

2m11-2735.6

Université de Montréal

DURÉE DU CONGÉ DE MATERNITÉ PRÉNATAL ET
DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT À TERME

Par Qian XU

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise ès Sciences (M.Sc)
En santé communautaire
Option Recherche

Mai 1999

© Qian XU, 1999



Journal de l'Université de Montréal

WA
5
U58
1999
N.0 12

Imprimerie de Montréal

ORCULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT À TERME ET
DURÉE DU CONGÉ DE MATERNITÉ PRÉNATAL ET

PAR CLAUDE

l'établissement de soins de santé de la région de

de la région de

Mémoire présenté à la Faculté des études de la

en vue de l'obtention du grade de

Maîtrise en éducation (M.Éd.)

Écrit sous la supervision de

Dominique

1999

Université de Montréal



Université de Montréal
Faculté des Études Supérieures

Ce mémoire intitulé

**DURÉE DU CONGÉ DE MATERNITÉ PRÉNATAL ET
DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT À TERME**

Présenté par :
Qian XU

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Lise GAUVIN	Présidente
Louise SÉGUIN	Directrice de recherche
Lise GOULET	Codirectrice de recherche
Nicole LEDUC	Membre

Mémoire accepté : Août 1999 .

Dédicace

À mon époux, à ma fille et à ma famille

Remerciements

Je tiens à remercier mes directrices, le Professeur Louise Séguin et le Professeur Lise Goulet, pour leur encadrement, leur patience et leur disponibilité pour ce travail.

Je remercie également Madame le Docteur Renda Bouzayenne pour ses précieux conseils.

Sommaire

L'évolution rapide du nombre de femmes qui cumulent la grossesse et le travail durant ces dernières décennies suscite l'intérêt de nombreuses études épidémiologiques. Ces études ont conclu que certaines conditions de travail durant la grossesse affectaient la santé du nouveau-né. Mais quel est l'impact possible de cette situation sur la santé des femmes ?

Au Québec, le programme "pour une maternité sans danger" permet aux femmes enceintes ou qui allaitent, qui travaillent dans des conditions jugées dangereuses pour leur santé ou celle de leur enfant de pouvoir être affectées à d'autres tâches ne comportant pas de tels dangers, ou d'être retirées du milieu de travail. De plus, le congé de maternité donne la possibilité aux travailleuses d'arrêter le travail rémunéré. Il est probable que la santé des femmes varie selon les possibilités offertes par ces politiques. Compte tenu du peu d'études sur la santé des femmes durant la période périnatale en relation avec l'emploi, il est difficile d'estimer l'impact de ces politiques sur la santé des futures mères.

Une évaluation de l'effet de la durée de l'arrêt prénatal du travail sur le plan de la santé des femmes permettrait de mieux comprendre le rôle que le congé de maternité avant l'accouchement joue sur le déroulement de l'accouchement à terme chez les travailleuses enceintes. Cette étude cherche donc à identifier la contribution de la durée du congé de maternité en prénatal au déroulement de l'accouchement à terme chez les travailleuses.

La présente étude utilise les données d'un projet de recherche portant sur la santé des mères dans l'année qui suit une naissance 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 pendant une période de 10 mois en 1996. Les informations nécessaires sont recueillies auprès des femmes pendant leur séjour post-partum à l'hôpital. L'échantillon pour l'étude présentée ici inclut les travailleuses qui répondaient aux critères suivants : (1) avoir travaillé au moins 12 semaines au début de la grossesse; (2) être âgée de 18 ans ou plus; (3) parler français; (4) avoir débuté un accouchement par voie basse et (5) avoir accouché d'un enfant vivant, à terme (âge de gestation supérieur ou égal à 37 semaines).

La variable dépendante qui évalue l'effet de la durée de l'arrêt du travail avant l'accouchement est le déroulement de l'accouchement à terme. Elle est classée de façon dichotomique (accouchement

difficile = 1 et accouchement sans intervention ni complication = 0). Nous avons considéré la présence d'une intervention ou d'une complication durant l'accouchement comme indicative d'un accouchement difficile selon une liste établie au préalable : césarienne en urgence, accouchement provoqué, soluté pour accélérer le travail, forceps, ventouse, révision utérine, accouchement prolongé ou hémorragie de la délivrance. Les variables de confusion potentielles à cette étude sont les caractéristiques socio-démographiques et économiques des femmes (âge, pays d'origine, scolarité, situation conjugale et revenu familial), l'état de santé avant et durant la grossesse, les caractéristiques d'emploi (catégorie de profession et nombre d'heures de travail par semaine), l'hôpital et le poids du bébé.

Au total, 363 sujets sont inclus dans notre étude. L'âge moyen de l'échantillon est de 29 ans (SD = 4,5). La majorité des femmes sont canadiennes ou nées au Canada. Les deux tiers des femmes ont complété l'étude collégiale ou universitaire. Environ 20% des femmes dont la famille vit sous le seuil de la pauvreté. Pour 58% des femmes c'était le premier accouchement. En moyenne les travailleuses ont travaillé 34 heures par semaine (SD = 8,6) durant la grossesse. Elles ont cessé leur activité professionnelle en moyenne 7 semaines et demie (SD = 7,1) avant l'accouchement. Parmi elles, 20% des femmes ont bénéficié du programme de retrait préventif qui permet aux femmes enceintes d'arrêter leur travail rémunéré au début de leur grossesse car leurs conditions du travail nuisent à leur santé et à leur fœtus. Plus de 12% des femmes sont exclues du programme de congé de maternité.

Seulement 30% des travailleuses de notre échantillon qui ont mené une grossesse à terme ont accouché sans intervention ni complication. La probabilité d'avoir un accouchement difficile diminue avec la durée du congé de maternité avant l'accouchement (RC = 0,97 ; IC à 95% = 0,94 - 0,99) et cette association reste significative quand les facteurs de confusion (parité et nombre de problèmes de santé durant la grossesse) sont contrôlés dans l'analyse (RC = 0,96 ; IC à 95% = 0,93 - 0,99).

En conclusion, il apparaît que le fait de prendre un congé de maternité prolongé durant une période qui précède l'accouchement a un effet bénéfique pour rendre un accouchement plus facile et réduire la morbidité reliée à l'accouchement chez les travailleuses.

Table des matières

Dédicaces	i
Remerciements	ii
Sommaire	iii
Table des matières	v
Liste de tableaux	vii
Liste de figures	viii
PREMIÈRE PARTIE : Problématique, Revue de la littérature et Question de recherche	
1. Définition du problème de recherche	1
2. État des connaissances	4
2.1 Travail des femmes et santé	5
2.2 Emploi durant la grossesse et issue de la grossesse	5
2.2.1 Facteurs ergonomiques	7
2.2.2 Stress au travail	9
2.3 Mesure de protection maternelle	10
2.3.1 Congé de maternité en prénatal	10
2.3.2 Retrait préventif	12
2.4 Arrêt du travail rémunéré pendant la grossesse	14
2.5 Déroulement de l'accouchement et santé des femmes en postnatal	14
2.6 Facteurs de confusion potentiels	16
2.6.1 Caractéristiques socio-démographiques	16
2.6.2 Niveau socio-économique	17
2.6.3 Santé durant la grossesse	18
2.6.4 Désir de la grossesse	19
2.6.5 Soutien social durant l'accouchement	20
2.6.6 Poids du nouveau-né et pratiques hospitalières	20
3. Question de recherche	22

DEUXIÈME PARTIE:	Article	
	Résumé	23
	Introduction	25
	Sujets et Méthode	26
	Résultats	28
	Discussion et conclusion	30
	Figures et tableaux	35
	Références	43
TROISIÈME PARTIE:	Autres résultats	
5.	Autres résultats de l'analyse	49
5.1	Tableau et figure	50
QUATRIÈME PARTIE:	Discussion et conclusion	
6.	Discussion	52
6.1	Congé de maternité avant l'accouchement	52
6.2	Conditions de travail	54
6.3	Problèmes de santé durant la grossesse	55
6.4	Déroulement de l'accouchement	56
6.5	Limites et validité de l'étude	57
6.5.1	Définition de la variable dépendante	57
6.5.2	Estimation du risque relatif	58
6.5.3	Validité interne	58
6.5.3.1	Biais de sélection	58
6.5.3.2	Biais d'informations	60
6.5.4	Variables de confusion	62
6.5.5	Validité externe	63
7.	Conclusion	64
CINQUIÈME PARTIE :	Références	
8.	Références	67
SIXIÈME PARTIE	Annexes	
Annexe I:	Corrélation de matrice	85
Annexe II:	Questionnaire de l'entrevue en post-partum	89

Liste des tableaux

Tableau I	Caractéristiques des femmes qui travaillent durant la grossesse	36
Tableau II	État de santé avant et durant la grossesse chez les travailleuses ayant mené une grossesse à terme	38
Tableau III	Accouchement chez les travailleuses ayant mené une grossesse à terme	39
Tableau IV	Association des caractéristiques des travailleuses enceintes avec le déroulement difficile de l'accouchement à terme	40
Tableau V	Association de l'état de santé des travailleuses enceintes avec le déroulement difficile de l'accouchement à terme	41
Tableau VI	Facteurs associés au déroulement difficile de l'accouchement à terme et ratios de cotes ajustés	42
Tableau VII	Caractéristiques des travailleuses enceintes qui n'ont pas arrêté le travail avant l'accouchement	50

Liste des tableaux

Figure 1	Évolution des femmes actives au Canada selon l'âge (1976-1994)	35
Figure 2	Répartition du nombre de semaines d'arrêt de travail avant l'accouchement chez les femmes n'ayant pas droit à l'indemnisation	37
Figure 3	Nombre de semaines de congé prénatal pris selon le droit à l'indemnisation	51

PREMIÈRE PARTIE :

Définition du problème de recherche,
Revue de la littérature et Question de
recherche

1. DÉFINITION DU PROBLÈME DE RECHERCHE

Au cours de ces dernières décennies, une forte augmentation de la proportion des femmes ayant un emploi rémunéré a été observée au Canada, au Québec ainsi que dans l'ensemble des pays industrialisés. Le pourcentage de femmes québécoises sur le marché du travail est passé de 38% en 1971 à 62% en 1989¹. Cette croissance se retrouve chez les femmes de presque tous les groupes d'âge, plus particulièrement chez celles de 25 à 44 ans dont le pourcentage des femmes actives a pratiquement triplé depuis 1951. En 1991, trois femmes québécoises sur 4 de cette tranche d'âge sont actives sur le marché du travail¹. Les femmes de cette tranche d'âge représentent une grande proportion des femmes en âge de procréer. Aujourd'hui, plus de 70% des travailleuses américaines cumulent le travail et la grossesse². En l'absence de données statistiques régulières sur les travailleuses enceintes, l'enquête de "Santé Québec" en 1993 permet d'estimer que les deux tiers (65.6%) des québécoises enceintes ont un emploi rémunéré³. L'évolution rapide du nombre de futures mères sur le marché du travail soulève bien sûr des questions concernant l'impact possible de cette situation sur leur santé pendant la période périnatale.

En général, le lien entre la santé des femmes et le travail rémunéré peut être abordé selon deux théories : le "Job Stress Model" et le "Health Benefits Model"⁴. Le premier modèle rapporte que le travail, l'environnement du travail et le cumul des rôles peuvent causer un stress qui nuit à la santé des individus ; le deuxième souligne plutôt les avantages qu'apporte le travail sur la santé, comme l'estime de soi et la confiance en soi, le support social et la satisfaction personnelle. Ces modèles ont été développés pour des études générales sur la santé et l'emploi dans la population générale des travailleuses, mais il reste à vérifier si leurs conclusions peuvent être généralisées à la population des travailleuses enceintes.

Les complications ou les interventions durant l'accouchement sont fréquemment observées chez les femmes en bonne santé en Amérique du Nord⁵. Près de 20% des femmes qui mènent une grossesse normale et qui, par conséquent, ne présentent pas de facteurs de risque obstétrical ont des complications durant l'accouchement⁶. Les recherches à ce sujet se sont concentrées particulièrement sur les facteurs biologiques ou démographiques^{7,8,9,10,11}. Mais l'absence de ces facteurs chez les femmes enceintes ne garantit pas un déroulement normal de l'accouchement. Depuis quelques années le lien possible entre les variables psychosociales et l'issue de la grossesse suscite beaucoup d'intérêt^{12,13}. L'étiologie de l'issue défavorable de la grossesse est probablement multifactorielle impliquant une synergie biomédicale, psychologique et socio-économique entre les différents stressseurs¹⁴.

Pour Stein le fait de travailler durant la grossesse entraîne un cumul des stress physique et psychologique¹⁵. Plusieurs études épidémiologiques ont conclu que certaines conditions de travail difficiles pouvaient affecter l'issue de la grossesse^{16,17,18,19,20,21,22}, tout particulièrement l'âge gestationnel^{16,17,18,19,20,21} et le poids de naissance du nouveau-né^{16,21,22} et que le stress au travail peut être un facteur de risque de fausse-couche²³. Cependant à notre connaissance très peu d'études ont documenté l'effet du travail durant la grossesse sur l'accouchement lui-même. Pourtant, l'état de santé des femmes en postnatal est fortement relié au déroulement de l'accouchement. Certaines interventions et complications durant l'accouchement augmentent la morbidité en post-partum.

Au Québec, le programme "Pour une maternité sans danger" instauré en 1981, permet aux femmes enceintes ou qui allaitent, qui travaillent dans des conditions jugées dangereuses pour leur santé ou celle de leur enfant de pouvoir être affectées à d'autres tâches ne

comportant pas de tels dangers, ou d'être retirées du milieu de travail¹. De plus, le congé de maternité donne la possibilité aux travailleuses d'arrêter le travail rémunéré à partir de la 32^{ième} semaine de la grossesse. Il est probable que la santé des femmes varie selon les possibilités offertes par ces politiques. Compte tenu du peu d'étude sur la santé des femmes durant la période périnatale en relation avec l'emploi, il est difficile d'estimer l'impact de ces politiques sur la santé des futures mères.

Une évaluation de l'effet de la durée de l'arrêt prénatal du travail sur le plan de la santé des femmes permettrait de mieux comprendre l'importance et la nécessité d'un congé avant l'accouchement pour les travailleuses enceintes. Cette étude cherche donc à mesurer l'association entre la durée de l'arrêt de travail avant l'accouchement et le déroulement de l'accouchement à terme chez les travailleuses.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

L'augmentation du nombre de femmes sur le marché du travail a conduit à de nombreuses études sur les conditions de travail pour les femmes et leur impact sur la santé. Des études spécifiques ont porté sur l'activité professionnelle chez les femmes enceintes. Plusieurs études épidémiologiques ont examiné l'effet des contraintes ergonomiques au travail pendant la grossesse en relation avec la santé des femmes et des nouveau-nés^{16,17,18,19,20,21,22,24}. Ces études ont montré que le fait de travailler pendant la grossesse dans certaines conditions avait un effet négatif sur la durée gestationnelle, le poids du nouveau-né à la naissance, la mortalité périnatale et l'avortement spontané^{25,26}. Très peu d'études cependant se sont penchées sur l'effet de l'emploi durant la grossesse sur la santé des femmes ou le déroulement de l'accouchement. Les rares études à l'avoir fait ont porté sur l'association entre le statut d'emploi durant la grossesse et le risque de complications durant l'accouchement¹⁴. Aucune étude, à notre connaissance, n'a abordé le lien entre la durée de l'arrêt prénatal du travail rémunéré avant l'accouchement et le déroulement de l'accouchement.

La politique du congé de maternité instaurée par les législations fédérale et québécoise accorde aux travailleuses 17 semaines de congé de maternité que les femmes peuvent prendre en prénatal ou en postnatal selon leur besoin. Aucune étude n'a considéré l'impact d'une plus ou moins longue durée de ce congé et l'importance du moment de prendre congé avant l'accouchement.

Avant d'examiner l'objet précis de notre recherche, soit la durée de l'arrêt, avant l'accouchement, de l'activité professionnelle, nous allons d'abord revoir ce que les études disent du travail des femmes en général et de leur état de santé. Puis, nous examinerons les

résultats de recherches ayant porté sur le travail des femmes pendant la grossesse ainsi que les résultats d'études ayant examiné le congé prénatal ; les répercussions sur la santé postnatale du déroulement de l'accouchement seront analysées, et à la fin, les autres facteurs qui sont probablement associés au déroulement de l'accouchement seront documentés.

2.1 Travail des femmes et santé

Selon les études consultées, les femmes qui travaillent à l'extérieur du domicile sont en meilleure santé que celles qui restent à la maison. Ceci demeure vrai même lorsqu'on considère les divers rôles de mère, d'épouse et de travailleuse qu'elles jouent et même lorsqu'on contrôle pour leur âge et leur état de santé antérieur^{27,28,29}. Il demeure que la plupart de ces recherches portent sur des femmes généralement dans la quarantaine dont la majorité ne sont plus en âge de procréer. Le rôle de parents n'est pas aussi exigeant lorsque les enfants sont plus âgés. On ne peut extrapoler les résultats de ces études ayant porté sur des femmes plus âgées à la situation des femmes enceintes.

2.2 Emploi durant la grossesse et issue de grossesse

L'impact de travailler durant la grossesse sur la santé des femmes peut être différent en raison des exigences propres à cette période de vie qui découlent des changements physiologiques et des problèmes de santé liés à la grossesse ainsi que de l'adaptation psychologique à la grossesse.

Les caractéristiques des femmes qui travaillent pendant la grossesse sont décrites dans une étude américaine d'un échantillon aléatoire de 9953 femmes qui ont donné naissance à un

enfant en 1988 à l'échelle nationale. Ce sont principalement des femmes de race blanche, mariées, ayant un niveau élevé de revenu et d'éducation, bénéficiant d'une assurance médicale et ayant moins d'enfants que les femmes ne travaillant pas pendant leur grossesse³⁰. La décision de travailler pendant la grossesse est de deux ordres : d'une part l'estime de soi, le statut d'emploi, l'envie de sortir de la maison et d'avoir des contacts sociaux ; d'autre part la raison économique et le maintien d'emploi qu'elles occupent. En ce qui concerne la décision de ne pas travailler, les raisons évoquées tiennent principalement aux limites imposées par l'état de grossesse, aux responsabilités familiales, à l'absence d'emploi et à l'incompatibilité des conditions de travail avec la grossesse³¹.

Quelques recherches mentionnent un effet bénéfique du travail pour les femmes enceintes : une meilleure santé physique, la présence de soutien social³², et une meilleure santé psychologique³³. C'était les raisons pour lesquelles les femmes ont continué à travailler pendant la grossesse³¹. En France, le taux de prématurité des femmes ayant un emploi est plus faible que celui des femmes au foyer. Il n'y a pas de différence concernant l'hypotrophie fœtale³⁴. Cette étude française montre que l'activité professionnelle des femmes n'est pas en soi néfaste à la grossesse, mais elle n'a pas vérifié le moment d'arrêt du travail des femmes avant l'accouchement. Les informations concernant le déroulement de l'accouchement ne sont pas disponibles dans ces recherches.

Lorsque les facteurs de risque de la grossesse, les caractéristiques socio-démographiques et l'état de santé sont contrôlés, les travailleuses ne semblent pas plus avantagées quant à l'accouchement que les femmes au foyer. Les résultats d'une étude américaine réalisé auprès de 141 femmes cadres et 24 femmes au foyer ont montré que cette population particulière de travailleuses, les femmes cadres, avait tendance à avoir un accouchement plus difficile et un taux de césarienne plus élevé que les femmes au foyer³². Il aurait été

intéressant de savoir si ce résultat était relié au type d'emploi ou seulement au fait de travailler ou encore à certaines caractéristiques de ces femmes. Dans cette étude on ignore si les femmes cadres et les femmes au foyer avaient le même accès aux soins médicaux, tout particulièrement au bénéfice d'une assurance médicale, car cela peut influencer la décision des médecins d'effectuer une césarienne⁹ en sachant que les frais d'intervention sont couverts par l'assurance.

Seulement une étude a abordé le lien entre le statut d'emploi durant la grossesse et le déroulement de l'accouchement. Il semble que le fait de travailler durant la grossesse est un facteur prédictif du déroulement de l'accouchement chez les femmes américaines de race noire¹⁴. Le risque d'avoir un accouchement difficile (complication intra-partum et interventions) était plus élevé chez les travailleuses de race noire. Les informations sur les conditions de travail et sur la durée de l'arrêt du travail prénatal n'ont cependant pas été recueillies dans cette étude. Part ailleurs, le faible effectif (N=140) constitue une limite dans cette étude.

2.2.1 Facteurs ergonomiques (Conditions de travail)

Si l'activité professionnelle ne constitue pas "en soi" un facteur de risque pour la grossesse, il est reconnu que certaines conditions au travail peuvent nuire à l'issue de la grossesse. La majorité des recherches a porté sur le poids de naissance du bébé, la croissance intra-utérine du fœtus et la durée de gestation. Une station debout prolongée avec ou sans déplacement^{16,17,25,35} ou une charge physique importante^{18,19,30} diminuent la durée de gestation et sont associées à l'accouchement prématuré. Le fait de soulever des objets lourds^{20,21}, de travailler à la chaîne²⁶ ou sur des machines industrielles³⁶, ainsi que certains métiers qui exigent un effort physique comme les infirmières et les femmes de

chambre dans les hôtels^{20,37} sont associés au retard de croissance intra-utérine ou à la prématurité. Une durée hebdomadaire de travail supérieure à 40 heures par semaine est reliée à l'insuffisance de poids du nouveau-né à la naissance même pour une naissance à terme (supérieure ou égale à 37 semaines)²².

