

Grossesse et travail : au-delà des facteurs de risques pour la santé

Romaine Malenfant, Anne Renée Gravel, Normand Laplante et Robert Plante

Volume 6, numéro 2, 2011

Travail des femmes et santé : un dialogue France-Québec

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1006121ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1006121ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Centre d'étude et de recherche sur l'emploi, le syndicalisme et le travail

ISSN

1918-9354 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Malenfant, R., Gravel, A. R., Laplante, N. & Plante, R. (2011). Grossesse et travail : au-delà des facteurs de risques pour la santé. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 6(2), 50–72.
<https://doi.org/10.7202/1006121ar>

Résumé de l'article

Cet article met en lumière les risques pour la santé liés au travail des femmes en abordant la problématique de la conciliation travail-grossesse. Cette analyse adopte comme cadre de référence la division sexuelle du travail (Kergoat, 2004). Cette perspective analytique est rarement intégrée dans les études portant sur la santé des femmes au travail. Le contexte de pénurie de main d'œuvre qui touche actuellement le Québec en raison du vieillissement de sa population active, et dans certains secteurs en raison de la pénibilité des conditions de travail, marque l'importance d'ajouter cette perspective dans l'analyse de la santé des femmes au travail. Pour les femmes, l'expérience vécue du travail durant la grossesse constitue l'élément annonciateur du degré d'acceptation de la part des milieux de travail et de la société québécoise des spécificités féminines au travail. L'article fait ressortir où en sont rendues les organisations sur ce plan, à travers l'étude du traitement des demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte, droit inclus au Québec dans la Loi sur la santé et sécurité au travail. Malgré des avancées significatives dans certains milieux, on constate encore la prédominance d'une logique gestionnaire traditionnelle et sexiste dans l'application du droit qui mène les travailleuses au retrait du travail durant leur grossesse. La recherche a été menée auprès d'employeurs, de représentants syndicaux et de travailleuses du secteur hospitalier.

Grossesse et travail : au-delà des facteurs de risques pour la santé

Romaine MALENFANT,
RIPOST, CEREST, ARUC-Innovations Travail et Emploi,
Département des relations industrielles
Université du Québec en Outaouais,
Gatineau, Canada

Anne Renée GRAVEL,
Département des relations industrielles
Université du Québec en Outaouais,
Gatineau, Canada

Normand LAPLANTE,
CEREST
Département des relations industrielles
Université du Québec en Outaouais,
Gatineau, Canada

Robert PLANTE,
Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais,
Gatineau, Canada

SOMMAIRE

Cet article met en lumière les risques pour la santé liés au travail des femmes en abordant la problématique de la conciliation travail-grossesse. Cette analyse adopte comme cadre de référence la division sexuelle du travail (Kergoat, 2004). Cette perspective analytique est rarement intégrée dans les études portant sur la santé des femmes au travail. Le contexte de pénurie de main d'œuvre qui touche actuellement le Québec en raison du vieillissement de sa population active, et dans certains secteurs en raison de la pénibilité des conditions de travail, marque l'importance d'ajouter cette perspective dans l'analyse de la santé des femmes au travail. Pour les femmes, l'expérience vécue du travail durant la grossesse constitue l'élément annonciateur du degré d'acceptation de la part des milieux de travail et de la société québécoise des spécificités féminines au travail. L'article fait ressortir où en sont rendues les organisations sur ce plan, à travers l'étude du traitement des demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte, droit inclus au Québec dans la Loi sur la santé et sécurité au travail. Malgré des avancées significatives dans certains milieux, on constate encore la prédominance d'une logique gestionnaire traditionnelle et sexiste dans l'application du droit qui mène les travailleuses au retrait du travail durant leur grossesse. La recherche a été menée auprès d'employeurs, de représentants syndicaux et de travailleuses du secteur hospitalier.

Mots-clés: femmes, travail, santé, conciliation travail-grossesse, risques ergonomiques

INTRODUCTION

L'augmentation du taux d'activité des femmes est reconnue comme une des transformations sociales majeures des dernières décennies. Même si les connaissances sur la santé au travail des femmes n'a pas suivi le même rythme, des avancées significatives ont été réalisées grâce à l'initiative de chercheuses qui ont proposé des analyses en profondeur du travail des femmes. Le retard accusé peut s'expliquer en partie par le fait que les effets sur la santé des risques ergonomiques auxquels ces dernières sont exposées, par exemple le travail debout prolongé, le travail de nuit, le travail répétitif, etc., ont longtemps été sous-estimés. De plus, le modèle masculin du travail domine encore aujourd'hui le champ de la santé au travail et, historiquement, ce modèle a fait peu de place aux travailleuses (Messing, 2000).

