

## Recherches sociographiques



# Risque et gestion du social: le retrait de l'activité professionnelle durant la grossesse

Romaine Malenfant

Volume 39, numéro 1, 1998

Québec et Canada : deux références conflictuelles

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/057185ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/057185ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)

1705-6225 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Malenfant, R. (1998). Risque et gestion du social: le retrait de l'activité professionnelle durant la grossesse. *Recherches sociographiques*, 39(1), 39-57. <https://doi.org/10.7202/057185ar>

Résumé de l'article

La Loi québécoise sur la santé et la sécurité du travail comporte un droit de retrait préventif qui donne à la travailleuse enceinte la possibilité de maintenir son emploi durant sa grossesse dans des conditions non dangereuses pour sa santé et celle de l'enfant à naître, et oblige l'employeur à remplir ces conditions. Les divergences sur l'interprétation des conditions dangereuses ont conduit à des débats virulents. Les mécanismes par lesquels la gestion du risque participe à la gestion du social et la logique menant au retrait de l'activité professionnelle à risque durant la grossesse sont analysés à la lumière de deux mouvements profonds, spécifiques aux sociétés modernes avancées : l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, qui nécessite une remise en question de la division sexuelle du travail, et le développement de la science du risque, qui systématise le recours à l'expertise pour tracer les contours des problèmes.

# RISQUE ET GESTION DU SOCIAL : LE RETRAIT DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DURANT LA GROSSESSE\*

Romaine MALENFANT

La Loi québécoise sur la santé et la sécurité du travail comporte un droit de retrait préventif qui donne à la travailleuse enceinte la possibilité de maintenir son emploi durant sa grossesse dans des conditions non dangereuses pour sa santé et celle de l'enfant à naître, et oblige l'employeur à remplir ces conditions. Les divergences sur l'interprétation des conditions dangereuses ont conduit à des débats virulents. Les mécanismes par lesquels la gestion du risque participe à la gestion du social et la logique menant au retrait de l'activité professionnelle à risque durant la grossesse sont analysés à la lumière de deux mouvements profonds, spécifiques aux sociétés modernes avancées : l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, qui nécessite une remise en question de la division sexuelle du travail, et le développement de la science du risque, qui systématise le recours à l'expertise pour tracer les contours des problèmes.

L'amélioration des connaissances sur le corps humain et son fonctionnement, de même que la sophistication des mécanismes de surveillance et des stratégies préventives, ont fait du risque un concept clé dans le champ des sciences de la santé. La santé est devenue une valeur individuelle et sociale de premier ordre, un

---

\* Ces travaux s'inscrivent dans le cadre d'une thèse de doctorat en sociologie déposée à l'Université Laval sous la direction de Simon Langlois et de Maria De Koninck, *Risque et gestion du social. Le retrait de l'activité professionnelle durant la grossesse*, 1995. Différentes sources de données et approches méthodologiques ont été utilisées pour cerner le problème et interpréter les faits de manière à rendre compte de la complexité des enjeux : données statistiques et données documentaires, matériel de recherche secondaire, entrevues et observation participante.

bien, un capital à protéger et, en corollaire, un objet de contrôle social (VIGARELLO, 1993). La prévention instituée comme nouvelle forme de gestion de sa vie contribue à exacerber la crainte d'une perte de jouissance de la vie et la méfiance à l'égard des producteurs de risque (FABIANI et THEYS, 1987 ; BECK, 1992).

Le domaine de la reproduction s'est révélé particulièrement sensible à l'idéologie du contrôle technique du risque. Les femmes, sous l'effet d'interventions d'éducation sociosanitaire soutenues depuis une vingtaine d'années et du courant de médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, y ont adhéré en force (DE KONINCK, 1990a, 1990b, 1989 ; QUÉNIART, 1988). L'orientation des stratégies de sensibilisation des femmes au risque, que ce soit par les ouvrages de vulgarisation ou les services publics en santé maternelle et infantile, fait reposer sur la mère la responsabilité première et principale de la santé et du développement normal de l'enfant. L'adoption de saines habitudes de vie et l'adhésion aux préceptes de la science médicale sont devenues les signes manifestes d'un comportement responsable. C'est à travers ce rituel que les femmes cherchent à contrer cette peur obsessionnelle quant à la normalité de la grossesse et du fœtus (QUÉNIART, 1988, p. 265). L'idée d'un risque mesurable, calculable, évaluable techniquement et dont les conséquences néfastes peuvent être anticipées, prévenues ou atténuées par une meilleure maîtrise de l'environnement a conféré au savoir scientifique un caractère efficace et rassurant, que les gestionnaires et la population voulaient précisément lui reconnaître (DRUET, KEMP et THILL, 1980 ; EWALD, 1986 ; FABIANI et THEYS, 1987). Cette attitude prudente qu'on réussit à inculquer aux femmes par de nombreuses stratégies préventives, elles la maintiennent dans leur évaluation des risques que peuvent présenter pour leur grossesse certaines de leurs conditions ou activités de travail.

Il existe au Québec, depuis le début des années 1980, un droit de retrait préventif pour les femmes enceintes dont les tâches présentent un danger pour leur santé ou celle de l'enfant à naître<sup>1</sup>. Ce droit a été instauré à la suite de la révision de la Loi sur la santé et la sécurité du travail entreprise par le gouvernement péquiste à la fin des années 1970. Dans la plupart des pays où existent des dispositions pour la protection des femmes enceintes au travail, ces mesures se présentent sous la forme d'interdiction d'emploi, la future mère étant soustraite au risque plutôt que soit éliminée la source du danger. Elles renvoient à une conception traditionnelle du rôle des femmes et visent en priorité la protection du fœtus alors que la responsabilité de leur application revient aux femmes, sur une base individuelle. Les coûts en sont habituellement défrayés par l'État dans le cadre du régime de congé de maternité ; elles protègent le lien d'emploi en cas d'arrêt de travail, mais

---

1. Le retrait préventif peut être une réaffectation à des tâches non dangereuses, un changement de poste de travail ou en dernier recours, si les modifications nécessaires ne peuvent être apportées dans le milieu de travail, un retrait du milieu de travail (articles 40, 41 et 43 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, Gouvernement du Québec).

n'offrent cependant pas d'indemnités de remplacement de revenu en dehors de la période admissible au congé de maternité payé (Organisation internationale du travail, 1989 ; PAOLI-PELVEY, 1991).