Pour estimer l'effet des activités quotidiennes durant la grossesse sur l'issue de la grossesse, Magann a calculé la dépense énergétique totale (en kilo calories) qui résulte de l'activité professionnelle, des tâches domestiques et les exercices physiques, chez 2743 femmes enceintes. Il a observé que les femmes travailleuses dépensaient plus d'énergie que les femmes au foyer en tenant compte des autres facteurs (variables socio-économiques, âge maternel et gain de poids) et que le taux de césarienne en urgence, de l'accouchement provoqué, de la durée prolongée du premier stade du travail chez les femmes qui dépensent plus de 2900 kilo-calories par jour était plus élevé que chez celles qui en dépensent moins³⁸. Les activités des femmes dans cette étude ont été mesurées entre la 16^{ième} et la 18^{ième} semaine de grossesse. On ignore si ces femmes ont continué ces activités avec le même rythme et la même dépense d'énergie jusqu'à la fin de la grossesse. La durée de l'arrêt du travail rémunéré avant l'accouchement, qui peut réduire une partie de la dépense d'énergie pourrait aussi modifier le tableau.

Mamelle et ses collaborateurs ont quantifié la fatigue entraînée par le travail dans une étude réalisée auprès de 3437 travailleuses françaises³⁹. Le score de fatigue a été établi selon la catégorie professionnelle et les conditions de travail : posture, charge physique, stress psychologique, environnement de travail et travail à la chaîne. Effectivement, certaines catégories d'emploi comme les employées de commerce et de service, le personnel des services médico-sociaux et les ouvrières spécialisées ont été associées à un score de fatigue plus élevé que les autres catégories. Quand le nombre d'heures de travail dépassait

40 heures par semaine, une hausse du score de fatigue a été aussi observée. Cette étude a aussi démontré que la fatigue entraînait l'accouchement prématuré. L'accouchement prématuré peut se dérouler difficilement car l'organisme maternel peut ne pas être encore tout à fait prêt pour la naissance.

2.2.2. Stress au travail

Selon la théorie du "Job Stress Model", le stress relié au travail et à l'environnement peut affecter le bien-être et la santé physique des individus et augmenter le risque de maladie cardio-vasculaire dans la population générale. De plus, les femmes seraient plus sensibles au stress que les hommes⁴. Le nombre de problèmes de santé augmente avec le niveau de stress et de tension liés au travail chez les femmes qui travaillent à temps plein⁴⁰. Le corps humain réagit au stress par une augmentation de la sécrétion de corticostéroïde et de catécholamines dans le plasma^{41,42,43}.

Le niveau de catécholamines dans le plasma et l'urine est sensible à la variation des facteurs physiques et psychologiques⁴⁴. Timio et ses collaborateurs ont mesuré la concentration d'adrénaline et de noradrénaline dans l'urine et constaté une augmentation proportionnelle selon le degré de stress psychologique au travail des femmes⁴⁵. Une autre étude américaine a confirmé ce résultat chez les femmes médecins et les infirmières enceintes⁴³. La concentration des catécholamines dans l'urine est 58% plus élevée durant la période d'activités professionnelles que durant la période en dehors de leur travail. En général, la concentration de catécholamines chez une femme enceinte est similaire à celle d'une femme non enceinte^{46,47}. Elle augmente uniquement avec le stress mental⁴⁸ et l'activité physique⁴¹.

Les catécholamines causent la vasoconstriction utérine via les récepteurs adrénérgiques des vaisseaux utérins^{49,50}. Elle peut affecter la circulation sanguine utéro-placentaire⁵¹ qui est primordiale pour le développement du fœtus et le soutien nutritif de l'utérus chez les femmes enceintes. Les recherches récentes ont démontré que les risques de fausse-couche, de naissance prématurée ou de faible poids à la naissance étaient associés au stress relié au travail^{23,52,53}, surtout quand les travailleuses enceintes n'étaient pas motivées de continuer à travailler pendant la grossesse⁵⁴.

2.3 Mesure de protection maternelle

Il existe dans la majorité des pays des mesures visant à "protéger" les femmes au travail, spécifiquement les femmes enceintes ou qui allaitent. Compte tenu de la diversité sociale, économique et politique des pays qui ont adopté de telles mesures, les objectifs qu'elles visent sont très variables. Au Québec, le congé de maternité et le programme "Pour une maternité sans danger", connu plutôt sous l'appellation "retrait préventif", permettent aux travailleuses enceintes de cesser de travailler durant la grossesse tout en conservant leur emploi et en étant indemnisée partiellement. L'état de santé des femmes à cette période varie probablement selon les possibilités offertes par ces politiques.

2.3.1 Congé de maternité en prénatal

Dans certains pays comme la Suisse ou les États-Unis, aucun congé de maternité légal n'est prévu pour les femmes enceintes avant le jour de l'accouchement^{55,56}. En France, la loi oblige les femmes enceintes à prendre, avant l'accouchement, 6 semaines de congé de maternité d'une durée totale de 16 semaines avec une indemnisation de 75% du salaire⁵⁷,

2 mois en Italie avec une indemnisation de 80% du salaire²⁶. Au Québec, les femmes enceintes peuvent choisir le moment où elles commencent leur 17 semaines de congé de maternité avec une indemnisation d'environ 55% du salaire à partir de la 32^{ième} semaine de grossesse jusqu'à la 17^{ième} semaine après l'accouchement, selon son propre besoin et sa volonté⁵⁸. Elles ne sont pas obligées d'en prendre avant l'accouchement. Par ailleurs, pour y accéder, il faut que les femmes enceintes répondent aux critères d'éligibilité, c'est-à-dire avoir travaillé un nombre requis d'heures pour une période donnée pendant lesquelles elles ont cotisé au programme d'Assurance-Emploi . Les femmes qui ne répondent pas à ces critères n'ont pas droit au congé de maternité. La plupart des femmes qui y ont droit préfèrent plutôt réserver plus de temps du congé de maternité, après la naissance. Il serait intéressant de connaître l'impact de ces différentes applications de la loi pour la protection des femmes enceintes sur l'issue de la grossesse et le déroulement de l'accouchement.

La quasi-totalité des recherches a documenté l'effet de l'arrêt du travail prénatal des femmes sur la durée de gestation, la prématurité et le poids du bébé. Les études réalisées au cours des années 80 démontrent que l'augmentation de la durée de l'arrêt prénatal du travail réduit la mortalité périnatale⁵⁹. Le poids moyen des bébés dont les mères avaient 6 semaines de congé de maternité avant l'accouchement était plus élevé que ceux des mères qui n'en avaient pas⁶⁰. Une étude plus récente effectuée auprès de 5552 femmes danoises n'a pas mis en évidence un effet du moment d'arrêt de travail avant l'accouchement sur la durée de gestation et la prématurité⁶¹. Les résultats d'une étude mexicaine chez 2417 travailleuses montrent que l'absence de congé de maternité avant l'accouchement était associée à un risque d'avoir un accouchement prématuré, mais n'était pas liée à l'insuffisance de poids du nouveau-né à la naissance. Parmi les femmes qui ont eu un congé prénatal, celles ayant pris moins de 3 semaines de congé ont eu un risque d'avoir un accouchement prématuré 6 fois plus élevé que celles ayant pris plus de 3 semaines²⁴. Cependant cette étude a été

réalisée dans un pays en voie de développement. Les conditions de travail peuvent y être différentes de celles qui prévalent dans les pays industrialisés. D'autres facteurs comme le niveau de vie, l'accès aux soins médicaux et les caractéristiques socio-économiques peuvent jouer un rôle important pour modifier le tableau. Aucune de ces études, cependant, n'a examiné le lien entre l'activité professionnelle pendant la grossesse, la durée du congé prénatal et le déroulement de l'accouchement.

2.3.2 Retrait préventif

Au Québec, depuis 1981, la Loi sur la santé et la sécurité du travail donne aux femmes enceintes ou à celles qui allaitent le droit, si les conditions de travail sont jugées dangereuses pour leur santé ou celle de leur fœtus, d'arrêter de travailler si aucune réaffectation n'est possible⁶². Cependant, la notion de travail "dangereux" est complexe pour les femmes enceintes. Dans le cadre du retrait préventif la notion de travail dangereux comporte les facteurs de risque chimiques, physiques ou biologiques et les contraintes ergonomiques ou les facteurs de risque liés à l'organisation du travail.

Le rapport du groupe de travail "Pour une maternité sans danger" estime qu'environ 40% des travailleuses enceintes ont demandé de bénéficier du programme de retrait préventif en 1990. Parmi elles, le taux de demandes acceptées est de 30 à 35%. Cette estimation a été calculée sur une base du nombre annuel de prestataires de congé de maternité comme dénominateur à défaut de connaître le nombre total exact de travailleuses enceintes. A noter que certaines catégories de femmes qui travaillent ne sont pas admissibles à la prestation du congé de maternité, telles que les travailleuses autonomes, travailleuses à temps partiel, etc.⁶³. Elles représentent 10% des femmes actives sur le marché du travail selon l'estimation de Statistique Canada en 1995⁶⁴. En réalité le taux de demandes de

retrait préventif a été surestimé, puisque le dénominateur (l'ensemble de travailleuses enceintes) peut être plus important que l'estimation. Le taux de demandes qui est relativement faible soulève une question : "Est-ce que ce sont les femmes pour qui cette mesure a été instaurée qui en bénéficient? " La réponse donnée par les intervenants est positive. Il paraît qu'il y a une bonne pénétration du programme dans les milieux de travail depuis 1981. Selon Statistique Canada et la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), les taux de demandes les plus élevés proviennent du secteur de la santé (surtout des infirmières et des aide-infirmières), des services (serveuses) et de la fabrication (surtout des couturières). Par ailleurs, la présence d'un syndicat dans l'entreprise favorise l'exercice du droit que la loi confère aux travailleuses enceintes. Le taux de demande est plus élevé chez les travailleuses syndiquées que chez les travailleuses non syndiquées (59% contre 44%)⁶⁶. En 1990, le programme a permis aux travailleuses enceintes de se retirer, en moyenne, à 21,5 semaines de grossesse de leur milieu du travail. Plus de 75% des travailleuses ayant bénéficié du programme de retrait préventif ont cessé leur travail à partir du 2^{ième} trimestre de la grossesse et 20% à partir du premier trimestre¹. Les femmes qui prennent un retrait préventif le feraient en raison des conditions de travail dangereuses pour leur santé et parce qu'elles accordent plus d'importance à leur rôle maternel et domestique, mais qu'elles se retirent ou non de leur travail, toutes ces femmes accordent la même importance à leur rôle professionnel⁶⁶.

McDonald a attribué près de 110 sur 3400 naissances prématurées et 680 sur 11300 morts fœtales à la nature du travail ou aux facteurs liés au travail. Ils pourraient être évités en soustrayant la femme enceinte aux risques d'exposition⁶⁵. Cette estimation a été faite avec des données recueillies dans la région montréalaise en 1982. Depuis la situation concernant les conditions de travail a évolué et s'est probablement améliorée. Aucune évaluation de

l'impact du programme de retrait préventif sur la santé des femmes et des nouveau-nés n'a été effectuée jusqu'ici.

2.4 Arrêt du travail rémunéré pendant la grossesse

Dans les pays scandinaves, il n'existe pas de possibilité de congé de maternité avant l'accouchement, mais le besoin d'un arrêt du travail prénatal a été ressenti par les travailleuses enceintes et a été rapporté par plusieurs études. Elles ont indiqué, de plus, que 30-50% des femmes qui avaient un emploi rémunéré se sont absentes durant leur grossesse^{55,67,68}, souvent pendant le dernier trimestre de la grossesse en demandant aux médecins de prescrire un congé de maladie^{55,61}. Les femmes enceintes ont eu, à une ou plusieurs reprises, des arrêts temporaires de travail pendant leur grossesse, que ce soit dû à des complications de la grossesse (45%), à une maladie intercurrente (27%), à la fatigue (27%) ou à des raisons familiales (1%)⁵⁵. La durée moyenne de l'arrêt de travail était de 4 à 9 semaines^{61,69}.

2.5 Déroutement de l'accouchement et santé des femmes en postnatal

L'accouchement est un processus à la fois complexe et simple : complexe par la diversité des réactions qu'il suscite dans l'organisme et simple si l'on considère l'harmonie naturelle de ces réactions. Après 40 semaines de gestation le corps de la femme est le lieu d'une ultime transformation permettant à l'enfant de naître. Ce mécanisme à la fois simple et complexe permet à l'enfant de venir au monde dans les meilleures conditions. L'accouchement naturel se produit chez la majorité des femmes enceintes considérées à risque faible⁷⁰. Il reste 10% de cas où ce mécanisme est dérégulé⁷¹. Il s'agit alors d'accouchement dystocique.

Le rôle que jouent la grossesse et l'accouchement sur l'état de santé des femmes en postnatal est peut-être plus important qu'on ne le pense généralement, comme le suggère une étude effectuée auprès des sujets volontaires primipares, des mères biologiques comparées à des mères adoptives. Cette étude indiquait que les mères biologiques avaient plus de symptômes de fatigue et de problèmes au niveau des organes génitaux à la 6^{ème} semaine post-partum que les mères adoptives⁷². Il aurait été intéressant de voir si les problèmes de santé survenus relativement tôt après l'accouchement étaient reliés aux difficultés que les femmes avaient eues pendant l'accouchement et aussi de savoir si ces femmes travaillaient à l'extérieur avant la naissance de leur bébé.

L'état de santé en postnatal dépend d'une façon ou d'une autre du déroulement de l'accouchement, notamment du type d'accouchement⁷³, des complications survenues et des interventions subies durant le travail. Les interventions obstétricales telles que la césarienne, l'accouchement provoqué et d'autres ont été développées dans le but de réduire la mortalité maternelle et périnatale et les complications. Mais ces interventions augmentent néanmoins le risque de morbidité postnatale pour les mères ainsi que pour les nouveau-nés. Par exemple du côté de la mère, la déchirure du col ou de la région vulvo-périnéale est souvent causée par le forceps et l'hémorragie est associée à la révision utérine. Quand l'accouchement est déclenché artificiellement, il y a de grandes chances pour qu'il se termine par une césarienne ou un forceps^{74,75}. La fièvre post-partum est plus fréquente chez les femmes qui donnent naissance par une césarienne⁷⁶. Quant au nouveau-né l'utilisation de forceps peut causer des lésions cutanées, voire des lésions crâniennes ou cérébro-méningées⁷⁷.

2.6 Facteurs de confusion potentiels

Certains facteurs peuvent avoir une influence à la fois sur la durée de l'arrêt du travail prénatal et sur le déroulement de l'accouchement. Par exemple les caractéristiques socio-économiques, le désir du bébé, l'état de santé avant et durant la grossesse et le soutien social. Certains d'entre eux ne semblent pas, d'emblée, être reliés directement au déroulement de l'accouchement telles que les caractéristiques socio-économiques et le désir du bébé. Cependant ils peuvent refléter le niveau de stress de la femme. Les personnes à faible scolarité ou à faible revenu sont confrontées à plus de stress⁷⁸ et sont plus vulnérables au stress⁷⁹.

2.6.1 Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques des femmes semblent être associées au déroulement de l'accouchement. Le taux d'intervention obstétricale varie en fonction de l'âge maternel, de l'ethnie des femmes et de la parité^{11, 80}. Une étude réalisée auprès de 1000 femmes chinoises vivant à New-York a démontré que la durée du travail durant l'accouchement chez ces femmes est significativement plus courte en comparaison avec les données des femmes d'autre origine⁸. Les femmes âgées de 35 ans ou plus, surtout si elles sont primipares⁸¹, ont un risque plus élevé de subir des interventions et d'avoir une complication durant l'accouchement que les femmes plus jeunes^{9,10,82}. Une corrélation positive entre l'âge maternel et la durée de la 2ème étape du travail est observée chez 7214 femmes scandinaves⁸³.

Les personnes seules sont souvent en moins bonne santé que les personnes vivant en couple⁸⁴. Une femme enceinte sans conjoint doit assumer toute seule différentes tâches

avec moins de support psychologique ou de partage des charges familiales (travail domestique, soins aux enfants etc.). Ces facteurs peuvent jouer un rôle négatif sur la santé mentale des femmes et probablement aussi sur la santé physique.

2.6.2 Niveau socio-économique

Il est reconnu depuis longtemps que l'état de la santé est liée à la catégorie socioprofessionnelle et au niveau socio-économique. L'état de la santé de la population en milieu défavorisé est reflété par la morbidité de différentes maladies plus élevées⁸⁵.

Les caractéristiques socio-économiques de la mère sont des facteurs déterminants des problèmes de santé pendant la grossesse et à l'accouchement^{86,87,88,89,90}. Diverses études ont démontré que les femmes enceintes en milieu défavorisé avaient souvent une grossesse plus difficile et présentaient plus de problèmes de santé physique et mentale au cours de leur grossesse que les femmes favorisées. Elles avaient plus de problèmes de santé physique comme les pathologies hypertensives, des épisodes d'infections, de l'anémie et des vomissements que les autres femmes^{85,91}. Au niveau de la santé mentale, le taux de dépression durant la grossesse était plus élevé chez les femmes défavorisées primipares que chez les femmes en situation favorable⁹².

Une augmentation des taux de césarienne, de forceps et de ventouse chez les femmes américaines ayant un niveau socio-économique plus favorable est expliquée plutôt par le fait que ces femmes sont souvent assurées par une assurance médicale privée qui assume les frais des interventions^{9,80}. En Angleterre l'accès aux soins médicaux est universel. Après avoir analysé 509 697 dossiers de naissance, Leyland a constaté que les femmes ayant un statut social favorable avaient plus de risque d'avoir des interventions obstétricales (forceps,

ventouse et césarienne) durant l'accouchement⁹³. Au Québec, on a estimé en général que l'accouchement lui-même posait peu de problèmes sur le plan médical chez les femmes en milieu défavorisé⁹⁴, mais très peu d'étude confirme cette information.

2.6.3 Santé durant la grossesse

Bien que la grossesse fasse partie d'une étape normale de la vie féminine, elle entraîne des changements physiologiques au niveau de tous les systèmes, lesquels provoquent à un moment ou un autre des malaises physiques importants, parfois imprévus.

Pendant la période de la grossesse, c'est tout le corps de la femme enceinte qui subit des transformations. Les changements physiologiques dans tous les systèmes d'organes peuvent entraîner des inconforts physiques mineurs ou plus marqués et temporaires, mais la présence de certains problèmes de santé reliés à la grossesse peut avoir des répercussions plus ou moins importantes sur l'accouchement. Par exemple, les femmes diabétiques ont plus de risque de dystocie que les femmes non-diabétiques⁹⁵.

Au fur et à mesure que le moment du travail approche, les demandes physiques et psychologiques augmentent pour répondre à la croissance et au développement du fœtus. Tel que discuté plus tôt, le stress et l'anxiété ont des effets négatifs sur le déroulement normal du travail⁷¹. Depuis quelques années, l'importance de la préparation à l'accouchement est de plus en plus prise en considération. Cette préparation doit être mise en œuvre pendant la grossesse. Autrement dit, les femmes doivent avoir du temps avant la naissance du bébé pour pouvoir préparer l'accouchement.

Le processus normal de l'accouchement dépend à la fois de l'état psychologique et de l'état physique de la femme. Une étude prospective qui évalue l'impact du stress quotidien durant la grossesse sur le déroulement de l'accouchement a démontré que les femmes ayant une expérience de complications durant l'accouchement, (comme accouchement prématuré, accouchement provoqué, durée du travail prolongée, accouchement par césarienne ou forceps) avaient un score de stress quotidien (Hassles) plus élevé que les femmes ayant accouché sans complication¹². Les femmes bien informées, préparées physiquement et mentalement à la naissance de leur enfant ont généralement un travail plus court et moins douloureux⁹⁶. Une femme fatiguée à la fin de la grossesse peut mener un travail moins efficace et être plus vulnérable aux anomalies pendant le travail de l'accouchement ou à une délivrance pathologique.

2.6.4 Désir de la grossesse

Plusieurs études récentes ont démontré que les femmes dont la grossesse était non désirée avaient de moins bonnes issues de grossesse que celles qui avaient planifié leur grossesse. Il s'agit d'un accouchement prématuré et d'un bébé de faible poids à la naissance⁹⁷. Cela peut s'expliquer d'une part, par le fait que les femmes dont la grossesse est non-désirée ne prennent pas les précautions particulières, par exemple poursuivent l'usage du tabac et de l'alcool durant la grossesse⁹⁸ et, d'autre part, par l'état de leur santé mentale⁹⁹. Le niveau de stress et de dépression augmente inversement en relation avec le désir de la grossesse chez les femmes enceintes.

2.6.5 Soutien social durant l'accouchement

En général, le soutien de l'entourage a un effet positif sur la santé mentale et atténue le stress. L'effet indirect du soutien social sur la santé physique est expliqué par la diminution de la susceptibilité à la maladie suite au déséquilibre du système endocrinien résultant du stress d'une part¹⁰⁰ et suite au changement de la perception de la santé d'autre part¹⁰¹. L'implication du conjoint pendant la grossesse est reliée au sentiment positif envers la grossesse chez les femmes primipares⁸⁵. D'ailleurs, la présence du soutien durant la grossesse a un effet préventif sur la fausse-couche et la prématurité ainsi que sur le taux des interventions (césarienne, forceps et soluté pour accélérer le travail) durant l'accouchement^{102,103}.

Les conditions dans lesquelles se déroule le travail de l'accouchement dépendent également du soutien psychologique offert par le père du bébé et l'équipe médicale. Il semble que la présence permanente d'une sage-femme ou d'une élève sage-femme au chevet de la femme entraîne une diminution de la durée du travail et peut-être une réduction des accouchements par voie vaginale assistée¹⁰⁴. Après avoir effectué une méta-analyse provenant des études randomisées, Zhang a conclu que le soutien par le personnel a un effet significatif sur la réduction de la durée du travail et du risque des interventions (le forceps et la césarienne) chez les femmes primipares en situation défavorisée¹⁰⁵.

2.6.6 Poids du nouveau-né et pratiques hospitalières

Le poids du bébé à la naissance peut aussi être un des facteurs de risque importants dans le processus de la dystocie chez les primipares¹⁰⁶. Une corrélation positive entre le poids du nouveau-né et la durée du travail a été observée chez les femmes ayant une grossesse à

terme^{106,107}. La durée du travail prolongée est un indicateur d'intervenir pour les obstétriciens durant l'accouchement. L'incidence de la césarienne est plus fréquente chez les femmes dont le nouveau-né pèse 4000g ou plus à la naissance^{95,108}.