La recherche sur le travail des femmes en général a surtout fait appel à un cadre d'analyse basée sur la séparation des sphères de la reproduction et de la production pour comprendre les obstacles à la pleine intégration des femmes sur le marché du travail et de l'emploi et à une pleine reconnaissance de la valeur de leur travail (Coenen-Huther, 2009; Malenfant, 2009, 1996a; Laufer, Marry et Maruani, 2001). Quant au concept de la division sexuelle du travail, il reste un opérateur analytique efficace pour saisir la persistance de certaines rigidités sociales (Hirata et Kergoat, 1998). Ce cadre d'analyse teinte aussi le développement de la recherche en santé des femmes au travail. Cependant, la présence massive des femmes sur le marché du travail et leur maintien continu en emploi nous amène à élargir ce cadre pour étudier en profondeur comment la dimension reproductive de la vie des travailleuses est prise en compte par l'organisation. À cet égard, l'étude de la conciliation travail-famille se présente comme un objet de recherche des plus pertinents. C'est aussi dans cette perspective que nous abordons la conciliation travail-grossesse. Très rares sont les chercheurs qui ont intégré l'expérience de la grossesse dans l'analyse de la conciliation travail-famille. Pourtant, les témoignages de nombreuses femmes que nous avons rencontrées lors de nos recherches confirment qu'il s'agit d'un moment névralgique de l'expérience de conciliation travail-famille (Malenfant et Côté, 2006; Malenfant, De Koninck et Côté, 2004; Malenfant et De Koninck, 2004; Malenfant, 1997; 1996a, 1996b; Devreux, 1988).

L'intérêt d'étudier la conciliation de la grossesse et du travail tient à plusieurs facteurs. D'abord la conjoncture économique actuelle. Le monde du travail est en pleine transformation et les changements qu'on y observe ont des impacts sur les conditions d'un nombre croissant de travailleurs et de travailleuses qui disent manquer de temps pour remplir leurs responsabilités familiales et professionnelles. En provoquant une intensification du travail et un sentiment d'insécurité face à la situation de l'emploi, ces transformations renforcent les logiques qui, d'une part, compliquent l'articulation entre la vie au travail et la vie hors travail et d'autre part, maintiennent les caractéristiques délétères du travail. De plus, certains secteurs d'activités font face à une pénurie de main-d'œuvre qui pousse les gestionnaires des ressources humaines à trouver des moyens efficaces pour

tenter d'attirer et maintenir les travailleurs et travailleuses dans leur emploi. Peut-on y voir une opportunité intéressante pour faciliter la conciliation travail-famille? Qu'en est-il des logiques qui animent leurs stratégies de rétention du personnel? Qu'en est-il de la santé au travail?

L'étude de la conciliation travail-grossesse au Québec offre un terrain fertile pour l'analyse de ces représentations à cause de l'existence d'un droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte inscrit dans la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* depuis 1980. Pour soutenir les travailleuses enceintes, des mesures sont nécessaires, d'une part pour protéger le lien d'emploi et les conditions de travail lors de la grossesse et du retour au travail, et d'autre part pour inciter ou encourager les organisations à offrir de meilleures conditions de conciliation et protéger ainsi la santé.

Par cette recherche, nous souhaitons révéler des moyens, des façons de faire ou des changements de mentalité nécessaires à une amélioration des conditions de conciliation. Plus spécifiquement, nous voulons étudier comment des approches de gestion de la santé des femmes au travail renforcent les logiques qui président à la construction et à la reproduction des iniquités liées au travail et à l'emploi pour les femmes dans un contexte de transformations structurelles importantes du travail où persistent des rigidités organisationnelles et sociales anciennes. Pour y arriver, il semble essentiel de comprendre les logiques qui sous-tendent les orientations prises ou les difficultés rencontrées par les acteurs.

Après avoir présenté la problématique qui appuie la pertinence de prendre pour objet de recherche la conciliation travail-grossesse et qui pose la question de recherche, nous décrirons la méthodologie utilisée et la population étudiée. Les résultats de recherche suivent en faisant ressortir comment une approche traditionnelle et sexuée de la gestion du risque pour la santé en milieu de travail maintient une organisation du travail qui encourage l'exclusion des travailleuses enceintes et reproduit des représentations d'incompatibilité entre le travail et la grossesse.

