56 % des femmes ont, par conséquent, connu des arrêts temporaires d'activité ou n'ont jamais travaillé. Aujourd'hui encore, environ un quart des françaises interrompent leur activité consécutivement à une naissance (Pailhé et Solaz, 2007).

Or, malgré la persistance d'un « sous-modèle » d'activité féminine que l'on pourrait appeler « le modèle temporaire de la femme au foyer », celui-ci a bénéficié de peu d'attention de la part des chercheurs dans les années 1980. Jusqu'à la seconde moitié des années 1990, y compris chez les sociologues du travail féminin, c'est plutôt le remplacement du « modèle d'alternance » (entre activité et foyer) par un « modèle de cumul » (de la vie professionnelle et de la vie familiale) qui a été l'objet de toutes les attentions. En effet, depuis l'entrée massive des mères dans le salariat dans les années 1970, la part des femmes interrompant leur activité pour élever un enfant a diminué au fil des générations. Et il faut attendre un renversement partiel de cette tendance avec l'extension de l'allocation parentale d'éducation (APE) au deuxième enfant en 1994 – avec pour corollaire la baisse spectaculaire du taux d'activité des mères de deux enfants – pour que les recherches sur les interruptions d'activité des femmes se développent en France.

C'est le travail pionnier de C. Afsa en 1996 qui donnera l'impulsion à une série de travaux consacrés au sujet (Piketty, 2005 ; Algava et Bressé, 2005 ; Ananian, 2010). Désormais, l'impact du dispositif APE (devenu le complément de libre choix d'activité, CLCA, en 2004) fait l'objet d'une évaluation statistique régulière. Ainsi, jusqu'à très récemment, quand les trajectoires féminines discontinues liées à la maternité étaient l'objet d'une attention de la part des chercheurs, c'était essentiellement sous l'angle spécifique de la politique familiale. Les mères jeunes et peu insérées sur le marché du travail (exclues du dispositif des allocations parentales), restaient "hors champ". On constate depuis 2007 l'émergence d'une nouvelle génération de travaux qui s'intéressent aux interruptions d'activité lors des naissances. Partant de constats analogues aux nôtres – ceux de l'importance relative que continue à revêtir l'inactivité temporaire, d'une part, et celui d'un manque de données rétrospectives ou longitudinales, d'autre part –, C. Tavan a effectué en 2007 une estimation des durées d'interruption d'activité des femmes issues des générations 1925 à 1964. Ces durées auraient diminué de moitié passant de 9 ans à 4 ans en moyenne. La même année, deux autres enquêtes sont venues combler le manque de données quantitatives longitudinales sur les trajectoires professionnelles des femmes et des hommes au fil des naissances : l'enquête *Familles et employeurs* et l'enquête *Génération 1998* (Pailhé et Solaz, 2007 ; Couppié et Epiphane, 2007).

Ces deux derniers travaux documentent la fréquence de différents types de modifications d'activité liées au calendrier génésique de parents actuellement en emploi : sorties de l'emploi, mais également baisse du temps de travail ou changements de poste / d'emploi sans variation de l'activité, par exemple. Selon l'enquête *Familles et employeurs*, 5 femmes sur 10 de la génération 1955-1985 connaissent une modification de leur activité après une naissance – la moitié de ces changements sont des sorties d'activité (Pailhé et Solaz, 2007). Par conséquent, après une naissance, 26 % femmes se trouvent en inactivité, congé parental ou chômage (22 % indiquent qu'il s'agit d'une sortie causée par la naissance) ; le nombre de ruptures de trajectoires croît avec le nombre de naissances. La proportion de 5 femmes sur 10 ayant connu une transition professionnelle après une naissance est identique à celle constatée chez les jeunes mères de deux enfants de la *Génération 1998*, 7 ans après leur insertion professionnelle (Couppié et Epiphane, 2007)⁵.

En ce qui concerne les durées d'arrêt occasionnées par une naissance, dans l'enquête *Familles et employeurs*, la moitié des femmes qui ont interrompu leur activité après une première naissance ont repris un emploi un an et demi plus tard. Cette proportion est atteinte après deux ans pour la deuxième et la troisième naissance. Un quart des femmes n'ont toujours pas repris d'emploi cinq ans après la naissance (Pailhé et Solaz, 2007).

On peut retenir de ces quelques travaux que la maternité reste un moment charnière dans l'itinéraire de nombreuses femmes. Cet événement biographique constitue toujours un catalyseur d'un nombre élevé de transitions professionnelles et engendre donc des itinéraires plus complexes que ceux des hommes. Ces transitions culminent en première partie de carrière et, par rapport aux générations antérieures, tendent également, en amont, à être précédées, pour les générations plus jeunes, par des phases de transition plus longues en termes d'accès au premier emploi – et parfois de conditions de travail et de conciliation familiales difficiles (Battagliola, 1998 ; Marc, 2004).

Il s'agit maintenant d'élaborer - à partir des données de l'enquête SIP - des parcours d'inactivité professionnelle et d'identifier les principales caractéristiques sociales, familiales, d'emploi et de santé associées à ces parcours.

2.2 Méthodologie

2.2.1 Population de référence

L'objet de la recherche portant sur les liens entre les parcours d'inactivité féminine liée à la naissance des enfants et la santé des femmes, la population étudiée a été circonscrite à celle des femmes ayant eu (ou adopté) et élevé au moins un enfant au cours de leur vie.

De façon à disposer d'un recul biographique suffisant sur le plan de la fécondité et du parcours professionnel, la classe d'âge retenue s'étend de 40 à 64 ans révolus :

⁵ Sorties du marché de travail 7 ans après une première insertion : 20 % des femmes qui ont plusieurs enfants sont inactives et 10 % au chômage (contre 3 % et 8 % de leurs homologues sans enfant). La proportion des inactives varie de 11 % pour les plus diplômées et 41 % des femmes ayant quitté l'école sans aucun diplôme.

La borne inférieure a été fixée de façon à ce que les femmes aient pratiquement terminé leur vie reproductive⁶ et aient un parcours professionnel relativement long.

La borne supérieure clôt la vie de travail et donc l'itinéraire professionnel. Ne pas étendre au-delà de 64 ans la population d'étude limite certes la taille de l'échantillon sur lequel nous travaillons, mais a deux avantages : 1) cela homogénéise d'un point de vue générationnel le groupe étudié (ce qui est important, notamment par rapport aux politiques en matière de conciliation famille/travail et aux taux d'activité féminins) ; 2) cela permet de mesurer l'état de santé à la date de l'enquête (en particulier la santé perçue) pour une population encore généralement en bonne santé physique. Au-delà de cet âge, l'état de santé se dégrade plus rapidement, en cumulant de façon beaucoup plus prononcée des inégalités sociales de santé et le vieillissement biologique inhérent à l'avancée en âge.

En résumé, trois critères ont été retenus pour la sélection de la population de référence (sexe, âge, enfant), qui nous donnent un sous échantillon composé de 3577 mères d'au moins un enfant, âgées de 40 à 64 ans révolus à l'enquête.

2.2.2 Le contexte générationnel de la population de référence

Les femmes âgées de 40 à 64 ans à l'enquête sont nées entre 1942 et 1966⁷. Ces femmes ont eu leurs enfants le plus souvent entre 18 et 40 ans (94 % des naissances), soit entre 1960 et 1981, pour les plus âgées, et entre 1985 et 2006, pour les plus jeunes. Cette période relativement longue, de près d'un demi-siècle, au cours de laquelle ces femmes ont eu leurs enfants et ont éventuellement travaillé, nous conduit à nous interroger sur les changements sociétaux qui se sont produits dans cet intervalle. En effet, le contexte institutionnel (politique familiale) et le contexte économique (niveaux de qualification, accès des femmes au marché du travail, chômage, temps partiel) vont peser sur les comportements en matière d'activité professionnelle et de fécondité. Ce sont bien entendu deux facteurs parmi bien d'autres, mais ils peuvent avoir des effets conjoncturels parfois assez marqués comme, par exemple, la baisse très significative de l'activité féminine des mères lors de l'ouverture des droits à l'APE dès le deuxième enfant. Il est donc important de situer le contexte générationnel des femmes étudiées, c'est-à-dire ici la situation du marché du travail et de la politique familiale que ces femmes ont connue au cours de leur vie active et reproductive.

Le tableau ci-dessous résume ce contexte pour chaque groupe de génération (groupes quinquennaux) allant des femmes nées en 1942 et âgées de 64 ans révolus à l'enquête, aux femmes nées en 1966 et âgées de 40 ans en 2006.

Le diagramme de Lexis ci-après, complémentaire au tableau facilite la visualisation des liens entre les générations et les périodes traversées par celles-ci.

Les diagonales du diagramme permettent de suivre les 25 générations étudiées, depuis leur naissance jusqu'à la date de l'enquête. Les couloirs horizontaux représentent les âges, les

⁶ Très peu de naissances ont lieu au-delà de 40 ans. Parmi les femmes âgées de 40 à 64 ans, 99 % ont eu leur 1^{er} enfant avant 40 ans et dans 95 % des cas la dernière naissance enregistrée a également eu lieu avant 40 ans.

⁷ Compte tenu du fait que l'enquête a été réalisée pour certaines femmes en 2006 et pour d'autres en 2007, quelques unes de ces femmes, très peu nombreuses, sont nées en 1941 (6) ou en 1967 (3).

couloirs verticaux, les années. On voit ainsi immédiatement à quels âges les différentes générations ont été touchées par les mesures de politique familiale.

Tableau 2.1 - Principaux éléments du contexte générationnel

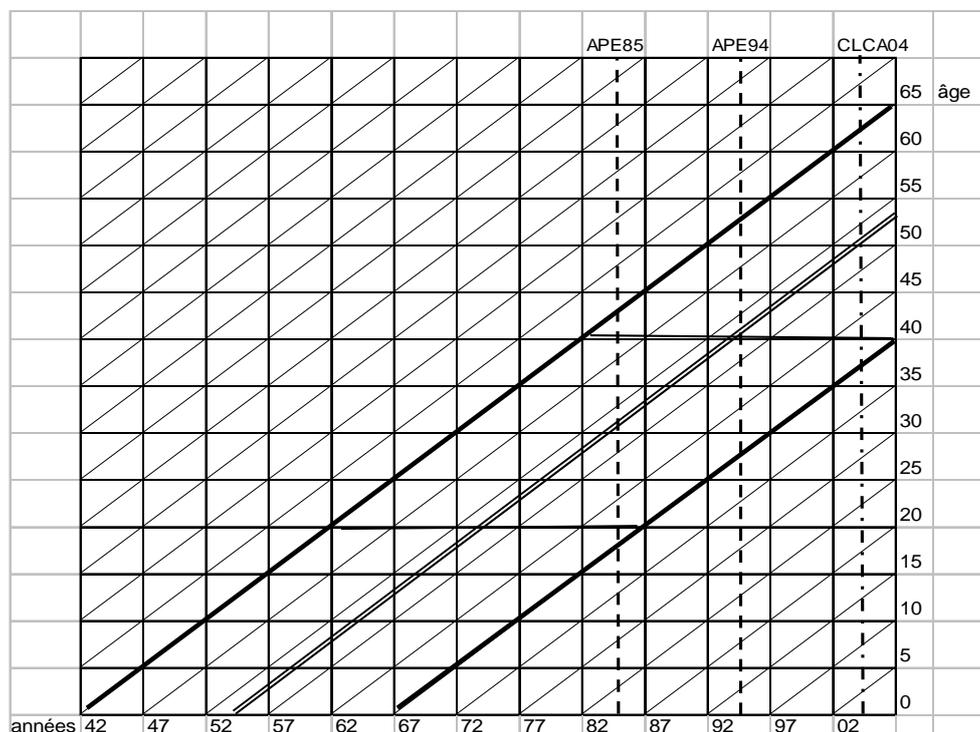
Âge à l'enquête	60-64 ans	55-59 ans	50-54 ans	45-49 ans	40-44 ans
Génération	1942-46	1947-51	1952-56	1957-61	1962-66
Contexte de fécondité					
Période de fécondité (18-39 ans)	1960-86	1965-91	1970-96	1975-01	1980-06
Tendances conjoncturelles	Fin du baby-boom, puis baisse rapide de la fécondité		Baisse importante de la fécondité	Fécondité relativement basse	Fécondité relativement basse, reprise en fin de période
Descendance finale*	2,22 (G. 1945)	2,11 (G. 1950)	2,13 (G. 1955)	2,12 (G. 1960)	2,03 (G. 1965)
Mesures de politiques familiales relatives aux naissances					
APE 3 ^{ème} enfant (1985)	Non concernées	Concernées tardivement	Concernées en partie (à partir de 29-33 ans)	Concernées	
APE 2 ^{ème} enfant (1994)	Non concernées		Concernées tardivement (à partir de 38-42 ans)	Concernées en partie (à partir de 33-37 ans)	Concernées en partie (à partir de 28-32 ans)
CLCA (2004)	Non concernées				Concernées en toute fin de vie féconde (à partir de 38-42 ans)
Contexte professionnel					
Période d'activité (20-60 ans)	1960-2000	1965-2005	1970-2010	1975-2015	1980-2020
Période de début de la vie professionnelle	taux d'activité féminin faible	taux d'activité faible	taux d'activité féminin en augmentation	taux d'activité en augmentation rapide	taux d'activité féminin élevé + temps partiel + chômage
Taux d'activité (20-59 ans)**	65 % (G. 1945)	72 % (G. 1950)	78 % (G. 1955)	79 % (G. 1960)	82 % (G. 1965)
Taux d'emploi (20-59 ans) ***	59 % (G. 1945)	65 % (G. 1950)	66 % (G. 1955)	67 % (G. 1960)	69 % (G. 1965)

* Nombre d'enfant par femmes en fin de vie féconde pour chaque génération. Source : Prioux, 2007.

** Taux d'activité moyen entre 20 et 59 ans pour chaque génération. Source : Afsa et Buffeteau., 2006.

*** Taux d'emploi moyen entre 20 et 59 ans pour chaque génération. Source : Afsa et Buffeteau., 2006.

Schéma 2.1 - Diagramme de Lexis. Contextes générationnels.



Les générations les plus anciennes (1942-1946) n'ont été concernées par aucune des mesures de politique familiale favorisant l'interruption de l'activité professionnelle lors de la naissance de leurs enfants. Ce sont des femmes qui entrent dans la vie adulte dans un contexte de fécondité soutenue et de participation relativement basse au marché du travail. Elles vont connaître ensuite une phase d'expansion du travail féminin, leur taux d'activité aura été en moyenne de 65 % et leur taux d'emploi de 59 %, indiquant une part relativement faible de femmes au chômage, mais en revanche une part importante de femmes inactives.

Les femmes nées entre 1947-51 connaissent un contexte générationnel proche des précédentes du point de vue de la politique familiale. Elles ne seront concernées que tardivement par l'allocation parentale d'éducation destinée au 3^{ème} enfant, instaurée en 1985, alors qu'elles ont déjà autour de 35 ans. Ce sont aussi les premières générations qui mettent fin au baby-boom.

Par rapport aux précédentes, ces femmes bénéficient/participent plus tôt dans leur vie d'adulte à l'expansion du travail féminin, et ces générations ont connu un bond important de leur taux d'activité (72 %) et de leur taux d'emploi (65 %) mais aussi de leur taux de chômage.

Les générations 1952-56 vont être les actrices de la baisse importante de la fécondité des années 1970, notamment par le recul notable de l'âge à la maternité. Ces femmes vont aussi former les premières générations pour lesquelles le cumul vie familiale et vie professionnelle devient une norme. Leur taux d'activité est particulièrement élevé (78 %) et il n'augmentera plus que faiblement par la suite, leur taux de chômage est également important (12 %). Ces femmes sont les premières bénéficiaires des mesures visant à alterner vie familiale et vie professionnelle dans le cas de familles nombreuses (3 enfants). Elles ont autour de 30 ans quand est mise en place l'APE pour le 3^{ème} enfant.

Les deux groupes de générations suivants (1957-1961 et 1962-67) évoluent dans des contextes de forte participation des femmes au marché du travail (82 % d'actives) mais avec le développement notable de l'emploi à temps partiel et d'un chômage très important au démarrage de la vie active. L'accès à un premier emploi stable est particulièrement difficile pour ces générations. Ces femmes sont moins fécondes que les précédentes, leur calendrier de fécondité est tardif. Les femmes qui ont eu 3 enfants ont pu recourir à l'APE de 1985. L'APE élargie au 2^{ème} enfant (en 1994) les a également concernées, mais pas en tout début de vie féconde pour les générations 1957-61.

En définitive, ces femmes âgées de 40 à 64 ans révolus, nées entre 1942 et 1966 ont eu des carrières maternelles et d'activité professionnelle dans des contextes relativement différenciés.

Dans les analyses qui suivent, nous avons choisi de regrouper ces générations en deux grands groupes en fonction de la proximité de leur contexte générationnel afin d'éviter l'éparpillement des effectifs dans de trop nombreuses catégories. Ces deux groupes réunissent d'un côté les femmes nées entre 1942 et 1953, âgées de 53 à 64 ans à l'enquête (groupe « âgé », 1656 femmes soit 46,3 % de l'échantillon), et les femmes nées entre 1954 et 1966, âgées de 40 à 52 ans (groupe « jeune », 1921 femmes soit 53,7 % de l'échantillon)⁸. Les premières ont connu tardivement (ou pas du tout) les mesures de politique familiale, contrairement aux secondes. Par ailleurs, elles ont participé à la montée en puissance de l'activité féminine à une époque où le chômage était encore faible à l'entrée sur le marché du travail. Le groupe de générations plus jeune a connu la norme de l'activité féminine mais sur un marché du travail bien plus instable.

2.2.3 Définitions des variables clés

Deux variables fondamentales sont mobilisées de façon systématique dans l'étude : l'itinéraire professionnel et l'inactivité. Elles sont définies précisément ci-après.

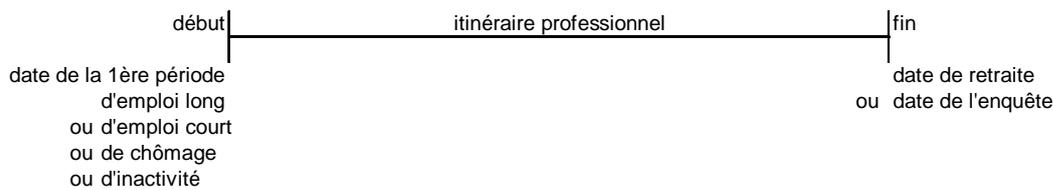
Itinéraire professionnel

Il s'agit de définir avec précision le début et la fin de cet itinéraire. Plusieurs possibilités s'offrent pour déterminer le démarrage de l'itinéraire professionnel (IP). La première consiste à partir de la date de la fin des études initiales. Or, plus d'une centaine de femmes n'a pas suivi d'études ou les ont arrêtées très précocement, dans l'enfance. La solution choisie a consisté à prendre comme point de départ la date de la première période déclarée dans l'une des quatre situations possibles : emploi long, emploi court, chômage ou inactivité⁹. L'IP démarre donc par la première période déclarée, que ce soit une période d'emploi ou non.

Pour clore l'itinéraire professionnel, nous avons choisi de considérer la date du départ à la retraite (en revanche nous avons conservé les années de préretraite) ou bien, si celle-ci n'avait pas eu lieu, la date de l'enquête.

⁸ Sur le diagramme de Lexis, la diagonale en double trait sépare ces deux groupes de générations.

⁹ L'enquête SIP répertorie 4 types de périodes dans les itinéraires professionnels. Les périodes d'emplois longs composées d'un emploi d'une durée au moins égale à 5 ans ; les périodes d'emplois courts composés d'emplois d'une durée inférieure à 5 ans et éventuellement de courtes périodes (moins de 1 an) de chômage et d'inactivité ; les périodes de chômage, d'une durée d'au moins 1 an ; les périodes d'inactivité, d'une durée d'au moins un an.



La durée de l'itinéraire professionnel varie de 13 à 55 ans selon les femmes.

Inactivité

L'inactivité est définie comme toute période d'au moins 1 an répertoriée comme période d'inactivité (durée minimale considérée par l'enquête), à laquelle nous avons ajouté :

- les années d'inactivité répertoriées au sein des emplois courts lorsque cette période était déclarée comme *principalement en inactivité*¹⁰;
- les années de congés parentaux lorsqu'elles n'étaient pas répertoriées en inactivité.

2.2.4 Construction d'une typologie des itinéraires d'inactivité professionnelle

La première étape du travail statistique consiste à construire une typologie des itinéraires d'inactivité professionnelle qui rende compte du degré de temps passé en inactivité tout au long de l'itinéraire professionnel. Ce temps est calculé relativement à la durée totale de l'itinéraire professionnel de chaque femme.

Cette typologie, définie a priori dans ses grands traits, a été ajustée en fonction des effectifs représentés dans chacun des quatre types. Ainsi, si au départ il était prévu de constituer un type regroupant les femmes n'ayant connu que de l'inactivité, il s'est avéré que trop peu de femmes étaient concernées pour qu'elles puissent être isolées dans un groupe.

Quatre types d'itinéraires d'inactivité professionnelle

- Les inactives quasi-continues : ce premier groupe réunit les femmes qui n'ont jamais travaillé et celles qui ont travaillé tout en passant plus de temps en inactivité qu'en activité. Dans ce groupe, la durée d'inactivité représente au moins 2/3 de la durée totale de l'itinéraire professionnel. 441 femmes font partie de ce groupe, soit un peu plus d'une femme sur 10 (12,3 % de l'échantillon).
- Les inactives partielles : ce deuxième groupe est constitué de femmes qui ont toutes travaillé, tout en connaissant des périodes d'inactivité plus ou moins longues. Pour ces femmes, la durée d'inactivité représente entre 1/3 et 2/3 de l'itinéraire professionnel. 514 femmes font partie de ce groupe, soit plus d'une femme sur 10 (14,4 % de l'échantillon).
- Les inactives modérées : ces femmes ont connu une ou plusieurs périodes d'inactivité, mais l'essentiel de leur itinéraire professionnel s'est déroulé sur le marché du travail. Leur durée d'inactivité représente moins d'1/3 de l'itinéraire professionnel. 1 237 femmes font partie de ce groupe, soit une femme sur 3 (34,6 % de l'échantillon).

¹⁰ Il s'agit du cas où la période d'emploi court (moins de 5 ans) est composée de plus de temps passé en inactivité qu'en emploi ou au chômage.

- Les actives continues : ces femmes n'ont jamais cessé de travailler, elles n'ont déclaré aucune période d'inactivité d'au moins 1 an dans leur itinéraire professionnel, ni de congé parental, ni d'emploi court principalement caractérisé par de l'inactivité. Ces femmes ont une durée d'inactivité nulle. 1385 femmes font partie de ce groupe, soit plus d'une femme sur 3 (38,7 % de l'échantillon), c'est la catégorie la plus nombreuse.

Schéma 2.2 - Temps passé en inactivité

100 %	66 %	33 %	0 %
Inactives quasi continues N = 441 12,3 %	Inactives partielles N = 514 14,4 %	Inactives modérées N = 1237 34,6 %	Actives continues N = 1385 38,7 %

Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Une typologie assez proche a été proposée par M. de Saboulin et G. Desplanques (1986) il y a une vingtaine d'années. Les auteurs avaient construit quatre catégories : les inactives totales, les inactives actuelles, les actives discontinues, et les actives continues. Cependant, ces catégories et leur contenu diffèrent sensiblement de celles proposées ci-dessus. L'Enquête Famille de 1982, sur laquelle se fondent les auteurs, ne renseigne que les périodes d'au moins 2 ans d'interruption consécutive (contre un an dans l'enquête SIP). La comparaison des résultats est donc problématique. Par ailleurs, l'inactivité est saisie à partir d'une question sur les raisons ayant conduit à une interruption ou à une cessation d'activité. Le chômage fait partie des réponses possibles. La catégorie « inactivité » recouvre donc des situations relativement différentes et peu comparables avec celles prises en compte dans l'enquête SIP.

L'intérêt de cette typologie est de permettre dans un premier temps de décrire les caractéristiques des femmes en fonction du poids de l'inactivité au cours de leur itinéraire professionnel. Autrement dit, cette typologie doit permettre de vérifier si une plus ou moins longue durée d'inactivité est associée à des caractéristiques féminines particulières sur le plan sociodémographique (âge, diplôme, situation familiale), professionnel (type d'emploi, chômage, etc. au cours des périodes d'activité), et de la santé (santé perçue, événements de santé, santé dans l'enfance).

2.3 Profils des itinéraires d'inactivité professionnelle

Dans un premier temps, nous examinons les principales caractéristiques des femmes pour chaque type d'itinéraire d'inactivité professionnelle de façon à mettre en évidence leurs éventuelles spécificités sociodémographiques, professionnelles et de santé. Cette première étape de l'étude a vocation à décrire précisément la population féminine selon le temps passé en inactivité tout au long de l'itinéraire professionnel. Ces analyses (statistiques bivariées et modèles de régression) conduisent à dégager un certain nombre de corrélations entre les types d'itinéraires d'inactivité et les caractéristiques des femmes sans pour autant, à ce stade, établir des liens de cause à effet entre l'inactivité et la santé des femmes. Cette approche causale sera néanmoins esquissée en fin de partie lorsque les événements de santé dans l'enfance seront abordés.

2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques et familiales de l'inactivité

L'âge des mères

Avant d'analyser les caractéristiques familiales, professionnelles et de santé des femmes de chaque type d'itinéraire d'inactivité professionnelle, il est nécessaire de clarifier un point méthodologique majeur : la question de l'âge. En effet, l'âge va induire « mécaniquement » des différences affectant l'itinéraire professionnel, en particulier sa durée et en conséquence la probabilité de connaître des évolutions professionnelles. Cet âge va aussi modifier certaines caractéristiques individuelles, notamment celles concernant la santé. Or, cet effet d'âge est conséquent puisque la durée de l'itinéraire des quarantennaires comporte en moyenne 20 années de moins que celle des soixantennaires, si bien que toutes les mesures effectuées, tant de façon absolue (durée) que relative (part de durée dans l'itinéraire) sont entachées de ce biais. Il est donc nécessaire d'en tenir compte dans nos analyses, soit en considérant séparément différents groupes d'âges (40-52 ans et 53-64 ans), soit en utilisant des analyses neutralisant l'âge.

Quand les plus âgées ont terminé ou presque leur vie professionnelle, les plus jeunes sont, pour certaines, à mi-parcours : l'évolution professionnelle des unes sera donc achevée contrairement à celles des plus jeunes, d'autant que certaines auront pu démarrer tardivement leur carrière. Les plus âgées de ces femmes ayant eu une période d'activité potentielle plus longue, ont aussi eu davantage d'occasion de connaître des temps d'inactivité, tant d'un point de vue strictement temporel qu'en raison d'autres facteurs comme la santé (l'accumulation de problèmes de santé au cours du temps peut conduire à un retrait de l'activité professionnelle) et leurs naissances successives.

La population étudiée se répartit de façon assez équitable selon l'âge (tableau 2.2). Examinés de manière détaillée en cinq classes d'âge, on observe un poids croissant de femmes plus âgées à mesure que la part de l'inactivité augmente dans l'itinéraire professionnel. La généralisation progressive du travail féminin dans les cohortes les plus récentes explique cette situation. Par ailleurs, il est possible qu'un effet d'âge contribue à ce « vieillissement » des types à forte inactivité, notamment par l'accumulation dans le temps des causes d'inactivité.

Tableau 2.2 - Répartition des femmes selon le groupe d'âges quinquennal par profil d'inactivité

Groupes d'âge	Inactives quasi-continues	Inactives partielles	Inactives modérées	Actives continues
40-44 ans	14	16	22	21
45-49 ans	17	20	18	26
50-54 ans	25	25	21	23
55-59 ans	24	22	22	19
60-64 ans	20	18	17	12
Total	100	100	100	100

Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Le niveau de diplôme

À mesure que le temps passé en inactivité augmente dans l'itinéraire professionnel, le niveau de diplôme des femmes décroît (tableau 2.3). Les actives continues sont les plus diplômées (1 sur 2 a au moins le niveau bac), et les inactives quasi-continues les moins diplômées (1 sur 2 a le niveau collège au plus). Le niveau de qualification est bien entendu un déterminant important de l'accès au marché du travail, ce qui peut expliquer cette liaison statistique : une scolarité courte induisant des difficultés d'accès à l'emploi et un repli sur les rôles familiaux. Mais il est aussi probable qu'un certain nombre de femmes n'a pas poursuivi d'études en raison d'un projet de vie orienté vers la famille et non vers l'exercice d'un métier. Autrement dit, l'inactivité peut être aussi bien une perspective qui conditionne une scolarité courte que le résultat d'un niveau de diplôme insuffisant.

Tableau 2.3 - Répartition des femmes selon le niveau d'études atteint par profil d'inactivité

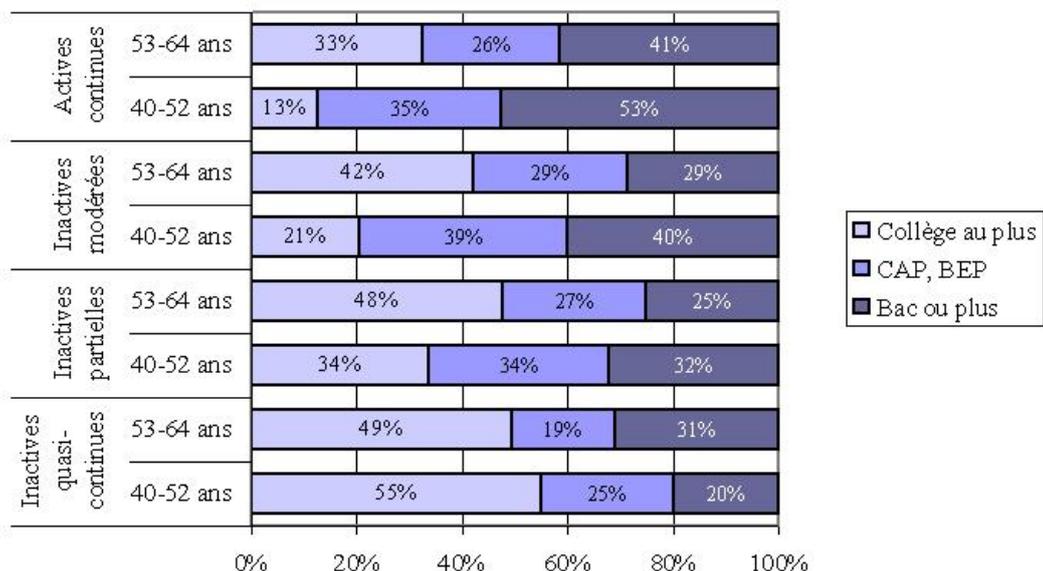
	Inactives quasi-continues	Inactives partielles	Inactives modérées	Actives continues
Collège au plus	52	41	31	21
CAP, BEP	22	31	34	31
Bac et plus	26	29	35	48
Total	100	100	100	100

Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

La hausse significative de la scolarité féminine au cours du temps induit des effets notables sur le niveau de diplôme selon l'âge des femmes, mais ces effets diffèrent selon le degré d'inactivité (graphique 2.1). Chez les actives continues et, dans une moindre mesure, les inactives modérées, les plus jeunes sont beaucoup plus nombreuses à avoir obtenu le bac. Cette élévation dans le temps du niveau de diplôme s'estompe chez les inactives partielles et s'inverse pour les inactives quasi-continues, où les plus âgées sont près du tiers à avoir eu le bac alors que les plus jeunes sont moins du quart. Puisque dans cette dernière catégorie, la hausse générationnelle des niveaux d'études ne se manifeste pas, cela signifie que les « jeunes » inactives ont un profil atypique par rapport aux autres femmes. Les femmes qui se maintiennent dans l'inactivité professionnelle alors que l'expansion de la scolarisation et du travail féminin sont à l'œuvre, constituent une population particulière. Une carrière d'inactivité quasi-continue sur-sélectionne les femmes les moins scolarisées, alors que par le passé, l'inactivité touchait de façon plus indifférenciée toutes les femmes, même les diplômées, par conformité à un modèle familial qui favorisait la femme au foyer. Finalement, la différence de niveau de diplôme entre types d'itinéraire était moins marquée dans les générations les plus âgées, et s'accroît très sensiblement chez les plus jeunes.

Graphique 2.1 Répartition des femmes par niveau de diplôme atteint selon le profil d'inactivité et l'âge



Le nombre d'enfants

L'inactivité étant fortement associée à des facteurs familiaux et notamment aux soins et à l'éducation des jeunes enfants, il est peu surprenant de constater une liaison très nette entre le nombre d'enfants des femmes et leur trajectoire d'inactivité : plus le temps passé en inactivité croît, plus le nombre d'enfants est élevé (tableau 2.4). À titre d'exemple, près d'une active continue sur 3 (29 %) est mère d'un seul enfant contre moins d'une inactive quasi-continue sur 10 (7 %), et inversement 32 % de celles-ci ont au moins 4 enfants contre 4 % des femmes ayant toujours travaillé.

Tableau 2.4 - Répartition des femmes selon le nombre d'enfants par profil d'inactivité

	Inactives quasi-continues	Inactives partielles	Inactives modérées	Actives continues
Un	7	9	17	29
Deux	30	31	45	52
Trois	30	39	30	15
Quatre et plus	32	21	8	4
Total	100	100	100	100

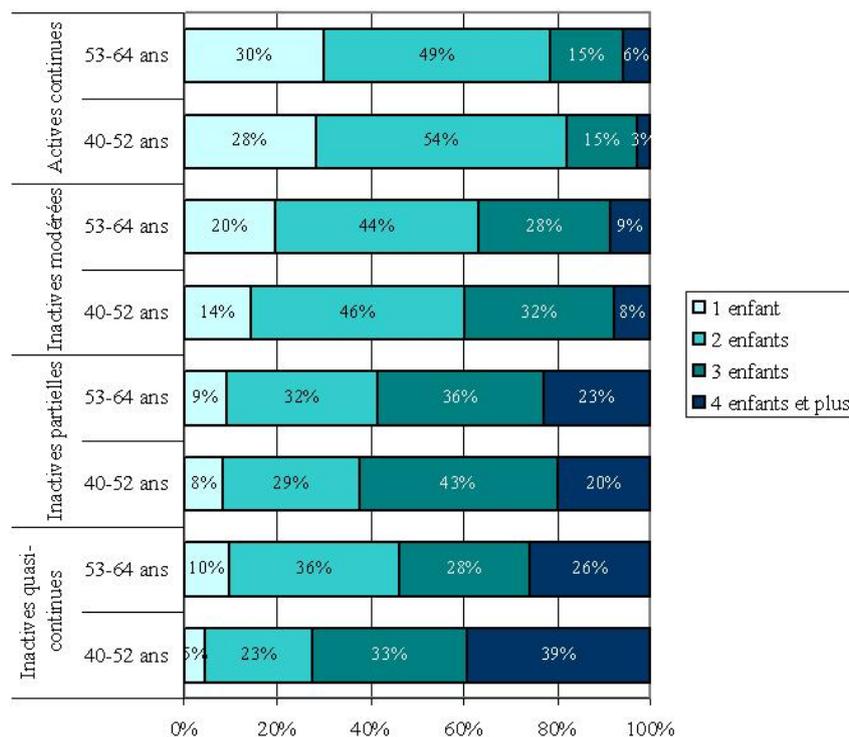
Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Les différences de parité selon les générations sont ténues mais méritent que l'on s'y arrête (graphique 2.2). Dans les 4 profils, on observe une diminution relative des femmes avec un seul enfant chez les plus jeunes (40-52 ans) par rapport au groupe d'âge suivant (53-64 ans). Cette baisse se fait au profit des familles à 2 ou 3 enfants (voire à 4 enfants pour les inactives quasi-continues). Donc, les femmes les plus jeunes de l'enquête sont moins souvent mères d'enfant unique et mères de famille très nombreuse (sauf les inactives quasi-continues) et plus souvent mères de 2 ou 3 enfants. Deux éléments peuvent éclairer ce changement

générationnel : l'exposition aux mesures de politique familiale qui a incité les femmes à atteindre des parités de rang 3, puis de rang 2 au travers de l'APE 3^{ème} enfant (1985) étendue au 2^{ème} enfant 10 ans plus tard. On peut aussi invoquer un facteur structurel, avec un poids plus élevé dans les jeunes générations de femmes au comportement plus fécond (par exemple des femmes issues de l'immigration africaine ou turque).

Graphique 2.2 Répartition des femmes selon le nombre d'enfants par profil d'inactivité et groupe d'âges



Le calendrier de la 1^{ère} union et de la 1^{ère} naissance

L'entrée dans la vie familiale est assez fortement corrélée à la trajectoire d'inactivité professionnelle. Plus le temps consacré à l'inactivité dans la carrière a été long, plus l'âge à la première union et l'âge à la première naissance ont été précoces (tableaux 2.5 et 2.6, graphique 2.3). Cette tendance est plus prononcée pour le calendrier de la primo-fécondité : 41 % des inactives quasi-continues ont eu leur premier enfant avant 22 ans contre 15 % des actives continues, et la pente est régulière pour les catégories intermédiaires. Ces résultats sont concordants avec différentes recherches mettant en évidence le lien entre l'inscription dans un schéma de constitution familiale précoce et des trajectoires d'emploi discontinues (Battagliola et al., 1997 ; Battagliola, 1998 ; Marry et al., 1995). Les premières naissances « tardives », après 30 ans, concernent principalement les femmes qui ont toujours travaillé. Cette corrélation, liée généralement à la durée des études, n'est pas surprenante. Par ailleurs, on note une accentuation des écarts entre profil d'inactivité : l'âge à la première naissance des femmes les plus actives (continues et inactives modérée) augmente chez les plus jeunes tout en restant stable chez les autres (graphique 2.6). Là encore, les femmes aux longues carrières

d'inactivité se démarquent de la tendance générale de recul du calendrier de la primo-fécondité.

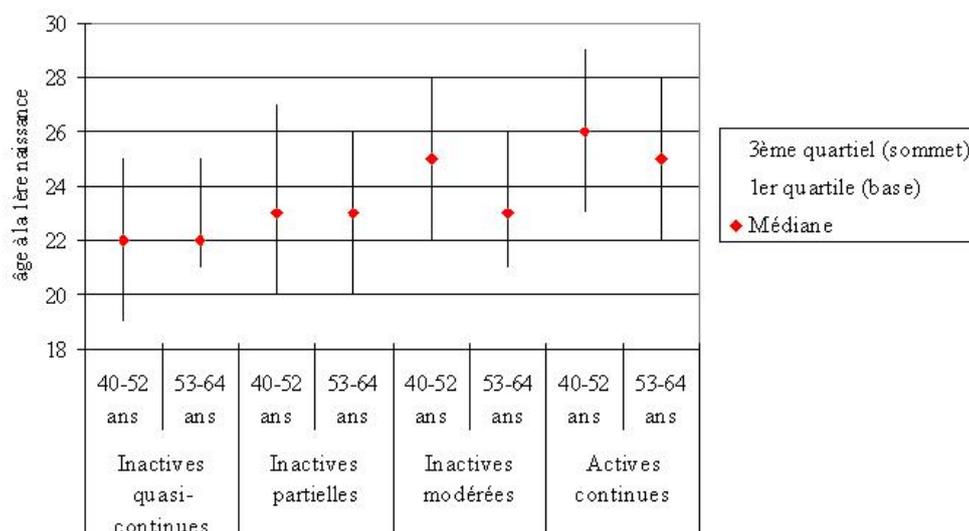
Tableau 2.5 - Répartition des femmes selon l'âge à la première naissance par profil d'inactivité

Âge à la 1 ^{ère} naissance	Inactives quasi-continues	Inactives partielles	Inactives modérées	Actives continues
moins de 22 ans	41	36	26	15
22-24 ans	31	28	27	26
25-29 ans	23	23	31	38
30 ans et plus	5	12	16	22
Total	100	100	100	100

Champ : femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Graphique 2.3 Distribution des femmes selon l'âge à la première naissance par profil d'inactivité et groupe d'âge



Les inactives quasi-continues commencent plus tôt que les autres leur vie conjugale et reproductive, et font moins l'expérience de l'instabilité conjugale. Elles ne sont que 13 % à avoir connu plusieurs unions contre 18 % parmi les plus actives. Rares sont ces femmes longtemps inactives à avoir connu, au cours de leur itinéraire professionnel, des périodes hors union : plus des trois quarts ont passé au moins 95 % de la durée de leur itinéraire en couple. Inversement, les actives continues sont proportionnellement plus nombreuses à avoir connu des périodes de leur vie professionnelle hors union : 22 % d'entre elles ont passé moins de 75 % de leur itinéraire en couple, alors que cette situation n'a été vécue que par 15 % des inactives quasi-continues.

