

La maternité en milieu de travail ou pourquoi les Québécoises sont-elles si nombreuses à demander un retrait préventif?

Maternity in the Workplace: Why Do So Many Quebec Women Request Protective Re-assignment?

Pierre BOUCHARD and Geneviève TURCOTTE

Volume 18, Number 2, octobre 1986

Travail, santé, prévention

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001077ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001077ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

BOUCHARD, P. & TURCOTTE, G. (1986). La maternité en milieu de travail ou pourquoi les Québécoises sont-elles si nombreuses à demander un retrait préventif? *Sociologie et sociétés*, 18(2), 113–128.
<https://doi.org/10.7202/001077ar>

Article abstract

Since the right to preventive reassignment came into force, a rapid and continued growth of demand for this program has been witnessed. The requests forwarded to the Commission de la santé et de la sécurité au travail have led much more often, however, to early withdrawal from work rather than to a process of job reassignment as the designers of the measure had hoped. After reviewing the issues raised by this unexpected result of the legislation, the authors draw up a statistical portrait of users of the program and propose several hypotheses to explain the surprising popularity of the measure, based on the preliminary results of an investigation (using both quantitative and qualitative approaches) conducted with working women who took advantage of this right in 1984 and 1985. They suggest that when designing the measure, the legislators, as well as coming up against the resistance of the workplace generally not disposed to policies of job reassignment, underestimated the unpleasantness of jobs which have been left to women, and consequently the number of workers likely to invoke the risk factor of their jobs.

La maternité en milieu de travail ou pourquoi les Québécoises sont-elles si nombreuses à demander un retrait préventif?*



PIERRE BOUCHARD, GENEVIÈVE TURCOTTE

L'augmentation continue des taux d'activité féminine a été le trait marquant de l'évolution de l'offre de main-d'œuvre dans les pays de l'OCDE au cours des vingt dernières années. Le Québec n'a pas échappé à la règle: de 25,1 % qu'il était en 1951, le taux d'activité des Québécoises n'a cessé de croître, passant à 35 % en 1971 et à 49,1 % en 1984. Cette croissance des taux d'activité a été particulièrement forte chez les femmes mariées qui ont triplé leur participation au marché du travail entre 1961 et 1984 (de 14,5 % à 49 %) et plus généralement dans le groupe des femmes âgées de 25 à 44 ans (de 30,5 % à 61,2 %)¹.

Il faut donc compter au nombre des nouvelles données de l'emploi féminin le fait qu'une proportion de plus en plus importante de femmes en âge de procréer (près des deux tiers actuellement au Québec) sont sur le marché du travail et que plusieurs y demeurent un certain temps pendant leur grossesse.

C'est dans ce contexte que se pose la difficile question du rapport entre l'organisation du travail salarié et la maternité. Cette question se pose avec d'autant plus d'acuité que les changements technologiques ont entraîné dans certains secteurs d'activité l'utilisation de produits et procédés sur le lieu du travail, susceptibles de présenter de nouveaux dangers pour le déroulement de la grossesse ou le développement du fœtus. Le défi est de taille puisqu'il s'agit de trouver un équilibre entre les conditions de travail, les modifications physiologiques entraînées par la grossesse et les précautions à prendre pour éviter les risques prénatals, sans que cela compromette la place — toujours précaire — des femmes sur le marché du travail.

Au problème de la prévention des risques pour l'issue de grossesse, le gouvernement du Québec a proposé une solution très avant-gardiste: le retrait préventif de la travailleuse enceinte

* Cet article s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche mené au sein du groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention, sous la direction de Marc Renaud. La recherche a été rendue possible grâce à des subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leurs conseils éclairés aux diverses étapes de la recherche: de la CSST, Diane Beauregard, Diane Demers, Ginette Morin, Hélène Tardif et Robert Cousineau; du ministère de la Santé et des Services sociaux, Jocelyne Charest; des départements de santé communautaire associés du projet, Michèle Alcindor (médecin-conseil, Maisonneuve-Rosemont), Michèle Tremblay (médecin-conseil, St-Luc), Pierre Chalut (médecin-conseil, Charles-Lemoyne), Réjean Harvey, (coordonnateur santé au travail, Charles Lemoyne) et Alain Neveu (médecin-conseil, Sacré-Cœur).

1. Ces données proviennent de deux sources: a) *le Marché du travail au Québec, situation et problèmes actuels*, ministère de la Main-d'œuvre et de la Sécurité du revenu, direction de la recherche, janvier 1986; b) Suzanne Messier, *les Femmes, ça compte*, Conseil du statut de la femme, 1984.

ou qui allaite. Une des dispositions de la loi sur la santé et la sécurité au travail adoptée en 1979 prévoit en effet le droit pour la travailleuse enceinte ou qui allaite d'être affectée à d'autres tâches ou, à défaut, de cesser de travailler dans le cas où son poste de travail présente un danger pour sa santé ou celle de l'enfant qu'elle porte ou qu'elle allaite².

Cette mesure a suscité un intérêt considérable dans la population. On a assisté depuis son entrée en vigueur à une croissance rapide et continue de la demande pour ce programme. De 1981 à 1982, le nombre des utilisatrices triple, passant de 1241 à 3913³; le rapport annuel de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) pour 1982 en parle comme d'un des programmes de réparation qui s'est développé le plus rapidement. Après avoir connu une certaine stabilisation entre 1982 et 1983, la demande a presque doublé entre 1983 et 1984 (de 4 121 à 7 329 nouveaux cas); la croissance s'est poursuivie en 1985 et selon toute vraisemblance aussi en 1986⁴. Près de onze mille femmes se sont prévaluées de leur droit au retrait préventif en 1985, ce qui représente entre 20 % et 23 % des travailleuses enceintes au Québec.⁵

Fait à signaler: les demandes acheminées vers la CSST au cours de cette période ont beaucoup plus souvent conduit à un arrêt de travail qu'à une réaffectation. En effet, seulement 14 % des travailleuses qui se sont prévaluées de leur droit au retrait préventif en 1984 et 1985 ont été affectées à d'autres tâches ou ont vu leur poste de travail modifié⁶. Par ailleurs, jusqu'en 1984, la proportion des refus d'indemnisation n'avait pas dépassé 10 %⁷.

Cette évolution inattendue vers l'arrêt de travail précoce durant la grossesse n'a pas manqué de susciter les interrogations et de provoquer les débats dans les milieux impliqués. La division autour de cette question porte tout autant sur la définition de ce qui constitue un risque pour la travailleuse enceinte et son fœtus que sur le partage des responsabilités en matière de gestion de ces risques. Et on peut se demander si, en définitive, le nœud du conflit ne se trouve pas dans des conceptions différentes du rôle social des femmes et de leur place dans la sphère de la production.

La résistance du milieu patronal s'est articulée autour des enjeux économiques de la question, plus particulièrement autour de l'augmentation des coûts induits par la popularité de la mesure⁸. Percevant le droit au retrait préventif davantage comme une mesure sociale — prolongement du congé de maternité — que comme un droit relatif aux conditions de travail, il a toujours refusé d'en défrayer seul les coûts. Devant l'importance du déficit encouru par la CSST en 1985 et la perspective d'une hausse de 22 % des cotisations versées par les employeurs à cet organisme, le milieu patronal intensifie actuellement les pressions sur le gouvernement afin d'obtenir que les coûts du retrait préventif soient imputés à d'autres budgets et que les travailleuses enceintes soient exclues de l'application de la loi sur la santé et la sécurité au travail⁹.

La tolérance du patronat à l'égard de l'important accroissement des coûts associés à la mesure est d'autant plus faible et le droit au retrait préventif d'autant plus menacé, qu'il est difficile d'en

2. Pour se prévaloir de son droit, la travailleuse doit obtenir un certificat médical indiquant les raisons de la demande et attestant de son état de santé et de la nature des risques encourus au poste de travail. Munie de ce certificat, la travailleuse doit ensuite demander à son employeur d'être affectée à un autre poste de travail ne comportant pas de danger et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir. Si l'employeur refuse de la réaffecter ou est dans l'impossibilité de le faire, elle peut alors cesser de travailler. L'employeur doit alors transmettre à la CSST une demande de prestations; en cas d'acceptation, la travailleuse bénéficiera d'indemnités équivalant à 90 % de son salaire net jusqu'à la date de son accouchement et ce, sans perte d'avantages.

3. Compilations spéciales réalisées au GRASP à partir des fichiers de la CSST.

4. Selon des sources bien informées, 12,997 demandes auraient été acheminées à la CSST en 1986.

5. Selon deux estimations du nombre de travailleuses enceintes au Québec. La première, qui surestime l'importance de cette population, est tirée de données du recensement de 1981 établissant le nombre des travailleuses qui avaient un enfant de moins d'un an au moment du recensement. Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée, voir Louise Deguire, *Étude descriptive des certificats de retrait préventif de la travailleuse enceinte, 1981-1982*, IRSST, septembre 1984. La deuxième estimation qui, elle, tend à sous-estimer l'importance de la population des travailleuses enceintes, est tirée des données de la Commission de l'assurance-chômage établissant le nombre de bénéficiaires de prestations de maternité en 1984.