L'originalité du droit de retrait québécois tient à plusieurs paramètres : premièrement, il ne s'agit pas, dans l'esprit de la Loi, d'une modalité du congé de maternité, mais de la reconnaissance du droit des travailleuses enceintes de maintenir leur emploi dans des conditions non dangereuses pour leur santé et celle de l'enfant à naître, et de l'obligation légale, pour l'employeur, de remplir ces conditions. Toutes les entreprises sont appelées à verser annuellement une cotisation pour défrayer les coûts d'application du droit, sans égard au nombre de retraits ou à la présence de femmes dans l'entreprise, pour éviter la discrimination à l'embauche. La Loi québécoise change la perspective des mesures de protection traditionnelle en réduisant le contrôle des gestionnaires sur la demande et sur la prise de décision. En effet, la Loi donne aux femmes et à leur médecin traitant l'initiative de la démarche ; elle remet entre les mains des experts l'acceptation de la demande et admet que des conditions de travail peuvent être dangereuses sans spécification *a priori* de ces dernières. En raison de son caractère avant-gardiste, le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte a soulevé des débats mouvementés sur l'obligation et la capacité des entreprises à prendre en compte la vie reproductive des femmes à l'intérieur même du processus de production d'une part, et, d'autre part, sur la détermination du risque pour la santé lié aux emplois exercés par des femmes, plus particulièrement par des femmes enceintes.

Il nous semble que ces débats ne peuvent être analysés en dehors du contexte social et culturel des sociétés modernes avancées. Plus précisément, cette analyse doit s'appuyer sur deux mouvements profonds caractéristiques de ces sociétés : l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, qui oblige une remise en question de la division sexuelle du travail et le développement de la science du risque, qui systématise le recours à l'expertise pour tracer les contours des problèmes. Pour comprendre la situation québécoise, il s'avère essentiel de remonter aux origines du droit de retrait, à son processus d'instauration et de connaître les conditions concrètes de son application. Ainsi, à partir d'un objet particulier, le rapport production-reproduction, et à travers l'application, au Québec, du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte, il est possible de mettre en évidence différents mécanismes par lesquels la gestion du risque participe à la gestion du social et concourt à la stabilité des institutions, dévoilant ainsi les enjeux personnels, collectifs et sociaux des mesures de protection des femmes au travail.

*Le contexte d'instauration du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte au Québec*

L'appréciation de la nécessité d'instaurer un droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ne repose pas, à l'origine, sur des connaissances précises en matière de santé des femmes au travail ni sur l'identification de problèmes de santé liés aux conditions professionnelles durant la grossesse. Au moment d'établir le droit au retrait, peu de recherches sur la santé des femmes au travail étaient disponibles ; le Livre blanc sur la santé et la sécurité du travail annonçant la réforme ne contenait même aucune donnée descriptive sur le travail des femmes ni de prévisions sur son évolution (Gouvernement du Québec, 1978).

À la fin des années 1970, la participation des femmes au marché du travail, en tant que phénomène social, attirait peu l'attention des politiciens, des employeurs et de la population en général. Le mouvement syndical et le mouvement féministe dénonçaient à l'époque le peu d'engagement du gouvernement en matière de droit des femmes au travail et à la protection de leur santé. Ces mouvements revendiquaient l'équité salariale pour les femmes désirant des enfants et dont les conditions de travail nécessitaient, pour protéger leur santé et celle du fœtus, qu'elles soient réaffectées à d'autres tâches durant la grossesse. Les dispositions du congé de maternité n'offraient pas de compensations salariales et laissaient à l'employeur une marge de manœuvre jugée inacceptable par les représentantes des femmes. Ainsi, se présentait au gouvernement une occasion d'aller chercher de nouveaux appuis à la réforme et de renforcer les principes qui la sous-tendaient, à savoir le droit des travailleurs et des travailleuses à la protection de la santé et l'obligation, pour les employeurs, de garantir des conditions de travail saines et sécuritaires. Le principe du droit de retrait préventif fut suffisamment bien accueilli pour que les centrales syndicales, les représentants de la santé publique et la Corporation professionnelle des médecins du Québec, qui opposaient jusque-là des résistances, demandent son élargissement à d'autres groupes de travailleurs et se montrent favorables à la réforme du ministre du Travail.

Finalement, au moment de son instauration, il n'y a pas eu de véritable débat sur le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ; il a été noyé dans le débat plus global sur la réforme en santé au travail du ministre Marois (Commission permanente du travail et de la main-d'œuvre, 1979). Le gouvernement avait besoin de nouveaux appuis à son projet de loi 17, notamment ceux des femmes et des syndicats. Les modalités du congé de maternité se discutaient au même moment et on révisait un ensemble de lois pour réduire les chevauchements administratifs ; par ailleurs, le ministre du Travail avait fait du droit des travailleurs le principe fondamental sur lequel reposait sa réforme et le droit de retrait préventif augmentait la portée de son objectif. Enfin, quelques incidents de contamination environnementale survenus au cours des années 1970 avaient attisé les craintes relativement aux effets du développement industriel et technologique sur la

reproduction humaine. Le retrait préventif se révélait un moyen intéressant pour réduire ce type d'exposition. Par ce geste, le gouvernement prenait une orientation d'avant-garde par rapport aux mesures traditionnelles de protection de la santé ; il n'était cependant pas en mesure d'en juger la portée pour les années à venir.

La progression remarquable du taux d'activité des mères de jeunes enfants et une sensibilisation accrue de la population au risque pour la santé ont en effet entraîné une forte augmentation du recours au retrait préventif chez les travailleuses enceintes. L'évolution rapide de la situation, dans le contexte économique difficile des années 1980, a ébranlé la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) responsable de l'administration du droit et soulevé des réactions très vives de la part du patronat qui en assure le financement. Les divergences sur l'interprétation des conditions de travail dangereuses ont conduit à de vifs débats, qui durent toujours, opposant gestionnaires et experts en évaluation du risque. Des interrogations fondamentales surgissaient à propos des exigences réelles du travail des femmes et de leur crédibilité professionnelle. Les réponses aux difficultés soulevées par le droit de retrait, on les cherchait auprès d'experts divisés et ballottés entre des controverses scientifiques, des intérêts économiques et des débats juridiques.