Tableau 2.6 Répartition des femmes selon l'âge à la première union par profil d'inactivité

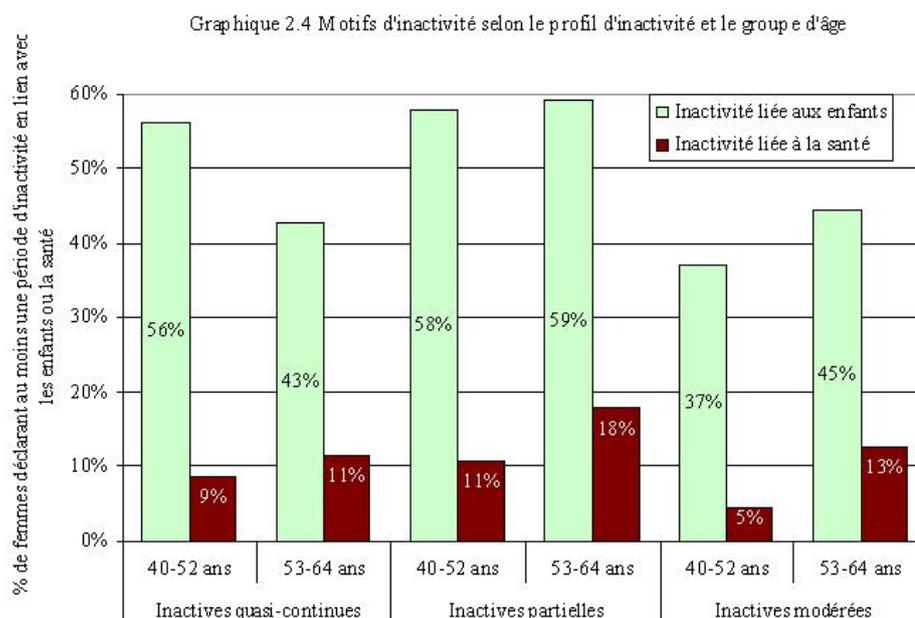
Âge à la 1 ^{ère} union	Inactives quasi-continues	Inactives partielles	Inactives modérées	Actives continues
moins de 20 ans	33	31	23	16
20-21 ans	31	28	31	30
22-24 ans	25	22	26	31
25 ans et plus	11	19	20	23
Total	100	100	100	100

Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Les motifs d'inactivité

Les principaux motifs invoqués pour expliquer les périodes d'inactivité sont en lien avec la famille, tout d'abord le fait d'élever des enfants puis celui de soigner des proches (graphique 2.4). Près de la moitié des femmes (47 %) indiquent comme raison principale d'au moins l'une de leur période d'inactivité le fait d'avoir élevé un enfant. Par ailleurs, les motifs d'inactivité liés à la santé, bien que minoritaires, ne sont pas insignifiants, notamment dans le groupe le plus âgé (par un effet de vieillissement) sans que nous soyons en mesure de dégager une tendance nette en fonction du profil d'inactivité. Les inactives quasi-continues (49 %) et surtout les inactives partielles (59 %) sortent du marché du travail principalement pour s'occuper de leurs enfants, contrairement aux inactives modérées qui ne sont qu'environ 40 % à invoquer ce motif.



En résumé, les caractéristiques familiales des femmes selon leur profil d'inactivité permettent de dégager des tendances assez marquées, avec d'un côté les femmes les plus inactives (quasi-continues et partielles) qui, moins diplômées, sont les plus centrées sur les rôles familiaux dès le début de leur itinéraire (union et première naissance précoces, stabilité conjugale, souvent mères de famille nombreuse, inactivité motivée par le soin et l'éducation des enfants) et, de l'autre, les femmes les plus actives (continues et inactives modérées), souvent avec une

scolarité longue, qui consacrent une part plus restreinte dans leur itinéraire à la conjugalité et à la fécondité.

2.3.2 Caractérisation des séquences d'activité professionnelle

Les quatre types d'inactivité professionnelle ont été construits sur la base du poids relatif de l'inactivité dans la totalité de l'itinéraire professionnel. Mais cette typologie inclut ainsi une proportion plus ou moins importante de temps passé en activité. La différenciation des profils d'inactivité s'exprime aussi, comme nous le verrons, sur le contenu des séquences d'activité (emplois longs, emplois courts, activité à temps partiel et chômage).

Les actives continues (qui n'ont connu aucune période d'inactivité d'au moins une année consécutive) se caractérisent par la stabilité et la densité de leur vie professionnelle. La quasi-totalité de ces femmes (92 %) a passé au moins la moitié de son itinéraire dans des emplois longs (tableau 2.7).

Tableau 2.7 - Caractérisation de l'itinéraire professionnel par profil d'inactivité

	Inactives quasi-continues	Inactives partielles	Inactives modérées	Actives continues
Au moins 10 % de l'IP au chômage	2 %	13 %	5 %	12 %
Au moins 10 % de l'IP en emploi court	32 %	53 %	51 %	35 %
Au moins 50 % de l'IP en emploi long	0 %	20 %	78 %	92 %
Aucun temps partiel	70 %	55 %	59 %	77 %
Jusqu'à 50 % de l'IP en temps partiel	10 %	19 %	21 %	11 %
Plus de 50 % de l'IP en temps partiel	20 %	26 %	20 %	12 %

Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

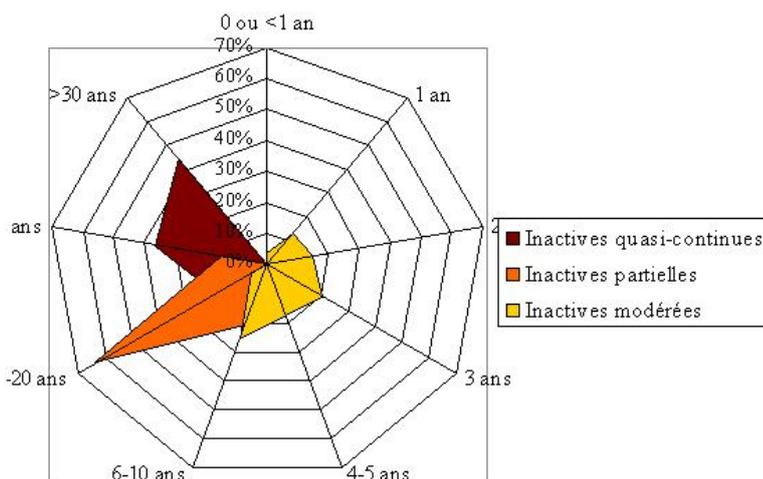
À l'opposé, les inactives quasi-continues, qui n'ont pas réellement vécu d'autres situations que l'inactivité (plus des 2/3 de l'IP en inactivité), ont principalement occupé des emplois courts et souvent à temps partiel (tableau 2.7¹¹). Le recours à ces conditions d'emploi, qu'il ait précédé leur inactivité ou s'y soit intégré de façon plus perlée, est sans doute lié aux facteurs qui ont conduit à cette inactivité. Une analyse du séquençage de ces itinéraires professionnels sera éclairante sur ce point. Si l'on s'intéresse à la séquence d'inactivité qui a duré (de façon continue) le plus longtemps dans l'ensemble de l'itinéraire, pour un tiers de ces femmes la séquence dépasse les 30 ans (graphique 2.5). Parmi les plus âgées, l'ancrage dans l'inactivité est encore renforcé : près des deux tiers ont connu une période d'inactivité de plus de 30 ans.

Entre ces deux pôles, on trouve des femmes qui ont connu de l'inactivité de façon plus ou moins conséquente, sans que cette situation soit dominante. Les inactives partielles (entre 1/3 et 2/3 de l'IP en inactivité) ont un itinéraire professionnel est marqué par la rareté des périodes d'emplois longs, comme les inactives quasi-continues, et l'importance des emplois à

¹¹ Dans le tableau 2.3, afin de catégoriser les différents éléments composant l'itinéraire professionnel, nous avons construit des variables opposant les femmes dont l'itinéraire comprenait une part notable de chômage ou d'emplois courts (au moins 10 % de leur IP) ou au moins la moitié du temps de leur IP en emploi long, à celles qui en comportaient moins. Le seuil de 10 % (1^{er} décile) a été choisi en raison de la place modeste prise par les emplois courts (en moyenne 12,7 % du temps de l'IP) et celle très mineure prise par le chômage (en moyenne 2,6 % du temps de l'IP), alors que pour les emplois longs une scission de type médiane était pertinente.

temps partiel, des emplois courts et du chômage. Il est possible que la fragilité de l'insertion professionnelle de ces femmes les ait conduites à opter pour de longues périodes d'inactivité (les 2/3 ont connu des séquences d'inactivité allant de 11 à 20 ans, graphique 2.5) à moins que l'inactivité ait été un facteur défavorable à une insertion professionnelle plus stable.

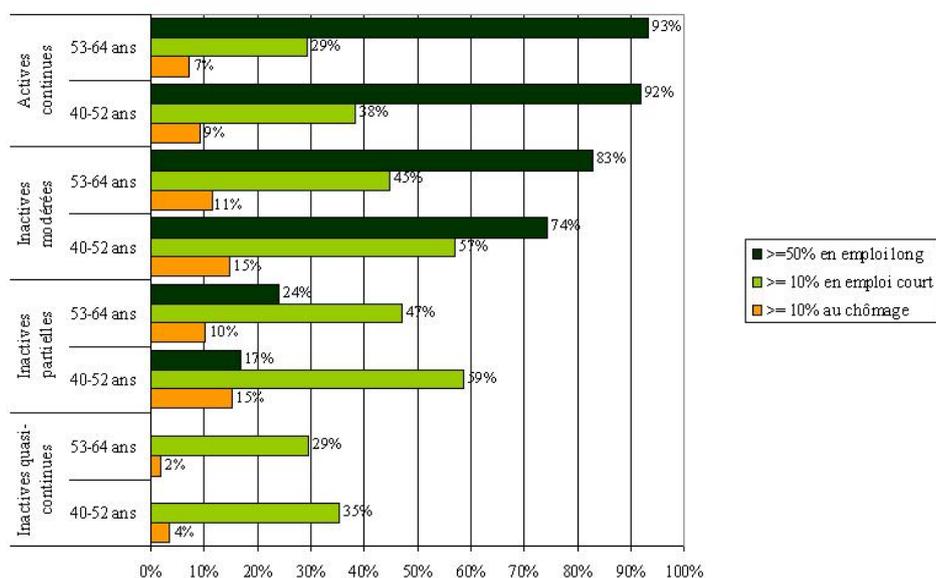
Graphique 2.5 Période d'inactivité la plus longue selon le profil d'inactivité



Enfin, les inactives modérées (moins d'1/3 de l'IP en inactivité) ont peu connu de périodes de chômage ; elles sont sur certains points assimilables aux actives continues (elles ont presque autant fréquenté les emplois longs) mais sur d'autres elles ressemblent davantage aux inactives partielles (par la fréquence des emplois courts et du temps partiel). Ce qui les sépare le plus des inactives partielles, c'est la durée maximale des périodes d'inactivité qui est beaucoup plus faible et beaucoup moins concentrée (graphique 2.6) : ces femmes connaissent donc plusieurs périodes d'inactivité courtes plutôt que quelques périodes très longues.

Le seul point de convergence des quatre types d'itinéraire d'inactivité professionnelle concerne les évolutions dans le temps. Les femmes les plus jeunes (40-52 ans) ont systématiquement des périodes d'emploi courts, de chômage et d'emploi à temps partiel plus fréquentes que leurs aînées (53-64 ans) (graphique 2.6) ainsi que des périodes d'inactivité moins fréquentes et moins longues. Cette transformation de la structure des itinéraires professionnels est une traduction des transformations des conditions d'emploi de la période plus récente (raréfaction des CDI, hausse du chômage, notamment en début de carrière, hausse du temps partiel féminin et en même temps généralisation du travail des femmes). Il faut toutefois prendre aussi en compte les effets de troncature inhérents à ce type d'analyse : les femmes les plus jeunes ont des carrières plus courtes et donc moins de chances d'avoir connu des périodes d'emploi long (qui ont une taille minimale de 5 ans) ou de longues périodes d'inactivité.

Graphique 2.6 Distribution des femmes selon les caractéristiques de l'itinéraire professionnel par profil d'inactivité et groupe d'âge



En résumé, on peut dégager de ces profils d'activité les éléments suivants :

- des actives continues essentiellement en emploi long, à temps plein ;
- des inactives partielles et modérées dont la variété des itinéraires est assez importante (la part des emplois longs, courts, du chômage, du temps partiel n'est ni largement dominant, ni rare) ;
- des inactives quasi-continues, dont la courte période d'activité est marquée par le temps partiel et des emplois courts.

2.3.3 Calendrier et position professionnelle au cours de l'itinéraire

La structure de l'itinéraire professionnel organisée en fonction de la durée des emplois occupés (longs, courts) et du chômage, peut être également décrite à partir d'indicateurs de calendrier et de position professionnelle en début et en fin d'itinéraire. Là encore, nous pouvons dégager des différences significatives entre les femmes selon qu'elles ont consacré une période plus ou moins longue à leur carrière professionnelle.

Démarrage de l'itinéraire professionnel

L'âge d'entrée dans l'itinéraire professionnel découle de la durée des études. Plus nombreuses à avoir fait des études, les actives continues ne sont que 31 % à avoir débuté leur itinéraire professionnel avant 18 ans (tableau 2.8). La proportion de femmes entrées précocement en activité augmente pour les inactives modérées (46 %) et concerne la majorité des inactives partielles (53 %) et quasi-continues (56 %). En somme, plus les femmes ont eu une trajectoire de continuité professionnelle, plus elles ont initié tardivement leur entrée sur le marché du travail, accumulant probablement des titres scolaires à cette fin. Il est difficile à ce stade de déterminer si l'âge de début de la vie active est en soit un facteur favorisant l'inactivité, ou si ce sont davantage les caractéristiques associées à ce calendrier qui jouent (en particulier le

niveau de diplôme). Une analyse plus poussée, toutes choses égales par ailleurs, permettra ultérieurement d'avancer des hypothèses plus solides.

Tableau 2.8 - Âge au début de l'itinéraire professionnel par profil d'inactivité

Âge en début d'IP	Inactives quasi-continues	Inactives partielles	Inactives modérées	Actives continues
Moins de 16 ans	31	22	16	9
16-17 ans	25	31	28	22
18-19 ans	24	25	30	34
20-21 ans	11	15	14	16
22 ans et plus	9	8	12	20
Total	100	100	100	100

Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

En début d'itinéraire, les trois quarts des femmes occupent une position d'ouvrière ou d'employée (tableau 2.9) toutefois les actives continues sont bien moins souvent dans un poste de niveau ouvrier (22 %) que les autres femmes, en particulier que les inactives quasi-continues et partielles (resp. 49 % et 46 %).

Tableau 2.9 - PCS en début et en fin d'itinéraire professionnel par profil d'inactivité

PCS	Inactives quasi-continues		Inactives partielles		Inactives modérées		Actives continues	
	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin	Début	Fin
Cadres, prof. interm., indép.	20	17	22	19	22	35	32	50
Employées	32	34	32	36	43	36	45	35
Ouvrières	49	49	46	45	34	29	22	15
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Hormis chez les inactives quasi-continues, où les plus âgées se démarquent par un niveau d'entrée beaucoup plus élevé que les plus jeunes, en cohérence avec la proportion conséquente de diplômées parmi elles, les positions professionnelles initiales varient peu d'un groupe de générations à l'autre.

Trajectoire professionnelle

Les femmes les moins actives ont évidemment une mobilité plus faible que les autres¹². En fin de carrière ou à l'enquête, il ne reste plus qu'une moitié d'ouvrières et d'employées chez les actives continues et un peu moins des deux tiers chez les inactives modérées, alors que la composition des deux autres types s'est beaucoup moins modifiée (tableau 2.10). Si, pour plus des trois quarts des femmes (77 %), la stabilité est la règle (la PCS finale est la même que la PCS initiale), elles sont 17 % à connaître une carrière ascendante et 5 % une carrière descendante. Les carrières ascendantes ne sont notables que chez les actives continues et les inactives modérées (resp. 21 % et 20 %), le fait d'avoir connu une inactivité conséquente

¹² La mobilité professionnelle est mesurée par le passage d'une position socioprofessionnelle à l'autre, en début et en fin d'itinéraire. La mobilité ascendante concerne les cas suivants : ouvrier/employé vers indépendant/prof. intermédiaire ou cadre ; indép./prof. inter. vers cadre. La mobilité descendante concerne les cas suivants : cadre versus indép./prof. inter. ou ouvrier/employé ; indép./prof. inter. vers ouvrier/employé.

conduisant à connaître la stabilité dans la quasi-totalité des cas. On ne relève pas de différences majeures de mobilité professionnelle pour chaque profil d'inactivité entre les deux groupes de générations considérés.

Tableau 2.10 - Mobilité professionnelle au cours de l'itinéraire par profil d'inactivité

Mobilité professionnelle	Inactives quasi-continues	Inactives partielles	Inactives modérées	Actives continues
Descendante	3	6	5	4
Stabilité	95	84	75	75
Ascendante	2	10	20	21
Total	100	100	100	100

Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

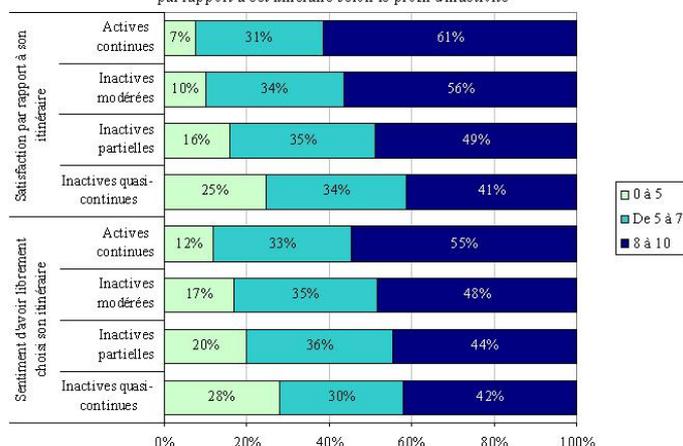
Sources : Enquête SIP, 2006.

La perception de l'itinéraire professionnel

Les appréciations portées sur la maîtrise et la qualité de l'itinéraire professionnel sont assez positives, sauf pour les femmes les moins actives (graphique 2.7). Plus elles sont actives, plus les femmes ont le sentiment de maîtriser, ou du moins d'avoir librement choisi, leur itinéraire professionnel. Les femmes fortement inactives sont assez hétérogènes de ce point de vue, on trouve à la fois une petite majorité (42 %) estimant avoir décidé de son itinéraire et une minorité importante (28 %) jugeant au contraire avoir eu peu de prise sur celui-ci.

On retrouve à peu près le même résultat concernant la satisfaction relative à l'itinéraire, ce qui est probablement lié à une certaine cohérence de déclaration entre le choix et la satisfaction (liée à ce choix). D'un côté, les actives continues et les inactives modérées expriment le plus souvent une satisfaction à l'égard de leur itinéraire professionnel et, de l'autre, les moins actives portent un jugement nettement plus sévère sur leur parcours. Une bonne partie des femmes dont les itinéraires sont marqués par l'inactivité, témoignent rétrospectivement d'une grande insatisfaction (25 %) mais, dans ce groupe, on retrouve également des femmes portant un jugement très positif sur leur itinéraire (41 %).

Graphique 2.7 Sentiment d'avoir choisi son itinéraire professionnel et satisfaction par rapport à cet itinéraire selon le profil d'inactivité



En résumé, les femmes qui ont passé le plus de temps en inactivité ont connu des itinéraires professionnels forcément tronqués et écourtés, démarrant tôt et dans des positions socioprofessionnelles du bas de l'échelle, sans mobilité. Néanmoins, le regard rétrospectif sur leur trajectoire est loin d'être négatif pour une majorité de ces femmes, qui ont probablement fait un choix de vie en s'engageant dans une carrière maternelle plutôt que dans une carrière professionnelle.

À l'autre pôle, les femmes qui ont consacré la majorité de leur itinéraire à une activité professionnelle, plus diplômées, sont entrées un peu plus tardivement sur le marché du travail et ont souvent connu une mobilité ascendante. Elles sont le plus souvent satisfaites de leur itinéraire passé.

2.3.4 Santé et inactivité

En matière de santé, l'âge, facteur sous-jacent dans toute la caractérisation des profils d'inactivité ne peut être absolument pas négligé. En effet, le vieillissement s'accompagne d'une détérioration de l'état de santé et d'une prévalence plus importante de maladies. Par ailleurs, des effets cumulatifs peuvent se manifester. Il est donc nécessaire de faire la part de cet effet d'âge. Pour estimer les liens éventuels entre l'état de santé et l'itinéraire d'inactivité professionnelle, nous avons retenu quatre indicateurs : l'état de santé perçue à l'enquête, le nombre de problèmes de santé et le nombre de problèmes de maladies chroniques cumulés sur toute la vie et les problèmes de santé ayant perturbé l'itinéraire professionnel.

L'état de santé perçue

L'état de santé estimé à l'enquête diffère notablement selon l'activité. Un clivage manifeste intervient entre les femmes qui ont été peu ou pas actives (inactives quasi-continues et partielles) et les autres : les premières sont plus de 40 % à déclarer un état de santé moyen ou mauvais à l'enquête contre moins de 30 % pour les actives continues. Plus l'inactivité a été longue dans le parcours, plus les femmes se déclarent en moins bonne santé. L'avancée en âge induit une appréciation moins favorable de l'état de santé, sans que les différences entre profils d'inactivité soient modifiées. Chez les plus jeunes, 79 % des actives continues se disent en bonne ou très bonne santé à l'enquête alors que ce n'est le cas que de 59 % des inactives quasi-continues (graphique 2.8). L'écart est très conséquent. Plus loin, une analyse prenant en compte l'état de santé avant le début de l'itinéraire professionnel permettra de vérifier si la situation d'inactivité est elle-même pathogène, ou si elle est provoquée par des problèmes de santé précoces (effet de sélection), ou enfin si d'autres facteurs associés à l'inactivité (effets cumulatifs) dégradent l'état de santé.

Les actives continues se déclarent en bonne santé car objectivement elles ont eu moins de problèmes de santé que les autres : elles sont 68 % à n'avoir eu aucune maladie chronique (graphique 2.9) et 55 % à n'avoir fait état d'aucun problème de santé (graphique 2.10). Un engagement continu dans une activité professionnelle s'accompagne donc d'une bonne santé, que celle-ci soit un facteur de sélection au départ ou que le type de métier exercé protège les femmes de problèmes de santé. Dans les trois autres profils d'inactivité, la prévalence de problèmes de santé et de maladies chroniques est systématiquement supérieure, chez les plus jeunes comme chez les plus âgées. Pour tous les profils d'inactivité, on note une augmentation régulière des maladies chroniques avec l'âge (graphique 2.9), avec un accroissement d'autant

plus notable que l'inactivité est grande. La prévalence des maladies chroniques est particulièrement importante chez les inactives quasi-continues et partielles, à partir de 53 ans. Il est possible que ces maladies les aient justement conduites vers l'inactivité. De leur côté, les problèmes de santé augmentent assez régulièrement avec l'âge, pour les trois profils d'inactives, et cela de façon d'autant plus prononcée que les femmes sont fortement inactives (graphique 2.10).

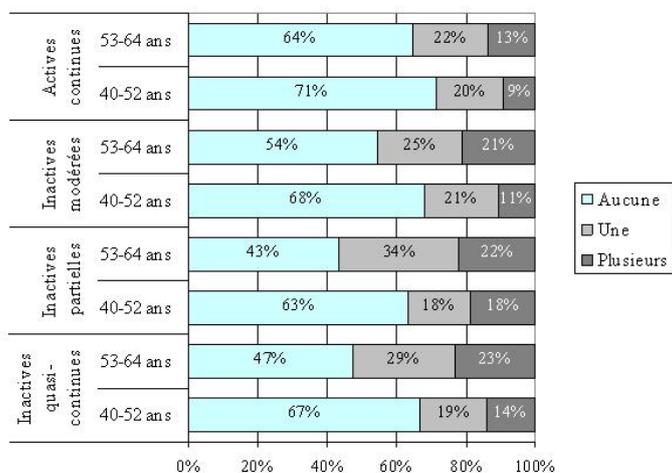
Si les problèmes de santé sont très répandus (entre 55 % et 58 % des inactives et 45 % des actives déclarent avoir eu des problèmes de santé), leur incidence sur l'itinéraire professionnel est très variable selon le profil d'inactivité. Les actives continues sont très peu nombreuses à déclarer des problèmes de santé comme des éléments ayant perturbé leur itinéraire professionnel¹³ (5 %), en revanche c'est le cas d'un cinquième des inactives partielles (20 %) et d'une proportion un peu moins forte (14%) des inactives modérées et quasi-continues. Enfin, les autres difficultés en rapport avec la santé, comme les handicaps et les accidents sont assez partagés par toutes les femmes, quel que soit le profil d'inactivité.

Graphique 2.8 Etat santé général perçu à l'enquête selon le profil d'inactivité et le groupe d'âge

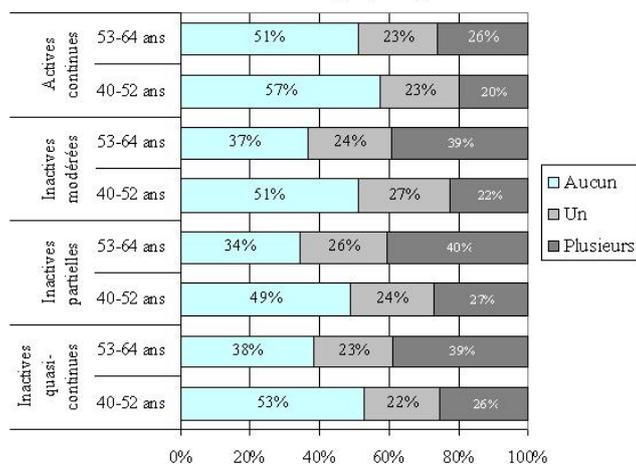


¹³ Variable NBPBIP.

Graphique 2.9 Déclaration de maladies chroniques selon le profil d'inactivité et le groupe d'âge



Graphique 2.10 Déclaration de problèmes de santé selon le profil d'inactivité et le groupe d'âge



En résumé, la bonne santé mesurée est fortement associée au parcours d'activité professionnelle continue. Ces femmes, qui n'ont jamais connu d'interruption d'activité d'un an ou plus, déclarent moins que les autres des problèmes de santé et ont une perception très positive de leur état de santé. Inversement, l'inactivité, quelle que soit son intensité dans le parcours, s'accompagne de davantage de maladies. À ce stade, il n'est pas possible d'établir de relation causale entre l'inactivité et la santé, néanmoins la liaison statistique est incontestable. Il reste à vérifier si « toutes choses égales par ailleurs » cette liaison se maintient, et ensuite à établir une chronologie qui permettra de saisir l'antériorité des problèmes de santé ou des périodes d'inactivité (notamment liées aux maternités) au long de la trajectoire.

2.3.5 Portraits

Les descriptions qui précèdent ont déjà permis de dresser le profil des femmes selon le type d'itinéraire d'inactivité professionnelle qu'elles avaient connu. Globalement, on constate le plus souvent un gradient allant des plus inactives au plus actives, les premières se caractérisant par un plus faible niveau de diplôme, un calendrier familial plus précoce, une fécondité plus élevée et une stabilité conjugale, un parcours professionnel, court, marquée par le temps partiel, des emplois courts, un démarrage précoce de l'itinéraire et au bas de l'échelle social et l'absence de mobilité. Plus la durée d'activité augmente dans l'itinéraire professionnel, plus ces caractéristiques s'inversent. Néanmoins certaines particularités demeurent, et des irrégularités dans ce gradient s'expriment ça et là. Nous allons maintenant vérifier si ces caractéristiques socio-familiales et professionnelles qui distinguent les quatre profils d'inactivité, sont toujours opérantes « toutes choses égales par ailleurs ».

Le tableau 2.11 présente quatre modèles de régressions logistiques, un par profil d'inactivité, et 15 variables explicatives relatives aux caractéristiques familiales, sociales et professionnelles des femmes.

Plusieurs facteurs sont associés, « toutes choses égales par ailleurs » au profil des actives continues : appartenir à la classe d'âge la plus jeune, avoir un seul enfant, s'être mis en couple après 20 ans¹⁴, être diplômée et avoir débuté son itinéraire dans une profession intermédiaire, indépendante ou cadre, avoir eu un itinéraire ascendant. En revanche, avoir connu le chômage, des emplois courts et avoir travaillé à temps partiel, de même qu'avoir été mère de famille nombreuse ou avoir connu des événements de santé avant 18 ans réduisent les chances d'être active continue.

Les inactives quasi-continues sont pratiquement l'image inversée des actives continues, même si l'âge ne semble pas jouer en ce qui concerne. Plus elles ont eu d'enfants plus elles ont de probabilité de connaître ce profil d'activité. Les diplômes, l'instabilité conjugale¹⁵, le fait d'avoir eu son premier enfant tardivement et la mobilité professionnelle ascendante réduisent les chances d'appartenir à ce profil, de même que le fait d'avoir travaillé à temps partiel ou d'avoir connu le chômage. À l'inverse, avoir débuté dans une position professionnelle élevée semble favoriser ce profil, ce que n'indiquait pas l'analyse bivariée. Avoir cessé de travailler pour élever ses enfants double la probabilité d'être inactive quasi-continue, l'avoir fait pour des raisons de santé l'augmente presque autant.

Le fait d'avoir élevé 3 enfants ou plus, d'avoir eu le premier tardivement¹⁶, d'être diplômée, d'avoir connu du chômage ou du travail à temps partiel, fait augmenter les chances d'être inactive partielle. Comme pour les inactives quasi-continues, l'arrêt pour les enfants et plus encore celui pour des raisons de santé, contribuent à ce type de profil.

¹⁴ Nous avons considéré que les femmes qui avaient débuté leur première union avant 20 ans l'avaient fait jeunes. Cela concerne 23 % des femmes, avec un âge médian à la mise en couple de 21 ans et un âge moyen de 22 ans.

¹⁵ Nous avons opposé les femmes ayant connu une seule union (dite stable) à celles qui en ont vécu plusieurs (19 %) qui ont été rassemblées avec les rares mères sans union (46, soit 1 %).

¹⁶ Dans les régressions logistiques, nous avons utilisé le seuil des 30 ans pour caractériser les premières naissances tardives, qui ne concernent que 16% des femmes considérées. L'âge médian à la première naissance est de 24 ans et l'âge moyen de 25 ans.

Ce sont au contraire les plus jeunes qui ont moins de chances de connaître une inactivité modérée, tout comme les femmes ayant débuté dans des emplois intermédiaires ou cadres (contrairement au résultat de l'analyse bivariée) et les mères de familles très nombreuses. Par contre, avoir eu trois enfants augmente la probabilité de connaître ce type d'inactivité, comme avoir connu l'instabilité conjugale et la précarité professionnelle (du chômage, des emplois courts, du travail à temps partiel), mais aussi une mobilité professionnelle ascendante. L'arrêt d'activité pour les enfants et les raisons de santé sont également fortement associés à ce type.

Globalement, la plupart des résultats des analyses bivariées restent valides, toutes choses égales par ailleurs. On soulignera seulement l'absence d'effet de certaines variables comme le calendrier de la primo-fécondité pour les actives continues et les inactives modérées et le niveau d'études pour ces dernières. Par ailleurs, de façon surprenante, les inactives quasi-continues ont plus de chances de démarrer leur itinéraire professionnel à un niveau intermédiaire ou supérieur, qu'à un niveau ouvrier ou employé.

Tableau 2.11 - Profils d'inactivité professionnelle (odds ratio)

Variables et modalité de référence	Modalités	Active continue	Inactive modérée	Inactive partielle	Inactive quasi-continue
Âge Réf : 53-64 ans	40-52 ans	1,64 ***	0,83 ***	Ns	Ns
Nombre d'enfants Réf : 2	1	1,69 ***	Ns **	0,69 *	0,69 *
	3	0,36 ***	Ns ***	2,16 ***	1,53 ***
	4 et plus	0,22 ***	0,50 ***	2,80 ***	3,85 ***
Âge à la 1 ^{ère} union Réf : 20 ans et plus	Moins de 20 ans	0,73 ***	Ns	Ns	Ns
Âge à la 1 ^{ère} naissance Réf : Moins de 30 ans	30 ans et plus	Ns	Ns	1,41 *	0,48 ***
Niveau d'études Réf : Collège ou moins	CAP, BEP	1,50 ***	1,26 *	Ns	0,46 ***
	Bac ou plus	0,56 ***	Ns	Ns	0,39 ***
Nombre d'unions Réf : 1	2 ou plus	Ns	1,35 **	Ns	0,54 ***
PCS début IP Réf : Ouvrière, employée	Indép, prof. Inter, cadre	1,57 ***	0,75 ***	0,56 ***	1,75 ***
Mobilité professionnelle Réf : Stable	Ascendant	1,66 ***	1,38 **	0,55 ***	0,10 ***
Chômage dans l'IP Réf : Moins de 10 %	10 % ou plus	0,80 **	1,38 ***	1,29 *	0,44 ***
Emplois courts dans l'IP Réf : Moins de 10 %	10 % ou plus	0,62 ***	1,27 **	Ns	Ns
Temps partiel dans l'IP Réf : Non	Oui	0,64 ***	1,43 ***	1,30 *	0,46 ***
Inactivité liée aux enfants Réf : Non	Oui		2,40 ***	3,51 ***	2,33 ***
Inactivité liée à la santé Réf : Non	Oui		1,87 ***	3,65 ***	1,81 ***
Événement de santé avant 18 ans Réf : Non	Oui	0,71 ***	Ns	Ns	Ns

Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Note : les cases grisées correspondent à des cas incompatibles. Le motif d'inactivité n'a été demandé qu'en cas d'interruption d'un emploi, et les actives continue n'ont jamais connu d'interruption.

La santé

Les mêmes variables ont été utilisées afin de modéliser le fait d'avoir une santé moyenne ou mauvaise (santé dégradée), d'avoir eu une ou plusieurs maladies chroniques, d'avoir connu un ou plusieurs problèmes de santé au cours de l'itinéraire professionnel et d'avoir fait

l'expérience de problèmes de santé qui avaient influencé l'itinéraire professionnel. Nous soulignerons ici les principaux enseignements de ces régressions, sans entrer dans les détails (tableau 2.12).

Quel que soit le problème de santé pris en compte, les inactives ont une probabilité significativement plus grande que les actives continues d'avoir des problèmes de santé et de s'estimer en mauvaise santé (sauf les actives modérées). Cette opposition entre les actives continues et les autres, déjà observée dans l'analyse bivariée est vérifiée ici, toutes choses égales par ailleurs.

Tableau 2.12 - Caractérisations de la santé

Variables et modalité de référence	Modalités	Santé dégradée à l'enquête	Maladies chroniques	Pb de santé dans l'IP	Pb santé affectant l'IP
Itinéraire d'inactivité <i>Réf : Active continue</i>	Inactive modérée	Ns	1,19 *	1,48 ***	3,24 ***
	Inactive partielle	1,31 *	1,47 ***	1,47 ***	4,84 ***
	Inactive quasi-continue	1,51 ***	1,31 **	Ns	0,63 ***
Âge <i>Réf : 53-64 ans</i>	40-52 ans	0,80 ***	0,58 ***	0,63 ***	0,63 ***
Nombre d'enfants <i>Réf : 2</i>	1	1,29 **	Ns	Ns	Ns
	3	1,24 **	Ns	Ns	Ns
	4 et plus	1,38 **	Ns	Ns	Ns
Âge à la 1 ^{ère} union <i>Réf : 20 ans et plus</i>	Moins de 20 ans	Ns	1,19 *	1,17 *	Ns
Âge à la 1 ^{ère} naissance <i>Réf : Moins de 30 ans</i>	30 ans et plus	0,75 **	Ns	Ns	Ref
Niveau d'études <i>Réf : Collège ou moins</i>	CAP, BEP	0,61 ***	Ns	0,73 ***	0,77 *
	Bac ou plus	0,50 ***	Ns	0,77 ***	0,72 **
Nombre d'unions <i>Réf : 1</i>	2 ou plus	1,32 ***	Ns	Ns	1,39 **
PCS début IP <i>Réf : Ouvrière, employée</i>	Indép, prof. Inter, cadre	Ns	Ns	Ns	Ns
Mobilité professionnelle <i>Réf : Stable</i>	Ascendant	0,75 **	Ns	Ns	Ns
Chômage dans l'IP <i>Réf : Moins de 10 %</i>	10 % ou plus	1,32 ***	Ns	1,21 **	1,83 ***
Emplois courts dans l'IP <i>Réf : Moins de 10 %</i>	10 % ou plus	Ns	Ns	Ns	1,29 *
Temps partiel dans l'IP <i>Réf : Non</i>	Oui	Ns	Ns	Ns	Ns
Inactivité liée aux enfants <i>Réf : Non</i>	Oui	Ns	0,83 **	0,81 **	0,66 ***
Inactivité liée à la santé <i>Réf : Non</i>	Oui	6,71 ***	2,49 ***		
Événement de santé avant 18 ans <i>Réf : Non</i>	Oui	1,91 ***	4,18 ***	10,86 ***	2,19 ***

Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Par ailleurs, on peut retrouver des points communs aux indicateurs de santé considérés (sauf les maladies chroniques) : l'âge bien sûr, mais également le niveau de diplôme et l'expérience du chômage se manifestent dans le même sens. Les femmes plus âgées, les femmes de niveau collège au plus, et celles qui ont connu le chômage pendant au moins 10 % de leur itinéraire professionnel ont une probabilité nettement accrue d'être en mauvaise santé. Ces deux derniers indicateurs traduisent des inégalités sociales de santé, pourtant souvent moins marquées pour la population féminine.

Enfin, toutes choses égales par ailleurs, les problèmes de santé dans l'enfance augmentent très nettement la probabilité de se percevoir en mauvaise santé ou de déclarer des maladies à l'âge adulte. Ces effets cumulatifs se vérifient également par la probabilité beaucoup plus importante d'avoir une mauvaise santé et des maladies chroniques chez les femmes qui ont connu des périodes d'inactivité pour des raisons de santé.

2.4 Événements dans l'enfance et trajectoire d'inactivité professionnelle

Des événements de santé plus ou moins précoces peuvent-ils favoriser les choix de l'inactivité ou de la discontinuité professionnelle, notamment lors de la naissance des enfants ?

Partant de l'hypothèse que l'inactivité féminine peut être, dans certains cas, le résultat d'un état de santé dégradé, il est nécessaire d'examiner les conditions préalables à l'interruption d'activité. Il s'agit alors de vérifier si l'arrêt d'une activité professionnelle à la naissance d'un enfant (et plus généralement, tout au long de son itinéraire professionnel) est plus fréquent pour les femmes qui étaient en mauvaise santé préalablement ou qui ont subi des événements de santé dans leur enfance ou leur jeunesse. Autrement dit, c'est l'hypothèse de sélection par la santé qui est testée ici.

Les analyses qui suivent mettent en relation les événements relatifs à la santé qui se sont produits au cours de l'enfance et de la jeunesse (avant 18 ans) et la trajectoire d'inactivité professionnelle.

L'enquête SIP documente peu le milieu social d'origine et les conditions de vie dans l'enfance. Néanmoins, quelques variables permettent de situer approximativement les femmes selon le contexte social et familial d'origine. En revanche, tous les événements de santé sont répertoriés depuis la naissance. Les variables disponibles se répartissent en 3 groupes :

- des variables qui renseignent sur le milieu d'origine : âge à la fin des études, niveau de diplôme à la fin des études initiales, pays de naissance et âge d'arrivée en France pour les personnes nées à l'étranger (on s'intéressera aux arrivées avant 18 ans), personnes ayant élevé l'enquête¹⁷.
- des variables relatives à la perception d'événements vécus dans l'enfance (jusqu'à 18 ans) : handicap, longue maladie, grave problème de santé ou décès d'un proche, séparation longue d'un proche, conflits familiaux, mauvais traitements, conditions de vie difficiles, conflits et violence à l'école ou dans le voisinage, interruption d'une formation pour raison de santé, guerre.
- des variables retraçant les événements de santé en fonction de l'âge de leur survenue ainsi que les conséquences et séquelles de ceux-ci.

¹⁷ Cette dernière variable n'a finalement pas été utilisée dans les traitements qui suivent en raison des très faibles effectifs des personnes n'ayant pas été élevées par leurs pères et mères.

2.5 Événements marquants dans l'enfance

Le questionnaire propose 11 situations qui ont pu affecter l'enfance des enquêtées. Celles-ci sont liées soit à des problèmes de santé touchant l'enquêté (handicap, longue maladie, arrêt d'apprentissage pour cause de santé) ou son entourage (maladie ou décès d'un proche) ; soit à l'environnement familial (séparation d'avec un proche, conflit dans la famille, mauvais traitements, conditions de vie difficiles) ; soit enfin à l'environnement extérieur à la famille (victime de violences répétées à l'école ou dans le voisinage, guerre). Ces événements marquants ont donc un caractère bien particulier : ils concernent exclusivement des aspects négatifs de l'enfance dans les domaines de la santé et des relations familiales ou sociales.

Certains événements concernent une minorité de femmes (guerre 3,6 % ; violences extérieures à la famille 3 %, longue maladie 4,1 %, handicap 4,8 %, mauvais traitements 7 %), d'autres sont plus fréquents (conditions de vie précaires 12,7 %, séparation d'un proche 14 %, problème de santé d'un proche 16,9 %, conflits familiaux 18 %, décès d'un proche 23,3 %). Il faut être néanmoins prudent dans l'interprétation de ces résultats car il ne s'agit pas d'une mesure de l'occurrence de ces événements mais de l'impact émotionnel de l'évènement (la question posée était : de votre naissance à vos 18 ans, l'un de ces événements vous a-t-il marqué ?).

On s'attache par la suite à vérifier si les femmes qui s'arrêtent de travailler sont plus susceptibles que les autres d'avoir connu l'un de ces événements marquants avant 18 ans. Chacune de ces situations fait d'abord l'objet d'une mise en relation avec la trajectoire d'inactivité des femmes, puis, dans un deuxième temps, des régressions logistiques permettent d'examiner ces liaisons statistiques « toutes choses égales par ailleurs ».

