Effet bénéfique d'un arrêt du travail avant l'accouchement

Qian Xu, MD, MSc

Louise Séguin, MD, MPH, FRCP

Lise Goulet, MD, PhD

RÉSUMÉ

Objectif : identifier la contribution de la durée du congé de maternité avant l'accouchement au déroulement normal de l'accouchement à terme.

Méthode : les caractéristiques concernant le congé de maternité prénatal et le déroulement de l'accouchement ont été étudiées chez 363 travailleuses, ayant accouché d'un enfant à terme dans 4 hôpitaux montréalais en 1996.

Résultats : la présence d'une intervention ou d'une complication au cours de l'accouchement est observée chez 68,9 % des sujets. La durée moyenne de l'arrêt de travail avant l'accouchement est de 8 semaines (SD=7). La probabilité ajustée d'un accouchement difficile diminue significativement avec la durée de l'arrêt du travail (RC = 0,96; IC à 95 % = 0,93 - 0,99).

Conclusion : le fait d'avoir une période d'arrêt du travail rémunéré avant l'accouchement peut avoir un effet positif sur le déroulement facile de l'accouchement à terme.

L'augmentation significative du nombre de femmes sur le marché du travail durant ces dernières décennies est bien connue dans les pays industrialisés. Au Canada, cette croissance est particulièrement importante chez les femmes âgées de 25 à 44 ans (Figure 1). Au Québec les deux tiers des femmes enceintes ont un emploi.¹ Cela soulève des questions concernant l'impact possible de cette situation sur leur santé pendant cette période. Plusieurs études ont déjà démontré que certaines conditions de travail durant la grossesse affectaient la durée de la gestation²⁻⁷ et le poids du nouveau-né.^{2,7} Mais très peu d'études évaluent l'influence sur le déroulement de l'accouchement du fait que les femmes cumulent grossesse et emploi rémunéré.

Les complications ou les interventions durant l'accouchement sont fréquemment observées chez les femmes en bonne santé.⁸ Près de 20 % des femmes qui mènent une grossesse normale et qui ne présentent pas de facteurs de risque obstétrical ont des complications durant l'accouchement.⁹ Les recherches à ce sujet se concentrent particulièrement sur les facteurs biomédicaux et démographiques.¹⁰⁻¹⁴ Mais l'absence de ces facteurs ne garantit pas un déroulement normal de l'accouchement. Depuis quelques années, le lien possible entre les facteurs psychosociaux et l'issue de la grossesse suscite beaucoup d'intérêt.^{15,16} L'environnement du travail et le cumul des rôles peuvent causer un stress qui nuit à la santé mentale et augmente la morbidité chez les individus.¹⁷ Le fait de travailler durant la grossesse entraîne le cumul des stress physiques et psychologiques.¹⁸ Ce cumul peut-il avoir un impact sur le déroulement de l'accouchement ?

L'objectif de cette étude est d'examiner chez les travailleuses enceintes la contribution de la durée de l'arrêt du travail rémunéré avant l'accouchement sur le déroulement de l'accouchement à terme.

SUJETS ET MÉTHODE

Notre étude utilise des données d'une recherche portant sur la santé postnatale des femmes en relation avec leur emploi. La population de l'étude originale a été constituée des femmes qui ont accouché dans 4 hôpitaux de la région montréalaise en 1996. Le taux de réponse à une entrevue pendant le séjour post-partum à l'hôpital est de 80 %. L'échantillon pour

La traduction du résumé se trouve à la fin de l'article.