#### *La représentation du travail dangereux*

Une méconnaissance évidente des caractéristiques du travail des femmes et de ses exigences sur le plan de la santé n'avait en effet pas permis aux gestionnaires d'évaluer correctement l'évolution de la demande et, par conséquent, des coûts d'application du droit. Les entreprises et la Commission de la santé et de la sécurité du travail n'étaient pas préparées à cette montée en flèche ; elles ne prévoyaient pas non plus que les contraintes ergonomiques<sup>2</sup> seraient à l'origine de près de 70 % des demandes (CSST, 1986, 1990, 1991, 1992, 1993). Autour des années 1985, la multiplication des demandes laissait présager les pires abus alors que l'augmentation du taux d'activité des mères et l'amélioration sensible des connaissances sur le travail des femmes en étaient les principaux déterminants (MALENFANT, 1993a).

Le discours sur les risques pour la santé a mis en lumière la résistance à reconnaître les exigences physiques et mentales du travail des femmes. Celui-ci est le plus souvent considéré comme demandant peu d'efforts et surtout de la minutie, de la finesse, du souci des autres ou globalement, est compris comme une extension du travail domestique et n'est donc pas reconnu comme dangereux, c'est-à-dire présentant des risques pour la santé. La représentation du travail dangereux s'est plutôt construite à l'image d'un danger perceptible par les sens et dont les effets

---

2. Les contraintes ergonomiques ont trait aux postures de travail, aux horaires, aux cadences et à l'organisation du travail.

sont rapidement identifiables ou ressentis après l'exposition : par exemple le travail pouvant entraîner des chutes, des pertes de membres, une intoxication, une électrocution, etc. Or les contraintes ergonomiques et organisationnelles dont les effets se manifestent dans la durée caractérisent mieux le travail des femmes, et, sur le plan méthodologique, la preuve des effets nocifs de telles contraintes sur la santé pose des défis de taille. Selon un analyste du risque, « les éléments subjectifs associés au confort sont généralement ignorés dans l'établissement des limites d'exposition, le but visé n'étant que la préservation de la santé du travailleur. Ces limites sont exprimées en terme de paramètres mesurables » (GAUVIN, 1993, p. 21). Les conditions de travail que les femmes enceintes considèrent risquées pendant leur grossesse sont généralement interprétées comme la recherche d'un plus grand confort, non mesurable sur l'échelle d'évaluation du risque des scientifiques.

Selon les questionnaires, le nombre élevé de retraits des travailleuses enceintes de leur milieu de travail témoignait en effet d'une résistance des femmes à exercer une activité professionnelle durant la grossesse, indépendamment de leurs conditions de travail, ou plus particulièrement, témoignait de leur désir de prolonger leur congé de maternité le plus longtemps possible. Ces arguments se font toujours entendre et rejoignent l'opinion de beaucoup de professionnels de la santé et des gens en général. Ainsi, les difficultés de l'épidémiologie à démontrer des liens clairs entre travail et issues de grossesse ne suffisent pas à expliquer les résistances. Les conséquences économiques de la reconnaissance de nouveaux facteurs de risque et celles d'une réorganisation du travail sur les rapports sociaux sont au cœur du débat.

#### *Le risque et la logique du retrait*

Ce qui a davantage animé les débats à partir des années 1990, c'est le nombre élevé de retraits. La majorité des demandes (près de 90 %) se soldaient en effet par une mise à l'écart alors que la Loi devait, au contraire, favoriser le maintien en emploi et des changements dans le milieu de travail (MALENFANT, 1993b). Cependant, ce problème était posé à partir des résistances des travailleuses et non de celles des entreprises, pourtant les premières interpellées par la Loi (RENAUD et TURCOTTE, 1988). Pour comprendre les facteurs qui sous-tendent le retrait durant la grossesse, il faut saisir la logique des acteurs au cœur du processus, en l'occurrence des travailleuses enceintes.

Les démarches de réaffectation en milieu de travail avivent des tensions que les travailleuses enceintes ont du mal à supporter. L'espace fonctionnel, modifié par le réaménagement des tâches, modifie à son tour l'espace relationnel. Le « regard sur soi » et le « regard des autres », les rapports subjectifs et intersubjectifs, occupent une place centrale dans le processus de réaffectation (MALENFANT, 1995a). Ces réactions sont particulières dans le cas de la grossesse parce qu'elle confronte l'univers de la production à celui de la reproduction, l'espace public à l'espace privé.

Le monde du travail n'est pas prêt à intégrer dans ses fonctions ce qui, traditionnellement, relevait du monde hors travail et ne devait pas jouer sur le processus de production. Les milieux de travail où les relations entre collègues ou entre gestionnaires et employés sont déjà difficiles manifestent plus de résistances à la réaffectation (CHOUINARD et coll., 1991). De plus, lorsque les tâches sont complémentaires et que la flexibilité des horaires et de l'organisation personnelle du travail est faible, les réaménagements ont des effets significatifs, surtout dans les entreprises de petite taille, où la spécialisation est poussée et le personnel réduit. L'individualisation du processus inhérente aux dispositions mêmes de la Loi place la travailleuse enceinte en position de négociation du réaménagement de ses tâches vis-à-vis de l'employeur et de ses collègues ; elle doit généralement porter seule la responsabilité de la situation. Dans un contexte de productivité maximale, une baisse de rendement, et même toute modification pouvant laisser l'impression d'un relâchement dans le travail, sont mal acceptées et difficilement tolérées par l'employeur, les collègues et la travailleuse elle-même. D'ailleurs, dans le cas du travail à la pièce ou au rendement, un ralentissement du volume d'activité ou l'ajout de pauses supplémentaires durant les heures de travail ont une influence directe sur la rémunération en plus de perturber considérablement l'organisation du travail.