Résultats de l'analyse descriptive

Une liaison statistique entre événements marquants de l'enfance et trajectoire d'inactivité est vérifiée dans la plupart des cas (tableau 2.13). Handicap, problème de santé d'un proche, décès d'un proche, mauvais traitement, conditions de vie difficiles, guerre : chacun de ces événements marquants présente une liaison statistiquement significative (au seuil de 5 % de la probabilité associée au khi²) avec la trajectoire d'inactivité professionnelle. Ces résultats sont éclairés par ceux de l'enquête Événements de vie et santé de 2005-2006 qui met en évidence les liens directs entre le fait d'être victime d'actes violents, d'avoir traversé des événements de vie difficiles et de présenter un état de santé dégradé. Il est probable que la conjonction de ces facteurs agit sur la capacité des femmes à s'insérer socialement et à prendre place sur le marché du travail (Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, 2010).

La liaison statistique met surtout en évidence le profil des femmes actives continues qui font moins souvent état d'événements marquants dans leur enfance que les autres : elles ont moins souvent déclaré avoir vécu dans des conditions difficiles, avoir subi des mauvais traitements, ou encore avoir été marquées par le décès ou des problèmes de santé d'un proche. Autrement dit, ces femmes qui ont une trajectoire d'activité continue semblent avoir été davantage préservées dans leur enfance de problèmes de santé ou de problèmes familiaux par rapport aux femmes des trois autres trajectoires d'inactivité.

Les femmes inactives quasi-continues ont pour seule particularité d'avoir été davantage marquées par un handicap dans leur enfance. La fréquence du handicap décroît mais irrégulièrement avec l'intensification de la durée de l'activité professionnelle dans l'itinéraire. On peut faire l'hypothèse qu'un processus de sélection est intervenu du fait du handicap qui a limité l'accès au marché du travail de ces femmes (il faudrait pouvoir identifier la nature du handicap pour prolonger cette hypothèse).

En revanche, le fait d'avoir été marqué par une longue maladie dans l'enfance n'est pas associé à une trajectoire en particulier (pas plus que d'avoir été marqué par des conflits familiaux ou par la séparation d'un proche, ou encore par une violence subie à l'extérieur de la famille). Il pourrait éventuellement s'agir de maladies sans séquelles à l'âge adulte (à la différence du handicap qui est plus souvent non réversible) mais marquantes du fait de leur longueur avant d'être guéries.

Tableau 2.13 - Les événements marquants de l'enfance selon l'itinéraire d'inactivité professionnelle

Événements marquants	Inactives quasi continues	Inactives partielles	Inactives modérées	Actives continues	Significativité
Handicap	7,3 %	6,0 %	3,8 %	4,5 %	*
Longue maladie	5,9 %	4,3 %	4,1 %	3,5 %	Ns
Problème de santé d'un proche	18,4 %	19,3 %	18,1 %	14,6 %	*
Décès d'un proche	27,2 %	26,1 %	23,5 %	20,9 %	*
Séparation d'un proche	14,7 %	16,3 %	13,8 %	13,1 %	Ns
Conflits familiaux	16,5 %	17,9 %	19,3 %	17,3 %	Ns
Mauvais traitements	7,9 %	9,9 %	7,8 %	5,0 %	***
Conditions de vie difficiles	15,0 %	15,4 %	13,1 %	10,6 %	*
Violences à l'école, dans le voisinage	3,2 %	3,3 %	3,1 %	2,7 %	Ns
Guerre	5,7 %	5,2 %	3,6 %	2,3 %	***

Champ : femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

°Écarts entre itinéraires : significatif au seuil de 0,1 %***, 1 %**, 5 %*, ns = non significatif au seuil de 5 %.

Lecture : sur 100 femmes inactives quasi-continues, 7,3 ont déclaré un handicap comme événement marquant de leur enfance.

Ces premiers résultats descriptifs donnent quelques indications sur des corrélations possibles entre la perception du vécu de l'enfance et le type d'itinéraire professionnel. Néanmoins, les 4 types d'itinéraire étant constitués de femmes dont les caractéristiques sociodémographiques diffèrent (*cf.* sections précédentes), et ces mêmes caractéristiques pouvant être elles-mêmes liées aux événements vécus dans l'enfance, il est nécessaire de procéder à une analyse « toute choses égales par ailleurs », à savoir à même caractéristiques illustratives des conditions sociales dans l'enfance. Les variables étant peu nombreuses sur cet aspect dans l'enquête, quatre ont été retenues :

- la génération d'appartenance (1942-53 soit 53-64 ans ; 1954-66 soit 40-52 ans) ;
- le niveau de diplôme (collège ou CAP/BEP au plus bac, supérieur au bac) ;
- le lieu de naissance (France ou étranger) ;
- l'âge d'arrivée en France (avant 18 ans ou après) ;

Ces deux dernières variables ont été agglomérées pour obtenir une variable synthétique à trois modalités : né en France ; né à l'étranger et arrivé en France avant 18 ans ; né à l'étranger et arrivé en France à 18 ans ou après ;

Par ailleurs, le nombre d'enfants (1, 2 et 3 ou plus) est également introduit dans le modèle au titre de variable de contrôle, puisque l'inactivité est fortement liée à ce nombre.

Chaque événement marquant de l'enfance est modélisé séparément des autres, soit un modèle pour chaque événement marquant et dix modèles au total¹⁸.

Résultats de l'analyse « toutes choses égales par ailleurs »

Avec l'introduction des variables de contrôles indiquées plus haut (génération, diplôme, migration, nombre d'enfants), il reste assez peu de corrélations significatives entre les événements marquants de l'enfance et la trajectoire d'inactivité (tableau 2.14). Les trajectoires d'inactivité, telles qu'elles sont définies dans cette étude, sont donc assez peu sensibles aux événements marquants de l'enfance.

Les modèles de régression confirment néanmoins la tendance générale des résultats de l'analyse descriptive, à savoir que les actives continues ont bénéficié d'une meilleure situation familiale ainsi que de meilleures conditions de vie et de santé dans leur enfance ou, plus précisément, qu'elles ont vécu moins d'événements négatifs marquants sur ces aspects-là.

Tableau 2.14 - Événements marquants dans l'enfance et trajectoire d'inactivité professionnelle (odds ratio)

Événements marquants dans l'enfance	Inactives quasi continues	Inactives partielles	Inactives modérées	Actives continues (référence)
Handicap	1,8*	Ns	Ns	1
Longue maladie	ns	Ns	Ns	1
Problème de santé d'un proche	ns	1,4*	1,3*	1
Décès d'un proche	1,3*	Ns	Ns	1
Séparation d'un proche	ns	Ns	Ns	1
Conflits familiaux	ns	Ns	Ns	1
Mauvais traitements	ns	1,9**	1,5*	1
Conditions de vie difficiles	ns	Ns	Ns	1
Violences à l'école, dans le voisinage	ns	Ns	Ns	1
Guerre	ns	Ns	Ns	1

Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Significatif au seuil de 0,1 %***, 1 %**, 5%*, ns = non significatif au seuil de 5 %.

Lecture : Chaque ligne correspond au résultat d'un modèle, avec la variable modélisée indiquée dans la colonne de gauche, et 4 variables de contrôle (niveau de diplôme, lieu de naissance ou âge d'arrivée en France, génération, nombre d'enfants).

Les événements de santé ont finalement peu d'effet sur la trajectoire d'inactivité professionnelle, sauf pour les inactives quasi-continues qui ont davantage été marquées par un handicap toutes choses égales par ailleurs. Ce résultat renforce l'interprétation en termes d'effet de sélection. Le handicap dans l'enfance conduisant à faire obstacle à une intégration professionnelle ultérieure.

Certains aspects de la situation familiale (décès, maladie, mauvais traitements) sont corrélés aux trajectoires d'inactivité mais sans qu'une tendance nette se dégage et qu'une interprétation globale puisse être avancée, mise à part la situation plus protégée des actives continues.

En résumé, les femmes ayant travaillé tout au long de leur itinéraire professionnel ont vécu moins d'événements négatifs marquants dans leur enfance que les autres ; et les femmes qui

¹⁸ 11 variables sont disponibles, mais nous n'avons pas pris en compte celle concernant « l'arrêt d'un apprentissage pour cause de santé », le nombre d'individus concernés étant trop faible.

inversement ont passé au moins les deux tiers de leur vie « active » sans travailler, ont une probabilité plus élevée que les autres d'avoir subi un handicap qui a perturbé leur enfance.

2.5.1 Les problèmes de santé vécus dans l'enfance

Après avoir examiné le versant subjectif des événements de l'enfance, l'analyse qui suit s'intéresse aux événements de santé déclarés ayant eu lieu avant l'âge de 18 ans¹⁹.

Près d'une femme sur 2 n'a déclaré aucun événement de santé tout au long de sa vie. Une femme sur 10 a vécu au moins un événement de santé précoce, et 4 sur 10 ont déclaré au moins un événement après 18 ans²⁰ (tableau 2.15). Les événements de santé, précoces ou non, sont globalement moins fréquemment observés chez les femmes les plus actives (les écarts entre trajectoires d'inactivité sont significatifs au seuil de 5 %). Inversement, les femmes qui ont connu des durées longues d'inactivité (inactives quasi-continues et partielles) sont proportionnellement plus nombreuses à avoir subi un problème de santé précoce.

Tableau 2.15 - Le 1^{er} événement de santé selon l'âge de survenue et l'itinéraire d'inactivité professionnelle (N=3577)

Âge au 1 ^{er} évènement de santé	Inactives quasi continues	Inactives partielles	Inactives modérées	Actives continues	Ensemble
Avant 18 ans	13,6	13,4	10,0	8,2	10,2
A 18 ans ou plus	41,7	44,9	46,0	37,0	41,8
Aucun évènement de santé	44,7	41,6	44,0	54,9	47,9
Total	100	100	100	100	100

Champ : Femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Les événements de santé qui se produisent avant 18 ans sont généralement de courte durée. Le 1^{er} événement déclaré a duré moins d'un an dans 75 % des cas. Néanmoins, dans un tiers des cas (35 %) ces problèmes de santé sont déclarés comme chroniques et dans 8 % des cas (29 femmes), le problème a perturbé ensuite l'itinéraire professionnel de la femme.

Il s'agit le plus souvent de problèmes pulmonaires (20 %), viennent ensuite la catégorie « autres problèmes » (13 %), les problèmes d'os et d'articulation (11 %) et les maladies neurologiques (11 %). Les autres causes sont multiples et représentent de très petits effectifs de femmes.

À partir des premiers éléments descriptifs indiquant une liaison statistique entre les problèmes de santé dans l'enfance et la trajectoire professionnelle à l'âge adulte, un modèle de régression logistique a été construit afin de vérifier si ce résultat se maintenait « toutes choses égales par ailleurs ». On trouve une confirmation du résultat précédent : la probabilité d'avoir connu un événement de santé dans l'enfance est 1,8 fois supérieure pour les femmes ayant un itinéraire professionnel avec une longue période d'inactivité par rapport aux actives continues (tableau 2.16). Ce résultat nous conduit à conclure à un effet de sélection de la santé sur

¹⁹ Les évènements de santé sont renseignés à divers moment du questionnaire et portent sur toute la vie : à l'occasion d'un changement professionnel ou d'inactivité, de l'arrêt des études, comme évènement marquant de l'enfance, ou encore sans lien direct avec ces aspects-là.

²⁰ D'après Caroly et Cholez (2009) qui ont mené une analyse sur la qualité des données de l'enquête SIP, il semblerait que le questionnaire souffre d'une sous déclaration de certaines maladies héréditaires ou contractées pendant l'enfance (Caroly et Cholez, 2009 : 39).

l'activité. Les femmes ayant un itinéraire professionnel marqué par une longue période d'inactivité sont plus susceptibles d'avoir souffert d'un problème de santé avant 18 ans, toutes choses égales par ailleurs.

Tableau 2.16 - Premier événement de santé survenu avant 18 ans et trajectoire d'inactivité professionnelle (odds ratio)

Trajectoire d'inactivité	Odds ratio
Inactives quasi-continues	1,8***
Inactives partielles	1,8***
Inactives modérées	Ns
Actives continues (<i>référence</i>)	1

Champ : femmes âgées de 40 à 64 ans et mères d'au moins un enfant.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Significatif au seuil de 0,1 %***, 1 %**, 5 %*, ns = non significatif au seuil de 5 %.

Variables de contrôle : niveau de diplôme, lieu de naissance ou âge d'arrivée en France, génération, nombre d'enfant.

2.5.2 En résumé

Les quatre types d'itinéraire professionnel construits a priori dans l'objectif de décrire les caractéristiques féminines associées aux parcours d'inactivité apportent un certain nombre de résultats importants qui ont été résumés à l'issue de chaque sous partie. Sur les liens entre l'itinéraire d'inactivité professionnelle et la santé, on constate une différenciation notable de la santé perçue et des événements de santé selon le type d'itinéraire. La liaison déjà établie par différents travaux sur l'inactivité et la santé (voir la revue de la littérature) est ici vérifiée. Les femmes dont l'itinéraire professionnel est marqué par une période plus ou moins longue d'inactivité déclarent davantage de problèmes de santé²¹ que les femmes les plus actives.

À ce stade les relations de cause à effet ne sont pas encore établies, sauf en ce qui concerne les problèmes de santé dans l'enfance. La bonne santé dans l'enfance favorise une insertion durable sur le marché du travail.

L'étape suivante de l'analyse qui porte sur une approche séquentielle des parcours centrée sur les périodes en amont et en aval de chacune des naissances, permettra de repérer les liens causaux entre santé, interruption d'activité et maternité.

²¹ Indicateurs de santé considérés : santé perçue, problèmes de santé dans l'enfance et tout au long de la vie, maladies chroniques.

3. S'arrêter de travailler après la naissance d'un enfant : l'effet des conditions de travail et des évènements de santé

3.1 Itinéraires professionnels des mères : éléments de connaissance

Cette partie s'intéresse aux relations entre les conditions de travail antérieures à la naissance d'un enfant – et leurs éventuels effets sur la santé – et la mise en retrait du marché du travail après la naissance. Nous avons émis l'hypothèse que des situations de travail difficiles étaient susceptibles de favoriser des itinéraires professionnels discontinus avec notamment des interruptions d'activité à la suite d'une naissance. L'exposition à des conditions de travail pénibles ou à des risques psychosociaux pourrait conduire à des problèmes de santé physique, à des fragilités psychologiques ou à un "mal-être", incitant les femmes à suspendre leur activité professionnelle. Cette hypothèse de travail a été confortée par les résultats de recherches antérieures (Battagliola, 1998 ; Méda et al., 2003 ; Marc, 2004). Ces trois études convergent pour suggérer que les conditions d'emploi et de travail jouent un rôle sur la cessation de l'activité des mères, sans toutefois documenter la nature précise des facteurs potentiellement en cause. De même, S. Caroly et C. Cholez, dans leurs entretiens menés auprès de femmes interrogées dans l'enquête SIP donnent le cas de femmes dont le désengagement temporaire de l'emploi après une naissance répond effectivement à des situations de travail éprouvantes (harcèlement, transformations organisationnelles menaçantes) (Caroly et Cholez, 2009 : 56). Mais inversement, la première post-enquête qualitative SIP, réalisée auprès de 30 personnes dont 14 femmes, ne relève aucun cas où les conditions de travail auraient été présentées comme un motif de sortie de l'emploi : "*Souvent évoquée comme mode de fuite d'une situation de travail jugée délétère, « l'issue maternité » ne nous est pas apparue comme recours explicite chez les femmes enquêtées.*" (Guiho-Bailly et al., 2009 : 57).

Les connaissances actuelles sur les liens entre les conditions de travail, la maternité et les sorties d'activité sont donc éparses, peu systématiques et ne proposent pas une compréhension précise des interrelations entre ces trois pôles. L'intégration de la dimension santé à cette triade déjà complexe ne fait pas l'objet de travaux spécifiques à notre connaissance. Les données de l'enquête SIP permettent avec certaines limites de traiter cette question, bien qu'elles n'aient pas été spécialement conçues pour cela (en particulier la période qui entoure la naissance – de la grossesse au post-partum – ne fait pas l'objet de questions spécifiques). Toutefois, la collecte de trajectoires professionnelles détaillées avec la description de certaines conditions de travail, associées au calendrier biographique familial et au calendrier des évènements de santé permet de mettre en relation les trois dimensions explorées (les situations professionnelles, la situation familiale et la fécondité, la santé).

Cette 3^{ème} partie s'organise en trois sections. La première présente les éléments de mise œuvre méthodologique qui permettent de mesurer la transition à l'inactivité après chaque naissance. La seconde rend compte des résultats descriptifs concernant les caractéristiques sociodémographiques, de santé, d'emploi et des conditions de travail des femmes selon qu'elles ont opté pour une transition vers l'inactivité après une naissance (la 1^{ère}, la 2^{ème} ou la 3^{ème}) ou qu'elles se sont maintenues dans leur emploi. La troisième section, prolonge celle-ci avec une modélisation « toutes choses égales par ailleurs » de la probabilité d'interruption

d'activité professionnelle à l'issue de chaque naissance en fonction des caractéristiques individuelles et professionnelles des femmes.

3.2 Méthodologie

Pour analyser de façon chronologique les liens entre l'activité professionnelle et la maternité les données de l'enquête SIP ont dû faire l'objet d'un certain nombre d'opérations permettant d'obtenir une reconstitution précise des périodes d'emploi ou d'inactivité entourant chacune des 3 premières naissances.

3.2.1 Population et calendrier de référence

Deux critères délimitent la population d'étude : la fécondité et la situation d'emploi.

L'objet de la recherche portant sur l'inactivité féminine liée à la naissance des enfants, la population étudiée est circonscrite à celle des femmes ayant eu (ou adopté) et élevé au moins un enfant au cours de leur vie. L'analyse se fait en fonction du rang de naissance, on traite donc séparément les femmes ayant eu un 1^{er} enfant, un 2^{ème} enfant ou un 3^{ème} enfant.

S'agissant de connaître la situation professionnelle des femmes à la suite d'une naissance, et précisément de distinguer le maintien dans l'emploi ou la transition vers l'inactivité, on s'intéresse uniquement aux femmes qui avaient un emploi avant la naissance (période d'emploi long ou période d'emploi court principalement passé en activité²²). On exclut donc de la population de référence les femmes inactives ou au chômage avant la naissance de leur enfant.

L'« avant » et l'« après » naissance (N) correspondent à la durée N-1 et N+1. Autrement dit, la situation professionnelle avant la naissance est celle observée l'année (civile) qui précède l'année de naissance de l'enfant, et la situation professionnelle après la naissance est celle observée l'année (civile) qui suit l'année de naissance de l'enfant.

Au total, 4111 mères travaillaient avant la naissance de leur 1^{er} enfant ; 2691 travaillaient avant la naissance de leur 2^{ème} enfant et 879 travaillaient avant la naissance de leur 3^{ème} enfant.

²² Cf. note 9.

3.2.2 Les bases de données et les variables utilisées

Pour chaque individu, on répertorie 3 types de variables :

Sociodémographiques et de santé	Situation d'emploi avant chaque naissance	Conditions de travail avant chaque naissance
Âge à l'enquête Âge à la naissance des enfants Année de naissance des enfants Âge à la fin des études Trajectoire migratoire Situation conjugale à la naissance Problème de santé jusqu'à la naissance de l'enfant Durée d'intervalle entre naissances	PCS Fonction Statut Contrat de travail Temps de travail	Travail physiquement exigeant Exposition à des produits nocifs Ne dort pas entre minuit et 5h du matin Travail sous pression Tension avec le public Travail répétitif, sous contrainte Travail reconnu à sa juste valeur Emploi pleinement ses compétences Bonnes relations de travail avec les collègues

Ces variables sont repérées pour chaque période précédant une naissance.

Pour répertorier les conditions de travail l'année civile qui précède la naissance (la 1^{ère}, la 2^{nde} ou la 3^{ème}), il est nécessaire d'identifier la période d'emploi correspondant. Plusieurs cas de figure se présentent :

- les conditions de travail avant la naissance n'ont pas changé dans le temps et sont celles renseignées dans l'emploi actuel ;
- les conditions de travail avant la naissance ont changé entre la naissance et l'enquête : on reporte les caractéristiques de l'emploi et du travail pour la période (ou la sous-période) qui a débuté avant la naissance. Cette période a pu se terminer juste avant la naissance ou après celle-ci.

Pour la situation après la naissance, on reporte la situation face à l'emploi (en emploi occupé ou au chômage, en inactivité, en congé parental), l'année civile qui suit la naissance. Les femmes sont considérées comme inactives si leur interruption professionnelle a duré au moins une année (mais dans le cas de congés parentaux il est possible que l'arrêt ait été inférieur à l'année, l'information n'est pas toujours précisée).

Le mode de construction des données, centré autour de la date de chacune des trois premières naissances, permet de reconstituer les caractéristiques de l'emploi et du travail, de la situation familiale (situation conjugale) ou de la santé (nombre cumulé d'événements de santé) avant chaque naissance et de connaître la situation face à l'emploi à l'issue de chacune d'elles.

La population d'étude peut être schématisée de la façon suivante :

Femmes avec au moins 1 enfant et active avant la 1 ^{ère} naissance		Femmes avec au moins 2 enfants et active avant la 2 ^{ème} naissance		Femmes avec au moins 3 enfants et active avant la 3 ^{ème} naissance	
4111		2691		879	
En emploi après la 1 ^{ère} naissance	Hors emploi après la 1 ^{ère} naissance	En emploi après la 2 ^{ème} naissance	Hors emploi après la 2 ^{ème} naissance	En emploi après la 3 ^{ème} naissance	Hors emploi après la 3 ^{ème} naissance
3309 81 %	802 19 %	2014 75 %	677 25 %	621 71 %	258 29 %

3.3 Situation d'emploi, condition de travail et interruption d'activité après une naissance

Qui sont les femmes les plus susceptibles d'arrêter de travailler lors de la naissance d'un enfant ? Quels emplois occupent-elles ? Leur situation d'emploi et leurs conditions de travail ont-elles un effet sur leur décision d'arrêter de travailler à la suite de la naissance d'un enfant ? Des problèmes de santé antérieurs à la naissance favorisent-ils les interruptions d'activité ? Pour répondre à ces questions, nous procédons en deux temps.

En premier lieu, une analyse descriptive, à partir de tableaux bivariés, présente les taux d'inactivité des femmes, à la suite d'une naissance, en fonction de leurs caractéristiques professionnelles ; dans un deuxième temps, des modèles de régressions estiment les probabilités de transition vers l'inactivité à l'issue de chacune des trois premières naissances, en fonction des caractéristiques individuelles et professionnelles des femmes.

3.3.1 Taux d'inactivité des femmes et caractéristiques professionnelles

Les taux d'inactivité des femmes présentés ci-après correspondent à une mesure particulière, puisqu'ils sont calculés uniquement sur les femmes qui exerçaient une activité avant la naissance de leur enfant. Ils sont donc plus élevés que ceux que l'on trouve couramment dans la littérature qui correspondent aux taux d'activité selon la parité atteinte, indépendamment du statut d'occupation antérieur à la dernière naissance.

Parmi l'ensemble des femmes qui travaillent avant la naissance de leur 1^{er} enfant, 19 % ont ensuite interrompu (le plus souvent provisoirement) leur activité professionnelle. Ce taux d'inactivité croît avec les naissances suivantes : il s'élève à 25 % pour la 2^{ème} naissance et à 29 % pour la 3^{ème} naissance. Si les proportions de femmes interrompant leur activité augmentent finalement assez peu de la 1^{ère} à la 3^{ème} naissance, c'est qu'à chaque maternité une partie des femmes s'installe pour une durée parfois longue dans l'inactivité et n'exerce pas d'emploi avant la naissance suivante. Aussi, les mères les plus susceptibles d'arrêter de travailler sont-elles de moins en moins représentées parmi les femmes actives avant leur 2^{ème} ou 3^{ème} naissance. Dans la majorité des cas le motif d'arrêt évoqué par les femmes est la volonté d'élever leur enfant. Toutefois le passage à l'inactivité est assez dépendant des situations d'emploi rencontrées par les femmes.

Catégorie socioprofessionnelle

1^{ère} naissance (tableau 3.1)

Plus le métier exercé par les femmes avant la première naissance est peu qualifié, plus les femmes sont nombreuses à interrompre leur activité après la naissance du premier enfant. Ce résultat est cohérent avec ce que l'on sait par ailleurs des caractéristiques d'emploi des femmes qui cessent complètement de travailler en ayant recours au Complément de libre choix d'activité (CLCA) à temps plein pour la 1^{ère} naissance : il s'agit en majorité d'ouvrières et d'employées, notamment quand le métier exercé est physiquement pénible (services au particuliers, commerce) (Berger et al., 2006).

Dans les professions intermédiaires, les femmes travaillant dans les secteurs de la santé et du social sont aussi plus nombreuses à s'arrêter (17 %) que celles insérées dans d'autres secteurs d'emploi au même niveau professionnel (12 à 13 %). Si elles sont moins nombreuses à s'arrêter que les ouvrières et employées, en revanche les femmes des professions intermédiaires sont majoritaires parmi les bénéficiaires du CLCA à temps partiel (Berger et al., 2006).

À l'inverse, un niveau de responsabilité et de salaire plus élevé, comme pour les cadres (9 %), ou encore la difficulté d'être remplacées, comme pour les indépendantes (7 %), incitent les femmes à poursuivre leur activité professionnelle.

Tableau 3.1 - Taux d'inactivité après chaque naissance selon la PCS occupée avant la naissance

PCS avant la naissance	1 ^{ère} naissance	2 ^{ème} naissance	3 ^{ème} naissance
Ouvrières non qualifiées	30 %	37 %	52 %
Ouvrières qualifiées	26 %	37 %	34 %
Employées de services aux particuliers	29 %	41 %	29 %
Employées de commerce	26 %	41 %	45 %
Employées de bureau	21 %	29 %	42 %
Employées du secteur public	14 %	25 %	30 %
Professions intermédiaires secteur enseignement	12 %	9 %	23 %
Professions intermédiaires secteur santé, social	17 %	18 %	27 %
Professions intermédiaires secteurs autres	13 %	20 %	41 %
Cadres	9 %	10 %	15 %
Indépendantes	7 %	7 %	2 %

Champ : Femmes en emploi l'année qui précède la 1^{ère} / 2^{ème} / 3^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Lecture : À l'issue de la 1^{ère} naissance, 30% des femmes occupant un poste d'ouvrières non qualifiées avant cette naissance ont arrêté de travailler pendant au moins un an.

2^{ème} naissance (tableau 3.1)

L'interruption après la seconde naissance est un peu plus fréquente et les différences entre PCS sont plus importantes. La faible qualification et la pénibilité du travail favorisent la cessation d'activité de façon encore plus visible (41 % pour les personnels de services aux particuliers et les employées de commerce, 37 % pour les ouvrières). Les femmes cadres, mais aussi les enseignantes du primaire et les indépendantes, ne s'arrêtent que rarement (entre 7 % et 10 % d'entre elles).

3^{ème} naissance (tableau 3.1)

Le retrait d'activité est plus massif à l'issue de la 3^{ème} naissance. Si plus de la moitié des ouvrières non qualifiées (52 %) arrêtent de travailler à cette occasion, et presque autant des employées de commerce (45 %), de bureau (42 %) et des professions intermédiaires d'entreprise (41 %), les personnels de service aux particuliers ne font plus partie de celles qui s'interrompent le plus (29 %). L'effet du « troisième enfant », qui donne accès à des mesures spécifiques (type APE), est particulièrement marqué pour les professions intermédiaires autres que de santé, les employées de bureau et les ouvrières non qualifiées.

Fonction

L'examen des fonctions exercées avant chaque naissance fournit des résultats en cohérence avec les précédents (tableau 3.2). Dans les fonctions de la production et de l'entretien, le taux

d'inactivité est élevé. Mais, les fonctions de production induisent des arrêts accrus à chaque rang de naissance (de 26 % pour la 1^{ère} à 52 % pour la 3^{ème}), alors que dans le domaine de l'entretien, le taux d'interruption varie très peu (de 31 % à 29 %). L'effet du troisième enfant est particulièrement important dans les fonctions de secrétariat, où 42 % des femmes cessent de travailler à la troisième naissance, alors qu'elles étaient 20% pour la première et 30 % pour la seconde. Il est tout aussi marqué dans l'enseignement et la recherche qui connaissent des taux d'interruption faibles aux deux premières naissances (12 % et 14 %) et un arrêt bien plus conséquent pour la troisième (24 %).

Type de contrat

Pour les deux premiers enfants, la précarité de l'emploi entraîne des interruptions plus fréquentes (tableau 3.2) : les femmes en CDI sont entre 19 % pour la première naissance et 26 % pour la seconde à interrompre leur activité, alors que les salariées sur des contrats moins durables connaissent, sans doute de façon moins maîtrisée et programmée, une cessation d'activité plus importante (26 % pour la première naissance et 33 % pour la seconde). Une partie de ces interruptions ne se produirait donc pas dans le cadre « sécurisé » d'un retour programmé dans un emploi stable, comme ne le permet que le congé parental. Pour les femmes n'ayant pas de CDI avant la grossesse, il s'agit parfois de faire le choix entre retrouver rapidement un emploi, avec des conditions de conciliation avec la vie familiale difficiles à anticiper et décider de reporter ce choix à plus tard, quand leur enfant aura grandi, ou quand une opportunité professionnelle se présentera. Pour la troisième naissance, les différences ne sont pas significatives.

Statut de l'emploi

Les femmes exerçant un emploi dans le public interrompent presque deux fois moins souvent leur activité que les salariées du privé (12 % contre 22 % pour la 1^{ère} naissance, 17 % contre 32 % pour la 2^{nde} et 24 % contre 43 % pour la 3^{ème}) (tableau 3.2). Enfin, ce sont les femmes employées par des particuliers qui cessent le plus massivement de travailler, après le premier (34 %) et le second enfant (33 %). Elles paraissent rester en retrait des salariées du privé et même du public pour la 3^{ème}, mais l'effectif concerné est très faible pour que cette différence puisse être considérée comme solidement fondée.

Temps de travail

Le fait de travailler à temps partiel ou à temps complet n'entraîne pas de différence significative dans la cessation d'activité pour la seconde naissance (tableau 3.2). Pour le premier enfant et le troisième enfant, les femmes qui travaillent à temps partiel (mi-temps ou moins) sont plus nombreuses à s'interrompre, avec des différences très marquées pour le troisième enfant. Se sont-elles déjà en partie à distance de l'exercice professionnel ? Le fait de travailler au plus à mi-temps était-il en relation, soit avec des conditions particulières d'emploi (elles n'avaient pas trouvé « mieux »), soit parce que leurs conditions de vie personnelles les conduisaient déjà à ne pas travailler des quotités plus importantes, délibérément ou par contrainte ?

Tableau 3.2 - Taux d'inactivité après chaque naissance selon la situation d'emploi avant la naissance

Situation d'emploi avant la naissance	1 ^{ère} naissance	2 ^{ème} naissance	3 ^{ème} naissance
<i>Temps de travail</i>			
Temps plein	20 %	25 %	28 %
Temps partiel : plus de 50 %	13 %	31 %	29 %
Temps partiel : moins de 50 %	23 %	26 %	42 %
<i>Contrat de travail</i>			
CDI, fonctionnaire	19 %	26 %	34 %
Autres contrats	26 %	33 %	36 %
<i>Statut</i>			
Salariées du public	12 %	17 %	24 %
Salariées du privé	22 %	32 %	42 %
Salariées d'un particulier	34 %	33 %	19 %
<i>Fonction</i>			
Production	26 %	39 %	52 %
Entretien	31 %	31 %	29 %
Secrétariat	20 %	30 %	42 %
Gestion, commerce	19 %	27 %	35 %
Enseignement, R&D	12 %	14 %	24 %
Soins à la personne	17 %	22 %	26 %
Autres fonctions	20 %	27 %	33 %

Champ : femmes en emploi l'année qui précède la 1^{ère} / 2^{ème} / 3^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Lecture : À l'issue de la 1^{ère} naissance, 20% des femmes travaillant à temps plein avant cette naissance ont arrêté de travailler pendant au moins un an.

Conditions de travail et problèmes de santé

L'impact des conditions de travail dans la profession occupée avant chaque naissance s'exerce de façon relativement inattendue. Les femmes qui exercent un travail répétitif sont, pour chaque naissance, plus nombreuses à interrompre leur activité que les autres, avec un écart qui croît. À l'inverse, pour les autres dimensions « physiques » concernant les conditions de travail (travail de nuit, travail sous pression, tensions avec le public), ce sont les femmes qui semblent avoir le moins de difficultés qui cessent le plus leur activité, pour tous les rangs de naissance. Les dimensions relevant plus de la reconnaissance symbolique, comme le fait de mobiliser ses compétences dans le travail ou celui d'être reconnu à sa juste valeur, ont un effet plus attendu (moins de sorties d'emploi) mais moins marqué, ces deux aspects se relayant au gré des rangs de naissance. Les femmes qui estiment que leur travail n'est pas suffisamment reconnu ont plus tendance à interrompre leur activité (tableau 3.3).

Tableau 3.3 - Taux d'inactivité après chaque naissance selon la situation d'emploi avant la naissance

Conditions de travail	1 ^{ère} naissance	2 ^{ème} naissance	3 ^{ème} naissance
<i>Ne dort pas entre minuit et 5h du matin</i>			
Toujours, souvent, parfois	16 %	18 %	18 %
Jamais	20 %	26 %	31 %
<i>Travail sous pression</i>			
Toujours, souvent, parfois	16 %	23 %	30 %
Jamais	23 %	27 %	28 %
<i>Tensions avec le public</i>			
Toujours, souvent, parfois	14 %	22 %	25 %
Jamais	22 %	27 %	32 %
<i>Travail répétitif, sous contrainte</i>			
Toujours	25 %	31 %	38 %
Souvent, parfois, jamais	18 %	24 %	28 %
<i>Employer ses compétences</i>			
Toujours, souvent, parfois	19 %	25 %	30 %
Jamais	23 %	27 %	28 %
<i>Travail reconnu à sa juste valeur</i>			
Toujours, souvent	21 %	26 %	25 %
Parfois, jamais	18 %	25 %	32 %
<i>Bonne relation avec les collègues</i>			
Toujours	21 %	26 %	30 %
Souvent, parfois, jamais	15 %	25 %	43 %
Pas de collègues	19 %	18 %	12 %

Champ : Femmes en emploi l'année qui précède la 1^{ère} / 2^{ème} / 3^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Lecture : À l'issue de la 1^{ère} naissance, 16% des femmes travaillant de nuit avant cette naissance ont arrêté de travailler pendant au moins un an.

Le cumul des événements de santé jusqu'à l'année de la naissance (tableau 3.4) n'a d'impact significatif sur le fait de cesser son activité professionnelle que pour la seconde naissance, avec des arrêts plus fréquents pour les femmes qui ont connu des problèmes de santé.

Tableau 3.4 - Taux d'inactivité après chaque naissance selon la survenue d'événement de santé avant ces naissances

Événement de santé	1 ^{ère} naissance		2 ^{ème} naissance		3 ^{ème} naissance	
	Taux d'inactivité	Effectif	Taux d'inactivité	Effectif	Taux d'inactivité	Effectif
Aucun événement	19 %	3314	24 %	2116	29 %	659
1 événement ou plus	20 %	797	29 %	575	30 %	220
Ensemble	20 %	4111	25 %	2691	29 %	879

Champ : Femmes en emploi l'année qui précède la 1^{ère} / 2^{ème} / 3^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Le cumul des arrêts, les écarts entre naissances

L'arrêt de l'activité lors de la première naissance renforce de façon considérable la fréquence d'arrêt à l'occasion des naissances suivantes (tableau 3.5) : près des deux tiers des femmes qui ont interrompu leur activité après la première naissance le font pour la seconde contre un cinquième chez celles qui ont continué à travailler. L'impact de ce premier arrêt s'atténue toutefois pour le troisième enfant (38 % contre 28 %). Néanmoins, celles qui ont cessé leur activité après la naissance de leur second enfant sont plus de la moitié à faire de même pour le troisième (56 % contre 24 %).

Tableau 3.5 Taux d'inactivité après la 1^{ère} et la 2^{nde} naissances selon l'arrêt ou la continuité de l'activité à la naissance précédente

	2 ^{ème} naissance		3 ^{ème} naissance	
	Taux d'inactivité	Effectif	Taux d'inactivité	Effectif
Arrêt après 1 ^{er} enfant	64 %	188	38 %	106
Pas d'arrêt après 1 ^{er} enfant	22 %	2319	28 %	676
Ensemble	25 %	2507	29 %	782
Arrêt après 2 ^{ème} enfant			56 %	144
Pas d'arrêt après 2 ^{ème} enfant			24 %	722
Ensemble			29 %	866

Champ : Femmes en emploi l'année qui précède la 2^{ème} / 3^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

L'intervalle entre les naissances, notamment celui entre les deux premières naissances, a un impact sur l'interruption d'activité après la seconde naissance (tableau 3.6), mais aussi après la troisième (alors que l'écart entre seconde et troisième naissance ne joue pas). Des naissances très rapprochées ou assez éloignées tendent à augmenter l'occurrence d'une interruption de l'activité professionnelle, avec des taux de passage à l'inactivité minimaux pour des écarts entre les deux premiers enfants de l'ordre de 3 à 6 ans. L'interruption à la 3^{ème} naissance est nettement moins marquée quand l'écart entre les deux premières naissances est très faible.

Tableau 3.6 - Taux d'inactivité après la 2^{ème} et la 3^{ème} naissance selon la durée des intervalles entre naissances

Intervalle entre naissances	2 ^{ème} naissance		3 ^{ème} naissance	
	Taux d'inactivité (intervalle 1 ^{ère} - 2 ^{ème} naissance)	Effectif	Taux d'inactivité (intervalle 2 ^{ème} - 3 ^{ème} naissance)	Effectif
1 an ou moins	30 %	301	17 %	152
2 ans	25 %	590	32 %	255
3 ans	24 %	655	31 %	227
4 ans	22 %	428	33 %	111
5-6 ans	24 %	403	29 %	85
7 ans et plus	28 %	310	37 %	49

Champ : Femmes en emploi l'année qui précède la 2^{ème} / 3^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Durée de l'inactivité

Les caractéristiques de l'emploi exercé avant chaque naissance n'ont pas seulement un impact sur le fait d'interrompre l'activité après la naissance, mais aussi sur la durée de cette période d'inactivité. Globalement, la durée de l'arrêt après la première naissance est beaucoup plus importante que celles des deux suivantes (tableau 3.7) : 12 années en moyenne pour l'arrêt après la 1^{ère} naissance, contre 7 ans pour la 2^{nde} naissance et 6 ans pour la 3^{ème}. Cette durée plus courte d'interruption après les naissances de rang 2 et 3 est très certainement liée à l'exclusion du champ des femmes qui ont cessé de travailler de façon durable après la 1^{ère} naissance et, à l'inverse, à une plus grande représentation de femmes qui optent pour des interruptions temporaires et courtes après chaque naissance.

Tableau 3.7 Durée des interruptions d'activité à chaque naissance (en années)

	Moyenne	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile
1 ^{ère} naissance	11,9	3	7	17
2 ^{ème} naissance	6,9	2	3	8
3 ^{ème} naissance	5,8	2	3	5

Champ : Femmes en emploi l'année qui précède la 1^{er} / 2^{ème} / 3^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Pour chacun des rangs de naissance, les femmes qui avaient un emploi dans une des catégories où les taux d'arrêt sont les plus importants (ouvrières, employées hors secteur public ou de santé) s'arrêtent aussi plus longtemps que le temps médian (tableau non présenté). Elles sont ainsi plus de la moitié à interrompre leur carrière après la naissance du premier enfant pendant 7 ans et plus (53 %), contre 42 % des femmes cadres, indépendantes et professions intermédiaires hors santé et employées du secteur public. Pour les second et troisième enfants, pour lesquels la durée médiane d'inactivité est de 3 ans, les écarts entre les deux populations persistent et augmentent même. Les premières sont 68 % à s'arrêter au moins 3 ans à la seconde naissance (73 % pour la 3^{ème}), alors que les secondes sont 58 % et 54 % à interrompre leur activité pour une durée aussi longue. On retrouve de façon plus atténuée ces effets contrastés du type d'emploi au niveau des fonctions, avec une différenciation nette entre la production, avec des arrêts plus longs, et les autres types de fonction, mais seulement pour les deux premières naissances.

Plus de la moitié des femmes qui travaillent à temps complet s'arrêtent 7 ans ou plus à la première naissance, contre un tiers de celles qui travaillent à temps partiel, mais cet effet ne s'exerce plus pour les naissances ultérieures. Les salariées du privé sont plus nombreuses à s'arrêter 3 ans ou plus pour la seconde naissance que celles du public.

Conditions de travail et durée d'inactivité

Les conditions de travail « physiques » exercent une influence sur la durée des interruptions (tableau 3.8). Les femmes qui ont un travail répétitif sont plus nombreuses à s'interrompre plus longtemps que la durée médiane, pour les deux premiers enfants. Un travail physiquement exigeant agit dans le même sens pour le second enfant seulement. À l'inverse, en ce qui concerne les tensions avec le public et le travail sous pression, les conditions de travail les meilleures coexistent avec les durées d'arrêt les plus longues, de façon parallèle à ce que l'on pouvait constater avec les taux de cessation d'activité.