L'accouchement dépend non seulement de l'état de santé des femmes mais aussi de la pratique des médecins. Les études qui portent sur la pratique des médecins et les caractéristiques des hôpitaux indiquent que la pratique des médecins¹⁰⁹, la taille¹¹⁰ et le degré de spécialisation¹¹¹ de l'hôpital et de même que le statut d'affiliation à l'université¹¹² peuvent être d'importants facteurs déterminants de la variation du type d'accouchement, du taux des interventions obstétricales et de certaines pratiques de routine durant l'accouchement.

En somme, l'augmentation considérable des femmes qui cumulent le travail et la grossesse a suscité de nombreuses études épidémiologiques sur la santé du nouveau-né en rapport avec certaines conditions de travail qui engendraient le stress et la fatigue chez les travailleuses enceintes. A ce jour, quelques études ont documenté le lien entre le statut d'emploi durant la grossesse et la santé des femmes. Aucune de ces études n'évalue l'effet de la durée de l'arrêt de travail avant l'accouchement sur le déroulement de l'accouchement à terme, un des facteurs importants qui influence l'état de la santé post-partum des femmes.

3. QUESTION DE RECHERCHE

L'état actuel des connaissances actuel et les théories qui expliquent les liens entre le travail des femmes, la maternité et leur état de santé nous font penser que le fait de travailler a un effet bénéfique sur la santé des femmes, mais le stress lié à l'emploi et l'état physique particulier des femmes enceintes doivent être pris en considération pendant la période prénatale. Selon les différentes études, il paraît que le fait d'avoir une période d'arrêt du travail rémunéré avant l'accouchement pourrait influencer positivement l'accouchement à terme chez les travailleuses.

Les liens directs entre l'arrêt de travail prénatal et le déroulement de l'accouchement à terme chez les travailleuses n'ont jamais à notre connaissance fait l'objet d'étude jusqu'à présent. Notre étude vise à montrer cette relation et pose la question de recherche suivante: **Quel est l'impact de la durée variable de l'arrêt du travail rémunéré avant l'accouchement sur le déroulement de l'accouchement chez les femmes ayant mené une grossesse à terme?**

DEUXIÈME PARTIE : Article

Durée du congé de maternité prénatal et déroulement de l'accouchement à terme

Résumé

L'évolution rapide du nombre de femmes qui cumulent la grossesse et le travail durant ces dernières décennies soulève des questions concernant l'impact possible de cette situation sur leur santé. L'objectif de cette étude est d'identifier la contribution de la durée du congé de maternité avant l'accouchement sur le déroulement de l'accouchement à terme. 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. La présence d'une intervention ou d'une complication est observée chez 68,9% des sujets. La durée moyenne d'arrêt de travail avant l'accouchement est d'environ 8 semaines dans notre échantillon (SD = 7). La probabilité d'accouchement difficile diminue avec la durée d'arrêt du travail (RC = 0,97; IC à 95% = 0,94-0,99) et cette association reste significative quand les facteurs de confusion sont contrôlés dans l'analyse (RC = 0,96; IC à 95% = 0,93 - 0,99). Nous concluons que le fait d'avoir une période d'arrêt du travail rémunéré avant l'accouchement a un effet positif en favorisant un accouchement à terme plus facile chez les travailleuses.

Mots clés : congé de maternité prénatal, déroulement de l'accouchement, travailleuse enceinte

Abstract

The number of working pregnant women has rapidly increased over the last couple of decades. This raises a question about the possible impact of such a situation on women's health. The objective of the present study is to identify the contribution of the duration of the prenatal maternity leave on the term delivery. The characteristics of the prenatal maternity leave and delivery were studied among 363 working women who had delivered a full-term infant at 4 hospitals in Montreal during 1996. The presence of a surgical operation or complication was observed in 68.9% of women studied. The average duration of prenatal maternity leave was about 8 weeks in our sample (SD = 7). The risk of difficult delivery decreased with the duration of prenatal maternity leave (OR = 0,97, 95% CI: = 0,94-0,99) and this association remains significant when the factors of confusion were controlled in analysis (OR = 0,96; 95% CI: 0,93 - 0,99). We conclude that the maternity leave before delivery has a positive effect on making delivery easier for working women.

Key words: prenatal maternity leave, delivery, working pregnant women.

Introduction

L'augmentation de la proportion des 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]. Les femmes de cette tranche d'âge représentent une grande proportion des femmes en âge de procréer. Les deux tiers des femmes québécoises enceintes ont un emploi¹. Cela soulève des questions concernant l'impact possible de cette situation sur leur santé pendant cette période. Plusieurs études ont démontré que certaines conditions de travail durant la grossesse affectaient la durée de la gestation^{2,3,4,5,6,7} 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 en Amérique du Nord⁸. Près de 20% des femmes qui mènent une grossesse normale et qui, en conséquence, ne présentent pas de facteurs de risque obstétrical ont des complications durant l'accouchement⁹. Les recherches à ce sujet se concentrent particulièrement sur les facteurs biomédicaux et démographiques^{10,11,12,13,14}. Mais l'absence de ces facteurs chez les femmes enceintes ne garantit pas un déroulement normal de l'accouchement. Depuis quelques années, le lien possible entre les variables psychosociales et l'issue de la grossesse suscite beaucoup d'intérêt^{15,16}.

Selon le "Job Stress Model" le travail, 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 individus¹⁷. Le fait de travailler durant la grossesse entraîne le cumul des stress physiques

et psychologiques¹⁸. Une association entre le niveau de stress quotidien durant la grossesse et le risque d'interventions ou des complications durant l'accouchement a été constatée dans une étude récente ¹⁵.

Nous postulons que le cumul de la fatigue et du stress entraîné par le travail à l'extérieur de la maison durant une période précédant l'accouchement affecte le déroulement de l'accouchement à terme et qu'un arrêt du travail rémunéré durant les semaines avant l'accouchement pourrait limiter cet effet. L'objectif de cette étude est d'examiner la contribution chez les travailleuses enceintes 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 les données d'un projet de recherche portant sur la santé des mères dans l'année qui suit une naissance 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 pendant une période de 10 mois en 1996. Après avoir signé un formulaire de consentement, 613 femmes ont répondu à un questionnaire prétesté, lors d'une entrevue pendant leur séjour post-partum à l'hôpital pour un taux de participation de 80%. L'échantillon pour l'étude présentée ici inclut les travailleuses qui répondaient aux critères suivants : (1) avoir travaillé au moins 12 semaines au début de la grossesse ; (2) être âgée de 18 ans ou plus ; (3) parler français ; (4) avoir débuté un accouchement par voie basse et (5) avoir accouché d'un enfant vivant, à terme (âge de gestation supérieur ou égal à 37 semaines).

La variable indépendante d'intérêt est la durée du congé avant l'accouchement. Elle est calculée en soustrayant de l'âge de gestation à l'accouchement, l'âge gestationnel à l'arrêt

du travail (en semaines). La variable dépendante qui évalue l'effet de la durée du congé de maternité prénatal est le déroulement de l'accouchement classé de façon dichotomique (Accouchement sans intervention ni complication = 0 et Accouchement difficile = 1). L'accouchement "difficile" présente un ou plusieurs des éléments suivants: 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. Nous avons établi cette liste avec un médecin obstétricien. L'épisiotomie et l'anesthésie épidurale sont exclues de cette liste. Le choix des éléments qui définissent la variable dépendante vise à refléter plutôt l'état de santé des femmes que la pratique des accoucheurs. Les variables d'ajustement évoqués dans la littérature sont les caractéristiques socio-démographiques et économiques (âge maternel, pays d'origine des femmes, scolarité, situation conjugale et revenu familial)^{11,20,21}, l'état de santé avant et durant la grossesse (problèmes de la vie reproductive, maladie chronique, désir de grossesse, nombre de problèmes de santé ou symptômes liés à la grossesse et parité)^{22,23,24,25} et les caractéristiques d'emploi (catégorie de profession et nombre d'heures de travail par semaine durant la grossesse)^{26,27}, l'hôpital^{28,29} et le poids de naissance du bébé^{30,31}.

L'analyse préliminaire vise à déterminer les associations statistiquement significatives entre la variable indépendante ou les variables de confusion et la variable dépendante par le test T de Student ou le test de X^2 . Le rapport de cotes (RC) et ses intervalles de confiance (IC) à 95% sont obtenus par le modèle de la régression logistique pas-à-pas progressive en tenant compte de l'effet des variables de confusion. Le seuil de signification d'inclusion des variables est fixé pour un $\alpha = 0,05$ et d'exclusion avec $\alpha = 0,10$. Le test de « Hosmer-Lemeshow Goodness of fit » est utilisé pour vérifier la qualité du modèle.

* 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 multipare¹⁹. Au-delà il s'agit d'une prolongation du travail.

L'absence des interactions entre les variables incluses dans le modèle est vérifiée, telles que la situation conjugale, le niveau scolaire des femmes et le nombre de problèmes de santé durant la grossesse. Il en est de même pour l'absence de la multicolinéarité (Annexe I : Matrice de la corrélation). L'introduction des variables de confusion potentielles dans le modèle se fait selon les résultats du test univarié avec un seuil de signification statistique d'un $\alpha = 0,25$. Le logiciel statistique SPSS est utilisé pour l'analyse des données.

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 un niveau scolaire collégial ou universitaire. Une femme sur quatre a un revenu familial faible selon Statistique Canada (Tableau I).

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, 27,5% du travail de bureau et 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), 20,1% de ces femmes ont bénéficié du programme de retrait préventif qui permettait aux femmes d'arrêter le travail au début de la grossesse et 17 femmes (4,7%) ont travaillé tout le long de leur grossesse jusqu'à la veille de leur accouchement. Les femmes chez qui l'arrêt de travail n'a

pas été indemnisé représentent 12,4% de notre échantillon. La majorité d'entre elles n'ont pas arrêté leur travail avant l'accouchement (Figure 2).

Deux femmes sur trois ont déclaré au moins un problème de santé durant la grossesse [Tableau II]. Les problèmes les plus fréquemment rencontrés chez ces travailleuses durant la grossesse sont les nausées ou vomissements importants (27,3%), les problèmes d'anémie (14,0%), le début de travail prématuré ou des problèmes du col (12,4%), la perte de sang (11,6%) et le diabète de grossesse ou l'intolérance au glucose (10,7%). 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.

Une femme sur trois a eu un accouchement à terme 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 III).

Les femmes dont le déroulement de l'accouchement n'a pas été difficile ont pris en moyenne une semaine de plus de congé prénatal que celles qui ont eu des interventions ou des complications durant l'accouchement (Tableau IV). Deux autres facteurs apparaissent reliés significativement au déroulement de l'accouchement : les primipares ont plus de probabilité d'avoir un accouchement difficile (Tableau IV) et la probabilité d'un accouchement difficile augmente avec le nombre de problèmes de santé durant la grossesse (Tableau V). En ajustant pour ces deux facteurs de confusion, la probabilité de l'accouchement difficile diminue significativement avec la durée du congé prénatal. La probabilité d'avoir un accouchement à terme sans intervention ni complication peut augmenter de plus de 4,2%

chaque fois que les travailleuses enceintes prennent une semaine supplémentaire de congé avant l'accouchement (Tableau VI).

Discussion et conclusion

Les résultats de notre analyse démontrent que la durée de l'arrêt de travail avant l'accouchement est un facteur important qui est associé au déroulement accouchement à terme chez les travailleuses. Le fait de prendre une période plus longue du congé de maternité avant l'accouchement réduit le risque des interventions ou des complications durant l'accouchement à terme, 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 constaté pour la réduction du risque de mortalité néonatale³², de naissance prématurée et d'insuffisance de poids à naissance^{33,34}.

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'accouchement³⁵. En France, la législation assure une femme enceinte de suspendre son contrat de travail pendant une période qui débute six semaines avant la date présumée de l'accouchement et de recevoir une indemnité journalière de repos³⁶. 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 32ième 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 du 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 allaité³⁷. Il faut souligner que ces deux mesures de protection des femmes ont des limites. D'abord, le programme de retrait préventif vise les travailleuses enceintes chez lesquelles les conditions de travail nuisent à leur santé et à celle du bébé et c'est à la travailleuse que revient la responsabilité d'enclencher le processus de demande de retrait préventif en informant son médecin traitant de ses conditions de travail et des dangers qu'elles comportent. La connaissance du programme et de la notion de conditions de travail "dangereuses" pour la santé deviennent un facteur important pour enclencher une démarche du programme. On constate que la présence d'un syndicat dans l'entreprise favorise l'exercice du droit que la loi confère aux travailleuses enceintes. Mais seulement une travailleuse sur 3 est syndiquée au Québec³⁸. Le faible taux de syndicalisation des travailleuses n'est pas favorable à l'exercice de ce droit. Quant au programme de congé de maternité, les Québécoises 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 dernières semaines³⁹. 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 canadienne⁴⁰ et 12% de notre échantillon. Ces femmes qui travaillent déjà dans des conditions précaires souvent pour des raisons monétaires⁴¹ doivent mener leur grossesse tout en travaillant. Le résultat de notre analyse confirme nos inquiétudes. 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 avant l'accouchement.

Notre modèle montre que la possibilité d'avoir un accouchement à terme difficile augmente avec le nombre de problèmes de santé ou symptômes durant la grossesse chez les travailleuses. En moyenne, les femmes ayant un accouchement difficile ont plus de symptômes, comparativement à celles n'ayant pas d'intervention ou ni de complication

durant l'accouchement [Tableau V]. Environ une femme sur trois ont mentionné avoir eu un autre problème de santé ou symptôme que ceux dans la liste de symptômes que nous avons établie selon les symptômes couramment rencontrés en clinique⁴². Bien que le lien direct entre la présence de ces symptômes et le déroulement de l'accouchement ne soit pas reconnu, ils causent physiquement de l'inconfort qui peut jouer un rôle sur le plan psychologique et entraîner un stress supplémentaire chez des travailleuses enceintes. Cependant, les entrevues ont eu lieu après l'accouchement sans vérification dans les dossiers médicaux. Les femmes qui ont eu un accouchement difficile ont pu faire plus d'effort pour se souvenir de ce qui s'est passé durant la grossesse que les femmes qui ont eu un accouchement sans intervention ni complication. De quelle façon le cumul des problèmes de santé ou de symptômes durant la grossesse influence-t-il le déroulement de l'accouchement ? Cela pourrait faire l'objet d'une autre recherche.

Les résultats de notre étude constatent qu'une travailleuse sur trois a un accouchement sans difficulté, 68,6% ont donné naissance à leur bébé à l'aide d'une intervention ou ont eu une complication [Tableau III]. 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 du même type de données, nous avons fait une comparaison partielle des taux des interventions ou des complications avec ceux compilés pour la population des femmes ayant accouché dans les hôpitaux montréalais pendant 1994 par Med-Écho, une base de données recueillies systématiquement dans tous les hôpitaux montréalais⁴³. Le taux de césarienne (césarienne prévue et césarienne en urgence) s'apparente à celui de la population. 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%).

La fréquence des interventions observée au Québec est à l'image de la pratique obstétricale nord-américaine qui favorise une approche interventionniste⁴⁴. 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 faible⁴⁵. L'élargissement des critères de grossesse à risque élevé explique en partie que peu de femmes échappent à l'un ou l'autre des critères de grossesse à risque élevé et que les interventions obstétricales sont fréquentes durant le travail. Cette situation suscite une réflexion sur la nécessité de toutes ces interventions obstétricales.

Le choix des hôpitaux de recrutement n'a pas été fait au hasard. Il est basé sur la relation de collaboration avec ces hôpitaux et sur la possibilité de rencontrer différentes catégories de population tant sur le plan géographique que sur le plan socio-économique. Il est intéressant de constater que les femmes (travailleuses et non travailleuses) incluses dans l'étude originale sont semblables en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques à la population des femmes enceintes au niveau provincial⁴⁶. Quant aux travailleuses enceintes nous avons une sur-représentation des femmes dont la tranche d'âge est de 18 à 25 ans (16,8% versus 10,4%) et une sous-représentation des femmes âgées de 35 à 42 ans (6,9% versus 13,8%) par rapport à la population active enceinte dont le lieu de travail est la région de Montréal-Centre⁴⁷.

Les données de cette étude ont été recueillies après l'accouchement auprès des répondantes à l'étude. La validité de ces informations dépend d'une part, de la façon dont les participantes étaient informées par leur médecin et de la compréhension des informations médicales des répondantes et, d'autre part, de la mémoire des répondantes.

Étant donné que la durée de l'hospitalisation en post-partum est de 2 à 3 jours dans les hôpitaux concernés, l'entrevue auprès des répondantes a eu lieu pendant le séjour à l'hôpital. Le risque d'omission d'une intervention ou d'une complication survenue durant l'accouchement est relativement faible. Nous pensons que l'incompréhension des informations médicales et le fait que les femmes ne soient pas informées d'une intervention ou d'une complication par leur accoucheur ne devraient pas être reliés systématiquement à la variable indépendante, la durée du congé prénatal. Ils entraînent plutôt une sous-estimation globale de l'incidence des interventions ou des complications durant l'accouchement et du risque d'accouchement difficile.

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.

Figure 1: Femmes actives au Canada

Selon l'âge, 1976-1994

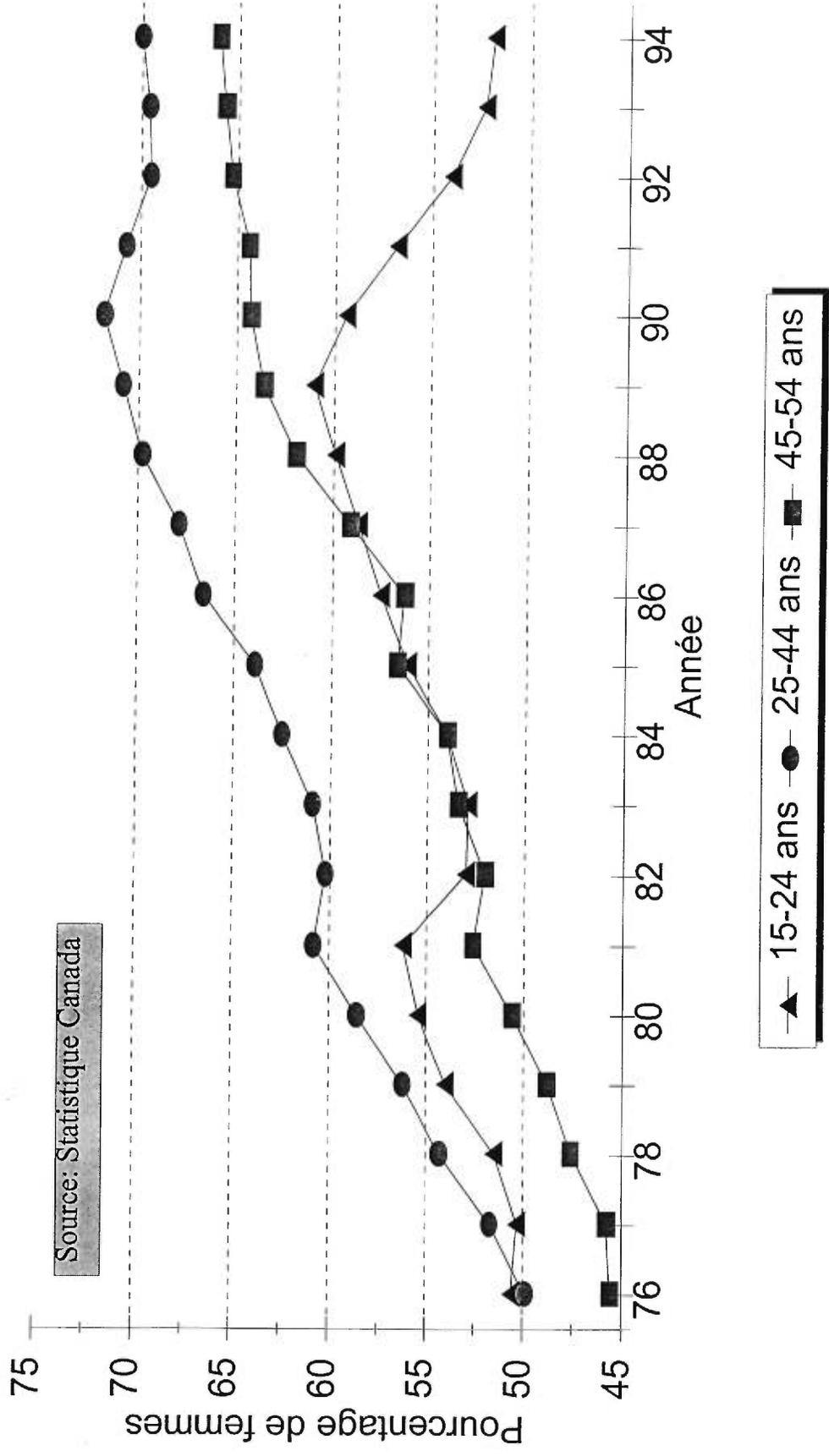


Tableau I : Caractéristiques des femmes qui travaillent durant leur grossesse

Nombre total = 363		%
Caractéristiques socio-démographiques et économiques		
Catégorie d'âge	18 - 24 ans	16,8
	25-35 ans	76,3
	36- 42 ans	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 ¹	> 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 (\pm E.T) ²		34,3 \pm 8,6
Durée moyenne d'arrêt du travail prénatal (\pm E.T) ³		7,6 \pm 7,1
Ayant une indemnisation durant l'arrêt du travail prénatal		87,6
Bénéficiaires du programme de retrait préventif		20,1

¹ Selon le classement de Statistique Canada² Écart-Type³ Écart-Type

Figure 2: Répartition du nombre de semaines d'arrêt de travail avant l'accouchement chez les femmes n'ayant pas droit à l'indemnisation