PERSPECTIVE THÉORIQUE ET PROBLÉMATIQUE

L'étude de l'application du droit de retrait préventif comporte à la fois des dimensions touchant à la place des femmes sur le marché du travail, aux représentations de leur rapport au travail, de la valeur et des exigences de leur travail et ce, à travers le prisme de la protection de la santé et de l'enfant à naître, donc de la reproduction humaine, perspective hautement symbolique dans l'analyse des rapports sociaux de sexe (Malenfant, 2009; Vogel, 2007, 2003; Lupton, 1999; Vogel, 1990). Le concept *rapports sociaux de sexe*, très présent dans la tradition féministe française, incorpore la notion *gender* de la tradition anglo-saxonne (Acker, 1998, 1992). Plus qu'une analyse différenciée selon les sexes, une analyse des rapports sociaux de sexe «permet d'étudier quel rôle joue la division du travail social entre les hommes et les femmes dans la construction différentielle de leur santé, à l'articulation de la vie productive et de la vie reproductive. Cela permet également de développer une analyse critique de l'élaboration des législations et réglementations mais aussi des pratiques institutionnelles et syndicales en santé au travail» (Thébaud-Mony, 2000, p. 181-182). Le sexe n'est pas considéré strictement dans sa dimension biologique,

mais réfère à la construction sociale des rapports hommes/femmes et de son influence sur l'ensemble des rapports sociaux.

Une grande majorité de femmes poursuivent maintenant leurs activités professionnelles durant la grossesse. En touchant à l'organisation du travail et à une certaine routine qui s'est installée dans les milieux de travail, la prise en compte de la grossesse agit sur l'environnement social du travail, sur ses règles, sur ses conventions, sur les interactions entre employeur et employée et entre collègues de travail. De la grossesse au retour du congé de maternité, les préoccupations exprimées par les travailleuses ont trait à la protection d'un «espace» permettant de profiter de l'expérience de la maternité, alors que pour les employeurs, ce sont les préoccupations concernant principalement la possibilité d'accommoder les travailleuses sans pénaliser les activités de production à court ou à long terme qui les accaparent (Malenfant et De Koninck, 2004).

Le rythme de travail, l'autonomie dans l'organisation du travail et le temps à consacrer au travail sont au cœur des changements souhaités pour accorder vie professionnelle et vie familiale. Quand le « conflit » est trop grand, reste le « choix » d'un retrait temporaire à temps plein ou à temps partiel de l'activité professionnelle avec les conséquences qui en découlent pour la situation d'emploi à court terme et la trajectoire professionnelle des femmes (Malenfant et al, 2009; Malenfant, 1996c). Ce « choix » est souvent interprété comme la préférence des femmes pour l'arrêt de travail durant une période où l'investissement psychologique et affectif envers le hors travail serait plus grand et où les changements physiologiques et biologiques rendraient la conciliation difficile voire incompatible. Ces représentations sont persistantes (Buzzanell et Liu, 2007; Morel, 2007) et c'est dans ce contexte qu'évolue l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte.

La *Loi sur la santé et la sécurité du travail du Québec* prévoit un droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite¹ qui permet à la travailleuse enceinte dont les conditions de travail présentent un danger pour elle ou pour le développement de l'enfant à naître, de demander un réaménagement de ses tâches ou de ses conditions de travail en déposant auprès de l'employeur un certificat de retrait préventif signé par son médecin traitant. Lorsque l'employeur ne peut remplir cette obligation et lorsque les risques sont reconnus par le médecin traitant après consultation d'un médecin expert en santé au travail, la travailleuse peut arrêter de travailler et recevoir une indemnité de remplacement de revenu correspondant à 90 % de son salaire net tout en conservant son lien d'emploi et les avantages y afférant. Cette indemnité est versée tant que l'employeur n'a pas rempli les exigences du certificat et ce, jusqu'à quatre semaines avant la date prévue d'accouchement². Le taux de recours au droit de retrait préventif par les travailleuses enceintes a augmenté de façon importante et continue au fil des ans, notamment à cause de la hausse du taux d'activité des femmes depuis le début des années quatre-vingt, mais surtout parce que l'information sur le droit a graduellement rejoint l'ensemble des jeunes

¹ Dans le cadre des recherches que nous avons menées, il n'est question que des travailleuses enceintes. Pour plus de détails sur le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte, consultez la LSST (articles 40 à 48) sur le site de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, organisme responsable d'administrer la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html

² À partir de ce moment, c'est le régime québécois d'assurance parentale qui prend la relève.

travailleuses. De plus, la mise en application du droit a favorisé la mise à jour et le développement des connaissances scientifiques sur le travail des femmes et sa pénibilité, notamment en ce qui concerne les facteurs de risque ergonomiques (efforts physiques, postures contraignantes, mouvements répétitifs, horaire de travail) et biologiques (maladies infectieuses) auxquels leurs activités professionnelles les exposent particulièrement. Ces nouvelles connaissances ont joué un rôle important dans l'élargissement des critères permettant aux travailleuses enceintes de se prévaloir de ce droit. La législation québécoise marque un tournant majeur dans l'intérêt et les préoccupations portés aux conditions professionnelles des travailleuses enceintes, tant du côté des employeurs et des travailleuses elles-mêmes que du côté des professionnels de la santé, des représentants syndicaux et des chercheurs en santé au travail³.