6. Cette donnée provient d'une enquête menée par le GRASP auprès d'un échantillon représentatif des Québécoises qui se sont prévaluées de leur droit au retrait préventif en 1984 et 1985, le fichier de la CSST ne comportant pas d'informations spécifiques sur la pratique de la réaffectation. On ne tient évidemment pas compte ici des cas où les travailleuses enceintes sont réaffectées sans qu'une demande de retrait préventif soit acheminée vers la CSST.

7. Elle se situait autour de 13 % en 1985.

8. Rappelons que les prestations versées par la CSST dans le cadre de ce programme sont puisées à même un fonds spécial auquel tous les employeurs du Québec contribuent.

9. Voir à ce sujet les articles de Maurice Girard, «Le CPQ repart en guerre contre la CSST», *le Devoir*, 8 août 1986; «Le CPQ propose un virage radical», *le Devoir*, 9 octobre 1986. Pour une synthèse des propositions du CPQ relatives à une révision des lois 17 et 42, voir: Conseil du patronat du Québec, *Bulletin d'information*, novembre 1986, p. 5 à 8.

évaluer les avantages: il existe actuellement peu de données nous permettant de déterminer jusqu'à quel point un tel investissement est compensé par une issue de grossesse plus favorable et en conséquence par une diminution des coûts de la prise en charge médico-sociale des enfants nés avant terme ou des enfants atteints de malformation congénitale par exemple.

Du côté syndical (comités de condition féminine de la CSN et de la CEQ et Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers du Québec, entre autres), et au sein des groupes préoccupés par la condition féminine, le droit au retrait préventif est perçu comme un progrès social important parce qu'il est la première manifestation d'une volonté politique de considérer la maternité comme responsabilité collective et de reconnaître l'existence de conditions de travail susceptibles de présenter des risques pour l'issue de grossesse. Si, soutiennent certaines des porte-parole de ces groupes, les conditions de travail des femmes sont bien telles que le décrivent les travailleuses qui ont eu recours à la mesure, celle-ci a, *faute d'une loi cadre plus globale*, effectivement sa place au sein d'une loi de santé-sécurité au travail et ne peut être considérée uniquement comme un congé de maternité prolongé, privilège accordé à certaines travailleuses¹⁰.

Au-delà du caractère franchement progressiste de la mesure, celles-ci voient cependant se profiler des implications dangereuses pour l'emploi des femmes. Le danger vient de ce que la législation a opéré dans le sens d'un retrait du monde du travail plutôt que de conduire à une élimination des risques à la source. Dans un contexte où la place des femmes sur le marché du travail reste toujours vulnérable par rapport à celle des hommes¹¹, une telle solution pourrait servir de justification au développement de nouvelles formes de discrimination à l'embauche pour les femmes, surtout en période de crise économique.

Cette menace se concrétise depuis quelques années aux États-Unis et au Canada anglais où plusieurs entreprises tendent à exclure les femmes en âge de procréer de certains postes au nom de la santé du fœtus et pour éviter les risques de poursuites judiciaires¹². Fait à signaler: cette solution a été appliquée aux femmes uniquement alors qu'il est prouvé aujourd'hui que l'exposition à certains agents chimiques peut avoir des effets importants sur la fonction reproductrice des hommes. On a également observé que la mesure a surtout touché les secteurs industriels où il y a quantité de travailleurs masculins pour prendre les postes vacants (la pétrochimie, par exemple), plus rarement les secteurs à fort taux de féminité où l'exposition à des agents tératogènes est dans certains cas (l'industrie du cuir et du vêtement, par exemple, ou le secteur de la santé) aussi

10. L'essentiel de la critique développée au sein de ces groupes sur la question du retrait préventif s'est exprimée par le biais de communiqués de presse, d'interventions dans les médias et autres colloques ainsi que de présentations en Commission parlementaire. Voir en particulier: «Les infirmières à la défense du «retrait préventif» des femmes enceintes», *La Presse*, 23 novembre 1983; Fédération québécoise des infirmières et infirmiers, Comité de santé-sécurité, «Résumé des décisions SST de la FQII, 1986; Journal FQII, «Présentation d'un mémoire sur le retrait préventif», Commission parlementaire sur le fonctionnement et l'administration de la Commission de la santé et de la sécurité au travail, hiver 1984, p. 4-5; Thérèse Mailloux (responsable du Service Actions-Femmes, CSF), «Retrait préventif», in M. Brossard (édit.), *Normes du travail: impact sur la gestion des ressources et sur les rapports collectifs de travail*, Actes du XV^e Colloque de relations industrielles, 1984, p. 240-244; A. St-Georges (FQII), «Retrait préventif», dans Brossard, *op. cit.*, p. 245-255; Jacinthe Bhérier, Lise Goulet, Karen Messing, Maria de Koninck, Lise Lebrun, *Réflexion sur le retrait préventif*, ronéotype, décembre 1982; Paule Bélanger, *Le Retrait préventif: une arme à deux tranchants*; *la Vie en rose*, septembre-octobre 1983, p. 13; Maria de Koninck, «Droit de refus et retrait préventif: succès ou échec», dans (sous la direction de R. Blouin, R. Boulard, J.-P. Deschênes, M. Perusse), *Régimes de santé et sécurité et relations de travail*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1984, p. 159-164.

11. La participation accrue des femmes au marché du travail ne s'est en effet pas accompagnée de modifications dans leurs conditions de travail. L'accroissement du taux d'activité des femmes est en partie tributaire de l'augmentation du nombre des emplois à temps partiel dans ce groupe, emplois dont l'instabilité et les mauvaises conditions sont bien connues: en 1983, 22,7 % de la main-d'œuvre féminine travaillait à temps partiel, comparativement à 13,6 % en 1975. Même si elles sont plus représentées dans les postes de direction et les professions libérales (28,4 %), la grande majorité des femmes est encore concentrée dans trois types d'occupations mal rémunérées et offrant peu de débouchés professionnels — le travail de bureau, la vente et les services — (58,8 % comparativement à 30 % des hommes). Par ailleurs, près de la moitié des femmes qui travaillent en usine sont concentrées dans trois industries (vêtement, bonneterie et cuir) où les salaires et la productivité sont bien inférieurs à ceux de l'ensemble de l'industrie manufacturière. Mentionnons enfin que le taux de chômage féminin est généralement supérieur à celui des hommes (13,3 vs 12,5 en 1984). Sources: *le Marché du travail au Québec: situation et problèmes actuels*, *op. cit.*; *la Situation économique des Québécoises*, Secrétariat à la condition féminine, gouvernement du Québec, 1985; H. David, *Femmes et emploi. Le défi de l'égalité*, Montréal, Presses de l'Université du Québec et Institut de recherche appliquée sur le travail, 1986.

12. L'argument invoqué est le suivant: dans la mesure où le développement du fœtus peut être affecté dans les semaines qui suivent immédiatement la conception, avant, bien souvent, qu'une femme sache qu'elle est enceinte, toute femme non stérile doit être considérée comme potentiellement enceinte. Il est à noter que plusieurs employées de ces compagnies se sont fait stériliser pour garder leur emploi.

importante. Il y a donc tout lieu de se demander si l'exclusion des femmes de ces postes n'a pas été motivée davantage par les besoins du marché du travail que par un véritable souci de protéger le fœtus¹³.

C'est sur cette toile de fond que se situe la recherche que nous menons depuis un an au sein du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP), en collaboration avec quatre Départements de santé communautaire (D.S.C.) de la région de Montréal¹⁴. La croissance continue de la demande pour un arrêt de travail précoce pendant la grossesse nous a paru constituer un phénomène sociologique suffisamment important pour le soumettre à l'analyse. Aussi, nous sommes-nous donnés pour objectif de saisir la dynamique sociale autour de l'exercice du droit au retrait préventif en regard de la situation générale des femmes enceintes en milieu de travail. Plus particulièrement, nous cherchons à identifier les facteurs sociaux, culturels et économiques qui sont à l'origine de la popularité de la mesure. Est-elle l'indice de conditions de travail réellement problématiques pour la santé de la femme enceinte ou de son fœtus, d'un véritable souci de prévention, d'une volonté de se réapproprier du temps afin de se reposer ou de vivre plus pleinement sa grossesse, ou encore d'une valorisation de la maternité telle qu'elle implique certaines formes de résistance au travail.

Les réponses à ces questions, nous les avons cherchées auprès des principales intéressées, les travailleuses enceintes, par le biais de deux enquêtes différentes au plan méthodologique, mais complémentaires au plan du contenu. Ont été conduites en parallèle: 1) une enquête par questionnaire auto-administré auprès, d'une part, d'un échantillon représentatif des Québécoises ayant demandé un retrait préventif en 1984 et 1985¹⁵, et d'autre part, d'un groupe-contrôle formé de trois cent quarante travailleuses qui ont accouché en juin et juillet 1986 dans sept hôpitaux de la région de Montréal¹⁶; 2) une enquête par entretien semi-directif auprès d'un échantillon de 75 travailleuses¹⁷ ayant bénéficié d'un retrait préventif dans quatre secteurs d'activité (services médicaux et sociaux, industrie du vêtement, restauration, commerce de détail) sur le territoire des D.S.C. associés à notre projet¹⁸. L'objectif visé ici est de procéder à un recoupement de ces données avec les résultats du sondage postal. La méthode assure en effet une finesse d'observation qui permet entre autres de mieux retracer le cheminement qui conduit une femme à la décision de demander un retrait préventif.