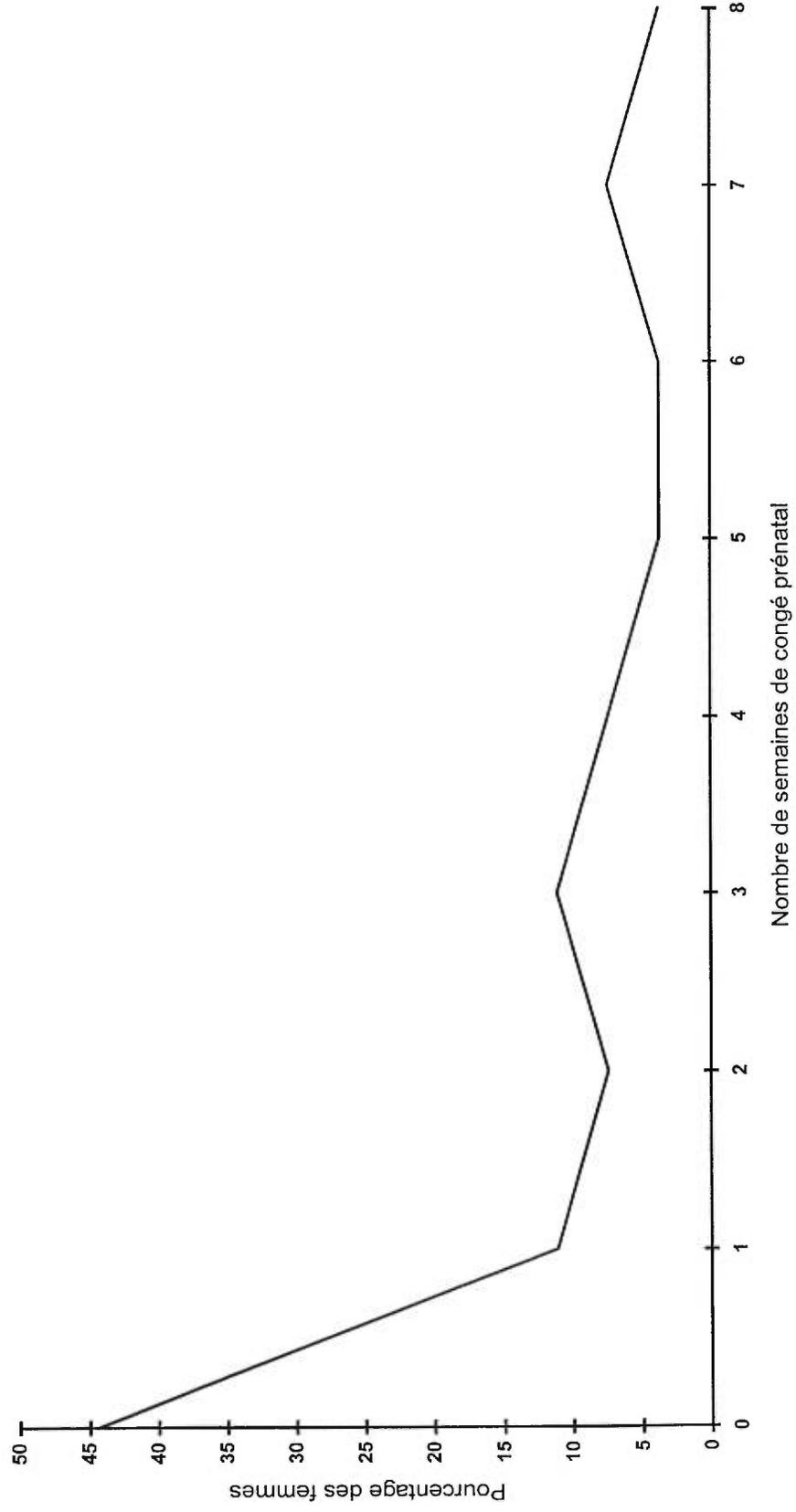


Tableau II : État de santé avant et durant la grossesse chez les travailleuses ayant mené une grossesse à terme

Nombre total = 363		%
Maladie chronique avant la grossesse (HTA, Diabète, Maladie cardiaque, Problèmes rénaux ou Épilepsie)		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 (\pm E.T) ⁴		1,21 \pm 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
Fréquences des autres problèmes de santé ou symptômes (n = 99)		
Problèmes usuels (Enflure, Fatigue, Mal aux seins, Vergetures de grossesse et Varice)		25,3
Problème du système digestif		22,2
Infection urinaire ou vaginale		16,2
Grippe ou Infections des voies respiratoires		13,1
Mal au dos		10,1
Problème de la thyroïde		5,1
Divers (Allergie, Arythmie, Céphalée, Fibrome, Épilepsie)		8,0

⁴ Écart-Type

Tableau III : Accouchement chez les travailleuses ayant mené une grossesse à terme

Nombre total = 363		%
Complication/ Intervention durant l'accouchement		68,6
	Accouchement provoqué	34,2
	Forceps/ventouse	19,8
	Soluté pour accélérer le travail	19,6
	Césarienne en urgence	13,8
	Durée du travail prolongée	5,2
	Révision utérine	4,1
	Hémorragie	4,1
	Anesthésie épidurale (sans césarienne)	32,5
	Déchirure/Épisiotomie	68,9
Poids du bébé à la naissance	< 2500 g	1,9
	2500 - 3999 g	86,8
	> = 4000 g	11,3
Présence d'au moins une personne de la famille lors de l'accouchement		98,9
Hôpital de l'accouchement	M	31,4
	C	39,1
	S	18,2
	N	11,3

Tableau IV : 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)	p
Catégorie d'âge maternel					
18 - 24 ans		16,1	18,4	1	
25-35 ans		77,1	74,6	1,19 (0,66 - 2,13)	0,57
36- 42 ans		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 ⁵		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)	0,000
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 ± 8,6	34,5 ± 8,7	0,99 (0,97 - 1,02)	0,81
Durée moyenne de l'arrêt du travail prénatal		7,1 ± 6,56	8,7 ± 7,9	0,97 (0,94-0,99)	0,035
Indemnisation de l'arrêt du travail prénatal		88,8	85,1	1,38 (0,72 - 2,64)	0,33

⁵ Selon le classement de Statistique Canada

Tableau V : 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)	<i>p</i>
Nombre moyen de problèmes de santé durant la grossesse	1,31±1,16	0,97± 0,93	1,36 (1,09 - 1,70)	0,007
Désir de grossesse				
Voulait tout de suite/plus tôt	80,3	83,3	1	0,50
Voulait plus tard/Ne voulait pas	19,7	16,7	1,23 (0,68 - 2,20)	
Problème de la vie reproductive	22,1	24,6	0,87 (0,52 - 1,47)	0,60
Maladie chronique avant la grossesse	4,4	4,4	1,01 (0,34 - 2,97)	0,99
Poids de naissance du bébé				
< 4000 g	87,5	91,2	1	0,30
> = 4000 g	12,5	8,8	1,49 (0,70 - 3,14)	
Présence de personne(s) de la famille lors de l'accouchement	98,8	99,1	0,73 (0,07 - 7,05)	0,78
Hôpital de l'accouchement				
M	32,5	28,9	1	
C	36,5	44,7	0,73 (0,43 - 1,24)	0,24
S	19,4	15,9	1,09 (0,55 - 2,13)	0,81
N	11,6	10,5	0,98 (0,45 - 2,15)	0,97

Tableau VI : 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%	
Durée du congé prénatal	0,959	0,928 - 0,990	$p = 0,010$
Nombre de problèmes durant la grossesse	1,455	1,153 - 1,836	$p = 0,002$
Parité			
Primipare	1		
Multipare	0,346	0,214 - 0,558	$p < 0,000$

Variables non retenues dans le modèle

Niveau de scolarité
 Groupe professionnel
 Hôpital de l'accouchement

Paramètres statistiques

Test de goodness of fit de Hosmer-Lemeshow = 10,77 ($p = 0,22$)

Valeur prédictive = 70,3%

Sensibilité = 20,2%

Spécificité = 93,5%

Référence

1. Guyon L. Robitaille C. Clarkson M. Lavallée C. **La vie reproductive** In: Derrière les apparences: santé et conditions de vie des femmes by: Ministère de la santé et des services sociaux de Gouvernement du Québec, 1996, p127
2. Teitelman AM. Welch LS. Hellenbrand KG. Bracken MB. **Effect of maternal work activity on preterm birth and low birth weight.** American Journal of Epidemiology. 131(1):104-13, 1990.
3. Launer LJ. Villar J. Kestler E. de Onis M. **The effect of maternal work on fetal growth and duration of pregnancy: a prospective study.** British Journal of Obstetrics & Gynaecology. 97(1):62-70, 1990.
4. Koemeester AP. Broersen JP. Treffers PE. **Physical work load and gestational age at delivery.** Occupational & Environmental Medicine. 52(5):313-5, 1995.
5. Luke B. Mamelle N. Keith L. Munoz F. Minogue J. Papiernik E. Johnson TR. **The association between occupational factors and preterm birth: a United States nurses' study.** American Journal of Obstetrics & Gynecology. 173(3 Pt 1):849-62, 1995.
6. McDonald AD. McDonald JC. Armstrong B. Cherry NM. Nolin AD. Robert D. **Prematurity and work in pregnancy.** British Journal of Industrial Medicine. 45(1):56-62, 1988 .
7. Saurel-Cubizolles MJ. Kaminski M. Llado-Arkipoff J. Du Mazaubrun C. Estryng-Behar M. Berthier C. Mouchet M. Kelfa C. **Pregnancy and its outcome among hospital personnel according to occupation and working conditions.** Journal of Epidemiology & Community Health. 39(2):129-34, 1985

8. Boyce WT. Schaefer C. Harrison HR. Haffner WH. Lewis M. Wright AL. **Social and cultural factors in pregnancy complications among Navajo women.** American Journal of Epidemiology. 124(2):242-53, 1986.
9. Rosenberg SN. Albertsen PC. Jones EE. Roberts RS. **Complications of labor and delivery following uncomplicated pregnancy.** Medical Care. 19(1):68-79, 1981.
10. Hobel CJ. Hyvarinen MA. Okada DM. Oh W. **Prenatal and intrapartum high-risk screening. I. Prediction of the high-risk neonate.** American Journal of Obstetrics & Gynecology. 117(1):1-9, 1973.
11. Sills ES. Baum JD. Ling X. Harper MM. Levy DP. Lockwood CJ. **Average length of spontaneous labor in Chinese primigravidas.** Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction. 26(7):704-10, 1997.
12. Zahniser SC. Kendrick JS. Franks AL. Saftlas AF. **Trends in obstetric operative procedures, 1980 to 1987.** American Journal of Public Health. 82(10):1340-4, 1992.
13. Peipert JF. Bracken MB. **Maternal age: an independent risk factor for cesarean delivery.** Obstetrics & Gynecology. 81(2):200-5, 1993.
14. Johnson NP. Lewis J. Ansell DA. **Does ethnicity influence obstetric intervention?.** New Zealand Medical Journal. 108(1013):511-2, 1995.
15. Da Costa D. Brender W. Larouche J. **A prospective study of the impact of psychosocial and lifestyle variables on pregnancy complications.** Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 19(1):28-37, 1998.

16. Lobel M. **Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes.** Journal of Behavioral Medicine. 17(3):225-72, 1994.
17. Sorensen G. and Verbrugge LM. **Women, work and health.** Annual Review of Public Health, 8:235-251, 1987.
18. Stein ZA. Susser MW. Hatch MC. **Working during pregnancy: physical and psychosocial strain.** Occupational Medicine. 1(3):405-9, 1986.
19. Dumont M. **La délivrance pathologique et dystocie des partie molles.** In: Obstétrique (ed) Vigot Frère. Paris, p234-317, 1972.
20. Gould JB. Davey B. Stafford RS. **Socioeconomic differences in rates of cesarean section.** New England Journal of Medicine. 321(4):233-9, 1989.
21. Ezra Y. McParland P. Farine D. **High delivery intervention rates in nulliparous women over age 35.** European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology. 62(2):203-7, 1995.
22. Baum A, Schaeffer MA Lake CR. **Psychological and endocrinological correlates of chronic stress at Three Mile Island.** In: Williams RB, (ed): Perspectives on behavioral medicine. New York: Academic Press. p201-17, 1985.
23. Katz VL. Jenkins T. Haley L. Bowes WA Jr. **Catecholamine levels in pregnant physicians and nurses: a pilot study of stress and pregnancy.** Obstetrics & Gynecology. 77(3):338-42, 1991.

24. al-Najashi S. al-Suleiman SA. el-Yahia A. Rahman MS. Rahman J. **Shoulder dystocia--a clinical study of 56 cases.** Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology. 29(2):129-32, 1989.
25. Kost K. Forrest JD. **Intention status of U.S. births in 1988: differences by mothers' socioeconomic and demographic characteristics.** Family Planning Perspectives. 27(1):11-7, 1995.
26. Mamelle N. Laumon B. Lazar P. **Prematurity and occupational activity during pregnancy.** American Journal of Epidemiology. 119(3):309-22, 1984.
27. McDonald AD. McDonald JC. Armstrong B. Cherry N. Delorme C. D-Nolin A. Robert D. **Occupation and pregnancy outcome.** British Journal of Industrial Medicine. 44(8):521-6, 1987.
28. Johnson N. Ansell D. **Variation in caesarean and instrumental delivery rates in New Zealand hospitals.** Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology. 35(1):6-11, 1995.
29. Goyert GL. Bottoms SF. Treadwell MC. Nehra PC. **The physician factor in cesarean birth rates.** New England Journal of Medicine. 320(11):706-9, 1989.
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. 275(15):1165-70, 1996.

31. Turner MJ. Rasmussen MJ. Turner JE. Boylan PC. MacDonald D. Stronge JM. **The influence of birth weight on labor in nulliparas.** Obstetrics & Gynecology. 76(2):159-63, 1990.
32. Briend A. **Maternal physical activity, birth weight and perinatal mortality.** Medical Hypotheses. 6(11):1157-70, 1980.
33. Alegre A. Rodriguez-Escudero FJ. Cruz E. Prada M. **Influence of work during pregnancy on fetal weight.** Journal of Reproductive Medicine. 29(5):334-6, 1984.
34. Ceron-Mireles P and Constanze I. **The risk of prematurity and small-for-gestational-age birth in Mexico City: The effects of working conditions and antenatal leave.** American Journal of Public Health. 86: 825-831, 1995.
35. Marbury MC. Linn S. Monson RR. Wegman DH. Schoenbaum SC. Stubblefield PG. Ryan KJ. **Work and pregnancy.** Journal of Occupational Medicine. 26(6):415-21, 1984.
36. Collection Zoon. **Maladie, Maternité.** Editions Tissot. Paris. p68, 1998.
37. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST). **Pour une maternité sans danger.** Rapport soumis au directeur général de l'IRSST, Montréal, 1993
38. Turcotte G. **How pregnant workers see their work, its risks and the right to precautionary leave in Quebec.** Women & Health. 18(3):79-95, 1992.
39. Développement des ressources humaines Canada. **Prestations de maternité, parentales et de maladie,** In: Assurance –Emploi. by Gouvernement du Canada. 1998.

40. Statistique Canada. **Portrait statistique des femmes au Canada**. In: Les femmes au Canada - 3e édition. Ottawa. p 67, 1995.
41. Chamberlain GV. **Work in pregnancy**. American Journal of Industrial Medicine. 23(4):559-75, 1993.
42. Bélanger H, Leduc Y and Beaudoin N. **La femme et l'obstétrique**. In: La santé des femmes. by Bélanger H and Charbonneau L. (ed) Edisem Malmoine F.M.O.Q, Québec. p585. 1994.
43. Sapinski JP. **Accouchement et naissance dans la région de Montréal – 1994 Rapport de recherche**. Université de Montréal. 1996.
44. Corporation professionnelle des médecins du Québec. **Profil de l'utilisation des interventions obstétricales au**
45. Towler J. **Physiological labour and natural birth** In: Modern obstetrics in general practice (Edited by G. N. Marsh). Oxford University Press, New-York. p270-286, 1985.
46. Bureau de la statistique du Québec. **Calculs du service évaluation-recouvrement de la santé, Registre de la population** by: Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement du Québec. 1990.
47. Statistique Canada. **Données du recensement 1991** (non publiées).

TROISIÈME PARTIE : *Autres résultats*

5. AUTRES RÉSULTATS DE L'ANALYSE

Parmi 363 femmes, 17 femmes qui représentent 4,7% de notre échantillon ont travaillé jusqu'au dernier jour de leur grossesse. Elles sont plus scolarisées, souvent multipares et ont un nombre d'heures de travail par semaine plus important durant la grossesse (39 heures par semaine versus 34 heures) par rapport à l'ensemble de l'échantillon. Plus de 40% des femmes n'ayant pas arrêté leur travail avant l'accouchement travaillent dans les secteurs des services ou de la vente (29,4%) et des manufactures ou du montage (11,8%). La majorité d'entre elles ont un statut d'emploi précaire : contractuelle, sur appel et travailleuse autonome. Deux femmes sur trois n'ont pas reçu d'indemnisation durant leur congé de maternité (Table VII).

Les travailleuses n'ayant pas droit à l'indemnisation durant le congé de maternité ont tendance à ne pas arrêter leur travail avant l'accouchement ou à arrêter plus tardivement que les travailleuses y ayant droit (Figure 3).

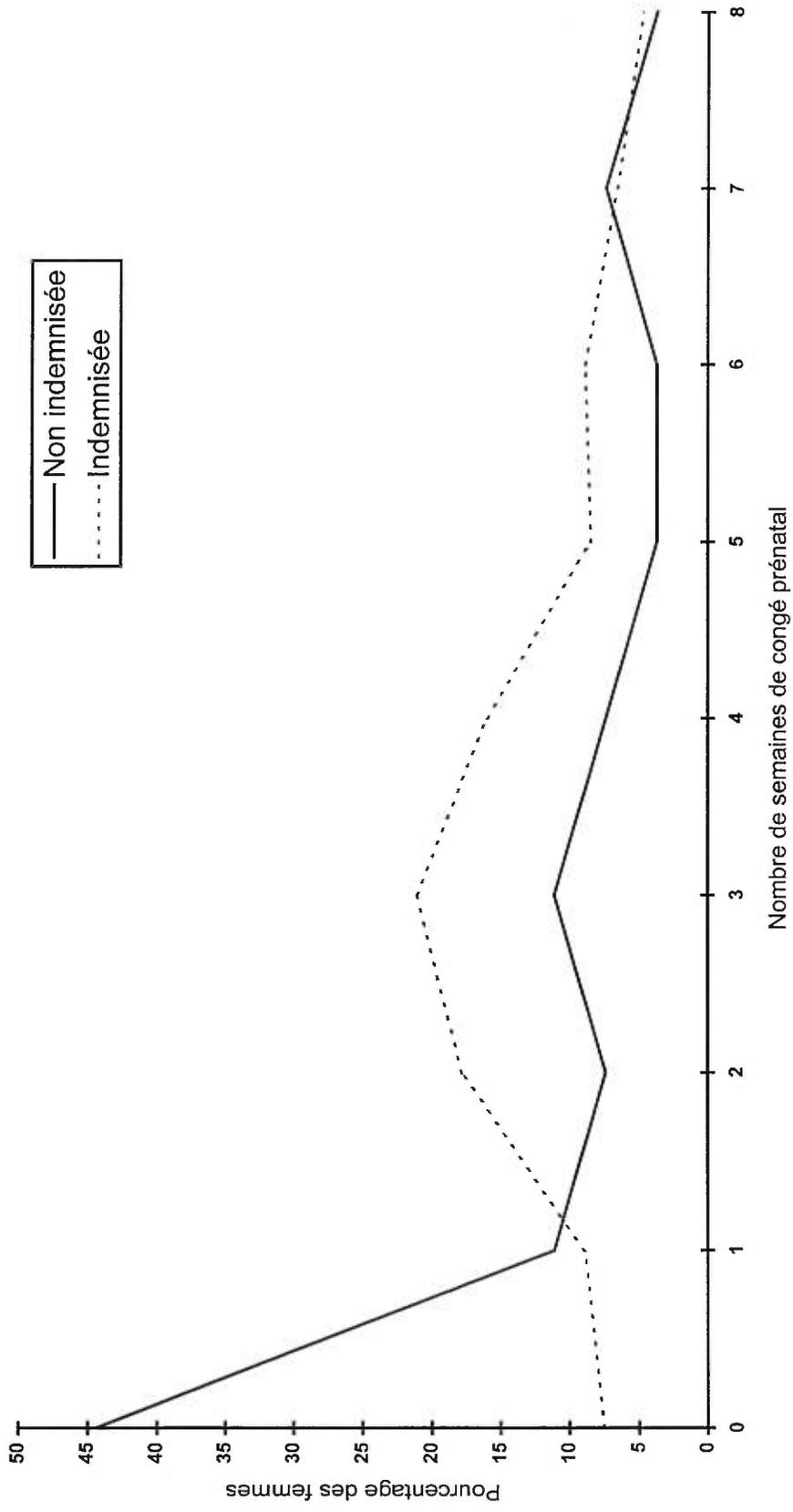
Tableau VII : Caractéristiques des travailleuses enceintes qui n'ont pas arrêté leur travail avant l'accouchement

Nombre = 17		%
Caractéristiques socio-démographiques et économiques		
Catégorie d'âge	18 - 24 ans	17,8
	25-35 ans	64,7
	36- 42 ans	17,6
Pays d'origine	Canada	88,2
	Autre	11,8
Niveau scolaire complété	Secondaire V	23,5
	Collège /Université	76,5
Situation conjugale	Vit sans conjoint	5,9
	Vit avec conjoint	94,1
Revenu familial ¹	Faible revenu, mais > 60% du faible revenu	17,6
	60% du faible revenu	82,4
Parité	Primipare	29,4
	Multipare	70,6
Âge de gestation (en semaines)	37	11,8
	38	17,6
	39	17,6
	40	29,4
	41	23,5
Caractéristiques et Conditions du travail		
Statut des travailleuses	Travailleuse autonome	46,1
	Salariée	29,4
	Contractuelle	17,6
	Sur appel	5,9
Groupe professionnel	Service, Vente	29,4
	Direction, administration	23,5
	Travail de bureau	17,6
	Santé	17,6
	Fabrication, Montage	11,8
Ayant une indemnisation durant l'arrêt du travail prénatal		37,5
Nombre moyen d'heures de travail par semaine (\pm E.T) ²		38,6 \pm 11,6

¹ Selon le classement de Statistique Canada

² Écart-Type

Figure 3: Nombre de semaines de congé prénatal pris selon le droit à l'indemnisation



QUATRIÈME PARTIE : Discussion et Conclusion

6. DISCUSSION

6.1. Congé de maternité avant l'accouchement

Les résultats de notre 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 une période plus longue du congé de maternité avant l'accouchement réduit le risque des interventions ou des complications durant l'accouchement à terme, indépendamment de l'état de santé durant la grossesse et de la parité. Ce résultat rejoint l'aspect bénéfique du congé de maternité prénatal rapporté par plusieurs études, sur la réduction du risque de mortalité néonatale⁵⁹, de naissance prématurée (durée de gestation < 37 semaines) et d'insuffisance de poids à la naissance (<2500g).

