

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur M. Bruhat*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**

—

**Tome XIX  
publié le 1<sup>er</sup>.12.1995**



*DIX-NEUVIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 1995*

# BÉNÉFICE ET COÛT DU REPOS ET DE L'ARRÊT DE TRAVAIL AU COURS DE LA GROSSESSE

G. MAGNIN\*  
N. MAMELLE\*\*

Poitiers  
Lyon

L'arrêt de travail et le repos avec ou sans alitement figurent parmi les prescriptions les plus souvent faites au cours de la grossesse. Les indications en sont diverses et elles comprennent la menace de fausse couche, l'hypertension artérielle isolée, le retard de croissance mais c'est en général pour prévenir la prématurité dans une population où l'on a identifié un haut risque que cette prescription est faite.

L'évaluation du bénéfice de cette thérapeutique est difficile. Les critères définissant les situations à risque peuvent être personnels, cliniques, biologiques. Ils ont tous en commun des valeurs prédictives médiocres, notamment dans le cadre de la prévention de la prématurité. L'arrêt de travail lui-même et le repos regroupent par ailleurs des situations très différentes. Le type de l'activité professionnelle et le statut socio-économique doivent être pris en compte. La nature du repos est également variable dans sa durée et dans sa qualité, allant d'un simple arrêt de l'activité professionnelle à un repos avec un alitement plus ou moins complet et une compliance variable. Les consignes éducatives sont elles-mêmes très diverses, de même que la surveillance exercée chez ces patientes qui peut aller de simples consultations médicales plus ou moins rapprochées à des visites pluri-hebdomadaires par une sage-femme.

\* Service de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la reproduction  
Hôpital Jean Bernard - BP 577 - 86201 POITIERS

\*\* INSERM U 265 - 151, cours Albert Thomas - 69424 LYON CEDEX 03

Pour ces différentes raisons, les très nombreuses études rétrospectives, prospectives ou même randomisées, qui ont tenté d'évaluer le bénéfice de l'arrêt du travail et du repos, doivent être interprétées avec une grande prudence, d'autant qu'elles proviennent de pays différents où les lois sociales protégeant la femme enceinte ne sont pas uniformes.

Le Parlement Européen a proposé une harmonisation de la durée des congés maternité qui serait de 20 semaines, sans toutefois préciser la répartition de la durée du congé prénatal et postnatal. Il existe toutefois une certaine harmonie pour les congés prénataux dont la durée varie entre 4 et 8 semaines en Europe avec dans l'ensemble, une moyenne de 6 semaines [10].

## SITUATION FRANÇAISE

### • La législation française

Il convient de rappeler que le congé prénatal pour un premier et un deuxième enfant est de 6 semaines. À partir du troisième enfant, le congé prénatal est de 8 semaines ou 10 semaines, l'ensemble du congé maternité étant de 26 semaines. Pour une grossesse gémellaire, il est de 12 ou 16 semaines, l'ensemble du congé maternité étant de 34 semaines et pour une grossesse triple, il est de 24 semaines, l'ensemble du congé maternité étant de 46 semaines. Une période de repos supplémentaire n'excédant pas 14 jours peut être attribuée à une femme enceinte en cas d'état pathologique résultant de sa grossesse.

Lors d'une enquête réalisée en 1989 [47] auprès de médecins généralistes et de gynécologues-obstétriciens, il est apparu que respectivement, 30 % et 86 % d'entre eux connaissaient de façon exacte la législation sur les congés pré et postnataux. Dans cette même enquête, 15 % des praticiens prescrivaient systématiquement le congé de 14 jours de grossesses pathologiques, 40 % le prescrivaient de façon libérale et 41 % le prescrivaient de façon modérée. 32 % des médecins faisaient des prescriptions libérales à la demande des patientes.

### • La réalité des arrêts de travail au cours de la grossesse

Lors de l'enquête nationale INSERM « Naître en France, 1981 » [41], il apparaissait que 54,6 % des femmes travaillaient pendant la grossesse et qu'un arrêt de travail était prescrit au premier trimestre chez 23 % d'entre elles, au 2<sup>e</sup>

trimestre chez 33 %, et au 3<sup>e</sup> trimestre chez 41 %. 42 % des femmes enceintes s'arrêtaient de travailler avant la date prévue du congé prénatal.

Dans une enquête réalisée en 1988-89 par Saurel-Cubizolles [45] dans 4 services publics d'obstétrique, 69 % des femmes ayant travaillé pendant leur grossesse ont bénéficié des 2 semaines pour grossesse pathologique et 67 % ont eu un « arrêt maladie » supplémentaire.

Dans une enquête réalisée en 1994 dans trois maternités de la région lyonnaise [34], 70 % des accouchées ont travaillé au cours de la grossesse. Leur niveau d'études est supérieur à celui des femmes au foyer et la majorité d'entre elles sont employées dans le secteur tertiaire ; 50 % travaillent 39 heures et, pour 70 %, la durée du trajet domicile-travail est inférieure ou égale à 30 mn. Près de 40 % ont bénéficié d'aménagement de leurs conditions de travail, essentiellement sous la forme de réduction d'horaires de travail. Dans cette population, 71 % des femmes ont bénéficié des 15 jours d'arrêt de travail pour grossesse pathologique, 38 % ont eu un allongement de leur congé prénatal au delà de ces deux semaines et 19 % ont eu au moins un arrêt de travail en cours de grossesse.

Tout récemment, le Réseau Sentinelle AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie Obstétrique et Gynécologie), colligeant l'activité de 98 maternités publiques et privées de France en 1994 (données centralisées à l'unité INSERM U 265), a permis de décrire la situation actuelle, à partir de 7837 accouchements [33]. Dans cette enquête, on distingue d'une part le « congé prénatal » comprenant le congé légal (6 semaines en général), les 2 semaines de grossesse pathologique et un éventuel allongement supplémentaire sous forme d'arrêt maladie, et d'autre part « les arrêts partiels » constitués d'arrêts maladie en cours de grossesse suivis de reprise du travail. Cette enquête montre que 61 % des femmes ont travaillé pendant leur grossesse. Parmi elles, 12 % seulement des femmes partent en congé à la date légale, 5 % après la date légale, c'est-à-dire que 83 % des femmes bénéficient d'un allongement de leur congé prénatal au delà de la date légale ; 27 % ont une prescription des 2 semaines pour grossesse pathologique, et 56 % ont un congé prénatal plus important encore ; au total un tiers des femmes partent en congé maternité avant 28 semaines de gestation, date que certains obstétriciens voudraient voir généralisée légalement (tableau I). En ce qui concerne les arrêts partiels en cours de grossesse, 29 % en bénéficient : 12 % ont une ou deux semaines d'arrêt, 17 % trois semaines ou plus. Si l'on veut exprimer ces résultats dans les mêmes termes que Saurel-Cubizolles dans l'enquête citée plus haut [45] on trouve, à partir du Réseau Sentinelle, que 83 % des femmes ont bénéficié des 2 semaines pour grossesse pathologique (soit une augmentation par rapport à 1988-89 pouvant être liée à des différences de lieux de recrutement comme à une véritable évolution dans le

Tableau I.

Description de la prescription d'arrêts de travail des femmes enceintes : congé prénatal (exprimé par le terme de la grossesse à l'arrêt définitif du travail) et semaines d'arrêt partiel en cours de grossesse (suivies de reprise du travail). (Source : Réseau Sentinelle AUDIPOG 1994).