Dès sa conception, le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte a suscité des controverses entre les acteurs de la santé au travail, controverses d'autant plus intenses que les principes la sous-tendant bousculaient les approches traditionnelles dans le champ de la santé au travail qui négligeaient d'une part, la dimension préventive de l'intervention en milieu de travail et d'autre part, occultaient les risques liés au travail des femmes. Plus encore, prendre en compte les exigences de la grossesse pour réaménager le travail met en échec une culture organisationnelle fondée sur le «type idéal du travailleur», c'est-à-dire le stéréotype masculin du travail qui donne la primauté à l'activité professionnelle. Cet idéal rejoint de moins en moins les individus contemporains, hommes et femmes, bien qu'ils restent encore coincés dans cette culture organisationnelle fortement enracinée dans les milieux de travail (Callan, 2007).

Dans l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte, la reproduction questionne le processus de production sur son terrain même et, au-delà de l'opposition classique entre les deux sphères, c'est leur rencontre avec les droits et obligations de l'employeur inscrits dans un ordre législatif qui constitue l'objet de la recherche. C'est précisément à ce niveau que se situe l'originalité de la recherche et de sa perspective théorique.

LA RECHERCHE

La recherche qualitative qui a été réalisée de 2005 à 2008 voulait mettre en relief le processus de mise en place de politiques internes des entreprises, plus précisément les orientations privilégiées et les moyens mis en œuvre, de même que les pratiques organisationnelles entourant l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte. Les contraintes ergonomiques caractérisent le travail d'une grande proportion de travailleuses et leurs effets négatifs ont été documentés (Gisselmann et Hemström, 2008;

³ Le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte n'existe pas dans les autres provinces canadiennes et les travailleuses québécoises employées par des entreprises à charte fédérale ne sont pas couvertes par la *Loi sur la santé et sécurité du travail* du Québec. D'autres pays européens ont un droit qui s'y apparente en principe, mais l'accès y est davantage limité et, en conséquence, peu de travailleuses y ont recours (OIT, 2010; Plante et Malenfant, 1998). De même, le Code canadien du travail qui couvre les entreprises à charte fédérale prévoit la protection de la travailleuse enceinte exposée à des risques, sans toutefois inclure de dispositions pour la protection de ses revenus en cas d'arrêt de travail ni d'encadrement de la démarche de mise en place de changements à ses tâches lorsque ceux-ci sont nécessaires pour protéger sa santé (St-Amour, 2010).

Croteau *et al*, 2007, 2006; McDonald *et al*, 1988a et b; McDonald, 1988). La présence de tels risques ne signifie pas pour autant que la grossesse représente un empêchement au travail. Elles confirment cependant l'importance de tenir compte de l'ensemble des changements physiologiques qui surviennent durant cette période pour réduire les contraintes du travail qui risquent de compromettre le déroulement de la grossesse et son issue. Cependant, les recherches réalisées jusqu'à maintenant ont montré que plusieurs employeurs préfèrent que la travailleuse enceinte cesse de travailler parce que cette décision implique moins de conflits dans les relations de travail et est moins onéreuse en temps et en argent. En fait, les entreprises et institutions sont mieux préparées à gérer les départs temporaires entourant la naissance d'un enfant – tels que les congés de maternité ou les congés parentaux que l'employeur a légalement l'obligation d'accorder – que de repenser le travail pour encourager le maintien au travail des travailleuses qui ont des responsabilités familiales. Cette approche de gestion de la conciliation travail-famille laisse son empreinte sur la façon d'aborder la conciliation travail-grossesse même dans le cadre de l'application d'un droit qui vise d'abord le maintien en emploi des travailleuses enceintes.

Les questions et les objectifs de recherche

La gestion des ressources humaines et du réaménagement des tâches est au cœur de l'application du droit de retrait préventif. Le maintien au travail pendant une bonne partie de la grossesse augmente de façon continue depuis une quinzaine d'années. Quels sont les facteurs qui sont à la source de ce changement? Comment le contexte a-t-il évolué pour que la poursuite de l'activité de travail soit devenue une stratégie envisageable et réalisable? La réaffectation est-elle faite de façon à ce que la santé et la sécurité soit adéquatement protégées? Pour répondre à ces questions, il nous fallait :

- Comprendre les logiques organisationnelles qui font que des travailleuses enceintes peuvent bénéficier d'un maintien au travail en étant affectées à des tâches ou des conditions de travail ne présentant pas de risques pour leur santé et celle de leur enfant à naître de même que les logiques qui, à l'opposé, conduisent les travailleuses enceintes vers l'arrêt de travail ou le maintien en emploi dans des conditions comportant des risques.
- Analyser la perception des réaménagements de tâches ou de conditions de travail chez les travailleuses qui ont recours au droit de retrait préventif durant leur grossesse ainsi que la perception de l'employeur et des représentants syndicaux s'il y a lieu.