Les politiques québécoises reliées à la maternité durant la période prénatale incluant le congé de maternité et la possibilité d'un retrait préventif pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent sont conditionnels à la durée de l'emploi antérieur et partiellement remboursé. Une travailleuse a droit à 17 semaines de congé de maternité, dont 15 semaines sont indemnisées à environ 55% du salaire par le programme fédéral d'Assurance-Emploi⁶³ et 2 semaines par une somme fixée par le gouvernement du Québec à la demande de la travailleuse concernée. Les diverses conventions collectives compensent les pertes de salaire durant la période du congé de maternité dans des proportions variables. Cette durée du congé peut être répartie, selon le désir des femmes, en prénatal ou en postnatal à partir de la 32ième 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 ou celle de leur fœtus avec une indemnisation de 90% du salaire⁶². Il faut souligner que ces deux mesures de protection des femmes ont des limites. D'abord, le programme de

retrait préventif est instauré pour protéger les travailleuses enceintes et leur bébé contre des agents agresseurs de leur milieu de travail. C'est à la travailleuse que revient la responsabilité d'enclencher le processus de demande de retrait préventif en informant son médecin traitant de ses conditions de travail et des dangers qu'elles comportent. La connaissance du programme et de la notion de conditions de travail "dangereuses" pour la santé deviennent des éléments importants pour enclencher une démarche. Il semble que la présence d'un syndicat dans l'entreprise favorise l'exercice du droit que la loi confère aux travailleuses enceintes. Cependant, seulement une travailleuse sur 3 est syndiquée au Québec⁶⁶. Le faible taux de syndicalisation des femmes ne favorise pas les travailleuses à se prévaloir leur droit. Quant au programme de congé de maternité, les Québécoises qui peuvent recevoir l'indemnisation du programme d'Assurance-Emploi durant le congé de maternité doivent avoir cumulé 700 heures d'emploi assurables au cours des 52 semaines précédant la demande⁶³. 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 canadienne⁶⁴ et 12% des travailleuses de notre étude. Ces femmes qui travaillent déjà dans des conditions précaires doivent mener leur grossesse tout en travaillant souvent pour des raisons monétaires¹¹³. Le résultat de notre analyse confirme nos inquiétudes. Les femmes qui n'ont pas le droit de bénéficier du congé de maternité indemnisé sont plus nombreuses que les autres femmes à travailler jusqu'à la fin de la grossesse ou à arrêter moins d'une semaine avant l'accouchement (Figure 2). Dix sept femmes (4,7%) n'ont pas eu d'arrêt de travail avant leur accouchement dans notre échantillon. Parmi elles la plupart ont accouché à 39 semaines ou plus de leur grossesse. Il semble que ce n'est donc pas l'accouchement prématuré qui perturbe la planification de l'arrêt du travail pour les dernières semaines de la grossesse. La majorité (70%) d'entre elles sont des travailleuses contractuelles, sur appel ou autonomes qui ne peuvent bénéficier du programme de congé de maternité payé (Tableau VII). Toutefois il nous semble que l'accessibilité au programme de congé de maternité est un des facteurs qui influence probablement les femmes à cesser leur travail rémunéré avant l'accouchement (Figure 3).

6.2. Conditions de travail

Nous n'avons pas identifié une association significative entre les caractéristiques du travail des femmes (le titre d'emploi et le nombre d'heures de travail par semaine) et le déroulement de l'accouchement à terme. Selon les études réalisées, certaines conditions de travail qui engendrent de la fatigue et du stress affectent la durée gestationnelle et le poids du nouveau-né^{37,39,54}. Les études récentes portant sur les conditions de travail en relation avec l'issue de grossesse documentent deux dimensions principales : l'ensemble de facteurs ergonomiques³⁹ et le stress psychologique lié au travail^{23,53}. Le dernier comporte deux aspects : le stress lié à la charge de travail (job demand) et l'autonomie et le contrôle au travail (job control) ¹¹⁴. Ces deux situations de travail peuvent être interreliées et accroître le niveau de stress lié au travail. L'autonomie et le contrôle au travail permettent aux travailleuses de prendre la décision de faire leur travail à leur propre façon. Elle entraîne une attitude positive de l'individu vis-à-vis du travail et du stress. Tandis que le stress lié à la charge de travail place les travailleuses dans un environnement stressant, monotone et sous pression, dans lequel la travailleuse a un faible niveau de contrôle sur ses tâches et l'organisation de son travail. Le manque de stimulation et de créativité au travail cause un effet néfaste sur les plans psychologique et physiologique^{114,115}. A ce point-ci, notre réflexion porte sur la notion de conditions de travail dangereuses pour les femmes enceintes. Les travailleuses enceintes soumises aux conditions de travail "normales", mais avec un degré d'autorité et d'influence au travail faible, par exemple les secrétaires, sont probablement aussi exposées à des conditions de travail qui peuvent affecter leur santé durant la grossesse, une période de vie spéciale, bien que l'agresseur relié au poste de travail ne soit pas présent : facteurs ergonomiques, chimique, biologique, physique ou facteur relié à la sécurité¹. Le stress lié au travail monotone qui cause plus de tension et de problèmes psychosomatiques est constaté chez les travailleuses de bureau en temps normal¹¹⁵. Nous pensons que ce stress lié au travail peut être un facteur de risque qui affecte la santé des femmes durant la grossesse et le déroulement de l'accouchement à terme.

L'amélioration des conditions de travail pour les travailleuses enceintes: avoir un horaire flexible, avoir plus d'autonomie ainsi que le climat qui règne dans le milieu de travail pourrait atténuer le stress lié au travail.

L'absence des données concernant les détails des caractéristiques des conditions de travail n'a pas permis de faire une analyse plus raffinée. Nous avons utilisé les informations disponibles de l'étude, la catégorie de la profession et le nombre d'heures de travail par semaine, pour ajuster de façon indirecte et partielle le niveau de stress et le degré de fatigue, qui sont liés au travail.

6.3. Problèmes de santé durant la grossesse

Notre modèle montre, en outre, que l'augmentation du nombre de problèmes de santé ou de symptômes durant la grossesse augmente significativement la possibilité d'avoir un accouchement difficile chez les femmes qui travaillaient durant la grossesse. En moyenne, les femmes ayant subi une intervention ou rencontré une complication durant l'accouchement ont plus de ces symptômes durant la grossesse, comparativement à celles qui n'ont pas eu de difficultés à l'accouchement. Le tableau II présente le détail des problèmes de santé durant la grossesse déclarés par les femmes. Environ une femme sur trois ont mentionné avoir eu un autre problème de santé ou symptômes que ceux préétablis selon les symptômes couramment rencontrés en clinique¹¹⁷. Bien que le lien direct entre la présence de ces autres symptômes, particulièrement les problèmes usuels, et le déroulement de l'accouchement ne soit pas reconnu, ils causent physiquement de l'inconfort qui peut jouer un rôle sur le plan psychologique et entraîner un stress supplémentaire chez les travailleuses enceintes. Comment le cumul de problèmes de santé ou de symptômes durant la grossesse est-il relié au déroulement de l'accouchement ? Cela sort du cadre de notre étude et pourrait faire l'objet d'une autre recherche.

6.4. Dérroulement de l'accouchement

Les résultats de notre étude constatent que 69% des femmes de notre échantillon ont donné naissance à leur bébé à l'aide d'une intervention ou ont eu une complication durant l'accouchement [Tableau III]. Nos données provenant de 4 hôpitaux de la région montréalaise reflètent une partie de la réalité des pratiques obstétricales. Faute de disponibilité du même type de données, nous avons comparé nos divers taux d'interventions ou de complications avec ceux compilés pour la population des femmes ayant accouché dans les hôpitaux montréalais pendant 1994 par Med-Écho, une base de données recueillies systématiquement dans tous les hôpitaux montréalais¹¹⁸. Le taux de césarienne qui réunit la césarienne prévue et la césarienne en urgence de notre étude s'apparente à celui dans la population (19,2% versus 19%). Le taux d'accouchement provoqué est plus faible dans notre étude. En revanche l'incidence de l'hémorragie de la délivrance est plus élevée (4,1% versus 0,7%).

La fréquence des interventions observée au Québec est à l'image de la pratique obstétricale nord-américaine qui favorise une approche interventionniste¹¹⁹. 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. L'élargissement des critères de grossesse à risque élevé explique en partie que peu de femmes échappent à l'un ou l'autre des critères de grossesse à risque élevé et que les interventions obstétricales sont tellement fréquentes durant le travail. Cependant, la naissance d'un bébé à terme est un phénomène naturel, et l'accouchement naturel devrait se produire chez 80% des femmes enceintes considérées à risque faible⁷⁰.

6.5. Limites et validité de l'étude

Les limites de cette étude portent sur la nature de nos données et la définition de l'indicateur de mesure que nous avons défini. Ce travail a été réalisé en utilisant une partie des données d'un projet de recherche portant sur la santé des nouvelles mères en postnatal en relation avec leur emploi, qui vérifie plutôt les conditions de retour au travail pour les femmes dans l'année qui suit une naissance. C'est une étude longitudinale avec une collecte de données à trois reprises : tout de suite après l'accouchement, à 6 mois et 12 mois post-partum. Pour des raisons méthodologiques nous avons utilisé les données recueillies par la première entrevue à l'hôpital.

6.5.1. Définition de la variable dépendante

Nous avons centré ce travail sur l'influence de la durée du congé de maternité avant l'accouchement sur le déroulement de l'accouchement à terme. Les études qui portent sur l'accouchement ont souvent abordé le sujet en n'analysant qu'un aspect du déroulement de l'accouchement à la fois, comme la durée du travail⁸³, le taux de césarienne^{10,80} ou l'intervention obstétricale^{9,11,120}. Les événements qui se produisent durant l'accouchement ne sont jamais indépendants, l'un peut déclencher l'autre^{74,75,77}. Il est difficile de les quantifier. Nous avons cherché un indice qui reflète le déroulement du processus de l'accouchement de façon générale sans préciser le degré de gravité de chaque intervention ou complication et qui permet d'évaluer l'impact du congé avant l'accouchement à partir des données disponibles dans cette étude. Il s'agit de la césarienne en urgence, de l'accouchement provoqué, du soluté pour accélérer le travail, de l'usage du forceps ou de la ventouse, de la révision utérine, de la durée du travail prolongée et de l'hémorragie de la délivrance. En présence d'au moins un de ces éléments, le déroulement de l'accouchement est considéré difficile. Ce choix des éléments plutôt reliés à l'état de santé des femmes nous amène à exclure des éléments qui ne sont pas

en-soi "normaux" tels que des interventions (l'anesthésie épidurale sans césarienne et l'épisiotomie) qui dépendent plus de la pratique des accoucheurs que de la santé des femmes.

6.5.2. Estimation du risque relatif

Dans différents types d'étude épidémiologique, l'ampleur d'une association entre une exposition et une maladie donnée, est estimée par le risque relatif. Il indique la possibilité de développer un phénomène ou une maladie dans le groupe exposé par rapport à celui non exposé¹²¹. Le ratio de cotes connu sous le nom "odds ratio" est une estimation sans biais du risque relatif dans une étude cas-témoins lorsque le phénomène ou la maladie (variable dépendante) est rare dans la population générale, soit une prévalence de la maladie inférieure à 5%¹²¹. Autrement dit, quand la fréquence d'un phénomène étudié dépasse 5%, il entraîne un écart entre le risque relatif et le ratio de cotes. Dans notre étude, la variable dépendante n'est pas un phénomène rare, 31% des femmes ont un accouchement sans difficulté. Ceci peut entraîner une augmentation de l'écart entre le risque relatif et le ratio de cotes. En conséquence, le risque relatif est probablement surestimé par le ratio de cotes.

6.5.3. Validité interne

Cette recherche qui porte sur des facteurs humains peut comporter un ensemble de biais liés au caractère d'observation de l'étude.

6.5.3.1 Biais de sélection

Les femmes incluses dans l'étude originale ont été recrutées dans quatre hôpitaux de la région montréalaise. Le choix des hôpitaux est basé sur la relation de collaboration avec les intervenants et sur la possibilité d'avoir accès à différentes catégories de population tant sur le

plan géographique (population de la métropole et de la banlieue) que sur le plan socio-économique (population favorisée et défavorisée). Cependant, la clientèle de ces hôpitaux concernés est reliée aux médecins traitants. Il est intéressant de constater que les femmes incluses dans l'étude originale sont semblables à la population des femmes enceintes au niveau provincial du Québec en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques¹²³. Quant aux travailleuses enceintes, nous avons une proportion plus importante des femmes âgées de 18 à 25 ans (16,8% versus 10,4%) et une sous-représentation des femmes âgées de 35 à 42 ans (6,9% versus 13,8%) par rapport à la population active enceinte dont le lieu de travail est la région de Montréal-Centre¹.

En comparant nos données avec la population générale des travailleuses enceintes de la province du Québec en 1986 et selon les grands groupes professionnels, les secteurs où les femmes ont une proportion plus importante dans cette étude sont : le secteur du service ou de la vente (28% versus 15%), de la manufacture (8% versus 11%), de la direction ou de l'administration (13% versus 8%) et des enseignantes (10% versus 6%). Les secteurs où il y a une sous-représentation sont : les travailleuses au bureau (28% versus 37%) et le secteur de la santé (11% versus 12%)¹. Compte tenu des ressources disponibles nous ignorons si ces écarts sont dus à l'échantillonnage ou à l'évolution de la population féminine active sur le marché du travail.

Le taux de participation de l'étude originale est de 80%. Différents éléments ont pu contribuer à ce taux de réponse. Comme plusieurs études sur les caractéristiques des non-répondantes le rapportent, les femmes vivant seules répondent moins souvent que les femmes vivant en couple¹²⁴. De même, le risque d'être non-répondante est plus élevé pour les femmes défavorisées¹²⁵. A part ces facteurs sociaux et personnels, dans notre cas le recrutement des participantes s'est fait au lendemain de l'accouchement en raison du congé précoce de

l'hospitalisation*, le refus de la participation peut être relié au déroulement de l'accouchement et à l'état de la santé de la femme et du bébé. Les femmes dont l'accouchement s'est déroulé difficilement avec une complication ou qui sont très épuisées peuvent facilement refuser l'entrevue à l'hôpital. Il est probable que ces femmes ont souvent eu des problèmes de santé pendant la grossesse, qui justifient un repos immédiat^{55,117}. Ce biais peut affecter à la fois l'incidence de l'accouchement difficile et aussi la variable de l'exposition (durée du congé prénatal). En conséquence le risque mesuré peut être sous-estimé.

6.5.3.2 Biais d'informations

Le biais d'information est souvent identifié dans les études dont les informations sont recueillies auprès des répondantes. Dans le cas présent il vient du fait que les éléments qui définissent le déroulement de l'accouchement ont été recueillis auprès des femmes participantes sans être vérifiés dans les dossiers médicaux.

La validité des informations que nous avons recueillies repose à la fois sur la façon dont les femmes étaient informées par leurs médecins et sur la compréhension et l'interprétation des informations médicales de la part des répondantes. Nous avons observé un taux d'hémorragie de la délivrance plus élevé que celui dans la population montréalaise (4,1% versus 0,7%). Cette hausse du taux peut résulter de l'interprétation des informations médicales. Pour un obstétricien, une hémorragie de la délivrance est admise lorsque la quantité de sang perdu atteint 600 à 800 grammes ou en présence d'un tableau d'anémie aiguë : tension artérielle abaissée, pouls rapide et mal frappé, du collapsus et du choc consécutif présent durant l'accouchement⁷⁷. Cependant certaines explications données par le professionnel de la santé sur les traitements peuvent être considérées par les femmes comme une hémorragie, par

* La durée de séjour à l'hôpital dans la région montréalaise est entre 36 à 48 heures après l'accouchement

exemple, "On vous donne du fer parce que vous avez saigné pendant l'accouchement." En réalité le saignement ne correspond pas aux critères du diagnostic de l'hémorragie de la délivrance. En ce qui concerne la durée du travail durant l'accouchement, elle a été calculée à partir du moment où les contractions étaient aux 5 minutes ou à partir du début de la provocation de l'accouchement jusqu'à la sortie du bébé. La prolongation du travail se définit de la façon classique telle que proposée par Friedman en tenant compte de la parité⁷⁷: 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. Au-delà il s'agit d'une prolongation au travail. Cependant, il faut reconnaître que certaines femmes qui n'ont jamais eu de contractions régulières ont eu de la difficulté à calculer la durée exacte. Est-il possible que le fait de ne pas avoir eu des contractions régulières au début de l'accouchement ait un lien avec la durée du congé prénatal ou le déroulement de l'accouchement ? Nous ne connaissons pas la proportion de ces femmes dans l'échantillon. L'absence de données supplémentaires pour ce groupe de femmes n'a pas permis de faire la vérification.

Le biais de mémoire peut se produire dans une étude pour laquelle les données sont recueillies de manière rétrospective¹²¹. De nombreux facteurs entrent en ligne de compte. Le délai entre la survenue des événements et le moment de la collecte des données est un des facteurs qui affectent la précision quant aux informations recherchées. Dans le cas présent, les données nécessaires à cette étude ont été recueillies auprès des répondantes 1 ou 2 jours après l'accouchement. Puisque le délai entre l'entrevue et l'accouchement est court, le risque d'omission d'un événement qui s'est produit durant l'accouchement est minimisé. Mais suite à une expérience émotionnelle intense, mettre au monde un bébé, le degré de considération d'un événement durant l'accouchement moins significatif (par exemple durée de l'accouchement) peut changer. Certaines femmes n'ont pas encore eu le temps de se remettre de leurs émotions, surtout chez les primipares; la précision sur l'information fournie dépend du degré de sa considération de l'événement. Certains l'appellent le biais de "tout va bien" ¹²⁶.

Nous pensons que les biais mentionnés ne doivent pas être reliés systématiquement à un groupe des femmes en terme d'exposition (durée du congé prénatal). Ils peuvent affecter l'estimation de la fréquence de l'accouchement difficile, mais ils auraient un effet conservateur sur l'estimation.

Le biais d'information peut aussi être lié à l'effet d'enquêteurs. Les données nécessaires à cette étude ont été obtenues lors des entrevues à l'hôpital, effectuées par trois enquêtrices. Les réponses aux questions pourraient être influencées aussi bien par la relation entre la participante et l'enquêtrice que par la façon dont les enquêtrices cherchaient les informations. En général, ce type de biais peut renforcer l'association entre la variable dépendante et la variable indépendante. On a tendance à chercher plus d'informations chez les personnes exposées. Plusieurs précautions ont été prises pour pallier cet effet : l'entraînement préalable pour poser les questions d'une façon standard, la standardisation des explications pour certains items techniques et l'exclusion des femmes qui ne parlent pas français pour minimiser l'effet de l'enquêteur. En plus, les données que nous utilisons sont recueillies pour l'étude d'origine qui a des objectifs différents de celui de cette étude. Nous pensons que le biais d'effet d'enquêtrice a très peu d'influence sur nos variables principales.

6.5.4. Variable de confusion

L'état actuel des connaissances et les limites d'une analyse secondaire peuvent faire en sorte que des variables de confusion pertinentes soient absentes du modèle, menant possiblement à des conclusions incomplètes concernant les relations entre les variables, et affectant ainsi la validité interne de l'étude. Dans le cas présent, l'absence des informations concernant le détail des conditions de travail et du stress lié au travail ne permet pas d'évaluer directement l'effet du stress et de la fatigue au travail sur le déroulement de l'accouchement.

Étant donné que les renseignements relatifs à l'état de la santé durant la grossesse ont été reconstitués rétrospectivement auprès des répondantes pour cette étude sans être vérifiés dans les dossiers médicaux, la façon de se souvenir des événements survenus durant la grossesse peut être influencée par le déroulement de l'accouchement. Les femmes ayant un accouchement difficile peuvent faire plus d'effort pour se rappeler de ce qui s'est passé durant la grossesse que les femmes dont l'accouchement se déroule moins difficilement. Ce biais peut entraîner une surestimation de la proportion des femmes qui ont des problèmes de santé durant la grossesse dans le groupe des femmes qui ont un accouchement difficile et renforcer l'association entre la présence de problème de santé durant la grossesse et le déroulement difficile de l'accouchement.

6.5.5. Validité externe

L'étude a été faite dans une population montréalaise restreinte, et sous réserve des limites mentionnées dans les sections précédentes, les résultats devraient être généralisables dans toute région qui aurait les mêmes caractéristiques que celle de l'étude.

7. CONCLUSION

L'objectif de cette étude vise à identifier la contribution de la durée du congé de maternité avant l'accouchement chez les travailleuses sur le déroulement de l'accouchement à terme. Très peu d'informations à ce sujet ont été décrites dans la littérature. Malgré les biais dont nous avons discuté, notre étude a mis en lumière le rôle du congé prénatal en fin de grossesse sur l'accouchement à terme. La prise d'une période plus longue de congé de maternité avant l'accouchement peut avoir un effet positif sur le déroulement de l'accouchement à terme. C'est un effet bénéfique de plus du congé prénatal pour la santé des femmes en périnatal.