Sur la base des premiers résultats de ces enquêtes, nous proposons dans le cadre de cet article: 1. un portrait de la clientèle du retrait préventif; 2. quelques axes de réflexion sur le type d'explication à apporter à la popularité de la mesure. Mais d'abord, nous examinons les conditions dans lesquelles est née et a évolué la mesure, car sans doute la popularité de la mesure en est-elle en partie tributaire.

13. Sur cette question de la discrimination au nom de la protection, voir Ronald Bayer, *Reproductive hazards in the workplace: Bearing the burden of fetal risk*, *Millbank memorial fund quarterly*, vol. 60, n° 4, 1982; Karen Messing, *Est-ce qu'on protège la travailleuse enceinte du Québec*, *l'Union médicale*, t. III, n° 2, février 1982; Nancy Miller Chénier, *Fécondité humaine et milieu de travail, à vos risques et périls*, Ottawa, conseil consultatif canadien de la situation de la femme, décembre 1982.

14. Il s'agit des Ch-DSC Charles-Lemoyne, Maisonneuve-Rosemont, Sacré-Cœur et Saint-Luc.

15. Le questionnaire a été expédié par la poste à un échantillon de quelque 3 000 requérantes, stratifié selon l'issue de la démarche (acceptation vs autre issue) et le type de risque officiellement invoqué pour justifier la demande. Après un rappel postal, 1 778 questionnaires complétés nous ont été retournés, pour un taux de réponse de 62,8 %.

16. Le même questionnaire a été remis en main propre, à l'hôpital même, le lendemain de l'accouchement, à toutes les parturientes qui avaient travaillé au début de leur grossesse et qui n'avaient pas acheminé de demande de retrait préventif au moment d'accoucher.

17. La délimitation de la taille de l'échantillon dans une enquête de ce genre repose sur la constatation d'une saturation de l'information par répétitivité, ce processus par lequel, passé un certain nombre d'entretiens, le chercheur a le sentiment de ne plus voir apparaître d'informations nouvelles sur un sujet donné. La sélection des travailleuses s'est faite sur la base de la taille des établissements et de la présence ou non d'un syndicat. Nous avons également cherché à diversifier nos informatrices selon la nature de leurs postes de travail. Évidemment, la méthodologie retenue ne permet pas les généralisations statistiques: nous sommes ici dans une situation d'enquête exploratoire ouverte.

18. Cette enquête a fait l'objet de quatre rapports de recherche réalisés par des agentes de recherche à l'emploi de ces DSC: Madeleine Ferron, *Étude exploratoire sur l'exercice du droit au retrait préventif par la travailleuse enceinte dans le secteur de la restauration*, DSC Saint-Luc, août 1986; Christine Fortier, *Devenir mère, «par-dessus le marché»: étude exploratoire sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte dans le secteur des marchés d'alimentation*, DSC Charles-Lemoyne, mai 1986; Sylvie Legault, *Rapport de recherche sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte dans l'industrie manufacturière du cuir et du vêtement*, DSC Sacré-Cœur, août 1986; Anne Quénart, *Rapport de recherche sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte dans le secteur des hôpitaux et des services sociaux*, DSC Maisonneuve-Rosemont, mai 1986.

1. NAISSANCE ET ÉVOLUTION D'UNE NOUVELLE MESURE

Parallèlement à l'accroissement de la participation des femmes au marché du travail, on assiste à un déclin rapide de la fécondité au Québec. Dans la mesure où les femmes ont désormais un contrôle sur leur fertilité, elles se situent dans un rapport bien différent à la maternité : elles ont, au cours des années, acquis la possibilité de choisir d'avoir ou pas des enfants. Et il semble qu'elles aient choisi d'en avoir beaucoup moins. L'indice de fécondité est en effet passé de 3,86 en 1960 à 1,68 en 1980 et il est actuellement de 1,43, le plus bas après l'Allemagne de l'Ouest et le Danemark¹⁹. Il est, en tout cas, largement au-dessous de ce qui est nécessaire pour assurer le renouvellement et l'accroissement de la population.

L'enfant est rare dans nos sociétés. Il représente une valeur telle que s'est peu à peu imposée la nécessité de le « produire » le plus soigneusement possible. Aussi la maternité est-elle devenue cet enjeu au point de jonction des intérêts étatiques et médicaux et des attentes de la population.

C'est dans ce contexte que des mesures sociales relatives à la maternité sont devenues nécessaires. Paradoxalement, de telles mesures sont des acquis très récents au Québec. Cette province a été la dernière au Canada à se doter d'une législation en matière de congé de maternité : ce n'est qu'en novembre 1978 qu'est entrée en vigueur l'ordonnance 17 de la loi des normes minimales du travail prévoyant la possibilité de prendre un congé de maternité de dix-huit semaines sans risque de perdre son emploi ou les privilèges qui y sont rattachés²⁰.

L'inclusion d'une mesure relative à la protection de la maternité au travail au sein de la Loi sur la santé et la sécurité au travail a été tout à la fois le résultat de pressions exercées par le mouvement syndical, le Conseil du statut de la femme et certains organismes voués à la défense des droits des travailleurs(euses) et d'un contexte politique favorable. Le principe du retrait préventif était au nombre des recommandations inscrites dans le projet de politique de maternité que ces groupes revendiquaient depuis quelques années. Son adoption allait bénéficier de l'arrivée au pouvoir du Parti québécois, porteur d'un nouveau projet social et pressé par sa base militante de revoir lois et pratiques relatives aux conditions de travail des femmes.

La formule retenue reprend dans ses grandes lignes une des dispositions de la convention collective qu'a négociée le Front commun au nom des travailleurs(euses) du secteur public et parapublic en 1979.

L'opérationnalisation de la mesure devait toutefois comporter de nombreux problèmes. Au cours des années, elle a connu un bon nombre de réajustements dans son application et dans son interprétation. Sans doute ces fluctuations ont-elles eu des effets sur les caractéristiques de la demande.

Une première difficulté, la plus importante, tient à l'absence de critères scientifiques susceptibles de servir de base à l'évaluation des demandes. L'application de cette mesure ne pouvait *au moment de son adoption* s'appuyer que sur un champ de connaissances très restreint à propos de la santé des femmes au travail. On connaissait très mal les risques reliés à l'organisation du travail des femmes : rapidité des cadences, postures contraignantes, morcellement et répétitivité des tâches. En particulier, il est apparu qu'on ne savait à peu près rien de l'effet de ces conditions de travail sur le déroulement de la grossesse²¹ ou sur la santé du fœtus et qu'il n'y avait pas non plus de normes reconnues en santé au travail quant à la sécurité fœto-maternelle sauf dans les cas d'exposition aux gaz anesthésiques, au plomb, aux radiations ionisantes, au mercure et aux solvants.

19. S. Mercier, *op. cit.*, p. 128; *le Québec statistique Edition. 1985-1986*, Les Publications du Québec, 1985, p. 95.

20. Les travailleuses québécoises pouvaient depuis 1971 se prévaloir des dispositions de la loi sur l'assurance-chômage les assurant de prestations de maternité, mais ne disposaient d'aucune protection légale contre d'éventuelles mesures discriminatoires à cause de leur grossesse.

21. Il faut cependant souligner que les difficultés d'application du droit au retrait préventif ont contribué à stimuler la recherche sur ces questions au cours des dernières années. Voir entre autres, les premiers résultats de la recherche de l'équipe McDonald de l'Institut de recherche en santé et sécurité au travail du Québec (IRSST) établissant un lien entre certaines conditions de travail et les risques d'avortements spontanés (Alison D. McDonald *et al.*, « Spontaneous Abortion and Occupations », *Journal of Occupational Medicine*, vol. 28, n° 12, décembre 1986, p. 1232-1238. Des études récentes réalisées par des chercheurs français tendent également à indiquer que des taux plus élevés de prématurité peuvent être associés à certains facteurs de fatigue professionnelle, notamment le port de charges lourdes et les longues stations debout. Voir à ce sujet : N. Mamelle, B. Laumon, P. Lazar, « Prematurity and Occupational Activity during Pregnancy », *American Journal of Epidemiology*, 3, 1984, 309 à 322; M. J. Saurel-Cubizolles; M., Kaminski, C. Rumeau-Rouquette, « Activité professionnelle des femmes enceintes, surveillance prénatale et issue de grossesse », *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 11, 1982, 959-967.