Du point de vue des travailleuses enceintes, cesser de travailler durant la grossesse se présente comme la résultante de la gestion individuelle des contraintes collectives liées au travail. Jusqu'à maintenant, les difficultés d'application du droit de retrait préventif n'ont en effet pas mené à une mobilisation des travailleuses pour l'amélioration de leurs conditions de travail. Les théories de Hirschman et de Olson peuvent nous aider à analyser ce phénomène. Pour Hirschman la « prise de parole » ou la protestation publique, comparée à la « défection », est beaucoup plus engageante pour les personnes qui s'y exercent ; de plus, son efficacité est conditionnée par l'influence et le pouvoir de négociation dont ces personnes disposent. Or, elle a peu de chances de se développer lorsque la possibilité de défection est présente et celle-ci peut même être un « obstacle à la prise de parole, cette dernière n'étant susceptible de jouer un rôle important qu'à la condition que la défection soit pratiquement exclue » (HIRSCHMAN, 1972, p. 80). Dans la perspective de la *logique de l'action collective* de Olson, s'il est permis de supposer que ceux et celles qui appartiennent à un groupe ou à une organisation ont un intérêt commun, les divers membres de l'organisation ou du groupe ont aussi des intérêts purement individuels et variables. Ainsi, dans le cas du retrait préventif de la travailleuse enceinte, même s'il peut exister parmi les travailleuses un certain consensus sur la nécessité de transformer les milieux de travail, l'absence ou le peu d'incitations individuelles à demeurer au travail durant la grossesse exerce une influence prépondérante. D'autant plus qu'il ne s'agit pas, dans le cas des travailleuses



enceintes qui demandent un retrait, d'un groupe organisé<sup>3</sup>, chaque demande s'exerçant sur une base individuelle. D'après Olson, « un individu dans un groupe latent ne peut par définition apporter une contribution notable à un effort de groupe et puisque personne dans le groupe ne réagit s'il n'apporte pas sa contribution, il n'a aucun motif à l'apporter » (OLSON, 1978, p. 73). Donc, si la personne n'est pas incitée à agir, que ce soit par la contrainte exercée par les autres personnes du groupe ou encore par des avantages que lui apporte sa participation au groupe et dont elle ne pourrait profiter autrement, ses actions seront motivées d'abord par ses intérêts individuels.

En faisant reposer le processus de demande sur une démarche individuelle, la constitution même de la Loi fait obstacle à l'action collective. Le système fait en sorte que la décision est renvoyée aux acteurs pris individuellement. Déjà au moment du dépôt du projet de loi, une instance syndicale s'était objectée à ce moyen d'affaiblir l'action collective par l'isolement des travailleurs face au « système » de santé et de sécurité du travail<sup>4</sup>. Chaque travailleuse est responsable de sa demande avec son médecin traitant et chaque cas est traité séparément en fonction des caractéristiques spécifiques de la tâche et du déroulement de la grossesse. S'y ajoute l'indemnisation qui ouvre la porte à la défection. Pour beaucoup de travailleuses œuvrant dans des conditions pénibles, la nécessité économique devient, en effet, l'intérêt premier qui les rattache à leur travail et qui y donne un sens ; ce besoin étant comblé par la Loi, l'arrêt de travail devient possible. En ce sens, le droit de retrait améliore sensiblement les conditions des travailleuses qui se trouvent dans une double situation de risque du point de vue de leur emploi et de leur santé ; elles n'ont plus à faire le choix entre protéger leur santé ou leurs revenus, surtout dans un contexte où la grossesse arrive au premier rang des plaintes pour congédiement déposées par les femmes à la Commission des normes du travail (Commission des normes du travail, données non publiées). L'indemnisation aplanit en partie les clivages traditionnels entre les travailleuses de catégories socioprofessionnelles différentes en rendant le retrait accessible, en principe, à toutes celles placées dans des conditions dangereuses. Les conflits sont ainsi déplacés des revendications basées sur le revenu et l'amélioration des conditions de travail vers l'injustice ressentie par celles qui n'ont pas accès au retrait préventif durant leur grossesse à moins d'utiliser des congés de maladie ou d'entamer leur congé de maternité<sup>5</sup>. Cette

---

3. Selon Olson, certains groupes sont appelés « latents » en raison de leur pouvoir « latent » pour l'action ; ce pouvoir virtuel ne peut être actualisé ou mobilisé qu'à l'aide d'incitations sélectives (OLSON, 1978, p. 74).

4. Commission permanente du travail et de la main-d'œuvre, *Le projet de loi n° 17*, V. 3-B, 62 M, 1979.

5. Le congé de maternité peut être pris avant ou après l'accouchement au « choix » de la femme. Cependant, le nombre de semaines prises avant l'accouchement est soustrait du nombre total de semaines de congé payé accordé par la Loi sur l'assurance-chômage, diminuant d'autant le nombre de semaines de congé après l'accouchement.

situation vient à nouveau renforcer la théorie de Hirschman qui avance que lorsqu'un membre d'un groupe moins favorisé a la possibilité d'accéder assez facilement, sur une base individuelle, à des conditions plus favorables, il ne ressent pas l'intérêt à prendre la parole et à participer publiquement à un effort collectif pour l'amélioration des conditions au niveau qui est le sien (HIRSCHMAN, 1972). Par contre, lorsqu'il y a désaccord sur la reconnaissance du travail dangereux, les travailleuses plus favorisées sur le plan économique, à défaut d'être réaffectées, peuvent plus facilement choisir d'arrêter de travailler et sont encore, à cet égard, les plus avantagées.

La grossesse est une période particulièrement chargée à différents points de vue et elle laisse peu d'espace et de temps à l'action collective. Le discours des travailleuses enceintes fait transparaître le peu d'espoir que des changements substantiels puissent être apportés à leurs conditions de travail ; elles ne sentent pas qu'elles ont le pouvoir ni l'influence nécessaires pour faire changer les choses. Avec le temps, elles en sont venues à voir ces conditions comme incontournables et faisant partie de leur travail. Pour Carpentier-Roy, la reconnaissance, l'autonomie et le pouvoir sont les trois vecteurs clés par lesquels passent l'harmonisation du désir et des tâches à accomplir et la structuration de l'identité au travail (CARPENTIER-ROY, 1992, p. 156). Leur absence peut conduire à un repli sur soi ou à une défection qui, dans le cas de la travailleuse enceinte, se traduit par une stratégie de « protection » qui mène au retrait du milieu de travail. Selon Hirschman, les actions et les choix quotidiens d'une personne traduisent ses aspirations, ses désirs et ses besoins premiers. Il existe cependant, selon lui, un autre ordre de désirs et de besoins latents qui exercent leurs effets durant les périodes de transition. Ce deuxième niveau de préférences entre en action lorsqu'un doute et un malaise préexistants se conjuguent et qu'un fait (une expérience) agit comme événement déclencheur (catalyseur) (HIRSCHMAN, 1983). Pour les travailleuses enceintes, le risque pour la santé de l'enfant à naître, lorsqu'il devient manifeste par des symptômes physiques, est cet événement qui déclenche le processus de demande de retrait préventif, alors que des rapports sociaux conflictuels, une baisse de performance au travail ou des informations provenant de collègues ou de professionnels de la santé avaient déjà semé le doute et le malaise au regard de leurs conditions de vie professionnelles durant la grossesse. Toujours d'après Hirschman, un facteur déterminant du retrait réside dans la déception provoquée par le décalage entre les attentes et la réalité. On peut penser que, pour plusieurs travailleuses enceintes placées dans des conditions de travail plutôt difficiles, le décalage entre, d'une part, leur projet familial et professionnel, leurs aspirations et leurs attentes et, d'autre part, la réalité à laquelle elles doivent faire face, s'accroît durant la grossesse et devient difficilement tolérable.