C'est à travers le regard des gestionnaires de la santé et sécurité au travail, des travailleuses et des représentants syndicaux que nous avons donc choisi d'analyser le processus de gestion.

La méthodologie

Nous avons opté pour une approche qualitative basée sur des récits d'expériences de conciliation travail/grossesse et centrée sur l'étude des processus décisionnels et des rapports de travail. Les objectifs du projet proposé nous ont amenés à sélectionner des secteurs d'activité où l'on retrouve un nombre important de jeunes femmes, des contraintes liées au travail sur lesquelles il est possible d'agir efficacement afin de favoriser le maintien en emploi et, des établissements, syndiqués ou non, faisant partie de ces secteurs et qui

offrent des profils contrastés d'organisation du travail en termes d'autonomie décisionnelle, de charge de travail et de gestion des ressources humaines.

Notre choix s'est porté sur deux secteurs d'activités répondant à l'ensemble de ces critères, soit le secteur de la santé, notamment les centres hospitaliers (CH) où on retrouve un grand nombre de jeunes infirmières et le secteur des marchés d'alimentation⁴ (MA) où l'on retrouve aussi un grand nombre de jeunes femmes caissières, pâtissières, charcutières, etc.⁵.

La population rejointe et la collecte des données

Le recrutement des établissements a été fait au Québec dans les villes de Gatineau, Montréal et Québec (rives nord et sud) où se concentrent un grand nombre des établissements ciblés. Les établissements sélectionnés devaient se distinguer par l'existence ou non d'une politique ou de mesures de maintien au travail des travailleuses enceintes. Des entrevues en face à face ont été réalisées auprès des représentants des employeurs, soit auprès du personnel des bureaux de santé ou du personnel en gestion des ressources humaines (GRH) dans les CH, soit auprès des directeurs ou auprès des personnes affectées au traitement des demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte dans les MA⁶.

Les entrevues semi-dirigées portaient sur des dimensions ayant trait au milieu de travail (environnement, production, nature des activités de travail et conditions dans lesquelles elles s'exercent, gestion des ressources humaines, politiques ou modalités de traitement des « cas », rapports de travail); des dimensions ayant trait à la travailleuse (conditions personnelles, motivation, sécurité et facteurs de risque mis en cause pour la grossesse); des dimensions ayant trait au marché du travail (sélectivité, précarité); des dimensions ayant trait au processus de prise de décision des parties impliquées. Nous voulions cerner les composantes autres que strictement techniques qui conditionnent la faisabilité du réaménagement requis pour maintenir au travail les travailleuses enceintes. L'identification des déterminants devait également permettre de qualifier les impacts, positifs ou négatifs, qu'ils entraînent pour la travailleuse et l'organisation. Plus spécifiquement, nous nous sommes concentrés sur :

⁴ Les marchés d'alimentation sont de grandes surfaces alimentaires.

⁵ Vu le grand nombre de demandes de retrait préventif pour raison de grossesse faites par les infirmières dans les CH, nous avons pu nous limiter à ce corps professionnel. Le nombre plus faible de demandes dans les marchés d'alimentation exigeait que l'on s'intéresse à tous les types de postes salariés occupés par des femmes.

⁶ Pour chaque région, à partir d'informations préalables recueillies par téléphone, au moins six établissements devaient être sélectionnés, certains favorisant le maintien au travail des travailleuses enceintes et d'autres non, en tenant compte de la diversité des raisons qui les conduisent à adopter l'une ou l'autre stratégie de gestion. Finalement, 19 établissements ont participé à la recherche : 10 CH et 9 MA et parmi ces derniers, 2 où le personnel n'était pas syndiqué. Pour l'ensemble des établissements, 23 entrevues ont été réalisées auprès des gestionnaires, 17 auprès des représentants syndicaux et 30 auprès de travailleuses ayant déjà fait une demande de retrait préventif lors d'au moins une de leurs grossesses. Par rapport à nos objectifs de départ, nous avons recruté le nombre d'établissements et le nombre de participants souhaités dans les CH. Dans les MA, nous n'avons pas réussi à recruter de travailleuses de la région de Montréal malgré de multiples efforts. Outre le fait qu'elles ne sont pas nombreuses à faire des demandes de retrait préventif et les difficultés à entrer en contact directement avec elles, le manque de temps ou le fait de n'avoir rien « d'intéressant » à dire étaient les raisons de refus évoquées par les travailleuses contactées.

- les facteurs humains, organisationnels et techniques qui influencent la décision de demander un réaménagement des tâches (travailleuse) et d'acquiescer à cette demande (employeur) et sur,
- les éléments modifiables et non modifiables de la tâche ou de l'organisation du travail qui rendent possible ou au contraire empêchent le maintien au travail.