Trois ans après l'entrée en vigueur de la mesure, la CSST se disait toujours très dépendante de la recherche pour appliquer le droit au retrait préventif²². C'est dire jusqu'à quel point les premières années d'application de la mesure ont pu être marquées par l'arbitraire: en cas de doute sur les dangers d'un milieu de travail pour la travailleuse enceinte, la consigne de la CSST était à l'effet d'accorder le retrait préventif²³. On évitait ainsi que les travailleuses aient à porter le fardeau des lacunes de la recherche. Un certificat médical suffisait souvent à obtenir un retrait préventif sans que le motif invoqué pour s'en prévaloir soit forcément lié aux conditions de travail.

Cette interprétation des articles de la Loi 17 touchant le retrait préventif n'est pas sans rapport avec l'importante augmentation des bénéficiaires observée entre 1981 et 1982. Devant l'éventualité d'une augmentation importante des coûts et par suite de pressions exercées par le milieu patronal, la CSST revient cependant, à la fin de l'année 1982, à une interprétation plus restrictive de la loi. Ses nouvelles directives comportent l'obligation pour l'employeur d'essayer de réaffecter la travailleuse et l'obligation pour elle de le demander. Mais surtout, elles précisent que désormais les conditions médicales personnelles d'une travailleuse ne peuvent donner droit à un retrait préventif que si elles sont causées ou risquent d'être aggravées par ses conditions de travail.

L'interprétation de l'interaction entre conditions médicales personnelles et conditions de travail introduisait un ordre de difficultés supplémentaires dans l'application de la mesure. Cette question allait faire l'objet de nombreux litiges devant la CSST au cours des années. La jurisprudence a, depuis, statué sur la question: il est désormais acquis que la requérante qui connaît des problèmes de santé ou des complications dans le déroulement de sa grossesse doit pour se prévaloir de son droit prouver que ceux-ci ne l'empêchent pas d'effectuer *tout* travail, donc que le danger provient ultimement de ses conditions de travail²⁴.

Par ailleurs, très peu de demandes de retrait préventif ont conduit à une réaffectation comme on l'a vu plus haut. Soit parce qu'elles étaient mal informées sur le contenu de la mesure, soit parce qu'elles avaient sous les yeux des femmes qui avaient cessé de travailler suite à leur démarche, les utilisatrices en sont peu à peu venues à interpréter la loi comme une mesure de retrait du milieu de travail plutôt que de retrait d'un poste de travail²⁵. Cela est manifeste dans le discours que tiennent sur leur expérience celles qui ont été réaffectées:

Le médecin m'a dit qu'on m'avait accordé mon retrait préventif. Alors je suis restée chez nous. Mais l'hôpital m'a appelée pour me dire que j'étais réaffectée. Jamais je n'avais entendu parler de cela [...]. Finalement, ça n'a pas marché, je n'ai pas eu mon retrait²⁶.

Si la plupart des demandes acheminées à la CSST donnent lieu à un arrêt de travail, on a cependant assisté au cours des années à un resserrement des pratiques relatives au versement des indemnités. C'est ainsi que les requérantes bénéficient de plus en plus tardivement des dispositions du retrait préventif: la proportion de celles qui commencent à recevoir des indemnités au cours du premier trimestre est en effet passée de 30,1 % en 1981 à 24,1 % en 1984²⁷. Le nombre moyen de jours indemnisés a par conséquent lui aussi diminué de façon importante passant de 99,8 en 1981 à 72,9 en 1984²⁸, ce qui s'est traduit par une diminution de l'indemnité moyenne par bénéficiaire (de 3 657 \$ en 1981 à 3 050 \$ en 1984)²⁹.

Née dans la confusion, la mesure s'est ainsi façonnée au fil des ans. La forme qu'elle a prise est le résultat d'un rapport de forces: y furent impliqués avec des motivations et une idéologie parfois différentes, a) les groupes préoccupés de condition féminine, les syndicats et le patronat, par le biais de la surveillance critique exercée sur son application b) les médecins et les fonctionnaires de la CSST qui avaient la responsabilité administrative de son application c) les chercheurs scientifiques appelés à lui trouver une légitimité d) les juristes, appelés à statuer sur les aspects les plus litigieux

22. *La Presse*, vendredi, 2 décembre 1983, Cahier B, P. 1.

23. *Ibid.*

24. Voir à ce sujet: G. Trudeau et J. P. Villagi, «Le retrait préventif de la femme enceinte en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité au travail: où en sommes-nous?», *Revue du Barreau*, t. 46, n° 3, mai-juin 1986, p. 477-490.

25. Le terme utilisé pour désigner la mesure: «retrait préventif» n'est pas étranger à la confusion qui règne dans l'esprit des travailleuses au sujet de l'interprétation à lui donner. Le terme anglais de *protective reassignment* est beaucoup plus signifiant à cet égard.

26. Quéniart, *op. cit.*, p. 156.

27. Source: CSST, *Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite*, Statistiques 1981-1984, Tableau de la p. 15.

28. CSST, *op. cit.*, p. 16.

29. CSST, *op. cit.*, p. 18.

de sa réglementation et finalement e) les travailleuses elles-mêmes, par leur empressement à s'en prévaloir.

Alors que se précisait la réglementation sur l'application du droit au retrait préventif, la popularité de la mesure ne s'est pas démentie. La croissance des premières années est sans doute attribuable aux hésitations et à l'inexpérience de l'appareil bureaucratique ainsi qu'au processus normal de diffusion de l'information sur une nouvelle mesure. On s'explique plus difficilement l'augmentation de plus de 3 600 requérantes entre 1984 et 1985 alors que la pratique administrative relative à la mesure aurait dû avoir atteint une certaine maturité³⁰.

Mais qui sont donc ces travailleuses si nombreuses à souhaiter se prévaloir de la mesure? C'est ce que nous tentons de voir dans la section suivante.

2. UN PORTRAIT DES UTILISATRICES

2.1 LA CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

Une première constatation se dégage de l'analyse des fichiers de la CSST: la popularité du «retrait préventif» est fort variable selon le type d'occupation (Tableau 1). Compte tenu du nombre de femmes enceintes³¹ dans chaque catégorie socio-professionnelle, ce sont les ouvrières de l'industrie de la transformation qui ont été de loin les plus enclines (avec un taux de recours de 88,3 %) à demander un retrait préventif en 1985. Elles sont suivies par les employées des services (69,5 %) et les travailleuses de la santé (56,0 %) puis au quatrième rang, par les travailleuses spécialisées dans la vente (49,5 %). C'est en revanche parmi le personnel administratif, chez les professionnelles

TABLEAU 1
Répartition des bénéficiaires de prestations de maternité
et des demandes de retrait préventif selon la catégorie professionnelle
(1982, 1985)

Catégorie professionnelle	1982			1985		
	Nombre de bénéficiaires de prestations de maternité ^a (A)	Nombre des demandes de retrait préventif ^b (B)	Rapport ^c % (B/A)	Nombre de bénéficiaires de prestations de maternité ^a (A)	Nombre des demandes de retrait préventif ^b (B)	Rapport ^c % (B/A)
Administratrices	820	24	2,9	900	35	3,9
Personnel enseignant	2 360	225	9,5	2 070	556	26,9
Travailleuses de la santé	4 630	857	18,5	4 550	2 547	56,0
Autres professionnelles	1 400	35	2,5	1 590	87	5,5
Employées de bureau	14 910	834	5,6	14 840	1 761	11,9
Travailleuses dans la vente	1 310	173	13,2	1 300	644	49,5
Employées des services (privés et aux entreprises)	2 260	642	28,4	2 450	1 702	69,5
Travailleuses des industries de la transformation	350	192	54,9	420	371	88,3
Travailleuses spécialisées dans la fabrication	2 230	256	11,5	2 440	903	37,0
Manutentionnaires et conductrices de machines	2 150	246	11,4	2 360	770	32,6

^a SOURCE: Données de la Commission de l'assurance-chômage.

^b SOURCE: Compilations spéciales réalisées par le GRASP à partir des fichiers de la CSST.

^c Ce rapport est le quotient du nombre de demandes de retrait préventif d'une catégorie socio-professionnelle donnée par le nombre de bénéficiaires de prestations de maternité de la même catégorie ($R = B/A \times 100$).

30. On ne peut en tout cas pas en imputer la cause à une augmentation du nombre de travailleuses enceintes au Québec. Les statistiques disponibles sur les bénéficiaires de prestations de maternité indiquent en effet que le nombre de travailleuses enceintes n'a augmenté que de 5,2 % entre 1982 et 1984 alors que le nombre de demandes de retrait préventif s'accroissait de 87,3 %.

œuvrant à l'extérieur des secteurs de l'enseignement et de la santé, ainsi que chez les employées de bureau que la demande est la plus faible (avec des taux de recours respectifs de 3,9 %, de 5,5 % et de 11,9 %).

On notera par ailleurs au tableau 1 que les catégories socio-économiques qui ont le plus profité de la croissance de la demande depuis 1982 sont, par ordre d'importance, les travailleuses spécialisées dans la vente (de 13,2 % à 49,5 % d'entre elles), les ouvrières de la fabrication (de 11,5 % à 37 %) et les travailleuses de la santé (de 18,5 % à 56 %)³².