Pour ce qui est des employeurs, il existe peu d'incitations financières qui puissent les amener à transformer les postes de travail « à risque ». Au contraire, la

presque totalité du coût de remplacement de la travailleuse retirée est assumée à même une cotisation générale que l'ensemble des entreprises ont l'obligation de verser en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ; la part qui va à l'indemnisation des travailleuses enceintes retirées représente une fraction minime du montant total cotisé. Pour arriver à faire baisser cette cotisation, ce qui pourrait tout de même, du moins symboliquement, être une incitation valable, il faudrait qu'une majorité d'entreprises effectuent des modifications de postes de travail ou proposent des réaménagements de tâches. Toutefois, les coûts rattachés à de telles modifications, sur le plan financier et sur celui des relations de travail, constituent un obstacle majeur à leur réalisation ; en fait, les inconvénients, selon les employeurs, seraient plus grands que les avantages à retirer à court terme (LEMIEUX, L., *Le Soleil*, 11 mars 1995, p. A-17).

Dans un système contrôlé par la rationalité économique, les débats sur le risque sont plutôt devenus le moyen légitime de régulation du rythme des changements organisationnels et des coûts afférents. Si à l'origine, certains voyaient dans le droit de retrait préventif une ouverture pour améliorer les conditions de travail pénibles de plusieurs groupes de travailleuses, il semble plutôt que la grossesse continue d'être appréhendée comme une situation d'exception entraînant des actions précises et circonscrites dans le temps et dans l'espace. Les règles du marché peuvent être déstabilisées par des stratégies individuelles, tel que ce fut le cas par le nombre élevé de travailleuses enceintes qui ont exercé leur droit, mais les forces structurelles cherchent à rétablir l'équilibre du marché. Le marché du travail peut effectivement concéder certains ajustements ou réaménagements pour faciliter la conciliation, mais la marge de manœuvre reste déterminée par les règles propres à ce marché. Vu l'étendue et l'intensité des enjeux, les tensions qui surgissent sont grandes (MALENFANT, 1995b<sup>6</sup>).

#### *La gestion du risque et la gestion du social*

Les choix individuels comportent une composante structurelle mise en évidence par les théories de Hirschman et Olson. La défection et la prédominance des intérêts individuels se présentent comme la résultante d'un ensemble de conditions qui convergent, dans le cas qui nous intéresse, vers la reproduction des rapports sociaux. Loin d'être une manifestation irrationnelle de résistance au travail, l'arrêt de l'activité professionnelle durant la grossesse apparaît plutôt comme un comportement rationnel, une stratégie de protection, compte tenu de la position des actrices, de leurs caractéristiques et des intérêts en jeu. Cependant, dans les conditions actuelles de segmentation et de précarisation du marché du travail, la stratégie individuelle de retrait à laquelle conduit la mécanique du système de santé et de sécurité au travail peut avoir des effets négatifs sur le statut d'emploi des

---

6. La thèse a été publiée en 1996 aux Éditions Liber sous le titre *Travail et grossesse. Peut-on laisser la maternité à la porte de l'entreprise ?*

femmes au travail, en renforçant le caractère fluctuant de leur activité professionnelle. Par leurs stratégies de conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, les femmes jouent un rôle actif dans les mécanismes de régulation du marché de l'emploi.

Ainsi, les incertitudes entourant la reconnaissance du risque pour la santé et les consignes techniques liées à l'application des règles et des mesures de prévention en milieu de travail enveniment et brouillent les rapports sociaux au travail, plaçant les femmes en position d'insécurité et de retrait ; en conséquence, les conditions qui fragilisent leur statut professionnel sont reproduites et le *statu quo* dans l'organisation du travail est maintenu. Le risque produit du risque. En interférant dans le processus d'acquisition des moyens qui assurent une reconnaissance en tant qu'acteur économique, politique et social et dans le processus de changement des structures sociales, le risque pour la santé devient risque social et concourt au maintien de la division sexuelle du travail. Dans un contexte social où les solidarités s'effritent et la rationalité économique est omniprésente, les conséquences individuelles et collectives de ce phénomène sont d'autant plus redoutables. Les femmes moins bien situées dans les hiérarchies sociales, économiques et culturelles risquent d'être davantage affectées par des épisodes de retrait du marché du travail.

Depuis les débuts de l'industrialisation, la protection des femmes au travail a fait l'objet de préoccupations soutenues, que ce soit pour protéger leur capacité de reproduction ou le développement du fœtus ou encore leur capacité à exercer leurs responsabilités conjugales et familiales. C'est le plus souvent par le biais de leur santé reproductive que les femmes sont prises comme objet pour l'étude des risques liés à leur travail contrairement aux hommes dont on néglige au contraire cette dimension de leur santé. Si cette position du problème de la santé des femmes au travail peut paraître réductrice, elle est par ailleurs révélatrice des représentations dominantes du rôle social des femmes et du traitement asymétrique, selon le sexe, de certains thèmes de recherche. L'analyse du développement de l'expertise sur les problèmes de santé des travailleuses de même que l'analyse chez les acteurs sociaux des mécanismes de réponse aux contraintes à concilier les fonctions de production et de reproduction nous amènent à déborder largement des questions sanitaires. Elles dévoilent les enjeux des mesures de protection des femmes au travail sur le plan de la division sexuelle du travail et de la reproduction des inégalités sociales et les liens entre la gestion du risque et la gestion du social. Nous avons dégagé quatre mécanismes par lesquels la gestion du risque participe à la gestion du social et concourt ainsi à la stabilité des institutions sociales.

a. *La diffusion et le développement d'une culture du risque qui agit sur le sentiment de vulnérabilité et sur la perception individuelle de l'état de santé*