Département de médecine sociale et préventive et Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Faculté de Médecine, Université de Montréal

Correspondance et autorisation de reproduction : Dr Qian Xu, GRIS Université de Montréal, C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3J7, Tél. : 514-343-6111, ext. 8618, Téléc. : 514-343-2207, Courriel : qian.xu@umontreal.ca

Remerciements : Ce projet a été réalisé grâce à une subvention du Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada, 816-95-0016. Nous tenons remercier sincèrement le Docteur Randa Bouzayenne pour ses précieux conseils ainsi que les femmes participantes à cette étude grâce auxquelles cette recherche a pu être réalisée.

l'étude présentée ici vise les travailleuses durant la grossesse et inclut les femmes répondant aux critères suivants : 1) a travaillé au moins 12 semaines au début de la grossesse; 2) est âgée de 18 ans ou plus; 3) parle français; 4) n'a pas eu de césarienne élective et 5) a accouché d'un seul enfant vivant, à terme.

Les données de cette étude sont tirées d'un questionnaire utilisé lors de l'entrevue post-partum. La variable dépendante qui évalue l'effet de la durée du congé de maternité prénatal est le déroulement de l'accouchement qui est considéré difficile s'il y a eu complication ou intervention. C'est en consultation avec un médecin obstétricien que les complications et interventions suivantes ont été retenues pour définir un accouchement difficile : césarienne en urgence, accouchement provoqué, utilisation de soluté pour accélérer le travail, de forceps ou de ventouse, révision utérine, durée de travail prolongée* et hémorragie de la délivrance. Les variables d'ajustement incluses dans l'analyse sont les caractéristiques socio-économiques^{11,20,21}, l'état de santé avant et durant la grossesse,²²⁻²⁵ les caractéristiques d'emploi,^{7,26,27} l'hôpital^{28,29} et le poids de naissance du bébé.^{30,31}

L'introduction des variables de confusion dans le modèle se fait selon les résultats de l'analyse de régression univariée avec un seuil de signification statistique d'un $\alpha = 0,25$. En l'absence d'interaction et de multicollinéarité, les rapports de cotes (RC) et ses intervalles de confiance (IC) à 95 % sont obtenus par le modèle de régression logistique pas-à-pas progressive avec le logiciel SPSS.

RÉSULTATS

Au total, 363 femmes qui ont travaillé durant la grossesse et ont mené leur grossesse à terme sont incluses dans l'étude. L'âge moyen est de 28,9 ans (SD=4,5). La majorité des femmes sont canadiennes ou nées au Canada. Les deux tiers des femmes ont une éducation post-secondaire. Une femme sur quatre a un faible revenu familial selon Statistique Canada (Tableau I).

* Le travail prolongé est défini selon la parité de la façon suivante : une durée du travail normal est de moins de 18 heures en moyenne pour une primipare et de moins de 12 heures pour une multipare.¹⁹ Au-delà il s'agit d'une prolongation du travail.

TABEAU I

Caractéristiques des femmes qui travaillent durant leur grossesse

Nombre total = 363	%
Caractéristiques socio-démographiques et économiques	
Catégorie d'âge (ans)	
18-24	16,8
25-35	76,3
36-42	6,9
Pays d'origine	
Canada	86,8
Autre	13,2
Niveau scolaire complété	
< Secondaire V	8,5
Secondaire V	20,1
Collège / Université	71,3
Situation conjugale	
Vit sans conjoint	5,0
Vit avec conjoint	95,0
Revenu familial*	
> Faible revenu	77,0
Faible revenu, mais > 60 % du faible revenu	15,5
60 % du faible revenu	7,5
Parité	
Primipare	51,2
Multipare	48,8
Caractéristiques et Conditions du travail	
Statut des travailleuses	
Salariée	82,4
Contractuelle	7,2
Travailleuse autonome	7,4
Sur appel	3,0
Groupe professionnel	
Service, Vente	28,1
Travail de bureau	27,5
Direction, Administration	13,2
Santé	10,7
Science, Enseignement	9,6
Fabrication, Montage	7,7
Autre	3,0
Nombre moyen d'heures de travail par semaine	34,3 (SD: 8,6)
Durée moyenne d'arrêt du travail prénatal	7,6 (SD: 7,1)
Ayant une indemnisation durant l'arrêt du travail prénatal	87,6
Bénéficiaires du programme de retrait préventif	20,1