2.2 L'APPARTENANCE À UN SYNDICAT

Si l'on s'en tient aux données de notre sondage, 52 % des femmes qui se sont prévaluées de leur droit au retrait préventif en 1984 et 1985 étaient syndiquées, ce qui est considérable compte tenu du fait que le taux de syndicalisation des femmes en emploi se situe autour de 30 %³³. Il existe une surreprésentation de syndiquées dans tous les secteurs d'activité qui génèrent une demande de retrait préventif, mais elle est particulièrement marquée dans le secteur du commerce: 40,5 % des répondantes issues de ce secteur sont syndiquées alors que le taux de syndicalisation des femmes en emploi dans ce secteur n'est que de 8,5 %.

Ces données font ressortir l'impact de l'appartenance à un syndicat sur la demande. Reste à savoir comment s'exerce cette influence: est-ce par le biais de la transmission de l'information sur la mesure, de la sensibilisation à la problématique des risques au travail ou du soutien dans la démarche? Nous ne pourrions le dire avec certitude qu'au terme d'une analyse plus poussée de nos données.

2.3 L'ÂGE

L'importance de la demande pour le retrait préventif ne varie pas de façon très significative avec l'âge comme l'indique le tableau 2. On observera simplement que la popularité de la mesure

TABLEAU 2
Répartition de la population des travailleuses enceintes
et des demandes de retrait préventif selon l'âge
(1982, 1985)

Âge	1982			1985		
	Nombre des travailleuses ^a enceintes (A)	Nombre des demandes ^b de retrait préventif (B)	Rapport ^c % (B/A)	Nombre des travailleuses ^a enceintes (A)	Nombre des demandes ^b de retrait préventif (B)	Rapport ^c % (B/A)
15-19 ans	975	58	5,9	975	146	15,0
20-24 ans	14 390	1 098	7,6	14 390	3 044	21,2
25-29 ans	24 135	1 454	6,0	24 135	5 320	22,0
30-34 ans	11 640	560	4,8	11 640	1 995	17,1
35-39 ans	2 760	132	4,8	2 760	434	15,7
40-44 ans	395	15	3,8	395	46	11,6

^a Estimé à partir des données du Recensement sur l'ensemble des travailleuses qui avaient un enfant de moins d'un an en juin 1981.

^b SOURCE: Compilations spéciales réalisées par le GRASP à partir des fichiers de la CSST.

^c Ce rapport est le quotient du nombre de demandes de retrait préventif d'une catégorie socio-professionnelle donnée par le nombre de travailleuses enceintes de la même catégorie ($R = B/A \times 100$).

31. Mesuré ici par le nombre de bénéficiaires de prestations de maternité de l'assurance-chômage en 1984.

32. Ces chiffres sont tirés du fichier informatisé de la CSST.

33. Il s'agit du taux moyen de syndicalisation pour les femmes en emploi en 1976. Mercier, *op. cit.*, p. 57. Il est à noter qu'une étude réalisée au Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu à Saint-Jean à partir des dossiers de demandes de retrait préventif, montre que, parmi les 228 travailleuses qui se sont prévaluées de leur droit sur ce territoire, en 1983, 60 % étaient syndiquées. Voir à ce sujet: Pierrette Tétreault, «Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte: à la portée de toutes», *Travail et Santé*, vol. 2, n° 4, p. 3-6.

atteint son seuil le plus élevé dans la cohorte des 25-29 ans (22 %) pour diminuer graduellement après trente ans.

Plus que l'âge, c'est sans doute le fait de vivre ou non une première grossesse qui a une incidence sur la décision de se prévaloir du retrait préventif. Nos données révèlent à cet égard l'existence d'une surreprésentation très nette de primipares parmi les requérantes, comparativement à l'ensemble des femmes qui ont accouché au Québec au cours des mois de juin et de juillet 1985 (54,8 % comparativement à 42,3 %³⁴).

2.4 LE FACTEUR DE RISQUE OFFICIELLEMENT IDENTIFIÉ AU POSTE DE TRAVAIL

Au premier rang des facteurs de risque identifiés au poste de travail figurent les irritants de nature ergonomique: ils sont invoqués dans 76,3 % des certificats en 1985 (Tableau 3)³⁵. Viennent ensuite la présence de produits chimiques dans l'environnement de travail (dans 8,7 % des cas),

Tableau 3
Répartition des requérantes d'un retrait préventif
selon le risque déclaré au poste de travail^a

Risque déclaré	Année de la demande				
	1981	1982	1983	1984	1985
Agent chimique	13,5 %	9,3 %	11,5 %	9,8 %	8,7 %
Agent physique	13,4 %	10,6 %	7,3 %	6,8 %	5,7 %
Irritant ergonomique	62,1 %	69,3 %	71,0 %	74,1 %	76,3 %
Agent biologique	2,9 %	2,6 %	2,5 %	2,9 %	3,7 %
Agresseur contre la sécurité au travail	5,6 %	6,5 %	6,9 %	5,9 %	5,2 %
Agresseurs divers	2,5 %	1,7 %	0,8 %	0,5 %	0,4 %
	100 % (N: 749)	100 % (N: 3136)	100 % (N: 3387)	100 % (N: 5689)	100 % (N: 7607)

* SOURCE: Compilations spéciales réalisées au GRASP à partir du fichier statistique de la CSST.

Tableau 3A
Nombre de requérantes d'un retrait préventif selon le type de risque déclaré au poste
de travail (à l'exclusion des facteurs de risque ergonomiques)

Risque déclaré	Année de la demande				
	1981	1982	1983	1984	1985
Agent chimique	35,6 %	30,3 %	39,6 %	37,8 %	36,7 %
Agent physique	35,2 %	34,5 %	25,2 %	26,3 %	24,1 %
Agent biologique	7,7 %	8,5 %	8,6 %	11,2 %	15,6 %
Agresseurs contre la sécurité au travail	14,8 %	21,2 %	23,8 %	22,8 %	21,9 %
Agresseurs divers	6,7 %	5,5 %	2,8 %	1,9 %	1,7 %
	100 % (N: 284)	100 % (N: 963)	100 % (N: 982)	100 % (N: 1473)	100 % (N: 1803)

celle d'agents physiques — vibrations, radiations, températures trop hautes ou trop basses — (5,7 % des cas), celle d'agresseurs à la sécurité au travail (5,2 % des cas), puis, au dernier rang, celle d'agents infectieux (3,7 % des cas).

Fait à noter: la proportion des retraits demandés à cause de la charge physique et mentale du travail a augmenté d'année en année, passant de 62,1 % en 1981 à 76,3 % en 1985. Lorsqu'on élimine l'effet du poids des facteurs de risque ergonomiques sur le volume total de la demande pour une année donnée, on constate par ailleurs (Tableau 3A) que le poids des demandes fondées

34. *Évaluation de la satisfaction de la parturiente relativement à son expérience vécue dans le système de santé québécois*. Sondage réalisé pour le compte de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, Centre de sondage de l'Université de Montréal, septembre 1985, Responsable: Pierre Bouchard.

35. Compilations spéciales réalisées au GRASP à partir des fichiers de la CSST.

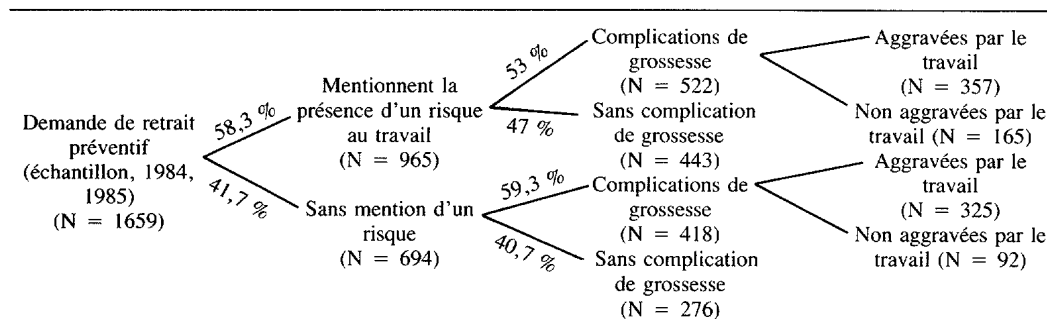
sur la présence de produits chimiques et d'agents physiques au poste de travail est demeuré relativement stable depuis 1983 alors qu'augmentait l'importance des demandes justifiées par la présence d'agents biologiques (de 8,6 % en 1983 à 15,6 % en 1985).

2.5 LES MOTIVATIONS EXPLICITES DES UTILISATRICES

Les résultats de notre sondage montrent que la décision de se prévaloir de son droit au retrait préventif procède en général d'un ensemble de motifs qui, à certains égards, peuvent être éloignés des raisons officielles invoquées³⁶. On observera au graphique 1 que, parmi l'ensemble des facteurs qui ont motivé leur demande, 58,3 % des requérantes mentionnent la présence d'un facteur de risque au poste de travail: sur ce nombre, un peu plus de la moitié (53 %) affirment en plus avoir connu des complications dans le déroulement de leur grossesse.