Tableau 3.8 - Durée de l'inactivité après chaque naissance selon les conditions de travail occupées avant la naissance

Conditions de travail		7 ans et plus	3 ans et plus	
		1 ^{ère} naissance	2 ^{ème} naissance	3 ^{ème} naissance
Travail répétitif	Toujours	59 %	75 %	
	Souvent à jamais	49 %	64 %	
Travail physiquement exigeant	Souvent ou toujours		70 %	
	Parfois ou jamais		64 %	
Tensions avec le public	De toujours à parfois	46 %	54 %	56 %
	Jamais	52 %	71 %	71 %
Travail sous pression	De toujours à parfois	47 %		59 %
	Jamais	53 %		73 %

Champ : Femmes en emploi l'année qui précède la 1^{er} / 2^{ème} / 3^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

3.3.2 Conclusion

L'analyse bivariée des déterminants d'une interruption de l'activité professionnelle après chacune des trois premières naissances, selon les caractéristiques de l'emploi occupé avant la naissance, met en évidence l'ambivalence des rôles que peuvent jouer ces caractéristiques surtout quand elles se combinent. L'examen des PCS et des fonctions conduirait plutôt à estimer que les emplois les plus pénibles occasionnent plus d'arrêts et aussi des arrêts plus longs. L'examen des conditions de travail met en évidence des effets complexes. Certaines conditions de travail pénibles, notamment le travail répétitif, induisent des taux d'interruption plus élevés et/ou des arrêts plus longs. Mais les interruptions sont également plus fréquentes et plus longues pour les femmes qui sont peu soumises à certaines conditions de travail difficiles, comme le fait de travailler sous pression ou d'être exposé à des tensions avec le public. Nous verrons sur les régressions logistiques si ces effets persistent. Enfin, les dimensions symboliques des conditions de travail (reconnaissance du travail, emploi à la hauteur de ses compétences, relations avec les collègues) sont des facteurs d'arrêt d'activité quand elles ont font l'objet d'une expérience négative, en revanche elles ont un effet neutre sur la durée d'interruption de l'activité.

3.4 Probabilités de transition vers l'inactivité

Après avoir examiné les taux d'inactivité des femmes à la suite de chacune des naissances en fonction de leur situation professionnelle et de leurs conditions de travail, nous allons maintenant vérifier dans quelle mesure les corrélations établies par l'analyse bivariée se maintiennent dans une modélisation « toutes choses égales par ailleurs » (modèle de régression logit). La population de référence des modèles diverge cependant de l'analyse bivariée car elle ne concerne que les femmes qui occupaient une activité salariée avant la naissance des enfants, les indépendantes sont exclues de l'analyse. Cette restriction est liée à la faiblesse des effectifs des femmes indépendantes – et donc des caractéristiques d'emploi qui leurs sont propres – qui pourrait perturber la robustesse des modèles. Mais on se souviendra que les indépendantes ont la particularité de se maintenir nettement plus en activité que les salariées.

La population de référence des modèles est composée des femmes occupant un emploi salarié 1 an avant la naissance de leur enfant :

Femmes avec au moins 1 enfant et en emploi avant la 1 ^{ère} naissance		Femmes avec au moins 2 enfants et en emploi avant la 2 ^{ème} naissance		Femmes avec au moins 3 enfants et en emploi avant la 3 ^{ème} naissance	
3867		2467		755	
En emploi après la 1 ^{ère} naissance	Hors emploi après la 1 ^{ère} naissance	En emploi après la 2 ^{ème} naissance	Hors emploi après la 2 ^{ème} naissance	En emploi après la 3 ^{ème} naissance	Hors emploi après la 3 ^{ème} naissance
3088 79,9 %	779 20,1 %	1808 73,3 %	659 26,7 %	509 66,5 %	256 33,5 %

Les modélisations qui suivent mesurent les facteurs agissant sur la probabilité de transition à l'inactivité à la suite d'une naissance. L'analyse est menée pour chaque naissance séparément (cf. annexe 1).

Chaque modèle introduit 3 groupes de variables :

- les caractéristiques individuelles :
 - o âge à l'enquête ;
 - o âge à la première maternité (uniquement pour le modèle relatif à la 1^{ère} naissance) ;
 - o âge à la fin des études ;
 - o parcours migratoire (cette variable n'a pas pu être prise en compte pour les modèles relatifs à la 2^{ème} et à la 3^{ème} naissance compte tenu des effectifs réduits des femmes inactives arrivées tardivement en France - voir les tableaux en annexe 1) ;
 - o problèmes de santé avant la naissance
 - o pour les naissances de rang 2 et 3 :
 - intervalle entre naissances ;
 - date de la naissance relativement aux mesures de politique familiale ;
 - interruption d'activité à l'issue de la naissance précédente.

La situation conjugale de la femme n'est pas prise en compte dans le modèle. Il est bien établi que les femmes sans conjoint sont moins susceptibles d'être inactives que les femmes en couple, cependant, il est rare qu'un an après la naissance de leur enfant, les femmes ne soient pas en couple. Ce cas de figure concerne un nombre trop restreint de mères enquêtées pour pouvoir être pris en considération.

Le revenu de la femme et/ou du ménage est également un variable importante dans l'arbitrage de la poursuite ou non de l'activité après une naissance. Cette variable n'est renseignée qu'au moment de l'enquête et non au moment des naissances, elle ne peut donc pas être introduite dans le modèle²³.

- Les caractéristiques de l'emploi 1 an avant la naissance :
 - o catégorie socioprofessionnelle ;
 - o secteur d'activité (privé / public) ;
 - o contrat de travail (Contrat court, sans contrat / CDI, fonctionnaire) ;
 - o durée de travail (temps plein / temps partiel) ;

²³ Il y a un risque important que le revenu ait varié entre la naissance et la date de l'enquête.

- Les conditions de travail 1 an avant la naissance :
 - o 6 conditions de travail considérées comme « pénibles » :
 - travail de nuit.
 - travail physique exigeant.
 - exposition à des produits nocifs.
 - travail répétitif.
 - tensions avec le public.
 - travail sous pression.
 - o 3 conditions de travail considérées comme positives :
 - un travail reconnu à sa juste valeur ;
 - employer ses compétences ;
 - avoir de bonnes relations avec ses collègues ;

Ces trois groupes de variables sont introduits successivement dans le modèle ce qui produit au total trois modèles pour chaque naissance. Par ailleurs, le 3^{ème} groupe de variables n'est pas introduit en bloc dans le modèle, mais chaque item est traité séparément des autres.

Les régressions logistiques confirment un certain nombre de résultats de l'analyse bivariée, notamment sur l'effet des situations d'emploi sur le passage à l'inactivité. En revanche, d'autres facteurs identifiés comme ayant un effet sur l'inactivité, s'avèrent ne pas en avoir une fois les autres variables contrôlées. C'est notamment le cas des conditions de travail. Voyons ces résultats plus en détails.

3.4.1 Les déterminants de l'inactivité à l'issue de la 1^{ère} naissance

La probabilité pour une femme salariée d'interrompre son activité professionnelle à la suite d'une 1^{ère} naissance est déterminé principalement par trois types de facteurs : la génération de naissance, le calendrier de certaines étapes biographiques (fin des études, 1^{ère} naissance, immigration) et la situation d'emploi (résumé des résultats dans le tableau 3.9).

Le passage à l'inactivité est d'autant plus probable que les mères sont plus âgées à l'enquête (au moins 53 ans). Ces femmes nées entre 1932 et 1953²⁴ correspondent aux générations pour lesquelles la conciliation travail / famille n'était pas la norme, alors que le retrait d'activité au moment de la constitution de la famille était très répandu. Les générations plus jeunes ont participé à la rupture avec ce modèle familial et connaissent des taux d'inactivité nettement inférieurs.

Le passage à l'inactivité est également déterminé par le franchissement précoce de certaines étapes, telles que la fin de la scolarité (dès l'âge légal de 16 ans) et la première maternité

²⁴ Le découpage des générations en 3 groupes (1932-53 ; 1954-1966 ; 1967-1989) a été présenté dans la 1^{ère} partie du rapport. Ce découpage permet de mieux considérer le contexte générationnel de chacun de ces groupes d'âge. Les femmes nées entre 1932 et 1953, âgées de 53 ans ou plus à l'enquête, ont connu tardivement (ou pas du tout) les mesures de politique familiale de type APE, contrairement aux suivantes. Les plus jeunes de ce groupe d'âge ont participé à la montée en puissance de l'activité féminine à une époque où le chômage était encore faible à l'entrée sur le marché du travail. Les femmes nées entre 1954 et 1966, âgées de 40 à 52 ans à l'enquête, ont connu la norme de l'activité féminine mais sur un marché du travail plus instable. Elles ont pu bénéficier des dispositifs de politique familiale, notamment l'APE 84 (3^{ème} enfant) et l'APE 94 (2^{ème} enfant). Les femmes nées après 1967, plus fortement éduquées, sont confrontées à un chômage de masse et à des difficultés croissantes d'insertion sur le marché du travail. Comme les précédentes, elles ont été concernées par les mesures incitatives d'interruption temporaire d'activité à la 2^{ème} ou la 3^{ème} naissance.

(avant 22 ans). L'inactivité est le prolongement d'une trajectoire scolaire écourtée et d'un investissement familial rapide, situation souvent observée dans les milieux populaires où l'investissement domestique précoce peut répondre en partie à un marché du travail saturé et ouvrant peu de perspectives aux jeunes femmes non qualifiées.

La trajectoire migratoire est également un facteur qui joue sur le passage à l'inactivité. Une arrivée tardive en France -à l'âge adulte- double la probabilité de devenir inactive (par rapport aux femmes nées en France ou immigrées avant 18 ans). Il est possible ici qu'il s'agisse de l'effet de la reproduction d'un modèle familial prévalant dans le pays d'origine (on pense en particulier aux femmes issues des pays d'Afrique du nord), ou de difficultés plus importantes à s'insérer sur le marché du travail.

Le passage à l'inactivité est également dépendant du type d'emploi occupé avant la naissance du 1^{er} enfant (à mêmes caractéristiques sociodémographiques). Comme d'autres travaux l'ont déjà montré, les emplois les moins qualifiés d'employée ou d'ouvrière (vs. cadre et professions intermédiaires), ceux du secteur privé (vs. secteur public), ou encore les contrats de courte durée (vs. CDI, fonctionnaire) augmentent significativement la probabilité de passage à l'inactivité. Le maintien en activité des cadres et des professions intermédiaires s'explique par un coût d'opportunité de l'arrêt de travail particulièrement élevé. En revanche, la durée du temps travaillé (plein ou partiel) ne joue pas.

En d'autres termes, les emplois subalternes et instables détournent les femmes du marché du travail au moment de la 1^{ère} naissance. C'est en partie lié aux faibles rémunérations associées à ces emplois (arbitrage financier entre coût de garde de l'enfant et gain salarial) et à la nature de ces emplois qui peuvent être très contraignants du point de vue de l'organisation quotidienne (horaires fractionnés dans les emplois du secteur du commerce et de la restauration, déplacements et fractionnement des horaires dans les emplois de service, type nettoyage, service à la personne, etc.).

Contrairement aux hypothèses avancées, les conditions de travail précédant la naissance ou la survenue de problèmes de santé n'ont pour ainsi dire aucun effet propre sur la probabilité pour une femme de devenir inactive. Les femmes ayant des conditions de travail sollicitant ou exposant le corps (travail physique exigeant, exposition à des produits nocifs, rythme journalier atypique lié au travail de nuit) n'ont pas de probabilité plus élevée que les autres d'arrêter de travailler après la 1^{ère} naissance. La bonne santé globale de ces femmes aux âges d'une première maternité est peut-être l'explication de cette absence de lien. Concernant les conditions de travail pouvant avoir un effet délétère sur la santé psychique des femmes, soit elles n'ont pas d'effet sur la probabilité de transition à l'inactivité (travail répétitif), soit elles ont l'effet inverse de celui escompté (travail sous pression, tensions avec le public). Le fait d'être confronté parfois, souvent ou toujours à une pression dans le travail ou à des tensions avec le public diminue la probabilité de devenir inactive.

Des indicateurs synthétiques de cumul des conditions de travail conduisent à des résultats aussi peu concluants : que les femmes déclarent au moins 3 conditions de travail pénibles (vs. moins de 3) ou aucune condition de travail pénibles (vs. au moins une), n'a aucun effet significatif sur la probabilité d'interruption d'activité après la 1^{ère} naissance (tableau non présenté).

En résumé, les situations de travail concrètes considérées comme néfastes à la santé ne jouent pas sur la transition à l'inactivité, en revanche la qualité de l'emploi et les caractéristiques biographiques des femmes (hors les événements de santé) jouent un rôle notable.

Tableau 3.9 - Facteurs associés à la transition vers l'inactivité

Résumé des résultats des tableaux (annexe 1 tableaux A4, B4, C4)

	1 ^{ère} naissance	2 ^{ème} naissance	3 ^{ème} naissance
Génération réf: 1932-1953 (53-74 ans)			
1967-1989 (20-39 ans)	-	Ns	+
1954-1966 (40-52 ans)	-	-	+
Âge à la naissance du 1^{er} enfant réf : 22-27 ans			
Moins de 22 ans	+		
28 ans et plus	-		
Âge à la fin des études réf : 17-21 ans			
Moins de 17 ans	+	+	Ns
22 ans et plus	Ns	Ns	Ns
Origine migratoire réf : née en France ou arrivée < 18 ans			
Arrivée en France à 18 ans ou +	+		
APE 1984/1994 réf : naissance avant 1984/1994			
Naissance en 1984/1994 ou après		+	Ns
Intervalle 1^{ère}-2^{ème} / 2^{ème} - 3^{ème} naissance réf : intervalle < 3 ans			
Intervalle 3 ans ou plus		+	Ns
Situation d'emploi après la 1^{ère} / 2^{ème} naissance réf : active			
Inactive		+	+
Problème de santé avant la 1^{ère} naissance réf : Aucun problème			
Un problème	Ns	Ns	Ns
PCS avant la 1^{ère} naissance réf : Employée/Ouvrière			
Cadre, chef d'entreprise, Profession intermédiaire	-	-	-
Statut avant la 1^{ère} naissance réf : Salariée du secteur privé			
Salariée du secteur public	-	-	-
Temps de travail réf : Plein temps			
Temps partiel	Ns	Ns	Ns
Contrat de travail réf : CDI, fonctionnaire			
Contrat court, sans contrat	+	Ns	Ns
Conditions de travail avant la 1^{ère} naissance			
Travail physiquement exigeant réf : parfois ou jamais			
Situation rencontrée : toujours ou souvent	Ns	-	Ns
Exposition à des produits nocifs réf : parfois ou jamais			
Situation rencontrée : toujours ou souvent	Ns	Ns	Ns
Ne dort pas entre minuit et 5h du matin réf : jamais			
Situation rencontrée : toujours, souvent ou parfois	Ns	Ns	Ns
Travail sous pression réf : jamais			
Situation rencontrée : toujours, souvent ou parfois	-	-	Ns
Tensions avec le public réf : jamais			
Situation rencontrée : toujours, souvent ou parfois	-	Ns	-
Travail répétitif, sous contrainte réf : souvent, parfois, jamais			
Situation rencontrée : toujours	Ns	Ns	Ns
Travail reconnu à sa juste valeur réf : toujours, souvent			
Situation rencontrée : parfois ou jamais	Ns	Ns	Ns
Emploie ses compétences réf : toujours, souvent, parfois			
Situation rencontrée : Jamais	Ns	Ns	-
Bonnes relations avec ses collègues réf : tjs, souvent, parfois			
Situation rencontrée : Jamais	-	Ns	Ns

Champ : Femmes en emploi salarié l'année qui précède la 1^{ère} / 2^{ème} / 3^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Lecture : le signe - (+) signifie que la modalité considérée diminue (augmente) la probabilité de transition à l'inactivité par rapport à la modalité de référence. Ns signifie que la modalité n'a pas d'effet propre sur la probabilité de transition à l'inactivité. Les cases vides correspondent aux variables non incluses dans le modèle.

3.4.2 Les déterminants de l'inactivité à l'issue de la 2^{ème} et de la 3^{ème} naissance

Les principaux déterminants du passage à l'inactivité divergent entre la 1^{ère} naissance et les deux naissances suivantes, et parfois entre la 2^{ème} et la 3^{ème} naissance.

La probabilité pour une femme salariée d'interrompre son activité professionnelle à la suite d'une 2^{ème} ou d'une 3^{ème} naissance est déterminée principalement par trois types de facteurs : un contexte social et de politique familiale (génération de naissance et année de naissance de l'enfant), l'expérience antérieure de l'inactivité, et la situation d'emploi.

À la 2^{ème} naissance, seules les femmes nées dans les années 1954-1966, ont une plus faible probabilité de devenir inactives que les deux groupes encadrant. En revanche, l'effet est inverse pour la 3^{ème} naissance : ce sont les femmes des deux groupes les plus jeunes (1954-66 et 1967-89) qui ont 2 à 3 fois plus de chances de devenir inactives par rapport aux plus âgées (1932-53). C'est probablement un effet de sélection. Dans ces générations anciennes (qui ont leurs enfants dans les années 1950 à 1970 pour les plus âgées), les interruptions d'activité dès la naissance du 1^{er} enfant étaient plus fréquentes. Par conséquent, les femmes encore actives avant la 3^{ème} naissance²⁵ ont une propension à l'activité plus forte dans ce groupe générationnel. Ayant poursuivi leur carrière professionnelle avec un, puis deux enfants, dans un contexte où dominait « la mère au foyer », elles constituent une fraction à part des femmes fortement investies dans la vie professionnelle.

Le contexte dans lequel les femmes ont eu leur 2^{ème} ou 3^{ème} enfant a pu être marqué par des mesures incitatives d'interruption d'activité, en particulier celles instituées en 1984 avec l'APE pour le 3^{ème} enfant et son extension en 1994 au 2^{ème} enfant (dont on sait par ailleurs qu'elles ont eu un effet sensible sur la baisse des taux d'activité des mères). On observe que les femmes, dont le deuxième enfant est né à partir de 1994, ont eu 3,5 chances de plus de devenir inactives que les femmes dont cet enfant est né avant cette date. L'effet APE semble vérifié, mais en toute rigueur, il faudrait aussi disposer d'une variable rendant compte de l'état du marché de l'emploi au moment de la naissance du 2^{ème} enfant. Dans les phases de remontée du chômage, les taux d'inactivité féminine augmentent. L'effet APE masque peut-être ce type de phénomène.

S'agissant de la 3^{ème} naissance, que celle-ci soit intervenue avant ou après 1984 n'a pas d'effet propre sur le passage à l'inactivité.

Le calendrier de la constitution de la descendance joue un rôle sur l'inactivité. Si l'intervalle entre la 1^{ère} et la 2^{ème} naissance est court (moins de 3 ans) cela augmente la probabilité de passage à l'inactivité. C'est le résultat attendu, la charge de travail représentée par la présence de deux jeunes enfants pousse les femmes à suspendre leur activité professionnelle. La durée de l'intervalle ne joue pas en revanche sur l'inactivité après la 3^{ème} naissance, ce qui est plus surprenant.

Le passage à l'inactivité après la 2^{ème} ou la 3^{ème} naissance est très fortement déterminé par l'expérience passée de l'inactivité. Autrement dit, les femmes qui ont déjà arrêté de travailler

²⁵ Rappel : nous ne considérons que les femmes qui exerçaient un emploi avant la naissance.

après une naissance, ont 3 à 5 fois plus de chances de renouveler un arrêt, s'inscrivant ainsi dans des trajectoires professionnelles discontinues, d'aller-retour sur le marché du travail.

C'est le facteur le plus discriminant dans le passage à l'inactivité après la 2nde naissance.

Enfin, les situations d'emploi et les conditions de travail avant la naissance ont des effets proches de ceux observés pour la 1^{ère} naissance, mais en plus atténués. Le passage à l'inactivité après la 2^e ou la 3^{ème} naissance est sensible au niveau de qualification de l'emploi et au secteur d'activité (probabilité de transition à l'inactivité plus élevée au bas de l'échelle et dans le secteur privé), par contre le temps de travail et le type de contrat n'ont pas d'effet. On retrouve ici la logique d'un raisonnement coût-bénéfice lié aux faibles rémunérations des emplois peu qualifiés et au coût élevé (financier et en terme d'organisation) d'une externalisation de la garde de l'enfant. Cette inactivité accrue dans les catégories populaires d'employés et d'ouvriers renvoie également à une division plus traditionnelle du travail dans ces milieux et, de ce fait, une plus grande acceptation sociale de l'inactivité féminine.

De façon générale, assez peu de facteurs sont associés au passage à l'inactivité au 3^{ème} enfant hormis le fait de ne pas appartenir à une génération âgée, d'avoir déjà interrompu son activité lors de la 2^{ème} naissance, d'avoir occupé un poste faiblement qualifié et avoir travaillé dans le privé. Il est donc possible que ces femmes soient particulièrement sélectionnées (beaucoup de femmes avec trois enfants ont déjà arrêté de travailler dès la 2nde naissance) et que leurs conditions d'emploi aient donc peu d'impact sur leur trajectoire professionnelle à ce stade.

Les conditions de travail jouent peu sur la probabilité de passage à l'inactivité. Pour la 2nde naissance, le travail sous pression et un travail physiquement exigeant diminuent cette probabilité. Pour la 3^{ème} naissance, à nouveau c'est un effet inverse à celui attendu qui est observé : les femmes confrontées à des relations tendues avec un public, s'arrêtent moins de travailler que les autres. A ce stade, aucune explication ne permet de comprendre ces résultats. Il est possible que l'effet revenu contribue à ce maintien en activité malgré un travail difficile pour les femmes dont le salaire est bas, mais nous ne sommes pas en mesure de le confirmer²⁶. Par ailleurs, les variables qui cumulent les conditions de travail pénibles (au moins 3 conditions de travail pénibles vs. moins de 3 ; aucune conditions de travail pénibles vs. au moins une), n'ont aucun lien significatif avec la probabilité d'interruption d'activité (tableau non présenté).

3.4.3 Conclusion

Cette analyse principalement descriptive a permis de mettre en évidence le rôle de certains facteurs dans le passage à l'inactivité. D'une part, des facteurs individuels de la trajectoire biographique (précocité de la fin des études et de la 1^{ère} maternité, immigration tardive, expérience antérieure de l'inactivité) et, d'autre part, des facteurs liés au contexte socioéconomique et politique (contexte générationnel, APE).

²⁶ Les revenus ne sont connus qu'à la date de l'enquête, il n'est donc pas possible d'établir le lien entre le salaire, les conditions de travail et le passage à l'inactivité. Néanmoins, une analyse (non présentée dans ce rapport) sur les liens entre les conditions de travail et le salaire des femmes salariées à l'enquête, montre que certaines situations pénibles (exercer toujours ou souvent un physiquement exigeant ou répétitif) sont associées à des revenus bas, alors que d'autres (travailler sous pression ou connaître des tensions avec le public), sont associées à des revenus plus élevés.

Concernant l'hypothèse selon laquelle les interruptions d'activité seraient accrues pour les femmes ayant subi des problèmes de santé avant la naissance de leurs enfants, elle s'avère invalidée par nos résultats statistiques. Il peut d'agir d'un effet de composition de la population : des femmes relativement jeunes, sans problèmes de santé graves pour la plupart, qui travaillaient avant la naissance de leur enfant. On peut supposer que l'effet de sélection par la santé a éloigné du marché du travail les femmes en moins bonne santé avant même la naissance de leurs enfants. Les résultats présentés dans la 2^{ème} partie du rapport plaident en ce sens : les inactives « quasi-continues » ou « partielles » présentaient une probabilité accrue d'avoir subi un évènement de santé dans leur enfance par rapport aux femmes qui avaient été peu ou pas inactives au cours de leur itinéraire professionnel.

Concernant les principales hypothèses relatives aux conditions d'emploi et de travail, les résultats sont mitigés : ils confirment l'effet de la qualité des emplois (PCS, type de contrat et secteur public qui sécurisent les parcours professionnels) sur le maintien en activité des mères ; en revanche, les conditions de travail n'ont, soit pas d'effet sur les interruptions d'activité, soit l'effet contraire à ceux attendus.

Plusieurs éléments peuvent être avancés pour expliquer ce dernier résultat, qui rappelons-le, infirme notre hypothèse de départ.

- Des conditions de travail considérées comme pénibles par le chercheur mais faisant l'objet d'une valorisation de la part du travailleur : ainsi dans une logique d'identité de métier, l'exposition à certaines conditions de travail « difficiles » peut être considérée comme positive par les femmes concernées. C'est par exemple le cas du travail de nuit des infirmières ; des tensions avec le public dans beaucoup de métiers de la relation de service (valorisés justement pour l'aspect relationnel) ; ou encore le travail physiquement exigeant de métiers investis récemment par les femmes et qui étaient des bastions masculins (conductrices), où le déni des difficultés du travail permet de rendre plus légitime la place occupée. Ces identités de métiers conduisent à relativiser les conditions de travail éprouvantes, éventuellement à ne pas reconnaître leurs effets sur la santé. Et surtout, elles permettent des effets de compensation : la tension avec le public ou le travail de nuit seraient compensés par l'intérêt pour le travail, les gratifications reçues, le sentiment d'utilité sociale, etc. Par conséquent, au-delà des conditions concrètes de travail, il faut également questionner le sens subjectif donné à celui-ci. On peut ainsi observer un grand décalage entre des conditions de travail objectivement difficiles accompagnées d'une perception très positive du métier accompli.
- Une autre piste explicative serait liée à l'image reconstruite a posteriori de l'emploi occupé avant l'interruption d'activité. Les femmes devenues inactives idéalisent peut-être l'emploi qu'elles occupaient et minimisent les difficultés rencontrées alors ; le temps passé en inactivité pour élever les enfants est parfois vécu comme une épreuve difficile et ingrate (sentiment d'isolement social, non reconnaissance sociale du rôle de mère au foyer, dépendance aux enfants et au conjoint) et par conséquent ces femmes seraient susceptibles d'élaborer un souvenir enchanté du travail qu'elles occupaient.
- Une troisième piste nous emmène sur le terrain méthodologique. Les périodes d'emploi et les conditions de travail décrites se réfèrent à des périodes très variables d'une femme à l'autre. Ces périodes ont toutes commencé avant la 1^{ère} naissance (ou la 2^{nde}, ou la

3^{ème}) mais ont pu s'étendre bien après celles-ci. En principe, les conditions de travail n'ont pas changé tout au long de l'emploi décrit, mais il est possible que la perception de ces conditions de travail ait changé au cours du temps, notamment après la naissance. Le sentiment de pénibilité a pu s'accroître lorsque l'organisation quotidienne familiale est devenue plus complexe et lourde. Par conséquent, ces femmes qui n'ont pas interrompu leur activité professionnelle peuvent rétrospectivement décrire des conditions de travail de façon plus négative que les autres. Pour corriger ce biais, il faudrait disposer de données qui retracent précisément les conditions de travail avant chaque naissance, ce dont nous ne disposons pas dans l'enquête SIP. Pour aller dans ce sens on peut s'appuyer sur les travaux de A.-F. Molinié et A. Laville (2000). Ceux-ci ont bien mis en évidence ces modifications de perception des contraintes de travail au cours du temps. Leurs résultats s'appuient sur une enquête à passage répété (enquête ESTEV) mais peuvent être extrapolés aux enquêtes rétrospectives. Interrogés 2 fois à 5 ans d'intervalle (1990 et 1995), 18 700 salariés ont décrit leur vie de travail et leur état de santé à des médecins rencontrés en consultation. Les auteurs ont repéré de très nombreuses discordances dans les réponses des salariés sur les conditions de travail passées et actuelles. Entre un quart et la moitié des salariés déclaraient avoir (ou ne pas avoir) été exposés à des contraintes de travail à l'une des vagues d'enquête, et le contraire à la vague suivante (pour une même période de référence). Les discordances étaient rares pour les contraintes « dures » (horaires, longues durées de travail, rémunération au rendement) et fréquentes pour les contraintes moins lourdes et plus difficiles à évaluer (déplacement à pied, contraintes thermiques, exposition à des produits nocifs). Pour expliquer ces discordances, les auteurs mentionnent plusieurs hypothèses dont l'une relative au changement dans le temps du regard porté par le salarié sur son travail : « Les changements dans la façon dont les salariés perçoivent la pression temporelle dans leur travail [par exemple : être souvent obligé de se dépêcher] les conduisent à ressentir différemment les contraintes et pénibilités de leur travail actuel. Nous voyons ici qu'ils transforment aussi la perception qu'ils ont de ces contraintes et pénibilités dans leur passé, comme si la pression temporelle pouvait jouer un rôle de « révélateur » ou d'« atténuateur » des contraintes et pénibilités, y compris dans la représentation que le salarié a de son histoire de travail » (Molinié et Laville, 2000 : 65). Mais l'évolution de la perception du travail peut avoir pour origine de multiples raisons, dont des changements dans le travail lui-même, des changements de l'état de santé, des changements dans la sphère hors professionnelle (voir aussi Gollac, 1998 ; Molinié, 2003).

- Il est possible que des variables décisives n'aient pas été prises en compte dans le modèle pour expliquer le passage à l'inactivité. Ainsi, on ne peut exclure l'hypothèse que les femmes qui occupent des postes de travail les plus pénibles sont aussi les femmes dont les salaires sont les plus faibles et qui sont dans l'obligation de rester en emploi après la naissance de leurs enfants. Ne connaissant pas les revenus des femmes et de leur conjoint au moment de la naissance des enfants, cette hypothèse ne peut être vérifiée (voir note 26). Cependant, les résultats présentés n'incitent pas à considérer cette hypothèse comme suffisante pour expliquer la moindre probabilité de transition à l'inactivité pour les femmes ayant des conditions de travail considérées comme difficiles. En effet, dans le modèle statistique, ce résultat apparaît uniquement pour certaines conditions de travail et certains rangs de naissance sans qu'aucune logique sous-jacente puisse être mise en évidence.

- L'absence de l'effet des conditions de travail sur l'inactivité provient peut-être du fait que la mesure de ces conditions de travail par l'enquête SIP ne couvre qu'une partie des

situations qui peuvent être vécues comme délétères ; par ailleurs, les motifs d'interruption après une naissance étant souvent multifactoriels et cumulatifs (aspects familiaux et conjugaux, professionnels, de santé, mesures de politique familiale, etc.), la mise en évidence de corrélations statistiques intégrant ces différents aspects est difficile. Complexifiant encore l'analyse, le cumul des facteurs peut être lié à la période bien définie par l'avant naissance (la grossesse), mais elle est aussi souvent construite dans le temps, nécessitant alors de rendre compte des évolutions biographiques et contextuelles sur une période bien antérieure à celle qui entoure la naissance de l'enfant. La partie suivante portant sur la même question, mais traitée à partir d'entretiens auprès de femmes, rend compte de façon plus fine de l'ensemble de ces interrelations et met bien en évidence l'impact significatif de l'exposition à des conditions de travail difficiles et à certains risques psychosociaux (associée à d'autres facteurs) sur le passage à l'inactivité (souvent temporaire) à la suite d'une naissance.

4. S'arrêter de travailler après une naissance : une constellation de facteurs. Les résultats de la post-enquête qualitative

4.1 La post-enquête qualitative : une introduction

La post-enquête aborde les liens entre santé, inactivité professionnelle et maternité à travers une série de dix-sept entretiens semi-directifs, menés auprès de femmes cinquantenaires ayant participé à la première passation du questionnaire SIP en 2006. Nous avons voulu explorer le point de vue subjectif des femmes sur une séquence particulière de leur itinéraire : celle qui entoure leur décision de quitter leur emploi et de se consacrer au "travail parental" lors d'une naissance. Comment les mères perçoivent-elles rétrospectivement ce passage à l'inactivité professionnelle ? Quels rôles jouent leur état de santé, leurs conditions de vie au travail et leur vie "hors travail" dans ce passage ? Un premier objectif de la post-enquête a été d'apporter des éléments complémentaires sur la santé et les conditions de travail en amont des interruptions de travail, éventuellement absents ou sous-évalués dans les données statistiques. Au-delà, l'enquête vise une compréhension plus fine de la constellation de facteurs en cause dans la discontinuité professionnelle des mères.

L'introduction contient une brève présentation de l'échantillon et de la méthode, ainsi qu'une synthèse des différents types de facteurs d'interruption identifiés. L'essentiel de l'analyse est ensuite consacré à un problème spécifique sur lequel le corpus attire notre attention – celui des conditions de travail pendant la grossesse – peu documenté par les travaux existants.

4.1.1 Échantillon et méthode

Dix-sept entretiens semi-directifs approfondis ont été réalisés entre le 20 février et le 22 avril 2010 dans six départements de la région parisienne (75, 77, 78, 91, 94, 95). L'échantillon est constitué de mères âgées de 45 à 58 ans (en moyenne 53 ans). Il s'agit ainsi d'un groupe d'âge proche de celui privilégié dans l'analyse statistique. Les enquêtées partagent également les caractéristiques suivantes : elles ont interrompu leur activité au moins un an pour élever un enfant et ont eu un problème de santé²⁷. Une variété de profils d'activité et de situations familiales est représentée dans l'échantillon. La durée cumulée des arrêts d'activité (congé, inactivité ou chômage après la naissance d'un enfant) est très variable : s'échelonnant entre 1 et 21 ans selon les femmes. C'est également le cas en ce qui concerne le nombre et la gravité des problèmes de santé (allant de l'asthme allergique au cancer). Les enquêtées avaient entre 1 à 6 enfants. Seulement 2 femmes sur 17 ne vivaient pas en couple pendant la période d'interruption d'activité. Cependant, la proportion de femmes ayant vécu ou vivant seule avec leur(s) enfant(s) est élevée : 8 sur 17, dont la moitié en situation économique difficile. Tous les milieux sociaux sont représentés : Mme G., deux fois divorcée est issue de la grande bourgeoisie et vit aujourd'hui des revenus de son parc immobilier locatif ; Mme O. également deux fois divorcée, inactive et mère de 6 enfants, connaît une situation de grande précarité et

²⁷ Environ 43 % de la population SIP (hommes et femmes confondus) a connu au moins un événement de santé. Ces personnes sont ainsi surreprésentées dans notre population d'enquête, l'objectif étant de favoriser la compréhension d'éventuels liens entre santé (compris dans un sens large) et inactivité dans l'itinéraire professionnel. Toutefois, l'événement a pu se produire à n'importe quel moment de l'itinéraire : en amont, pendant ou en aval de l'interruption d'activité. L'âge indiqué est celui à la post-enquête (2010). Toutes ces femmes ont déclaré un congé parental d'au moins 12 mois ou évoqué comme raison principale d'une des périodes d'inactivité le fait d'élever un enfant.

est hébergée chez sa mère avec quatre enfants dont un déscolarisé et deux sans emploi. Du point de vue de la dernière PCS occupée : 2 femmes étaient cadre ; 4 femmes avaient une occupation de type profession intermédiaire ; 6 étaient employées ; 5 femmes occupaient un emploi d'agent de service (*cf.* présentation synthétique des enquêtées en annexe).

La prise de rendez-vous téléphonique a été effectuée à partir d'un fichier INSEE contenant les coordonnées de 52 femmes ayant donné leur accord pour être contactées pour un entretien qualitatif lors de la première passation du questionnaire SIP (les coordonnées de 42 personnes étaient complètes ou valides en 2010). L'enquêtrice s'est présentée comme une chercheuse travaillant sur les thèmes de la santé et de la "conciliation" travail famille à l'Université de Versailles Saint-Quentin à partir de l'enquête SIP. De manière générale, la demande a été bien accueillie, avec 6 refus pour 28 personnes contactées²⁸. Tous les entretiens, sauf un, se sont déroulés au domicile de l'enquêtée. Les échanges ont été enregistrés et ont fait l'objet de notes d'observation. Un travail préparatoire a été effectué en amont en établissant, avant la rencontre de recherche, une fiche contenant les principales données du questionnaire SIP et de la grille biographique des interviewées : calendrier familial, itinéraire professionnel, principales données sur la santé. Cela a permis de faciliter la conduite des entretiens et d'augmenter la lisibilité des histoires individuelles au cours de la rencontre.

Pour comprendre la dynamique des modifications du statut de salarié à celui de mère au foyer, les entretiens se sont focalisés sur les circonstances du parcours de vie associées à une naissance : état de santé, conditions de travail, circonstances familiales et conjugales²⁹. Tous les entretiens ont démarré par une question concernant l'état de santé de la personne avant la première grossesse. Quand l'interviewée s'engageait dans une dynamique de récit ("de raconter" sa vie), les différents thèmes étaient abordés dans l'ordre spontanément suggéré par l'enquêté. Dans le cas contraire, l'échange se déroulait sur un mode semi-directif et suivait le guide d'entretien construit autour des naissances (*cf.* annexe) : événements de santé, conditions de travail et de vie au foyer, expérience de l'inactivité ou de la conciliation. La durée des entretiens a varié entre 1 et 2 heures. Plusieurs interviewées ont manifesté leur intérêt pour un sujet jugé important et pour bénéficier d'un retour des résultats de l'enquête.

Une monographie retraçant l'histoire de chaque mère interviewée a été ensuite rédigée à partir de la réécoute de l'enregistrement (avec une transcription sélective de passages de l'entretien), des données du questionnaire SIP et des notes d'observation recueillies lors de l'entretien³⁰. Ces monographies ont servi de support pour déceler les thèmes transversaux qui ressortaient du matériau de recherche. Pour penser la complexité des dynamiques à l'œuvre lors d'une interruption d'activité, l'analyse thématique transversale est ainsi conjuguée à une approche par étude de cas.

²⁸ Une personne a fait état de problèmes de santé, les autres ont mis en avant le manque de disponibilité.

²⁹ Pour appréhender la dynamique entre santé et inactivité, nous nous sommes également intéressées au vécu de l'inactivité et ses conséquences sur la santé et le bien-être des femmes.

³⁰ Les notes comprennent une appréciation de l'accueil, du cadre et du déroulement de l'entretien, les manières de s'exprimer et les réactions perçues des interviewées et de l'enquêtrice lors de certaines séquences.

4.1.2 Histoires de vie et histoire de génération : les cinquantenaires

L'une des spécificités du matériau est constituée par le décalage temporel entre l'interruption d'activité (survenue pendant la décennie 1980 dans la plupart des cas) et la date de la post-enquête. Comme les données SIP, les entretiens reposent sur une reconstitution de l'itinéraire à partir d'un questionnement rétrospectif. Ce recours à la mémoire comporte des désavantages. Toutefois, focaliser sur le point de vue des cinquantenaires permet également de capter un point de vue original sur les itinéraires, les femmes étant généralement sollicitées pour parler de la maternité alors qu'elles ont de jeunes enfants à charge, vers la trentaine (cf. aussi Pugeault-Cichelli, 2005). Ces femmes, qui ont massivement alimenté le marché du travail, sont nées pendant le baby-boom et avaient 20 ans dans les années 1970. Bénéficiant d'un ensemble de droits (politiques, civils et sociaux) progressivement acquis par les femmes au cours du vingtième siècle, elles figurent surtout parmi les premières bénéficiaires de la révolution contraceptive³¹ : une évolution, qui a donné une nouvelle impulsion à la renégociation du contrat entre les sexes. Ayant eu de meilleures conditions de vie dans l'enfance et une descendance moins nombreuse que leur propre mère, leurs itinéraires professionnels sont également plus continus. À l'inverse, dans un contexte d'évolution des normes familiales et des rapports hommes-femmes, les itinéraires conjugaux de ces femmes cinquantenaires sont plus souvent marqués par des ruptures. Plusieurs interviewées nées dans les années 1950 ont souligné le contraste entre les styles éducatifs : celui de leurs parents et celui qu'elles ont adopté vis-à-vis de leurs enfants. L'éducation reçue est parfois évoquée en termes de limites d'accès au métier auquel elles pouvaient aspirer en tant que femme (Mme P., Mme F., Mme I., Mme T). Arrivées sur le marché du travail dans les années 1970, elles ont cependant connu une insertion relativement facile et, pour certaines, une réinsertion rapide après l'arrêt de l'activité professionnelle. Quelques interviewées s'estiment ainsi chanceuses de ce point de vue, au regard de la conjoncture d'emploi actuelle (Mme R., Mme F). Mais d'autres ont fait l'expérience du licenciement et du chômage et ont connu une situation d'emploi qui s'est détériorée au fil de leur itinéraire.

La cinquantaine constitue une séquence biographique pendant laquelle la fréquence des problèmes de santé s'accroît, avec l'actualisation physique des effets d'expositions antérieures, qui "prennent corps". Par conséquent, ces femmes sont souvent sensibilisées aux questions de santé et bénéficient potentiellement de plus de recul ou d'une réflexivité plus grande vis-à-vis de leur itinéraire. Cela transparait dans les étiologies subjectives des problèmes de santé, également explorées lors des entretiens avec les mères. Alors que plusieurs interviewées déclarent avoir eu "*le nez dans le guidon*" en étant plus jeunes – et de ne pas avoir "vraiment" réfléchi alors aux effets du travail et de la "conciliation" sur leur santé et leur bien-être –, les récits recueillis mettent en cause aujourd'hui le rôle du travail dans leurs problèmes de santé. Ce lien est très explicite parmi les femmes ayant subi des pénibilités physiques. Toutefois, les facteurs psychosociaux sont également présents dans le corpus : à la fois comme facteur de "stress" et d'interruption d'activité. Mais c'est parfois la vie familiale, notamment la mésentente et d'éventuelles violences conjugales, qui est perçue comme la principale source de souffrance physique et mentale, mettant en péril la capacité à travailler.

³¹ Toutefois, les plus âgées n'ont pas bénéficié de la contraception orale pour les premiers enfants, d'où parfois des naissances rapprochées non-planifiées.