* Selon Statistique Canada

La répartition des travailleuses selon les secteurs d'activité professionnelle indique une proportion de 28,1 % en provenance du secteur des services ou des ventes, de 27,5 % du travail de bureau et de 7,7 % du secteur de la fabrication ou du montage (Tableau I). Le nombre d'heures de travail par semaine varie entre 4 et 60 heures pendant la période de la grossesse avec une moyenne de 34,3 heures (SD=8,6). Les femmes ont arrêté leur activité professionnelle en moyenne 7,6 semaines avant l'accouchement (SD=7,1). Vingt pour cent d'entre elles ont bénéficié du programme de retrait préventif qui permettait aux femmes d'arrêter le travail plus tôt pendant la période de grossesse que d'autre programme tel que congé de maternité, pour une durée moyenne de 16 semaines (SD=6,3). Environ 5 % des femmes ont travaillé tout le long de leur grossesse jusqu'à la veille de leur accouchement. Les

femmes qui n'avaient pas droit à une indemnisation pour congé de maternité représentent 12,4 % de notre échantillon. La majorité d'entre elles n'ont pas arrêté leur travail avant l'accouchement.

Deux femmes sur trois ont déclaré au moins un problème de santé durant la grossesse (Tableau II). Les problèmes les plus fréquemment rapportés par ces travailleuses sont les nausées ou vomissements importants (27,3 %), l'anémie (14,0 %), le début de travail prématuré (12,4 %), la perte de sang (11,6 %), le diabète de grossesse ou l'intolérance au glucose (10,7 %), l'épisode dépressif (8,3 %) et l'hypertension artérielle de grossesse (7,4 %). Environ une femme sur trois a mentionné avoir eu un autre problème de santé ou symptôme que ceux préétablis selon les symptômes couramment rencontrés en clinique.

Bien que toutes les participantes aient accouché à terme, seulement une femme

TABLEAU II

État de santé avant et durant la grossesse et déroulement de l'accouchement chez les travailleuses ayant mené une grossesse à terme

Nombre total = 363	%
Maladie chronique avant la grossesse*	4,4
Problème de la vie reproductive (Infertilité, Fausse-couche, Mort-né ou Grossesse ectopique)	4,4
Désir de grossesse	
Voulait tout de suite	75,8
Voulait plus tôt	5,5
Voulait plus tard	15,4
Ne voulait pas	3,3
Nombre moyen de problèmes de santé durant la grossesse	1,21(SD: 1,10)
Présence des problèmes de santé durant la grossesse	69,7
Nausées ou Vomissements importants	27,3
Anémie	14,0
Début du travail prématuré ou Problème du col	12,4
Perte de sang	11,6
Diabète de grossesse ou Intolérance au glucose	10,7
État dépressif	8,3
HTA de grossesse	7,4
Retard de croissance intra-utérine	3,9
Autre problème de santé ou symptôme	27,3
Complication/ Intervention durant l'accouchement	68,6
Complication durant le travail (Travail prolongé ou Hémorragie)	9,4
Intervention durant le travail	68,2
Accouchement provoqué	34,2
Forceps / ventouse	19,8
Soluté pour accélérer le travail	19,6
Césarienne en urgence	13,8
Révision utérine	4,1
Poids du bébé à la naissance	
< 2500 g	1,9
2500 - 3999 g	86,8
≥ 4000 g	11,3
Hôpital de l'accouchement	
M	31,4
C	39,1
S	18,2
N	11,3

* Il s'agit de: HTA, diabète, maladie cardiaque, problèmes rénaux ou épilepsie.