GRAPHIQUE 1

Arbre des motifs exprimés pour se prévaloir du droit au retrait préventif



Fait à souligner: 41,7 % des répondantes ne font aucune allusion à la présence d'un facteur de risque au poste de travail lorsqu'on leur demande de nous indiquer les raisons pour lesquelles elles ont demandé un retrait préventif. Parmi elles, 59,3 % étaient cependant aux prises avec des complications de grossesse susceptibles dans la plupart des cas d'être aggravées par leur travail.

Restent 22,1 %³⁷ des requérantes dont les motifs exprimés sont assez éloignés des critères sur lesquels repose l'acceptation d'une demande par la CSST puisqu'elles ne font référence ni à la présence de conditions de travail dangereuses pour leur santé ni à des problèmes de santé susceptibles d'être aggravés par leur travail. Elles invoquent en général soit le caractère contraignant de leur travail par suite de problèmes de santé mineurs, d'une fatigue prononcée ou de postes de travail inadaptés, soit les risques que présente le travail en soi pour le déroulement de la grossesse et la santé du fœtus.

3. DISCUSSION DU TYPE D'EXPLICATION POSSIBLE À LA POPULARITÉ DE LA MESURE: QUELQUES HYPOTHÈSES

Les raisons invoquées par les travailleuses pour se prévaloir de leur droit sont la manifestation de la façon dont opèrent certains déterminismes structurels au niveau individuel. Nous proposons ici quelques hypothèses sur la nature de ces déterminismes, hypothèses qui nous sont suggérées tant par les données de notre sondage postal que par les résultats de la recherche exploratoire que nous avons menée auprès de soixante-quinze bénéficiaires du retrait préventif.

36. Les motivations explicites des requérantes sont contenues dans les réponses à la question suivante laissée délibérément ouverte: «Pour quelles raisons avez-vous demandé un retrait préventif?» Il est à noter que ces travailleuses avaient par ailleurs toutes invoqué un facteur de risque au poste de travail dans le certificat qui appuyait leur demande.

37. Nombre de travailleuses qui n'ont invoqué ni risques au travail ni complications de grossesse (N = 276) + Nombre de travailleuses qui ont invoqué seulement des complications de grossesse ne pouvant être aggravées par leur travail (N = 92)

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.

3.1 DES CONDITIONS DE TRAVAIL DIFFICILEMENT COMPATIBLES AVEC LA GROSSESSE

Au-delà des facteurs de risque officiellement invoqués pour justifier une demande de retrait préventif, une analyse préliminaire des *données de notre sondage* relatives aux caractéristiques des postes de travail montre que les catégories socio-professionnelles qui ont les plus hauts taux de recours à la mesure sont aussi celles où la présence de conditions de travail réputées difficiles voire dangereuses pour la grossesse est le plus souvent relevée.

C'est ainsi que *les ouvrières dans l'industrie de la transformation* sont, avec les ouvrières spécialisées dans la fabrication, les plus susceptibles d'entrer en contact avec des produits chimiques (63,1 % d'entre elles, comparativement à 46,8 % de l'ensemble des utilisatrices) et de subir des vibrations causées par une machine (28,9 %, comparativement à 12,7 % de l'ensemble des utilisatrices) dans l'exécution de leur travail³⁸. Une très forte proportion d'entre elles (85,5 %, comparativement à 74,3 % de l'ensemble des utilisatrices) s'estime également soumise à des cadences très rapides et, indice d'insatisfaction au travail, seulement 18 % seraient portées à recommander leur emploi à une amie qui s'y montrerait intéressée.

Les employées des services sont, avec les vendeuses et les travailleuses de la santé, les plus nombreuses à fournir des efforts physiques importants dans l'exécution de leurs tâches³⁹ (82,4 %, comparativement à 75,4 % de l'ensemble des utilisatrices). À cette charge physique s'ajoute une charge mentale importante si on en juge par le fait que 89,6 % d'entre elles s'estiment soumises à des cadences très rapides et que 85,2 % (comparativement à 73,9 % de l'ensemble des utilisatrices) ont souvent l'impression d'être débordées de travail. Aussi n'est-il pas étonnant qu'elles soient également les plus insatisfaites de leur travail (49,6 % d'entre elles, comparativement à 17,2 % de l'ensemble des utilisatrices).

En plus de devoir fournir des efforts physiques importants dans l'exécution de leurs tâches, *les travailleuses de la santé* sont les plus exposées à des agents infectieux⁴⁰ (78,6 % d'entre elles, comparativement à 38,5 % de l'ensemble des utilisatrices), ainsi qu'à des risques d'agression dans leur environnement de travail (36,9 % d'entre elles, comparativement à 20,8 % de l'ensemble des utilisatrices). Elles sont par ailleurs avec les employées de bureau et les vendeuses, les plus nombreuses à avoir l'impression de travailler sous pression (70,1 % d'entre elles, comparativement à 65,6 % de l'ensemble des utilisatrices).

Ces données tendraient à indiquer que la demande est surtout venue des catégories socio-professionnelles qui en avaient le plus besoin, celles qui cumulent les conditions de travail les plus pénibles, que l'on sait par ailleurs associées à un taux plus élevé de fausses couches, de prématurité et de mortalité.

À cela s'ajoute le fait que les postes de travail sont le plus souvent mal adaptés aux changements physiologiques occasionnés par la grossesse (prise de poids, changements de posture, déséquilibre, fatigue, douleurs lombaires). Si l'on en croit les témoignages recueillis, un espace de travail trop exigü ou encombré, une température trop élevée, une mauvaise disposition du mobilier ou des équipements rendent le travail très contraignant à partir du sixième mois: «Ton ventre est trop gros. Il faut que tu travailles loin de la machine, ça tire dans le dos»⁴¹ (ouvrière du vêtement);

38. Certaines études tendent à démontrer l'existence d'un lien entre les vibrations produites par certaines machines (trépidations) et l'augmentation des risques d'avortement spontané et d'accouchement prématuré. Pour une bibliographie sur les facteurs physiques de risque pour les travailleuses enceintes, voir: *La Travailleuse enceinte — Document de référence à l'intention des professionnels de la santé*, Direction de l'hygiène du milieu, Direction générale de la protection de la Santé et du Bien-être social, p. 70. Voir également, L. Goulet, «La femme au travail», dans *Hygiène du travail*, Sainte-Foy, Les Éditions Le Griffon d'Argile Inc., 1985, p. 593-613.

39. Des études récentes tendent à indiquer que des taux plus élevés de prématurité et d'avortement spontané peuvent être associés à la charge physique et mentale du travail ainsi qu'à certains types de postures au travail. Voir note 21.

40. Les incidences des agents infectieux (virus de la rubéole, des oreillons, d'herpès ou d'hépatite) sur le fœtus sont maintenant bien documentées. Pour plus de détails et une bibliographie, voir: *la Travailleuse enceinte — Document de référence à l'intention des professionnels de la santé*, op. cit., p. 70 à 88; Miller Chenier, op. cit., p. 34-38; L. Goulet, op. cit., p. 608, 612, 613.

41. Legault, op. cit., p. 34.

«Je n'étais plus capable de me tenir debout à cause de mes varices. Plusieurs fois, j'ai demandé un tabouret à mon patron. Il me disait que c'était bien difficile de faire de la gradation assise»⁴² (ouvrière du vêtement).

Reste à savoir si, au-delà de leur caractère contraignant, les conditions de travail des utilisatrices sont vécues comme un facteur de risque pour leur santé ou celle de l'enfant à naître et si, en d'autres termes, leur démarche pour se prévaloir du retrait préventif est la traduction d'un véritable souci de prévention chez elles. C'est ce que nous allons voir maintenant.

3.2 UN RAPPORT À LA MATERNITÉ QUI SENSIBILISE À LA PRÉVENTION

La véritable signification de la popularité du droit au retrait préventif ne peut nous apparaître clairement que si on la replace dans le contexte plus général de la médicalisation de la grossesse, dont une des manifestations a été: a) la codification par le pouvoir médical — sur la base des résultats de la recherche épidémiologique⁴³ — des conduites individuelles à adopter pour améliorer l'issue de grossesse, et b) la diffusion de ces normes de comportement dans le cadre de programmes gouvernementaux (dépliants, brochures, cours prénatals gratuits). Les manuels de puériculture et de psychologie de l'enfant ont largement participé à cette entreprise de normalisation des comportements attendus pendant la grossesse et on a vu se faire et se défaire des modes autour de cette question. Résultat: un ensemble de consignes, de conseils et d'interdits font aujourd'hui le quotidien de la femme enceinte.

En dépit de certains mouvements de résistance à ces diktats — dans la mouvance féministe antimédicale — les femmes sont particulièrement réceptives aux messages préventifs en matière de grossesse. La pression à la conformité est très forte puisque c'est la santé de l'enfant à naître qui est en cause. Aujourd'hui, rares sont celles qui ne voient pas un médecin ou qui ne surveillent pas leur alimentation pendant leur grossesse. Les travailleuses qui se sont prévaluées de leur droit au retrait préventif n'échappent pas à cette règle: par exemple, 49,1 % d'entre elles ont vu leur médecin entre dix et quinze fois pendant leur grossesse et 84,9 % des primipares ont suivi un cours prénatal, ce qui est légèrement au-dessus de la moyenne québécoise⁴⁴. On notera également, à titre d'illustration, que trois répondantes sur quatre ont entériné les opinions suivant lesquelles «les femmes qui fument durant leur grossesse sont inconscientes ou irresponsables» et «l'alcool devrait être interdit aux femmes enceintes».