Le risque est devenu un concept clé qui conditionne non seulement le rapport de l'individu à son environnement, mais qui s'étend aux rapports sociaux, aux relations intimes comme aux relations professionnelles et sociales. Plus, « le risque devient un principe organisateur fondamental qui concerne aussi bien la vie individuelle que l'avenir de la planète » (GIDDENS, 1993, p. 30). La culture du risque propre à la modernité avancée renforce, chez les acteurs individuels, les craintes et les incertitudes sur les *bons* choix à faire, que ce soit dans le domaine de la santé, de l'éducation ou autres. Les mères, de par le rôle qui leur est culturellement attribué, vivent ces incertitudes de façon aiguë et vont chercher la sécurité auprès des savoirs experts. Comme l'ont montré les recherches, différents facteurs influencent la perception du risque : connaissances, expérience, intérêts se mêlent au discours scientifique sur le risque et sur les comportements préventifs en matière de santé et orientent le choix des stratégies individuelles de maîtrise du risque.

b. *La primauté de la rationalité instrumentale sur la subjectivité des acteurs sociaux*

Durant la grossesse, les risques pour la santé liés à l'exercice de certaines tâches professionnelles placent les travailleuses au centre des contradictions qui émanent du discours des acteurs prenant part au processus d'évaluation du risque. « Les effets de la science ne sont simples, ni pour le meilleur ni pour le pire. Ils sont profondément ambivalents » (MORIN, 1990, p. 9). Cette ambivalence, les travailleuses enceintes la perçoivent et la considèrent dans leur prise de décision ; elles ont, sur cette base parfois peu solide, à faire leur propre évaluation de la situation de risque, ce qui n'est pas moins simple. La construction sociale de l'ambivalence des femmes repose, en fait, sur l'ambivalence de la science et de la société technoscientifique devant l'évidence du problème que pose, socialement, l'articulation des fonctions de production et de reproduction. Le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte remet en cause les valeurs que la société privilégie, compte tenu des exigences de la productivité et des conditions dans lesquelles s'exercent les fonctions de production et de reproduction des hommes et des femmes. L'approche technoscientifique propose une vision fragmentée de la santé à travers l'évaluation d'une série de facteurs de risque dont la reconnaissance est soumise à l'expertise médicale et à des critères économiques.

Les entreprises, quant à elles, utilisent le manque de connaissances scientifiques certifiant l'existence d'un risque « réel » et les clivages idéologiques entre les experts comme moyen légitime de régulation des changements dans l'organisation du travail et les coûts afférents. Dans ce contexte, les procédures formelles d'évaluation des risques, en donnant un statut prépondérant au travail prescrit, minimisent le risque ou mettent en faute la travailleuse. Le risque est ainsi

réduit à la responsabilité individuelle des acteurs et à leur observance des règles prescrites.

*c. La reproduction des inégalités sociales par la fragilisation et la marginalisation de la personne à risque*

Si, dans ce qui entoure le suivi de l'évolution normale de la grossesse et de l'accouchement, il y a « séquestration institutionnelle » (GIDDENS, 1993) de l'expérience vécue par les femmes, par contre, sous l'angle du lieu ou de l'espace social où la grossesse peut se vivre légitimement, il y a « séquestration domestique ». Les mécanismes de régulation sociale de la vie des femmes continuent d'opérer à partir de leurs différences biologiques et de la protection de leurs fonctions reproductives. Les femmes, en adoptant des stratégies de retrait, par choix ou par contrainte, confirment l'efficacité de ces mécanismes. Cette interprétation doit toutefois être ramenée à la structure dans laquelle s'inscrit l'action des travailleuses. Le sentiment de perte de contenu significatif de son travail, les contraintes d'activités amplifiées par la grossesse et la peur de porter atteinte à la santé du fœtus réduisent considérablement la latitude décisionnelle de certaines travailleuses enceintes. Le retrait se présente souvent comme une solution plus acceptable que la marginalisation à l'intérieur même du milieu de travail. Considérant les contraintes objectives avec lesquelles les femmes enceintes au travail doivent composer, elles « orchestrent avec efficacité les motifs et le résultat final des actions qu'elles entreprennent » sur le plan individuel (GIDDENS, 1987, p. 236). D'un autre point de vue, les femmes participent ainsi au processus de technicisation et de séparation du monde de la production et de la reproduction. Cependant, peu d'options s'offrent à elles, surtout si l'on considère les enjeux : leur santé et celle de l'enfant à naître, dans une culture où la santé est une valeur de premier ordre et l'enfant, un être précieux.

Les stratégies individuelles sont modulées par les conditions concrètes dans lesquelles s'exercent l'activité professionnelle et l'activité familiale. Les femmes dont les conditions de travail sont pénibles et qui trouvent peu de support dans leurs milieux de travail ressentent de façon plus vive les frictions entre les exigences de la production et celles de la grossesse. Pour ces travailleuses, les stratégies individuelles de gestion des contraintes objectives qui privilégient le retrait de l'activité professionnelle ont des conséquences plus lourdes que pour les femmes mieux placées dans les hiérarchies sociale, culturelle et économique, encore plus dans un contexte de précarisation de l'emploi et de segmentation du marché du travail. En interférant dans le processus d'acquisition des moyens qui assurent une reconnaissance en tant qu'acteur économique, politique et social et dans le processus de changement des structures sociales, le risque pour la santé devient risque social au regard de l'accès au travail, du statut d'emploi, de la position dans l'entreprise et, en définitive, de la position sociale.

- d. *Sur le plan politique, la subordination de l'application des mesures de protection des travailleuses aux rapports de force entre les acteurs sociaux et la fragmentation du social par la mise en place de mécanismes individuels de résolution des problèmes*

La grossesse en milieu de travail est appréhendée comme le problème des femmes ou comme celui des entreprises, selon la position idéologique à laquelle on adhère, et les échanges entre les acteurs qui ont charge d'appliquer la Loi se font actuellement sur le mode de l'affrontement. Au cœur du débat, la reconnaissance du risque. La gestion du risque s'appuie à la fois sur la responsabilisation individuelle des travailleuses et la responsabilisation collective des entreprises, ce qui donne un rapport inégal. Le droit de retrait préventif, tel qu'il est constitué, ramène le règlement des litiges aux rapports de force entre les acteurs sociaux alors que le système renvoie la prise de décision aux acteurs individuels, en l'occurrence les travailleuses enceintes, et les isole. Ainsi, l'État par le développement de stratégies préventives, participe activement à la diffusion de la culture du risque auprès des individus, augmentant ainsi leur conscience du risque ; paradoxalement au niveau des organisations, il subordonne l'application des politiques supposant l'établissement des mesures préventives aux rapports de force entre les acteurs sociaux, contribuant ainsi à la reproduction des inégalités sociales. Devant les difficultés que pose le nombre élevé de demandes, différentes stratégies de gestion ont été déployées ; la plupart dirigées vers l'individu sous forme de procédures administratives, en contestant les décisions médicales devant les instances judiciaires ou en faisant peser la menace de la réaffectation, dans le but de restreindre l'accès au droit. Malgré ces pressions, les travailleuses enceintes ont continué en grand nombre d'avoir recours à leur droit. L'État n'a toutefois pas encore adressé aux entreprises des propositions qui les inciteraient à améliorer les conditions de travail pendant la grossesse et à maintenir en emploi les travailleuses enceintes. La réaffectation repose toujours sur des mécanismes individuels de négociations portés par les travailleuses enceintes auprès de l'employeur et des collègues. Les instances syndicales ont jusqu'à maintenant appuyé timidement ces démarches sur la place publique.