4.1.3 Les interruptions d'activité : une constellation de facteurs

Les histoires des femmes témoignent de la complexité de la décision de rester au foyer. Dans la plupart des cas, elle résulte d'un cumul de facteurs ayant trait aux représentations familiales, à la santé de la mère ou de l'enfant et/ou aux conditions de travail et de conciliation. Parmi les motifs familiaux mis en avant par les interviewées, on trouve les représentations de la famille et de la maternité. Cinq registres de justification différents ayant trait à la famille ont été distingués dans l'analyse :

(1) *les discours sur le modèle familial hérité de la famille d'origine* qui renvoient notamment à la construction de l'identité de genre lors de la socialisation primaire (énoncé de type : « chez moi déjà c'était comme ça : ma propre mère était femme au foyer ») ;

(2) *les discours sur un choix éducatif* liés aux représentations sur les besoins des enfants, représentations parfois acquises lors de la socialisation secondaire à l'âge adulte (énoncé de type : « j'avais lu beaucoup de livres sur la psychologie des enfants : la présence de la mère est tellement importante pendant les premières années de vie d'un enfant ») ;

(3) *les discours ayant trait à un choix d'ordre personnel* qui soulignent, par exemple, les affinités individuelles de la personne avec les activités de soin (énoncé de type : « j'aimais les enfants et c'était mon métier, je désirais élever les miens ») ;

(4) *les discours ayant trait aux obligations morales* liées à la maternité et la priorité que l'on se "doit" d'accorder aux enfants (énoncé de type : « une fois que j'avais des enfants, il fallait l'assumer, je suis restée à la maison ») ;

(5) enfin, plusieurs interruptions d'activité sont liées à une maternité survenue simultanément avec autre événement familial : un déménagement provoqué par la mobilité professionnelle du conjoint ; ces femmes ayant un conjoint cadre, mettent en avant un discours sur *la priorité accordée à la carrière du mari*.

Une deuxième classe de raisons ayant contribué à la décision de se consacrer au "travail parental" et de se retirer du marché de travail, présente dans nombre d'entretiens, concerne les facteurs liés à santé de la mère. Les problèmes de santé relevés dans les entretiens ont, soit précédé l'interruption d'activité (problèmes subis dans l'enfance ou dans la période qui entoure la naissance de l'enfant), soit sont survenus pendant la période passée au foyer. Dans ce dernier cas de figure, l'état de santé a contribué au prolongement de la durée du temps consacré au "travail parental" à temps plein. Certains problèmes de santé sont explicitement mis en relation avec la décision d'arrêter son activité par les interviewées elles-mêmes. D'autres femmes évoquent des problèmes de santé, mais n'établissent pas de lien entre ces problèmes et le début de l'inactivité professionnelle (ou le maintien au foyer). Il est par ailleurs fréquent que les raisons citées liées à la santé, particulièrement la santé reproductive, n'apparaissent pas dans les données du questionnaire SIP rempli par l'interviewée.

Les facteurs directs de santé de la mère identifiés dans le corpus d'entretiens sont de quatre ordres :

(1) *Santé de la mère dans l'enfance ou l'adolescence* (faiblesse cardiaque congénitale, hypertension, diabète, mauvais traitements, problèmes de santé mentale dans l'adolescence).

(2) *Santé reproductive et grossesse à risque* (épisodes d'infertilité, traitements d'assistance médicale à la procréation (AMP), fausses couches, complications obstétriques, grossesses rapprochées ou gémellaires, listériose, hypertension gravidique, fibrome pendant la grossesse, généralement associées à des arrêts maladie autour de la naissance).

(3) *Santé mentale* (épisodes dépressifs qui peuvent notamment être liés à des épisodes d'infertilité, d'AMP ou à des violences psychiques ou physiques).

(4) *Violences conjugales* (violences physiques répétées, violences psychologiques).

La conjonction de facteurs ayant influencé les arrêts d'activité professionnelle peut également comprendre des problèmes de santé de l'enfant. À titre d'exemple, la prématurité du nouveau-né, un handicap ou une malformation cardiaque diagnostiquée à la naissance, une intervention chirurgicale subie par le nourrisson ou les troubles de comportement de l'enfant en bas âge, peuvent inciter une mère à se retirer provisoirement de l'activité professionnelle, même quand des représentations favorables au "modèle temporaire de la femme au foyer" ne sont pas présentes dans le discours.

Enfin, l'analyse monographique permet d'identifier des facteurs de santé "indirects" liés aux conditions de travail et aux difficultés de conciliation de la vie familiale et professionnelle, qui sont également susceptibles de contribuer à la décision de se consacrer au "travail parental". Les résultats attirent notre attention sur une dimension spécifique de la santé reproductive, la conciliation du travail salarié et de la grossesse. En effet, selon l'ANAES (2004), les pathologies les plus répandues ayant donné lieu à un arrêt de travail dans la population des femmes de moins de 40 ans sont : les complications de la grossesse (27,1 %) et les troubles anxio-dépressifs (15,3 %) ³². Par ailleurs, plus de 77 % des femmes ont recours à un congé pathologique de grossesse en France (Pénet, 2006). La partie suivante est consacrée à une analyse approfondie des conditions de travail précédant la naissance comme facteur d'interruption lors d'une maternité.

4.2 Les conditions de travail précédant la naissance d'un enfant, la santé des femmes et l'interruption de l'activité

Le rôle des conditions de travail au moment de l'interruption de l'activité professionnelle lors d'une maternité constituait un point que le projet "Inactivité professionnelle féminine, maternité et santé" proposait d'explorer à partir de la population SIP aussi bien du point de vue quantitatif que qualitatif. Neuf indicateurs disponibles dans l'enquête SIP – travail physiquement exigeant, contacts avec des produits nocifs, travail de nuit, travail répétitif,

³² Chez les hommes du même groupe d'âge les pathologies les plus fréquentes sont les lésions traumatiques et les pathologies lombaires (ANAES, 2004 : 29).

travail sous pression, tensions avec le public, travail reconnu à sa juste valeur, emploi pleinement ses compétences, bonnes relations de travail avec les collègues – ont été explorées dans le volet statistique. Les résultats sont contre-intuitifs : ils ne permettent pas d'établir de lien significatif entre le fait de subir l'un de ces types d'exposition isolément et l'interruption de l'activité à l'une des trois premières naissances.

Que nous apporte une enquête par entretiens approfondis, centrée sur ces questions auprès d'un échantillon ciblé composé de mères ayant suspendu leur activité alors que survenait une naissance ? Si les conditions de travail apparaissent comme un motif d'interruption dans certains récits recueillis, de quels types de problèmes s'agit-il ? Se conjuguent-ils à d'autres facteurs ? Dans quelle mesure ces expositions sont-elles explicitement mises en avant dans les discours maternels ou visibles dans les données statistiques ? La première partie du chapitre rappelle les spécificités des conditions de travail des femmes, notamment les connaissances dont nous disposons sur la santé au travail pendant la période dite reproductive. Ces dernières sont illustrées par des situations vécues par les participantes à notre étude. Dans un deuxième temps, on approfondit l'analyse à travers quatre études de cas dans lesquelles les conditions de travail paraissent comme un (des) élément(s) important(s) ayant contribué à une interruption de l'itinéraire professionnel lors d'une maternité.

4.2.1 Les conditions de travail des femmes

La sociologie du travail s'est longtemps focalisée sur des situations de travail vécues par les hommes (Kergoat, 1992). Avec la montée de la problématique des rapports sociaux de sexe et de genre, les conditions de travail des femmes bénéficient toutefois d'une attention scientifique et politique accrue. Les grèves de 1998 du corps infirmier portaient, entre autres choses, sur les pénibilités de la fonction, particulièrement les "charges lourdes" à porter (Gollac, 1998). De même, l'idée que les secteurs féminins reposent sur le déploiement des qualités "naturelles" des femmes est contestée par les chercheur(e)s qui objectivent les compétences et les exigences du travail de soin ou encore le "travail émotionnel" inhérent aux relations avec le public, notamment au travail avec les personnes en situation de détresse (Messing, 2000 ; Guigon, 2008). En parallèle à cette montée de travaux intégrant une perspective de genre, l'émergence de débats sociétaux sur les risques psychosociaux dans un contexte d'intensification du travail a également contribué à faire émerger des types d'expositions auxquels les femmes sont fréquemment confrontées (horaires de nuit pour les infirmières, troubles musculo-squelettiques [TMS] pour les caissières). Néanmoins, un certain nombre de chercheurs s'accordent sur le constat suivant : les conditions particulières des situations de travail des femmes demeurent moins objectivées que celles des hommes. Autrement dit, les indicateurs permettant d'identifier, quantifier et de suivre certains risques spécifiques à la population salariée féminine sont moins élaborés que ceux concernant leurs homologues masculins.

Ainsi, pour K. Messing (2002) et S. Caroly (2009), certains problèmes de santé des femmes au travail bénéficient d'une moindre reconnaissance et visibilité sociale. Selon R. Malenfant et al. (2009), les métiers de service, très féminisés, comportent par exemple : "*des exigences dont on commence à peine à explorer les effets sur la santé des travailleurs et des travailleuses. Le travail debout, les nombreux déplacements, le soulèvement de charges, les mouvements répétés, le rythme de travail élevé, les horaires étendus et enfin, une dimension relationnelle importante caractérise ces métiers*". R. Malenfant (2009) souligne également le

désintérêt scientifique persistant qui entoure la question de la conciliation de la grossesse et du travail en termes de santé, peu explorée dans les travaux de terrain. D'où l'intérêt d'associer une étude qualitative à des études quantitatives de grande ampleur pour comprendre les contraintes vécues au travail par les femmes et leurs effets spécifiques sur la santé (Caroly, 2009).

4.2.2 Les spécificités des conditions de travail des femmes

Les spécificités des conditions de travail des femmes résultent d'abord de la différenciation sexuée des secteurs d'activité et l'emploi. Même quand les hommes et les femmes appartiennent à une même catégorie socioprofessionnelle, le contenu de leur travail et son organisation sont souvent différents, d'où des expositions professionnelles et des effets différentiels des risques sur la santé (Gollac et Volkoff, 2002).

Cette concentration des femmes dans certains secteurs d'activité se trouve dans l'échantillon des interviewées : 10 femmes sur 17 déclarent travailler ou avoir travaillé dans le domaine de la petite enfance ou le troisième âge.

Cette présence asymétrique des hommes et des femmes dans les secteurs d'activité et les emplois contribue à ce que, globalement, les femmes soient davantage protégées que les hommes contre les atteintes directes à leur intégrité physique en termes d'efforts physiques lourds du travail ouvrier, impliquant la manutention de charges lourdes ou l'exposition aux bruits, à la chaleur, aux vibrations, aux produits toxiques, aux radiations ou au travail de nuit (*cf.* notamment Gollac et Volkoff, 2006). Les femmes ont également un moindre risque d'exposition aux accidents de travail³³ et ont moins de risques professionnels reconnus. Pourtant les conditions de travail caractérisées par les mouvements répétitifs ou les postures pénibles concernent les deux sexes dans des proportions à peu près équivalentes (Coutrot et Rouxel, 2011). En revanche, les femmes sont plus fréquemment exposées à d'autres types de pénibilités physiques, moins prégnantes dans les représentations traditionnelles, notamment le travail exigeant une position assise prolongée ; le travail permanent sur écran (employées de commerce et de bureau) ; l'exposition à des risques infectieux (métiers de soins) et à certains produits toxiques ou tensio-actifs (secteurs d'entretien, de la coiffure ou de la beauté, secteur hospitalier).

De même, les femmes paraissent davantage exposées aux risques psychosociaux. La notion de risques psychosociaux désigne "*des risques pour la santé créés par le travail à travers des mécanismes sociaux et psychiques*" ainsi que leurs mécanismes étiologiques. Six dimensions sont généralement distinguées : l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, la souffrance éthique, l'insécurité de la situation de travail. Comme le soulignent le rapport Nasse-Légeron de 2008 et le Rapport du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux (Gollac, 2011), les données statistiques en France demeurent encore fragmentaires. La présence des femmes dans les secteurs de services et de soins les expose notamment aux exigences émotionnelles associées aux relations avec le public ou le contact avec des personnes en situation de détresse ainsi qu'aux problèmes d'organisation du travail

³³ En 2007, pour un million d'heures de travail, les femmes ont connu 16,3 accidents de travail contre 29,7 pour les hommes (Euzenat 2009). Toutefois, le nombre d'accidents des femmes est en augmentation. (*Santé des Femmes* 2009, Anact [a]).

(travail morcelé et interrompu, isolé, horaires qui rendent difficile l'articulation du travail salarié et la vie familiale, etc.) (Messing, 2002 ; Anact, [b])³⁴. Les 7 femmes sur 17 qui mentionnent les horaires ou une organisation du travail difficilement compatibles avec la vie familiale ont travaillé dans les secteurs de la coiffure, de la restauration, des services (grands magasins, banque, maisons de retraite), le gardiennage d'immeuble ou comme hôtesse de l'air.

Selon l'étude épidémiologique sur la santé mentale au travail Samotrace (Cohidon et al., 2009), alors que 24 % des hommes déclarent vivre un "mal-être" au travail, cette proportion est de 37 % pour les femmes. Elles sont plus fréquemment soumises à de la "tension au travail" (28 %) que les hommes (20 %) (Sumer 2003, Guignon et al. 2008). En termes de conditions de travail et d'organisation, les femmes décrivent également une moindre autonomie et reconnaissance dans leur travail que les hommes ainsi qu'un collectif de travail moins présent (voir par exemple Bué, 2004 ; Coutrot et Mermillod, 2010 ; Amira, 2010). L'enquête sur les changements organisationnels et l'informatisation (COI) conclut que "*Les femmes occupent des emplois où le travail semble moins épanouissant*". Alors qu'elles déclarent plus souvent se sentir seules (Aliaga, 2002), les femmes rapportent également plus fréquemment des conditions de travail marquées par une faible latitude décisionnelle et le manque de soutien social : deux facteurs de risque de TMS (cf. notamment *Santé des femmes* 2009). Le manque de latitude décisionnelle constituant également un facteur prédictif de maladies cardiovasculaires, dont le dépistage et la prise en charge chez les femmes par le système médical serait moins bon que pour les hommes (Conseil économique et social, 2010).

Enfin, l'exposition à des violences au travail (internes ou externes) apparaît également affectée par le genre. Alors que les hommes seraient plus souvent confrontés à des agressions physiques (notamment de la part de collègues), le risque d'être victime de situations de harcèlement moral ou sexuel sur le lieu de travail de la part de leurs supérieurs hiérarchiques, serait plus élevé pour les femmes, comme le risque d'être exposée à des tensions avec le public, en termes de menaces ou d'intimidations (Conseil économique et social, 2010).

Sans que l'aspect des conditions de travail relatives aux risques psychosociaux fasse l'objet d'une consigne spécifique dans notre l'entretien, plusieurs femmes évoquent le fait d'y avoir été confrontées :

Mme U. et **Mme L.** mentionnent des tensions avec le public. **Mme U.**, gardienne d'immeuble HLM, a vécu des situations conflictuelles avec les locataires, dont menaces avec une arme, ainsi que de conflits récurrents avec sa hiérarchie. Pour **Mme L.**, les tensions avec le public constituent l'aspect le plus difficile de son travail, décrit comme "*très stressant*". Elle accueille les plaintes des locataires du syndic au téléphone comme standardiste et souffre d'hypertension artérielle et de TMS. **Mme M.** déclare un cas de harcèlement moral (voir études de cas).

Mme B., **Mme Y.**, **Mme R.** et **Mme Z.** évoquent les exigences émotionnelles au travail, plus particulièrement quand le travail comprend des relations avec les personnes vulnérables ou en détresse. **Mme Y.** et **Mme R.**, respectivement hôtesse de l'air et agent territorial spécialisé des écoles maternelles (ATSEM) évoquent des arrêts de travail parce qu'elles se sont senties incapables d'exercer un contrôle émotionnel suffisant exigé par un travail auprès d'enfants ou

³⁴ Les horaires des femmes sont moins contraignants, avec moins d'heures supplémentaires ou de travail effectué à la maison (Amira, 2010). Elles travaillent moins souvent la nuit, mais sont plus concernées par l'absence de repos 48 heures consécutives. Plus prévisibles que ceux des hommes, les horaires des femmes sont fréquemment contrôlés et déterminés par l'employeur et plus fragmentés (Bué, 2004 ; Serre et Baudelot, 2006).

avec les passagers. **Mme Z.**, qui travaille dans un centre social pour le soutien scolaire, parle du sentiment d'impuissance du personnel face à des cas de violences familiales.

Mme Y., **Mme A.**, **Mme P.** **Mme I.** et **Mme E.** font le constat d'une intensification du travail. Etant donné l'augmentation des heures travaillées par le personnel naviguant et la nouvelle organisation du travail intervenue dans la compagnie aérienne pour laquelle elle travaille, **Mme Y.**, hôtesse de l'air (qui élève seule son enfant), ne pense pas qu'elle réussirait à concilier un travail à temps plein avec un jeune enfant aujourd'hui - comme c'était le cas il y a 20 ans. Elle se demande comment font ses jeunes collègues à l'heure actuelle. L'intensification et les modifications dans l'organisation du travail sont citées explicitement comme des facteurs qui l'ont amené à travailler à temps partiel, un droit obtenu aux prud'hommes. **Mme A.**, vendeuse dans un grand magasin, évoque la mise en place des 35 heures sans concertation avec un personnel majoritairement féminin. Elle décrit la nouvelle organisation comme ayant été réalisée sans considération pour la conciliation de la vie professionnelle et familiale. Ce facteur figure en toile de fond de son récit d'interruption d'activité à la naissance de son deuxième enfant. L'accroissement des tâches et une organisation qui détériore sa capacité à mener à bien son travail sont également mentionnés par **Mme P.**, qui est institutrice. Alors que **Mme I.**, bibliothécaire, déclare que la hausse de la fréquentation de la bibliothèque où elle a travaillé n'a pas donné lieu à une augmentation du personnel ou l'amélioration des moyens pour effectuer le travail. Elle s'est mise en disponibilité pendant plusieurs années, alors que son fils traversait une adolescence particulièrement difficile. **Mme E.**, ATSEM, fait état de sous-effectifs chroniques dans son établissement, ce qui accroît la pénibilité physique du travail et mène à une usure, dont "les jeunes" ne se rendent pas compte malgré les avertissements des plus anciennes.

4.2.3 Les effets sur la santé des femmes

Les conditions de travail constituent un déterminant majeur de la santé. Les aspects sociaux du travail et leurs interactions avec les conditions physiques du travail sont notamment susceptibles d'avoir un retentissement sur le psychisme et la santé physique des individus qui peuvent se traduire par des pathologies cardiovasculaires, mentales, et des TMS (Gollac, 2011); ces deux derniers types de pathologies touchant davantage les femmes. Selon l'Enquête Permanente sur les Conditions de Vie, le nombre de femmes qui se déclarent anxieuses, tendues ou stressées "souvent" ou "très souvent" est supérieur à celui des salariés masculins. Il en va de même en ce qui concerne les problèmes d'endormissement ou d'insomnie (Aliaga, 2002). Globalement, à âge, formation, situation conjugale et professionnelle identiques, une femme présente entre une probabilité 1,5 à 2 fois supérieure qu'un homme de vivre un épisode dépressif (Leroux et Morin, 2006) alors que les problèmes de santé mentale constituent le premier motif de reconnaissance d'invalidité professionnelle.

Les spécificités et la nature de telles situations d'emploi des femmes ont également pour effet de les exposer aux troubles musculo-squelettiques (TMS). Cet ensemble de pathologies articulaires ou péri-articulaires du dos et des membres, représente la principale cause des maladies professionnelles en France. Cette catégorie d'atteintes à la santé par le travail est également en forte augmentation. En effet, dans la population féminine salariée, le nombre de maladies professionnelles a connu une augmentation de 148 % entre 2001 et 2009 (les TMS étant les principales concernées), un rythme deux fois supérieur au taux enregistré chez les hommes : +73 % (Anact [b]). La nature du travail des femmes contribue ainsi à ce qu'elles soient plus affectées par des TMS que les hommes³⁵. Selon l'enquête Sumer (2003), 58 % des

³⁵ Les TMS sont d'origine multifactorielle : facteurs physiques, organisationnels et psychosociaux.

TMS déclarées concernent des femmes, celles-ci présentent un risque d'exposition supérieur de 22 % à celui des hommes. Les TMS auxquels les femmes sont exposées diffèrent également de ceux déclarés par les hommes avec davantage d'atteintes aux membres supérieurs.

Les TMS figurent parmi les problèmes de santé les plus fréquents rencontrés chez les enquêtées (7 femmes sur 17), dont plusieurs n'ont pas été répertoriées dans le questionnaire SIP. Parmi ces TMS chroniques affectant essentiellement les épaules, les bras ou le dos, la moitié a été reconnue comme des maladies professionnelles. Elles sont souvent associées à des risques psychosociaux.

Mme B. relate la pénibilité physique et mentale dans son activité de femme de ménage en maison de retraite : un poste occupé pendant 14 ans à temps partiel, après une interruption de 15 années. L'enquêtée souffre de tendinites chroniques à l'épaule (non répertoriées dans le questionnaire), attribuées aux vibrations de la mono brosse utilisée pour le nettoyage des sols, qu'elle compare aux vibrations du "*marteau-piqueur*". Mme B. mentionne également les effets irritants des produits d'entretien utilisés au quotidien et la nécessité de porter des gants en permanence pour se protéger des excréments et du sang qu'elle essuyait sur les murs et les portes de l'établissement. Parce qu'elle était chargée du nettoyage des chambres des résidents de la maison de retraite, il fallait "*garder le sourire*", malgré la confrontation des personnels aux problèmes de santé des personnes âgées et aux décès des pensionnaires, qu'elle désigne par l'euphémisme : "*les gens qui partent*". Devenue responsable, à la fin de cette période d'emploi, d'une équipe de 8 personnes, Mme B. évoque de fréquents conflits avec sa hiérarchie, plus particulièrement une directrice : "*j'avais le cœur qui palpitait fortement*". A cette période, elle connaît des problèmes de tension artérielle (problème répertorié) qui cesseront quand elle quitte cet emploi : "*Je n'aurai pas pu tenir jusqu'à 60 ans*". Mme B. a "*tenu bon*" parce que son travail était situé près de chez elle et parce qu'il lui a fallu payer les études de ses fils : "*Les enfants ont toujours été prioritaires et ça, je n'y peux rien*". En effet, les événements familiaux auront rythmé l'ensemble de l'itinéraire professionnel de l'enquêtée. Mme B. abandonne la coiffure dès son mariage : "*c'était dur, on travaillait même le dimanche parfois*". Puis démissionne d'un poste d'employée de commerce à la naissance de son deuxième enfant : encouragé par son mari et parce qu'elle se devait d'être très "*disponible*" pour ses enfants. Enfin, quand son dernier fils part de la maison Mme B. se donne "*la permission*" de quitter la maison de retraite. Elle trouve un emploi à temps plein comme cuisinière dans une école maternelle. Son discours est marqué par une pointe de regret quand elle évoque la monotonie de la vie de femme au foyer. Et par une pointe de revendication quand elle déclare "*je pense à moi aujourd'hui*" ; raison pour laquelle elle dit ne pas souhaiter quitter cet emploi - malgré les incitations de son conjoint retraité, qui souhaiterait la voir lui tenir compagnie à la maison.

Mme U., agent d'entretien et gardienne d'HLM à la retraite, déclare une hernie discale et une pathologie des rotateurs de l'épaule, attribuée aux vibrations de la mono brosse employée pour le nettoyage des sols. Cette dernière est reconnue comme maladie professionnelle et a donné lieu à une réaffectation. L'interviewée évoque également avoir subi des tensions avec les locataires et des conflits avec sa hiérarchie.

Mme R., agent de service dans une école maternelle, souffre d'une calcification du bras, reconnue comme une maladie professionnelle et attribuée au geste répétitif de lavage. Son poste a été aménagé. Elle évoque aussi le contrôle émotionnel lié au travail avec les jeunes enfants.

Mme L., standardiste, souffre d'arthrose au cou (répertorié en maladie professionnelle) et a été opérée du syndrome de canal carpien (non répertorié)³⁶. Elle se plaint des tensions chroniques avec le public.

³⁶ Le syndrome du canal carpien bénéficie d'une faible reconnaissance sociale (Conseil économique et social 2010).

Mme E., agent de service en école maternelle, souffre de lombalgies et porte une ceinture pour le dos (problème de santé non répertorié) qu'elle attribue aux lourdes charges, notamment les plateaux repas à la cantine et à la surcharge de travail induit pas des sous-effectifs chroniques dans l'établissement.

Mme N., a été éducatrice de jeunes enfants, elle souffre d'une hernie discale, dont l'origine est attribuée au geste de soulever les enfants en début de carrière ; cette pathologie a contribué à une prolongation de la période d'inactivité avec 3 enfants et se trouve être associée à une dépression chronique et un manque de soutien social.

Mme T., cadre administratif commercial, déclare souffrir de sciatiques et de "stress".

4.2.4 Les indicateurs de la santé "reproductive" au travail

Une des spécificités sexuées les plus significatives en termes de conditions de travail est constituée par la conciliation de la grossesse et du travail salarié. En France, 90 % des femmes donnent naissance à un enfant au cours de la période dite reproductive et la grande majorité d'entre elles sont aujourd'hui en emploi. Toutes les femmes interviewées étaient en emploi pendant au moins une partie de leur première grossesse. S'il s'agit d'une question importante pour l'épidémiologie et la sociologie du travail, Romaine Malenfant (2009) souligne toutefois un déficit de recherches empiriques ciblées. Cette pénurie est d'autant plus surprenante qu'elle persiste malgré un contexte marqué par une triple évolution. D'abord, les femmes enceintes ont plus souvent une activité professionnelle que par le passé : ainsi, en l'espace de quarante ans avec l'entrée massive des femmes sur le marché de travail, les conditions de vie des femmes de la période périnatale se trouvent bouleversées (voir aussi Riviers-Pigeon, 2002). Pendant cette même période, les femmes ont été fortement responsabilisées en tant que futures mères et leurs comportements pendant la grossesse sont devenus l'objet d'un contrôle social accru. Enfin, depuis la fin des années 1980, on constate des cadences et une pression accrue au travail, dont les conséquences pour la santé reproductive ont été peu interrogées. Par ailleurs, on constate une tendance à l'augmentation du nombre des grossesses à risque et de la prématurité avec l'élévation de l'âge moyen à la maternité en France.

Si l'on dispose d'indicateurs de santé périnatale (notamment la mortalité périnatale et la morbidité maternelle grave), peu de recherches de terrain documentent en France les liens entre conditions de travail, conditions de vie et la santé des femmes durant la grossesse (voir le même constat dans Cristofari, 2003). La littérature épidémiologique internationale existante s'accorde sur un point : il existe une association significative entre travail physique pénible et un risque de prématurité de l'enfant (Saurel-Cubizolles et al., 2004). Une des mères décrit ses conditions de travail avant une naissance prématurée :

Mme R., ATSEM, divorcée puis remariée, travaille dans une école maternelle parisienne, alors qu'elle attend son troisième puis quatrième enfant (après une première interruption de 5 ans due à un événement familial). En réponse à une consigne générale sur les conditions de travail dans son école maternelle, celles-ci sont décrites, dans un premier temps, comme "*bonnes, impeccables*". Cette mère de famille nombreuse souligne spontanément la qualité de conciliation de la vie professionnelle et familiale (les jours "enfant malade", les jours de repos et les horaires plus commodes dont elle bénéficie en tant que salariée de la Ville de Paris), en comparant ces conditions à celles prévalant dans le secteur de la restauration, où - plus jeune - elle a exercé une activité professionnelle. "*Mon travail me plaît (...)* "*la Ville de Paris c'est top* [du point de vue de la conciliation]". Elle s'estime heureuse d'avoir trouvé ce poste après cinq années d'interruption : "*ça se passerait pas comme ça aujourd'hui*". Dans un deuxième temps, suite à une reformulation de la consigne sur les conditions de travail plus précisément pendant les

grossesses, Mme R. déclare : "*c'est fatigant, on a toujours nos taches ménagères [ndrl à l'école] (...) J'attendais vraiment que le congé de maternité arrive, c'est épuisant !*" [À l'école maternelle] *il y a les enfants, il y a du bruit*". La quatrième grossesse a été plus dure (...) *je me suis arrêtée plus tôt [vers le 6^{ème} mois] ; il voulait venir avant terme (...) là, c'était pas très facile (...) il fallait que j'y aille mollo, mais il voulait descendre avant*". Elle est hospitalisée, alitée, mais l'enfant naît prématuré et est placé en couveuse. Dans un troisième temps, tout à la fin de son entretien, Mme R. se dépeindra en train de laver les escaliers avec son gros ventre, ayant pris 20 kilos. Le plus difficile a été le grand nettoyage de l'établissement lors des vacances d'été avec tous les murs à lessiver, les meubles à déplacer : "*Même si on doit pas porter des choses, on n'ose pas dire non (...) On se sert de nous un peu comme des hommes à tout faire, des manutentionnaires, les gens ne s'imaginent pas...*". Avec les arrêts avant et après l'accouchement, Mme R. reste presque une année à la maison (1996-1997), après une quatrième césarienne (le questionnaire SIP ne mentionne pas d'arrêt de travail supérieur à six mois). Puis reprend le travail quand elle obtient une place en crèche.

Mme L., employée dans une compagnie d'assurances traversée par les conflits sociaux, après un arrêt maladie pour stress et hypertension, donne naissance à un enfant prématuré (voir études de cas). **Mme U.** relate un avortement spontané attribué par l'interviewée à des problèmes de transport entre son domicile et le travail : Mme U. se rendait à son travail en mobylette et en train lors de la grossesse "*J'attendais un bébé, j'ai fait une fausse couche, automatiquement (...) parce que avec les trajets, puis j'avais fait du déménagement chez moi pour nettoyer la cuisinière, je l'ai perdu bêtement (...) J'ai été hospitalisée pendant un mois mais il n'ont pas pu le sauver*".

Concernant d'autres risques reproductifs associés aux conditions de travail, les travaux épidémiologiques font état de résultats relativement contradictoires, selon les contextes nationaux étudiés (Saurel-Cubizolles et al., 2004)³⁷. Ces auteurs ont effectué une exploitation statistique à partir de 16 pays européens pour explorer ce risque en fonction des situations de travail. Le simple fait d'être en emploi n'est pas associé à une probabilité plus élevée d'une naissance prématurée. Néanmoins, les ouvrières dans l'industrie, l'agriculture et les travailleuses non qualifiées constituent une catégorie socioprofessionnelle défavorisée. Cette recherche met en évidence une association modérée entre prématurité et horaires excédant 42 heures, la station debout pendant plus de 6 heures et une faible satisfaction au travail. M.-J. Saurel-Cubizolles et al. observent également des variations entre pays liées aux contextes nationaux de protection de la maternité au travail, à la longueur des congés et à la qualité du système de prise en charge périnatale. Ainsi, les naissances prématurées ont diminué en France entre les années 1970 et 1980 : une évolution concomitante avec l'augmentation des congés. Toutefois, les données exploitées par M.-J. Saurel-Cubizolles et al. sont relativement anciennes : l'enquête Europop a été réalisée en 1994-1997. Dans un travail précédant sur des données datant de 1987-1988, M.-J. Saurel-Cubizolles et al. (1991) avaient seulement pu constater un effet de la PCS sur la probabilité de donner naissance à un enfant prématuré ; l'influence des conditions de travail n'apparaissait pas significative pour expliquer un risque accru en France³⁸.

³⁷ R. Malenfant (2011) fait également le constat de résultats contradictoires en ergonomie sur l'effet des horaires, du soulèvement de charges et des postures au travail pendant la grossesse.

³⁸ Trois explications sont avancées par les auteurs : un changement dans la perception des "conditions pénibles de travail", une amélioration des conditions de travail et un développement de stratégies de préservation par les femmes. Or, les enquêtes ultérieures font état d'une dégradation en termes d'intensification du travail et des risques psychosociaux associés.

D'autres chercheurs ont exploré les expositions professionnelles corrélées avec le risque de l'hypotrophie (poids faible de l'enfant à la naissance). Ils attestent de l'augmentation du risque en cas d'exposition aux horaires irréguliers ou le travail par roulement – ou à un cumul de facteurs de risque dont : le travail de nuit, les horaires irréguliers ou par roulement, station debout, soulever des poids, bruit, et niveau d'exigence psychologique du travail élevé combiné à peu de soutien. Selon le nombre d'expositions subies (0 à 6 conditions répertoriées), le risque double (Croteau et al., 2006 cité par Malenfant, 2009). Toutefois, ces études prennent comme indicateur privilégié la mortalité ou la morbidité de l'enfant. Dans une revue de la littérature épidémiologique sur l'effet de la durée des congés de maternité sur la santé infantile et maternelle, Stahelin et al. (2007) soulignent ainsi la pauvreté des données concernant l'effet des conditions de travail sur la santé physique et psychique *des mères*.

Parmi les chercheurs qui se sont intéressés aux liens entre problèmes de santé de la mère pendant la grossesse (morbidité) et conditions de travail, P. Landsbergis et al. (1993), observent un lien entre le "job strain"³⁹ et l'hypertension artérielle pendant la grossesse. M. Juhl et al. (2005) explorent les relations entre le syndrome douloureux abdomino-pelvien⁴⁰ – fréquemment associé à la grossesse – et les conditions de travail physiquement et mentalement exigeantes au Danemark. Ils trouvent une association avec le travail pénible, des conditions de travail exigeantes, le travail par roulement et des taux élevés de "jobstrain". Cette recherche est intéressante dans la mesure où elle concerne un trouble de santé relativement "bénin" (ou "petits troubles de la grossesse"), qui néanmoins affecte le bien-être des femmes au quotidien : jusqu'à 40 % des mères seraient concernées à différents degrés par ce syndrome.

On peut ainsi interroger l'effet des particularités des conditions de travail des femmes et l'évolution des situations de travail (contraintes posturales, intensification du travail, exposition aux risques psychosociaux), qui sont désormais structurellement conciliées avec une grossesse, sur la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant.

Certaines femmes ayant participé à notre enquête mentionnent l'inflexibilité, les tensions et/ou les humiliations auxquelles les besoins et les demandes de femmes enceintes peuvent donner lieu sur le lieu de travail :

Mme M. déclare : *"pour avoir un rendez-vous "c'était une affaire d'État", c'est tout juste si je ne faisais pas exprès d'être malade"* (et déclare, par ailleurs, un cas de harcèlement moral pendant la grossesse : voir étude de cas).

Mme L., estime que son supérieur hiérarchique a globalement "bien pris" l'annonce de sa grossesse. Toutefois, elle a dû faire face à l'incompréhension et à quelques remarques humiliantes de la part de son supérieur hiérarchique qui, précise-t-elle, n'a pas d'enfants lui-même. Ainsi, Mme L. raconte qu'il ne comprenait pas qu'elle doive se rendre aux toilettes plus souvent pendant sa grossesse. Elle restitue, avec humour, un dialogue imaginaire pour illustrer

³⁹ Dans le modèle de Karasek, ce terme désigne une situation dans laquelle les exigences et la demande psychologique associées à un travail donné sont disproportionnées par rapport à la latitude décisionnelle dont bénéficie une personne qui l'effectue.

⁴⁰ Ce syndrome se réfère à des douleurs persistantes dans l'antérieur ou le postérieur du bassin, qui peuvent commencer pendant le premier trimestre et persister dans la période post-partum. Son étiologie est mal documentée.

les remarques désobligeantes de celui-ci (qui semblent lui avoir été rapportées par une collègue) :

Supérieur : *Pourquoi le téléphone sonne ?*

Collègue : *Eh ben, parce que Anne-Marie est aux toilettes.*

Supérieur : *Pourquoi elle est aux toilettes encore ?*

Ce dernier a également laissé transparaître son mécontentement, quand, enceinte, Mme L et ses collègues se sont absentes pour se rendre aux visites médicales de suivi de la grossesse. Sur un ton un peu ironique, Mme L. déclare qu'il semblerait que les employeurs n'aient pas toujours compris que les femmes enceintes n'ont pas tout à fait les mêmes besoins que les autres.

Mme A. est embauchée en CDI dans un grand magasin, après un premier CDD : elle n'a pas d'enfant. Lors d'un entretien avec sa DRH, l'enquêtée raconte avoir été mise en garde : *"pas de bébé pendant un an"*. " [C'est] *Assez extraordinaire*", dit Mme A., puisqu'il s'agit des propos d'une mère de trois enfants (...) [c'est] *"édifiant que les femmes ne se font pas de cadeaux à ce niveau-là"*. Elle fait part également de sa surprise face au sentiment d'impunité de son interlocuteur. Plus tard, alors qu'elle devient mère, son chef de rayon lui fait comprendre que : *"Les promotions, c'est fini pour les femmes qui prennent un congé parental"*. Mme A. qui a interrompu son activité et vécu un conflit avec le DRH au moment de la reprise projetée (puis abandonnée) de son activité, mentionne également les tensions provoquées par les absences des femmes qu'elle observe autour d'elle au quotidien. Elle relate notamment les tensions vécues par les professeures enceintes avec les parents au collège que fréquente sa fille : ces derniers se plaignent notamment des absences du professeur(e) de gym. Et de la professeure de SVT enceinte, qui est absente après un problème d'hypertension artérielle (dont Mme A. a également souffert pendant la grossesse) : les parents ont exprimé leur mécontentement auprès des représentants des parents-élèves. *"C'est quand même la vie ! (...) Beaucoup de femmes oublient assez vite"* [ce que c'est la grossesse]. Et que *"si un jour on est un peu fatiguée, tant pis, c'est normal, il y a un cours qui saute"*. Comme Mme L., Mme A. estime que c'est *"stupéfiant"* que quelques absences liées à la grossesse puissent toujours donner lieu à une gêne ou des manifestations de reproches dans le milieu de travail. Et ce *"dans quelque secteur que ce soit"*. Par ailleurs, *"les mamans peuvent aussi être fatiguées après 3 jours de gastro de leurs enfants"*. Le repos des femmes, dans ce cas, *"c'est la priorité"*.

Ainsi, la protection de sa propre santé et celle de l'enfant à venir, reposent dans nombre de cas, sur la salariée et ses interactions avec l'institution médicale (médecin, sage-femme), l'employeur et éventuellement, avec le public. De ce point de vue, le contexte historique est quelque peu paradoxal. D'une part, la médicalisation de la grossesse et de la naissance a modifié l'expérience, les représentations et les attitudes relatives à la maternité. L'information généraliste disponible sur des supports papiers ou Internet (subtilement imprégnée de normes médicales), la prise en charge d'une grossesse par l'institution médicale dès son début et la valeur sociale attribuée à la santé de l'enfant à naître, sont intériorisées très rapidement par les femmes (Jacques, 2007). Ainsi, être enceinte constitue un véritable apprentissage social qui se focalise sur un contrôle des risques (Lupton, 1993 ; Malenfant, 2006). C'est particulièrement le cas lors de la première grossesse. Une transformation des conduites individuelles des sujets (notamment les comportements alimentaires) vers davantage de vigilance, contribue à ce que la grossesse devienne un « travail en soi », exigeant du temps, de l'attention, de l'énergie, dictant son propre rythme (Méda, 2001). La perception des risques pendant la grossesse a ainsi pu évoluer selon les générations. C'est l'hypothèse de sens commun de l'une des interviewées qui évoque une sensibilité qu'elle estime exacerbée des jeunes femmes aujourd'hui.

Mme T. seule enquêtée à déclarer une santé "excellente" a connu une enfance difficile (elle se qualifie de "Cosette"). Empêchée dans ses études par un père autoritaire et violent, elle gravit néanmoins progressivement les échelons de l'entreprise qui l'emploie. Partie d'un BEP de secrétariat, elle est l'une des deux enquêtées à occuper un statut cadre au jour de l'enquête. Le premier enfant de Mme T. naît au milieu des années 1970. La grossesse se déroule très bien et Mme T. travaille même au-delà du délai légal du congé de maternité : *"ça s'est passé impeccable, j'ai même travaillé, j'étais appréciée dans mon travail, j'ai même travaillé pendant mon congé maternité (...) l'entreprise avait besoin de moi, j'avais vite évolué, donc j'étais... de sténodactylo, j'étais passée secrétaire pour l'administration des ventes, en fait, je secondais la secrétaire de direction, directement, et cette secrétaire était en congé au mois de juillet et moi j'accouchais au mois d'août, et donc le PDG m'avait carrément appelée, il faisait venir me chercher, je travaillais à côté, hein, à mon domicile, donc il me faisait venir par un coursier pendant mes heures de sécurité sociale, pour dépanner quoi (...) j'ai travaillé au mois de juillet, j'accouchais mi-août, vous voyez."* Dans son entretien, l'enquêtée évoque l'attitude des jeunes d'aujourd'hui, qui serait toute différente : *parce que moi, je vois, j'ai une fille qui a deux petits-là, elle est débordée pour un oui, pour un rien, je me compare à elle, à l'époque, je me dis mince comment on [faisait, nous ?]... c'est vrai ! D'ailleurs, ça la chagrine parce que... euh... elle n'aime pas du tout [que je le lui dise] ! [rire] Pour un rien, maintenant, les jeunes, ils [rire] sont enceintes de deux mois, ils s'arrêtent, ils sont fatigués ! C'est vrai que moi, ça a pas été... C'était une autre époque. (...) je trouve que dans mon milieu de travail, euh, je vois les jeunes maintenant, euh, pour un rien, ils s'arrêtent... (...) Pour tout. Même ils ont un rhume, ils s'arrêtent, hein. (...) Voilà, ils s'écoutent. Je sais pas, euh, ou alors ils sont peut-être moins... je sais pas courageux ! [rire] Mais je trouve que les jeunes sont quand même pas si battants que notre génération. (...) je me suis jamais écoutée en fait, donc (...) moi j'ai toujours bien géré, hein, au contraire, je fais beaucoup de cuisine, je fais beaucoup..., j'aime bien que ma maison soit propre, je... non , ça va ! [petit rire].*

Il convient toutefois de souligner que les conditions de travail ont évolué entre ces deux générations. Parmi les évolutions négatives des dernières décennies figurent le constat d'une intensification du travail et d'une augmentation des risques psychosociaux, qui, comme on vient de le voir, touchent plus fréquemment les femmes⁴¹. On peut penser que cette évolution s'accorde particulièrement mal avec la santé reproductive et d'autres facteurs structurels constitués par les inégalités sociales de santé (y compris reproductives) entre femmes, et une "conciliation" travail-famille qui repose encore en grande partie sur elles. Si la responsabilisation croissante des femmes au bien-être de l'enfant à venir s'est renforcée, les incertitudes qui pèsent sur l'emploi (un type de risque psychosocial) jouent également potentiellement contre une régulation des rythmes repos/travail pendant la grossesse.