Nos entretiens avec des bénéficiaires du retrait préventif nous laissent entrevoir que les comportements préventifs acquis à l'occasion de la grossesse se transposent dans les milieux de travail et que c'est en partie cette sensibilisation à la prévention qui est à l'origine d'une démarche pour se prévaloir de son droit au retrait préventif.

La moitié des travailleuses de l'échantillon estiment que, de façon générale, leur emploi comporte des risques pour la santé. Pour plusieurs, ces risques font partie du métier: si elles se disent prêtes à prendre des risques en temps normal, il n'en va pas de même lorsqu'elles sont enceintes. «J'avais peur d'attraper quelque chose. J'avais des contacts avec des patients contaminés. D'accord, cela fait partie de ma «job», mais pas quand je suis enceinte. Je veux bien prendre des risques pour moi mais pas pour mon bébé⁴⁵» (infirmière).

Pour les autres, ce qui en temps normal n'apparaît que comme un aspect contraignant de leur métier, sans danger pour leur santé, devient facteur de risque pendant la grossesse. Si l'on s'en tient aux témoignages des femmes rencontrées, ce que l'on craint surtout au début de la grossesse, c'est de faire une fausse-couche. «J'ai arrêté parce que j'avais peur de perdre mon bébé: c'était trop exigeant de travailler debout huit heures sans arrêt⁴⁶ (serveuse); «Moi, j'ai souvent à soulever des patients paralysés; enceinte, j'avais peur, c'était effrayant, j'avais peur à la journée

42. Legault, *op. cit.*, p. 35.

43. La recherche épidémiologique autour de ces questions s'est développée à partir de 1950 dans la foulée des mouvements d'éradication de la mortalité périnatale. Elle a clairement montré l'existence d'un lien entre le poids à la naissance et certaines habitudes de vie. Le scandale de la thalidomide au début de 1960 a fait ressurgir l'urgence de poursuivre la recherche et allait marquer profondément la pratique médicale en matière de périnatalité.

44. Une enquête menée auprès de femmes qui ont accouché entre le 10 juin et le 7 juillet 1985 dans un échantillon d'hôpitaux du Québec montre que 76,7 % des primipares avaient suivi un cours pré-natal. *Évaluation de la satisfaction de la parturiente relativement à son expérience vécue dans le système de santé québécois*, *op. cit.* fichier de données de cette enquête.

45. Quéniart, *op. cit.*, p. 128.

46. Ferron, *op. cit.*, p. 73.

longue de faire une fausse couche⁴⁷» (préposée). Plus la grossesse avance, plus on craint pour le développement du fœtus : «Cela devenait dangereux pour l'enfant, parce que je forçais, j'allais au-delà de mes forces»⁴⁸ (serveuse); «À partir d'un certain stade, c'est prendre des risques que de continuer à travailler»⁴⁹ (caissière). Dans ces conditions, la plupart des travailleuses rencontrées soutiennent qu'elles auraient cessé de travailler autour de la vingt-cinquième semaine de grossesse, même si elles n'avaient pas obtenu leur retrait préventif, parce que «quand on veut un enfant, il faut mettre toutes les chances de son côté»⁵⁰ (caissière).

3.3 UN RAPPORT AU CORPS QUI IMPLIQUE CERTAINES FORMES DE «RÉSISTANCE» AU TRAVAIL

La demande pour le programme de retrait préventif doit également être située dans un contexte socioculturel où, à la faveur d'une conjonction de phénomènes et de mouvements sociaux⁵¹, le corps est devenu un objet d'investissement (tant économique que psychique) — parce qu'il faut le maintenir en bonne santé et soigner son apparence extérieure — et l'enjeu de certaines revendications sociales (réappropriation de sa santé, de sa sexualité, de son temps, reconnaissance de la qualité de vie).

Les exhortations à s'occuper davantage de soi, à vivre sainement, à éviter les facteurs de stress, doivent avoir une prégnance⁵² toute particulière à l'occasion de cet événement important qu'est la maternité au cœur de l'identité féminine⁵³, événement d'autant plus valorisé qu'il ne se reproduira pas plus d'une fois au cours d'une vie.

Cette sensibilité à leur corps — exacerbée par la grossesse — s'est traduite pour nos répondantes par une résistance à la charge physique et psychique de leur travail qui les conduit à vouloir se soustraire à un milieu de travail qu'elles supportent en temps normal. Pour elles, le droit au retrait préventif représente la possibilité de se réapproprier du temps afin de «pouvoir vivre plus pleinement leur grossesse», d'être à l'écoute de ce corps transformé par la maternité, de se préparer à l'accouchement, de pouvoir se reposer avant l'accouchement. «C'est des femmes qui font partie de leur époque. On est de plus en plus exigeantes face à notre corps, face à la maternité. Puis, comme il y a moins d'enfants, on essaie d'avoir une meilleure qualité aussi»⁵⁴ (représentante de l'employeur, secteur hospitalier). «Avoir le retrait préventif te permet de relaxer, de mieux profiter de ta grossesse»⁵⁵ (infirmière). «Si c'était une mesure pour toutes les femmes, elles pourraient attendre leurs bébés, tranquilles»⁵⁶ (caissière). Ce type de préoccupation est d'autant plus prévalent qu'une fraction importante du temps dont les femmes disposent normalement pour assurer la récupération de leur propre force de travail est consacrée à la gestion du travail domestique et au soin des enfants, ce qui ajoute encore au stress et à la fatigue causés par leur emploi.

Pas étonnant, dans ce contexte, que la décision de réaffecter une travailleuse entraîne si souvent un sentiment de frustration chez elle, l'impression de s'être battue pour rien. Nos entretiens avec des femmes qui ont fait l'expérience d'une réaffectation montrent que celle-ci a le plus souvent été vécue comme un échec. «Je me suis battue pour avoir un retrait, tout ça pour aboutir à rien»⁵⁷; «Je ne suis pas contre le principe de la réaffectation, mais j'étais déçue quand même. Je me disais qu'il y avait des femmes qui, avec le même travail, avaient leur retrait. Je me suis sentie un peu pénalisée dans ce sens-là»⁵⁸.

47. Quéniart, *op. cit.*, p. 128.

48. Ferron, *op. cit.*, p. 73.

49. Fortier, *op. cit.*, p. 41.

50. Fortier, *op. cit.*, p. 41.

51. À travers notamment les mouvements sociaux qui contestent le contrôle de plus en plus important exercé par les appareils de gestion et de domination technocratique sur le quotidien.

52. Il faut noter qu'il s'agit ici d'un discours et de préoccupations de classe moyenne.

53. Cette importance accordée à la maternité est manifeste chez les femmes qui ont participé à notre sondage puisque 89,6 % d'entre elles ont intériorisé le fait qu'«une vie sans enfant est une vie incomplète». Il faut souligner que, après avoir refusé d'être définies exclusivement par la maternité, plusieurs féministes reconnaissent aujourd'hui qu'elles ne peuvent pas non plus être définies sans elle. Voir à ce sujet (sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic), *Maternité en mouvement*, Grenoble, Montréal, Presses universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin de Montréal, 1986.

54. Quéniart, p. 102.

55. Quéniart, p. 151.

56. Fortier, p. 44.

57. Quéniart, *op. cit.*, p. 158.

58. Quéniart, *op. cit.*, p. 157.

3.4 L'INFLUENCE DU RÉSEAU

L'existence d'un précédent dans le milieu de travail a certainement été un facteur déterminant dans la décision de se prévaloir du droit au retrait préventif puisque, selon les données de notre sondage, 63 % des requérantes avaient déjà eu sous les yeux des compagnes de travail qui avaient fait une demande.

Cet effet d'entraînement dans les milieux de travail est particulièrement marquant chez les ouvrières des industries de la fabrication et de la transformation ainsi que chez les travailleuses de la santé (83,4 %, 77,8 % et 82,4 % d'entre elles, respectivement, n'étaient pas les premières à demander un retrait préventif). Les compagnes de travail semblent avoir joué un rôle très important dans ce processus: ce sont elles surtout (dans plus de la moitié des cas) qui leur ont appris l'existence de la mesure, qui les ont incitées à s'en prévaloir et qui, dans certains cas, les ont fait bénéficier de leur expérience: «Si ma compagne de travail ne me l'avait pas dit, je ne l'aurais jamais su»⁵⁹ (secteur hospitalier); «Ça me gênait un peu de demander le retrait préventif, parce qu'il n'y avait que des problèmes ergonomiques. J'avais peur qu'ils ne me croient pas. Mais les filles m'ont dit: ne t'inquiètes pas, tu as tout ce qu'il te faut pour avoir ton retrait: il ne faut pas hésiter, c'est ton droit»⁶⁰ (secteur hospitalier).