Arrêts de travail	%	
Congé prénatal*	≥ 36 sem.	5,3
	34 - 35 sem.**	12,1
	32 - 33 sem.***	27,0
	28 - 31 sem.	21,8
	24 - 27 sem.	13,8
	22 - 23 sem.	10,5
	< 20 sem.	9,5
Arrêts partiels	0	71,0
	1	5,0
	2	7,4
	3 - 4	5,4
	≥ 5 sem.	11,2
* terme de la grossesse lors de l'arrêt définitif du travail		
** congé légal		
*** congé légal + 2 semaines de grossesse pathologique		

temps), et que 70 % ont eu un arrêt maladie soit en cours de grossesse soit en allongement du congé prénatal en plus des 2 semaines de grossesse pathologique.

**• Les femmes qui partent en congé anticipé ou qui bénéficient d'arrêts partiels diffèrent-elles des femmes qui poursuivent normalement leur grossesse ?**

Concernant l'âge des femmes, on constate dans le Réseau Sentinelle que les femmes jeunes (< 25 ans) allongent leur congé prénatal au delà des 2 semaines de grossesse pathologique plus souvent que les femmes plus âgées alors qu'elles bénéficient d'un peu moins d'arrêts partiels. Il y a peu de différence entre les primipares et les multipares en ce qui concerne leurs arrêts de travail, en général. Rien de très notable non plus en ce qui concerne la situation de famille et le congé prénatal, cependant il apparaît que les femmes célibataires bénéficient moins souvent d'arrêts partiels en cours de grossesse. En ce qui concerne le niveau d'études, les femmes de niveau d'études primaire ont un congé prénatal dépassant les 2 semaines de pathologie plus souvent que

## BÉNÉFICE ET COÛT DU REPOS ET DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

les autres (tableau II). On peut penser que ces prescriptions plus fréquentes chez elles s'expliquent en partie par une fatigue professionnelle plus intense puisque une relation entre fatigue professionnelle et prématurité a été démontrée [30] et que la prescription de repos en cours de grossesse est préconisée dans ce cas [32].

*Tableau II.  
Description des arrêts de travail :  
allongement du congé prénatal et/ou arrêts partiels  
en cours de grossesse selon les caractéristiques des femmes enceintes.  
(Source : Réseau Sentinelle AUDIPOG 1994).*

	Allongement du congé prénatal			Arrêts partiels	
	non	oui 2 sem. path.	oui > 2 sem. path.	non	oui
âge (%)*					
≤ 20 ans	0,0	50,0	50,0	75,0	25,0
20 - 24	7,7	28,2	64,1	75,3	26,7
25 - 29	18,1	31,4	50,5	70,9	29,1
30 - 34	22,2	22,2	55,6	69,4	30,6
≥ 35 ans	16,1	23,2	60,7	72,8	27,2
parité (%)					
0	17,2	33,6	49,2	72,7	27,3
1	18,5	22,6	58,9	66,2	33,8
2	10,0	16,0	74,0	74,0	26,0
≥ 3	19,1	14,3	66,7	84,7	19,3
situation de famille (%)					
célibataire	20,8	20,8	58,3	87,8	12,2
mariée	18,2	24,5	57,2	71,2	28,8
vivant en couple	16,8	29,2	54,0	67,6	32,4
autre	0,0	0,0	0,8	66,7	33,3
niveau d'études (%)					
primaire	11,5	23,1	65,4	82,2	17,8
secondaire	20,3	29,1	50,6	65,5	34,5
technique	17,2	30,6	52,2	68,0	32,0
supérieur	18,9	22,2	58,9	70,8	29,2
score de fatigue (%)					
0	9,1	36,4	54,5	84,1	15,9
1 - 2	19,0	25,4	55,6	56,9	43,1
≥ 3	23,4	25,6	51,0	74,4	25,6
Ensemble	17,3	27,0	55,7	71,0	29,0
* les pourcentages sont rapportés au nombre de femmes présentant une caractéristique donnée					

• **La prescription d'un allongement du congé prénatal ou de semaines d'arrêts partiels est-elle fonction du déroulement de la grossesse ?**

D'après le Réseau Sentinelle, 80 % des femmes bénéficient d'un allongement de leur congé prénatal en l'absence d'une telle pathologie, c'est-à-dire que les 2 semaines pour grossesse pathologique en particulier sont prescrites pour bien d'autres motifs ! En revanche, les arrêts partiels sont un peu plus souvent prescrits en présence de pathologie de la grossesse. Dans cette enquête 20 % des femmes sont hospitalisées au cours de leur grossesse. Une hospitalisation s'accompagne d'un allongement du congé prénatal dans 86 % des cas et 2 hospitalisations ou plus d'un allongement du congé prénatal dans tous les cas. Les arrêts partiels ne semblent pas plus fréquemment prescrits en cas d'hospitalisation. La prescription de  $\beta$ -mimétiques s'accompagne d'un allongement du congé prénatal dans 91 % des cas (tableau III).

*Tableau III.*

*Description des arrêts de travail (allongement du congé prénatal et/ou arrêts partiels) selon les circonstances de la grossesse.*

*(Source : Réseau Sentinelle AUDIPOG 1994).*

	Allongement du congé prénatal			Arrêts partiels	
	non	oui 2 sem. path.	oui > 2 sem. path.	non	oui
Pathologie de la grossesse					
non	20,4	26,7	52,9	78,6	21,4
oui	14,9	27,5	57,6	64,5	35,5
Nb d'hospitalisations					
0	18,7	30,3	51,0	67,4	32,6
1	14,1	13,0	72,8	69,6	30,4
$\geq 2$	0,0	16,7	83,3	87,0	13,0
Prescription de $\beta$ -mimétiques					
non	18,4	28,5	53,1	72,7	27,3
oui	9,3	19,8	70,9	65,2	34,8

BÉNÉFICE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL ET DU REPOS  
POUR LA PRÉVENTION DE LA PRÉMATURITÉ

80 % des décès néo-nataux et 70 % de la morbidité néo-natale s'observent chez des enfants nés prématurément. Ces chiffres justifient tous les efforts réalisés pour prévenir l'accouchement prématuré mais cet objectif est difficile à atteindre du fait de l'origine multifactorielle de ce syndrome qui reconnaît des causes anatomiques, infectieuses, biochimiques, socio-économiques. Toutes contribuent à une stimulation anormale de l'activité myométriale.

Les stratégies de prévention de la prématurité peuvent s'exercer à l'échelon de la communauté où l'on observe des risques différents selon les niveaux socio-économiques de la population mais il est difficile d'identifier de façon précise les facteurs qui contribuent à l'augmentation de la prématurité (activité professionnelle, nutrition, infection, tabagisme, mauvaise surveillance de la grossesse). C'est pour cela que les stratégies les plus couramment utilisées sont individuelles et visent à identifier des femmes à haut risque d'accouchement prématuré, de façon à prévenir l'accouchement prématuré et à le traiter plus précocement si la prévention a été un échec. Dans une telle perspective, il est indispensable d'avoir à sa disposition, un test de dépistage pour identifier correctement les patientes à risque, au sein de la population obstétricale. Ce test doit avoir une bonne sensibilité afin de ne pas méconnaître des patientes susceptibles d'accoucher prématurément et surtout une bonne spécificité afin de limiter le nombre de faux positifs, chez lesquels on imposerait de façon excessive un traitement, en l'occurrence l'arrêt de travail et le repos, alors qu'il n'existe pas de risque d'accouchement prématuré. La valeur prédictive positive du test varie en fonction de la prévalence de la pathologie recherchée et, dans une population non sélectionnée, cette valeur prédictive est habituellement plus basse que celle mesurée dans une population à haut risque. Le test doit avoir enfin un rapport coût-efficacité acceptable.

• **Les différents tests de dépistage**

– *Les scores de risque d'accouchement prématuré*

Ce sont des scores multifactoriels prenant en compte les facteurs socio-économiques, ceux liés au terrain, aux antécédents obstétricaux et à la pathologie de la grossesse. En France, nous utilisons le coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) de Papiernik [39]; le score de Creasy utilisé dans les pays anglo-saxons s'en est largement inspiré [in 27].



Les performances du score de Creasy ont été évaluées par Mc Lean, à partir de 6 études qui montrent que ce score a une sensibilité d'environ 50 %, signifiant que près d'une femme sur 2 qui accouche prématurément, n'a pas été classée dans les populations à risque, et une valeur prédictive positive qui varie de 17 à 35 %, ce qui conduit à classer un nombre important de patientes dans la population à risque, alors qu'elles accoucheront à terme [27]. Dans ces six études, les calculs de sensibilité et de valeur prédictive positive ont été faits chez des patientes classées à haut risque d'accouchement prématuré par le score de Creasy. Les performances globales de ces scores sont telles que, s'ils permettent d'identifier des patientes avec des risques particulièrement élevés mais qui sont peu nombreuses, il sont inopérants pour classer correctement les femmes avec un risque moins important et qui pourraient bénéficier d'un arrêt de travail et du repos.

Parmi tous les facteurs de risque de prématurité inclus dans les différents scores, beaucoup n'augmentent que modérément le risque d'accouchement prématuré (risque multiplié par 3 ou 4), de telle sorte qu'il n'est pas possible sur la présence de ces seuls facteurs de risque de prendre une décision thérapeutique contraignante. De tous les facteurs de risque évalués dans une étude cas-témoin [3], seuls les antécédents d'accouchement prématuré et l'existence de saignements au 3<sup>e</sup> trimestre constituent des facteurs de risque justifiant à eux seuls des mesures thérapeutiques. L'évaluation du risque est particulièrement difficile chez les primipares chez qui l'item « antécédent d'accouchement prématuré » qui a toujours une haute valeur prédictive est bien sûr absent.

#### ***– Les données du toucher vaginal***

La pratique mensuelle du toucher vaginal lors des consultations obstétricales, telle qu'elle est réalisée chez l'ensemble des gestantes en France ne modifie en rien le taux de prématurité par rapport à la pratique sélective du toucher vaginal, qui est recommandée dans d'autres pays, où le taux de prématurité est identique à celui des pays où le toucher vaginal est de pratique systématique [8].

La valeur prédictive du toucher vaginal est bien illustrée par une étude récente de Stubbs [48] qui note que les patientes ayant un col dilaté à plus d'1 cm ou effacé de plus de 30 % avant 34 semaines, ont un risque accru d'accouchement prématuré; toutefois, la valeur prédictive positive d'une telle constatation n'est que de 18 %. Lorsque l'on prend en compte les facteurs de risque d'accouchement prématuré et les données du toucher vaginal, ces dernières n'améliorent que la valeur prédictive et la sensibilité des indications fournies par les scores de risque [5].

– **L'échographie vaginale**

Elle a été évaluée et comparée aux données du toucher vaginal chez des patientes présentant une menace d'accouchement prématuré [20] et chez des patientes asymptomatiques [2]. La valeur prédictive positive de l'échographie dans ces situations est respectivement de 50 % et 25 %, de telle sorte que l'échographie ne peut être admise comme un test de dépistage dans une population non sélectionnée.

– **Les marqueurs biologiques : la fibronectine**

De tous les marqueurs biologiques étudiés jusque-là : progestérone, cytokines, peptides placentaires (*corticotropin releasing hormone*), la fibronectine est celui pour lequel on dispose des données les plus importantes comme test prédictif de l'accouchement prématuré. Dans une population où le taux d'accouchements prématurés était de 11 %, la fibronectine dosée une fois par mois entre 24 et 27 semaines prédit l'accouchement prématuré avec une sensibilité de 73 % et une valeur prédictive positive de 25 % [24]. Dans une population à haut risque d'accouchement prématuré (31 % d'accouchements prématurés), le dosage hebdomadaire de la fibronectine cervico-vaginale entre 24 et 34 semaines se révèle plus performant avec une sensibilité de 92 % et une valeur prédictive positive de 46 %, pour la prédiction de l'accouchement avant 37 semaines. La valeur prédictive négative dans cette population est 93,9 % [37]. Dans une population à bas risque d'accouchement prématuré, un dosage bimensuel de la fibronectine ne se révèle pas plus performant que les scores épidémiologiques ou les données du toucher vaginal [14].

– **Le repérage des conditions de travail fatigantes**

La première étude épidémiologique qui a mis en évidence le rôle des conditions de travail fatigantes dans la survenue d'un accouchement prématuré a été réalisée en France par Mamelle qui a proposé un score de risque professionnel de prématurité prenant en compte la posture debout, le travail sur machine industrielle, le transport de charges lourdes, la charge mentale et l'environnement du poste de travail [28, 30]. Chacun de ces éléments constitue un risque de prématurité et leur accumulation conduit à une augmentation significative du risque de prématurité.

Suite à ces travaux, d'autres auteurs se sont intéressés aux conditions de travail des femmes enceintes : Mac Donald met en évidence le rôle des longues heures de travail hebdomadaire, des horaires alternés et du transport de charges lourdes [26]. Homer confirme l'effet de la charge physique [19] et Teitelman celui de la position debout [49]. Récemment Henriksen a aussi retrouvé une relation significative entre la posture debout ou la marche plus de 5 heures par jour et la prématurité, après prise en compte d'autres facteurs de risque [16].

Le score de fatigue développé par Mamelle est montré reproductible dans une deuxième enquête réalisée en région lyonnaise [31], dans l'enquête réalisée sur un échantillon représentatif des naissances en France [44], dans l'étude québécoise de Mac Donald [26] et dans l'étude menée aux États-Unis sur une population d'infirmières, par B. Luke [25].

Certains résultats contradictoires ont cependant été publiés et peuvent être dus à des échantillons trop petits [4], à un repérage des conditions de travail à partir du titre de l'emploi et non par une description analytique des conditions de travail [21], à une observation du poste de travail par le médecin du travail et non par la femme elle-même [38], ou à une définition différente de la prématurité [23]. Enfin il est possible que certains résultats négatifs puissent être liés à la mise en place de mesures de prévention ; c'est le cas de l'étude d'Ahlborg [1].

Mamelle indique que 20 % des femmes qui exercent une activité professionnelle pendant leur grossesse ont une activité pénible (score professionnel  $\geq 3$ ) et que, chez les femmes accouchant prématurément, ce pourcentage atteint 40 % [30]. C'est pourquoi il est important chez toute femme qui travaille de s'intéresser à son activité professionnelle et d'évaluer son score de risque.

Le risque de prématurité dépend également du niveau socio-économique qui est lui-même corrélé au score professionnel. Toutefois, pour une charge de travail identique, les femmes ayant un niveau socio-économique élevé bénéficient souvent d'une aide à domicile et ont une charge de travail domestique moins importante. Une étude menée chez 621 infirmières et aides soignantes montre des taux respectifs de prématurité de 8 % et 16 % [43].

L'analyse des performances des principaux tests de dépistage utilisables par le clinicien montre la difficulté qu'il y a à identifier correctement une population à haut risque. Chacun de ces tests est caractérisé par une sensibilité faible car de nombreux accouchements prématurés surviennent chez des femmes qui n'ont pas été identifiées à haut risque, et une valeur prédictive positive médiocre car de nombreuses femmes classées dans la catégorie à haut risque accouchent à terme. Malgré ces insuffisances, il est difficile de ne pas prendre en compte certains indicateurs du haut risque de prématurité tels que les antécédents d'accouchement prématuré ou de fausse couche tardive, ou bien les modifications importantes du col utérin constatées dans ces populations. Le bénéfice de l'arrêt de travail et du repos doit être discuté dans ces populations.

**• L'arrêt de travail en vue de diminuer la prématurité dans des populations sans risque médical**

Le congé prénatal a été introduit dans les pays scandinaves dès 1935, à la suite d'une enquête européenne conduite par la Société des Nations qui avait montré que les femmes enceintes soumises à des travaux pénibles avaient un taux d'accouchement prématuré élevé. Les conditions de travail ont largement évolué depuis le début du siècle et le risque de prématurité lié au travail a évolué dans le même sens, de telle sorte que le taux d'accouchements prématurés est actuellement plus bas chez les femmes qui travaillent par rapport à celles qui restent à leur domicile [30].

***– La prescription d'arrêt de travail est-elle liée à la fatigue professionnelle?***

Le fichier du Réseau Sentinelle montre qu'il n'en n'est rien : les femmes qui ont un score de fatigue élevé ( $\geq 3$ ) ont moins souvent que les autres un allongement de leur congé prénatal au delà des 2 semaines de pathologie ou une prescription d'arrêts partiels, révélant que ce ne sont pas les femmes qui en ont le plus besoin qui bénéficient d'arrêts de travail. Ce résultat est un peu contradictoire avec l'observation d'un allongement du congé prénatal plus important chez les femmes d'un niveau d'études primaire et cette discordance peut être due à un effectif réduit de femmes pour lesquelles le score de fatigue est connu. Cependant, cette observation n'est pas en contradiction avec celle de Saurel-Cubizolles dans son enquête décrite plus haut [46] : les femmes ayant une profession qualifiée bénéficient plus souvent que celles ayant une profession non qualifiée des 2 semaines pour grossesse pathologique (respectivement 73 et 59 %).

***– Peut-on parler de bénéfice de l'arrêt de travail dans la prévention de l'accouchement prématuré?***

Le bénéfice de l'arrêt de travail devrait être évalué idéalement en tenant compte du risque médical identifié et de la nature du travail que l'on interrompt et devrait être abordé grâce à un essai randomisé. Il n'existe malheureusement pas d'étude de ce type ; toutefois, l'étude danoise qui porte sur une population homogène bénéficiant d'une protection sociale de bonne qualité et qui a pris en compte les pathologies au cours de la grossesse, le niveau d'éducation des femmes, leur parité, le tabagisme, leur taille, montre une légère diminution du risque d'accouchement prématuré lorsque le travail est interrompu au 2<sup>e</sup> trimestre [15] (tableau IV).

Une étude réalisée dans 50 entreprises de la région Rhône-Alpes [32] a montré que le changement de poste de travail, la réduction de la durée du travail pourraient avoir un effet favorable sur la prématurité alors que l'allongement

Tableau IV.

*Taux de prématurité et risque ajusté pour le tabagisme, la parité, la taille et le niveau d'instruction. (D'après T.B. Henriksen [15])*

	effectif	prématurité (%)	O R
Travail pendant la grossesse	3605	3,4	1
Travail en début de grossesse puis arrêt définitif	296	2,4	0,6 (0,3 - 1,4)
Arrêt maladie pendant une grande partie de la grossesse	230	5,2	1,4 (0,7 - 2,6)
Pas de travail pendant la grossesse	949	3,9	1 (0,7 - 1,5)
Étudiantes	472	2,5	0,8 (0,4 - 1,4)

du congé prénatal au delà des 2 semaines pour grossesse pathologique, en dehors de toute pathologie, était associée à une augmentation significative du risque de prématurité (tableau V). En revanche, cette enquête avait permis de soulever l'hypothèse de l'effet bénéfique de semaines de repos en cours de grossesse, prescrites à titre préventif, vraisemblablement pour fatigue, en

Tableau V.

*Modification des conditions de travail et prématurité chez 1168 patientes. (D'après N. Mamelle [32])*

Modifications	Effectif	Prématurité (%)	R R (intervalle de confiance)	
Changement de poste	non oui	1062 87	6,2 3,4	0,5 (0,2 - 1,6)
Réduction durée hebdom.	non oui	388 761	7,7 5,1	0,7 (0,4 - 1,1)
Épisodes d'arrêt maladie*	non oui	357 421	8,1 3,1	0,4 (0,2 - 0,7)
Allongement du congé prénatal*	NON ou 15 jours de gr. pathol. > 15 jours de gr. pathol.	487 291	4,3 7,2	1,7 (0,9 - 3)

\* Dans un échantillon réduit de 778 femmes sans antécédent ni pathologie de la grossesse

dehors de toute pathologie : l'octroi de tels épisodes d'arrêts maladie était associé à une diminution significative du risque de prématurité.

Les données du Réseau Sentinelle permettent d'analyser la relation entre arrêt de travail et prématurité selon qu'il existe ou non une pathologie de la grossesse (tableau VI). S'il est logique d'observer un taux de prématurité élevé lorsqu'il y a allongement du congé prénatal en cas de pathologie de la grossesse, on pourrait s'attendre à trouver une relation inverse en l'absence de pathologie. Comme dans l'enquête Rhône-Alpes [32], les chiffres ne vont pas dans ce sens puisque le taux de prématurité est plus élevé (5,9 %) chez les femmes qui allongent leur congé prénatal au delà des 2 semaines dites de grossesse pathologique, que chez celles qui prennent seulement ces 2 semaines (3,9 %). Les données du Réseau Sentinelle ne confirment pas l'effet bénéfique des arrêts partiels en cours de grossesse, mis en évidence dans l'enquête Rhône-Alpes [32].

*Tableau VI.  
Longueur du congé prénatal et accouchement prématuré  
selon l'existence de pathologie de la grossesse.  
(Source : Réseau Sentinelle AUDIPOG 1994).*

Pathologie grossesse	Prescription		Prématurité (%)
Non	Allongement du congé prénatal	non	1,9
		2 sem. pathol.	3,9
		> 2 sem.	5,9
	Arrêts de travail partiels	non	2,3
oui		1,5	
Oui	Allongement du congé prénatal	non	3,2
		2 sem. pathol.	7,7
		> 2 sem.	9,8
	Arrêts de travail partiels	non	7,5
		oui	8,3

**• L'arrêt de travail dans la prévention de l'accouchement prématuré chez les femmes qui présentent une menace d'accouchement prématuré**

L'arrêt de travail fait partie de l'arsenal thérapeutique en cas de menace d'accouchement prématuré. Aussi est-il très difficile de répondre maintenant à une telle question. La prescription est trop largement généralisée pour qu'on

puisse envisager de réaliser un essai de prévention randomisé. Une étude d'observation n'est jamais démonstrative, mais seulement susceptible d'apporter quelques indications.

Une étude réalisée dans 2 maternités à Lyon et Grenoble a eu pour but de décrire la population de femmes présentant des contractions précoces et/ou des signes de maturation du col utérin, d'analyser le rôle pronostique de chacun des signes et dans un 2<sup>e</sup> temps d'expérimenter des modalités de prise en charge psychologique de ces femmes [35].

Globalement, dans cet échantillon comprenant 512 femmes présentant des contractions et/ou des signes de maturation du col entre la 20<sup>e</sup> et la 35<sup>e</sup> semaine de gestation, 16,6 % des femmes n'ont eu ni hospitalisation ni prescription de repos ou arrêt de travail. 53,8 % ont eu une prescription de repos et/ou arrêt de travail sans hospitalisation, 29,6 % ont été hospitalisées lors de leur première consultation. On peut penser que ces prescriptions sont fonction du terme de la grossesse lors de l'apparition des signes de maturation du col ou de la présence de ces signes, voire de leur cumul. Il n'en est apparemment rien. 15 à 20 % des femmes n'ont aucune prescription, 50 à 60 % des femmes ont une prescription de repos et/ou arrêts de travail quel que soit le terme de la grossesse et qu'il y ait ou non association contraction et/ou signes de maturation du col (tableau VII). L'étude de la relation entre prescription et prématurité montre que les taux de prématurité sont respectivement 10,7 %, 15 % et 31,3 % en cas d'absence de prescription, de repos et/ou arrêt de travail, ou d'hospitalisation (tableau VIII). L'application d'un modèle de régression logistique prenant en compte le terme de la grossesse lors des premiers signes, l'existence de signes de maturation du col (col court, col perméable, segment inférieur amplifié ou présentation engagée), l'existence de contractions et la maternité (pour rendre compte de variations de prise en charge intrinsèques), ne met pas en évidence d'effet significatif du repos et/ou arrêts de travail (RR = 0,7).

### • Le repos, l'alitement et la surveillance intensive ?

Le repos est la prescription la plus souvent faite pour prévenir la prématurité mais sa fréquence est mal connue.

Dans une enquête réalisée aux États-Unis en 1988, 18 % des femmes dont la grossesse évoluait au delà de 20 semaines, déclaraient qu'elles avaient été alitées à leur domicile au moins une semaine. Lorsque l'on considère uniquement les indications de l'alitement pour la prévention de l'accouchement prématuré, 11 % des femmes déclarent qu'elles ont passé une semaine ou plus allongées à leur domicile et 13 % des femmes disent qu'elles ont dû réduire ou arrêter leur travail [42].

*BÉNÉFICE ET COÛT DU REPOS ET DE L'ARRÊT DE TRAVAIL*

*Tableau VII.*

*La prescription de repos et/ou arrêt de travail chez 512 femmes présentant des signes de menace d'accouchement prématuré.*

*(Source : étude MAP - Lyon Grenoble INSERM U 265 (1995)).*

	Prescription	Fréquence (%)	
<i>Terme de la grossesse lors du diagnostic de MAP</i>	<i>&lt; 27 sem.</i>	aucune	15,7
		repos et/ou arrêt de travail	66,1
		hospitalisation	18,3
	<i>28 - 32 sem.</i>	aucune	13,0
		repos et/ou arrêt de travail	49,2
		hospitalisation	37,8
	<i>&gt; 32 sem.</i>	aucune	20,6
		repos et/ou arrêt de travail	51,3
		hospitalisation	28,1
<i>Signes cliniques</i>	contractions seules	aucune	21,4
		repos et/ou arrêt de travail	54,3
		hospitalisation	24,3
	1 ou plusieurs signes de maturation du col	aucune	19,8
		repos et/ou arrêt de travail	62,3
		hospitalisation	17,9
	contractions + 1 ou plusieurs signes de maturation du col	aucune	14,4
		repos et/ou arrêt de travail	47,2
		hospitalisation	38,4

*Tableau VIII.*

*L'arrêt de travail dans la prévention de l'accouchement prématuré chez les femmes présentant des signes de menace d'accouchement prématuré.*

*(Source : étude MAP - Lyon Grenoble INSERM U 265 (1995)).*

	Fréquence de la prescription %	Prématurité %
aucune	16,6	10,7
repos et/ou arrêt de travail	53,8	15,0
hospitalisation	29,6	31,3



L'efficacité du repos est difficile à évaluer car ce terme comprend des mesures qui vont de la simple réduction d'activité à un alitement plus ou moins complet associé à une aide à domicile et à une surveillance plus ou moins intensive. La compliance à ces mesures thérapeutiques est également très inégale. Les seules données précises du repos avec alitement proviennent de 4 études randomisées chez des patientes ayant des grossesses gémellaires (tableau IX). Aucune de ces études ne montre de bénéfice pour l'alitement strict par rapport au repos au domicile.

*Tableau IX.*

*Résultats de 4 études randomisées comparant l'alitement à l'hôpital et le repos à domicile dans les grossesses gémellaires.  
(D'après R. Creasy [9])*

	Effectif	Terme de l'hospitalisation (semaines)	Résultat hôpital prématurité	contrôle prématurité
Hurtikainem-Sorri (1984)	146	30	Aucune différence	
Saunders (1985)	212	32	30 %	19 %
Crowther (1989)	139	34	aucune différence	
Mac Lennan (1989)	141	26 - 30	Prématurité < 32 sem. 16 %	8 %

Pour les grossesses monofoetales et chez les patientes à risque d'accouchement prématuré, le bénéfice du repos ne peut être qu'extrapolé à partir des études ayant évalué le bénéfice de l'éducation et d'une surveillance intensive de ces patientes. En effet, on peut présumer que, dans ces études, les femmes qui présentaient des facteurs de risque élevés et des modifications cervicales avaient des consignes de repos associées ou non à un traitement. Mais aucune d'entre elles n'a évalué directement le bénéfice attribuable aux seules consignes de repos avec ou sans alitement.

C'est le programme de Haguenau qui le premier a mis en évidence qu'une surveillance renforcée de la grossesse permettait de diminuer le taux d'accouchements prématurés de 6,1 à 4 % [6]. Plusieurs études analogues ont été réalisées par la suite et 4 d'entre elles sont présentées dans le tableau X. On constate que l'éducation des femmes et une surveillance intensive réduisent rarement la fréquence des accouchements prématurés dans les populations à haut risque. Dans le programme de prévention de Los Angeles Ouest [17, 18], les patientes, qui bénéficiaient toutes d'une

*BÉNÉFICE ET COÛT DU REPOS ET DE L'ARRÊT DE TRAVAIL*

éducation et d'une surveillance intensive, étaient randomisées en 5 groupes différents selon les mesures complémentaires prescrites (le repos au lit, l'aide de travailleurs sociaux, un traitement progestatif, un placebo ou aucune mesure complémentaire). Aucune de ces mesures complémentaires ne s'est avérée supérieure aux autres dans la prévention de l'accouchement prématuré dans cette étude qui est la seule à avoir directement évalué le bénéfice du repos au lit dans une population à haut risque [17]. En 1995, une revue de toutes les études cas-témoins et randomisées, évaluant le bénéfice d'une surveillance intensive par rapport à une surveillance standard dans la prévention de la prématurité, n'a pas pu mettre en évidence de bénéfice de la surveillance intensive [12]. L'inefficacité de ces mesures a plusieurs explications qui sont liées au fait que peu d'accouchements prématurés sont susceptibles d'être prévenus, que les patientes à haut risque d'accouchement prématuré sont difficiles à identifier, et enfin que les thérapeutiques dont nous disposons (repos, alitement, traitement  $\beta$ -mimétique) manquent d'efficacité dans la prévention de l'accouchement prématuré.

Depuis 1985, un grand nombre d'études ont été réalisées pour évaluer, outre le repos, le bénéfice de la tocométrie ambulatoire à domicile associée ou non à une éducation des patientes et à un contact médical quotidien. Toutes les femmes incluses dans ces protocoles sont à haut risque d'accouchement prématuré et ont cessé, pour certaines d'entre elles, leur travail pour bénéficier d'un repos à leur domicile. L'utilisation de la tocométrie dans cette population

*Tableau X.  
Études évaluant le bénéfice de l'éducation  
et d'une surveillance intensive pour la prévention de l'accouchement  
dans les populations à haut risque.*

	Type d'étude	Effectif	Variable étudiée	Résultats	
				expérimentaux	contrôles
P. Meise 1987 [36]	Étude prospective non randomisée groupe témoin	17370	poids < 2500 g	8,7 %	8,6 % non significatif
J. Konte 1988 [22]	Étude prospective non randomisée groupe témoin	1914	Accouchement prématuré	10,2 %	11,1 % non significatif
R. Bryce 1991 [7]	Étude randomisée	1970	Accouchement prématuré	12,8 %	14,9 % non significatif
C. Hobel 1994 [18]	Étude randomisée	1774	Accouchement prématuré	7,4 %	9,1 % p < 0,05

ne s'est pas révélée supérieure dans la majorité des études par rapport au contact pluri-hebdomadaire avec l'équipe soignante [13].

Les bénéfices de l'arrêt de travail et du repos au cours de la grossesse sont discutables mais il existe des populations à très haut risque (plusieurs antécédents d'accouchement prématuré, fausse couche tardive, grossesse multiple) pour lesquelles il est raisonnable de conseiller un arrêt de travail et un repos associés à une surveillance intensive à partir du 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse. Dans les populations où le risque est intermédiaire et chez les femmes qui allèguent une fatigue anormalement importante, il est préférable, avant d'envisager un arrêt de travail et des consignes de repos, de discuter un aménagement du poste de travail et une réduction d'horaires. À cet égard, le recours au médecin du travail est insuffisamment sollicité, malgré les sollicitations figurant dans le carnet de maternité remis désormais à toutes les femmes enceintes, carnet qui reprend, dans la *fiche de liaison* avec le médecin du travail, la grille de risque professionnel de Mamelle [30].

#### BÉNÉFICE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL, DU REPOS ET DE L'ALITEMENT DANS LES MENACES DE FAUSSE COUCHE

20 % des femmes dont la grossesse va continuer à évoluer normalement ont un arrêt de travail temporaire au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse et celui-ci est souvent prescrit pour une menace de fausse couche alors que l'on sait qu'il n'a jamais été démontré que l'alitement réduit le taux de fausse couche du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. Une enquête auprès de praticiens anglais a montré qu'en présence de saignements légers, 47 % d'entre eux recommandent l'alitement et ils sont 95 % à le faire lorsque les saignements sont plus importants; toutefois, 32 % de ces médecins estiment que cette mesure est inutile mais la prescrivent malgré tout pour prévenir des plaintes des patientes qui feraient une fausse couche [11].

#### LES EFFETS INDÉSIRABLES DU REPOS ET DE L'ALITEMENT AU COURS DE LA GROSSESSE

La prescription d'un arrêt de travail, des consignes de repos plus ou moins strictes peuvent être à l'origine d'un stress chez la patiente qui

considère sa grossesse comme pathologique. Les conséquences de cet état psychologique particulier ne peuvent être négligées tant en ce qui concerne l'évolution de la grossesse elle-même que dans les relations ultérieures mère-enfant. Si un alitement prolongé est recommandé, celui-ci s'accompagne d'un risque accru thrombo-embolique, d'une atrophie musculaire et d'une déminéralisation osseuse que l'on ne peut pas négliger.

## LE COÛT DE L'ARRÊT DE TRAVAIL ET DU REPOS

### • Le coût de la prématurité évitée par l'arrêt de travail et le repos

Des sommes importantes sont investies dans tous les pays pour la prévention de la prématurité. La justification de cet effort tient en partie au coût de la prématurité qui comprend l'hospitalisation néo-natale et la prise en charge des éventuelles séquelles de ces enfants. Aux USA, il est courant de citer la formule : pour chaque dollar investi dans les soins prénatals d'une femme à haut risque d'accouchement prématuré, plus de 3 dollars sont économisés pour la prise en charge néo-natale [in 9]. Si l'on admet que l'arrêt de travail et le repos sont susceptibles de réduire la prématurité de 20 % dans des populations à haut risque bien identifiées, ces mesures doivent être prises même si leur rapport coût-efficacité n'est pas clairement établi. La sévérité de la prématurité qui peut être évitée par l'arrêt de travail et le repos, doit toutefois être prise en compte. Le coût de la prise en charge des prématurés est en effet variable selon l'importance de cette prématurité [40], or il est impossible de dire si le repos et l'arrêt de travail préviennent de manière égale la prématurité avant ou après 34 semaines.

Les femmes à très haut risque d'accouchement prématuré (antécédents d'accouchement prématuré, grossesse multiple) sont les plus exposées au risque de prématurité sévère, et, pour cela, elles bénéficient habituellement d'un arrêt de travail et de consignes de repos prescrits très précocement. Cette population est peu nombreuse en regard des femmes ayant un risque modéré d'accoucher prématurément. Ces dernières, qui représentent la cohorte la plus nombreuse, accouchent le plus souvent à terme et, lorsqu'elles accouchent prématurément, cette prématurité est en général modérée, induisant une prise en charge dont le coût est peu important.

- **Le coût des hospitalisations évitées par l'arrêt de travail et le repos**

20 % des femmes sont hospitalisées au cours de leur grossesse et l'indication en est très souvent une menace d'accouchement prématuré. Les femmes chez qui l'on prescrit un arrêt de travail et à qui l'on conseille le repos, étant elles-mêmes à plus haut risque d'accouchement prématuré, ont inévitablement des hospitalisations pour menace d'accouchement prématuré plus fréquentes, mais l'on manque de données pour déterminer si la prescription de l'arrêt de travail et le repos permettent chez des femmes ayant des risques identiques d'éviter des hospitalisations pour traiter une menace d'accouchement prématuré.

- **Le coût induit par l'arrêt de travail**

Le coût pour l'employeur et pour la collectivité est toujours élevé dans notre système de protection sociale et il génère, pour les entreprises où le personnel est en majorité féminin, des difficultés de fonctionnement évidentes du fait de la fréquence de ces arrêts de travail.

Si on admet le chiffre moyen de 700 000 femmes enceintes chaque année, dont 60 % travaillent pendant leur grossesse, 420 000 femmes bénéficient chaque année d'un congé prénatal légal, d'un éventuel allongement de leur congé prénatal et de semaines d'arrêt de travail partiel.

L'analyse du fichier du Réseau Sentinelle permet d'estimer le nombre de semaines de congé prénatal (légal + allongement) à 12 semaines en moyenne sur l'ensemble des femmes, auxquelles il faut ajouter un nombre moyen de semaines d'arrêt partiel de 2 semaines, soit 14 semaines au total.

Si on prend comme base du salaire des femmes le chiffre de 40 F de l'heure, le coût induit pas les arrêts de travail prénataux est de 5,2 milliards de F pour le congé prénatal légal et les deux semaines de grossesse pathologique (pris en charge à 100 %), auxquels il faut ajouter 2,6 milliards de F pour l'allongement du congé prénatal (pris en charge à 50 %), et 1,3 milliard de F (pris en charge à 50 %) pour les arrêts partiels, soit un total de 9,1 milliards de F/an. Ce chiffrage ne prend pas en compte le coût des charges patronales ni du maintien du salaire assuré par un grand nombre d'entreprises.

Le coût pour le ménage doit être également considéré surtout si l'on a recommandé à la patiente un alitement plus ou moins complet, car un certain nombre de charges domestiques ne pourront plus être assurées par la femme elle-même qui devra employer une personne pour l'aider ou bien bénéficier de la présence d'une aide ménagère.

## BÉNÉFICE ET COÛT DU REPOS ET DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

Le repos au domicile est largement prescrit par le corps médical car il le perçoit souvent comme une mesure peu onéreuse, bien acceptée par les patientes et donnant de bons résultats avec la naissance d'un enfant à terme en bonne santé. À une époque où les ressources que l'on peut consacrer à la santé tendent à se limiter, l'efficacité de telles attitudes devrait être discutée mais cela ne peut être fait qu'au terme d'études longues et difficiles à conduire.

### EN CONCLUSION

70 à 80 % des femmes enceintes cessent leur travail avant la date légale des congés prénataux. Parmi celles-ci, un grand nombre bénéficie des 15 jours de congé prénatal destinés aux grossesses pathologiques. Cette attitude quasi générale pourrait inciter à supprimer ce congé prénatal pour grossesse pathologique et à considérer que le congé prénatal est de 8 semaines et non plus de 6 semaines. Pour les patientes à très haut risque d'accouchement prématuré, qui représentent une petite partie de la population obstétricale, un arrêt de travail et des consignes de repos sont sûrement utiles même si l'on ne peut pas préciser de façon exacte le poids de ces mesures dans la prévention de la prématurité.

Pour les autres patientes présentant un risque modéré ou une simple fatigue, les efforts doivent s'orienter vers une adaptation des postes de travail et des horaires, plutôt que vers des arrêts de travail dont le bénéfice est discutable.

### RÉSUMÉ

*L'arrêt de travail et le repos avec ou sans alitement figurent parmi les prescriptions les plus souvent faites au cours de la grossesse. Les données les plus récentes sont fournies par le Réseau Sentinelle AUDIPOG qui a colligé l'activité de 98 services d'obstétrique publics ou privés en 1994 : 83 % des femmes qui travaillent pendant leur grossesse bénéficient d'un allongement de leur congé prénatal au delà du congé légal (sous forme des 2 semaines de grossesse pathologique et éventuellement d'arrêts de travail complémentaires), et 19 % ont une prescription d'arrêt de travail en cours de grossesse suivi d'une reprise du travail. Cette prescription ne semble pas liée à l'existence d'une pathologie de la grossesse puisque 80 % des femmes enceintes dont le déroulement de la grossesse est normal, bénéficient des 2 semaines de grossesse pathologique, voire plus.*

*L'arrêt de travail fait partie des stratégies de prévention de la prématurité, notamment chez les femmes à haut risque d'accouchement prématuré. Le problème réside dans la difficulté d'identifier un tel risque. Pour cela on dispose de divers tests de dépistage, CRAP, toucher vaginal, échographie vaginale, fibronectine, repérage des conditions de travail fatigantes. Aucun de ces tests n'a une bonne valeur prédictive positive.*

*Contrairement à ce qui est attendu, la prescription d'arrêts de travail chez les femmes sans risque médical ne paraît pas liée à la pénibilité de leurs tâches professionnelles, malgré les recommandations dans ce domaine, au sein de la « fiche de liaison » du carnet de maternité*

*Le bénéfice de l'arrêt de travail chez des femmes présentant des risques médicaux et/ou professionnels est difficile à évaluer en dehors d'une véritable expérimentation, ce qui est peu envisageable à une époque où la prescription des 2 semaines de grossesse pathologique est quasi généralisée, qu'il y ait ou non une justification médicale ou professionnelle à cette prescription. Les seules données disponibles sont issues d'études d'observation dont les résultats doivent être interprétés avec prudence.*

*Chez les femmes ne présentant aucun facteur de risque sur le plan médical, l'allongement du congé prénatal au delà des 2 semaines dites de grossesse pathologique semble sans effet sur le taux de prématurité. En revanche, une étude conclut à un éventuel effet bénéfique de semaines de repos en cours de grossesse et d'une réduction de la durée de travail hebdomadaire.*

*Chez les femmes présentant des signes de menace d'accouchement prématuré un bénéfice de l'arrêt de travail et/ou repos n'a pas non plus été mis en évidence. Leur prescription ne semble pas liée au terme de la grossesse lors de l'apparition des signes, ni à la gravité des signes.*

*Le bénéfice du repos et de l'alitement est difficile à mesurer, seul, car ces mesures font en général partie intégrante d'un programme de surveillance intensive destiné à des femmes présentant de hauts risques de prématurité. Or aucune étude n'a mis en évidence le bénéfice d'une surveillance intensive dans la prévention de la prématurité.*

*Les effets indésirables de l'arrêt de travail, du repos et de l'alitement ne doivent pas être négligés ; ils peuvent être à l'origine de stress ou de difficultés psychologiques à mener à bien la grossesse ; l'alitement prolongé s'accompagne aussi de différentes complications, thrombo-emboliques notamment.*

*Les arrêts de travail ont un coût important. Les données du Réseau Sentinelle AUDIPOG indiquent que la durée moyenne du congé prénatal est de 12 semaines (6 semaines légales + 2 semaines de grossesse pathologique + 4 semaines supplémentaires en moyenne) auquel il faut ajouter 2 semaines d'arrêt de travail en cours de grossesse en moyenne. Ces arrêts de travail permettent-ils d'éviter des hospitalisations ou des traitements lourds ? permettent-ils vraiment d'éviter des naissances prématurées ? Rien ne permet de l'affirmer. En*

*conclusion, si l'arrêt de travail est vraisemblablement utile aux femmes présentant un haut risque de prématurité, rien n'est prouvé chez celles présentant un risque modéré ou une fatigue intense et les efforts devraient s'orienter vers une adaptation du poste de travail ou une réduction du temps de travail.*

## Bibliographie

1. Ahlborg J.R., Bodin L., Hogstedt C. Heavy lifting during pregnancy - a hazard to the fetus? a prospective study. *Int. J. Epidemiol.* 1990; 19 : 90-7.
2. Anderson H.F., Nugent C.E., Wanty S.D. et coll. Prediction of risk for preterm delivery by ultrasonographic measurement of cervical length. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1990; 163 : 859-67.
3. Berkowitz G.S. Clinical and obstetric risk factors for preterm delivery. *Mount Sinai J. Med.* 1985; 52 : 239-44.
4. Berkowitz G.S. An epidemiologic study of preterm delivery. *Am. J. Epidemiol.* 1981; 113 : 81-92.
5. Blondel B., Le Coutour X., Kaminski M., Chavigny Ch., Breart G., Sureau Cl. Prediction of preterm delivery : is it substantially improved by routine vaginal examinations? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1990; 162 : 1042-8.
6. Bouyer J., Dreyfus J., Lazar P., Collin D., Winisdoerffer G., Papiernik E. Prévention de la prématurité : enquête périnatale de Haguenau 1971 - 1985. *Rev. Épidemiol. Santé Publique* 1988; 36 : 83-8.
7. Bryce R.L., Stanley F.J., Garner J.B. Randomized controlled trial of antenatal social support to prevent preterm birth. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1991; 98 : 1001-8.
8. Buekens P., Alexander S., Boutsen M., Blondel B., Kaminski M., Reid M. Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. *Lancet* 1994; 344 : 841-4.
9. Creasy R.K. Preterm birth prevention : where are we? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1993; 168 : 1223-30.
10. Demont F., Soutoul J.H., Pierre F., Decaux A., Grandbastien B., Gicquel M. Exploration de la législation périnatale en Europe. In 20e Journées Nationales de Médecine Périnatale, Paris, Arnette Edit. 1990; p 85-96.
11. Everett C., Ashurst H., Chalmers I. Reported management of threatened miscarriage by general practitioners in Wessex. *Br. Med. J.* 1987; 295 : 583-6.
12. Fiscella K. Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review. *Obstet. Gynecol.* 1995; 85 : 468-79.
13. Grimes D., Schulz K. Randomized controlled trials of home uterine activity monitoring : a review and critique. *Obstet. Gynecol.* 1992; 79 : 137-42.
14. Hellemans P., Gerris J., Verdonk P. Fetal fibronectin detection for prediction of preterm birth in low risk women. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1995; 102 : 207-12.
15. Henriksen T.B., Savitz D.A., Hedegaard M., Secher N.J. Employment during pregnancy in relation to risk factors and pregnancy outcome. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1994; 101 : 858-65.
16. Henriksen T.B., Hedegaard M., Secher N.J., Wilcox A. Standing at work and preterm delivery. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1995; 102 : 198-206.
17. Hobel C., Ross M., Bemis R. et coll. Abstract of phase I report Los Angeles Area prematurity prevention project. *J. Perinat. Med.* 1991; 19 suppl 1 : 15-18.
18. Hobel C.J., Ross M.G., Bemis R.L., Bragonier J.R., Nessim S., Sandhu M., Bear M.B., Mori B. The West Los Angeles Preterm birth prevention project. *Am. J.*



- Obstet. Gynecol. 1994; 170 : 54-62.
19. Homer C.J., Beredford S.A., James S.A. Work-related physical exertion and risk of preterm, low birthweight delivery. *Paediatr & Perinat. Epidemiol* 1990; 4 : 161-74.
  20. Iams J.D., Paraskos J., Landon M.B., Teteris J., Johnson F.F. Cervical sonography in preterm labor. *Obstet. Gynecol.* 1994; 84 : 40-6.
  21. Klebanoff M.A., Shiono P.H., Carey J.C. The effect of physical activity during pregnancy on preterm delivery and birthweight. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1990; 163 : 1450-6.
  22. Konte J.M., Creasy R.K., Laros R.K. California North coast preterm birth prevention project. *Obstet. Gynecol.* 1988; 71 : 727-32.
  23. Launer L.J., Villar J., Kestler E. et coll. The effect of maternal work on fetal growth and duration of pregnancy : a prospective study. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1990; 97 : 62-70.
  24. Lockwood C.J., Wein R., Lapinski R., Casal D., Berkowitz G., Alavez M., Berkowitz R.L. The presence of cervical and vaginal fetal fibronectin predicts preterm delivery in a inner-city obstetric population. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1993; 169 : 798-804.
  25. Luke B., Mamelle N., Keith L., Munoz F., Minogue J., Papiernik E., Johnson T. The association between occupational factors and preterm birth in a US nurses survey. *Am. J. Obstet. Gynecol.* Sous presse.
  26. Mc Donald A.D., Mc Donald J.C., Armstrong B. et coll. Prematurity and work in pregnancy. *Br. J. Ind. Med.* 1988; 45 : 56-62.
  27. Mac Lean M., Walters W.A., Smith R. Prediction and early diagnosis of preterm labor : a critical review. *Obstet. Gynecol. Surv.* 1993; 48 : 209-25.
  28. Mamelle N., Munoz F., Collin D., Charvet F., Lazar P. Quantification de la charge de travail féminin pendant la grossesse. *Arch. Mal. Prof.* 1981; 42 : 205-10.
  29. Mamelle N., Dreyfus J., Van Lierde M., Renaud R. Mode de vie et grossesse. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1982; 11 : 55-63.
  30. Mamelle N., Laumon B., Lazar P. Prematurity and occupational activity during pregnancy. *Am. J. Epidem.* 1984; 119 : 309-22.
  31. Mamelle N., Munoz F. Occupational working conditions and preterm. birth : a reliable scoring system. *Am. J. Epidemiol* 1987; 126 : 150-2.
  32. Mamelle N., Bertucat I., Munoz F. Pregnant women at work : rest periods to prevent preterm birth? *Paed. Perinat. Epid.* 1989; 3 : 19-28.
  33. Mamelle N., Lehingue Y., Munoz F. et les 98 obstétriciens du Réseau Sentinelle AUDIPOG. Journées nationales de l'AUDIPOG, Lyon 14-16 septembre 1994.
  34. Mamelle N., Biot N., Munoz F. Données non publiées.
  35. Mamelle N., Segueilla M., Berland M., Racinet C. Est-il possible de prévenir le risque d'accouchement prématuré par une intervention psychologique? Approche épidémiologique. In : Actes des 22e Journées Nationales de Médecine Périnatale. F. Puech, B. Blanc. Editions Arnette, Paris, 1992; 191-9.
  36. Meis P.J., Ernest J.M., Moore M.L., Michielutte R., Sharp P.C., Buescher P.A. Regional program for prevention of premature birth in northwestern North Carolina. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1987; 157 : 550-6.
  37. Nageotte M.P., Casal D., Senyei A.E. Fetal fibronectin in patients at increased risk for premature birth. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1994; 170 : 20-5.
  38. Peoples-Sheps M.D., Siegel E., Suchindran C.M. et coll. Characteristics of maternal employment during pregnancy : effects on low birthweight. *Am. J. Public Health* 1991; 81 : 1007-12.
  39. Papiernik E. Le coefficient de risque d'accouchement prématuré. *Presse Méd.* 1969; 77 : 893.
  40. Pons J.C., Olivennes F., Papiernik E. Grossesses après FIV: estimation du coût de la surveillance obstétrico-pédiatrique. 21e Journées Nationales de Médecine Périnatale. Paris, Arnette Edit. 1991; 197-207.
  - 41- Rumeau-Rouquette C., Du Mazaubrun C., Rabarison Y. Naître en France, 10 ans

## BÉNÉFICE ET COÛT DU REPOS ET DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

- d'évolution. Ed. INSERM-Doin Paris 1981.
42. Sanderson M., Placek P.J., Kkeppel K.G. The 1988 national maternal and infant health survey : design, content, and data availability. *Birth* 1991; 18 : 26-32.
  43. Saurel-Cubizolles M.J., Kaminski M., Lado-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. *J. Epid. Community Health* 1985; 39 : 129-134.
  44. Saurel-Cubizolles M.J., Kaminski M. Pregnant women's working conditions and their changes during pregnancy : a national study in France. *Br. J. Ind. Med.* 1987; 44 : 236-43.
  45. Saurel-Cubizolles M.J., Romito P. Mesures protectrices pour les femmes enceintes au travail. *Revue française des affaires sociales* 1992; 46 : 49-66.
  46. Saurel-Cubizolles M.J. Femmes enceintes exerçant des travaux pénibles : application d'un arrêté de la Sécurité Sociale. *J. Gynecol. Obstét. Biol. Reprod.* 1993; 22 : 667-8.
  47. Saurel-Cubizolles M.J., Bean K. Activité professionnelle et grossesse. *J. Gynecol. Obstét. Biol. Reprod.* 1993; 22 : 571-80.
  48. Stubbs T.M., Van Dorsten J.P., Miller M.C. The preterm cervix and preterm labour : relative risks, predictive values, and change over time. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1986; 155 : 829-34.
  49. Teitelman A.M., Welch L.S., Hellenbrand K.G. et coll. The effects of maternal work activity on preterm birth and low birth weight. *Am. J. Epidemiol.* 1990; 131 : 104-13.