\*

\*            \*

Le thème de la reproduction nous apparaît, dans le développement des sociétés modernes avancées, porteur d'un débat social fondamental qui se cristallise autour d'un courant marquant : la gestion du risque. Les femmes ont investi le marché du travail, mais elles ne maîtrisent pas les conditions et les moyens qui leur permettent de changer les règles du jeu de l'organisation du travail. La maîtrise du risque pour la grossesse en milieu de travail relève de changements structurels dans l'organisation du travail auxquels résistent les structures traditionnelles de pouvoir. La grossesse en milieu de travail dévoile en effet les résistances qui persistent

autour de la pleine reconnaissance du féminin dans le monde du travail. Nos résultats rejoignent et appuient les propos recueillis lors d'un colloque sur le thème *Femmes, démographie et travail* dont il était fait état dans un précédent numéro de *Recherches sociographiques* : « Les futures mères rencontrent une résistance de leur milieu de travail, ce qui donne lieu sinon à des affrontements, du moins à des confrontations et elles subissent une perte de crédibilité professionnelle » (FORTIN, 1991, p. 443). Dans la perspective de la gestion des risques, la grossesse apparaît incongrue et est traitée comme une variable à contrôler à l'intérieur du processus de production sur laquelle un regard technique est posé et qui appelle une solution tout aussi technique. Pour les femmes, l'expérience intime de la grossesse, qui implique un engagement personnel et des changements majeurs dans l'organisation de leur vie, contraste avec le traitement qu'on y applique. Le paradigme qui domine le développement de stratégies préventives visant à réduire les risques professionnels durant la grossesse fait passer l'expérience vécue par les travailleuses enceintes et la réorganisation des rapports sociaux provoquée par cet événement derrière une « combinatoire de facteurs de risque » autour de laquelle s'entrechoquent les discours scientifiques.

Du point de vue de Deborah Lupton, la détermination du risque sert de moyen pour maintenir en place la structure de pouvoir de la société. Selon elle, le citoyen ordinaire se voit rarement accorder la même écoute que les personnages publics, qui sont dans une position de force où ils peuvent à la fois définir le risque et déterminer les solutions pour l'éviter (LUPTON, 1993). Il existe dans la Loi québécoise sur la santé et la sécurité du travail, en plus du droit de retrait préventif pour les travailleuses enceintes, un droit de retrait préventif applicable en tout temps pour l'ensemble des travailleurs et travailleuses exposés à des contaminants (LSST, article 32) ; ce dernier est une bonne illustration de ce qu'avance Lupton. Pour que ce droit soit opérationnel, la Loi oblige que l'identification des contaminants, les critères d'altération à la santé et les critères de retrait soient déterminés par règlement par la CSST. Ce droit est à toutes fins utiles inopérant parce que la CSST n'a jamais mis à exécution son pouvoir de réglementation, bloquant ainsi le processus. Dans l'application du retrait préventif de la travailleuse enceinte, ces règles du jeu sont en partie changées<sup>7</sup> : d'une part, la détermination des conditions de travail dangereuses et les critères d'altération de la santé ne sont pas soumis à une réglementation et, d'autre part, le contrôle sur la demande, sur la définition du risque et, par conséquent, sur la prise de décision et sur les coûts n'est

---

7. Madame Lise Payette, ministre d'État à la condition féminine sous le gouvernement péquiste rendit opérationnel le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte en recourant à l'article 225 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail qui permet « au gouvernement d'adopter lui-même un règlement à défaut par la Commission de l'adopter dans un délai qu'il juge raisonnable ». Aucune démarche en ce sens n'a été faite pour rendre applicable le droit de retrait préventif des travailleurs et des travailleuses exposés à des contaminants.



pas complètement entre les mains des employeurs et de l'État. Bien que s'exerce indirectement un contrôle sur la demande par les procédures bureaucratiques complexes qui encadrent le processus, les travailleuses enceintes sont nombreuses à recourir au retrait préventif. Dans ce cas, contrairement au droit de retrait des travailleurs et des travailleuses exposés à des contaminants, le contrôle des coûts n'a pu s'exercer directement par le patronat. Il s'exerce à un deuxième niveau, celui de l'acceptation des demandes provenant des femmes par les experts et par les instances judiciaires en cas de litiges entre les parties. Le contrôle se fait en quelque sorte par le consensus social qui valorise à l'extrême l'institution scientifique et par les experts qui s'attribuent un rôle d'arbitre social. Le caractère pénible du travail des femmes est légitimé par l'expertise médicale et l'acceptabilité du risque est soumise à des critères économiques et à l'arbitrage politique.

L'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte, par le taux élevé de retraits « volontaires » du milieu de travail qu'il a entraîné, montre que ce sont les mêmes principes qui ont guidé la mise en place des mesures de protection au début du siècle qui sont toujours à l'œuvre. Une mesure québécoise qui, dans la lettre, s'avère d'avant-garde, réussit difficilement à transformer les rapports sociaux. C'est encore à partir de leurs différences biologiques et de la protection de leurs fonctions reproductives qu'opèrent les mécanismes de régulation sociale de la vie des femmes. Les femmes, en adoptant des stratégies de retrait, par choix ou par contrainte, confirment l'efficacité de ces mécanismes de régulation. Le retrait de l'activité professionnelle durant la grossesse, même s'il peut signifier un geste de résistance au modèle de production industrielle et, en ce sens, être porteur de changement, peut, à l'opposé, contribuer à la stabilité des institutions sociales. Ce geste, parce qu'il est « sans voix » et posé isolément, se fonde dans les attentes issues de l'imaginaire social et n'atteint pas l'espace public ; le décodage du message émis par les travailleuses est ainsi laissé à la subjectivité des acteurs sociaux. La séparation entre le monde de la production et celui de la reproduction est maintenue et ce qui relève de la reproduction est retourné, le temps qu'il faut, au privé (MALENFANT, 1995a).