Parmi les catégories socio-professionnelles qui ont généré une demande importante pour la mesure, seules les employées des services n'ont pu le faire à la faveur d'une influence des milieux de travail: près des deux tiers d'entre elles en effet ont été les premières à se prévaloir de ce droit dans leur milieu de travail et elles ont en général été informées de l'existence de la mesure, soit par le médecin traitant (dans 40 % des cas), soit par une amie (dans 26 % des cas), soit par le biais des cours prénatals (dans 18 % des cas).

Nos enquêtes font par ailleurs ressortir l'importance du médecin traitant dans le processus décisionnel entourant une demande de retrait préventif. C'est par lui que près du tiers des utilisatrices ont appris l'existence de la mesure et c'est quelquefois sur sa seule recommandation qu'on décide d'y avoir recours. Plusieurs témoignages soulignent par ailleurs que c'est l'attitude positive de leur médecin à l'égard de ce droit qui les a renforcées dans leur décision: «Si mon médecin ne m'en avait pas parlé d'une façon si enthousiaste, je ne l'aurais peut-être pas demandé. Mais lui, il était en faveur à 100 %: c'est ton droit, me disait-il, il y a des risques partout à l'hôpital⁶¹» (infirmière).

Nos entrevues auprès des bénéficiaires révèlent par ailleurs que la représentation de ce qui constitue un risque au poste de travail s'est souvent construite à la faveur du contenu du discours véhiculé par ceux qui les informent sur la mesure. «Avant d'être informée comme il faut, je pensais que je ne pouvais pas avoir ça, le retrait préventif. Je pensais que c'était uniquement pour les femmes qui respirent des produits chimiques. Je pensais que le fait de rester debout tout le temps et d'avoir des varices, c'était pas assez grave pour avoir le retrait préventif» (ouvrière en manufacture de vêtements)⁶²; «Je trouve qu'ils disent très clairement: demandez un retrait préventif, vous y avez droit, votre enfant court des risques. On leur dit que si elles forcent, elles risquent d'accoucher prématurément, alors elles ne prennent pas de chances»⁶³ (représentante d'employeur, secteur hospitalier).

CONCLUSION

À la faveur de la croissance continue de la demande pour un retrait préventif, on voit actuellement se dessiner une orientation inattendue vers un allongement de la durée de l'arrêt de travail pendant la grossesse, «effet pervers»⁶⁴ des choix politiques relatifs à la protection de la maternité dans le travail, au Québec. Ce n'est pas tant dans la popularité de la mesure auprès des travailleuses qu'il faut voir l'effet pervers de l'intervention gouvernementale mais bien dans le fait

59. Quéniart, *op. cit.*, p. 136.

60. Quéniart, *op. cit.*, p. 142.

61. Quéniart, *op. cit.*, p. 142.

62. Legault, *op. cit.*, p. 42.

63. Quéniart, *op. cit.*, p. 101.

64. Selon la définition qu'en donne Michel Crozier, cette notion désigne «les effets inattendus non voulus et à la limite aberrants sur le plan collectif d'une multitude de choix individuels autonomes et, pourtant, chacun à son niveau et dans son cadre, parfaitement rationnels. Ils marquent le décalage entre les orientations et les intuitions des acteurs et l'effet d'ensemble de leurs comportements dans le temps». M. Crozier, E. Friedberg, *L'Acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977, p. 14.

que la demande ait conduit à des arrêts de travail précoces plutôt qu'à un processus de réaffectation ou de modification des postes de travail comme cela avait été initialement prévu.

L'évolution observée est attribuable à trois facteurs, le premier étant qu'on a sans doute, au moment de concevoir la mesure, largement sous-estimé la pénibilité des tâches majoritairement dévolues aux femmes et, par conséquent, le nombre des travailleuses susceptibles d'invoquer un facteur de risque au poste de travail. Le retrait préventif, on l'a vu, a surtout profité aux femmes qui en avaient le plus besoin, celles qui travaillaient dans des conditions de travail réputées dangereuses pour leur santé ou celle de l'enfant à naître: ouvrières de la transformation, employées des services, travailleuses de la santé.

Deuxième facteur à considérer: les travailleuses touchées par la mesure ont en général souhaité arrêter de travailler plus tôt en cours de grossesse. À la faveur d'une sensibilisation à la prévention exacerbée par l'expérience de la maternité, cette résistance au travail se développe largement en réaction aux conditions dans lesquelles il s'effectue⁶⁵; mais sans doute faut-il y voir aussi le poids de la tradition.

Un troisième facteur est à l'origine de cet effet pervers de la législation: dans l'application de la mesure, l'appareil administratif s'est heurté à la résistance des milieux de travail peu disposés à mettre de l'avant des politiques de réaffectation ou de modification de poste. Incapacité ou refus de traiter le problème de la compatibilité entre maternité et travail: la question est posée. Il reste que les modalités de la production continuent à commander celles de la reproduction.

La solution réside pourtant dans une élimination des risques à la source: l'enjeu est de taille puisqu'il implique une réforme de l'organisation du travail.

RÉSUMÉ

On a assisté depuis l'entrée en vigueur du droit au retrait préventif à une croissance rapide et continue de la demande pour ce programme, qui touche aujourd'hui une travailleuse enceinte sur quatre. Les demandes acheminées vers la Commission de la santé et de la sécurité au travail ont par ailleurs beaucoup plus souvent conduit à des arrêts de travail précoces qu'à un processus de réaffectation comme les concepteurs de la mesure l'auraient souhaité. Après avoir passé en revue les enjeux soulevés par cet effet inattendu de la législation, les auteurs dressent un portrait statistique des utilisatrices et proposent quelques hypothèses d'explication sur l'étonnante popularité de la mesure, à partir des premiers résultats d'une recherche (combinant une approche quantitative et qualitative) conduite auprès de travailleuses qui se sont prévaluées de ce droit en 1984 et 1985. Ils suggèrent qu'au moment de concevoir la mesure, le législateur a sous-estimé la pénibilité des tâches dévolues aux femmes et par conséquent le nombre de travailleuses susceptibles d'invoquer un facteur de risque au poste de travail en plus de se heurter à la résistance des milieux de travail, peu disposés à mettre de l'avant des politiques de réaffectation.

SUMMARY

Since the right to preventive reassignment came into force, a rapid and continued growth of demand for this program has been witnessed. The requests forwarded to the *Commission de la santé et de la sécurité au travail* have led much more often, however, to early withdrawal from work rather than to a process of job reassignment as the designers of the measure had hoped. After reviewing the issues raised by this unexpected result of the legislation, the authors draw up a statistical portrait of users of the program and propose several hypotheses to explain the surprising popularity of the measure, based on the preliminary results of an investigation (using both quantitative and qualitative approaches) conducted with working women who took advantage of this right in 1984 and 1985. They suggest that when designing the measure, the legislators, as well as coming up against the resistance of the workplace generally not disposed to policies of job reassignment, underestimated the unpleasantness of jobs which have been left to women, and consequently the number of workers likely to invoke the risk factor of their jobs.

RESUMEN

Desde la puesta en vigor del derecho al retiro preventivo hemos asistido a un crecimiento rápido y continuo de las solicitudes para ese programa, que concierne hoy a una trabajadora encinta de cada cuatro. Por otra parte, las solicitudes enviadas a la Comisión de salud y seguridad laboral han conducido mucho más seguido a un retiro precoz del trabajo que a un proceso

⁶⁵. Ce phénomène de la résistance au travail a été noté par plusieurs auteurs relevant de courants théoriques différents. L'école de la régulation (entre autres: M. Agliatta, *Régulation et crise du capitalisme*, Paris, Calman Lévy, 1976) y voit une manifestation de la crise de l'organisation fordiste du travail; Alain Touraine parle, lui, d'une érosion de l'éthique du travail dans le passage de la société industrielle à la société postindustrielle (A. Touraine, *la Voix et le regard*, Paris, Seuil, 1976, p. 100); L'école de la psychopathologie du travail s'est aussi beaucoup intéressée à ces questions: voir à ce sujet (sous la direction de C. Dejournet, C. Veil et A. Wisner), *Psychopathologie du travail*, Paris, Entreprise moderne d'édition, 1985.

de reafectación como los autores de la medida habrían deseado. Después de haber examinado las situaciones provocadas por este inesperado efecto de la legislación, los autores establecen un cuadro estadístico de las usuarias y proponen algunas hipótesis para explicar la asombrosa popularidad de la medida, partiendo de los primeros resultados de una investigación (que combinaba aspectos cuantitativos y cualitativos) llevada a cabo entre las trabajadoras que se han prevalectido de este derecho en 1984 y 1985. Ellos sugieren que cuando la medida fue concebida el legislador subestimó las tareas pesadas atribuidas a las mujeres, y como consecuencia el número de trabajadoras susceptibles de invocar un factor de riesgo en su puesto de trabajo, además de chocar con la resistencia de los medios de trabajo, poco dispuestos a poner en marcha políticas de reafectación.