Les résultats de l'étude démontrent la nécessité et la pertinence d'arrêter le travail rémunéré durant une période avant l'accouchement. Il est important de s'accorder du temps de repos avant l'accouchement, car tous les systèmes du corps sont sollicités par l'accouchement. A cet égard, nous ne sommes pas surpris que la législation de plusieurs pays comme la France et l'Italie oblige l'ensemble des travailleuses enceintes de prendre, avant l'accouchement, quelques semaines de congé avec des avantages sociaux.

Comment améliorer les conditions de travail pour les femmes enceintes et comment utiliser adéquatement et efficacement le congé de maternité pour la santé des femmes ? Les réponses à ces questions impliquent plusieurs acteurs reliés à la maternité soit les professionnels de la santé en périnatalité, les décideurs des politiques reliées à la maternité, les employeurs et les travailleuses enceintes.

Dans le contexte actuel il est impossible de généraliser le programme de retrait préventif à l'ensemble des travailleuses enceintes pour prendre du repos : 1) le programme vise les travailleuses enceintes qui se trouvent dans des conditions de travail dangereuses; 2) le coût du programme est financièrement substantiel et 3) la mesure est également une menace à

l'égalité des chances d'embauche pour les femmes en âge d'avoir des enfants⁶⁵. Les employeurs doivent plutôt encourager les travailleuses enceintes de quitter leur travail durant les dernières semaines de grossesse en profitant du congé de maternité pour se reposer.

Nous avons pu constater que la possibilité d'avoir un congé indemnisé est probablement un facteur influençant la prise de décision de l'arrêt du travail avant l'accouchement. Nous croyons qu'il faut trouver un moyen d'accorder la possibilité d'indemnisation aux femmes qui occupent un emploi précaire et qui sont exclues du programme d'Assurance-Emploi. D'autre part pour les travailleuses autonomes, il est nécessaire d'envisager, de plus le réaménagement des tâches et l'allègement des horaires trop lourds.

Ainsi, les résultats produits par notre analyse vont certainement orienter les intervenants en périnatalité auprès des travailleuses dans leurs pratiques prénatales. Il s'agit d'aborder l'intérêt du congé de maternité avant l'accouchement, de suggérer aux travailleuses enceintes de prendre une période de repos avant l'accouchement pour relaxer et préparer l'arrivée du bébé sur le plan physique et psychologique et de ne pas garder tout le temps de congé pour après la naissance. De même il serait souhaitable, à notre avis, de rendre une partie du congé de maternité obligatoire avant l'accouchement afin de réduire la morbidité liée aux interventions ou aux complications durant l'accouchement.

Enfin, les établissements de santé et les gouvernements feront ainsi des économies puisque l'accouchement sera plus facile et il y aura moins d'interventions ou de complications durant l'accouchement, si les travailleuses enceintes sont en bonne forme et mieux préparées à leur accouchement.

Finalement, la tendance que notre étude a montré, l'association entre la durée d'arrêt de travail et le déroulement de l'accouchement à terme, mérite d'être vérifiée dans des études ultérieures

avec un échantillon plus important et représentatif et un devis prospectif pour augmenter la puissance et réduire les biais potentiels.

Le constat de cette étude conduit à dégager des pistes de recherche en santé publique, par exemple, explorer de façon plus extensive les conditions de travail durant la grossesse ou les facteurs qui sont associés à la prise ou la durée d'arrêt de travail durant les dernières semaines de la grossesse chez les travailleuses, identifier un moment d'arrêt idéal avant l'accouchement pour déterminer une durée de congé prénatal appropriée pour les travailleuses enceintes.

CINQUIÈME PARTIE : Références

8. RÉFÉRENCES

1. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST). **Pour une maternité sans danger.** Rapport soumis au directeur général de l'IRSST, Montréal, 1993
2. Witwer MB. **Prenatal care in the United States: reports call for improvements in quality and accessibility.** Family Planning Perspectives. 22(1):31-5, 1990.
3. Guyon L. Robitaille C. Clarkson M. Lavallée C. **La vie reproductive** In: Derrière les apparences: santé et conditions de vie des femmes by: Ministère de la santé et des services sociaux de Gouvernement du Québec, 1996, p127.
4. Sorensen G. and Verbrugge LM. **Women, work and health.** Annual Review of Public Health, 8:235-251, 1987.
5. Boyce WT. Schaefer C. Harrison HR. Haffner WH. Lewis M. Wright AL. **Social and cultural factors in pregnancy complications among Navajo women.** American Journal of Epidemiology. 124(2):242-53, 1986.
6. Rosenberg SN. Albertsen PC. Jones EE. Roberts RS. **Complications of labor and delivery following uncomplicated pregnancy.** Medical Care. 19(1):68-79, 1981.

7. Hobel CJ. Hyvarinen MA. Okada DM. Oh W. **Prenatal and intrapartum high-risk screening. I. Prediction of the high-risk neonate.** American Journal of Obstetrics & Gynecology. 117(1):1-9, 1973.
8. Sills ES. Baum JD. Ling X. Harper MM. Levy DP. Lockwood CJ. **Average length of spontaneous labor in Chinese primigravidas.** Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction. 26(7):704-10, 1997.
9. Zahniser SC. Kendrick JS. Franks AL. Safflas AF. **Trends in obstetric operative procedures, 1980 to 1987.** American Journal of Public Health. 82(10):1340-4, 1992.
10. Peipert JF. Bracken MB. **Maternal age: an independent risk factor for cesarean delivery.** Obstetrics & Gynecology. 81(2):200-5, 1993.
11. Johnson NP. Lewis J. Ansell DA. **Does ethnicity influence obstetric intervention?.** New Zealand Medical Journal. 108(1013):511-2, 1995.
12. Da Costa D. Brender W. Larouche J. **A prospective study of the impact of psychosocial and lifestyle variables on pregnancy complications.** Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 19(1):28-37, 1998.
13. Lobel M. **Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes.** Journal of Behavioral Medicine. 17(3):225-72, 1994.

14. Reeb KG. Graham AV. Zyzanski SJ. Kitson GC. **Predicting low birthweight and complicated labor in urban black women: a biopsychosocial perspective.** Social Science & Medicine. 25(12):1321-7, 1987.
15. Stein ZA. Susser MW. Hatch MC. **Working during pregnancy: physical and psychosocial strain.** Occupational Medicine. 1(3):405-9, 1986.
16. Teitelman AM. Welch LS. Hellenbrand KG. Bracken MB. **Effect of maternal work activity on preterm birth and low birth weight.** American Journal of Epidemiology. 131(1):104-13, 1990.
17. Launer LJ. Villar J. Kestler E. de Onis M. **The effect of maternal work on fetal growth and duration of pregnancy: a prospective study.** British Journal of Obstetrics & Gynaecology. 97(1):62-70, 1990.
18. Koemeester AP. Broersen JP. Treffers PE. **Physical work load and gestational age at delivery.** Occupational & Environmental Medicine. 52(5):313-5, 1995.
19. Luke B. Mamelle N. Keith L. Munoz F. Minogue J. Papiernik E. Johnson TR. **The association between occupational factors and preterm birth: a United States nurses' study.** American Journal of Obstetrics & Gynecology. 173(3 Pt 1):849-62, 1995.

20. McDonald AD. McDonald JC. Armstrong B. Cherry NM. Nolin AD. Robert D.
Prematurity and work in pregnancy. British Journal of Industrial Medicine. 45(1):56-62, 1988 .
21. Saurel-Cubizolles MJ. Kaminski M. Llado-Arkipoff J. Du Mazaubrun C. Estryn-Behar M. Berthier C. Mouchet M. Kelfa C. **Pregnancy and its outcome among hospital personnel according to occupation and working conditions.** Journal of Epidemiology & Community Health. 39(2):129-34, 1985
22. Peoples-Sheps MD. Siegel E. Suchindran CM. Origasa H. Ware A. Barakat A.
Characteristics of maternal employment during pregnancy: effects on low birthweight. American Journal of Public Health. 81(8):1007-12, 1991.
23. Fenster L. Schaefer C. Mathur A. Hiatt RA. Pieper C. Hubbard AE. Von Behren J. Swan SH. **Psychologic stress in the workplace and spontaneous abortion.** American Journal of Epidemiology. 142(11):1176-83, 1995.
24. Ceron-Mireles P and Constanze I. **The risk of prematurity and small-for-gestational-age birth in Mexico City: The effects of working conditions and antenatal leave.** American Journal of Public Health. 86: 825-831, 1995.
25. Ahlborg G Jr. **Physical work load and pregnancy outcome.** Journal of Occupational & Environmental Medicine. 37(8):941-4, 1995.

26. Saurel-Cubizolles MJ. Kaminski M. **Pregnant women's working conditions and their changes during pregnancy: a national study in France.** British Journal of Industrial Medicine. 44(4):236-43, 1987.
27. Verbrugge LM. **Multiple roles and physical health of women and men.** Journal of Health & Social Behavior. 24(1):16-30, 1983.
28. Waldron I. Jacobs JA. **Effects of multiple roles on women's health--evidence from a national longitudinal study.** Women & Health. 15(1):3-19, 1989.
29. Weatherall R. Joshi H. Macran S. **Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the Longitudinal Study of England and Wales.** Social Science & Medicine. 38(2):285-97, 1994.
30. Moss N. Carver K. **Pregnant women at work: sociodemographic perspectives.** American Journal of Industrial Medicine. 23(4):541-57, 1993.
31. Sorenson DL. Tschetter L. **Reasons for employment or non-employment during pregnancy.** Health Care for Women International. 15(5):453-63, 1994.
32. Smith MA. Brix KA. Heaton CJ. **The influence of work on the outcome of low-risk pregnancies.** Journal of the American Board of Family Practice. 1(3):167-74, 1988.
33. Brown MA. **Employment during pregnancy: influences on women's health and social support.** Health Care for Women International. 8(2-3):151-67, 1987.

36. Mamelle N. Laumon B. Lazar P. **Prematurity and occupational activity during pregnancy.** American Journal of Epidemiology. 119(3):309-22, 1984.
37. McDonald AD. McDonald JC. Armstrong B. Cherry N. Delorme C. D-Nolin A. Robert D. **Occupation and pregnancy outcome.** British Journal of Industrial Medicine. 44(8):521-6, 1987.
38. Magann EF. Evans SF. Newnham JP. **Employment, exertion, and pregnancy outcome: assessment by kilocalories expended each day.** American Journal of Obstetrics & Gynecology. 175(1):182-7, 1996.
39. Mamelle N. Mamelle JC. Plasse JC. Revol M. Gilly R. **Prevention of recurrent febrile convulsions--a randomized therapeutic assay: sodium valproate, phenobarbital and placebo.** Neuropediatrics. 15(1):37-42, 1984.
40. Houston BK. Cates DS. Kelly KE. **Job stress, psychosocial strain, and physical health problems in women employed full-time outside the home and homemakers.** Women & Health. 19(1):1-26, 1992.
41. Dimsdale JE. Moss J. **Plasma catecholamines in stress and exercise.** JAMA. 243(4):340-2, 1980.
42. Baum A, Schaeffer MA Lake CR. **Psychological and endocrinological correlates of chronic stress at Three Mile Island.** In: Williams RB, (ed): Perspectives on behavioral medicine. New York: Academic Press. p201-17, 1985.

43. Katz VL. Jenkins T. Haley L. Bowes WA Jr. **Catecholamine levels in pregnant physicians and nurses: a pilot study of stress and pregnancy.** Obstetrics & Gynecology. 77(3):338-42, 1991.
44. Fibiger W. Singer G. Miller AJ. **Relationships between catecholamines in urine and physical and mental effort.** International Journal of Psychophysiology. 1(4):325-33, 1984.
45. Timio M. Gentili S. Pede S. **Free adrenaline and noradrenaline excretion related to occupational stress.** British Heart Journal. 42(4):471-4, 1979.
46. Lederman RP. McCann DS. Work B Jr. Huber MJ. **Endogenous plasma epinephrine and norepinephrine in last-trimester pregnancy and labor.** American Journal of Obstetrics & Gynecology. 129(1):5-8, 1977.
47. Zuspan FP. **Urinary excretion of epinephrine and norepinephrine during pregnancy.** Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 30(3):357-60, 1970.
48. Frankenhaeuser M. **Experimental approach to the study of catecholamines and emotion.** In: Emotions, Their parameters and Measurement. by Levi L, (ed) New York, Raven Press. p209, 1975.
49. Greiss FC Jr. Gobble FL Jr. **Effect of sympathetic nerve stimulation on the uterine vascular bed.** American Journal of Obstetrics & Gynecology. 97(7):962-7, 1967.

50. Greiss FC Jr. **A clinical concept of uterine blood flow during pregnancy.** Obstetrics & Gynecology. 30(4):595-604, 1967.
51. Cunningham FG, MacDonald PC and Gant NF. **Maternal adaptations to pregnancy.** In: Williams Obstetrics. by Whitridge J. (ed) Appleton & Lange. Stamford Conn. p129-157, 1998.
52. Brandt LP. Nielsen CV. **Job stress and adverse outcome of pregnancy: a causal link or recall bias?** American Journal of Epidemiology. 135(3):302-11, 1992.
53. Brett KM. Strogatz DS. Savitz DA. **Employment, job strain, and preterm delivery among women in North Carolina.** 87(2):199-204, 1997.
54. Homer CJ. Beresford SA. James SA. Siegel E. Wilcox S. **Work-related physical exertion and risk of preterm, low birthweight delivery.** Paediatric & Perinatal Epidemiology. 4(2):161-74, 1990.
55. Conne-Perreard E. Bousquet A. **Prescription of temporary sick leave to pregnant women in the absence of legal provisions.** Revue d Epidemiologie et de Sante Publique. 40(2):113-20, 1992.
56. Marbury MC. Linn S. Monson RR. Wegman DH. Schoenbaum SC. Stubblefield PG. Ryan KJ. **Work and pregnancy.** Journal of Occupational Medicine. 26(6):415-21, 1984.

57. Collection Zoon. **Maladie, Maternité.** Editions Tissot. Paris. p68, 1998.
58. Hallé S. **Travail et grossesse.** In: La santé des femmes. by Bélanger H and Charbonneau L. (ed) Edisem F.M.O.Q, Malmoine. Québec. p1122, 1994.
59. Briend A. **Maternal physical activity, birth weight and perinatal mortality.** Medical Hypotheses. 6(11):1157-70, 1980.
60. Alegre A. Rodriguez-Escudero FJ. Cruz E. Prada M. **Influence of work during pregnancy on fetal weight.** Journal of Reproductive Medicine. 29(5):334-6, 1984.
61. Grunfeld B. Qvigstad E. **Disease during pregnancy. Sick-listing among pregnant women in Oslo.** Tidsskrift for Den Norske Laegeforening. 111(10):1269-72, 1991.
62. Gouvernement du Québec. **Loi sur la santé de la sécurité du travail.** L.R.Q., chapitre S-2.1, articles 40 à 48, 1981.
63. Développement des ressources humaines Canada. **Prestations de maternité, parentales et de maladie,** In: Assurance –Emploi. by Gouvernement du Canada. 1998.
64. Statistique Canada. **Portrait statistique des femmes au Canada.** In: Les femmes au Canada - 3e édition. Ottawa. p 67, 1995.
65. McDonald AD. **The 'retrait preventif': an evaluation.** Revue Canadienne de Sante Publique. 85(2):136-9, 1994.

66. Turcotte G. **How pregnant workers see their work, its risks and the right to precautionary leave in Quebec.** Women & Health. 18(3):79-95, 1992.
67. Tophoj A. **Pregnancy and sick leave.** Ugeskrift for Laeger. 156(43):6359-65, 1994.
68. Alexanderson K. Hensing G. Carstensen J. Bjurulf P. **Pregnancy-related sickness absence among employed women in a Swedish county.** Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 21(3):191-8, 1995.
69. Mahone ME. Wilkinson WE. **Women, work and pregnancy: implications for occupational health nursing.** Occupational Health Nursing. 33(7):343-8, 1985.
70. Towler J. **Physiological labour and natural birth** In: Modern obstetrics in general practice (Edited by G. N. Marsh). Oxford University Press, New-York. p270-286, 1985.
71. Levinson G and Shnider SM. **Catecholamines: The effects of maternal fear and its treatment on uterine function and circulation.** Birth and the Family Journal 6(3), 79: 167-174, 1984.
72. Gjerdingen DK. Froberg DG. **The fourth stage of labor: the health of birth mothers and adoptive mothers at six-weeks postpartum.** Family Medicine. 23(1):29-35, 1991.

73. Gjerdingen DK. Froberg DG. Chaloner KM. McGovern PM. **Changes in women's physical health during the first postpartum year.** Archives of Family Medicine. 2(3):277-83, 1993.
74. Smith LP. Nagourney BA. McLean FH. Usher RH. **Hazards and benefits of elective induction of labor.** American Journal of Obstetrics & Gynecology. 148(5):579-85, 1984.
75. Macer JA. Macer CL. Chan LS. **Elective induction versus spontaneous labor: a retrospective study of complications and outcome.** American Journal of Obstetrics & Gynecology. 166(6 Pt 1):1690-6; discussion 1696-7, 1992.
76. Weinstein D. Ezra Y. Elchalal U. **Management of labor and labor complications.** Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 7(6):437-41, 1995.
77. Dumont M. **La délivrance pathologique et dystocie des partie molles.** In: Obstétrique (ed) Vigot Frère. Paris, p234-317, 1972.
78. McLeod JD. Kessler RC. **Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events.** Journal of Health & Social Behavior. 31(2):162-72, 1990.
79. Adler NE. Boyce WT. Chesney MA. Folkman S. Syme SL. **Socioeconomic inequalities in health. No easy solution.** JAMA. 269(24):3140-5, 1993.
80. Gould JB. Davey B. Stafford RS. **Socioeconomic differences in rates of cesarean section.** New England Journal of Medicine. 321(4):233-9, 1989.

81. Ezra Y. McParland P. Farine D. **High delivery intervention rates in nulliparous women over age 35.** European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology. 62(2):203-7, 1995.
82. Newcomb RG. **A statistical view of risk factors.** In: Modern Obstetrics in General Practice by Marsh GN. (ed), Oxford University Press. New-York. p111, 1985.
83. Rasmussen S. Bungum L. Hoie K. **Maternal age and duration of labor.** Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 73(3):231-4, 1994.
84. Blondel B and Reid M. **Environnement social et santé des femmes.** In: La santé des femmes by : Saurel-Cubizolles MJ. (ed) Médecine-sciences Flammarion. Paris. p307, 1996.
85. Wolkind S and Zajicek E. **Pregnancy: a psychological and social study.** Toronto, Academic Press. 1981.
86. Levitt C. Watters N. Chance G. Walker R. Avard D. **Low-birth-weight symposium: summary of proceedings.** CMAJ. 148(5):767-71, 1993.
87. Barros FC. Huttly SR. Victora CG. Kirkwood BR. Vaughan JP. **Comparison of the causes and consequences of prematurity and intrauterine growth retardation: a longitudinal study in southern Brazil.** Pediatrics. 90(2 Pt 1):238-44, 1992.

88. Alberman E. **Low birthweight.** In: Perinatal Epidemiology by Bracken MB. (ed) Oxford University Press, New York. 1984.
89. Hughes D and Simpson L. **The role of social change in preventing low birth weight.** In: The Future of Children: Low birthweight. by The Center for the future of children. vol 5:1. 1995.
90. Parker JD. Schoendorf KC. Kiely JL. **Associations between measures of socioeconomic status and low birth weight, small for gestational age, and premature delivery in the United States.** Annals of Epidemiology. 4(4):271-8, 1994.
91. Lepage MC , Levasseur M and Colin C. **La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles.** Ministère de la santé et des services sociaux . Québec. 1989.
92. Seguin L. Potvin L. St.-Denis M. Loiselle J. **Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy.** Obstetrics & Gynecology. 85(4):583-9, 1995.
93. Leyland A. **Socioeconomic and racial differences in obstetric procedures.** American Journal of Public Health. 83(8):1178-9, 1993.
94. Collin C and Desrosiers H. **Naître égaux et en santé.** (ed) Ministère de la santé et des sociaux de Gouvernement du Québec. 1989.

95. al-Najashi S. al-Suleiman SA. el-Yahia A. Rahman MS. Rahman J. **Shoulder dystocia-- a clinical study of 56 cases.** Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology. 29(2):129-32, 1989.
96. Association pour la santé publique du Québec. **Accoucher ou se faire accoucher.** Dossier d'information des colloques sur l'humanisation des soins en périnatalité. p14. 1980.
97. Kost K. Forrest JD. **Intention status of U.S. births in 1988: differences by mothers' socioeconomic and demographic characteristics.** Family Planning Perspectives. 27(1):11-7, 1995.
98. Altfeld S. Handler A. Burton D. Berman L. **Wantedness of pregnancy and prenatal health behaviors.** Women & Health. 26(4):29-43, 1997.
99. Orr ST. Miller CA. **Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women.** Womens Health Issues. 7(1):38-46, 1997.
100. Cassel J. **The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture.** American Journal of Epidemiology. 104(2):107-23, 1976.
101. Tessler R. Mechanic D. **Psychological distress and perceived health status.** Journal of Health & Social Behavior. 19(3):254-62, 1978.

102. Bryce RL. **Support in pregnancy.** International Journal of Technology Assessment in Health Care. 7(4):478-84, 1991.
103. Kennell J. Klaus M. McGrath S. Robertson S. Hinkley C. **Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial.** JAMA. 265(17):2197-201, 1991.
104. Rumeau-Rouquette C. **La grossesse.** In: La santé des femmes by : Saurel-Cubizolles MJ. (ed) Médecine-sciences Flammarion, Paris. p112. 1996.
105. Zhang J. Bernasko JW. Leybovich E. Fahs M. Hatch MC. **Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis.** Obstetrics & Gynecology. 88(4 Pt 2):739-44, 1996.
106. Turner MJ. Rasmussen MJ. Turner JE. Boylan PC. MacDonald D. Stronge JM. **The influence of birth weight on labor in nulliparas.** Obstetrics & Gynecology. 76(2):159-63, 1990.
107. Nesheim BI. **Duration of labor. An analysis of influencing factors.** Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 67(2):121-4, 1988.
108. 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. 275(15):1165-70, 1996.