Le rapprochement que nous avons mis en évidence entre la gestion du risque et la gestion du social nous conduit à des réflexions fondamentales sur les orientations des politiques sociales. L'analyse des situations de risque constitue un puissant révélateur des fonctionnements sociaux et des représentations collectives (FABIANI et THEYS, 1987) et à cet égard la place qui est faite à la reproduction dans l'univers de la production est révélatrice des résistances à entamer une réflexion en profondeur sur l'organisation sociale du travail.

Romaine MALENFANT

*Centre de santé publique de Québec.*

## BIBLIOGRAPHIE

BECK, Ulrick

1992 *Risk Society. Towards a New Modernity*, Newbury Park, Sage Publications.

CARPENTIER-ROY, Marie-Claire

1992 « L'affectif : dimension occultée des rapports de travail », *Revue internationale d'action communautaire*, 27 / 67 : 153-159.

CHOUINARD, Rachel et coll.

1991 *Le retrait préventif et le processus de réaffectation dans le secteur hospitalier*, Sainte-Foy, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.

Commission de la santé et de la sécurité du travail

1986 *Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Statistiques 1981-1984*, Québec, Service de la statistique, Direction de l'analyse et de la gestion de l'information.

1990 *Pour une maternité sans danger. Statistiques 1985-1988*, Québec, Service de la statistique, Direction de l'analyse et de la gestion de l'information.

1991 *Statistiques 1989-1990*, Québec, Service de la statistique, Direction de l'analyse et de la gestion de l'information.

1992 *Statistiques 1990-1991*, Québec, Service de la statistique, Direction de l'analyse et de la gestion de l'information.

1993 *Pour une maternité sans danger. Statistiques 1989-1992*, Québec, Service de la statistique, Direction de l'analyse et de la gestion de l'information.

Commission permanente du travail et de la main-d'œuvre

1979 Le projet de loi N° 17, Loi sur la santé et la sécurité du travail, *Mémoires et documents*, Québec, Secrétariat des commissions parlementaires, 4<sup>e</sup> session, 31<sup>e</sup> législature, Bibliothèque de l'Assemblée nationale.

DE KONINCK, Maria

1989 « La césarienne : exemple de la progression de la technique dans le domaine de la reproduction », *L'expérience de la maternité revue et questionnée par les femmes*, abrégé de communication, Sainte-Foy, Forum organisé par le Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval.

1990a « La normalisation de la césarienne, la résultante des rapports femmes-experts », *Anthropologie et sociétés*, 14, 1 : 25-41.

1990b « Enfancement et changement social : le cas de la césarienne », *De l'expérience de la maternité à l'enceinte des technologies de procréation*, Actes de la section d'Études féministes de l'ACFAS-UQAM, Montréal, 275-285.

DEVREUX, Anne-Marie

1988 *La double production. Les conditions de vie professionnelle des femmes enceintes.*, Paris, Centre de sociologie urbaine, Paris, Caisse nationale des allocations familiales.

DRUET, Pierre-Philippe, Peter KEMP et Georges THILL

1980 « Le rôle social de l'expert et de l'expertise », *Esprit*, octobre, 55-67.

EWALD, François

1986 *L'État providence*, Paris, Grasset.

FABIANI, Jean-Louis et Jacques THEYS

1987 *La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques*, Paris, Presses de l'École normale supérieure.

FORTIN, Andrée

1991 « Choix et contraintes : femmes, démographie et travail », *Recherches sociographiques*, XXXII, 3 : 441-453.

GAUVIN, Jean-Pierre

1993 « Établissement de limites d'exposition professionnelle », *Travail et santé*, 9, 1 : 21-25.

GIDDENS, Anthony

1987 *La constitution de la société*, Paris, Presses universitaires de France.

1993a « Une théorie critique de la modernité avancée », dans : Michel AUDET et Hamid BOUCHIKHI (dirs), *Structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux d'Anthony Giddens*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 29-53.

1993b « Identité de soi, transformation de l'intimité et démocratisation de la vie », dans : Michel AUDET et Hamid BOUCHIKHI (dirs), *Structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux d'Anthony Giddens*, 455-476, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 455-476.

Gouvernement du Québec

1978 *Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs*, Québec, Éditeur officiel du Québec.

1985 *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, Projet de loi 42, ch. XII, Québec, Éditeur officiel du Québec.

1990 *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, ch. IX.1, Québec, Éditeur officiel du Québec.

HIRSCHMAN, Albert

1972 *Face au déclin des entreprises et des institutions*, Paris, Économie et humanisme.

1983 *Bonheur privé, action publique*, Paris, Fayard.

LUPTON, Deborah

1993 « Risk as moral danger : the social and political functions of risk discourse in public health », *International Journal of Health Services*, 23, 3 : 425-435.

MALENFANT, Romaine

1993a « Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite : à la recherche d'un consensus », *Sociologie et sociétés*, XXV, 1 : 61-76.

- 1993b « 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*, Montréal, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, 5-44.
- 1995a « Organisation du travail et grossesse. Une autre dimension du risque », *Plaisir et souffrance. Dualité de la santé mentale au travail*, ACFAS, 81 : 87-108. (Les Cahiers scientifiques.)
- 1995b *Risque et gestion du social. Le retrait de l'activité professionnelle durant la grossesse*, Sainte-Foy, Université Laval. (Thèse de doctorat en sociologie.)

MORIN, Edgar

- 1990 *Science avec conscience*, Paris, Fayard.

OLSON, Mancur

- 1978 *Logique de l'action collective*, Paris, Presses universitaires de France.

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, 10-17 octobre, Genève, Bureau international du travail.

PAOLI-PELVEY, Chantal

- 1991 « Normes de l'Organisation internationale du travail relatives au travail des femmes. Évolution et perspectives », *Femmes et travail*, Lausanne, Institut des hautes études en administration publique, 73-87.

QUÉNIART, Anne

- 1988 *Le corps paradoxal. Regards des femmes sur la maternité*, Montréal, Éditions St-Martin.

RENAUD, Marc et Geneviève TURCOTTE

- 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, Montréal, Université de Montréal.

VIGARELLO, Georges

- 1993 *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, Paris, Seuil.