Les femmes dont le déroulement de l'accouchement n'a pas été difficile avaient pris en moyenne une semaine de plus de congé prénatal que celles qui ont eu des interventions ou des complications durant l'accouchement (Tableau III). Il semble que la condition du travail n'est pas associée au déroulement de l'accouchement à terme dans cette étude. Deux facteurs apparaissent reliés significativement au déroulement difficile de l'accouchement. Les primipares ont plus de probabilité d'avoir un accouchement difficile (Tableau III) et la probabilité d'un accouchement difficile augmente avec le nombre de problèmes de santé durant la grossesse (Tableau IV). Après ajustement pour ces deux facteurs, la durée du congé prénatal est associée avec une réduction significative du risque d'un accouchement difficile (Tableau V). Nous avons procédé à une vérification en excluant les femmes bénéficiaires du programme de retrait préventif et le résultat obtenu est semblable à celui de l'analyse pour l'ensemble de l'échantillon.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Chaque pays adopte des mesures de protection des femmes enceintes selon un contexte social, économique et politique particulier. Dans certains pays comme la Suisse ou les États-Unis, aucun congé légal n'est prévu pour les travailleuses enceintes avant le jour de l'accouchement.³² En France, la législation permet à une femme enceinte de suspendre son contrat de travail pendant une période qui débute 6 semaines avant l'accouchement et l'assure de recevoir une indemnité journalière de repos.³³ Au Québec, une travailleuse a droit à 17 semaines de congé de maternité, dont 15 semaines indemnisées par le programme fédéral d'Assurance-Emploi et 2 semaines par le gouvernement du Québec. Cette durée du congé peut être répartie selon le désir des femmes en prénatal ou en postnatal, à partir de la 32^{ème} semaine de grossesse. Le programme de retrait préventif s'ajoute aux mesures de protection des femmes et permet aux travailleuses enceintes ou qui allaitent un retrait de leur milieu de travail durant la grossesse ou la période d'allaitement si les conditions de travail sont jugées dangereuses pour leur santé, celle du fœtus ou de l'enfant

Figure 1. Femmes actives sur le marché de l'emploi au Canada selon l'âge (1976-1994)

sur trois a eu un accouchement sans intervention obstétricale ni complication. Les accouchements provoqués ont touché 34,2 % des femmes. Près de 20 % des accouchements ont été accélérés par un

soluté; la même proportion de femmes a accouché à l'aide de forceps ou de ventouse; 13,8 % des accouchements se sont terminés par une césarienne en urgence (Tableau II).

TABLEAU III

Association des caractéristiques des travailleuses enceintes avec le déroulement difficile de l'accouchement à terme

Nombre total = 363	Accouchement difficile (%) (n = 249)	Accouchement sans difficulté (%) (n = 114)	Ratio de Cotes (Intervalle de confiance à 95%)	p
Catégorie d'âge maternel (ans)				
18-24	16,1	18,4	1	
25-35	77,1	74,6	1,19 (0,66 - 2,13)	0,57
36-42	6,8	7,0	1,12 (0,41 - 3,01)	0,82
Pays d'origine				
Canada	86,3	87,7	1	
Autre	13,7	12,3	1,13 (0,58 - 2,20)	0,72
Niveau scolaire complété				
Collège/Université	73,9	65,8	1	
Secondaire V	19,3	21,9	0,78 (0,45 - 1,36)	0,38
< Secondaire V	6,8	12,3	0,50 (0,23 - 1,05)	0,07
Situation conjugale				
Vit avec conjoint	95,2	94,7	1	
Vit sans conjoint	4,8	5,3	0,91 (0,33 - 2,49)	0,86
Revenu familial				
> Faible revenu	78,1	74,6	1	
Faible revenu*	15,0	16,7	0,86 (0,47 - 1,58)	0,62
60 % du faible revenu	6,9	8,8	0,75 (0,33 - 1,70)	0,49
Parité				
Primipare	58,2	36,0	1	
Multipare	41,8	64,0	0,40 (0,25 - 0,63)	<0,001
Statut des travailleuses				
Salariée	83,5	79,8	1	
Non salariée	16,5	20,2	0,78 (0,44 - 1,37)	0,39
Catégorie de profession				
Direction, Administration	12,4	14,9	1	
Service, Vente	26,1	32,5	0,96 (0,47 - 1,97)	0,92
Travail de bureau	28,5	25,4	1,34 (0,64 - 2,79)	0,43
Santé	12,0	7,9	1,83 (0,71 - 4,73)	0,21
Science, Enseignement	10,8	7,0	1,85 (0,69 - 4,96)	0,22
Fabrication, Montage	6,0	11,4	0,63 (0,24 - 1,64)	0,34
Autre	4,0	0,9	5,44 (0,64 - 45,95)	0,12
Nombre moyen d'heures de travail par semaine	34,3 (SD: 8,6)	34,5 (SD: 8,7)	0,99 (0,97 - 1,02)	0,81
Durée moyenne de l'arrêt du travail en prénatal	7,1 (SD: 6,6)	8,7 (SD: 7,9)	0,97 (0,94 - 0,99)	0,035
Indemnisation de l'arrêt du travail en prénatal	88,8	85,1	1,38 (0,72 - 2,64)	0,33