Les travailleuses devaient avoir vécu au moins une grossesse dans l'établissement ciblé au cours des deux années précédant l'entrevue. Elles devaient aussi avoir déposé un certificat de demande de retrait préventif auprès de leur employeur. Avec les travailleuses qui ont accepté de nous rencontrer en entrevue individuelle, nous avons d'abord précisé leur situation actuelle de travail, le poste occupé et les tâches qu'elles effectuaient régulièrement de même que leurs conditions de travail. Nous voulions préciser ce qui les avait amenées à faire une demande de retrait préventif, comment s'était déroulé ce processus et les commentaires qu'elles portaient sur leur expérience. Pour celles qui avaient vécu plus d'une grossesse en milieu de travail, nous en profitons pour documenter chacune de ces expériences qu'elles aient fait l'objet ou non d'une demande de retrait préventif.

Avec les questionnaires de demandes de retrait préventif, nous avons reconstitué le processus habituel de traitement de ces demandes et documenté l'évolution de la situation au cours des années⁷. Les contextes externe et interne de l'établissement ont également été étudiés en même temps que nous recueillions de l'information sur la nature du travail et les tâches effectuées par les travailleuses enceintes ciblées par la recherche. Nous pouvions ainsi percevoir la marge de manœuvre, la flexibilité dont bénéficiaient les équipes de travail pour répondre aux besoins de conciliation. De plus, à travers la description de la situation, nous pouvions saisir l'approche de santé au travail qui était préconisée dans l'établissement. Comme pour les questionnaires, nous voulions aussi connaître l'orientation qui était privilégiée par les représentants syndicaux face aux demandes de retrait préventif et comment cette orientation était appliquée et suivie. Plus spécifiquement, nous voulions savoir comment étaient soutenues les travailleuses enceintes dans leurs démarches, quelles relations étaient entretenues avec ces travailleuses et les gestionnaires lors du traitement des demandes et comment le réaménagement des tâches en situation de grossesse pouvait s'arrimer avec la convention collective couvrant l'ensemble des travailleurs et travailleuses.

Chaque entrevue a été enregistrée et transcrite textuellement, codifiée selon les thèmes identifiés dans le schéma d'entrevue et des thèmes qui ont émergé du matériel empirique recueilli. Les données factuelles décrivant des situations, des politiques, des procédures, des critères, etc. ont été classées à l'aide d'une grille de codification pour reconstituer des façons de faire selon les caractéristiques des établissements sélectionnés. Les informations plus subjectives (par exemple, la perception des motivations des travailleuses à poursuivre leur travail, celle des employeurs à améliorer les conditions d'exercice des tâches, etc.) ont également été codifiées. Les éléments conjoncturels ou structurels ont été pris en considération lorsqu'ils pouvaient avoir un impact sur les actions privilégiées par les répondants et les répondantes. Par ailleurs, dans l'interprétation des données, les questions touchant le soutien au travail et les rapports de travail ne pouvaient être écartées si l'on voulait comprendre la dynamique qui se joue à la convergence des intérêts et de la marge de manœuvre des protagonistes. Parmi les dimensions considérées,

⁷ Pour des raisons de confidentialité, nous n'avons jamais questionné les gestionnaires spécifiquement sur la situation des travailleuses qui ont participé à la recherche.

les représentations des principaux problèmes au sein des établissements eu égard à la conciliation travail-grossesse, les activités d'identification et de contrôle des risques du travail ainsi que les rôles et responsabilités des principaux acteurs (gestionnaires, travailleuses, syndicats) nous apparaissaient indispensables à la compréhension de l'approche de gestion de la santé.

LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

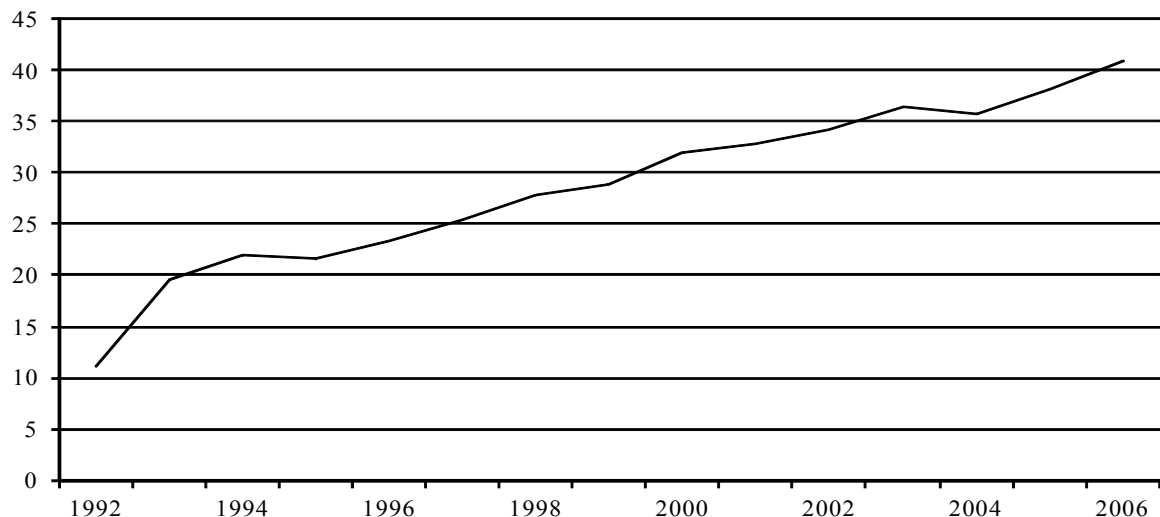
Les résultats de la recherche sont regroupés sous cinq dimensions. Après une brève synthèse de l'évolution de l'application du droit de retrait préventif, nous présenterons le contexte de travail dans les milieux que nous avons étudiés. Les entrevues avec les participants et participantes à la recherche nous ont par ailleurs fourni des éléments de compréhension des difficultés à reconnaître les risques pour la grossesse liés au travail et à aménager le travail pour éliminer ou réduire ces risques à un niveau acceptable. L'analyse des données fait ressortir les logiques qui sous-tendent le processus et les paradoxes qu'elles engendrent en regard de la protection de la santé.

L'évolution de l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte

Le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte est en application au Québec depuis une trentaine d'années déjà. Ainsi, depuis le début, le nombre de demandes de retrait préventif de la part des travailleuses enceintes a augmenté de façon considérable. Si, au tournant des années 1980, les gestionnaires d'établissement affichaient une relative indifférence face à un nombre réduit de demandes qui conduisaient presque toutes à un arrêt de travail, la situation a changé au cours des ans. En effet, l'augmentation du taux de recours a soulevé maintes questions sur les risques que représentait le travail des femmes enceintes pour leur santé et celle de l'enfant à naître et sur la volonté réelle des travailleuses de poursuivre leur activité professionnelle durant la grossesse. Cette période de mise en doute des bénéfices du droit est loin d'être achevée. Si les contestations devant les tribunaux administratifs restent rares, les réactions de mécontentement, d'opposition voire de scepticisme de la part des gestionnaires, autant ceux des ressources humaines que de la santé et sécurité au travail, ont toujours cours. Il y a une acceptation tacite de la part de ces derniers qui consentent à se conformer aux exigences de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, du moins en ce qui a trait à l'objectif de protection de la santé des travailleuses enceintes. Cependant, pour y parvenir, l'arrêt de travail est encore la solution qui est le plus souvent retenue.

En effet, même si l'objectif premier est de maintenir en emploi les travailleuses enceintes dans des conditions qui protègent leur santé et leur sécurité, en 2006, près de 60% des travailleuses enceintes y ayant eu recours ont été retirées du travail dès le moment où elles ont formulé leur demande, c'est-à-dire dans le premier trimestre de la grossesse. Il faut toutefois souligner que le taux de maintien au travail est en nette progression depuis les dernières années comme nous le montre le graphique ci-après, qui donne les pourcentages de travailleuses ayant demandé un retrait et qui ont été maintenues au travail. Cette évolution de la réaffectation appuie la pertinence de la présente recherche.

Graphique 1
Évolution du pourcentage de travailleuses enceintes maintenues au travail durant leur grossesse, 1992-2006



Source : CSST, Pour une maternité sans danger, Rapports statistiques de 1992-2008, données fournies par l'équipe de production statistique (Plante, 2009)

Le contexte de travail : comprendre le travail pour protéger la santé

Un grand nombre de femmes occupent des emplois dans le secteur des services. Ces métiers ont des exigences dont on commence à peine à explorer les effets sur la santé des travailleurs et des travailleuses. Le travail debout, le soulèvement de charges lourdes, les mouvements répétés, le rythme de travail élevé, les horaires étendus caractérisent ces métiers. Ces contraintes ergonomiques qui caractérisent aussi les métiers de l'industrie sont mises en cause dans la genèse de certaines maladies professionnelles. Si le processus de reconnaissance de ces facteurs organisationnels pathogènes est ardu dans le secteur industriel qui correspond davantage aux représentations du travail dangereux exercé par une main-d'œuvre masculine, il n'est pas étonnant de constater les nombreuses résistances à reconnaître qu'ils constituent un danger pour les femmes dans le secteur des services. Pourtant, pour la grossesse, des recherches épidémiologiques récentes ont montré de manière convaincante les impacts significatifs de la prévention en ce qui a trait à plusieurs risques ergonomiques qui caractérisent les métiers de services. « The risk of having an SGA infant (small-for gestational-age) increased with an irregular or shift-work schedule alone and with a cumulative index of the following occupational conditions : night hours, irregular or shift-work schedule, standing, lifting loads, noise, and high psychological demand combined with low social support. When the conditions were not eliminated, the risk increased with the number of conditions ($P_{trend}=0.004$; odds ratios=1.00, 1.08, 1.28,

1.43, and 2.29 for 0, 1, 2, 3, and 4–6 conditions, respectively). Elimination of the conditions before 24 weeks of pregnancy brought the risks close to those of unexposed women» (Croteau, Marcoux, Brisson 2006 : 1).