Certaines femmes sont ainsi susceptibles de se trouver dans des "situations intermédiaires" dans lesquelles elles persévèrent dans des conditions de vie difficiles pendant leur grossesse ou adoptent des stratégies alternatives de retrait, plus ou moins provisoires du marché de l'emploi, notamment si elles cumulent des antécédents de santé reproductive et un certain nombre de "petits troubles" de la grossesse (sommolence, troubles du sommeil, nausées, problèmes circulatoires, douleurs pelviennes...). Ni "pathologique", ni "anodine", la grossesse au travail constitue une zone grise. C'est particulièrement le cas des femmes qui subissent des

⁴¹ Les femmes cinquantenaires de notre étude (qui se sont insérées dans le vie active dans les années 1970) ont pu faire l'expérience à la fois de périodes d'amélioration *et* de relative dégradation de certains aspects de leurs conditions de travail. La qualité du travail aurait notamment baissé en Europe entre 1995-2005 : les conditions physiques du travail ne se sont pas améliorées ; l'intensité du travail s'est accrue ; et la latitude décisionnelle a décliné. Il semblerait ainsi que la pression au travail ait augmenté (Greenan et al., 2010).

facteurs de risques psychosociaux, dont la visibilité sociale s'est accrue seulement dans les dernières années avec la montée des débats sur la souffrance au travail, la mise en place de recherches et de dispositifs de prévention ou de consultations spécialisées⁴². En effet, la post-enquête fait ressortir ce type de risque comme un facteur potentiel qui influence les itinéraires professionnels interrompus lors d'une maternité.

4.3 Quatre études de cas

Après cette lecture transversale de notre matériau sous l'angle des connaissances dont nous disposons sur les conditions de travail des femmes et la santé reproductive, cette partie procède à l'analyse détaillée de quatre études de cas. En effet, quatre des dix-sept entretiens biographiques mettent en évidence les conditions de travail comme un facteur *déterminant* de la mise en retrait de l'emploi à la naissance d'un enfant. Le principal type de motif en cause est semblable dans les quatre cas relevés. En effet, les résultats attirent notre attention sur les risques psychosociaux au travail pendant la grossesse, plus particulièrement sur les tensions ou conflits vécus au travail avec le supérieur hiérarchique ou la direction.

- Mme U. et Mme E. décrivent une situation de conflit dans la relation avec leur supérieur hiérarchique, associée à un travail physique lourd et des horaires atypiques ou excessifs.
- Mme M. déclare également des tensions avec son employeur et avoir subi un harcèlement moral après l'annonce de sa grossesse.
- Mme L. décrit des conflits sociaux dans un contexte de restructuration de l'entreprise.

L'analyse qualitative approfondit les types de motifs, mécanismes, processus et chaînes de causalités, susceptibles d'être à l'œuvre dans les séquences des biographies de ces mères correspondant à une interruption d'activité. Pour ce faire, contrairement à l'analyse thématique transversale, l'histoire de chaque personne a été gardée intacte pour fonder l'analyse de chacun des cas (Riessman, 2007 : 53-54).

L'analyse est structurée de la façon suivante :

- (a) éléments biographiques et itinéraire professionnel antérieur à l'interruption, avec repérage des éventuels antécédents de santé dans la jeunesse ;
- (b) contexte biographique du retrait de l'activité professionnelle et analyse de celui-ci ;
- (c) résumé de l'itinéraire ultérieur et des événements marquants ;
- (d) schéma de l'ensemble de l'itinéraire sous forme de tableau faisant apparaître les transitions professionnelles, familiales ainsi que les principaux événements de santé.

Dans cette partie, l'histoire de chaque interviewée est présentée de façon chronologique à partir de la monographie rédigée sur chaque cas, en mobilisant les extraits les plus pertinents de l'entretien. Au-delà du "contenu" à proprement parler, certains cas contiennent également une analyse plus narrative, attentive au déroulement des échanges et aux manières dont le discours est produit. En effet, les interviewées ont livré leurs appréciations des circonstances de leur départ de l'emploi à différents moments de l'entretien - parfois sous plusieurs versions.

⁴² En effet, la législation actuelle se focalise sur les conditions physiques de travail.

Par conséquent, certains cas comprennent des extraits relatant la restitution des échanges entre l'enquêtrice et l'enquêtée.

4.3.1 Mme U.

Dans les deux premières études de cas présentées, le retrait de l'activité professionnelle lors d'une maternité a lieu dans une situation de travail caractérisée par des tensions avec le supérieur hiérarchique, déjà présentes avant la grossesse. Toutefois, il s'agit d'un emploi ou d'un poste intégré depuis peu⁴³. Ces deux femmes, de milieu social défavorisé, ont également en commun d'effectuer un travail physiquement pénible et d'avoir subi un grave problème de santé reproductive lors de la grossesse précédant la maternité qui donne lieu à une interruption d'activité.

Itinéraire en amont de l'arrêt : licenciement et antécédent de santé reproductive

L'interruption de Mme U. intervient autour de la naissance de son troisième enfant. L'enquêtée a déjà connu une interruption d'itinéraire lors de première naissance : elle reste au foyer pendant 3 ans avec son enfant suite à un licenciement économique de son emploi d'ouvrière. Mme U. vit ensuite une fausse couche alors qu'elle a repris le travail comme employée de commerce. Ce problème de santé reproductive est attribué notamment aux trajets domicile-travail effectués en mobylette. Peu après, l'entreprise qui emploie Mme U. ferme. On lui propose une mutation, que Mme U. refuse, estimant que ses trajets seraient trop longs. L'enquêtée reste 2 ans au chômage ("*j'avais le droit*"), puis, reprend un emploi comme agent d'entretien chez un bailleur social en Région parisienne, un an avant la naissance de son deuxième enfant, qui ne donne pas lieu à une interruption d'activité.

Le contexte au travail et l'interruption d'activité : la troisième naissance

Alors que l'enquêtée est enceinte de son troisième enfant, elle travaille toujours pour le bailleur, mais a changé de poste depuis un an. C'est un poste de gardienne d'immeuble (qui intéressait Mme U. parce qu'il lui épargnait les trajets travail-domicile). Toutefois, Mme U. commence rapidement à regretter d'avoir accepté "*la place*". Dans les extraits suivants, l'enquêtée décrit les conditions de travail et les tensions avec son supérieur hiérarchique, dont les exigences sont jugées déraisonnables :

Avec le régisseur que j'avais c'était dingue, il fallait que je fasse deux trois fois le tour dans les pelouses, bon, voir si les enfants ne marchaient pas dans l'herbe, c'était vraiment... que je vois ici [dans le lotissement HLM dans lequel elle réside actuellement] les gens, les gamins jouent au ballon et tout... C'était vraiment un régisseur qui avait [phrase interrompue : (un problème ?)]. "Ah non", j'ai dit, j'ai pas supporté, et quand je me suis retrouvée enceinte, je me suis dit : "là, je donne... [phrase interrompue (ma démission ?)] (...) je me suis dit "je les ferai pas" [fin de la phrase inaudible]. Du coup j'ai élevé ma fille un an, un an et demi.

(...) Et là j'avais un su... [mot interrompu] super chef, comme on dit, il fallait que je sois présent du 8 h le matin au 8 h. le soir (...) [il fallait] répondre aux locataires, j'étais à table à faire manger mes enfants, hop!, il fallait que je réponde, malgré q-q-q-ue [elle a du mal à articuler le

⁴³ Mme U. et Mme E. occupent leur poste depuis moins d'un an. On peut s'interroger sur cette ressemblance : il s'agit d'une prise de poste ou d'emploi peu avant une maternité (éventuellement en début de grossesse), ce qui a pu influencer l'attitude du supérieur hiérarchique à l'égard de ces femmes. Il n'est pas possible de trancher sur ce point, car nous n'avons pas le mois de naissance de l'enfant et d'entrée en poste. Mais dans le cas de Mme M. (voir infra) les tensions apparaissent comme étant directement liées à la grossesse.

mot sous le coup de l'émotion du récit] *je devais fermer à 8 h., donc il fallait même que je me lève la nuit pour machin, alors j'ai dit "non, j'arrête". Je l'ai fait jusqu'en [l'année x]. "Ah non", j'ai dit "non", j'étais enceinte, je me voyais pas... [phrase interrompue].*

Plus tard, dans l'entretien, Mme U. relate un épisode traumatisant qui semble renvoyer aux "8 h. le soir" mentionnés dans l'extrait ci-dessus. En effet, en plus des difficultés de "conciliation" travail-famille, l'enquêtée vit un conflit violent avec un locataire à la même époque :

Non, parce que quand quelqu'un vient à 11 heures du soir avec un fusil, euh, je m'excuse, là, ça marque. Et c'est là que j'ai négocié mon... [phrase interrompue] - ça, mon mari, ça lui a toujours marqué [sic], il a dit "non". Sous le prétexte que je voulais pas lui ouvrir la porte à 8 heures... [du soir]. [Silence] Il venait payer son loyer à 8 heures du soir. Je m'excuse, je ferme à huit heures, à 8h05 j'ai pas ouvert [frappe dans les mains], j'avais pas le droit.... d'ouvrir. Il est revenu à 11 heures du soir avec un fusil, tambourine à la porte, je me dis "qu'est-ce que c'est ?" Et quand j'ouvre la porte, il était là avec un fusil, là je dis : "non, non!"

Mme U. poursuit son récit pour également justifier sa décision par les conditions inacceptables de rémunération qui lui étaient faites et de l'injustice subie sous forme de "blâme" (on lui demandait de payer une remplaçante et elle a reçu un blâme alors qu'elle subit un problème de santé) :

Mme U. [interrompt l'enquêtrice] : *Ah non c'était pas compatible [avec une grossesse]! [hausse la voix] j'étais hospitalisée en urgent [sic] au mois d'août parce que j'avais fait une phlébite et... j'ai eu un blâme, parce j'avais... quitté mon travail... sans mettre de remplaçant. J'ai été hospitalisée en urgence, je pouvais pas le prévoir... Hein ? Donc là, j'ai dit "non", et étant enceinte, ils m'ont dit qu'il fallait que me trouve un remplaçant, c'était à moi de le payer, alors moi, je m'excuse, j'ai dit "non". Parce que moi, j'avais pas de logement, c'est à dire que j'avais ma loge mais j'avais pas de logement à côté, il fallait que je le laisse dans mon appartement, si je trouvais quelqu'un, je pouvais pas [habiter là], c'était pas possible ! Alors, j'ai dit "non", mais j'ai dit "non", et qu'il y avait un appartement, les autres gardiennes avaient un appartement pour leur remplaçant, que moi j'en avais pas [petit tremblement de voix]. Alors j'ai dit, "s'il faut que j'arrête de travailler, que je paie quelqu'un...", j'ai dit "non, là c'est pas possible». Alors, c'est là que j'ai donné ma démission. Et donc ça a été question de... en... maternité. [Silence]. Donc, comme ils n'avaient pas le droit de me licencier, et bain, on a fait valoir ça [des raisons de santé], on a ... et j'ai pas repris mon travail. Puis j'ai été en arrêt de travail, puis je les ai embêté jusqu'au bout (...) il y a que comme ça que j'ai pu avoir gain de cause.*

Le récit de l'enquêtée dans son ensemble est assez confus, mais il semblerait que Mme U. ait cessé son activité pendant la grossesse en arrêt maladie, suivies de 6-7 mois à la maison (également en maladie) après l'accouchement, puis négocié son départ : *"de façon à ce que je puisse permettre de toucher le chômage (...) pour raisons de maladie"*. Pendant cette période, elle refuse de céder son appartement et de payer sa remplaçante : *"j'ai donc mis un verrou, j'ai condamné cette porte, je restais à mon appartement (...) et donc ils m'ont trouvé un logement [quelques mois après l'accouchement].* Quand elle démissionne, Mme U. dit qu'elle ne savait pas si elle allait *"trouver quelque chose derrière"*.

Ainsi, l'interruption se construit sur un fond de problèmes d'horaires, d'organisation de travail, de conflits avec son supérieur et d'un épisode violent (menaces avec arme) vécu avec un locataire, alors que survient en plus un événement de santé pendant la grossesse (qualifié de

relativement secondaire par l'interviewée elle-même)⁴⁴ – et qui révèle également des conditions d'emploi iniques. Dans le discours de cette interviewée, la santé *stricto sensu* figure plutôt comme un "prétexte" pour négocier son départ d'un emploi dont les conditions d'exercice sont considérées comme déraisonnables pour elle-même et sa famille : "*non, je pouvais plus, je pouvais plus su... [mot interrompu]*), *c'était du matin du soir et puis bon ben il y avait quand même des enfants à occuper, hein.*" Ainsi, dans son récit, Mme U. ne raisonne pas, en tout cas explicitement, tant en termes d'atteintes réelles ou potentielles que ces conditions de travail délétères et les événements vécus auraient eu sur sa propre santé mentale ou physique ou celle de son enfant. L'enquêtée évoque sa décision d'interrompre son activité à l'enquêtrice en mobilisant le registre de la justice/injustice. Par ailleurs, elle mentionne plusieurs fois le terme "*droit*". Soutenue par son conjoint (qui dit aussi "*non*"), elle remédie à cette situation d'emploi avec les ressources dont elle dispose : "*je les ai embêté jusqu'au bout (...) il y a que comme ça que j'ai pu avoir gain de cause*". Le motif exact de santé donné n'est pas explicité (et il n'y a pas de période maladie répertoriée dans les données SIP). Mme U. parle peu de l'intervention de son médecin, contrairement à d'autres femmes ayant connu un arrêt maladie prolongé lors d'une maternité (et qui ont plutôt eu tendance à souligner le rôle de ce dernier). L'enquêtée ne mentionne pas non plus l'antécédent de santé reproductive qu'elle avait subi quelques années auparavant (auquel elle déclare n'avoir cessé de songer toutes ces années) – ou son "désir" de s'occuper de son enfant, mise en avant par exemple dans l'entretien de Mme M. (voir étude de cas infra).

Une année après les événements, Mme U. reprend le travail comme agent de service dans les écoles, puis en crèche. Son itinéraire ultérieur est émaillé d'incidents de santé attribués au travail : "*j'ai travaillé dans les écoles et c'est là que j'ai commencé à détériorer ma santé [sic], parce que quand on faisait du grand ménage, il fallait démonter les meubles, il fallait les porter et donc c'est là que j'ai commencé à déglinguer ma santé.*" Mme U. déclare également souffrir aujourd'hui d'insomnie et de fatigue, notamment depuis qu'elle prend en charge à domicile son mari invalide après quatre AVC. Face à cette épreuve, l'enquêtée cite comme ressources ses enfants et petits enfants (qu'elle garde régulièrement), ainsi que l'attribution d'une aide ménagère qui rend *le care* de son mari plus supportable.

Itinéraire de Mme U.

- 1) emploi court 1968-1969 (non répertoriée), PCS ouvrière
1^{ère} maternité 1969 : *licenciement = inactivité/chômage de 2-3 ans*
- 2) emploi court 1972-1974, PCS 55 employée de commerce
2^{ème} grossesse / Fausse couche tardive / Problème transports emploi-domicile
3) 1974-76 : *chômage, refus de mutation (pour cause de transports)*
- 4) emploi long 1977-1984
2^{ème} maternité 1978 : *congé maternité, durée réglementaire*
1982 : *changement de poste / Conditions de travail délétères / Conflit avec la hiérarchie / Horaires excessifs, tensions avec le public (menaces)*
Phlébite
3^{ème} maternité 1983-84 : *arrêt maladie, congé maternité, arrêt maladie, démission*
- 5) emploi long 1985 2006, PCS 52 : agent d'entretien /agent polyvalent de crèche
Hernie discale 1990, Opération 1991 = *arrêt maladie 18 mois et réaffectation de poste*
Maladie professionnelle : *rotateurs des épaules = arrêt en attente de réaffectation 24 mois (vers 2002)*
[Problèmes de santé du mari : 4 AVC]
soutien des enfants, les petits enfants, l'aide ménagère
Insomnie, état de santé perçue "moyen"

⁴⁴ Mme U. qualifie sa santé comme globalement bonne (presque "impeccable") pendant sa grossesse : "*c'était impec... [interrompt], bon, j'ai fait une phlébite, c'était pas très grave*".

4.3.2 Mme E.

Itinéraire en amont de la première interruption : un problème de santé reproductive

Arrivée à Paris des DOM TOM à 17 ans, Mme E. travaille comme femme de ménage chez des particuliers durant 11 ans. Dans sa jeunesse, l'interviewée mentionne avoir souvent souffert de migraines et qu'elle attribue à une hypertension artérielle non diagnostiquée. La première grossesse est à haut risque (fibrome mal placé dans l'utérus) et l'accouchement est suivi de complications. Entre l'arrêt maladie pendant cette première grossesse, le congé de maternité, l'hospitalisation et l'arrêt de maladie qui suit, Mme E. a été arrêtée pendant plus d'un an (période non répertoriée dans le questionnaire). Cet antécédent de santé reproductive contribuera également à l'arrêt précoce de l'activité lors de sa deuxième grossesse.

Le contexte de l'interruption d'activité et les conditions de travail

Après cette première naissance, M. et Mme E. déménagent en grande banlieue parisienne en HLM, en quête d'un plus grand appartement. Ce qui amène Mme E. à abandonner son activité de ménages sur Paris. Mais elle trouve, par l'intermédiaire de son réseau, un poste d'employée dans une grande surface, puis commence à attendre son deuxième enfant. Elle restera officiellement un an dans cet emploi.

Le rôle des conditions de travail dans le récit de Mme E. apparaît très progressivement. En effet, la première fois que l'interruption de son activité professionnelle est abordée, l'enquêtée la présente comme un "choix" : "j'ai élevé ma fille jusqu'à deux ans (...) je me suis dit: "là, je prends deux ans pour m'occuper de mes deux enfants" (...) c'était un congé sans solde"⁴⁵. Par la suite, l'enquêtée mentionne également le coût qu'aurait représenté la garde de deux enfants en nourrice et des conditions de "conciliation" de la vie professionnelle et de la vie familiale difficilement tenables, une fois Mme E. enceinte. La nourrice habite dans la direction opposée de son lieu de travail et l'enquêtée se décrit en train de faire le trajet à pied accompagnée de son petit enfant, puis de "courir" (enceinte) deux kilomètres au supermarché : elle peine à arriver à l'heure à son travail.

L'enquêtrice demande alors une première fois "comment se passait le travail" de Mme E. au "rayon livres et valises" de la grande surface, alors qu'elle est enceinte :

"je suis pas restée longtemps, je suis arrêtée à deux-trois mois [de grossesse], j'ai pas travaillé, le médecin m'a arrêtée" (...) il m'a arrêté parce que j'étais fatiguée et [à cause] de la suite de tout ce que j'ai eu [pendant la première grossesse] (...) C'était fatiguant. J'étais fatiguée parce que je travaillais du matin, un coup c'était du huit heures du matin, un coup c'était du soir, et c'était très très dur, très fatiguant, parce que j'étais rayon valises, livres et tout ce qui... [phrase interrompue, silence] (...) et tirer les palettes et tout... [long silence]. Oui, c'est pour ça que le médecin m'a arrêtée parce que [c'est] lourd.

L'extrait ci-dessus condense des propos recueillis lors d'une interaction d'enquête laborieuse : Mme E. est peu loquace sur les événements, l'enquêtrice la relance à plusieurs reprises et l'enquêtée lui signifie plusieurs fois son désir "d'en rester là", notamment par de nombreux

⁴⁵ En 1988, elle n'était pas éligible à l'allocation parentale d'éducation (APE) pour un deuxième enfant. Il s'avérera plus tard, que Mme E. a démissionné de son emploi pendant l'interruption.

silences, dont certains sont longs. Alors que Mme E. a mis en avant la pénibilité physique et les horaires comme motif de son arrêt maladie, l'enquêtrice lui pose une question plus pointue⁴⁶ :

HM : Comment c'était euh... avec votre chef de rayon par exemple, les relations au travail ? Là bas.

Mme E. : Très dures.

HM : Ah, très dures aussi ?

Mme E. [Inspire fortement]. Oui. Très dures. [Expire] [Silence]

HM : Euh... est-ce que vous pourriez me dire pourquoi ? [Silence] Et, co... comment c'était, par exemple.

Mme E. : Parce que j'arrivais pas à suivre et puis il fallait tout bien [inaudible : (ranger ?)]. Parce que c'était pas mon métier ça, je suis rentrée là dedans parce que bon, on m'a pistonné là dedans et puis c'est [peu audible : "tout ?"]. C'était pas... De femme de ménage arriver au truc, c'était pas... c'était un peu dur.

HM : Et donc il était... Et donc, du coup, ça faisait qu'il y avait une tension avec votre euh...

Mme E. : Oui, c'était toujours : "[ce n'est] pas bien rangé !, c'était pas comme ça !" ; "il faut faire ça, il faut faire..." [devient inaudible]

HM : Donc c'était stressant.

Mme E. : C'était stressant. [Inaudible : "j'y arrivais pas ?"] [long silence]

HM : Est-ce que vous pensez que ça a aussi pu...

Mme E. : C'est pourquoi j'ai laissé [petit rire basse] [Inaudible : "tomber cet emploi" ?]

HK : Vous pensez... Maintenant, vous pensez que c'était la principale raison ?

Mme E. : Oui (...) oui, c'était la raison.

Sans cette consigne précise, il paraît probable que Mme E. n'aurait pas évoqué la raison principale de son retrait d'activité. Elle semble s'attribuer une part de responsabilité personnelle dans ces tensions, en précisant qu'elle manquait d'expérience pour le poste et rappelle à l'enquêtrice qu'elle avait été "pistonnée". Son chef de rayon n'est pas satisfait de la qualité de son travail (Mme E. avait mentionné précédemment aussi qu'il lui arrivait d'être en retard). Il s'agit d'une difficile évocation d'un échec professionnel où son (in)compétence réelle ou supposée pose la question de la responsabilité de Mme E. dans ces tensions vécues avec sa hiérarchie. Et peu valorisant pour l'interviewée dans la mesure où il contredit l'idéal d'un itinéraire "choisi" ou maîtrisé.

L'expérience de l'interruption

Si l'arrêt du travail apparaît à Mme E. comme une issue possible à sa situation familiale et professionnelle au moment de la grossesse, l'interruption d'activité est mal vécue. Toutefois, les premiers propos de Mme E. au sujet de son expérience de cette période sont ambigus. L'enquêtée déclare d'abord : "Eh ben, comme j'avais un [enfant] qui était à l'école, je venais le chercher, c'était aussi dur que travailler, hein, parce qu'il fallait aller le chercher à l'école, le chercher manger, et l'amener avec le bébé, et tout. Puis semble se raviser et vouloir donner une image plus positive : Ben, très bien, ça [la période de deux années à la maison] s'est bien passé. Je l'ai élevée jusqu'à deux ans, jusqu'à ce qu'elle aille à l'école puis j'ai retravaillé. Face à cette contradiction, l'enquêtrice prend le pari de suggérer à Mme E. que certaines femmes vivent mal le congé et se sentent "isolées", en lui demandant si cela avait été son

⁴⁶ Il s'agit d'une consigne inhabituelle dans sa précision.

cas ?⁴⁷ Malgré les inconvénients méthodologiques de cette démarche, cette consigne permet de "casser" une certaine conception normative du congé comme une période "toujours satisfaisante" et de légitimer d'autres types d'expériences, en suggérant que Mme E. ne serait pas seule à être dans ce cas. Réponse de Mme E. : "On se sent isolé, hein [un tout petit rire], c'est dur, hein, c'est dur, bon parce qu'on a pas de contact, avec personne, on va à l'école, rentre ici pour manger, repartir (...) Oui, c'est dur de rester deux ans à la maison". L'enquêtrice lui demande alors si ce type de vie a "atteint moralement" Mme E. Eh ben, oui ! Vraiment, oui. On grossit. Aussi, on grignote parce qu'on s'ennuie [presque inaudible] et on grignote... [interrompt] (...) Ah oui ! J'ai pris [du poids, nous rions toutes les deux] (...) Ah oui... ! Ben [on ne fait plus que] grignoter puis le ménage et puis on se sent isolée après. [Peu audible] On a plus de vie, je trouve. Une analyse du déroulement de l'ensemble des échanges entre enquêtée et enquêtrice sur les conditions de travail et l'expérience au foyer fait penser à une dynamique de dévoilement "progressive" du vécu de l'interruption et des motifs liés aux conditions de travail au cours duquel la question des relations au travail aurait pu bien être passée sous silence.

Après deux ans au foyer et de multiples démarches de recherche d'emploi, Mme E. trouve un premier travail comme aide-soignante dans une maison de retraite, qu'elle quitte pour devenir ATSEM "dans les écoles", alors qu'elle est enceinte de son troisième enfant (cette naissance ne donne pas lieu à une interruption). Son itinéraire ultérieur est marqué par des difficultés de "conciliation", des problèmes financiers occasionnés par un divorce ("Je survis, c'est tout") – et des problèmes de santé, attribués au travail (comme Mme U.).

Itinéraire de Mme E.	
1) <u>emploi long, 1975-1986</u> , 11 ans, PCS 56 : personnels de service directe aux particuliers (femme de ménage)	Migraines (attribuée à l'hypertension non prise en charge) 1 ^{ère} maternité : <u>arrêt maladie 6 mois + congé maternité = 1 an, 1985-1986</u> Grossesse à risque : Fibrome, Chirurgie, Hospitalisation / Nausées pendant toute la grossesse, Césarienne Reprise de l'activité pendant quelque mois, puis déménagement + démission
2) <u>emploi court, 1986-1987</u> , 1 an, emploi court, PCS 55 : employée de commerce	Pénibilité physique du travail, Conflit avec la hiérarchie Nausées pendant toute la grossesse, fatigue, Césarienne 2 ^{ème} maternité : <u>arrêt maladie 5 mois + congé maternité + congé parental (ou "inactivité" après démission) = 2 ans (1988-1990)</u>
3) <u>emploi court, 1990</u> , 1 an, PCS 68 : aide soignante	Isolement social, Prise de poids 3 ^{ème} maternité, <u>congé de maternité (durée réglementaire, 26 semaines)</u> Nausées pendant toute la grossesse, Césarienne
4) <u>emploi long : 1991-2010</u> , 19 ans, PCS 52 : employés civils et agents de service de la fonction publique : agent de service dans les écoles, titularisée.	Anxiété, fatigue chronique, hypertension, vascularité (1998) Divorce (2000) et décès mère (2003), manque de soutien social, problèmes financiers Insomnie, (traitement : Tenesta), dos, épuisement, état de santé "moyen"

4.3.3 Mme M.

Dans le cas de Mme M., également issue des milieux populaires, l'interviewée occupe toutefois un poste plus qualifié que Mme U. et Mme E. Elle bénéficie également davantage d'ancienneté dans son entreprise et décrit une situation de travail plutôt bonne avant sa grossesse. La spécificité du cas réside dans le fait que les tensions avec son employeur démarrent à l'annonce

⁴⁷ Le "mal-être" maternel constitue un domaine sensible d'enquête (Martiskainen, 2006 et 2011).

de sa grossesse. Mme M. témoigne de quelques réticences à évoquer le motif psychosocial qui marque le contexte d'interruption d'activité (comme Mme E.). A l'instar de Mme U., les modalités de son départ sont évoquées comme un moyen d'agir face à l'injustice dont elle estime avoir été l'objet. Ici, la reconversion professionnelle qui suit l'interruption de l'activité professionnelle (en mobilité descendante) est toutefois présentée comme beaucoup plus positive : en effet, Mme M. estime que le travail lui aura permis de sauvegarder sa santé mentale et physique, alors que Mme E. et Mme U. décrivent leur travail ultérieur comme destructeur.

Après avoir occupé deux emplois courts, Mme M. décroche un poste comme secrétaire bilingue dans une "entreprise familiale". Le contenu du travail lui plaît, car elle fait de l'anglais quotidiennement : "c'était bien (...) c'était surtout ça qui m'intéressait". Elle mentionne toutefois le fait d'avoir des transports conséquents pour se rendre à son travail.

Mme M. interrompt son activité professionnelle lors de la naissance de son premier enfant, issu d'une deuxième union (elle a perdu son premier mari dans un accident). L'enquêtée met en avant d'emblée son "choix" d'élever son enfant. Néanmoins pendant cette première grossesse, Mme M. est amenée à cesser son travail bien avant le délai légal de congé de maternité : pour des motifs de santé. Et ne reprendra pas son emploi après la naissance : elle démissionne. Pour justifier son arrêt maladie pendant la grossesse, Mme M. met en avant un motif plutôt inhabituel : le fait qu'il y avait un escalier à monter pour se rendre à son bureau. Surprise, l'enquêtrice lui demande si cet escalier était "vraiment" la raison de cet arrêt. Mme M. décrira alors une situation relationnelle tendue avec son employeur, qu'elle qualifierait aujourd'hui comme de "l'harcèlement moral". L'extrait suivant montre comment Mme M. est amenée à parler de cet aspect de sa situation de travail :

Mme M. : Oui, j'ai arrêté de travailler quelque mois avant d'accoucher parce que... [petite pause] j'avais beaucoup de marches à monter, puis je pouvais plus à un moment. Et puis, ben, j'ai pas repris. J'ai choisi d'arrêter, d'élever mes enfants"

HM. : Dès la première naissance.

Mme M. : Ben, je crois que le premier, c'est toujours difficile à se séparer, quand même.

HM : Et donc vous avez dit "j'ai des marches à monter"...

Mme M. : Oui, où je travaillais, c'était au deuxième étage, il y avait pas d'ascenseurs, rien, c'était des escaliers en colimaçon, et puis j'ai pas pu aller jusqu'au bout, le médecin m'a arrêté.

HM: Et vous pensez que c'est vraiment ça, l'escalier, qui a pu...

Mme M. : [interrompt] Oui, puis une "ambiance" du travail qui n'allait pas bien, fin tout s'est conjuguée de manière à ce que... [j'arrête mon activité][silence]

H. : Est-ce que vous pourriez me parler un peu plus de ces conditions de travail, cette ambiance et tout ça ?

Mme M. : Bain, vous savez, quand vous avez toujours quelqu'un derrière votre dos, qui vous dit blanc et qu'il faut faire noir cinq minutes après, et puis jamais content, et puis... et puis... qui se permettait beaucoup de choses, alors qu'il ne s'y connaissait rien. J'étais secrétaire bilingue anglais, lui parlait pas anglais, et il venait me dire que je traduisais mal, donc... Il y avait tout un tas de trucs comme ça qui n'allaient pas (...) ça s'est mal terminé quoi. J'ai pas voulu reprendre.

Les tensions avec son employeur commencent après l'annonce de la grossesse :

"pourquoi, je sais pas. Le jour où je suis tombée enceinte, ça n'a plus été (...) pour avoir un rendez-vous c'était "une affaire d'Etat", c'est tout juste si je ne faisais pas exprès d'être malade.

Tout était... maintenant, on dirait que c'est du harcèlement (...) il y a vingt-neuf ans, on n'appelait pas ça harcèlement".

Une autre collègue enceinte dans l'entreprise a été l'objet du même type de comportement. L'enquêtrice lui demande alors si ce comportement n'a pas occasionné un "stress", des contractions, ou d'autres problèmes de santé. Mme M. : *"C'est pourquoi le médecin⁴⁸ m'a arrêtée"*.

On peut s'interroger sur la première description spontanée du motif d'interruption de Mme M. (les escaliers), qui peut témoigner d'une préférence pour l'évitement d'un sujet désagréable et/ou jugé "délicat" et susceptible d'être discrédité. En effet, le motif des escaliers (i.e. la pénibilité physique) constitue probablement le motif "officiel" donné par le médecin de Mme M. On peut, en effet, penser que l'impact des facteurs psychosociaux sur la santé constitue un aspect difficilement objectivable. Les tensions relationnelles au travail constituent un aspect où le rôle de tous les participants peut être questionné jusqu'à un certain degré – ainsi que la "gravité" des atteintes psychologiques ou des risques "réels" que ces tensions représentaient pour la santé de la mère et l'enfant. De plus, Mme M. mentionne que "le harcèlement" ne constituait pas un motif "existant", ni juridiquement, ni médicalement, ni dans l'imaginaire social. En effet, cette enquête ne met pas en avant le registre de ses "droits" aussi fortement que Mme E, même si l'idée de l'injustice est très présente. Ainsi la nécessité d'arrêter son activité à *titre préventif* pour motif de tensions relationnelles constitue une zone grise des pratiques sociales.

À la fin de son congé de maternité, Mme M. démissionne :

"je les ai faits attendre et au dernier moment, je leur ai dit que je reprenais pas (...) écoutez, hein, il faut se venger comme on peut, hein, excusez-moi l'expression mais... !" (...) Donc j'ai élevé ma fille, pendant deux ans j'ai fait rien du tout et puis après, je suis tombée enceinte de la deuxième".

Contrairement à Mme L. (voir l'étude de cas), Mme M. pense qu'elle aurait eu "la tentation" d'arrêter son activité même si les relations avaient été meilleures sur son lieu de travail : *"je crois, je crois, oui, c'est tellement bien [de s'occuper de son enfant]"*. Avant d'ajouter : *"puisque'on avait les moyens"*. Puis, l'interviewée déclare que ce modèle familial était quelque chose auquel elle avait toujours pensé, dans sa jeunesse: *"je me suis toujours dit que au moins pendant deux ou trois ans, j'aimerais bien... jusqu'à ce qu'ils aillent à l'école, quoi. (...) C'était un choix"*. L'enquêtrice lui demande quel souvenir elle garde de cette époque en tant que jeune mère au foyer : *"Très, très bien, très bien, ça passait trop vite ! [rire] J'adore les enfants de toute manière, donc, obligatoirement ça ne pouvait être que bien ! Surtout quand c'est le sien"*. Elle dit que le travail ne lui a pas manqué *"pas de regrets, vraiment, aucun (...) ça serait à refaire, je le referais pareil !" (...)* *C'est vrai que dans ces moments-là, on est dans notre petit cocon avec notre premier"*. Après ces deux années au foyer, Mme M. devient assistante maternelle : une activité qu'elle exerce depuis cette date. Cela lui a permis de ne pas cesser son activité professionnelle à la deuxième et la troisième naissance, tout en gardant

⁴⁸ Ce dernier, qui la connaît depuis l'âge de 8 ans, a toujours été son "confident" et apparaîtra dans son récit à plusieurs reprises, notamment lors des épisodes de cancer vécus par Mme M.

elle-même ses autres enfants. Il s'agit d'un scénario de reconversion semblable à celui de deux autres mères participant à l'enquête⁴⁹.

L'interruption temporaire d'activité de Mme M. fait apparaître une constellation de facteurs : les conditions de travail ; un modèle familial, probablement acquis lors de la socialisation primaire et liée et/ou une forte affinité "personnelle" pour le travail avec les enfants (...et les langues, qu'elle abandonne suite aux événements) ; le facteur financier et "la revanche". Voici un récapitulatif de la constellation des facteurs présents dans le discours de Mme M. concernant son interruption d'activité, telles qu'exprimée par le sujet :

- 1) *"il y avait trop de marches à monter", un escalier en colimaçon (...) "des transports"*
- 2) *"une ambiance (...) quand vous avez toujours quelqu'un derrière votre dos, qui vous dit blanc et qu'il faut faire noir cinq minutes après (...) aujourd'hui on dirait de l'harcèlement"⁵⁰*
- 3) *cette idée m'avait toujours attirée : "c'était un choix"*
- 4) *"le premier [enfant], c'est toujours difficile à se séparer"*
- 5) *"puisque'on avait les moyens"*
- 6) *"je les ai fait attendre jusqu'au jour de la reprise [pour leur dire que je démissionnais], on se venge comme on peut"*

Ce récit illustre également "la préférence" de certaines interviewées à évoquer les événements sous un angle sans doute plus avantageux pour elles. Et la tendance spontanée à l'évitement de facteurs d'interruption qui ne constituent pas un "choix". Cet évitement est probablement plus prononcé quand il s'agit de risques psychosociaux.

Les dynamiques d'explicitation ou de relatif déni semblent reposer sur l'existence (ou non) d'une base de savoirs ou de croyances communs, un socle commun de représentations ou de catégories : autrement dit, sur la possibilité à se référer à des relations de causalité socialement établies et acceptables dans la narration (cf. aussi Ville et Khlat, 2006). L'absence éventuelle d'un tel socle soulève, en effet, la question de légitimité de certains motifs de "plainte" et de leur effet en termes de présentation de soi. Ainsi, la construction sociale de la catégorie "harcèlement" à travers sa banalisation médiatique et sa juridisation permet à l'enquêtée de proposer, au moment de la post-enquête, une "nouvelle version" de ces événements biographiques qui auront provoqué une interruption de carrière : *"il y a vingt-neuf ans, on n'appelait pas ça harcèlement"*.

Cet épisode biographique s'accompagne dans l'histoire de vie de Mme M., d'un itinéraire professionnel descendant⁵¹. Cette évolution de sa vie professionnelle la rendra plus vulnérable

⁴⁹ Mme Z. et Mme V. Ces trois femmes sont toutes plus qualifiées que la moyenne des interviewées, et ont effectué ce type de reconversion suite à une interruption d'activité lors d'une maternité.

⁵⁰ En France, celui-ci a reçu une définition juridique par la loi 2002-73 du 17 janvier 2002, qui en fait un délit, même si la notion tend à être employée de façon trop extensive (Hirigoyen, 2001). C'est « *un ensemble d'agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* » (article L1152-1 du Code du travail) (Gollac, 2011 : 154).

⁵¹ Evidemment, il est difficile de prononcer sur la trajectoire "probable" de Mme M. si elle n'avait pas quitté son emploi lors de cette première naissance, mais elle abandonne une carrière de secrétariat de direction bilingue pour celle d'assistante maternelle, généralement considérée comme un emploi moins qualifié, surtout dans les années 1980.

et dépendante d'un conjoint avec lequel la mésentente conjugale va s'accroître au fil des années pour culminer dans des violences dramatiques⁵².

Mme M. aura deux autres enfants. Son itinéraire ultérieur est marqué par la poursuite de l'activité d'assistante maternelle, une mésentente conjugale – et plusieurs épisodes de cancer. Pour Mme M., ces problèmes de santé résultent du "stress" subi dans son mariage pendant plus d'une décennie.

Une particularité de cette interviewée est qu'elle déclare, malgré la gravité des atteintes à sa santé physique et mentale, une "bonne" santé. Sollicitée à ce sujet, Mme M. indique que son travail d'assistante maternelle, sa famille (ses parents et ses enfants), son médecin de famille - et un nouveau conjoint - ont contribué à sa rémission.

Itinéraire de Mme M.	
1) emploi court 1974-1981, PCS 54 (dernier poste : secrétaire bilingue)	"Escaliers", Transports "fatigue" Harcèlement moral, "stress"
1 ^{ère} maternité (1981) : arrêt maladie, congé maternité, démission, inactivité de 3 ans	
2) emploi "court" 1984-(aujourd'hui), PCS 56, assistante maternelle	2 ^{ème} maternité : congé réglementaire (1986) 3 ^{ème} maternité : congé réglementaire (1988)
Détérioration des relations conjugales (dix ans avant le divorce effectif)	
Violences psychologiques conjugales, Menaces, "stress"	1 ^{er} cancer (1998) 2 ^{ème} cancer (2003)
Divorce, procès	
	Tension avec la hiérarchie (2007-2009) ⁵³ Opération de nodules à la thyroïde (2009)
3 ^{ème} vie de couple, soutien social	État de santé perçue : "bon"

4.3.4 Mme L.

Dans la dernière étude de cas, le risque psychosocial n'est pas constitué par de mauvaises relations avec un supérieur hiérarchique direct. Il s'agit d'une interruption de l'activité professionnelle, qui intervient dans un contexte de conflit social plus généralisé au sein de l'entreprise qui emploie Mme L. Comme Mme M., et contrairement à Mme U. et E., l'enquêtée déclare une "bonne" santé au moment de la post-enquête.

Avant la naissance de son premier enfant, Mme L., travaille depuis plus de 10 ans comme employée administrative dans une compagnie d'assurances à Paris, après des études de niveau CAP/BEP. Elle vit en banlieue avec son mari. Son poste consiste dans le traitement des remises de chèques et "*beaucoup de choses manuelles* [petit rire]". La santé de l'interviewée avant cette première grossesse est qualifiée de "*bonne*" (avec, toutefois, une tendance à l'hypertension artérielle diagnostiquée dans la jeunesse). Les conditions de travail de manière générale sont présentées comme étant "*très bien*". Toutefois, Mme L. décrit un climat social dégradé dans son entreprise, qui subit une restructuration et est traversée par des conflits sociaux.

⁵² Mme M. relate qu'un procès a été intenté par ses proches : le compte-rendu du tribunal fait état de "violences, harcèlement et tentative d'homicide".

⁵³ L'interviewée mentionne également "le stress" provoqué par un deuxième épisode de tensions relationnelles au travail, vécu avec une inspectrice chargée du contrôle des assistantes maternelles dans sa commune.

L'enquêtée se trouve particulièrement exposée à des tensions dans les rapports sociaux au sein de l'entreprise à cause de son engagement syndical. Elle établit spontanément et très explicitement un lien de causalité entre son interruption d'activité et le "stress" subi au travail⁵⁴, dès le début de l'entretien⁵⁵.