* Selon le classement de Statistique Canada

TABLEAU IV

Association de l'état de santé des travailleuses enceintes (grossesse à terme) avec le déroulement difficile de l'accouchement

Nombre total = 363	Accouchement difficile (%) (n = 249)	Accouchement sans difficulté (%) (n = 114)	Ratio de Cote (Intervalle de confiance à 95 %)	p
Nombre moyen de problèmes de santé durant la grossesse	1,31(SD:1,16)	0,97 (SD: 0,93)	1,36 (1,09 - 1,70)	0,007
Désir de grossesse		83,3	1	
Voulait tout de suite/plus tôt	80,3	16,7	1,23 (0,68 - 2,20)	0,50
Voulait plus tard/Ne voulait pas	19,7	24,6	0,87 (0,52 - 1,47)	0,60
Problème de la vie reproductive	22,1	4,4	1,01 (0,34 - 2,97)	0,99
Maladie chronique avant la grossesse	4,4			
Poids de naissance du bébé		91,2	1	
< 4000 g	87,5	8,8	1,49 (0,70 - 3,14)	0,30
≥ 4000 g	12,5			
Hôpital de l'accouchement		28,9	1	
M	32,5	44,7	0,73 (0,43 - 1,24)	0,24
C	36,5	15,9	1,09 (0,55 - 2,13)	0,81
S	19,4	10,5	0,98 (0,45 - 2,15)	0,97
N	11,6			

allaité.³⁴ Quant au programme de congé de maternité, les femmes qui peuvent recevoir l'indemnisation du programme d'Assurance-Emploi durant le congé de maternité doivent avoir cumulé 700 heures d'emploi assurable au cours des 52 semaines précédant la demande.³⁵ Les travailleuses autonomes, sur appel ou à

contrat qui ne répondent pas à ces critères sont exclues de ce programme. Elles représentent environ 10 % de la population canadienne³⁶ et 12 % de notre échantillon. Ces femmes qui travaillent déjà dans des conditions précaires souvent pour des raisons monétaires³⁷ doivent mener leur grossesse tout en travaillant. Il semble que

le fait de ne pas pouvoir bénéficier d'un congé payé est un facteur qui influence les femmes à continuer leur travail jusqu'à l'accouchement.

L'analyse de cette étude n'a pas pu identifier l'association entre le déroulement de l'accouchement et la condition de travail durant la grossesse. Ce résultat, contraire

TABLEAU V

Facteurs associés au déroulement difficile de l'accouchement à terme et ratios de cotes ajustés par régression logistique pas-à-pas progressive

Nombre total = 363	RC ajustés	IC à 95 %	p
Durée du congé prénatal	0,959	0,928 - 0,990	0,010
Parité			
Primipare	1		
Multipare	0,346	0,214 - 0,558	0,001
Nombre de problèmes durant la grossesse	1,455	1,153 - 1,836	0,002

aux attentes, pourrait s'expliquer en partie par le succès de la pénétration du programme de retrait préventif dans les milieux de travail, ainsi que par la contrainte de l'analyse secondaire qui amène un petit effectif qui a travaillé jusqu'à la veille de l'accouchement.