109. Goyert GL. Bottoms SF. Treadwell MC. Nehra PC. **The physician factor in cesarean birth rates.** New England Journal of Medicine. 320(11):706-9, 1989.
110. Johnson N. Ansell D. **Variation in caesarean and instrumental delivery rates in New Zealand hospitals.** Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology. 35(1):6-11, 1995.
111. Goldman G. Pineault R. Bilodeau H. Blais R. **Effects of patient, physician and hospital characteristics on the likelihood of vaginal birth after previous cesarean section in Quebec.** CMAJ. 143(10):1017-24, 1990.
112. Kaczorowski J. Levitt C. Harvey L. Avar D. Chance G. **A national survey of use of obstetric procedures and technologies in Canadian hospitals: routine or based on existing evidence?.** Birth. 25(1):11-8, 1998.
113. Chamberlain GV. **Work in pregnancy.** American Journal of Industrial Medicine. 23(4):559-75, 1993.
114. Karasek R. Baker D. Marxer F. Ahlbom A. Theorell T. **Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men.** American Journal of Public Health. 71(7):694-705, 1981.
115. Brandt LP. Nielsen CV. **Job stress and adverse outcome of pregnancy: a causal link or recall bias?.** American Journal of Epidemiology. 135(3):302-11, 1992.

116. Vézina M, Cousineau M. **Les situations de travail pathogènes.** In: Pour donner un sens au travail: Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail. (ed) Gaëtan morin, La comité de la santé mentale du Québec p7. 1992.
117. Bélanger H, Leduc Y and Beaudoin N. **La femme et l'obstetrique.** In: La santé des femmes. by Bélanger H and Charbonneau L. (ed) Edisem Malmoine F.M.O.Q, Québec. p585. 1994.
118. Sapinski JP. **Accouchement et naissance dans la région de Montréal – 1994 Rapport de recherche.** Université de Montréal. 1996.
119. Corporation professionnelle des médecins du Québec. **Profil de l'utilisation des interventions obstétricales au Québec.** Bulletin, vol. XXX. n####4 9-13. 1990.
120. Turcot L. Marcoux S. Fraser WD. **Multivariate analysis of risk factors for operative delivery in nulliparous women.** American Journal of Obstetrics & Gynecology. 176(2):395-402, 1997.
121. Hennekens CH and Buring JE. **Analysis of epidemiologic studies: Evaluating the role of bias.** In: Epidemiology in medicine (ed) by Mayrent SL, Little, Brown and Company Boston/Toronto. p272. 1987.

122. Rodrigues L. Kirkwood BR. **Case-control designs in the study of common diseases: updates on the demise of the rare disease assumption and the choice of sampling scheme for controls.** International Journal of Epidemiology. 9 (1):205-13, 1990.
123. Bureau de la statistique du Québec. **Calculs du service évaluation-recouvrement de la santé, Registre de la population** by: Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement du Québec. 1990.
124. Astbury J. Brown S. Lumley J. Small R. **Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression.** Australian Journal of Public Health. 18(2):176-84, 1994.
125. Glazener C, Abdalla M, Russell I. **Postnatal care: a survey of patients' experiences** Br J Midwife 1: 67-74 1993.
126. Jenicek M and Cléroux R. **Réalisation d'une étude épidémiologique** In: Épidémiologie (ed) 4^e tirage, Edisem, Québec and Maloine S.A, Paris, p225,1987.

SIXIÈME PARTIE : Annexes

Annexe I: Corrélacion de matrice

Glossaire de corrélation de matrice

PROFESSI: groupe professionnel	
Direction, administration	1
science, Enseignement	2
Santé	3
Travail de bureau	4
Service, Vente	5
Fabrication, Montage..	6
Autre	7
CAT_REVE: revenu familial	
Revenu normal	0
Faible revenu	1
60% faible revenu	2
CAT_AGE: catégorie d'âge	
18- 24 ans	1
25-35 ans	2
> 35 ans	3
CATSCOL: catégorie de la scolarité	
Universitaire/Collégial	1
Secondaire V	2
< Secondaire V	3
CAT_PAYS: pays d'origine	
Canada	0
Autres	1
MARITAL: situation conjugale	
Vit avec conjoint	0
Vit Sans conjoint	1
PARITE: parité	
Primipare	1
Multipare	2
REVENU1: indemnisation durant le congé de maternité	
non	0
oui	1
DESIBB2: désir de la grossesse	
Désirée/Plutôt	0
Plus tard/Non désirée	1
MALADI0: antécédente de la maladie chronique	
Non	0
Oui	1
REPRODU: problème de la vie reproductive	
Non	0
Oui	1
WKH1: nombre d'heures de travail par semaine	
NB_ARRET: durée de l'arrêt de travail avant l'accouchement	
NBPBSTG: nombre de problèmes de santé durant la grossesse	

Correlation Matrix:

	Constant	NB_ARRET	NBPBSTG	WKH1	CAT_REVE (1)
Constant	1,00000	-,30831	-,25634	-,62922	-,00303
NB_ARRET	-,30831	1,00000	-,08757	,05078	-,13803
NBPBSTG	-,25634	-,08757	1,00000	-,00771	,02156
WKH1	-,62922	,05078	-,00771	1,00000	,12722
CAT_REVE (1)	-,00303	-,13803	,02156	,12722	1,00000
CAT_REVE (2)	-,07590	-,09586	,05652	,10344	,29637
CAT_PAYS (1)	,15028	-,01222	-,12915	,05718	-,09124
MARITAL (1)	,31385	-,06234	-,04802	,01588	-,09666
PARITE (1)	-,04687	,08768	-,15663	,03786	,04521
REPRODU (1)	,06929	-,01043	,05562	,09782	-,03870
MALADIO (1)	,35133	,06917	-,12834	,03118	-,00372
CATSCOL (1)	,11758	-,12931	-,00275	,01510	-,02512
CATSCOL (2)	,21903	-,24491	-,04762	-,06666	-,04099
CAT_AGE (1)	-,05088	,08976	,05009	,01538	,13087
CAT_AGE (2)	,05177	,07404	,04199	-,00112	,11589
PROFESSI (1)	-,03415	-,11791	,06073	,12524	,00650
PROFESSI (2)	-,03945	-,12436	-,03436	,19800	-,05632
PROFESSI (3)	-,10942	,04236	-,04157	,14928	-,06485
PROFESSI (4)	-,12279	-,11648	-,00390	,09845	-,14114
PROFESSI (5)	-,03326	-,02451	,06304	-,02498	-,10432
PROFESSI (6)	,16087	-,07109	-,05196	,07758	-,03086
DESIBB2 (1)	,04498	,03041	,02077	-,00896	-,13530
REVENU1 (1)	,01200	-,14627	,06154	-,20700	,01480

	CAT_REVE (2)	CAT_PAYS (1)	MARITAL (1)	PARITE (1)	REPRODU (1)
Constant	-,07590	,15028	,31385	-,04687	-,06929
NB_ARRET	-,09586	-,01222	-,06234	,08768	-,01043
NBPBSTG	,05652	-,12915	-,04802	-,15663	,05562
WKH1	,10344	,05718	,01588	,03786	,09782
CAT_REVE (1)	,29637	-,09124	-,09666	,04521	,03870
CAT_REVE (2)	1,00000	-,19996	-,24850	,01933	-,03310
CAT_PAYS (1)	-,19996	1,00000	,02181	,10176	,00084
MARITAL (1)	-,24850	,02181	1,00000	,00730	,01556
PARITE (1)	,01933	,10176	,00730	1,00000	-,08096
REPRODU (1)	-,03310	,00084	,01556	-,08096	1,00000
MALADIO (1)	-,07961	,06570	-,03251	,01428	,05133
CATSCOL (1)	-,06836	,02933	-,01964	-,14302	-,03746
CATSCOL (2)	-,02713	-,04615	-,05366	,00117	-,07290
CAT_AGE (1)	,24739	-,11887	,08727	-,28266	,10319
CAT_AGE (2)	,06008	-,13336	,06427	-,30140	,08643
PROFESSI (1)	-,00294	-,10617	,04287	-,10334	,01938
PROFESSI (2)	-,01422	,02369	-,00039	-,12539	,03454
PROFESSI (3)	-,02291	-,00532	,02857	-,04812	,01982
PROFESSI (4)	-,10676	-,01990	,01226	-,06206	,02142
PROFESSI (5)	-,16081	-,09682	,12391	-,04474	,04579
PROFESSI (6)	,01617	-,04044	,00065	,06542	,04243
DESIBB2 (1)	-,02769	-,05091	-,10546	-,03476	,06773
REVENU1 (1)	,09812	-,06046	-,01793	,12873	-,06597

	MALADIO (1)	CATSCOL (1)	CATSCOL (2)	CAT_AGE (1)	CAT_AGE (2)
Constant	,35133	,11758	,21903	-,05088	,05177
NB_ARRET	,06917	-,12931	-,24491	,08976	,07404
NBPBSTG	-,12834	-,00275	-,04762	,05009	,04199
WKH1	,03118	,01510	-,06666	,01538	-,00112
CAT_REVE (1)	-,00372	-,02512	-,04099	,13087	,11589
CAT_REVE (2)	-,07961	-,06836	-,02713	,24739	,06008
CAT_PAYS (1)	,06570	,02933	-,04615	-,11887	-,13336
MARITAL (1)	-,03251	-,01964	-,05366	,08727	,06427
PARITE (1)	,01428	-,14302	,00117	-,28266	-,30140
REPRODU (1)	,05133	-,03746	-,07290	,10319	,08643
MALADIO (1)	1,00000	-,01611	-,00309	-,04517	-,13915
CATSCOL (1)	-,01611	1,00000	,30617	,02020	,04710
CATSCOL (2)	-,00309	,30617	1,00000	-,05469	-,08517
CAT_AGE (1)	-,04517	,02020	-,05469	1,00000	,56516
CAT_AGE (2)	-,13915	,04710	-,08517	,56516	1,00000
PROFESSI (1)	,01026	,09895	,06924	,01404	-,03507
PROFESSI (2)	,04343	,10378	,03751	,00906	,04286
PROFESSI (3)	,02531	-,06741	-,02732	,08350	,08594
PROFESSI (4)	,01903	-,14868	-,10793	,06919	,10850
PROFESSI (5)	,00541	-,19763	-,37589	,06923	,08973
PROFESSI (6)	,03501	,01694	,01839	-,02203	-,02363
DESIBB2 (1)	,05799	-,08511	-,05497	,09914	,03186
REVENU1 (1)	-,00340	-,00870	,10862	-,09270	-,06925

	PROFESSI (1)	PROFESSI (2)	PROFESSI (3)	PROFESSI (4)	PROFESSI (5)
Constant	-,03415	-,03945	-,10942	-,12279	-,03326
NB_ARRET	-,11791	-,12436	,04236	-,11648	-,02451
NBPBSTG	,06073	-,03436	-,04157	-,00390	,06304
WKH1	,12524	,19800	,14928	,09845	-,02498
CAT_REVE (1)	,00650	-,05632	-,06485	-,14114	-,10432
CAT_REVE (2)	-,00294	-,01422	-,02291	-,10676	-,16081
CAT_PAYS (1)	-,10617	,02369	-,00532	-,01990	-,09682
MARITAL (1)	,04287	-,00039	,02857	,01226	,12391
PARITE (1)	-,10334	-,12539	-,04812	-,06206	-,04474
REPRODU (1)	,01938	,03454	,01982	,02142	,04579
MALADIO (1)	,01026	,04343	,02531	,01903	,00541
CATSCOL (1)	,09895	,10378	-,06741	-,14868	-,19763
CATSCOL (2)	,06924	,03751	-,02732	-,10793	-,37589
CAT_AGE (1)	,01404	,00906	,08350	,06919	,06923
CAT_AGE (2)	-,03507	,04286	,08594	,10850	,08973
PROFESSI (1)	1,00000	,39847	,46886	,45975	,30960
PROFESSI (2)	,39847	1,00000	,50686	,50680	,32024
PROFESSI (3)	,46886	,50686	1,00000	,65000	,45465
PROFESSI (4)	,45975	,50680	,65000	1,00000	,53803
PROFESSI (5)	,30960	,32024	,45465	,53803	1,00000
PROFESSI (6)	,18232	,19506	,23248	,24411	,15813
DESIBB2 (1)	-,03733	-,04616	,00163	,01795	,01077
REVENU1 (1)	-,01614	-,06076	-,10489	,05870	-,05106

	PROFESSI (6)	DESIBB2 (1)	REVENU1 (1)
Constant	,16087	,04498	,01200
NB_ARRET	-,07109	,03041	-,14627
NBPBSTG	-,05196	,02077	,06154
WKH1	,07758	-,00896	-,20700
CAT_REVE (1)	-,03086	-,13530	,01480
CAT_REVE (2)	,01617	-,02769	,09812
CAT_PAYS (1)	-,04044	-,05091	-,06046
MARITAL (1)	,00065	-,10546	-,01793
PARITE (1)	,06542	-,03476	,12873
REPRODU (1)	,04243	,06773	-,06597
MALADIO (1)	,03501	,05799	-,00340
CATSCOL (1)	,01694	-,08511	-,00870
CATSCOL (2)	,01839	-,05497	,10862
CAT_AGE (1)	-,02203	,09914	-,09270
CAT_AGE (2)	-,02363	,03186	-,06925
PROFESSI (1)	,18232	-,03733	-,01614
PROFESSI (2)	,19506	-,04616	-,06076
PROFESSI (3)	,23248	,00163	-,10489
PROFESSI (4)	,24411	,01795	,05870
PROFESSI (5)	,15813	,01077	-,05106
PROFESSI (6)	1,00000	,00335	,03565
DESIBB2 (1)	,00335	1,00000	,16291
REVENU1 (1)	,03565	,16291	1,00000

Annexe II : Questionnaire post-partum

SANTÉ DES FEMMES APRÈS UNE NAISSANCE: PREMIÈRE ENTREVUE

BONJOUR CE QUESTIONNAIRE EST D'UNE DURÉE DE 30 À 45 MINUTES.

ESSAYEZ DE CHOISIR PARMIS LES RÉPONSES OFFERTES CELLES QUI CONVIENNENT LE MIEUX À VOTRE SITUATION. IL N'Y A PAS DE BONNES OU MAUVAISES RÉPONSES.

SI VOUS AVEZ DES DOUTES IMPORTANTS, INDIQUEZ-NOUS LE.

CERTAINES QUESTIONS VOUS SEMBLERONT PEUT-ÊTRE RÉPÉTITIVES MAIS NOUS AIMERIONS QUE VOUS PRENIEZ LA PEINE DE RÉPONDRE À CHACUNE D'ENTRE ELLES.

VOUS ÊTES LIBRE DE RÉPONDRE OU NON À CHACUNE DES QUESTIONS.

CETTE RECHERCHE RESPECTE L'ANONYMAT ET LA CONFIDENTIALITÉ DES PARTICIPANTES.

VOTRE PARTICIPATION NOUS EST PRÉCIEUSE POUR LA RÉUSSITE DE CETTE RECHERCHE.

MERCI BEAUCOUP!

REEMPLIR PAR L'ENQUÊTRICE

Ne rien inscrire dans cette
colonne

Numéro de l'enquêtrice: _____	V1	<input type="checkbox"/>
Numéro de référence: _____	V2	<input type="checkbox"/>
Date de l'entrevue: _____	V3	<input type="checkbox"/>
Hôpital: _____	V4	<input type="checkbox"/>

SECTION 2: LES AUTRES ENFANTS

Ne rien inscrire dans cette colonne

12. À part votre bébé, combien avez-vous eu d'enfants? (Indiquez le nombre):

V17

Si vous n'avez pas d'autres enfants, allez à la question 14

13. Mis à part le bébé, quel âge ont vos autres enfants? Considérez tous les enfants, en incluant ceux de votre conjoint qui habitent avec vous. Commencez par la première colonne et poursuivez avec les autres colonnes si elles s'appliquent à votre cas. Commencez par les plus jeunes enfants.

Âge des enfants qui résident avec vous	S'agit-il d'un enfant dont la garde est partagée? (oui ou non)	Si en garde partagée, nbr de jour par mois avec vous
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		

V18

V19

V20

V21

V22

V23

V24

V25

V26

S'il y a des commentaires, veuillez les mettre: (en indiquant le numéro du cas)

SECTION 3: L'EMPLOI

Ne rien inscrire dans cette colonne

14. Quelle est votre opinion par rapport aux propositions suivantes (*encerclez le chiffre correspondant à votre réponse*)

Proposition	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
La maternité est une façon importante de s'épanouir comme femme	1	2	3	4
Une carrière ou un emploi m'apporte beaucoup de satisfaction personnelle	1	2	3	4
Si j'avais à choisir entre le travail à temps plein ou le fait de rester à la maison avec mes enfants, je désirerais rester à la maison	1	2	3	4
Je ne regretterais pas de retarder ma carrière pour rester à la maison avec mes enfants	1	2	3	4
Ma vie serait incomplète sans un emploi	1	2	3	4

V28 V29 V30 V31 V32

15. Avez-vous travaillé pendant la grossesse? (*Même si peu de temps, à un moment quelconque de la grossesse. Encerclez votre réponse*)

0. Non

1. Oui *Allez à la question 20*V33

ir les femmes sans emploi au cours de la grossesse

Ne rien inscrire dans cette colonne

Actuellement, êtes-vous: (*encerclez votre réponse*)

- 1. Femme au foyer ou sans emploi et non à la recherche d'emploi
- 2. À la recherche d'un emploi
- 3. Étudiante
- 4. Autre (*précisez*): _____

V34

Avez-vous travaillé dans l'année précédant cette grossesse? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non *Allez à la question 38*

1. Oui

V35

Quel travail faisiez-vous? _____

V36

Pour quelle raison avez-vous arrêté? (*Encerclez votre réponse*)

- 1. Fin de contrat ou travail temporaire
- 2. Congédiement, renvoi
- 3. Démission (*spécifiez la raison*) _____
- 7. Autre (*spécifiez*): _____

V37

à la question 38

es femmes qui ont eu un emploi au cours de la grossesse

Si vous avez eu plus d'un emploi au cours de votre grossesse, veuillez identifier les par un numéro.

DITIONS D'EMPLOI

Quel était votre titre d'emploi? (*en détail*): _____

V38

Peux-vous décrire les tâches que vous faisiez? (*en détail*):

Dans quel département travailliez-vous? (*Si applicable*) _____

TRAVAIL ET GROSSESSE

Ne rien inscrire dans c
colonne

31. Comment votre supérieur a-t-il réagi quand il a su que vous étiez enceinte?

(Encerclez votre réponse)

1. Bien
2. En partie bien, en partie mal
3. Mal
4. Pas de réaction
5. Il ne sait pas, je ne l'ai pas informé
6. Je n'ai pas d'employeur

V47

32. La grossesse a-t-elle eu un effet négatif sur votre travail? (Encerclez votre réponse)

0. Non
1. Oui, congédiement, renvoi
2. Oui, non renouvellement de contrat
3. Oui, moindre avancement
4. Oui, changement de poste non souhaité
5. Oui, primes non reçues
6. Oui, autre (spécifiez): _____

V48

33. Pensez-vous que votre travail a eu un effet négatif sur votre grossesse? (Encerclez votre réponse)

0. Non
1. Oui

V49

Si oui, pourquoi? _____

V50

34. A quelle semaine de grossesse avez-vous arrêté votre travail (si vous ne savez pas, indiquez la date)?

V51

35. Pour quelle raison vous êtes-vous arrêtée de travailler à ce moment-là? (Encerclez votre réponse)

1. Retrait préventif (CSST)
2. Congé de maternité (assurance-chômage)
3. Problèmes de santé
4. Congédiement, renvoi
5. Démission
6. Fin de contrat, manque de travail
7. Autre (spécifiez): _____

V52

36. Depuis votre départ du travail, avez-vous eu ou aurez-vous un revenu lié à votre situation sur le marché du travail? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non .
1. Oui (*indiquez le pourcentage de votre revenu*) : _____

Si oui, de quelle(s) source(s)? (*plusieurs réponses sont possibles*)

1. CSST :
2. Assurance-chômage .
3. Congés annuels payés .
4. Congé de maladie payé .
5. Suppléments de revenus (primes d'assurance, etc.)
6. Autre (*spécifiez*): _____

Ne rien inscrire dans cette colonne

V53
V54

V55
V56
V57
V58
V59
V60

37. Après votre congé de maternité, pensez-vous demander un congé parental? (*Incluant les 10 semaines rémunérées par l'assurance-chômage*) (*Encerclez votre réponse*)

0. Non
1. Oui
2. Je n'y ai pas encore pensé
3. Je ne connais pas cette possibilité
4. Autre (*Précisez*) : _____

V61
V62

Si oui, combien de temps? (*En semaines*): _____

V63

Projets en matière d'emploi

38. Dans les 12 prochains mois, est-ce que vous envisagez de travailler (ou de retourner travailler)? (*Encerclez votre réponse*)

1. Oui, certainement *Allez à la question 39 puis à la question 42*
2. Je voudrais, mais je ne suis pas sûre de pouvoir le faire
Allez à la question 39 puis à la question 41
3. Non *Allez à la question 40*
4. Je ne sais pas *Allez à la question 41*

V64

Si vous avez répondu 1 ou 2:
Quel âge aura votre enfant lorsque vous comptez reprendre le travail?