HM : Si on pense à la période avant votre première grossesse, avant que vous deveniez mère, comment est-ce que vous décririez votre état de santé ?

Mme L. : J'étais très engagée déjà syndicalement, donc j'ai fait une pause parce que j'étais quand même un peu stressée par le travail, il y avait le regroupement des sociétés d'assurances, et voulait faire une pause, pour faire le ménage dans la tête et faire le vide, pour élever ma fille plus sereinement."

(...)

HM : Et votre état de santé, à ce moment-là, avant la naissance de votre fille, comment est-ce que vous le décririez, comment... il était ?

Mme L. : ça allait bien, mais par contre euh... oui ben, on a commencé, puis, à voir pour la tension, il a fallu que m'arrête au moment de la grossesse, que je m'arrête bien avant le congé de maternité, à cause de problèmes de... un peu d'hypertension déjà (...) le stress, automatiquement ça fait monter, bon c'est sur, la tension [petit rire] (...)

HM : Qu'est-ce que vous aviez comme stress à l'époque ?

Mme L. : Les transports déjà, puis ça commençait déjà, la restructuration, à l'époque... alors on avait de plus en plus de collègues qui partaient [sur un autre site] pour être regroupées avec une autre compagnie [silence]

L'interviewée établit ainsi un lien de causalité directe entre : (1) l'exposition à des rapports sociaux dégradés au travail et un problème de conciliation (transports longs entre Paris et la banlieue) ; (2) un mal-être psychique (stress) ; (3) un problème de santé physique qui constitue un risque pour la santé de son enfant (hypertension artérielle associée à des contractions). Son médecin lui prescrit un arrêt de travail dès le 3^{ème} mois de grossesse. Au registre de la contrainte imposée – et d'une volonté de réagir face à la situation – s'ajoute un registre d'obligation pour la santé de son enfant ("il a fallu que m'arrête"). Comme dans les cas de Mme U., Mme E., et Mme M., l'interruption de l'activité salariée de Mme L. se construit en prolongement d'un premier arrêt maladie en amont de l'accouchement.

Mme L. estime que son état de santé était "bon" avant grossesse, mais décrit une dégradation de celui-ci au fur et à mesure de l'avancement de celle-ci : elle commence à souffrir de tension artérielle. Questionnée sur le moment exact où intervient sa décision d'interrompre son activité, après quelques hésitations, Mme L. la situe "peu de temps" avant l'accouchement. Ses problèmes de santé sont suivis par une naissance trois semaines avant terme et un "épouement" lié à l'anémie, que l'interviewée dédramatise par un rire et un recours à la normalisation : "mais [trois semaines avant terme] c'est considéré à terme [petit rire] (...) j'ai manqué de fer après l'accouchement, mais cela arrive souvent".

Selon Mme L., son arrêt d'activité professionnelle lors de la naissance ne correspond pas à un modèle familial hérité de sa famille d'origine : elle n'avait pas songé à s'arrêter de travailler à

⁵⁴ À propos des restructurations d'entreprise et leurs effets sur la santé des salariés (stress, anxiété, état dépressif, TMS, etc.) et leurs comportements (absentéisme notamment) voir le rapport Gollac (2011). Les recherches montrent que les effets perdurent parfois cinq ans après l'évènement.

⁵⁵ Il est possible de penser que cet engagement syndical ait contribué à la perception des liens entre le mal-être et les problèmes de santé subis pendant la grossesse dans un tel contexte de rapports sociaux au travail et à la manière spontanée dont les événements et les causalités sont relatés dès le début de l'entretien.

la naissance d'un enfant. L'interviewée mentionne également les difficultés financières engendrées par l'absence de revenus pendant son interruption : comme les trois autres mères concernées par des conditions de travail problématiques, Mme L. n'a pas bénéficié d'allocation parentale d'éducation pendant son interruption d'activité. Par ailleurs, Mme L. n'interrompt pas son activité à la naissance de son deuxième enfant.

Après son congé parental d'éducation non rémunéré de trois ans, Mme L. démissionne pour reprendre un emploi situé plus près de son domicile. L'interviewée mentionne que cela lui permettait d'éviter de confier son enfant à la garderie ou à une nourrice avant le début de la journée d'école, et lui réduisait ses trajets travail-domicile. Ainsi, la décision d'interruption d'activité de Mme L. est explicitement présentée comme ayant été contrainte par des problèmes de santé. Mais il est également possible d'interroger la place qu'elle a jouée dans sa décision de changer d'employeur à l'issue de son congé parental. S'agit-il d'une stratégie "préventive" pour préserver sa santé ainsi que le bien-être de son enfant ?

L'itinéraire ultérieur de Mme L. est marqué par le handicap de son deuxième enfant et par un divorce qui engendre des difficultés financières. Elle déclare une santé "bonne" et attribue ses problèmes (arthrose au cou et syndrome de canal carpien) à son travail de standardiste (emploi occupé depuis sa reprise d'activité, après la première naissance). À l'accueil téléphonique d'un syndic HLM, Mme L. doit faire quotidiennement face au mécontentement des locataires : *"Tout ce qui va de travers, c'est pour nous."*

Itinéraire de Mme L.	
1) <u>emploi long, 1970-1981, PCS 54, employée administrative, compagnie d'assurances</u>	Restructuration de l'entreprise Conflits sociaux, engagement syndical Transports longs, "stress"
<u>1^{ère} maternité 1981 : arrêt maladie précoce, congé de maternité, démission = 3 ans</u>	Hypertension artérielle Naissance avant terme, anémie
2) <u>emploi long, 1984-2007, PCS 54, standardiste d'accueil</u>	
<u>2^{ème} maternité 1985 : arrêt maladie, reprise après congé de maternité réglementaire</u>	Hypertension artérielle
<u>Divorce (1986)</u>	
<u>Problèmes de conciliation, seule, enfant handicapé</u>	Tensions avec le public "stress" Hypertension artérielle aggravée (1996) TMS Syndrome du canal carpien Arthrose au cou (2006)
<u>"Proche" de ses enfants</u>	Santé perçue "Bonne"

4.4 Conclusion : les conditions de travail, facteur d'interruption des itinéraires lors d'une maternité ?

Cette lecture des itinéraires maternels sous l'angle des conditions de travail à partir de 17 entretiens qualitatifs fait apparaître 4 cas où les conditions de travail figurent comme un facteur déterminant de l'interruption de l'activité au moment de la naissance d'un enfant. Malgré la taille réduite de l'échantillon et ses spécificités (rappelons que toutes ces mères, âgées de 45 à 58 ans en 2010, ont connu au moins un événement de santé et une interruption d'activité après une naissance dans les années 1980), cette proportion de près d'une femme sur

quatre paraît significative, d'autant plus que les résultats attirent notre attention sur un type très spécifique de facteurs : les rapports sociaux et les relations au travail, une classe de risque psychosocial⁵⁶.

Les résultats de l'analyse statistique à partir des indicateurs SIP choisis en matière de pénibilité physique ou de risques psychosociaux n'ont pas permis d'établir de lien *isolé* entre tel ou tel type de conditions de travail sur les ruptures de la trajectoire professionnelle lors d'une maternité. Cet écart entre les résultats du volet statistique et du volet qualitatif peut être dû à la non-représentativité de l'échantillon, de taille très réduite. Toutefois, d'autres pistes d'explication sont envisageables. Elles concernent essentiellement (1) la spécificité des risques en cause dans la post-enquête qualitative et leur faible visibilité dans les données statistiques SIP, (indicateurs non disponibles dans le questionnaire) ; (2) la multiplicité des facteurs d'interruption, dont les régressions logistiques ne peuvent pas rendre compte ; (3) et le déni de la part de l'enquêtée dont ils sont potentiellement l'objet dans le questionnaire et/ou les entretiens.

Ces trois aspects seront approfondis dans cette conclusion consacrée aux conditions de travail dans les itinéraires maternels.

4.4.1 La spécificité du risque : les rapports sociaux et les relations au travail

Dans les 4 cas d'abandon temporaire de l'activité professionnelle, les femmes soulignent l'existence de tensions et de conflits internes vécus pendant une grossesse. Ces derniers prennent la forme de relations dégradées avec le supérieur hiérarchique direct ou avec la direction de l'entreprise. Dans 3 cas, il s'agit de tensions "individuelles" directes avec la hiérarchie (Mme U., Mme E., Mme M.)⁵⁷ ; alors qu'une étude de cas met en avant un contexte plus général de conflits sociaux au sein de l'entreprise (Mme L.).

Dans les 3 premiers cas, ces tensions semblent être liées à un manque de soutien ou d'autonomie dans l'exécution du travail, notamment sous la forme d'un contrôle vécu comme très ou trop strict (Mme U., Mme E., Mme M.)⁵⁸. Certains propos évoquent également des exigences disproportionnées dans l'exécution des tâches par rapport à la formation de l'employée (Mme E.) ou par rapport à la définition "habituelle" du poste (Mme U.) ; un manque de reconnaissance et de reproches/évaluations injustifiées⁵⁹ (surtout Mme U, Mme M.) ou des remarques méprisantes, pouvant aller jusqu'au harcèlement (le cas le plus caractérisé étant probablement celui de Mme M.)⁶⁰.

⁵⁶ Pour 2 mères sur 4, l'interruption de l'activité survient autour de la naissance du 1^{er} enfant : un rang de naissance qui donne plus rarement lieu à une interruption d'activité car l'APE était réservée aux mères d'au moins 2 enfants jusqu'en 2004. Par ailleurs, dans les 4 cas, les interviewées ont démissionné soit immédiatement après le congé de maternité, soit après un congé parental, au moment de reprendre le travail. Ainsi, le fait que l'interruption survienne à la 1^{ère} naissance et qu'elle donne lieu à une démission (alors que toutes ces femmes bénéficiaient d'un CDI), rend ces arrêts plutôt "atypiques" en France. Ils suggèrent qu'une contrainte particulièrement forte ait été présente dans ces transitions professionnelles.

⁵⁷ Associées à un épisode conflictuel avec un locataire chez Mme U.

⁵⁸ Un contrôle trop strict est souvent décrit comme une cause de souffrance (Gollac, 2011 : 142).

⁵⁹ Les formes d'évaluation inadéquates constituent un risque pour la santé au travail (Gollac, 2011).

⁶⁰ De gravité variable, les comportements agressifs ou violents internes sont fréquemment illégaux. Toutefois, leur caractère délictuel est souvent difficile à caractériser. Les atteintes dégradantes, les comportements méprisants ou le déni de reconnaissance sont associés à une mauvaise santé et à des arrêts maladie et constituent un facteur de risque important pour la santé mentale (Gollac, 2011).

Si dans la première partie nous avons montré que les risques psychosociaux étaient susceptibles de concerner plus fréquemment les femmes que les hommes, la littérature existante sur la dimension spécifique des rapports sociaux et les relations au travail ne permet pas de conclure de manière unilatérale sur les différences d'exposition en fonction du genre. Les recherches existantes suggèrent, d'une part, que les femmes travaillent plus souvent dans une ambiance moins bonne que les hommes (Amira, 2010)⁶¹ et qu'elles subissent davantage de comportements "méprisants" au travail que les hommes « *toutes choses étant égales par ailleurs* » (Bué et Sandret, 2008). Néanmoins, selon l'enquête sur les Conditions de travail de 2005, les situations de tension dans les rapports avec leurs supérieurs hiérarchiques concernent les femmes à 25,5 % ; une proportion un peu moins élevée que celle déclarée par les hommes : 29,2 %. Une autre enquête (ISSP) établit que les relations avec la direction sont jugées "bonnes" par 52 % des Français, alors que les proportions des autres pays dans l'Europe dépassent 60 % (près de 80 % en Allemagne). Les effets nocifs liés aux tensions relationnelles et de problèmes de "leadership" pour la santé mentale (troubles dépressifs, troubles anxieux et de l'humeur) ont été documentés (Amira, 2010, cf. également revue de la littérature dans le rapport Gollac, 2011). Ces effets se traduisent dans certaines trajectoires de femmes par un arrêt de travail en amont du congé de maternité ("validé" par le corps médical), puis, par une réticence à reprendre l'activité occupée avant la naissance de l'enfant. Dans les quatre études de cas, ils se traduisent par une reconversion professionnelle dans un autre secteur d'activité à la fin de la période d'interruption professionnelle.

En France, comme en Europe, le premier facteur de satisfaction au travail est lié à l'intégration sociale et aux relations humaines au travail : "avoir de bons amis au travail", "se sentir à la maison" (Enquête européenne sur les conditions de travail, 2005). Cette dimension est particulièrement importante dans le rapport des femmes au travail : en effet, les femmes sont moins nombreuses à trouver un agrément spécifique à leur travail en termes de plaisir "technique" ou "créatif" que les hommes, en revanche, elles apprécient davantage le contact humain (Baudelot et Gollac, 2003). Si les relations humaines au travail sont un élément important pour donner sens à l'activité professionnelle féminine, la France se situe cependant en dessous de la moyenne européenne du point de vue du soutien de la hiérarchie ou des collègues et en termes du contrôle strict par la hiérarchie (Enquête européenne sur les conditions de travail)⁶² : deux "composantes" des tensions avec la hiérarchie mentionnées dans les entretiens. Et les Françaises sont plus défavorisées de ce point de vue que les Français. Par ailleurs, la tension nerveuse constitue une source d'insatisfaction plus fréquente pour les femmes que pour les hommes et la satisfaction globale au travail décroît avec la PCS. À notre connaissance, le poids des tensions au travail n'a pas été documenté selon le contexte

⁶¹ *Tutoyer son chef peut être considéré comme la marque de relations hiérarchiques plutôt informelles (...) Les hommes tutoient plus souvent leur chef (73 %) que ne le font les femmes (51 %). Les hommes tutoient leur chef sans tenir compte de son sexe, alors que les femmes tutoient beaucoup moins souvent leur chef si c'est un homme*" (Amira 2010 : 6). Dans les 3 cas de femmes qui déclarent des tensions avec le supérieur hiérarchique, celui-ci est un homme.

⁶² Le nombre de personnes dont le rythme de travail est déterminé par le contrôle direct de la hiérarchie est plus élevé en France (35 %) que dans les pays nordiques par exemple (15-20 %) http://www.anact.fr/images/web/dublin_anm.pdf. Les femmes déclarent plus souvent devoir respecter strictement les consignes que les hommes (Amira, 2010).

biographique : pèsent-elles d'une manière différente sur les femmes pendant la phase biographique constituée par la grossesse ?⁶³

À ce stade, notre analyse est limitée par la faiblesse de l'échantillon : il n'est pas possible de procéder à un diagnostic fiable à partir de quatre cas, même si la ressemblance des motifs accroît sa significativité et si la littérature existante ne contredit pas l'hypothèse que les tensions relationnelles constituent un problème "sérieux" pour le groupe social étudié. En effet, les données statistiques SIP ne permettent pas de vérifier la représentativité de la piste suggérée par l'analyse qualitative. La classe d'indicateurs de risques psychosociaux relatifs aux rapports sociaux et aux relations au travail y est restreinte. Et les tensions avec le supérieur hiérarchique ne sont pas présentes. Par conséquent, cette question n'a pas pu faire l'objet d'une analyse statistique pour confirmer ou infirmer les résultats de la post-enquête. L'aspect des "rapports sociaux et relations de travail" a été exploré dans différentes enquêtes françaises (COI, CT, Sumer, SIP) sous l'angle de : (a) la coopération et le soutien ; et/ou (b) les conflits et le harcèlement ; et/ou (c) la reconnaissance ; et/ou (d) le leadership (clarté, pilotage du changement). Ces enquêtes explorent plus ou moins en profondeur ces différents aspects à travers des indicateurs et des formulations variables. Dans leur bilan des indicateurs concernant les facteurs psychosociaux, T. Coutrot et C. Mermillod (2010) mentionnent seulement la dimension de la reconnaissance du travail comme étant incluse dans l'enquête SIP. Le questionnaire SIP comprend toutefois une question sur "les bonnes relations avec les collègues" mais il n'y a pas de question ayant trait aux relations avec la hiérarchie.

4.4.2 La multiplicité des facteurs

Au-delà de la dimension relationnelle, peu objectivée dans le questionnaire SIP, les interruptions d'activité (y compris quand les conditions de travail sont présentées comme un aspect déterminant de l'itinéraire) apparaissent comme résultant de multiples facteurs. Ainsi, dans le volet statistique, l'absence d'effet propre de tel type de conditions de travail sur un retrait d'activité professionnelle ne signifie pas dans l'absolu que de mauvaises conditions de travail ne puissent pas faire régulièrement partie intégrante d'une association de facteurs (multiples) ayant conduit à un arrêt. Cela vaut d'abord pour les risques psychosociaux dont l'effet nocif est souvent multifactoriel lui-même : à titre d'exemple, les tensions au travail décrites par les interviewées semblent résulter à la fois d'un manque d'autonomie (ou de soutien) et des évaluations/reproches que les sujets estiment injustes. Les liens qui unissent les facteurs psychosociaux entre eux rendent complexes l'établissement de facteurs de risque précis (Rivières-Pigeon, 2002). En effet, comme le souligne cette auteure, qui s'est intéressée à la santé mentale des femmes pendant la période post-partum, les régressions logistiques ont pour inconvénient de ne fournir que « *des informations limitées concernant le contexte dans lequel s'insèrent les facteurs de risque psychosociaux (...) en effet, les facteurs mesurés sont la plupart de temps fortement interreliés. En d'autres termes, les conditions ne sont que très rarement "égales par ailleurs* » (Rivières-Pigeon, 2002 : 410). Cette remarque s'avère particulièrement pertinente pour notre étude. Puisque les facteurs psychosociaux sont également associés, dans certains cas, à d'autres types de mauvaises conditions de travail et à des problèmes qui "débordent" celles-ci, comme c'est le cas pour les antécédents de santé.

⁶³ Une façon approximative de les évaluer est constituée par un examen du risque d'exposition selon l'âge. En effet, les femmes seraient plus sujettes à des tensions avec leur hiérarchie vers 30-34 ans (correspondant à l'âge moyen à la maternité), qu'avant 24 ans ou après 55 ans (enquête Conditions de Travail 2005).

En effet, du point de vue des conditions de travail, ce terrain relationnel dégradé se trouve également être associé à la pénibilité physique dans 2 cas sur 4 : Mme U. et Mme E. (en termes d'horaires irréguliers ou excessifs, manipulation et postures répétitifs)⁶⁴. Dans la littérature de recherche, ce type de pénibilité est cité comme pouvant porter atteinte à la santé reproductive, plus particulièrement quand elle se cumule avec d'autres facteurs. Même si dans le cas de Mme M. la pénibilité physique a été mise en avant comme facteur "officiel" d'interruption, son récit désigne davantage les effets psychologiques dus au harcèlement. Si les situations difficiles au travail apparaissent ainsi comme le facteur déterminant de l'interruption de l'activité dans les quatre cas présentés, elles s'articulent parfois avec un ou plusieurs éléments en toile de fond des récits pour former une constellation de facteurs. Parmi cette constellation de facteurs, on trouve notamment des antécédents de santé, éventuellement de santé reproductive, (cas de Mme E. et Mme U, terrain d'hypertension chez Mme L.), des conditions difficiles de conciliation de la vie professionnelle et familiale (Mme E., Mme U. et dans une moindre mesure Mme E., Mme L. et M. qui mentionnent toutes des transports longs) ou des facteurs familiaux, tels que la mobilité résidentielle (Mme E., qui a changé d'emploi pour cette raison). Le facteur financier est explicitement mentionné par Mme E. (le coût d'une assistante maternelle) et Mme M (la suffisance du revenu de son conjoint).

Interroger qualitativement les individus sur leurs conditions de travail permet, en effet, de ne pas "fermer" la panoplie d'indicateurs pour tenter d'analyser de manière fine les associations, les mécanismes en cause (et l'impact de certaines variables qui ne sont pas présentes dans l'enquête SIP). Pour les femmes, cette approche qualitative permet non seulement d'intégrer une exploration du cycle de vie, mais également les conditions extra-professionnelles : les conditions de vie "hors travail" et le soutien conjugal ou familial dont bénéficient ces femmes susceptibles de jouer sur la santé ultérieure.

4.4.3 Une faible visibilité sociale, un sujet sensible

Ce risque de tensions avec la hiérarchie et la multiplicité des facteurs qui interviennent dans les arrêts de l'activité salariée ont posé un certain nombre de difficultés méthodologiques pour conjuguer une analyse quantitative et qualitative. Une autre particularité nécessitant une adaptation de techniques d'enquête et d'analyse qualitative est liée à la faible visibilité de certaines formes de souffrance et à la nature "sensible" du sujet.

Nous avons suivi l'hypothèse de travail selon laquelle l'étude de la forme et des façons dont les personnes relatent les événements biographiques est heuristique pour appréhender certains processus sociaux (Martiskainen de Koenigswarter, 2006 ; Martiskainen, 2011). En effet, « *La perception des conditions de travail et des liens entre santé et travail ne s'impose spontanément ni aux travailleurs, ni à ceux qui dirigent leur travail* » (Gollac et Volkoff, 2006 : 1). Ces liens peuvent être ignorés, déniés ou faire l'objet de stratégies "pour faire face". Pour C. Baudelot et al.: « *il existe deux ordres de raisons pour que la souffrance au travail ne s'exprime pas : lorsque les travailleurs parviennent, par leur activité, à contenir la souffrance, ou lorsque la souffrance vécue est refoulée ou censurée. Un second mécanisme repose sur la stratégie d'adaptation.* » (Baudelot et al., 2003 : p. 224). Dans les entretiens, les premières consignes "généralistes" explorant les conditions de travail ont assez rarement

⁶⁴ Les mêmes enquêtées ont par ailleurs connu des problèmes de santé reproductive lors de grossesses antérieures. Dans le cas de Mme U., ce problème est associé à de mauvaises conditions de transport pour se rendre sur le lieu de travail (mentionnées également par Mme M. et Mme L. comme facteur de "fatigue" supplémentaire).

suscité des déclarations faisant d'emblée état de mauvaises conditions ou de problèmes de santé (l'exception étant Mme L. et dans une certaine mesure Mme E.) : il s'agit d'un sujet qu'il convient souvent de "creuser" au fil de l'interaction d'enquête. Même dans les cas où une souffrance est identifiée et qu'une étiologie subjective des problèmes en lien avec le travail a été (plus ou moins) élaborée par le sujet, dire la souffrance et livrer son interprétation subjective de ses causes ne va pas de soi. Certains sujets touchant à l'intime et à la morale sont, en effet, plus délicats que d'autres à livrer : la sexualité et la maternité en font partie. La santé est un domaine de l'existence qui est chargé moralement (Blaxter, 2004), c'est particulièrement le cas de la santé mentale et, dans une certaine mesure, de la santé reproductive⁶⁵.

En effet, les enquêtes quantitatives en population générale témoignent d'une sous déclaration des problèmes de santé mentale, également constaté dans la post-enquête SIP. "Avouer" des problèmes de santé mentale peut mettre en péril l'identité et la "spolier" dans le regard d'autrui (Goffman, 1963). Certains auteurs ont ainsi évoqué l'hypothèse que l'écart dans la fréquence des problèmes de santé mentale des femmes et des hommes serait notamment expliqué par une sous déclaration plus fréquente chez ces derniers (une "faiblesse" psychique pouvant être considérée comme encore plus attentatoire à l'identité masculine). Les risques psychosociaux peuvent être rattachés à cette catégorie. Ils peuvent, par conséquent, s'avérer plus particulièrement délicats à objectiver *et* à confier à un tiers par les femmes et les hommes. D'autre part, les tensions et les conflits au travail et leurs dynamiques relationnelles font intervenir une dimension fortement émotionnelle, la part du "subjectif" et de "l'objectif" étant plus difficile à objectiver. Certains entretiens suggèrent qu'un "doute" peut toujours persister quant à la "part" que l'individu a pu jouer dans la génération de ces conflits : un sentiment d'insécurité sur sa part de responsabilité et la crédibilité dont il bénéficie aux yeux d'autrui. Il en va de même parfois pour des violences subies.

Les tensions et la violence morale au travail constituent ainsi un sujet d'enquête complexe. La violence morale au travail peut prendre la forme d'une agression physique ou verbale ouverte, ou avoir lieu sous une forme plus dissimulée, difficile à objectiver pour les sujets et les chercheurs. Ce processus insidieux peut se développer sur une longue période, dans la durée et à travers des répétitions. « *Les atteintes à la dignité qui en découlent peuvent entraîner des perturbations pour la santé, au même titre que les atteintes directes à l'intégrité du corps et les atteintes liées à l'intensité du travail* » (Bué et Sandret, 2008)⁶⁶. Mais ces problèmes ne sont pas toujours pensés en termes de conséquences sur la "santé" par les sujets – ou questionnés en termes de leur impact sur l'activité professionnelle, malgré une sensibilisation croissante des acteurs sociaux⁶⁷. La grossesse et l'année qui suit la naissance sont l'une des plus grandes périodes de risque pour les femmes de connaître une dépression selon le degré de soutien social informel reçu. L'association de ces deux registres de problèmes de santé (santé reproductive et mentale) en jeu dans les tensions importantes vécues dans les relations au travail pourrait ainsi faire partie des événements sous déclarés, dans les données quantitatives et même, dans une certaine mesure, dans la post-enquête qualitative.

Dans 3 études de cas, ce terrain conflictuel s'est constitué avant la grossesse, alors que Mme M. présente l'annonce de la grossesse comme l'unique point de départ des tensions. Toutefois,

⁶⁵ La post-enquête suggère que les événements de santé reproductive sont sous-déclarés dans l'enquête SIP.

⁶⁶ Ces questions sont abordées dans l'enquête SUMER sous la forme d'un auto-questionnaire.

⁶⁷ Mme E. mentionne ses efforts "*de ne pas trop penser*" à ses "*soucis*".

Mme U. décrit une aggravation au fur et à mesure de l'avancement de sa maternité, notamment à partir d'une première absence causée par un problème de santé pendant la grossesse. La maternité peut exacerber des tensions déjà existantes sur le lieu de travail ou les provoquer et ainsi devenir un facteur de discrimination sexuée. Ce point mériterait également d'être documenté quantitativement en tant que tel. En 2011, la Haute autorité pour la lutte contre les discriminations (Halde) a souligné que les réclamations pour discriminations liées au sexe, à la grossesse et à la situation de famille concernant plus directement les femmes et constituent le 3^{ème} critère de réclamations adressées à cette institution. Ces réclamations ont augmenté entre 2008 et 2010 passant de 9 % à plus de 12 %. Quand les femmes doivent quitter un emploi dans une atmosphère de conflit, certaines ne souhaitent pas le réintégrer et se replient sur le domestique (Halde). Cette augmentation des réclamations est un indicateur que le déni social qui entoure la souffrance au travail est en voie de diminution dans la société française.

Toutefois, cette génération de femmes a pour particularité de connaître les transformations économiques et de l'organisation du travail qui suggèrent que nous assistons à une dégradation des conditions de travail en termes de risques psychosociaux et une augmentation des conflits sur le lieu de travail (Carlier et Tenret, 2007) - y compris aux conflits sociaux dans le cas de restructurations, comme c'est le cas de Mme L. L'exposition à ces risques sur la santé et le bien-être physique des femmes (qui sont dorénavant en emploi pendant leurs grossesses dans leur majorité), est potentiellement amplifiée pendant la phase biographique correspondant à la grossesse. D'abord du fait des symptômes associés à celle-ci : fatigue, nausées, troubles de sommeil, prise de poids, syndrome douloureux abdomino-pelvien, douleurs lombaires, problèmes circulatoires, etc. Cette amplification "objective", peut contribuer à ce que les liens entre mal-être et souffrance soient davantage objectivés. S'y conjugue un contexte historique caractérisé par une sensibilisation accrue des femmes aux risques de santé pendant la grossesse, qui peut avoir modifié le seuil de tolérance des femmes – et des médecins – par rapport aux conditions de travail potentiellement à risque pour la mère et pour l'enfant.

Certains auteurs ont mis en avant un écart de perception des conditions de travail des individus, notamment selon la PCS (l'insatisfaction au travail est plus forte chez les ouvriers que les cadres). En revanche, les écarts d'insatisfaction seraient relativement faibles selon le sexe. Ainsi hommes et femmes sont susceptibles d'apprécier de manière équivalente des conditions différentes. Par exemple, en termes de rémunération : malgré le désavantage subi par les femmes, celles-ci se déclarent aussi satisfaites, voire un peu plus souvent satisfaites de leur salaire, que les hommes (Serre et Baudelot, 2006 ; Gollac et Volkoff, 2006). Toutefois, les femmes et les hommes expriment différemment leur mal-être (Cousteaux et Pan Ke Shon, 2008). Peu de travaux sur les perceptions profanes des risques, d'insatisfaction au travail et de la souffrance au travail pendant la phase spécifique de la grossesse semblent avoir été réalisés. Du point de vue des femmes, on peut donc penser que les conditions de travail ont un impact différent avant, pendant et après la grossesse et que la perception des conditions de travail est susceptible de changer pendant une grossesse ou après une naissance.

Le matériau collecté ici montre comment ces histoires "surgissent" dans la dynamique de l'entretien qualitatif, soit parce que les consignes et les relances "aident" l'interviewée à objectiver une situation, dont elle a pu être plus ou moins consciente – l'entretien peut avoir un effet "maïeutique" (Demazière et Dubar, 1997) –, soit parce que la confiance s'établit et/ou

que l'enquêtée prête un sens à l'enquête et à son utilité⁶⁸. Ainsi, Mme M. accepte de parler des violences qu'elle a subies dans le cadre de son mariage parce que « *cela fait du bien d'en parler* » et « *si cela peut être utile à quelqu'un* ». Enfin, certains entretiens (Mme E., Mme M.) ont été négociés en prenant un pari méthodologique et déontologique : celui de se résoudre à poser des questions "difficiles" ou de suggérer des scénarios "négatifs" en les normalisant (en expliquant l'utilité de questions délicates posées et en suggérant l'éventualité de ne *pas* y apporter une réponse). Pour explorer la propension ou la "capacité" des sujets à percevoir les liens entre conditions de travail et santé et les facteurs sociaux en cause, il est donc intéressant de porter une attention fine sur la manière dont d'éventuels problèmes inhérents à la situation de travail sont introduits et élaborés par les enquêtées dans les entretiens qualitatifs centrés sur des récits d'interruption dans un contexte biographique particulier : la grossesse et la naissance d'un enfant. Les manières dont les mères abordent ces facteurs plus ou moins spontanément (avant ou en réponse à une consigne de l'enquêtrice) ou plus ou moins tardivement dans la situation d'entretien (après plusieurs relances, en fin d'entretien par exemple) ont été examinées. Le vocabulaire mobilisé lors des enquêtes (quantitatives ou qualitatives) revêt par conséquent une importance particulière pour l'investigation des problèmes de santé "sensibles" (Moreau et al., 2004). Dans l'enquête, différents types de catégorisation et de formulation des questions concernant celles de santé mentale, mais aussi l'expérience maternelle pendant le congé, ont été explorés au fur et à mesure de l'avancement de l'enquête⁶⁹.

In fine, deux enquêtées ont abordé assez ouvertement et spontanément les problèmes liés aux tensions dans les rapports sociaux. Mme L., dont le passé se caractérise par une activité syndicale parle spontanément des conditions de travail sous l'angle du "stress" provoqué par une restructuration. Mme U., dont le discours est marqué par un registre de "droits" du salarié au travail et d'injustice subie. En revanche, les deux autres femmes ayant connu des tensions avec la hiérarchie, Mme M., et Mme E. ont témoigné de certaines "résistances" à aborder le sujet pendant leurs entretiens respectifs. Un dispositif d'enquête idéal aurait compris un deuxième entretien avec ces enquêtées, centré autour des conditions de travail.

*

*

*

Ces résultats soulèvent quelques interrogations quant à la non-visibilité de certains facteurs liés aux conditions de travail spécifiques aux femmes dans l'enquête SIP, notamment les risques psychosociaux constitués par les tensions dans les rapports sociaux et les relations au travail. Les conditions de travail – l'un des fondements des inégalités sociales et sexuées de santé – jouent de manière spécifique pendant la période dite reproductive. Des conditions "médiocres" peuvent devenir "mauvaises" pendant une grossesse. Des situations de travail jugées comme "acceptables" en dehors de celle-ci sont susceptibles d'être perçues différemment par les femmes une fois enceintes (ou après la naissance d'un enfant). La grossesse donne lieu à une pensée "à risque" qui peut se traduire par une montée des

⁶⁸ Sur les non-dits dans les entretiens, voir aussi Martiskainen, 2011.

⁶⁹ Cf. notamment le cas de Mme E. Dans cet entretien, les consignes sont plus pointues qu'elles ne l'ont été lors d'autres entretiens. D'autre part, la formulation de certaines questions correspond également à la volonté de "neutraliser" la normativité associée à des questions comme la santé mentale : cf. question sur la solitude posée comme une situation qui peut "atteindre moralement" ou la suggestion "déculpabilisante" que certaines femmes peuvent vivre mal le congé.

exigences de sécurité. Mais il est possible que les femmes doivent faire face à des facteurs de risques nouveaux. D'une part, l'intensification du travail et certaines formes d'organisation du travail peuvent être plus difficiles à concilier avec la grossesse. D'autre part, elle peut les exposer à des risques sous la forme de tensions avec l'employeur, les collègues ou le public, pouvant aller jusqu'aux violences morales et la discrimination. De telles difficultés peuvent contribuer à constituer la maternité en une période charnière dans les itinéraires professionnels. Une exposition à des risques psychosociaux, associée ou non à la pénibilité physique du travail, peut constituer un motif de retrait provisoire de l'activité salariée, notamment si la mère a déjà connu des grossesses à risque ou des incidents reproductifs.

Synthèse des résultats

À partir de la construction d'une typologie des trajectoires d'inactivité, comprenant quatre types de parcours (inactives quasi-continues, inactives partielles, inactives modérées et actives continues), nous avons dégagé les principales caractéristiques des femmes de chacun de ces parcours, notamment en matière de santé. Le principal résultat réside dans la forte corrélation entre le degré d'inactivité des femmes et leur état de santé, à la fois objectif et perçu. À mesure que l'inactivité s'accroît, les femmes déclarent davantage de problèmes de santé et une moins bonne santé perçue. Cette relation est en partie liée à un effet de sélection. Les femmes qui ont eu un problème de santé dans leur enfance ou leur jeunesse ont une probabilité accrue de connaître une trajectoire professionnelle marquée par l'inactivité. Mais, ce qui ressort de façon plus prononcée, ce sont de bonnes conditions de vie et de santé dans l'enfance fortement liées à une activité professionnelle continue à l'âge adulte. Cette corrélation s'appuie sur d'autres déterminants sociaux (milieu social familial notamment) qui agissent à la fois sur la santé dans l'enfance et sur les conditions d'une insertion durable sur le marché du travail.

Dans un deuxième temps, nous avons examiné les liens entre les transitions à l'inactivité après chacune des trois premières naissances et différentes caractéristiques des emplois occupés avant ces naissances. Les résultats concluent à un effet notable des caractéristiques de l'emploi (PCS, type de contrat, secteur d'emploi) sur le passage à l'inactivité : les femmes qui ont un emploi peu sécurisé et peu qualifié sont davantage susceptibles d'arrêter de travailler après une naissance. Par ailleurs, on observe un phénomène de répétition des interruptions d'activité pour les naissances successives. En revanche, des conditions de travail pénibles avant la naissance n'entraînent pas de surcroît d'interruption d'activité après celle-ci, si l'on tient aux résultats statistiques. Par contre, les entretiens de la post-enquête qualitative révèlent quelques cas dans lesquels les conditions de travail ont joué un rôle important dans la décision d'arrêt. Cependant, ce facteur n'est jamais isolé d'autres conditions et événements défavorables (santé, situation familiale) et n'est pas explicité, ou même perçu, de façon directe par les femmes concernées. Les résultats des entretiens, comme ceux de l'enquête statistique, montrent que les liens entre maternité, santé et travail sont particulièrement complexes et difficiles à mettre à jour. En effet, cette association n'est pas opérée de façon spontanée par les femmes qui préfèrent mettre en avant un choix positif et légitime (s'occuper de leur enfant) plutôt qu'une décision soldant des difficultés (de travail, de santé). Pour saisir ces relations, une enquête doit se centrer sur la santé reproductive, la période autour de la naissance et prendre en compte toutes les conditions sociales, professionnelles, familiales et de santé de cette séquence biographique.

Bibliographie

- Afsa C., (1996), « L'activité féminine à l'épreuve de l'allocation parentale d'éducation », *Recherches et prévisions*, n° 46, p.1-8.
- Afsa Effasi C., Buffeteau S., (2006) « L'activité féminine en France : quelles évolutions récentes, quelles tendances pour l'avenir », *Économie et statistiques*, n°398-399, p.85-97.
- Algava E., Bressé S., (2005), « Les bénéficiaires de l'allocation parentale d'éducation : trajectoires d'activité et retour à l'emploi », *Études et résultats*, n° 399.
- Aliaga C., (2002), « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », *Insee Première*, n°869.
- Amira S., (2010), « Les femmes occupent des emplois où le travail semble moins épanouissant », *Analyses, Dares*, 082.
- Anact [a] https://portail.anact.fr/web/actualite/societe-travail?p_thingIdToShow=14779556
- Anact [b] <http://www.anact.fr/web/dossiers/ages-genre-pluralite/genre-condition>
- Ananian S., (2010), « L'activité des mères de jeunes enfants depuis la mise en place du complément de libre choix d'activité », *Études et résultats*, n°726.
- Arber S. (1997), « Comparing health inequalities in Women's and Men's Health : Britain in the 1990s », *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 6, p.773-787.
- Barnay T., Jeger F., (2006), « Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ? », *Bulletin d'information en économie de la santé*, n° 108.
- Battagliola F., (1998), « Les trajectoires d'emploi des jeunes mères de famille », *Recherches et Prévisions*, n° 52, p.87-99.
- Battagliola F., Brown E., Jaspard M., (1997), « Etre parent jeune : quel lien avec les itinéraires professionnels ? », *Économie et statistique*, 1997, n° 304-305, p. 191-207.
- Baudelot C., Gollac M. et al., (2003), *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard.
- Berger E., Chauffaut D., Olm C., Simon M.-O., (2006), « Les bénéficiaires du Complément de libre choix d'activité : une diversité de profils », *Études et résultats*, n°510.
- Blaxter M., (2004), « Why do the victims blame themselves ? » in Bury M. et Gabe J. (dir.), *The Sociology of Health and Illness. A Reader*, London, Routledge, 2004.
- Bonnet C., Labbe M., (1999), « L'activité des femmes après la naissance de leurs deux premiers enfants. L'impact de l'allocation parentale d'éducation », *Études et Résultats*, n°37.
- Bouvier-Colle H., (1983), « Mortalité et activité professionnelle chez les femmes », *Population*, vol. 38, n°1, p.107-135.
- Bué J., (2004), « Les hommes et les femmes face aux pénibilités du travail » in Bué, J., Coutrot, T., Puech, I., *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*. Toulouse, Octarès, p. 76-88.
- Bué J., Sandret N., (2008), « Un salarié sur six estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail », *Premières synthèses et informations*, Dares, n°22.2.
- Carlier A., Tenret E. (2007), « Des conflits au travail plus nombreux et plus diversifiés », *Premières synthèses et analyses*, Dares, n° 08.1.
- Caroly S., (2009), « Les conditions de travail et la santé selon le genre et le sexe. Une approche ergonomique de la prévention des troubles musculo-squelettiques », *Mouvements*. <http://www.mouvements.info/Les-conditions-de-travail-et-la.html>

- Caroly S., Cholez C., (2009), *Santé et itinéraires professionnels des moins de 35 ans : insertion, apprentissage et construction identitaire*, Document de travail, DREES, série Études et Recherche, n°96, 80 p.
- Chardon O., (2002), « De moins en moins d'inactifs entre la fin des études et l'âge de la retraite », *Insee Première*, n° 872.
- Cohidon C., Arnaudo B., Murcia M., comité de pilotage Samotrace Centre, (2009), « Mal-être et travail, premiers enseignements du programme de surveillance SAMOTRACE », *BEH* p.265-269.
- Conseil économique et social, (2010), Communication du Conseil économique, social et environnemental présentée au nom du Bureau par Mme Dominique Hénon au nom de la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes, le 7 juillet 2010. <http://www.conseil-economique-et-social.fr/rapport/docton/10092716.pdf>
- Couppié T., Epiphane D., (2007), « Vivre en couple et être parent : impacts sur les débuts de carrière », *Cereq Bref*, n°241.
- Coutrot T., Mermillod C., (2010), « Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles », *Analyses, Dares*, 081.
- Coutrot T., Rouxel C., (2011), « Emploi et santé des seniors durablement exposés à des pénibilités physiques au cours de leur carrière. L'apport de l'enquête Santé et itinéraire professionnel », *Analyses, Dares*, 020.
- Cousteaux A.-S., Pan Ké Shon J.-L., (2008), « Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique », *Revue Française de sociologie*, n°1, p.53-92.
- Cristofari, M.F., (2003), *Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel*, Rapport pour la DREES, Ministère de la Santé, de la Famille, et des Personnes Handicapées, et pour la DARES (Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité), Document Centre d'Études de l'Emploi, n° 03/11.
- Croteau A., Marcoux S., et Brisson C., (2006), « Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 5, p. 846-855.
- Danet S., Olier L., (sous la dir.), (2009), *La santé des femmes en France*, La documentation française, Drees, coll. Études et statistiques.
- Demazière D., Dubar C. (1997), *Analyser les entretiens biographiques – L'exemple des récits d'insertion*, Nathan, Essais et Recherche, 350 p.
- Derriennic F., Saurel-Cubizolles M.-J., Monfort, (2003), « Santé, conditions de travail et cessation d'activité des salariés âgés », *Travail et emploi*, n°96, p.37-53.
- Euzenat D. (2009), « L'exposition des salariés aux accidents de travail en 2007 », *Premières Synthèses*, n° 50.2
- Goffman E., (1963), *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*, London, Penguin.
- Gollac M., (1998), « Donner un sens aux données : l'exemple des enquêtes statistiques sur les conditions de travail », *Dossiers du Centre d'étude de l'emploi*.
- Gollac M., (2011), *Rapport du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux*
- Gollac M. et Volkoff S., (2002), « La mise au travail des stéréotypes de genre. Les conditions de travail des ouvrières », *Travail, Genre et Sociétés* n° 8, p. 25-53.