Les résultats de l'analyse démontrent que la durée de l'arrêt de travail avant l'accouchement est un facteur important qui est associé au déroulement de l'accouchement à terme chez les travailleuses. Le fait de prendre un congé de maternité plus long avant l'accouchement réduit le risque des interventions ou des complications durant l'accouchement, indépendamment de l'état de santé durant la grossesse et de la parité. Ce résultat s'ajoute aux bénéfices du congé de maternité prénatal que plusieurs chercheurs ont déjà constaté pour la réduction du risque de mortalité néonatale,³⁸ de naissance prématurée et d'insuffisance de poids à la naissance.^{39,40}

Selon notre résultats, une travailleuse sur trois dont l'accouchement est à terme a accouché sans intervention ni complication et 68,2 % ont donné naissance à leur bébé à l'aide d'une intervention (Tableau II). Nos données provenant de 4 hôpitaux de la région montréalaise reflètent une partie de la réalité des pratiques obstétricales. En l'absence d'autres sources de données concernant les travailleuses, nous avons fait une comparaison partielle de nos données avec celles qui ont été compilées pour la population générale ayant accouché dans ces hôpitaux montréalais pendant 1994 par Med-Écho, une base de données médico-administrative.⁴¹ Le taux de césarienne est similaire dans les deux cas. Le pourcentage d'accouchement provoqué est plus faible dans notre étude. En revanche, la fréquence d'hémorragie de la délivrance est plus élevée (4,1 % versus 0,7 %).

Cette importance du taux d'intervention obstétrique représente en partie la pratique obstétricale nord-américaine qui favorise

une approche interventionniste.⁴² Les techniques obstétricales telles que la césarienne, l'accouchement provoqué et d'autres se sont développées dans le but de réduire la mortalité maternelle et périnatale. En principe, elles s'adressent particulièrement aux grossesses à risque. La naissance d'un bébé est un phénomène naturel, et l'accouchement naturel devrait se produire chez 80 % des femmes enceintes considérées à risque faible.⁴³ Le taux élevé d'interventions obstétricales, en particulier de l'induction du travail, apparaît préoccupant et devrait susciter des questions de recherche afin d'en comprendre les mécanismes sous-jacents.

Le résultat obtenu nous conduit à conclure que le fait de prendre une plus longue période de congé avant l'accouchement pourrait être associé à un effet bénéfique sur le déroulement de l'accouchement à terme. Cette relation mérite d'être vérifiée dans des études prospectives avec un échantillon représentatif. L'importance du congé prénatal durant une période qui précède l'accouchement nous permet de suggérer aux travailleuses enceintes de prendre quelques semaines de repos avant l'accouchement pour relaxer et préparer l'arrivée du bébé sur le plan physique et aussi psychologique afin de réduire la morbidité liée aux interventions ou aux complications durant l'accouchement.

RÉFÉRENCES

- Guyon L, Robitaille C, Clarkson M, Lavallée C. La vie reproductive. Dans : Ministère de la santé et des services sociaux de Gouvernement du Québec, *Derrière les apparences: santé et conditions de vie des femmes*. Ministère de la santé et des services sociaux de Gouvernement du Québec, Québec, 1996;127.
- Teitelman AM, Welch LS, Hellenbrand KG, Bracken MB. Effect of maternal work activity on preterm birth and low birth weight. *Am J Epidemiol* 1990;131(1):104-13.
- Launer LJ, Villar J, Kestler E, de Onis M. The effect of maternal work on fetal growth and duration of pregnancy: A prospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97(1):62-70.

- Koomeester AP, Broersen JP, Treffers PE. Physical work load and gestational age at delivery. *Occupation Environment Med* 1995;52(5):313-15.
- Luke B, Mamelle N, Keith L, Munoz F, Minogue J, Papiernik E, et al. The association between occupational factors and preterm birth: A United States nurses' study. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(3 Pt 1):849-62.
- McDonald AD, McDonald JC, Armstrong B, Cherry NM, Nolin AD, Robert D. Prematurity and work in pregnancy. *Br J Industrial Med* 1988;45(1):56-62.
- Saurel-Cubizolles MJ, Hays M, Estryn-Behar M. Work in operating rooms and pregnancy outcome among nurses. *Int Archives Occupation Environment Health* 1994;66(4):235-41.
- Boyce WT, Schaefer C, Harrison HR, Haffner WH, Lewis M, Wright AL. Social and cultural factors in pregnancy complications among Navajo women. *Am J Epidemiol* 1986;124(2):242-53.
- Rosenberg SN, Albertsen PC, Jones EE, Roberts RS. Complications of labor and delivery following uncomplicated pregnancy. *Medical Care* 1981;19(1):68-79.
- Hobel CJ, Hyvarinen MA, Okada DM, Oh W. Prenatal and intrapartum high-risk screening. I. Prediction of the high-risk neonate. *Am J Obstet Gynecol* 1973;17(1):1-9.
- Sills ES, Baum JD, Ling X, Harper MM, Levy DP, Lockwood CJ. Average length of spontaneous labor in Chinese primigravidas. *J Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 1997;26(7):704-10.
- Zahniser SC, Kendrick JS, Franks AL, Saftlas AF. Trends in obstetric operative procedures, 1980 to 1987. *Am J Public Health* 1992;82(10):1340-44.
- Peipert JF, Bracken MB. Maternal age: An independent risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1993;81(2):200-5.
- Johnson NP, Lewis J, Ansell DA. Does ethnicity influence obstetric intervention? *New Zealand Med J* 1995;108(1013):511-12.
- Da Costa D, Brender W, Larouche J. A prospective study of the impact of psychosocial and lifestyle variables on pregnancy complications. *J Psychosomatic Obstet Gynecol* 1998;19(1):28-37.
- Lobel M. Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. *J Behav Med* 1994;17(3):225-72.
- Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work and health. *Annu Rev Public Health* 1987;8:235-51.
- Stein ZA, Susser MW, Hatch MC. Working during pregnancy: Physical and psychosocial strain. *Occupation Med* 1986;1(3):405-9.
- Dumont M. La délivrance pathologique et dystocie des parties molles. Dans: Dumont M (Ed.), *Obstétrique*. Paris : Vigot Frère, 1972;234-317.
- Gould JB, Davey B, Stafford RS. Socioeconomic differences in rates of cesarean section. *N Engl J Med* 1989;321(4):233-39.
- Ezra Y, McParland P, Farine D. High delivery intervention rates in nulliparous women over age 35. *European J Obstet Gynecol Reproductive Biology* 1995;62(2):203-7.
- Baum A, Schaeffer MA, Lake CR. Psychological and endocrinological correlates of chronic stress at Three Mile Island. Dans: Williams RB, *Perspectives on Behavioral Medicine*. New York: New York Academic Press, 1985;201-17.
- Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M, Du Mazaubrun C, Llado J, Estryn-Behar M. High blood pressure during pregnancy and working conditions among hospital personnel. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991;40(1):29-34.
- Katz VL, Jenkins T, Haley L, Bowes WA Jr. Catecholamine levels in pregnant physicians and nurses: A pilot study of stress and pregnancy. *Obstet Gynecol* 1991;77(3):338-42.
- al-Najashi S, al-Suleiman SA, el-Yahia A, Rahman MS, Rahman J. Shoulder dystocia - A

- clinical study of 56 cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1989;29(2):129-32.
26. Saurel-Cubizolles MJ, Hays M, Estryn-Behar M. Work in operating rooms and pregnancy outcome among nurses. *Int Arch Occup Environ Health* 1994;66(4):235-41.
 27. McDonald AD, McDonald JC, Armstrong B, Cherry N, Delorme C, D-Nolin A, et al. Occupation and pregnancy outcome. *Br J Indust Med* 1987;44(8):521-26.
 28. Johnson N, Ansell D. Variation in caesarean and instrumental delivery rates in New Zealand hospitals. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1995;35(1):6-11.
 29. Goyert GL, Bottoms SF, Treadwell MC, Nehra PC. The physician factor in cesarean birth rates. *N Engl J Med* 1989;320(11):706-9.
 30. Naylor CD, Sermer M, Chen E, Sykora K. Cesarean delivery in relation to birth weight and gestational glucose tolerance: Pathophysiology or practice style? Toronto Trihospital Gestational Diabetes Investigators. *JAMA* 1996;275(15):1165-70.
 31. Turner MJ, Rasmussen MJ, Turner JE, Boylan PC, MacDonald D, Stronge JM. The influence of birth weight on labor in nulliparas. *Obstet Gynecol* 1990;76(2):159-63.
 32. Marbury MC, Linn S, Monson RR, Wegman DH, Schoenbaum SC, Stubblefield PG, et al. Work and pregnancy. *J Occup Med* 1984;26(6):415-21.
 33. Collection Zoon. *Maladie, Maternité*. Paris : Editions Tissot, 1998;68.
 34. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST). Pour une maternité sans danger. Rapport du groupe de travail pour une maternité sans danger. Montréal, 1993.
 35. Développement des ressources humaines Canada. Prestations de maternité, parentales et de maladie, dans: Gouvernement du Canada, Assurance-Emploi. Ottawa, 1998.
 36. Statistique Canada. Portrait statistique des femmes au Canada. Dans : Gouvernement du Canada: Les femmes au Canada - 3e édition. Ottawa, 1995;67.
 37. Chamberlain GV. Work in pregnancy. *Am J Indust Med* 1993;23(4):559-75.
 38. Briend A. Maternal physical activity, birth weight and perinatal mortality. *Medical Hypotheses* 1980;6(11):1157-70.
 39. Alegre A, Rodriguez-Escudero FJ, Cruz E, Prada M. Influence of work during pregnancy on fetal weight. *J Reprod Med* 1984;29(5):334-36.
 40. Ceron-Mireles P, Constanze I. The risk of prematurity and small-for-gestational-age birth in Mexico City: The effects of working conditions and antenatal leave. *Am J Public Health* 1996;86:825-31.
 41. Sapinski JP. Accouchements et naissances dans la région de Montréal - 1994. Dans: Rapport de recherche. Montréal : Université de Montréal, 1996.
 42. Corporation professionnelle des médecins du Québec. Profil de l'utilisation des interventions obstétricales au Québec. *Bulletin* 1990;XXX(4): 9-13.
 43. Towler J. Physiological labour and natural birth. Dans : Marsh GN, *Modern Obstetrics in General Practice*. New York : Oxford University Press, 1985;270-86.

Reçu : 29 août 2000

Accepté : 27 août 2001

ABSTRACT

Objective: To identify the contribution of the duration of the prenatal maternity leave on term delivery.

Method: Characteristics of the prenatal maternity leave and delivery among 363 working women who had delivered a full-term infant at 1 of 4 hospitals in Montreal during 1996 were studied.

Results: The presence of an intervention or complication during delivery was observed in 68.9% of the participants. The average duration of the prenatal maternity leave was about 8 weeks (SD = 7). The adjusted risk of a difficult delivery decreased significantly with the duration of the prenatal maternity leave (OR = 0.96; 95% CI: 0.93 - 0.99).

Conclusion: The duration of the maternity leave before delivery is associated with an easier term delivery for working women.

Would you prescribe this medication?

BENEFITS
include:

- ☒ better health
- ☒ better self-esteem
- ☒ weight control
- ☒ more energy
- ☒ reduced stress

SIDE EFFECTS
Reduced risk of:

- ☒ heart disease
- ☒ obesity
- ☒ high blood pressure
- ☒ adult-onset diabetes
- ☒ osteoporosis

Please turn page