_____ mois

39. Pour quelle(s) raison(s) avez répondu que vous envisagiez retourner travailler au cours des 12 prochains mois? (*Encerchez votre/vos choix*)

1. Raisons financières.
2. J'aime le travail que je fais.
3. Je n'aime pas rester à la maison tout le temps.
4. Je n'ai jamais pensé que je pourrais m'arrêter de travailler.
5. Pour préserver des avantages ou de l'ancienneté à mon travail
6. Autre (*spécifiez*): _____

Si vous avez choisi plus d'un item, quel est la **principale raison** (*inscrivez le chiffre de 1 à 6*) _____

A LA QUESTION 38

Si vous avez répondu: 1- oui

Allez à la question 42

Si vous avez répondu: 2- Je voudrais mais je ne suis pas sûre de pouvoir le faire

Allez à la question 41

Si vous avez répondu 3 -non

Allez à la question 40

40. Pour quelle(s) raison(s) avez répondu que vous n'envisagiez pas retourner travailler au cours des 12 prochains mois? (*Encerchez le ou les numéros correspondant à votre réponse*)

1. Je préfère rester avec le bébé.
2. Je n'aime pas du tout mon travail.
3. J'ai perdu mon travail, je n'ai pas de travail.
4. Mon conjoint ne veut pas que je travaille.
5. Je n'ai pas une très bonne santé.
6. Mon bébé n'a pas une bonne santé
7. J'ai une trop grande charge de travail à la maison avec les autres enfants
8. Il n'y a pas de mode de garde acceptable pour l'enfant.
9. Je n'ai jamais pensé que je pourrais travailler en ayant un (ou des) enfant (s)
10. Je prévois travailler lorsque le(s) enfant(s) sera(ont) plus vieux
11. Les frais de garde et de transport sont trop élevés pour que cela vaille la peine de travailler
12. Je désire veiller à l'éducation de mes enfants
13. Autre (*spécifiez*): _____

Si vous avez choisi plus d'un item, quel est la **principale raison** (*inscrivez le chiffre de 1 à 13 correspondant à votre réponse*) _____

Ne rien inscrire dans ce colonne

V65

V66

V67

V68

V69

V70

V71

V72

V73

V74

V75

V76

V77

V78

V79

V80

V81

V82

V83

V84

V85

Allez à la question 42

41. Si vous n'êtes pas sûre de pouvoir retourner au travail (2) ou si vous ne savez pas, pour quelle(s) raison(s)? (Encerclez le ou les chiffres correspondant à votre réponse) Ne rien inscrire dans cette colonne

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. Emploi non garanti | V86 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pas de mode de garde assuré | V87 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Un salaire peut suffire dans notre ménage | V88 | <input type="checkbox"/> |
| 4. J'aurais envie de rester à la maison | V89 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Cela dépend de mon état de santé | V90 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Cela dépend de l'état de santé du bébé | V91 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Mon conjoint ne veut pas que je travaille. | V92 | <input type="checkbox"/> |
| 8. Autre (spécifiez): _____ | V93 | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez choisi plus d'un item, quel est la principale raison (inscrivez le chiffre de 1 à 8 correspondant à votre réponse): _____

V94

42. Pour vous, quel est le mode de garde idéal pour un bébé de moins d'un an dont les parents travaillent? (Encerclez vos réponses. Plusieurs réponses possibles.)

- | | | |
|---|------|--------------------------|
| 1. Garderie (pouponnière) | V95 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Garderie en milieu familial | V96 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Garderie au travail | V97 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gardienne à la maison | V98 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quelqu'un de la famille | V99 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bonne d'enfants (qui couche à la maison) | V100 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Un des deux parents | V101 | <input type="checkbox"/> |
| 8. Autre (précisez): _____ | V102 | <input type="checkbox"/> |

Si vous ne retournez pas travailler, allez à la question 44.

43. Si vous retournez travailler, quels modes de garde pensez-vous utiliser?

- | | | |
|--|------|--------------------------|
| 1. Garderie | V103 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Garderie en milieu familial | V104 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Garderie au travail | V105 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gardienne à la maison | V106 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quelqu'un de la famille | V107 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bonne d'enfant (qui couche à la maison) | V108 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Un des deux parents | V109 | <input type="checkbox"/> |
| 8. Autre (précisez): _____ | V110 | <input type="checkbox"/> |
| 9. Je ne sais pas encore | V111 | <input type="checkbox"/> |

SECTION 4. SITUATION CONJUGALE

44. Êtes-vous mariée? (Encerclez votre réponse)

0. Non
1. Oui

V112

45. Avez-vous un conjoint (ami, chum)? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui

Si oui, celui-ci est-il le père de l'enfant qui vient de naître?

0. Non

1. Oui

Si oui, vivez-vous avec votre conjoint?

0. Non

1. Oui

Si non, vivez-vous avec un autre adulte?

0. Non

1. Oui Indiquez son lien avec vous: _____

Si vous ne vivez pas avec un conjoint, allez à la question 53

Votre conjoint, ami

46. Quel est le statut de votre conjoint? (Encerclez votre réponse)

1. En emploi

2. Chômeur

3. Assisté social

4. Accidenté du travail (CSST)

5. Etudiant

6. Retraité

7. Autre (spécifiez): _____

47. Quel emploi, métier ou profession exerce-t-il? (Précisez, même si chômeur, assisté social ou retraité) _____

48. Pense-t-il prendre un congé parental pour s'occuper de l'enfant?

0. Non

1. Oui

2. Cela lui a été refusé

3. Ne s'applique pas (Pas en emploi)

4. Autre (Précisez): _____

Si oui, pour combien de temps? (En semaines): _____

49. Pendant la grossesse, diriez-vous que votre relation de couple a été.

1. Très bonne

2. Bonne

3. Assez bonne

4. Moyenne

5. Difficile

6. Très difficile

Ne rien inscrire dans c
colonne

V113

V114

V115

V116

V117

V118

V119

V120

V121

V122

V123

Travail ménager

Ne rien inscrire dans cette colonne

50. Au cours de la grossesse, qui a accompli les tâches suivantes? (Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse)

Tâches	Vous toujours	Vous le plus souvent	Vous et votre conjoint	Le conjoint le plus souvent	Le conjoint toujours	Une autre personne	La tâche n'est pas faite ou pas à faire
Les achats (commissions)	1	2	3	4	5	6	7
La préparation des repas	1	2	3	4	5	6	7
La vaisselle	1	2	3	4	5	6	7
Le rangement	1	2	3	4	5	6	7
Le ménage	1	2	3	4	5	6	7
Le lavage	1	2	3	4	5	6	7
Le repassage	1	2	3	4	5	6	7
Les soins aux enfants	1	2	3	4	5	6	7
Faire les comptes	1	2	3	4	5	6	7
Les réparations dans la maison	1	2	3	4	5	6	7

V124 V125 V126 V127 V128 V129 V130 V131 V132 V133

51. Est-ce que le partage des tâches ménagères représente une source de tension ou de dispute avec votre conjoint? (Encerclez votre réponse)

0. Jamais
1. Rarement
2. Parfois
3. Régulièrement
4. Souvent

V134

52. Maintenant que le bébé est là, pensez-vous que votre conjoint fera ... de travail ménager qu'auparavant (Encerclez votre réponse)

1. Plus
2. Autant
3. Moins
4. Je ne sais pas

V135

SECTION 5: LES ÉVÉNEMENTS DE VIE AU COURS DE LA GROSSESSE

Ne rien inscrire dans c
colonne

53. Parmi les événements et les problèmes suivants, dites s'ils sont survenus au cours de votre grossesse:

SI L'ÉVÉNEMENT N'EST PAS SURVENU OU S'IL EST NON PERTINENT AVEC VOTRE SITUATION, ENERCLEZ 0, PAR CONTRE, S'IL EST SURVENU, INDIQUEZ LE NIVEAU DE PRÉOCCUPATION.

PROBLÈMES	Non Présent	Niveau de préoccupation				
		Nul	Faible	Moyen	Important	Très important
PROBLÈME DE SANTÉ DE L'ENFANT À NAÎTRE	0	1	2	3	4	5
PROBLÈME DE SANTÉ (VOTRE SANTÉ)	0	1	2	3	4	5
PROBLÈME DE SANTÉ DE VOTRE CONJOINT	0	1	2	3	4	5
PROBLÈME DE SANTÉ DES AUTRES ENFANTS	0	1	2	3	4	5
PROBLÈME DE SANTÉ D'UN PPOCHE	0	1	2	3	4	5
PROBLÈMES SÉRIEUX D'ARGENT	0	1	2	3	4	5
PROBLÈMES AVEC LE LOGEMENT	0	1	2	3	4	5

V136

V137

V138

V139

V140

V141

V142

ÉVÉNEMENTS	Non Présent	Niveau de préoccupation				
		Nul	Faible	Moyen	Important	Très important
PROBLÈMES À VOTRE TRAVAIL	0	1	2	3	4	5
PROBLÈMES AU TRAVAIL DE VOTRE CONJOINT	0	1	2	3	4	5
SÉPARATION, DIVORCE	0	1	2	3	4	5
MORT/PERTE D'UN PROCHE	0	1	2	3	4	5
DÉMÉNAGEMENT	0	1	2	3	4	5
ÉPISODE D'AGRESSION AU TRAVAIL	0	1	2	3	4	5

Ne rien inscrire dans cette colonne

V143

V144

V145

V146

V147

V148

Est-ce que d'autres événements importants sont survenus au cours de votre grossesse? -
(Encerclez votre réponse)

- 0. Non
- 1. Oui

V149

Si oui, précisez lesquels: _____

V150

SECTION 6: VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

Au cours de la grossesse

54. Quel est votre poids habituel, avant la grossesse? _____ lbs _____ Kg

V151

55. Quel a été votre gain de poids au cours de la grossesse? _____ lbs
ou _____ Kg

V152

56. Quelle est votre grandeur? _____ Pi _____ po
ou _____ M _____ cm

V153

57. Comparativement aux autres femmes enceintes, diriez-vous que votre santé pendant la grossesse a été en général (<i>encerclez votre réponse</i>)	Ne rien inscrire dans la colonne
<ul style="list-style-type: none"> 1. Excellente 2. Très bonne 3. Bonne 4. Moyenne 5. Mauvaise 	V154 <input type="checkbox"/>
58. De façon générale, au cours de votre grossesse, diriez-vous que vous étiez une femme (<i>Encerclez votre réponse</i>)	
<ul style="list-style-type: none"> 1. Très heureuse 2. Plutôt heureuse 3. Pas très heureuse 	V155 <input type="checkbox"/>
59. Au sujet du moment de votre grossesse, diriez-vous que: (<i>Encerclez votre réponse</i>)	
<ul style="list-style-type: none"> 1. C'était une grossesse désirée à ce moment-ci 2. Vous vouliez un enfant mais plus tôt 3. Vous vouliez un enfant mais plus tard 4. Vous ne vouliez pas cette grossesse 	V156 <input type="checkbox"/>
60. Pour cette grossesse, pouvez-vous indiquer:	
Le nombre total d'échographies: _____	V157 <input type="checkbox"/>
Le nombre total de visites prénatales (<i>à l'exclusion des échographies</i>):	
Chez le médecin: _____	V158 <input type="checkbox"/>
Chez la sage-femme: _____	V159 <input type="checkbox"/>
A quel mois de la grossesse la première visite a-t-elle eu lieu? (Médecin ou sage-femme)	V160 <input type="checkbox"/>
_____ Mois	
Avez-vous suivi des cours prénataux (<i>encerclez votre réponse</i>)	
0. Non	
1. Oui	V161 <input type="checkbox"/>
Combien de rencontres avez-vous suivi: _____	V162 <input type="checkbox"/>
Avez-vous participé à d'autres programmes prénataux?	
0. Non	
1. Oui	V163 <input type="checkbox"/>
Si oui, le(s) quel(s)?	
1. OLO (oeuf, lait, orange)	
2. DDM, Dispensaire diététique de Montréal	
3. PIPP, Programme intégré préventif prénatal	
4. Autre (Précisez) : _____	V164 <input type="checkbox"/>

61. Avez-vous eu les problèmes suivants au cours de votre grossesse?

Problèmes	Non	Oui	Je ne sais pas
Retard de croissance intra-utérine (bébé trop petit lors des échographies)	0	1	2
Hypertension artérielle	0	1	2
Diabète	0	1	2
Pertes sanguines	0	1	2
Anémie	0	1	2
État dépressif	0	1	2
Début de travail prématuré	0	1	2
Nausées et vomissements importants	0	1	2

Ne rien inscrire dans ce colonne

V165

V166

V167

V168

V169

V170

V171

V172

Avez-vous eu d'autres problèmes de santé au cours de votre grossesse? (Encerchez votre réponse)

0. Non

1. Oui Lesquels: _____

V173

V174

62. Au cours de votre grossesse, avez-vous pris les médicaments suivants ? (encerchez)

Médicaments	Non	Moins d'une fois par semaine	A toutes les semaines
Tranquillisants	0	1	2
Somnifères	0	1	2
Anti-dépresseurs	0	1	2

V176

V177

V178

63. Durant votre grossesse, avez-vous bu des boissons alcooliques?

0. Non

Allez à la question 66

1. Oui

V179

64. Durant votre grossesse, à quelle fréquence avez-vous consommé de l'alcool?

1. Chaque jour

2. De 4 à 6 fois par semaine

3. De 2 à 3 fois par semaine

4. Une fois par semaine

5. Moins qu'une fois par semaine

V180

65. Durant votre grossesse, combien de verres d'alcool preniez-vous habituellement lorsque vous buviez? (Indiquez le nombre) (Un verre équivaut à une bouteille de bière, un verre de vin ou 1 oz et demi de spiritueux)

V181

66. Durant votre grossesse, avez-vous pris des drogues?

0. Non *Allez à la question 67*
 1. Oui Si oui, lesquelles parmi les suivantes? Et à quelle fréquence?
 1. Marijuana, haschish _____ *Indiquer le chiffre correspondant*
 2. Cocaïne ou crack _____ (1- Moins d'une fois par mois)
 3. LSD (acide) _____ 2- 1 à 3 fois par mois
 4. Speed _____ 3- Une fois par semaine
 5. Héroïne _____ 4- Plus d'une fois par semaine)

Ne rien inscrire dans
colonne

V182
 V183
 V184
 V185
 V186
 V187

67. Avez-vous été hospitalisée au cours de votre grossesse? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non
 1. Oui Si oui, pour combien de jours au total? _____
 Pour quelle(s) raison(s)? _____

V188
 V189
 V190

68. Au cours de la grossesse, avez-vous fumé? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non 1. Oui Si oui indiquez le nombre de cigarettes par jour
 Lors du premier trimestre? _____ (*nbr de cigarettes par jour*)
 Lors du second trimestre? _____ (*nbr de cigarettes par jour*)
 Lors du troisième trimestre? _____ (*nbr de cigarettes par jour*)

V191
 V192
 V193
 V194

Avant la grossesse

69. Avant la grossesse, fumiez-vous? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non
 1. Oui (*indiquez le nombre de cigarettes par jour*) _____

V195
 V196

70. Avant votre grossesse, aviez-vous les problèmes suivants? (*Encerclez*)

Problèmes	Non	Oui
Diabète	0	1
Hypertension artérielle	0	1
Maladie cardiaque	0	1
Problèmes rénaux	0	1
Epilepsie	0	1

V197
 V198
 V199
 V200
 V201

Avez-vous d'autres problèmes de santé? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non
 1. Oui (*spécifiez*) _____

V202
 V203

71. Avez-vous déjà eu un des problèmes suivants? (*Encerclez vos réponses*)

1. Problème d'infertilité du couple Oui Non
 2. Fausse couche, grossesse ectopique Oui Non
 3. Enfant mort-né Oui Non

V204
 V205
 V206

72. Au cours de l'année précédent votre grossesse, aviez-vous les malaises suivants? (Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse)

Malaises	Non	Occasionnellement	Souvent
Maux de tête	0	1	2
Mal au dos	0	1	2
Mal aux jambes	0	1	2
Mal aux épaules	0	1	2

Ne rien inscrire dans cette colonne

V207

V208

V209

V210

Aviez-vous d'autres malaises? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui (précisez) _____

V211

V212

SECTION 7. L'ACCOUCHEMENT

73. Quelle était la date prévue d'accouchement? _____

V213

74. Vous a-t-on fait une césarienne? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui, en urgence

2. Oui, prévue *Allez à la question 77*

V214

75. Au cours de l'accouchement, avez-vous vécu les situations suivantes? (Encerclez)

Situations	Non	Oui	Je ne sais pas
Accouchement provoqué	0	1	2
Soluté pour accélérer le travail	0	1	2
Monitoring foetal	0	1	2
Anesthésie épidurale	0	1	2
Anesthésie générale	0	1	2
Forceps	0	1	2
Épisiotomie	0	1	2
Déchirure	0	1	2
Révision utérine (aller chercher des morceaux de placenta)	0	1	2
Hémorragie	0	1	2

V215

V216

V217

V218

V219

V220

V221

V222

V223

V224

Avez-vous vécu d'autres situations au cours de l'accouchement? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui (précisez) _____

Ne rien inscrire dans
colonne

V225

V226

76. Durant l'accouchement, combien d'heures a duré le travail en tout? Calculez à partir du moment où les contractions étaient aux 5 minutes _____ Hrs

V227

77. Quelle(s) personne(s) étai(en)t avec vous durant l'accouchement?

1. Conjoint

2. Mère

3. Autre membre de la famille ou de la belle-famille

4. Ami(e)

5. Autre

6. Aucune

V227

78. Trouvez-vous que vous avez reçu un bon soutien pendant l'accouchement de la part des médecins et infirmières? (Encerclez votre réponse)

Intervenants	Très bon	Bon	Moyen	Plutôt mauvais	Mauvais
Médecins	1	2	3	4	5
Infirmières	1	2	3	4	5

V229

V230

79. Comment nourrissez-vous votre bébé actuellement? (Encerclez votre réponse)

1. Allaitement au sein exclusivement

2. Allaitement au sein et biberon

3. Biberon

V231

Si vous n'allaites pas, avez-vous essayé de le nourrir au sein? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui

V232

SECTION 8. ETAT DE SANTE AU MOMENT DE L'ENTREVUE

80. En vous comparant à d'autres femmes qui viennent d'accoucher, diriez-vous que votre santé actuelle est de façon générale (Encerclez votre réponse)

1. Excellente

2. Très bonne

3. Bonne

4. Moyenne

5. Mauvaise

V233

81. Depuis votre accouchement, avez-vous eu des complications (<i>encerclez votre réponse</i>)	Ne rien inscrire dans ce colonne
0. Non	
1. Oui	V234 <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles	
1. Hémorroïdes	V235 <input type="checkbox"/>
2. Hémorragie	V236 <input type="checkbox"/>
3. Infection	V237 <input type="checkbox"/>
4. Autre (<i>précisez</i>) _____	V238 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
82. Actuellement, diriez-vous que vous êtes une personne (<i>encerclez votre réponse</i>)	
1. Très heureuse	
2. Plutôt heureuse	
3. Pas très heureuse	V239 <input type="checkbox"/>
83. Durant les deux premières semaines avec le bébé après sa sortie de l'hôpital, est-ce que quelqu'un pourra vous aider durant la journée (<i>Encerclez votre ou vos réponses</i>)	
0. Non	V240 <input type="checkbox"/>
1. Votre conjoint	V241 <input type="checkbox"/>
2. Une personne de l'entourage (mère, soeur, amie)	V242 <input type="checkbox"/>
3. Une personne rémunérée	V243 <input type="checkbox"/>
4. Autre (<i>spécifiez</i>) _____	V244 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
84. Est-ce que votre conjoint a pris ou prendra des jours de congé?	
0. Non	
1. Oui	
2. Cela lui a été refusé	V245 <input type="checkbox"/>
3. Cela ne s'applique pas à la situation (Pas en emploi)	
4. Autre (<i>indiquez</i>): _____	V246 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez la durée du congé: _____	V247 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

POSER LES QUESTIONS SUR LE SOUTIEN SOCIAL À CE MOMENT-CI

SECTION 9: DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

85. Quelle est votre date de naissance? _____ / _____ / _____	V248 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jour Mois Année	
86. Quel est votre pays d'origine? _____ (Pays où vous êtes né)	V249 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

87. Quelle est votre langue maternelle? (Il s'agit de la première langue apprise durant l'enfance) (Encerclez votre réponse)

1. Français
2. Anglais
3. Autre

Ne rien inscrire dans
colonne

V250

88. Actuellement, quelle est la langue parlée le plus fréquemment à la maison?
(Encerclez votre réponse)

1. Français
2. Anglais
3. Autre

V251

89. De combien de pièces disposez-vous (en excluant la salle de bain et le garage)?

V252

90. Combien de personnes en tout vivent dans ce logement (y compris le bébé)?

V253

91. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

1. Cours primaire
2. 7^{ème} année ou secondaire I
3. 8^{ème} année ou secondaire II
4. 9^{ème} année ou secondaire III
5. 10^{ème} année ou secondaire IV
6. 11^{ème} année ou secondaire V
7. Etudes partielles dans une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières, une école normale
8. Diplôme ou certificat d'études dans une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières, une école normale
9. Etudes partielles à l'Université (sans diplôme)
10. Certificat(s), Baccalauréat(s), Maîtrise(s) ou Doctorat acquis

V254

92. Quel a été approximativement votre **revenu familial** total l'an dernier?

1. 0 - 9 999\$
2. 10 000 - 14 999\$
3. 15 000 - 19 999\$
4. 20 000 - 24 999\$
5. 25 000 - 29 999\$
6. 30 000 - 34 999\$
7. 35 000 - 39 999\$
8. 40 000 - 49 999\$
9. 50 000 et plus

V255

SECTION 10: INFORMATIONS POUR LE SUIVI DU 2E QUESTIONNAIRE

Ne rien inscrire dans
colonne

À remplir par l'enquêtrice une fois l'entrevue terminée

93. La femme a-t-elle répondu facilement au questionnaire?

	Faible		Moyenne		Grande	
Spontanéité	1	2	3	4	5	

V256

	Faible		Moyenne		Grande	
Forme physique	1	2	3	4	5	

V257

	Faible		Moyenne		Grande	
Hésitation à aborder certains sujets	1	2	3	4	5	

V258

Lesquels: _____

V259

94. Comment la femme a-t-elle réagi à l'annonce des questionnaires postaux à 7 et 12 mois?

1. Bien
2. Moyennement
3. Mal

V260

95. Réponse probable à 7 mois?

0. Non
1. Plutôt non
2. Plutôt oui
3. Oui

V261

COMMENTAIRES (S'il s'agit d'une situation particulière)