- Gollac M., Volkoff S., (2006), *La perception subjective du travail : rôle des identités de genre et des conditions d'emploi : quelques éléments d'analyse statistique*, Centre d'études de l'emploi, 22 p. (Document de travail).
- Greenan N., Kalugina E., Walkowiak E., (2010), « Trends in Quality of Work in the EU-15: Evidence from the European Working Conditions Survey (1995-2005) », Document de travail CEE, n° 133. <http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/133-tendances-qualite-travail-europe-15.pdf>
- Guiho-Bailly M-P, C. Bertin, J-Y. Dubre, N. Lancien, J. Machefer, D. Parent, (2009), « Rapport subjectif au travail : Sens des trajets professionnels et construction de la santé », Rapport final, DREES, *Document de travail, Série Études et recherches*, n° 95.
- Guignon N., Niedhammer I., Sandret N., (2008), « Les facteurs psychosociaux au travail - Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », *Premières synthèses et informations*, Dares, 22.1.
- Hirigoyen M.-F., (2001), *Malaise dans le travail, harcèlement moral : démêler le vrai du faux*, Paris, La Découverte & Syros.
- Jacques B., (2007), *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF.
- Juhl M., Kragh Andersen P., Olsen J., Nybo Andersen A-M., (2005), « Psychosocial and physical work environment, and risk of pelvic pain in pregnancy. A study within the Danish national birth cohort », *J Epidemiol Community Health*, 59, p.580-585.
- Jusot F., Khlat M., Rochereau T., Sermet C., (2006), « Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi », *Données sociales*, 2006, p.533-542.
- Jusot F., Khlat M., Rochereau T., Sermet C., (2007), « Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif », *Questions d'économie de la santé*, n° 125.
- Kergoat D., (1992), *Les absentes de l'Histoire - Ouvriers, ouvrières - Un continent morcelé et silencieux*, Autrement, Série « Mutation », n° 126.
- Khlat M., Sermet C., Le Pape A., (2000), « Women's health in relation with their family and work rôles : France in the early 1990s », *Social Science and Medicine*, n°50, p.1807-1825.
- Landsbergis P. A., Hatch M., Zhang H., (1993), « Psychosocial workplace risk factors for pregnancy-induced hypertension », *American Journal of Epidemiology*, n° 138 : 606.
- Leroux I., Morin T., (2006), « Facteurs de risques et épisodes dépressifs en population générale », *Études et résultats*, n°545.
- Lupton D., (1993), « Risk as moral danger : the social and political functions of risk discourse in public health », *International Journal of Public Health Services.*, vol 23, n°3, p.425-435.
- Malenfant R., (2006), « La médicalisation de la conciliation du travail et de la maternité », *Sociologie santé*, 25 : 261-276.
- Malenfant R., (2009), « Risk, Control and Gender: Reconciling Production and Reproduction in the Risk Society », *Organisation studies*, vol. 30, n°2-3, p.205-226.
- Malenfant R., (2011), *Travail, reproduction, santé. Conciliation, contradiction, domination ?*, Présentation de recherches à l'Université de Laval, le 25 mai 2011.
- Malenfant R., Gravel A.-R., Laplante N., Jetté M., (2009), *La conciliation travail/grossesse : la transition vers le maintien au travail dans la gestion du risque pour la santé*, Document de recherche, Département de relations industrielles.

- Marc, C., (2004), « L'influence des conditions d'emploi sur le recours à l'APE. Une analyse économique du comportement d'activité des femmes », *Recherches et prévisions*, n° 75, p.21-38.
- Marry C., Fournier-Mearelli I., Kieffer A., (1995), « Activité des jeunes femmes : héritages et transmission », *Économie et Statistique*, n°283-284, p.67-79.
- Martiskainen de Koenigswarter, H., (2006), *Discursive Matrixes of Motherhood. Cultivating Decency and Emotion in Finnish and French Mother-Talk*. Helsinki: University of Helsinki, Dpt. of Sociology, Research reports n°249, 298 p.
- Martiskainen H., (2011), « Devenir mère, dire sa maternité. Socialisations et émotions invisibilisées de la maternité en Finlande », *Politiques sociales et familiales*, n° 103, p. 5-15.
- Méda D., (2001), *Le temps des femmes. Pour un nouveau partage des temps*, Paris, Flammarion.
- Méda D., Wierink M. et Simon M.-O., (2003), « Pourquoi certaines femmes s'arrêtent-elles de travailler à la naissance d'un enfant ? », *Premières informations et premières synthèses*, n° 29.2, 8 p.
- Mesrine A. (2000), « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », *Économie et Statistique*, n°334, p.33-48.
- Messing, K., (2000), *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle ?*, Octarès, 306 p.
- Messing K., (2002), « La place des femmes dans les priorités de recherche en santé au travail au Québec » *Relations industrielles*, vol. 57, n° 4, p. 660-686.
- Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, (2010), *Violences et santé : état des lieux*, La Documentation Française, 280 p.
- Moliné A.-F., (2003), « Interroger les salariés sur leur passé professionnel : le sens des discordances », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 51, n°6, p. 589-605.
- Moliné A.-F., Laville A., (2000), « Les surprises du longitudinal : les salariés répondent-ils n'importe quoi aux enquêtes portant sur leur travail actuel et passé ? », *XXXVème Congrès de la SELF*, Octares.
- Montaut A. (2010), « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 », *Études et résultats*, n°715.
- Moreau C., Bajos N., Bouyer J., l'équipe Cocon, (2004), « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, 59, 3-4 : 503-518.
- Niel X. (1998), « Six femmes au foyer sur dix aimeraient travailler, mais une sur dix recherche vraiment un emploi », *Premières Informations, Premières Synthèses*, n° 09-1.
- Pailhé A., Solaz A. (2007), « Inflexions des trajectoires professionnelles des hommes et des femmes après la naissance des enfants », *Recherches et prévisions*, n°90, p.5-27.
- Pénet, S., (2006), « Le congé de maternité », *Études et résultats*, n° 531.
- Piketty T., (2005), « L'impact de l'allocation parentale d'éducation sur l'activité féminine et la fécondité en France, 1982-2002 », dans Lefèvre C. et Filhon A. (dir.), *Histoires de familles, histoires familiales*, Les Cahiers de l'INED, n° 156, p.79-109.
- Prioux F., (2007), « L'évolution démographique récente en France : la fécondité à son plus haut niveau depuis plus de trente ans », *Population*, n°3, vol.62, p.489-532.
- Pugeault-Cicchelli C., (2005), « Bons et mauvais souvenirs. Interprétations rétrospectives de la carrière maternelle après 50 ans », *Recherches et prévisions*, n° 82, p. 33-42.
- Régnier-Loilier A., (2007), *Avoir des enfants en France. Désirs et réalités*, Ined, Les cahiers de l'Ined n° 158, 268 p.

- Riessman, C.K., (2007), *Narrative methods for the Human Sciences*, London, Sage.
- des Riviers-Pigeon C., (2002), « Une approche interdisciplinaire pour l'étude de la dépression post-natale », dans Descarries F. et Corbeil C., *Espaces et temps de la maternité*. Montréal, Les éditions du remue-ménage, p. 402-427.
- Robert-Bobée I., Monteil C., (2006), « Différentiels sociaux et familiaux de mortalité aux âges actifs : quelles différences entre les femmes et les hommes ? », *Économie et statistique*, n° 398-399, p.11-31.
- de Saboulin M., Desplanques G., (1986), « Activité féminine : carrières continues et discontinues », *Économie et statistique*, vol. 193, n° 193-194, p.51-62.
- Saurel-Cubizolles M.-J., Subtil D., Kaminski M., (1991), « Is preterm delivery still related to physical working conditions in pregnancy ? », *J Epidemiol Community Health.*, vol.45, n°1, p.29–34.
- Saurel-Cubizolles M., Zeitlin J, Lelong N, Papiernik E, Di R, Breart G., (2004), « Employment, working conditions, and preterm birth: results from the Europop case-control survey », *J Epidemiol Community Health.*, vol.58, n°5, p.395–401.
- Sermet C., Jusot F., Khlal M., Rochereau T., (2005), *Les itinéraires professionnels en relation avec la santé. Une exploitation longitudinale de l'enquête ESPS de l'IRDES. Rapport intermédiaire*, DREES, DARES, Mission recherche de la Poste, 90 p.
- Tavan C., (2007), *Inactivité et temps partiel des générations 1925 à 1964 : une évaluation sur cycle de vie*, Insee, Document de travail, 26 p.
- Verjus A., Vogel M., (2009), « Introduction - Le "travail parental" : un travail comme un autre ? », *Informations sociales*, 154, p.2-4.

Annexe 1 - Caractéristiques sociodémographiques, d'emploi et conditions de travail des femmes à chacune de leurs naissances. Première naissance

Tableau A.1 - Caractéristiques des femmes selon leur situation d'emploi après la 1^{ère} naissance.
Distribution des variables utilisées dans le modèle 1^{ère} naissance

	Situation 1 an après la 1 ^{ère} naissance				Test du khi2
	Hors emploi		En emploi		
	%	Effectifs	%	Effectifs	
Âge / Générations					***
20-39 ans / 1967-1986	14,1	110	24,9	770	
40-52 ans / 1954-1966	27,2	212	37,5	1158	
53-74 ans / 1932-1953	58,7	457	37,6	1160	
Total	100	779	100	3088	
Âge à la naissance du 1^{er} enfant					***
Moins de 22 ans	27,1	211	13,9	429	
22-27 ans	51,6	402	52,1	1610	
28 et plus	21,3	166	34,0	1049	
Total	100	779	100	3088	
Âge à la fin des études					***
Moins de 17 ans	40,3	314	21,6	666	
18-20 ans	37,6	293	42,1	1299	
21 et plus	22,1	172	36,4	1123	
Total	100	779	100	3088	
Migration					***
Née en France	89,7	699	92,2	2846	
Arrivée avant 18 ans en France	4,6	36	4,8	147	
Arrivée après 18 ans en France	5,6	44	3,1	95	
Total	100	779	100	3088	
Problème de santé avant la 1^{ère} naissance					ns
Au moins un problème	19,9	155	19,6	605	
Pas de problème	80,1	624	80,4	2483	
Total	100	779	100	3088	

Champ : Femmes en emploi salarié l'année qui précède la 1^{ère} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Écart significatif au seuil de *10 % ** 5 % *** 1 % NS : non significatif.

Tableau A.2 - Caractéristiques professionnelles des femmes l'année précédant la naissance de leur 1^{er} enfant selon leur situation d'emploi après la 1^{ère} naissance.

Situation 1 an avant la 1 ^{ère} naissance	Situation 1 an après la 1 ^{ère} naissance				Test du khi2
	Hors emploi		En emploi		
	%	Effectifs	%	Effectifs	
PCS					***
Cadre, chef d'entreprise	3,5	27	9,1	282	
Profession intermédiaire	14,6	114	23,1	713	
Employée	55,1	429	su	1578	
Ouvrière	26,8	209	16,7	515	
Total	100	779	100	3088	
Temps de travail					Ns
Temps plein	90,0	701	88,4	2729	
Temps partiel	10,0	78	11,6	359	
Total	100	779	100	3088	
Statut					***
Salariée du secteur public	15,4	120	27,4	845	
Salariée du secteur privé/autre	84,6	659	72,6	2243	
Total	100	779	100	3088	
Contrat de travail					***
Contrat court / sans contrat	23,6	184	18,1	559	
CDI, fonctionnaire	76,4	595	81,9	2529	
Total	100	779	100	3088	

Champ : Femmes en emploi salarié l'année qui précède la 1^{ère} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Écart significatif au seuil de *10 % ** 5 % *** 1 % NS : non significatif.

Tableau A.3 - Conditions de travail des femmes l'année précédant la naissance de leur 1^{er} enfant selon leur situation d'emploi après la 1^{ère} naissance

Conditions de travail pénibles 1 an avant la 1 ^{ère} naissance	Situation 1 an après la 1 ^{ère} naissance				Test du Khi2
	Hors emploi		En emploi		
	%	Effectifs	%	Effectifs	
Travail physiquement exigeant					Ns
Toujours, souvent	29,5	230	28,5	877	
Parfois, jamais	70,5	549	71,5	2205	
Total	100	779	100	3082	
Exposition à des produits nocifs					Ns
Toujours, souvent	17,1	133	15,2	467	
Parfois, jamais	82,9	646	84,8	2615	
Total	100	779	100	3082	
Ne dort pas entre minuit et 5h du matin					Ns
Toujours, souvent, parfois	8,5	66	10,1	310	
Jamais	91,5	713	89,9	2772	
Total	100	779	100	3082	
Travail sous pression					***
Toujours, souvent, parfois	37,0	288	48,7	1500	
Jamais	63,0	491	51,3	1582	
Total	100	779	100	3082	
Tensions avec le public					***
Toujours, souvent, parfois	24,5	191	36,5	1125	
Jamais	75,4	588	63,5	1957	
Total	100	779	100	3082	
Travail répétitif, sous contrainte					***
Toujours	20,4	159	14,8	455	
Souvent, parfois, jamais	79,6	620	85,2	2627	
Total	100	779	100	3082	

Champ : Femmes en emploi salarié l'année qui précède la 1^{ère} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Écart significatif au seuil de *10 % ** 5 % *** 1 % NS : non significatif.

Tableau A.4 - Facteurs associés à la transition vers l'inactivité féminine après 1^{ère} naissance (régression logistique).

	Modèle (1) variables sociodémo- graphiques	Modèle (2) (1) + situation d'emploi	Modèle (3) Variables de contrôle modèle (2) + conditions de travail
Génération réf : 1932-1953 (53-74 ans)			
1967-1989 (20-39 ans)	0,49***	0,41***	var contrôle
1954-1966 (40-52 ans)	0,56***	0,53***	var contrôle
Âge à la naissance du 1^{er} enfant réf : 22-27 ans			
Moins de 22 ans	1,53***	1,43***	var contrôle
28 ans et plus	0,74***	1,75***	var contrôle
Âge à la fin des études réf : 17-21 ans			
Moins de 17 ans	1,55***	1,35***	var contrôle
22 ans et plus	Ns	Ns	var contrôle
Origine migratoire réf : née en France ou arrivé avant 18 ans			
Arrivée en France à 18 ans ou +	1,96***	1,86***	var contrôle
Problème de santé avant la 1^{ère} naissance réf : Pas de problème			
Un problème	Ns	Ns	var contrôle
PCS avant la 1^{ère} naissance réf : Employée/Ouvrière			
Cadre, chef d'entreprise, Profession intermédiaire		0,74**	var contrôle
Statut avant la 1^{ère} naissance réf : Salariée du secteur privé			
Salariée du secteur public		0,62***	var contrôle
Temps de travail avant la 1 ^{ère} naissance réf : Plein temps			
Temps partiel		Ns	-
Contrat de travail avant la 1 ^{ère} naissance réf : CDI, fonctionnaire			
Contrat court, sans contrat		1,58***	var contrôle
Conditions de travail avant la 1 ^{ère} naissance			
Travail physiquement exigeant réf : parfois ou jamais			
Toujours ou souvent			Ns
Exposition à des produits nocifs réf : parfois ou jamais			
Toujours ou souvent			Ns
Ne dort pas entre minuit et 5h du matin réf : jamais			
Toujours, souvent ou parfois			Ns
Travail sous pression réf : jamais			
Souvent ou parfois			0,74***
Tensions avec le public réf : jamais			
Toujours, souvent ou parfois			0,81*
Travail répétitif, sous contrainte réf : souvent, parfois, jamais			
Toujours			Ns
Travail reconnu à sa juste valeur réf : toujours, souvent			
Parfois ou jamais			Ns
Emploie ses compétences toujours, souvent, parfois			
Jamais			Ns
Bonnes relations avec ses collègues toujours, souvent, parfois			
Jamais			0,80*

Champ : Femmes en emploi salarié l'année qui précède la 1^{ère} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Écart significatif au seuil de *10 % ** 5 % *** 1 % NS : non significatif.

Les conditions de travail ont été introduites dans le modèle unes à unes, indépendamment les unes des autres en incluant à chaque fois les variables du modèle 2 (variable de contrôle).

Deuxième naissance

**Tableau A.5 - Caractéristiques des femmes selon leur situation d'emploi après la 2^{ème} naissance.
Distribution des variables utilisées dans le modèle 2^{ème} naissance**

Situation 1 an avant la 2 ^{ème} naissance	Situation 1 an après la 2 ^{ème} naissance				Test du khi 2
	Hors emploi		En emploi		
	%	Effectifs	%	Effectifs	
Âge / Générations					***
20-39 ans / 1967-1986	32,0	211	17,3	312	
40-52 ans / 1954-1966	30,6	202	43,2	782	
53-74 ans / 1932-1953	37,3	246	39,5	714	
Total	100	659	100	1808	
Année de la 2^{ème} naissance					***
Avant 1994	55,2	364	73,4	1328	
1994 et après (APE)	44,8	295	26,5	480	
Total	100	659	100	1808	
Intervalle 1^{ère}-2^{ème} naissance					Ns
Moins de 3 ans	58,6	385	56,4	1018	
3 ans et plus	41,4	272	43,6	788	
Total	100	657	100	1806	
Âge à la fin des études					***
Moins de 17 ans	29,7	196	19,1	346	
18-21 ans	56,9	375	60,0	1084	
22 ans et plus	13,3	88	20,9	378	
Total	100	659	100	1808	
Migration					Ns
Née en France	92,6	610	90,7	1640	
Arrivée avant 18 ans en France	4,7	31	4,8	86	
Arrivée après 18 ans en France	2,7	18	4,5	82	
Total	100	659	100	1808	
Pb de santé avant la 2^{ème} naissance					**
Au moins un problème	25,0	165	20,8	376	
Pas de problème	75,0	494	79,2	1432	
Total	100	659	100	1808	
Situation face à l'emploi après la 1^{ère} naissance					***
Hors emploi	18,9	117	3,7	62	
En emploi	81,1	503	96,3	1611	
Total	100	620	100	1673	

Champ : Femmes en emploi salarié l'année qui précède la 2^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Écart significatif au seuil de * 10 % ** 5 % *** 1 % NS : non significatif.

Tableau A.6 - Caractéristiques professionnelles des femmes l'année précédant la naissance de leur 2^{ème} enfant selon leur situation d'emploi après la 2^{ème} naissance

Situation 1 an avant la 2 ^{ème} naissance	Situation 1 an après la 2 ^{ème} naissance				Test du khi2
	Hors emploi		En emploi		
	%	Effectifs	%	Effectifs	
PCS					***
Cadre, chef d'entreprise	3,8	25	12,4	224	
Profession intermédiaire	14,4	95	27,3	494	
Employée	59,9	395	46,6	843	
Ouvrière	21,8	144	13,7	247	
Total	100	659	100	1808	
Temps de travail					*
Temps plein	83,3	549	86,1	1557	
Temps partiel	16,7	110	13,9	251	
Total	100	659	100	1808	
Statut					***
Salariée du secteur public	19,4	128	35,1	634	
Salariée du secteur privé, autre	80,6	531	64,9	1174	
Total	100	659	100	1808	
Contrat de travail					Ns
Contrat court, sans contrat	18,4	121	16,4	297	
CDI, fonctionnaire	81,6	538	83,6	1511	
Total	100	659	100	1808	

Champ : femmes en emploi salarié l'année qui précède la 2^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Écart significatif au seuil de * 10 % ** 5 % *** 1 % NS : non significatif.

Tableau A.7 - Conditions de travail des femmes l'année précédant la naissance de leur 2^{ème} enfant selon leur situation d'emploi après la 2^{ème} naissance

Conditions de travail pénibles 1 an avant la 2 ^{ème} naissance	Situation 1 an après la 2 ^{ème} naissance				Test du khi 2
	Hors emploi		En emploi		
	%	Effectifs	%	Effectifs	
Travail physiquement exigeant					Ns
Toujours, souvent	29,4	193	29,7	535	
Parfois, jamais	70,6	464	70,3	1268	
Total	100	657	100	1803	
Exposition à des produits nocifs					Ns
Toujours, souvent	16,4	108	14,5	262	
Parfois, jamais	83,6	549	85,5	1541	
Total	100	657	100	1803	
Ne dort pas entre minuit et 5h du matin					**
Toujours, souvent, parfois	8,1	53	11,0	198	
Jamais	91,9	604	89,0	1605	
Total	100	657	100	1803	
Travail sous pression					***
Toujours, souvent, parfois	43,2	284	50,7	915	
Jamais	56,8	373	49,3	888	
Total	100	657	100	1803	
Tensions avec le public					***
Toujours, souvent, parfois	33,3	219	41,4	746	
Jamais	66,7	438	58,6	1057	
Total	100	657	100	1803	
Travail répétitif, sous contrainte					***
Toujours	17,5	115	12,9	233	
Souvent, parfois, jamais	82,5	542	87,1	1770	
Total	100	657	100	1803	

Champ : femmes en emploi salarié l'année qui précède la 2^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Écart significatif au seuil de * 10 % ** 5 % *** 1 % NS : non significatif.

**Tableau A.8 - Facteurs associés à la transition vers l'inactivité après une 2^{ème} naissance
(régression logistique)**

	Modèle (1) variables sociodémo- graphiques	Modèle (2) (1) + situation d'emploi	Variables de contrôle modèle (2)+ conditions de travail
Génération réf : 1932-1953 (53-74 ans)			
1967-1989 (20-39 ans)	Ns	Ns	Var contrôle
1954-1966 (40-52 ans)	0,64***	0,59***	Var contrôle
Âge à la fin des études réf : 17-21 ans			
Moins de 17 ans	1,76***	1,36**	Var contrôle
22 ans et plus	0,59***	Ns	Var contrôle
Problème de santé avant 2^{ème} naissance réf: Pas de problème			
Un problème	Ns	Ns	Var contrôle
APE 1994 réf: naissance avant 1994			
Naissance en 1994 ou après	3,30***	3,53***	Var contrôle
Intervalle 1^{ère}-2^{ème} naissance réf: intervalle de 3 ans ou plus			
Intervalle de moins de 3 ans	1,2*	1,3*	Var contrôle
Situation d'emploi après la 1 ^{ère} naissance réf: en emploi			
Inactive	5,84***	5,70***	Var contrôle
PCS avant la 2 ^{ème} naissance réf: Employée/Ouvrière			
Cadre, chef d'entreprise, profession intermédiaire		0,37***	Var contrôle
Statut avant la 1 ^{ère} naissance réf: Salariée du secteur privé			
Salarié du secteur public		0,62***	Var contrôle
Temps de travail avant la 2 ^{ème} naissance réf: Plein temps			
Temps partiel		Ns	-
Contrat de travail avant 2 ^{ème} naissance réf CDI, fonctionnaire			
Contrat court, sans contrat		Ns	-
Conditions de travail avant la 2^{ème} naissance			
Travail physiquement exigeant réf : parfois ou jamais			
Situation rencontrée : toujours ou souvent			0,79*
Exposition à des produits nocifs réf : parfois ou jamais			
Situation rencontrée : toujours ou souvent			Ns
Ne dort pas entre minuit et 5h du matin réf : jamais			
Situation rencontrée : toujours, souvent ou parfois			Ns
Travail sous pression réf : jamais			
Situation rencontrée : toujours, souvent ou parfois			0,76**
Tensions avec le public réf : jamais			
Situation rencontrée : toujours, souvent ou parfois			Ns
Travail répétitif, sous contrainte réf: souvent, parfois, jamais			
Situation rencontrée : toujours			Ns
Travail reconnu à sa juste valeur réf : toujours, souvent			
Parfois ou jamais			Ns
Emploie ses compétences toujours, souvent, parfois			
Jamais			Ns
Bonnes relations avec ses collègues toujours, souvent, parfois			
Jamais			Ns

Champ : femmes en emploi salarié l'année qui précède la 2^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Écart significatif au seuil de *10 % ** 5 % *** 1 % NS : non significatif.

Cases avec - : variables non significatives supprimées des modèles. Cette suppression ne modifie pas la significativité et les odds ratio des autres variables.

Les conditions de travail ont été introduites dans le modèle unes à unes, indépendamment les unes des autres en incluant à chaque fois les variables du modèle 2 (variable de contrôle)..

Troisième naissance

Tableau A.9 - Caractéristiques des femmes selon leur situation d'emploi après la 3^{ème} naissance

Situation 1 an avant la 3 ^{ème} naissance	Situation 1 an après la 3 ^{ème} naissance				Test du khi2
	Hors emploi		En emploi		
	%	Effectifs	%	Effectifs	
Âge / Générations					***
20-39 ans / 1967-1986	20,7	53	10,8	55	
40-52 ans / 1954-1966	49,6	127	41,1	209	
53-74 ans / 1932-1953	29,7	76	48,1	245	
Total	100	256	100	509	
Année de la 3^{ème} naissance					***
Avant 1984	26,9	69	41,8	213	
1984 et après (APE)	73,0	187	58,1	296	
Total	100	256	100	509	
Intervalle 2^{ème} - 3^{ème} naissance					Ns
Moins de 3 ans	44,5	114	44,6	227	
3 ans et plus	55,5	142	55,4	282	
Total	100	256	100	509	
Âge à la fin des études					Ns
Moins de 17 ans	32,4	83	26,9	137	
18-20 ans	37,1	95	38,3	195	
21 et plus	30,5	78	34,8	177	
Total	100	256	100	509	
Migration					**
Née en France	88,3	226	88,6	451	
Arrivée avant 18 ans en France	9,0	23	4,9	25	
Arrivée après 18 ans en France	2,7	7	6,5	33	
Total	100	256	100	509	
Pb de santé avant la 3^{ème} naissance					Ns
Au moins un problème	25,4	65	26,3	134	
Pas de problème	74,6	191	73,7	375	
Total	100	256	100	509	
Situation d'emploi après la 2^{ème} naissance					***
Hors emploi	31,6	80	11,2	56	
En emploi	68,4	173	88,8	443	
Total	100	253	100	499	

Champ : femmes en emploi salarié l'année qui précède la 1^{ère} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Écart significatif au seuil de *10 % ** 5 % *** 1 % NS : non significatif.

Tableau A.10 - Caractéristiques professionnelles des femmes l'année précédant la naissance de leur 3^{ème} enfant selon leur situation d'emploi après la 3^{ème} naissance

Situation 1 an avant la 3 ^{ème} naissance	Situation 1 an après la 3 ^{ème} naissance				Test du khi2
	Hors emploi		En emploi		
	%	Effectifs	%	Effectifs	
PCS					***
Cadre, chef d'entreprise	5,5	14	15,5	79	
Profession intermédiaire	21,9	56	25,3	129	
Employée	49,6	127	46,0	234	
Ouvrière	23,0	59	13,2	67	
Total	100	256	100	509	
Temps de travail					*
Temps plein	75,8	194	81,7	416	
Temps partiel	24,2	62	18,3	93	
Total	100	256	100	509	
Statut					***
Salariée du secteur public	26,6	68	41,4	211	
Salariée du secteur privé	73,4	188	58,5	298	
Total	100	256	100	509	
Contrat de travail					Ns
Contrat court, sans contrat	15,6	40	18,5	94	
CDI, fonctionnaire	84,4	216	81,5	415	
Total	100	256	100	509	

Champ : femmes en emploi salarié l'année qui précède la 3^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Écart significatif au seuil de *10 % ** 5 **1 NS : non significatif.

Tableau A.11 - Conditions de travail des femmes l'année précédant la naissance de leur 3^{ème} enfant selon leur situation d'emploi après la 3^{ème} naissance

Conditions de travail 1 an avant la 3 ^{ème} naissance	Situation 1 an après la 3 ^{ème} naissance				Test du khi2
	Hors emploi		En emploi		
	%	Effectifs	%	Effectifs	
Travail physiquement exigeant					Ns
Toujours, souvent	36,3	93	32,7	166	
Parfois, jamais	63,7	163	67,3	342	
Total	100	256	100	508	
Exposition à des produits nocifs					Ns
Toujours, souvent	17,2	44	15,2	77	
Parfois, jamais	82,8	212	84,4	431	
Total	100	256	100	508	
Ne dort pas entre minuit et 5h du matin					**
Toujours, souvent, parfois	7,8	20	13,4	68	
Jamais	92,2	236	86,6	440	
Total	100	256	100	508	
Travail sous pression					Ns
Toujours, souvent, parfois	50,4	129	53,1	270	
Jamais	49,6	127	46,8	238	
Total	100	256	100	508	
Tensions avec le public					***
Toujours, souvent, parfois	33,6	86	44,9	228	
Jamais	66,4	170	55,1	280	
Total	100	256	100	508	
Travail répétitif, sous contrainte					**
Toujours	21,1	54	14,0	71	
Souvent, parfois, jamais	78,9	202	86,0	437	
Total	100	256	100	508	

Champ : femmes en emploi salarié l'année qui précède la 3^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Écart significatif au seuil de *10 ** 5 ***1 NS : non significatif.

**Tableau A.12 - Facteurs associés à la transition vers l'inactivité après une 3^{ème} naissance
(régression logistique)**

	Modèle (1) variables sociodémo- graphiques	Modèle (2) (1) + situation d'emploi	Modèle (3) Variable modèle 2+ conditions de travail
Génération réf : 1932-1953 (53-74 ans)			
1967-1989 (20-39 ans)	3,08***	3,02***	Var cont
1954-1966 (40-52 ans)	1,91***	2,07***	Var cont
Âge à la fin des études réf : 17-21 ans			
Moins de 17 ans	Ns	-	-
22 ans et plus	Ns	-	-
Problème de santé avant 3^{ème} naissance réf : Pas de problème			
Un problème	Ns	Ns	Var cont
APE 1984 réf : naissance avant 1984			
Naissance en 1984 ou après	Ns	-	-
Intervalle 2^{ème}-3^{ème} naissance réf : intervalle < 3 ans			
Intervalle 3 ans ou plus	Ns	-	-
Situation d'emploi après la 2^{ème} naissance réf : en emploi			
Hors emploi	3,39***	3,47***	Var cont
PCS avant la 3^{ème} naissance réf : Employée/Ouvrière			
Cadre, chef d'entreprise, profession intermédiaire		0,47**	Var cont
Statut avant la 3^{ème} naissance réf : Salariée du secteur privé			
Salarié du secteur public		0,63**	Var cont
Temps de travail avant la 3^{ème} naissance réf : Plein temps			
Temps partiel		Ns	-
Contrat de travail avant 3^{ème} naissance réf: CDI, fonctionnaire			
Contrat court, sans contrat		Ns	Ns
Conditions de travail avant la 3^{ème} naissance			
Travail physiquement exigeant réf : parfois ou jamais			
Situation rencontrée toujours ou souvent			Ns
Exposition à des produits nocifs réf : parfois ou jamais			
Situation rencontrée toujours ou souvent			Ns
Ne dort pas entre minuit et 5h du matin réf : jamais			
Situation rencontrée toujours, souvent ou parfois			Ns
Travail sous pression réf : jamais			
Situation rencontrée toujours, souvent ou parfois			Ns
Tensions avec le public réf : jamais			
Situation rencontrée toujours, souvent ou parfois			0,65**
Travail répétitif, sous contrainte réf : souvent, parfois, jamais			
Situation rencontrée toujours			Ns
Travail reconnu à sa juste valeur réf : toujours, souvent			
Parfois ou jamais			Ns
Emploie ses compétences toujours, souvent, parfois			
Jamais			0,44**
Bonnes relations avec ses collègues toujours, souvent, parfois			
Jamais			Ns

Champ : femmes en emploi salarié l'année qui précède la 3^{ème} naissance.

Sources : Enquête SIP, 2006.

Écart significatif au seuil de *10% ** 5% ***1% NS : non significatif.

Cases avec - : variables non significatives supprimées des modèles. Cette suppression ne modifie pas la significativité et les odds ratio des autres variables.

Les conditions de travail ont été introduites dans le modèle unes à unes, indépendamment les unes des autres en incluant à chaque fois les variables du modèle 2 (variable de contrôle).

Annexe 2 - Guide d'entretien

Exemple de présentation de l'enquête en début d'entretien (transcrit de l'entretien de Mme F.) :

"Donc en fait nous proposons aux femmes, là vous avez toutes plus de 45 ans, de revenir un peu sur leurs trajectoires, sur votre trajectoire, en termes de santé, en termes de bien-être, en termes de qualité de vie, à différentes périodes de votre vie : quand vous avez été enceinte, quand vos enfants étaient en bas âge, quand vous avez interrompu éventuellement votre activité pendant quelque temps, repris [le travail], etc. pour voir comment la santé se constitue tout au long de la vie : à quelles périodes elles [les mères] ont eu une qualité de vie meilleure ou moindre, voilà avec, surtout avec les enfants, au travail et à la maison..."

Nota bene : cet exemple de guide d'entretien est construit autour de l'hypothèse d'un arrêt à la deuxième naissance

I. Donc, si on revient à la période autour de naissance de votre premier enfant,

Avant votre première grossesse, si vous deviez décrire votre état de santé, comment est-ce que vous diriez qu'il était...

Est-ce que vous pourriez me parler de votre travail à ce moment-là ? Ce que vous faisiez

Quelles étaient vos conditions de travail ?

- conditions / - transports / - horaires

Comment est-ce que ça se passait, point de vue du travail, pour vous ? Comment est-ce que vous vous sentiez au travail ?

Et point de vue santé et bien-être, comment s'est déroulée votre grossesse, ça s'est bien déroulé ? Est-ce que c'était compatible avec le travail que vous faisiez ?

Combien de temps vous êtes-vous arrêtée à la naissance ? Est-ce que ça s'est passé comme vous le vouliez ?

Et la reprise du travail... vous avez repris comme avant ? où comment ça s'est passé ? [modifications éventuelles d'activité]

Comment est-ce que vous vous sentiez à la reprise ? Dans quel état d'esprit étiez-vous ?

Les femmes concilient travail et famille dans des conditions différentes (quand on pense au temps de transport, les conditions de travail et les horaires de travail, selon le type de garde d'enfant qu'elles trouvent pour leur enfant, selon qu'elles sont aidées à la maison ou pas, en fonction de la santé de leurs enfants et leur propre santé etc.)... Comment est-ce que vous décririez les conditions dans lesquelles *vous-même* avez concilié travail et famille pendant cette période ?

Comment se sont passées pour vous ces toutes premières années où vous travailliez et que vous aviez un jeune enfant ? Quel souvenir est-ce que vous gardez de cette période ?

Est-ce que vous avez pu faire ce que vous vouliez, est-ce que vous étiez satisfaite de la manière dont ça se passait pour vous ?

Est-ce que vous pensez que le fait de mener de front travail et famille a eu des effets sur votre santé ou votre bien-être ?

Est-ce que vous avez connu des événements de santé particuliers à cette époque ? *ou*
Comment est-ce que vous diriez que votre santé a évolué à cette époque ?

II / III Quelques années plus tard, vous attendez votre 2e enfant...

Donc, comme tout à l'heure je voudrais savoir, comment vous décririez votre état de santé à ce moment-là ?

Est-ce que vous occupiez le même poste quand vous avez commencé à attendre votre deuxième enfant ? Vous travaillez dans les mêmes conditions à peu près ou... ?

Comment ça se passait pour vous au travail à ce moment-là ?

Comment s'est déroulée la deuxième grossesse, du point de vue de votre santé ? Et du point de vue de la conciliation de la grossesse et du travail ?

Pouvez-vous me raconter ce qui a fait que vous avez arrêté votre activité à ce moment-là ?

Si vous pensez à cette année (ces années) passées avec les enfants, comment c'était, pour *vous*, la maman, cette période à la maison ? (*éventuellement relance*: Quels souvenirs est-ce que vous en gardez comme période de votre vie ?)

Comment est-ce que vous décririez votre vie à cette période-là ?

Conditions de travail au foyer : est-ce que financièrement, du point de vue logement c'était satisfaisant ou est-ce que vous avez du faire avec des contraintes particulières ?

Est-ce que vous faisiez des sorties sans les enfants, est-ce que vous avez pu voir des amies ou de relations amicales ou aviez-vous des activités ? Pourriez-vous me dire si vous aviez la possibilité de voir du monde ou si aviez des activités en dehors de la maison ?

Comment étiez-vous, point de vue santé pendant cette période ?

Relance : Est-ce qu'il y a eu des événements de santé à cette époque ?

Est-ce que vous pensez que le fait de rester à la maison a eu des effets sur bien-être ?

Est-ce que le fait de ne plus avoir votre activité professionnelle, de ne plus voir vos collègues vous a pesé ?

Comment ça s'est passé, la décision de reprendre le travail après cette interruption de *x* temps ?

Est-ce que vous pensez que garder ses enfants à la maison, c'était la meilleure solution

- pour vos enfants ?
- pour votre mari ?
- pour vous ?

Comment est-ce que vous avez été amenée à reprendre le travail ?

Comment ça s'est passé pour vous la reprise de travail ?

IV [Bilan] Quand vous pensez à ces années après la naissance de vos enfants...

Est-ce qu'il y a des choses que vous auriez voulu faire différemment ?

Et si oui, quoi ?

- et la reprise de travail ?

Est-ce que, à un moment donné, vous avez rencontré plus de difficultés (pour concilier travail et famille) qu'à d'autres moments ?

Est-ce que certaines périodes ont été plus compliquées pour vous que d'autres, physiquement ou psychologiquement, pour diverses raisons, depuis que vous avez eu des enfants à élever ?

Éventuellement relance (surtout si propos de surface très lisses) : On parle de la fatigue ou le stress des mamans pendant cette période où elles ont des enfants en bas âge...

- comment est-ce que vous diriez que cela a été pour vous, de ce point de vue-là ?

Est-ce qu'il vous est arrivé de penser à vous, votre santé ou votre bien-être, quand vous vous êtes organisée avec les enfants ?

éventuelle relance : est-ce qu'il vous est arrivé par exemple de penser à votre propre bien-être ou votre santé quand vous avez arrêté de travailler quelque temps – ou décidé de retourner travailler ?

ou Est-ce que vous pensez que l'état de votre de santé ou la fatigue a influencé de quelque manière que ce soit votre décision d'interrompre votre activité ?

Qu'est-ce qui vous a aidé ou soutenu et qui vous aura permis d'organiser avec les enfants...

Pour les mères, qu'est-ce qui devrait être mis en place pour les aider à mener à bien maternité et travail ?

Annexe 3 - Présentation des enquêtées

- Mme B., 53 ans, mariée, 3 enfants, agent de service dans les écoles, interruption de 15 ans, état de santé perçue "moyen"
- Mme F., 55 ans, divorcée, 3 enfants, profession intermédiaire, interruption de 8 ans, état de santé perçue "moyen"
- Mme L., 59 ans, divorcée, 2 enfants, employée administrative, interruption de 3 ans, état de santé perçue "bonne"
- Mme A., 47 ans, mariée, 2 enfants, inactive, dernière PCS vendeuse, interruption de 10 ans, état de santé perçue "moyen"
- Mme R., 48 ans, divorcée et remariée, 4 enfants, agent de service dans les écoles, interruption de 6 ans, état de santé perçue "moyen"
- Mme O., 50 ans, divorcée, 6 enfants, inactive, dernière PCS agent de service, interruption de 20 ans, état de santé perçue "moyen"
- Mme V., 45 ans, mariée, 3 enfants, profession intermédiaire, interruption de 6 ans, état de santé perçue "bonne"
- Mme M., 54 ans, veuve, divorcée, remariée, 3 enfants, assistante maternelle, interruption de 3 ans, état de santé perçue "bonne" (malgré deux cancers)
- Mme I., 52 ans, mariée, 2 enfants, bibliothécaire, deux interruptions de 3 ans et une interruption de 7 ans, état de santé perçue "bonne"
- Mme Z., 52 ans, mariée, 1 enfant, employée dans un centre social à temps partiel, 2 interruptions de 4 ans puis de 7 ans, état de santé perçue "bonne"
- Mme G., 54 ans, divorcée 2 fois, 3 enfants, inactive propriétaire foncier, interruption depuis 20 ans, état de santé perçue "moyen"
- Mme U., 58 ans, mariée, 3 enfants, agent de service dans les écoles, 2 interruptions de 3 et 1,5 ans, mais aussi du chômage et des périodes maladie (en tout à peu près 10 ans), état de santé perçue "moyen"
- Mme P., 55 ans, mariée, 2 enfants, institutrice, 2 interruptions de 1 an et de 2,5 ans, état de santé perçue "bonne"
- Mme N., 57 ans, mariée, 3 enfants, assistante d'éducation spécialisée en maternelle, interruption de 21 ans, état de santé perçue "moyen"
- Mme T., 58 ans, mariée, 3 enfants, secrétaire commerciale, interruption de 2 ans, état de santé perçue "excellente"
- Mme Y., 49 ans, célibataire, 1 enfant, hôtesse de l'air, données erronées "congé parental" = une réduction de temps de travail, état de santé perçue "bonne"
- Mme E., 56 ans, divorcée, 3 enfants, agent de service dans les écoles, interruption de 2 ans, état de santé perçue "moyen"

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Série
Études et Recherche

ISSN : 1621-4358 (électronique)

Internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr>

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL