

Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite; à la recherche d'un consensus

Protective Reassignment for Working Pregnant or Nursing Women: in Search of Consensus

Romaine MALENFANT et Madeleine BLANCHET

Volume 25, numéro 1, printemps 1993

La gestion du social : ambiguïtés et paradoxes

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/001472ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/001472ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (imprimé)

1492-1375 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

MALENFANT, R. & BLANCHET, M. (1993). Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite; à la recherche d'un consensus. *Sociologie et sociétés*, 25(1), 61–76. <https://doi.org/10.7202/001472ar>

Résumé de l'article

Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite est en application au Québec depuis 1981. Le contexte économique difficile a suscité l'éclatement de débats sur les notions de danger et sur le caractère pénible du travail des femmes, sur les possibilités de concilier travail et maternité et, en définitive, sur les responsabilités que cette conciliation fait peser sur tous les acteurs sociaux. La présence d'un nombre important de femmes dans les milieux de travail exige des ajustements de leur part. L'article tente de situer le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite à travers un ensemble de phénomènes qui ont marqué son évolution au cours des dernières années. Cette vue d'ensemble devrait nous permettre de nous interroger, au-delà des controverses technico-scientifiques à propos du risque et du danger, sur la capacité du monde du travail à s'adapter à de nouvelles réalités sociales et à s'engager pleinement dans la prévention en matière de santé au travail. La question se situe au carrefour délimité par l'élargissement de la notion de risque, par la reconnaissance de nouveaux facteurs de risque, par l'augmentation de la main-d'œuvre féminine et par l'articulation du travail et de la maternité. C'est là que s'expriment les controverses scientifiques, les arguments économiques, les débats juridiques et les valeurs sociales¹ et individuelles.

Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite: à la recherche d'un consensus

ROMAINE MALENFANT, en collaboration avec
MADELEINE BLANCHET

En 1979, le Gouvernement québécois promulguait la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Cette Loi marquait un changement important pour les milieux de travail. Dorénavant le rôle de l'État serait un rôle de «soutien à l'action du milieu» dans la poursuite d'un objectif commun, l'élimination des causes d'accidents et de maladies professionnelles. Ainsi, la responsabilité d'assainir les milieux de travail était-elle remise entre les mains des employeurs et des travailleurs, «aucun pouvoir institutionnel ne pouvant suppléer à la connaissance du milieu et de ses caractéristiques que peuvent développer les hommes et les femmes qui y travaillent et y vivent». (Gouvernement du Québec, 1978, p.v). Ces changements impliquaient de plus que les entreprises devraient désormais assumer le coût des problèmes de santé engendrés par des milieux insalubres ou non sécuritaires pour leurs employés.

Dans les années 70, l'optimisme et la confiance étaient grands quant aux possibilités de prévenir les problèmes de santé en s'attaquant à leurs causes. Même si la situation réelle des milieux de travail concernant les facteurs de risque, les accidents du travail et les maladies professionnelles était mal connue, les experts en santé au travail croyaient fermement que «le progrès technique et les interventions industrielles qui ont permis l'accroissement de la productivité et l'augmentation des bénéfices pouvaient certainement intervenir dans les solutions des problèmes de santé et de sécurité». (Gouvernement du Québec, 1978, p.21). Cependant, il a vite fallu se rendre à l'évidence que non seulement le Québec possédait peu d'informations sur les facteurs de risque présents dans ses entreprises, mais que les connaissances scientifiques sur les dangers que pouvaient présenter certaines conditions de travail pour la santé et sur les moyens d'éliminer ou du moins de réduire ces dangers étaient très restreintes, même sur le plan international. Ce manque de connaissances a été mis en évidence par la croissance rapide enregistrée par les développements technologiques dans les sociétés industrialisées au cours des dernières décennies; les incertitudes à propos des risques liés à ces nouvelles technologies pour la santé des populations et, plus spécifiquement, la crainte d'une contamination par des produits toxiques et de leurs effets potentiellement mutagènes, tératogènes ou cancérogènes ont modifié de façon importante la perception du risque et ont suscité de nombreux

débats sociaux et politiques¹. La politique québécoise de la santé et la sécurité des travailleurs est née dans la foulée d'un mouvement de conscientisation au risque pour la santé que représentent certaines substances toxiques, notamment pour la reproduction humaine. Dans les années 70, la présence des Québécoises sur le marché du travail connaissait une progression remarquable, surtout celle des femmes en âge de procréer². Cette situation rendait d'autant plus pertinent le développement de moyens pouvant permettre aux travailleuses enceintes ou qui allaitent et qui travaillent dans des conditions dangereuses de se soustraire aux risques pour leur santé et celle de leur enfant en procédant à un réaménagement de leurs tâches, à une affectation à d'autres tâches ou, en dernier recours, à un retrait complet du milieu de travail.

Par rapport aux mesures de protection des femmes enceintes incluses dans les normes internationales du travail depuis 1919, la loi québécoise demeure, après dix ans d'application, une loi avant-gardiste. En effet, dans les normes internationales du travail, les mesures de protection des femmes enceintes au travail ont toujours été établies à l'intérieur de certains paramètres : les types de travaux jugés dangereux, pénibles ou insalubres sont définis, l'employeur n'est pas contraint à la réaffectation et, dans la plupart des cas, les mesures de protection prennent la forme de limitation ou d'interdiction d'emploi et sont habituellement intégrées dans des programmes sociaux (régime de congé de maternité) dont les coûts sont défrayés par l'État³. Ces paramètres, souvent critiqués parce qu'ils satisfont d'abord des intérêts patronaux, ont des effets discriminatoires et s'inscrivent dans une conception traditionnelle du rôle social des femmes ; ils constituent par ailleurs une certaine forme de contrôle sur l'application des mesures de protection. La loi québécoise⁴, quant à elle, admet que des conditions de travail peuvent être dangereuses sans préciser *a priori* la nature de ces conditions, elle donne aux femmes l'initiative de la démarche et confie aux employeurs la responsabilité de fournir à la travailleuse enceinte ou qui allaite des conditions de travail sécuritaires qui lui permettent de poursuivre sa grossesse en maintenant son emploi. Si la travailleuse doit se retirer de son milieu de travail, les employeurs ont, collectivement, l'obligation légale de lui verser une indemnité de remplacement du revenu. Le retrait préventif de la travailleuse enceinte change complètement la perspective dans laquelle se situent les mesures de protection « traditionnelles » des femmes enceintes au travail en réduisant le contrôle sur la demande, sur la définition du risque et du danger et, par conséquent, sur la prise de décision et les coûts.

1. Voir à ce sujet un ouvrage collectif sous la direction de J.-L. FABIANI et J. THEYS (1987), *La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques*, Presses de l'École normale supérieure, Paris ; F. EWALD (1986), *L'État Providence*, Grasset ; M. DOUGLAS, A. WILDAWSKI (1982), *Risk and culture. An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*, University of California Press.

2. Le Québec figure parmi les pays occidentaux où le taux d'activité des femmes s'est le plus accru au cours des trente dernières années, passant de 28,2 % à 54,3 %. Le taux d'activité des mères d'enfants âgés de moins de trois ans est passé, de 1976 à 1991, de 28,8 % à 62,6 % (STATISTIQUE CANADA, *Moyennes annuelles de la population active* ; OCDE [1991], *Statistique de la population active 1969-1989*, Paris).

3. Ces mesures s'appuient le plus souvent sur des considérations culturelles, sociologiques, démographiques, religieuses ou politiques et, dans plusieurs cas, contribuent au maintien des préjugés sociaux sur les capacités physiques et mentales des femmes. Elles ont été orientées, à l'origine, à la fois vers la protection de la santé et vers la protection des rôles conjugal et maternel des femmes. Enfin, le problème visé par la protection est généralement défini par rapport à la « nature » des femmes et non par rapport à leurs conditions de travail (Organisation internationale du travail, 1989).

4. **Article 40** Une travailleuse enceinte qui fournit à l'employeur un certificat attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, peut demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir.

Article 41 Si l'affectation demandée n'est pas effectuée immédiatement, la travailleuse peut cesser de travailler jusqu'à ce que l'affectation soit faite ou jusqu'à la date de son accouchement [...].

Article 43 La travailleuse qui exerce le droit que lui accordent les articles 40 et 41 conserve tous les avantages liés à l'emploi qu'elle occupait avant son affectation à d'autres tâches ou avant sa cessation de travail. À la fin de son affectation ou de sa cessation de travail, l'employeur doit réintégrer la travailleuse dans son emploi régulier.

Le contexte économique difficile a suscité des débats sur les notions de danger et sur le caractère pénible du travail des femmes, sur la conciliation du travail et de la maternité et, en définitive, sur les responsabilités que cette conciliation fait peser sur tous les acteurs sociaux. Le contexte difficile a en fait soulevé le débat qui n'a pas eu lieu au moment de l'instauration du droit au retrait préventif, alors qu'il a été noyé dans le débat plus général suscité par le projet de réforme de la santé et de la sécurité du travail. L'accroissement de la présence des femmes sur le marché du travail en tant que phénomène social attirait alors peu l'attention des politiciens, des employeurs et de la population en général. Aujourd'hui, la présence d'un nombre important de femmes dans les milieux de travail exige des ajustements de la part de ces derniers. Les réticences à reconnaître les risques ne tiennent pas seulement à des contraintes méthodologiques, mais également aux conséquences économiques qu'une telle reconnaissance pourrait entraîner. Au moment où le droit au retrait préventif a été instauré, on ne prévoyait pas que les risques ergonomiques ou liés à l'organisation du travail prendraient une place si importante dans les demandes de droit préventif provenant des travailleuses enceintes ou qui allaient.

Dans le cadre de cet article, nous tenterons de situer le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite à travers un ensemble de phénomènes qui ont marqué l'évolution de ce droit au cours des dernières années. Cette vue d'ensemble devrait nous permettre, au-delà des controverses technico-scientifiques à propos du risque et du danger, de nous interroger sur la capacité du monde du travail à s'adapter à de nouvelles réalités sociales et à s'engager pleinement dans la prévention en matière de santé au travail. La question se situe au carrefour délimité par l'élargissement de la notion de risque, la reconnaissance de nouveaux facteurs de risque, l'augmentation de la main-d'œuvre féminine et l'articulation du travail et de la maternité. C'est là que s'expriment les controverses scientifiques, les arguments économiques, les débats juridiques et les valeurs sociales et individuelles.

UNE PLUS GRANDE SENSIBILISATION AU RISQUE

Depuis quelques années, la notion de risque a pris une extension considérable à propos de sa nature, de son ampleur et de ses conséquences, ce qui a entraîné de nombreux débats scientifiques, économiques et politiques. Les situations « à risque » et leurs effets redoutés étant de plus en plus médiatisés, la population y est devenue plus sensible et plus « consciente du risque » (Roqueplo, 1987). Cette question est d'ailleurs fort complexe. Dans un ouvrage intitulé *L'État Providence* (1986), Ewald relate l'origine et l'évolution des débats sur les notions de risque et de danger, de responsabilité et d'imputabilité qui ont donné naissance à un nouveau rapport social. L'héroïsme et le courage de l'ouvrier qui pendant longtemps ont été associés au travail pénible, dangereux et avilissant comme le fatalisme ou la faute individuelle face à la catastrophe ont fait place à une « sophistique du risque » :

connaissant par avance le risque que l'on est, que telle ou telle activité peut faire courir à soi-même et aux autres, on se demande à partir de quel taux, de quel seuil le risque est, comme on dit, « acceptable ». Ce qui non seulement pose des problèmes d'évaluation particulièrement complexes et délicats quant à la détermination des seuils d'acceptabilité [...], mais aussi fait des problèmes de choix technologiques, industriels ou énergétiques, des problèmes immédiatement politiques, appelant l'institution de procédures collectives de décision telles que la population concernée puisse avoir au moins l'illusion d'avoir accepté en connaissance de cause la menace d'un risque, à la fois virtuel et bien réel (Ewald, 1986, p.385).

Le sentiment grandissant de vulnérabilité des sociétés occidentales est en quelque sorte le corollaire d'une plus grande sensibilisation aux risques, surtout aux risques perçus comme non contrôlés ou non contrôlables et contre lesquels il faut se prémunir. Au

Québec, c'est à travers la réforme du système de santé et le développement de l'éducation sanitaire dans les années 70 que les notions de «risque», de «facteur de risque» et de «prévention» ont pénétré le discours social. D'abord orientées vers la responsabilisation des individus face au maintien de leur santé, les interventions en matière de prévention se sont étendues aux facteurs de risque présents dans l'environnement; ce n'est désormais plus l'individu qui est l'unique coupable de ce qui lui arrive, mais une part de responsabilité incombe à la société. Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite est au centre de discussions soutenues sur le risque et le danger. Les uns considèrent que les exigences physiques et mentales de certaines conditions dans lesquelles les femmes exercent leur travail peuvent avoir des effets nocifs sur la santé et sont difficilement reconnues; les autres arguent que les problèmes de santé dont souffrent les travailleuses sont attribuables à la biologie féminine et à sa vulnérabilité dite intrinsèque ou bien sont inhérents à la grossesse (Messing, 1991a; ACFAS, 1990). Socialement, le travail des femmes est perçu comme ne comportant pas de danger pour la santé. La majorité des femmes dont les emplois sont concentrés dans le secteur tertiaire ne travaillent pas dans des conditions jugées pénibles, c'est-à-dire que, habituellement, leurs tâches n'exigent pas le soulèvement de charges considérées très lourdes ou n'occasionnent pas de blessures «spectaculaires». Il n'en demeure pas moins que :

la plupart des femmes travaillent dans des postures contraignantes, assises ou debout sans se déplacer. Elles travaillent souvent à une cadence rapide, sans la possibilité de se reposer. Qu'elles soient infirmières, enseignantes, réceptionnistes ou serveuses, leurs tâches exigent souvent qu'elles répondent aux besoins des autres. De petits mouvements rapides des mains caractérisent le travail féminin à la chaîne tout comme la dactylographie des textes dans les emplois de bureau et le travail de caissières des supermarchés (Messing, 1991b, p. 10)⁵.

À cette difficulté de reconnaître le caractère pénible de certaines conditions de travail s'ajoute le manque de connaissances sur les effets des contraintes ergonomiques et organisationnelles sur la santé des travailleuses, sur la grossesse et sur le développement du fœtus. Sur le plan méthodologique, il est pratiquement impossible d'établir la relation entre un problème de santé et une cause spécifique présente dans le milieu de travail lorsqu'il s'agit de problèmes courants, chroniques et qui sont plutôt de l'ordre des symptômes. Il est

5. Pendant la grossesse, parmi les effets les mieux connus de certaines conditions de travail, on retrouve «l'aggravation des infections virales ou bactériennes, la fatigue accrue associée aux vibrations, à la levée de charges ou au travail en milieu surchauffé, l'augmentation des maux de dos causés par des postures inconfortables, le risque accru de varices associé à la position debout prolongée» (Messing, 1991a, p. 14). Pour le fœtus et pour l'enfant à naître, on soupçonne le stress d'augmenter le risque de prématurité, alors qu'un bébé de faible poids à la naissance peut être la conséquence d'un environnement enfumé ou bruyant. Les produits chimiques, les agents toxiques, les radiations peuvent être à la source d'altérations génétiques, d'un dysfonctionnement de la capacité reproductrice ou d'atteintes au développement du fœtus, particulièrement au niveau du système nerveux et de la durée de gestation. Les emplois à demande élevée, mais dans lesquels la travailleuse a un faible niveau de contrôle sur ses tâches et l'organisation de son travail, sont des emplois où des réactions de stress sont fréquentes (fatigue physique et psychologique, insomnie, céphalées, problèmes digestifs, anxiété, etc.) et qui augmentent le risque de développer des maladies digestives, cardiovasculaires, infectieuses ou cutanées. K. MESSING (1991), *La santé et la sécurité des travailleuses canadiennes. Un document de référence*, Bureau de la main-d'œuvre féminine, Travail Canada, Gouvernement du Canada; L. GOULET (1991), *Fondements scientifiques du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite*, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal; M. VÉZINA (1992), *Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*, Le Comité de la santé mentale du Québec, Éd. Gaëtan Morin; N. CHERRY (1987), «Physical demands of work and health complaints among women working late in pregnancy», *Ergonomics*, 8, pp. 135-140 et 30, pp. 689-701; N. MAMELLE, B. LAUMON, P. LAZAR (1984), «Prematurity and occupational activity during pregnancy», *American Journal of Epidemiology*, 119, pp. 309-322; A.D. McDONALD, J.C. McDONALD, B. ARMSTRONG *et al* (1988), «Fetal death and work in pregnancy», *British Journal of Industrial Medicine*, 45, pp. 148-157; A.D. McDONALD, J.C. McDONALD, B. ARMSTRONG *et al* (1988), «Prematurity and work in pregnancy», *British Journal of Industrial Medicine*, 45, pp. 56-62.

probable que ce soit un cumul de conditions difficiles qui rendent le travail pénible plutôt que chaque condition prise isolément et que l'action de ces conditions soit synergique. La démonstration de liens avec des complications de la grossesse ou des issues de grossesse pose, quant à elle, des défis méthodologiques de taille.

Pourtant, les demandes adressées aux scientifiques pour la démonstration de tels liens et pour la détermination des niveaux d'exposition acceptables se font de plus en plus pressantes. Les recours aux tribunaux pour le règlement des litiges sont fréquents. La détermination de « seuils » au-delà desquels la santé peut être atteinte est particulièrement complexe parce qu'elle confronte, selon les points de vue des acteurs impliqués, l'approche scientifique et l'approche économique de l'acceptabilité du risque. « L'impossibilité de se référer à un seuil d'inocuité oblige inévitablement à rendre plus explicites les arbitrages économiques et sociaux dans la gestion du risque. » (Moatti et Lochard, 1987, p. 66). Cette détermination des seuils implique en effet non seulement les scientifiques, mais également les employeurs, qui ont la responsabilité de rendre leur milieu de travail sain, et les travailleuses, qui auront à assumer les effets d'une exposition nocive. Il ne peut donc y avoir uniquement dans ce débat une approche d'« experts ». Chacun des acteurs impliqués perçoit le risque à travers son expérience et ses intérêts et cherche à faire entendre « sa » raison. Non seulement les déterminants culturels (la culture des entreprises, les rapports sociaux de sexe, l'intérêt pour la prévention) doivent-ils être pris en considération, mais également les conditions ou la marge de manœuvre qu'ont les acteurs, selon la position sociale qu'ils occupent dans le système, pour agir. L'employeur et la travailleuse ne peuvent partager la même vision du monde du travail et les scientifiques, quant à eux, ne peuvent prétendre à l'objectivité absolue. À l'instar des autres disciplines scientifiques, la recherche en épidémiologie est sensible à un ensemble de faits et de valeurs, même si le risque en tant que tel, c'est-à-dire la probabilité qu'un événement survienne, peut se mesurer quantitativement. Outre les croyances personnelles et les valeurs qui circulent dans le milieu social à propos de la santé et du risque lui-même, la perception du caractère pénible d'un travail et des dangers qu'il peut présenter pour la santé, la confiance accordée aux professionnels de la santé et aux scientifiques quant à leur capacité à évaluer le risque et la perception qu'ont les acteurs de leurs efforts réciproques pour gérer équitablement ce risque contribuent à la construction sociale du risque.

DES VISIONS DIFFÉRENTES DE LA PERTINENCE DU DROIT AU RETRAIT PRÉVENTIF

La reconnaissance des exigences physiques et mentales des emplois féminins et des risques qu'ils présentent pour la santé dépasse des préoccupations d'ordre purement biomédical. Chaque acteur présent dans le monde du travail a ses représentations et ses opinions sur la place des femmes dans la sphère professionnelle, plus spécifiquement des femmes enceintes ou en âge de le devenir. C'est à travers cette grille que le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite est remis en question. Pour comprendre les différents aspects de la décision prise par les acteurs impliqués, il importe de considérer la complexité et la légitimité de leur point de vue.

Malgré cette tendance à l'accroissement du nombre et de la proportion de femmes — particulièrement de femmes mariées — dans l'emploi, les normes culturelles de nombreux pays, sinon de la plupart, restent ambivalentes à cet égard. Les contraintes politiques renforcent cette ambivalence des attitudes culturelles et provoquent des résistances à l'acceptation des coûts qu'entraîneraient les mesures permettant aux femmes de travailler en dehors du foyer sans discrimination. D'où la réticence de la société à adapter ses structures à l'évolution du rôle des femmes et à les aider à s'intégrer à la population active (OIT, 1989, p. 29).

LES EMPLOYEURS

L'assainissement des milieux de travail ou la réduction de l'exposition à des facteurs de risque pour la santé des travailleuses impliquent des changements au niveau de la conception des postes de travail et de l'organisation du travail. Les coûts qu'entraînent ces changements représentent un frein important à la modification des milieux de travail. Ils sont très mal acceptés lorsque les réaménagements sont considérés « temporaires » dans le cas d'une période de grossesse, alors que la nocivité des conditions de travail pour la santé des travailleuses enceintes ou qui allaitent ou pour l'issue de grossesse n'a pas encore été clairement démontrée et que le nombre de demandes de retrait est élevé et difficilement prévisible. Les employeurs se perçoivent alors comme les victimes des désaccords entre les scientifiques et comme les pourvoyeurs, malgré eux, d'un congé de maternité déguisé (Mozarain, 1992; Conseil du patronat du Québec, 1984, 1986). En 1986, le Conseil du patronat affirmait: « ces cinq années d'application du programme nous confirment dans notre position: il s'agit d'une politique sociale qui devrait être à la charge des fonds publics et non à la seule charge des employeurs » (C.P.Q., 1986, p. 10). Au cours des dernières années, l'absence de consensus scientifique sur la définition du danger et la difficulté à produire des recherches concluantes sur l'existence d'un lien entre des conditions de travail particulières et des problèmes de santé de la travailleuse enceinte ou de l'enfant à naître n'ont fait que renforcer la position des employeurs. La Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) chargée d'administrer le programme tient sensiblement le même discours que les employeurs dont elle reçoit plus de 90 % de ses fonds budgétaires (Blanchet, 1992; Mozarain, 1992).

La majorité des emplois féminins se caractérisant par la présence de contraintes ergonomiques et organisationnelles, il n'est pas surprenant que près de 70 % des facteurs de risque mis en cause lors des demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte soient de nature ergonomique⁶. L'organisation du travail est de plus en plus pointée du doigt comme la source de problèmes de santé. La recherche constante d'une plus grande productivité se traduit, dans plusieurs secteurs d'emploi, par une cadence rapide de travail, par des primes au rendement, par l'exigence d'une grande disponibilité dans la grille horaire et, de plus en plus, par des contrats à durée limitée (Vézina *et al.*, 1992; Langlois *et al.*, 1991; Conseil économique du Canada, 1990). L'indemnisation pour maladies professionnelles au cours des dernières années a connu une hausse importante notamment en raison de l'augmentation des lésions attribuables à des facteurs ergonomiques ou liés à l'organisation du travail; les employeurs observent donc avec inquiétude l'évolution du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (Rapports annuels de la CSST). En effet, les problèmes de santé liés à des risques ergonomiques ou à l'organisation du travail couvrent un large spectre, et le champ de la santé mentale au travail prend un essor considérable. Pour les employeurs, non seulement la reconnaissance de tout nouveau facteur de risque implique des coûts, mais les facteurs de risque difficiles voire impossibles à normaliser, comme c'est le cas des facteurs ergonomiques ou psychosociaux, sont perçus comme autant d'ouvertures fournies aux travailleurs pour « manipuler le système » et profiter d'un congé payé. C'est là du moins le point de vue le plus souvent exprimé dans les médias⁷.

LES SYNDICATS

Si l'appui des syndicats a joué un rôle important au moment de l'instauration du droit au retrait préventif, leur position depuis sa mise en opération est ambiguë. Les

6. Voir les rapports statistiques publiés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail au cours des dernières années.

7. Depuis l'automne 1991, la hausse du déficit de la Commission de la santé et de la sécurité du travail a fait l'objet de plusieurs articles dans les quotidiens du Québec, notamment au cours de novembre 1991 et de mars 1992. Voir entre autres, *Le Soleil*, édition du samedi 21 mars 1992, pp. A-1-2-8.

craintes que soulèvent les mesures de protection des femmes enceintes au travail quant à leurs effets discriminatoires au niveau de l'embauche et de la mobilité professionnelle peuvent expliquer la tiédeur de leur prise de position. De plus, les questions dites « féminines » ne sont pas nécessairement la priorité des groupes syndicaux. Un sondage mené en 1988, par le Bureau de la main-d'œuvre féminine de Travail Canada, auprès des 50 plus importants syndicats canadiens, sur leurs préoccupations concernant les congés pour responsabilités familiales révèle que :

bien que de nombreux répondants et répondantes soient en faveur du concept d'un congé pour obligations familiales, cette question n'a pas fait partie récemment des grandes priorités des syndicats qui ont eu à concentrer leurs efforts sur la sécurité d'emploi. Certains syndicats comptant une très forte proportion de membres masculins étaient d'avis que la question des congés pour obligations familiales n'était pas pertinente à leur situation. Comme le soulignait un syndicat dont 79 % des membres sont des hommes, « historiquement, les responsabilités du soin de la famille incombent aux femmes » (Monica Townson Associates Inc., 1988, p. 22).

Même si ces commentaires ne sont pas adressés directement à la question du retrait préventif, ils illustrent les préoccupations premières des syndicats. Toutefois, les demandes de retrait préventif sont plus fréquentes dans les entreprises où les travailleuses sont syndiquées, ce qui laisse croire que ces travailleuses sont mieux informées de leurs droits et plus supportées dans leur démarche (Renaud et Turcotte, 1988). Il appert que l'appui syndical s'exerce sur une base individuelle plutôt que collective. La situation des syndicats, partagés entre la défense de l'égalité d'accès à l'emploi et le maintien d'une protection particulière pour la maternité, reste délicate.

LES TRAVAILLEUSES ET LEUR MÉDECIN TRAITANT

La responsabilité d'entamer le processus de retrait préventif revient à la travailleuse qui, sur présentation d'un certificat médical attestant que ses conditions de travail comportent un danger pour sa santé ou pour celle de l'enfant à naître ou à être allaité, peut demander à son employeur d'être affectée à d'autres tâches. Un nombre toujours croissant de travailleuses enceintes ont recours au droit que leur confère la Loi⁸. De 1985 à 1990, en moyenne, le tiers des femmes enceintes au travail ont fait une telle demande (Malenfant, 1992). Comment interpréter cette donnée ?

L'explication de l'importance de la demande pour ce programme doit se situer à l'intersection de plusieurs facteurs : des conditions de travail difficilement compatibles avec la grossesse, un rapport à la maternité qui sensibilise à la prévention, un rapport au corps qui implique certaines formes de résistance au travail, un effet d'entraînement dans les milieux de travail (Bouchard et Turcotte, 1986, p. 123).

De plus, l'augmentation de la demande suit sensiblement la même courbe que l'augmentation du taux d'activité des femmes en âge d'avoir des enfants et reflète bien un phénomène social en constante progression (Malenfant, 1992, p. 19).

La période de la grossesse est une période particulièrement propice à un recentrage des préoccupations sur des habitudes et un milieu de vie les plus sains possible. L'attitude prudente qu'adoptent les médecins traitants par rapport aux conditions de travail de la femme enceinte est cohérente avec les orientations du développement de l'obstétrique au cours des dernières décennies et l'attention particulière portée aux grossesses à risque

8. De 1981 à 1991, le nombre de demandes est passé de 1 259 à 21 020. Voir à cet effet, CSST (1989), *Le régime québécois de santé et de sécurité du travail : 1979-1988. Le portrait statistique et financier de dix ans*, pp. 22-23 et le Rapport d'activité 1991.

élevé (GARE). Il est normal que la femme enceinte suive les conseils de son médecin traitant et adopte cette attitude préventive, largement préconisée par les professionnels de l'éducation socio-sanitaire au cours des vingt dernières années (Quéniart, 1988). Les travailleuses craignent de s'exposer à des conditions de travail dont l'inocuité fait l'objet d'opinions controversées, voire contradictoires et refusent d'accomplir leurs tâches en faisant abstraction de leur état de grossesse.

68 % des requérantes citent explicitement des motifs liés à la charge physique et mentale de leur travail ou à un environnement de travail malsain. Par ailleurs, 5 % invoquent un inconfort au poste de travail et 18 % des problèmes dans le déroulement de la grossesse, jugés susceptibles d'être aggravés par leurs conditions de travail. Seulement 9 % des travailleuses affirment s'être prévaluées de la mesure uniquement parce qu'elles souhaitaient disposer de plus de temps avant l'accouchement pour se reposer et mieux profiter de leur grossesse (Turcotte, 1990, p.36).

Selon la situation actuelle, les femmes prennent la décision qui leur semble la plus avantageuse à court terme alors qu'il est difficile, pour beaucoup d'entre elles, de supporter, durant leur grossesse, un milieu de travail qui laisse peu de place à l'intégration de la maternité dans la conception du travail. La responsabilité du travail domestique et du soin des enfants accroît le stress et la fatigue causés par l'emploi ; la travailleuse enceinte peut difficilement profiter du temps de récupération supplémentaire dont elle a besoin après une journée de travail si elle doit assumer une «double tâche». Dans un contexte de productivité maximum, une baisse de rendement ou toute modification pouvant donner l'impression d'un relâchement dans le travail sont mal acceptées et difficilement tolérées par l'employeur, les collègues et la travailleuse elle-même.

LES PROFESSIONNEL(LE)S DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le rôle des médecins désignés dans les Départements de santé communautaire consiste à conseiller le médecin traitant sur la nocivité des conditions de travail. Actuellement, ce rôle est compris et exercé selon des principes différents, voire opposés. Alors que les uns invoquent le manque de preuve sur les dangers que comportent certaines conditions de travail pour acquiescer à la demande des travailleuses, d'autres invoquent le manque de preuve de leur inocuité. D'une part, certains adoptent une position qui consiste à «tenir compte non seulement de la probabilité mais aussi des conséquences de l'administration de la mesure préventive sur l'ensemble de la population. Est-ce que l'application d'une mesure de prévention à toute une population entraînera des bénéfices qui dépassent les éventuels inconvénients et à un coût que la société peut se permettre» (Robillard, 1991), alors que d'autres mettent en garde les professionnels de la santé de «se laisser prendre au piège qui consiste à rechercher le seuil de tolérance des travailleuses enceintes ou à définir un risque acceptable en fonction du seuil de tolérance de la CSST ou des employeurs pour l'augmentation des coûts» (Plante, 1991). Ces divergences de points de vue, qui traduisent des attitudes différentes adoptées par les professionnels de la santé publique lors de controverses scientifiques, sont particulièrement évidentes dans un contexte de croissance de la demande et de rareté des ressources financières. Elles ont des impacts sur la nature des recommandations faites au médecin traitant et, par conséquent, sur la requête des travailleuses, posant ainsi le problème du manque d'équité envers ces dernières.

LES SCIENTIFIQUES

La recherche scientifique sur les conditions de travail des femmes a longtemps souffert du mythe de l'objectivité scientifique. Des chercheuses féministes dénoncent l'utilisation différentielle des concepts et des notions selon que les sujets de recherche sont de sexe masculin ou féminin. Par exemple, Jeanne Stellman (1981) rapporte que dans

une étude du National Center for Health Statistics effectuée auprès d'un groupe de femmes enceintes et portant sur les facteurs pouvant influencer les suites de la grossesse, des informations ont été recueillies sur l'occupation du père, mais aucune sur le travail actuel ou passé de la mère. Des recherches sont critiquées pour avoir recouru abusivement à la biologie pour expliquer un problème, interprétant des différences socioculturelles comme des différences biologiques ou pour avoir fait reposer des normes d'exposition à des facteurs de risque en milieu de travail sur des impératifs socioculturels (Messing, 1991; Brabant *et al.*, 1990; Dumais, 1990; Eichler *et al.*, 1989; Lapointe et Eichler, 1985). Cette « tradition » scientifique exerce encore son influence dans le domaine de la santé au travail. Il est difficile, dans le monde scientifique comme ailleurs, de faire changer des perceptions ou de faire reconnaître des préjugés (Fischhoff, 1987). Deux écoles de recherche se côtoient : l'une préconise une approche classique, cherchant des relations causales entre des facteurs de risque et des effets sur la santé et visant à établir des normes d'exposition, et une autre, plutôt qualitative, fait intervenir le sujet dans la définition des problèmes et la recherche de solutions, considérant cette approche mieux adaptée aux caractéristiques du travail des femmes et plus réaliste compte tenu de l'état actuel des connaissances sur les interactions entre les facteurs de risque. Or, actuellement, la confiance est accordée à la science « dure », celle qui mesure, quantifie et contrôle les phénomènes, celle qui porte le statut de l'objectivité et de l'expertise.

UN CONTEXTE PEU PROPICE AU MAINTIEN EN EMPLOI DES TRAVAILLEUSES ENCEINTES

Le réaménagement des tâches ou la modification des postes de travail dangereux ont été des moyens sous-utilisés depuis l'instauration du programme, même si c'était là le premier objectif de la loi. Selon les statistiques publiées par la CSST, en 1991, 14,6 % des travailleuses auraient été réaffectées⁹. De 1984 à 1986, ce taux avait été évalué à 12,6 % par Renaud et Turcotte. Pour respecter l'esprit initial de la loi, l'application du droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite implique un processus dynamique d'ajustement de l'organisation du travail, tant au plan de l'adaptation de l'environnement physique de travail qu'au plan du réaménagement des tâches et ce, en fonction de l'évolution de la grossesse. Ces modifications suscitent des résistances chez les travailleuses et chez les employeurs. L'étude de Renaud et Turcotte (1986) et de Chouinard *et al.* (1991) éclairent les motifs qui se cachent derrière ces résistances. La trop grande rigidité de la division du travail dans l'entreprise, des problèmes de gestion du personnel occasionnés par le réaménagement des conditions de travail, surtout à l'intérieur des conventions collectives, et l'absence d'incitatifs financiers à modifier les postes ou les conditions de travail amènent les employeurs à considérer le retrait du milieu de travail plus simple d'application. En fait, dans la majorité des entreprises, l'organisation du travail n'est pas conçue pour faire face à la mobilité du personnel. Traité cas par cas, le processus de réaffectation peut facilement devenir un poids énorme pour les entreprises où la demande est fréquente et pour les travailleuses qui ont à négocier leurs conditions de travail auprès de leurs supérieurs et de leurs collègues. De plus, les discussions et les délais avec lesquels il faut compter pour en arriver à une réaffectation jugée adéquate par toutes les parties en découragent plusieurs. Les travailleuses se retrouvent souvent dans un climat tendu à cause des frictions que suscitent les réaménagements de poste avec leurs supérieurs et par le malaise ressenti vis-vis des collègues à qui elles ont l'impression d'imposer une surcharge de travail, surtout dans un contexte de restrictions budgétaires où les remplacements de personnel sont autant que possible évités. Dans certains cas, la disqualification subie ou la dévalorisation ressentie dans le nouveau poste entraîne une

9. Ce taux sous-estime sans doute la réalité, car un certain nombre de réaffectations sont effectuées à la suite d'une entente entre la travailleuse et son employeur, sans passer par le processus formel de demande de retrait préventif à la CSST.

démotivation, alors que des modifications irréalistes ou mal adaptées aux exigences de la tâche diminuent l'intérêt des travailleuses pour une réaffectation. La réaffectation est souvent vécue comme une punition ou une injustice par rapport aux travailleuses qui ont été retirées du milieu de travail. Chouinard *et al.* (1991) soulignent toutefois que dans les entreprises dont la taille offre une plus grande diversité de tâches, où les relations humaines sont bonnes, la collaboration syndicale présente et où il existe une politique écrite de réaffectation, le maintien en emploi de la travailleuse enceinte ou qui allaite est favorisé (Malenfant, 1992).

Dans le contexte actuel, il existe peu d'incitatifs à la réaffectation. Il semble que l'exclusion de la travailleuse du milieu de travail, lorsque les risques sont reconnus, demeure la solution la moins coûteuse pour chaque employeur, la moins exigeante pour l'organisation du travail et la mieux acceptée par toutes les parties. Il se fait trop peu de réaffectations pour que les cotisations des entreprises baissent de façon significative et ce sont celles qui réaffectent le plus souvent qui sont pénalisées par cette situation.

LE MANQUE D'HARMONISATION DES POLITIQUES ENTOURANT LE TRAVAIL ET LA MATERNITÉ

En 1990, environ 40 % des travailleuses québécoises enceintes ont fait une demande de retrait préventif et environ 33 % ont reçu une indemnisation hebdomadaire moyenne de 238 \$ pour une indemnisation totale moyenne de 4 216 \$. Ce montant correspond à 90 % du salaire net de la travailleuse, et elle y a droit, peu importe le nombre de jours ou de semaines qu'elle occupe un emploi sur le marché formel du travail ; par ailleurs, la période de retrait préventif n'empiète pas sur la durée légale du congé de maternité payé. Selon le système actuel, les travailleuses en congé de maternité auraient reçu 60 % de leur salaire brut¹⁰. Ces conditions sont vues comme un incitatif à l'abus. Cette réaction n'est d'ailleurs pas spécifique à l'exercice de ce droit ; selon Molinari, « dans le secteur de la santé, celui qui revendique le respect de ses droits est souvent identifié à quelqu'un qui ne se soucie pas du droit des autres, qui n'est pas conscient des réalités, qui veut une part disproportionnée du gâteau » (Molinari, 1991, p. 35). Toutefois, la décision d'être réaffectée ou retirée du milieu de travail ne relève pas exclusivement de la travailleuse. La demande de la travailleuse ne peut être reconnue que si le médecin traitant émet un avis médical, à l'effet que sa tâche présente des dangers pour sa grossesse, après avoir consulté un médecin désigné en santé au travail. En dernière instance, si la femme n'est pas réaffectée, c'est qu'il n'existe pas à l'intérieur de l'entreprise, selon l'avis de l'employeur, de possibilités de le faire. Ainsi, s'il y a un abus de retraits du milieu de travail, la travailleuse, le médecin traitant, le médecin désigné et l'employeur prennent tous part à la décision.

Actuellement, trois lois, administrées sous deux juridictions, visent la même population : la Loi fédérale sur l'assurance-chômage administre le versement des prestations de

10. Au Québec, toutes les femmes au travail ont droit à un congé de maternité de 18 semaines et à un congé parental de 34 semaines, sans solde. Le congé parental peut être partagé par la mère ou le père. Celles qui ont complété au moins 20 semaines d'emploi assurables peuvent recevoir, par l'entremise du programme d'assurance-chômage, 60 % de leur salaire brut durant 15 semaines de leur congé de maternité et 10 semaines de leur congé parental. Le congé de maternité peut être pris à partir de la 16^e semaine précédant la date prévue d'accouchement. Les prestations de maladie peuvent être versées pour une période maximale de 15 semaines. Le nombre cumulatif de prestations spéciales « payées » (de maternité, parentales ou de maladie) ne peut être supérieur à 30 semaines, incluant les périodes pré- et postnatales. Les travailleuses qui doivent interrompre leur travail avant les délais permis, ou qui ne sont pas admissibles au programme, doivent utiliser des congés de maladie dont l'accessibilité et la rétribution varient selon les régimes d'emploi ou leurs conditions personnelles, ou alors elles se retrouvent en congé sans revenu (GOUVERNEMENT DU QUÉBEC [1991], Secrétariat à la condition féminine, *Congés parentaux et de maternité au Canada et en Europe*). Plusieurs femmes qui ont accumulé moins de 20 semaines d'emploi assurables choisissent de rester au travail, même dans des conditions jugées dangereuses par leur médecin traitant, tout en sachant que leur demande de retrait serait admissible par la CSST, afin de continuer d'accumuler suffisamment de semaines pour avoir droit à un congé de maternité après leur accouchement. Les semaines de retrait préventif ne sont pas reconnues comme des semaines d'emploi assurables au sens de la Loi sur l'assurance-chômage.

congé de maternité, la Loi provinciale sur les normes du travail définit et règle les conditions entourant le congé de maternité et la Loi provinciale sur la santé et la sécurité du travail reconnaît le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite et dont les conditions de travail présentent un danger. Le risque que les faiblesses d'une loi aient des répercussions sur une autre est grand lorsque les objectifs qui justifient chacune d'elles sont mal compris ou mal acceptés et que les compensations financières sont inégales. Cependant, ces réflexions sur l'harmonisation des politiques gouvernementales traitant du travail et de la maternité ne devraient pas faire dévier l'attention de l'objet visé par la Loi sur la santé et la sécurité du travail, à savoir l'existence de milieux de travail insalubres ou non sécuritaires pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent. Ce problème ne peut pas trouver de solution dans des mesures qui ne considéreraient que l'articulation des responsabilités professionnelles et familiales. La responsabilité des entreprises d'assainir leur milieu de travail serait ainsi éludée, comme en témoigne l'expérience française (Saurel-Cubizolles et Romito, 1992).

LE MANQUE DE CONSENSUS SOCIAL SUR LA CONCILIATION DU TRAVAIL ET DE LA MATERNITÉ

Dans un contexte économique difficile, la stratégie que semblent vouloir adopter les représentants des employeurs est de convaincre le gouvernement de transformer cette mesure de protection de la travailleuse enceinte en une politique sociale de congé de maternité. Comme le soulignait le Conseil du statut de la femme au début des années 80, à propos des mesures de protection de la femme enceinte au travail, «cette situation d'exception qu'on accorde aux femmes, non gracieusement il va sans dire, détourne toute remise en question globale de notre organisation sociale et plus particulièrement de l'organisation du monde du travail» (DeKoninck et Saillant, p.223). Le droit au retrait préventif voulait, en principe, éviter cet écueil en favorisant le maintien de l'emploi par une amélioration des conditions de travail jugées dangereuses. Il semble qu'actuellement le résultat soit sensiblement le même que les mesures de protection traditionnelles, c'est-à-dire la mise à l'écart des travailleuses enceintes du milieu de travail. Par contre, le mouvement de reconnaissance des exigences physiques et mentales des emplois traditionnellement dévolus aux femmes et de la vétusté de certains modes de production qu'a fait naître la loi pourra-t-il être stoppé? Les enjeux financiers à court et moyen termes pour les entreprises, de même que les enjeux collectifs et personnels pour les femmes, sont de taille. À la suite de l'analyse de la situation qui prévalait il y a 5 ans environ, Bouchard et Turcotte (1986) posaient la question de l'incapacité ou du refus des milieux de travail «de traiter le problème de la compatibilité entre maternité et travail». Actuellement, en revendiquant une révision de la loi auprès des instances gouvernementales et en exigeant le transfert du droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite au secteur des politiques sociales, les employeurs signalent leur refus.

Pour affronter les controverses, la solidarité des femmes pourrait constituer un atout majeur. Cependant, la question des mesures de protection des femmes enceintes soulève également des oppositions entre elles. Il est relativement nouveau de traiter de l'articulation du travail et de la maternité en termes de «santé» des travailleuses enceintes. Ce sont surtout les conditions permettant de concilier vie professionnelle et vie familiale tels les congés de maternité, les congés parentaux ou les services de garde qui occupent habituellement l'avant-scène. Ces revendications ont principalement été faites par les travailleuses de la classe moyenne et les groupes féministes et ont été endossées par la majorité des femmes. Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite ne fait pas autant l'unanimité. En effet, le discours sur le retrait préventif fait réapparaître, pour certaines femmes, l'image de la grossesse-maladie alors que pour d'autres, plutôt favorables à l'idéologie de l'égalité des sexes qui a dominé les revendications féminines au cours des dernières décennies, ce discours met trop en évidence la «différence féminine». À l'opposé, d'autres femmes sont plutôt favorables à l'idéologie de la valorisation des

différences et considèrent plus pénalisant que profitable d'omettre leur spécificité biologique dans la réalisation de leur travail. Enfin, les femmes directement impliquées réagissent négativement au manque d'uniformité dans l'application du retrait préventif et appréhendent les inconvénients organisationnels de la réaffectation. En définitive, les mesures de protection des femmes enceintes au travail provoquent des attitudes ambivalentes chez les femmes, tant pour des raisons idéologiques que pour des raisons pragmatiques (Vogel, 1990; Devreux, 1986; DeKoninck et Saillant, 1981).

LA GESTION EN QUESTION

Les débats sur le risque mettent en évidence la difficulté d'établir des seuils d'exposition à des facteurs de risque assurant une protection adéquate pour la santé des travailleuses enceintes et de leur enfant, ce qui augmente l'inconfort des scientifiques habitués à émettre des avis sur la base de normes d'exposition, celui des employeurs pour lesquels une bonne gestion équivaut à « agir et faire agir selon des normes » (Rocher, 1990, p. 113) et l'ambivalence des travailleuses à rester sur les lieux de travail. Devant l'absence de réponse scientifique claire, devant les insuffisances des congés de maternité, devant l'absence d'incitatifs financiers à se plier aux objectifs de la Loi, tant les travailleuses que les employeurs optent pour la solution la plus avantageuse à court terme, le retrait du milieu de travail.

Est-ce un laxisme dans l'application du droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite au cours des dix premières années, ou le conservatisme des gestionnaires à propos de la conception du risque, ou plus globalement à propos d'une politique de la santé et de la sécurité des travailleurs qui ont conforté les positions actuelles des acteurs et fait dévier les objectifs de la loi? La politique québécoise de la santé et de la sécurité du travail proposait une vision nouvelle des responsabilités des employeurs et des travailleurs en vue de l'assainissement des milieux de travail. Cette politique est actuellement réduite à la gestion de l'application d'une loi qui fait l'objet de débats incessants entre des groupes d'intérêt qui cherchent à faire valoir leur interprétation des termes de cette loi. N'a-t-on pas perdu en cours de route l'esprit de la politique pour en arriver à la gestion quotidienne d'une loi qui a de plus en plus de difficulté à tenir sous le poids de la bureaucratie et des intérêts économiques?

Par dessous la marche des institutions officielles, et à mesure que celles-ci se replient sur leurs régulations internes, la mutation des genres de vie et des mœurs déroutent les interprétations qui leur ont donné naissance. [...] Ces changements, qui contribuent à masquer la lourdeur bureaucratique des institutions qui pourtant ont charge de les interpréter, nous avons peine à les comprendre et à leur trouver des issues (Dumont, 1990, p. 17).

La gestion actuelle du droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite ramène à des controverses technico-scientifiques des questions dont l'origine remonte aux changements survenus dans les rapports sociaux au sein de la société québécoise, au cours des dernières décennies. Le contexte économique difficile dévoile la fragilité des consensus et marque la distance qui sépare les groupes sociaux. Peut-on demander aux institutions scientifiques et juridiques actuelles de trouver « la bonne solution » aux difficultés soulevées par les gestionnaires de la santé et de la sécurité du travail?

Nul statut ne révèle plus clairement que celui de l'expert l'intrication actuelle des pouvoirs politiques et scientifiques avec son double aspect: les décisions politiques sont justifiées au nom d'« exigences de la réalité » définies par la « science » et les décisions scientifiques sont grosses de conséquences politiques et sociales (Druet, Kemp et Thill, 1980, p. 55).

Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite pose le problème des institutions dominées par une gestion à court terme qui bloque leur développement. Pour tenter de le résoudre, peut-être pouvons-nous faire appel dans ce débat à une science renouvelée afin de sortir du conservatisme et retrouver les finalités d'une politique de santé et de sécurité des travailleurs et des travailleuses à la lumière des mutations du contexte social québécois.

La question du travail des femmes met en jeu un ensemble de conditions qui caractérisent les systèmes de production et de reproduction. Il est courant d'interpréter le nombre élevé de demandes de retrait préventif comme une manifestation de «résistance» des femmes au travail rémunéré, plutôt que comme une conséquence de la résistance des milieux de travail à améliorer leurs conditions de travail. Les femmes abuseraient du droit que leur confère la loi pour satisfaire leur désir de poursuivre leur grossesse à domicile. Cette résistance des femmes au travail peut trouver un éclairage pertinent dans un cadre d'analyse des rapports sociaux de sexe, c'est-à-dire en tentant une interprétation de l'activité de travail rémunéré sous l'angle des représentations sociales du travail des hommes et des femmes, notamment des représentations de la virilité et de la féminité, de l'intrication du biologique et du social et de la valeur «sexuée» du travail. Ces représentations sont particulièrement mises en évidence lorsque la grossesse est en cause. Plus que le mode de gestion du personnel, l'emploi, les conditions ou l'organisation du travail, le travail est constitué de rapports sociaux auxquels réagissent les acteurs impliqués par différentes stratégies quand les rapports de travail deviennent difficiles, voire insoutenables. Pour saisir la complexité de cette réalité, on ne peut dissocier les conditions de travail salarié, la situation économique, la structure familiale et l'organisation du travail domestique, bref, l'ensemble des conditions de vie qui font le quotidien des travailleuses (Hirata et Kergoat, 1988). «Parce que les femmes doivent gérer à la fois le maintien de leur santé, les exigences de la grossesse et celles de leur travail, leurs périodes de congé et de maintien de l'activité professionnelle, négocier avec leur employeur et leurs collègues les réaménagements de tâches possibles, sans trop perturber l'organisation, elles finissent souvent, par manque d'information, par crainte des représailles ou par dépit, par utiliser les mesures hors du champ de l'activité professionnelle au lieu de revendiquer des changements du milieu de travail» (Malenfant, 1992, p.17). Il est socialement admis voire attendu que les femmes interrompent ou freinent leurs activités professionnelles pour assumer leurs responsabilités familiales (Sullerot, 1968; Hirata et Kergoat, 1988; Devreux, 1986, Corbeil *et al.*, 1990).

CONCLUSION

Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite met en évidence les difficultés d'articulation du travail et de la maternité et les difficultés d'adaptation d'une société au changement dans le rôle social des femmes. Il remet en question nos valeurs sociales face aux exigences de productivité des entreprises et à celles des femmes qui revendiquent leur droit à des conditions de travail sans danger pour leur grossesse. Il remet également en question la capacité de nos institutions actuelles à chercher des solutions ailleurs que dans les principes de gestion administrative ou auprès d'une expertise technico-scientifique. Plus qu'une réforme de l'organisation du travail, la politique de santé et de sécurité des travailleurs traçait, à son origine, un projet de société qui soutenait que «l'économie qui prétendrait encore faire passer l'homme après les machines serait vouée à l'échec» (Lévesque, 1978). Le défi est grand, et, dans ce cas-ci, le défi de ne pas faire porter uniquement par les femmes les coûts sociaux, professionnels et économiques de la maternité concerne la société québécoise tout entière.

En période de crise économique, le principe de l'imputabilité des coûts des accidents du travail et des maladies professionnelles est perçu par les employeurs comme une menace sérieuse pour la croissance et la rentabilité de leurs entreprises. L'opinion publique est également plus perméable à la dénonciation des abus, surtout lorsque des

compensations salariales sont en cause. Ces crises provoquent généralement des ralentissements importants sur le plan social et ont des impacts négatifs sur le droit au travail des femmes et sur les mesures anti-discriminatoires (Sullerot, 1968, 1978). Le contexte économique actuel, tant dans les secteurs publics que privés, accroît le contrôle sur les dépenses sous différentes formes, dont le resserrement des critères d'accès aux mesures de protection sociale et une multiplication des procédures administratives. L'application du droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, même si elle ne représente que 3 % des dépenses globales de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, est devenue un irritant majeur pour les entreprises, un bouc émissaire pour critiquer la Loi sur la santé et la sécurité du travail. De l'indemnisation à la prévention, le pas était grand pour la Commission des accidents du travail devenue la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Les déficits budgétaires que cette dernière connaît depuis quelques années la mettent sur la défensive et l'obligent à réviser son fonctionnement. Son Conseil d'administration étant paritaire et son financement étant assuré exclusivement par les entreprises, les situations de conflits d'intérêt et de politisation des problèmes sont inévitables.

Conjuguées aux faiblesses du régime québécois de congé de maternité, aux difficultés à reconnaître les exigences physiques et mentales que requièrent les emplois traditionnellement dévolus aux femmes et aux résistances à accepter pleinement le rôle actif des femmes dans la sphère productive, les difficultés économiques placent le droit au retrait préventif dans une position fragile. Le recours répété aux instances judiciaires pour créer un consensus, rationaliser le problème et poser les limites de l'exercice du droit ne fait que retarder un débat devenu inévitable sur la capacité du monde du travail à s'adapter à de nouvelles réalités sociales et à s'engager dans la prévention. Dépasser les discussions sur les critères scientifiques, les normes de gestion et les controverses sur les notions de risque et de danger et resituer le débat sur la prévention des problèmes de santé en milieu de travail : peut-on espérer un consensus ?

Romaine MALENFANT
 Département de santé communautaire
 Centre hospitalier de l'Université Laval
 2050, boul. René Lévesque Ouest
 Sainte-Foy (Québec)
 Canada G1V 2K8

RÉSUMÉ

Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite est en application au Québec depuis 1981. Le contexte économique difficile a suscité l'éclatement de débats sur les notions de danger et sur le caractère pénible du travail des femmes, sur les possibilités de concilier travail et maternité et, en définitive, sur les responsabilités que cette conciliation fait peser sur tous les acteurs sociaux. La présence d'un nombre important de femmes dans les milieux de travail exige des ajustements de leur part. L'article tente de situer le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite à travers un ensemble de phénomènes qui ont marqué son évolution au cours des dernières années. Cette vue d'ensemble devrait nous permettre de nous interroger, au-delà des controverses technico-scientifiques à propos du risque et du danger, sur la capacité du monde du travail à s'adapter à de nouvelles réalités sociales et à s'engager pleinement dans la prévention en matière de santé au travail. La question se situe au carrefour délimité par l'élargissement de la notion de risque, par la reconnaissance de nouveaux facteurs de risque, par l'augmentation de la main-d'œuvre féminine et par l'articulation du travail et de la maternité. C'est là que s'expriment les controverses scientifiques, les arguments économiques, les débats juridiques et les valeurs sociales et individuelles.

SUMMARY

The right to maternity leave for pregnant or nursing workers has been in force in Quebec since 1981. The difficult economic context has caused debates to break out over the notions of danger and of the difficulties surrounding women's work, over the reconciling of work and motherhood, and even over the responsibilities

that this process implies for all social actors. The presence of a large number of women in various work environments requires some adjustments. This paper attempts to situate the right to maternity leave of pregnant or nursing workers by examining a set of phenomena which have marked the evolution of this right over the years. This larger view should make it possible, above and beyond the techno-scientific controversies over risk and danger, to question the capacity of the workplace to adapt to new social realities and to commit itself fully to prevention in occupational health. This question lies at the crossroads defined by the broadened notion of risk, the recognition of new risk factors, the larger female work force, and the link between work and motherhood. Scientific controversies, economic arguments, legal debates and social and individual values find their expression where these factors come together.

RESUMEN

El derecho a la reubicación preventiva de la trabajadora embarazada o que amamanta se aplica en Quebec desde 1981. El contexto económico difícil a suscitado la explosión de debates en relación a las nociones de peligro y de dificultad con respecto al trabajo de las mujeres, sobre la conciliación del trabajo y la maternidad y, en definitiva, sobre las responsabilidades que esta conciliación implica para todos los actores sociales. La presencia de un número importante de mujeres en los medios de trabajo exige ajustes de parte de los actores sociales. Este artículo trata de situar el derecho a la reubicación preventiva de la trabajadora embarazada o que amamanta a través del conjunto de fenómenos que han marcado su evolución en el curso de los últimos años. Esta vista panorámica debería permitir interrogarnos, más allá de las controversias técnico-científicas, a propósito del riesgo y del peligro, sobre la capacidad del mundo laboral para adaptarse a nuevas realidades sociales y para comprometerse plenamente en la prevención en relación a la salud laboral. La cuestión se sitúa en la encrucijada delimitada por el ensanchamiento de la noción de riesgo, el reconocimiento de nuevos factores de riesgo, el incremento de la mano de obra femenina y la articulación del trabajo y la maternidad. Es allí que se expresan las controversias científicas, los argumentos económicos, los debates jurídicos y los valores sociales e individuales.

BIBLIOGRAPHIE

- ACFAS (1990), *Sexe faible ou travail ardu? Recherches sur la santé et la sécurité des travailleuses*, Les Cahiers scientifiques, n° 70.
- BLANCHET, S. (1992), « Du retrait préventif à la maternité sans danger », *Osmose*, pp. 22-25.
- BOUCHARD, P., G. TURCOTTE (1986), « La maternité en milieu de travail ou pourquoi les Québécoises sont-elles si nombreuses à demander un retrait préventif? », *Sociologie et sociétés*, n° 2, pp. 113-128.
- BRABANT C., D. MERGLER, K. MESSING (1990), « Va te faire soigner, ton usine est malade: la place de l'hystérie dans la problématique de la santé des femmes au travail », *Santé mentale au Québec*, vol. 15, n° 1, pp. 181-204.
- CHOUINARD, R. *et al.* (1991), *Le retrait préventif et le processus de réaffectation dans le secteur hospitalier*, Université Laval.
- CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC (1986), *Le programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte: le bilan après cinq ans*, vol. 17, n° 174, avril.
- CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC (1984), *La position du C.P.Q. sur le retrait préventif de la femme enceinte*, vol. 15, n° 158, novembre, pp. 22-25.
- CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA (1990), *L'emploi au futur: tertiarisation et polarisation*, rapport de synthèse, ISBN 0-660-92843-4.
- CORBEIL, C. *et al.* (1990), « Des femmes, du travail et des enfants: des vies dédoublées », *Recherches féministes*, vol. 3, n° 2, pp. 99-115.
- DEKONINCK, M., F. SAILLANT (1981), « La santé au travail », chapitre 5, « Pouvoir, dépendance et santé des femmes », *Essai sur la santé des femmes*, partie 1, Conseil du Statut de la femme, Gouvernement du Québec, pp. 193-224.
- DEVREUX, A.-M. (1986), « La maternité des femmes actives: un enjeu des rapports sociaux de sexes », *Maternité en mouvement. Les femmes, la reproduction et les Hommes de science*, ouvrage collectif, Presses universitaires de Grenoble, Éditions St-Martin de Montréal, pp. 120-124.
- DEVREUX, A.-M. (1988), *La double production. Les conditions de vie professionnelle des femmes enceintes*, Centre de sociologie urbaine, Caisse nationale des allocations familiales.
- DRUET, P.-P., KEMP, P., THILL, G. (1980), « Le rôle social de l'expert et de l'expertise », *Esprit*, octobre, pp. 55-67.
- DUMAIS, L. (1990), « L'impact de la participation des femmes en science: vers la reconceptualisation de la condition des femmes, notamment en santé au travail », « *Sexe faible ou travail ardu?* », Les Cahiers scientifiques, ACFAS, n° 70, pp. 17-30.
- DUMONT, F. (1990), « Quelle révolution tranquille? », *La société québécoise après 30 ans de changements*, ouvrage collectif sous la direction de Fernand Dumont, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 13-23.
- EICHLER, M., E. BORINS, A. L. REISMAN (1989), « Study finds medical research suffers from sex bias », *Canadian Science*, vol. 7, n° 19, 1989.

- EWALD, F. (1986), *L'État-Providence*, Grasset, Paris.
- FABIANI, J.-L. et J. THEYS (1987), *La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques*, Presses de l'École normale supérieure, Paris.
- FISCHHOFF, B. (1987), «Gérer la perception du risque», *La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques*, sous la direction de J.-L. Fabiani et J. Theys, Presses de l'École normale supérieure, Paris, pp. 493-510.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1978), *Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs*, Éditeur officiel du Québec.
- HIRATA H., D. KERGOAT (1988), «Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail», *Plaisir et souffrance dans le travail*, tome II, sous la direction de C. Dejours, pp. 131-176.
- LANGLOIS, S. et al. (1990), *La société québécoise en tendances 1960-1990*, Institut québécois de recherche sur la culture.
- LAPOINTE, J., M. EICHLER (1985), *Le traitement objectif des sexes dans la recherche*, Conseil de recherche en sciences humaines du Canada.
- LÉVESQUE R. (1977), Message inaugural, 8 mars, cité dans la préface de *Politique de la santé et de la sécurité des travailleurs*, Gouvernement du Québec, Éditeur officiel du Québec, 1978.
- MALENFANT R. (1992), «L'évolution du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite», *Pour une maternité sans danger. Axes de recherche*, Rapport du Groupe de travail pour une maternité sans danger, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, pp. 5-44.
- MESSING, K. (1991a), «Pour la reconnaissance du caractère pénible des emplois des femmes», n° spécial : «Femme, Savoir, Santé», *Recherches féministes*, vol. 4, n° 1, pp. 87-102.
- MESSING, K. (1991b), *La santé et la sécurité des travailleuses canadiennes. Un document de référence*, Bureau de la main-d'œuvre féminine, Travail Canada, Gouvernement du Canada.
- MOATTI, J.-P., J. LOCHARD (1987), «L'évaluation formalisée et la gestion des risques technologiques : entre connaissance et légitimation», in *La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques*, sous la direction de J.-L. Fabiani et J. Theys, Presses de l'École normale supérieure, Paris, pp. 61-78.
- MOLINARI, P. A. (1991), «La limite des ressources et des droits. Un débat qui n'est pas neutre», *Bulletin*, Corporation professionnelle des médecins du Québec, vol. xxxi, n° 4, pp. 35-36.
- MONICA TOWNSON ASSOCIATES INC. (1988), *Les congés pour les travailleuses ayant des obligations familiales*, Bureau de la main-d'œuvre féminine de Travail Canada, cat. 161668/88F.
- MORAZAIN, J. (1992), «Retrait du travail. Peut-on le remettre à sa place?», *La Gazette des femmes*, Conseil du statut de la femme, mai-juin, pp. 10-12.
- ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (1989), *Mesures spéciales de protection pour les femmes et l'égalité de chances et de traitement*, document technique de base, réunion d'experts, Bureau international du travail.
- PLANTE, R. (1991), «Le retrait préventif de la travailleuse enceinte», allocution présentée lors du colloque de l'Association des Médecins du réseau public de santé au travail du Québec sous le thème *Les médecins en santé du travail : à la croisée des chemins*, Montréal.
- QUÉNIART, A. (1988), *Le corps paradoxal. Regards des femmes sur la maternité*, Éditions St-Martin, Montréal.
- RENAUD, M., TURCOTTE, G. (1988), *Comment les travailleuses enceintes voient leur travail, ses risques et le droit au retrait préventif*, rapport de recherche, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé-sécurité au travail, Université de Montréal.
- ROBILLARD, P. (1991), «Réflexions sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite», allocution présentée lors du colloque de l'Association des Médecins du réseau public de santé au travail du Québec sous le thème *Les médecins en santé du travail : à la croisée des chemins*, Montréal.
- ROCHER, G. (1990), «L'emprise croissante du droit», *La société québécoise après 30 ans de changements*, ouvrage collectif sous la direction de Fernand Dumont, Institut québécois de recherche sur la culture, pp. 99-116.
- ROQUEPLO, P. (1987), «Enjeux politiques de la gestion du risque», *La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques*, sous la direction de J.-L. Fabiani et J. Theys, Presses de l'École normale supérieure, Paris, pp. 79-88.
- SAUREL-CUBIZOLLES, M.-J. et P. ROMITO (1992), «Mesures protégeant les femmes enceintes au travail : des textes, une pratique et des besoins», *Revue française des affaires sociales*, n° 2.
- STELLMAN, J. M. (1981), «La rançon économique du travail des femmes», *Médecine et société. Les années 80*, Éd. coopératives Albert Saint-Martin, pp. 249-270.
- SULLEROT, É. (1968), *Histoire et sociologie du travail féminin*, Éd. Gonthier.
- TURCOTTE, G. (1990), «Comment les travailleuses enceintes voient leur travail, ses risques et le droit au retrait préventif», «*Sexe faible*» ou travail ardu?, *Les Cahiers scientifiques*, ACFAS, n° 70, pp. 31-44.
- VÉZINA, M. et al. (1992), *Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*, Le Comité de la santé mentale du Québec, Éd. Gaëtan Morin.
- VOGEL, L. (1990), «Debating Difference: Feminism, Pregnancy and the Workplace», *Feminist studies*, vol. 16, n° 1, pp. 9-32.