Le secteur des services se distingue par ailleurs par sa dimension relationnelle importante avec les usagers. La réponse rapide et efficace à leurs besoins est une préoccupation constante du personnel afin d'assurer un service de qualité. Cependant, comme le soulignent Gollac et Volkoff (2000), «c'est une face de l'activité qui n'est pas forcément apparente dans la définition officielle des tâches» (p. 60). De plus, si les tâches régulières peuvent être planifiées, il s'y ajoute toujours une part d'imprévu qui détermine l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, écart qui prend toute son importance dans l'évaluation des facteurs de risque pour la santé lors d'une demande de retrait préventif par une travailleuse enceinte et, par la suite, dans la mise en application des conditions de maintien au travail. «Le travail, c'est l'expérience de ce qui résiste, c'est la nécessité d'accorder ensemble des dimensions qui ne répondent pas aux mêmes logiques, ce en quoi, justement, le travail se distingue du « fonctionnement » (Bourgeois et Hubault, 2004 cité dans Ughetto, 2007, p. 49).

La recherche que nous avons réalisée confirme ces exigences pour le travail infirmier. Les infirmières sont en effet des professionnelles appelées, selon les circonstances, à prendre la relève de collègues, à participer au processus de soins avec les autres professionnels de la santé et à prendre des décisions rapides et importantes pour assurer le bien-être et la sécurité des patients et ce, en plus des contraintes physiques avec lesquelles elles doivent composer. La polyvalence, la latitude décisionnelle, l'esprit d'initiative, le travail d'équipe, la capacité de faire face à l'imprévu et d'assumer de longues heures de travail, comportent de grandes exigences que travailleuses et employeurs reconnaissent. L'activité de travail est aussi encadrée par des protocoles de soins qui doivent répondre à des normes déontologiques élevées, pour assurer une qualité de services. Les circonstances ou événements non prévisibles sont fréquents, par exemple les particularités ou l'évolution du « cas » ou encore l'arrivée inattendue de nouveaux patients qui vont changer le ratio infirmière/patients et, en conséquence, alourdissent la charge de travail et demandent aux infirmières une grande capacité d'adaptation et d'empathie. Enfin, la disponibilité et la rigueur sont des qualités que doivent maîtriser les infirmières. Les travaux de Vega sur le quotidien infirmier ont fourni des analyses fines de l'exercice des soins mettant en échec l'idée de l'interchangeabilité du personnel et les efforts constants d'accommodation à l'humain et à la technique dont il faut faire preuve. Elle montre bien l'importance des relations informelles dans un contexte où les ressources humaines et matérielles de même que le temps sont limités (Véga, 2000). Par ailleurs, certains modes de gestion s'apparentent à ceux de l'entreprise et entrent en contradiction, pour le personnel infirmier, avec la conception qu'ils ont du service public (Gollac et Volkoff, 2000).

Le travail du personnel des MA comporte aussi sa part d'imprévisibilité et n'échappe pas aux contraintes organisationnelles. Au plan ergonomique, de fortes exigences se retrouvent au niveau de la posture, des mouvements répétés et de la manutention de marchandises. Les horaires présentent une grande variabilité. Les demandes spéciales provenant des clients ou un achalandage particulièrement élevé peuvent changer sensiblement le déroulement du travail quotidien. La dimension relationnelle est considérée quand il est question de construire l'image de l'entreprise et fidéliser la clientèle. Cette

même dimension est par contre occultée quand il s'agit de reconnaître les exigences du travail. Les travaux d'Angelo Soares ont bien mis en évidence les tensions auxquelles font face les caissières de supermarché (Soares, 2000; 1998).

Quant aux rapports de travail, ils sont influencés par les caractéristiques des milieux de travail où nous avons choisi de mener la recherche. Ces caractéristiques ont un certain impact sur les modalités qui entourent l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte. Dans les MA où nous avons rencontré autant de gérants de sexe masculin que de sexe féminin, la direction est proche de ses employés. Les MA sont souvent des entreprises familiales et plusieurs des gestionnaires que nous avons rencontrés œuvraient au sein d'un MA depuis longtemps et même, avaient commencé au travail à la caisse pour graduellement se retrouver dans des postes de responsabilités. Ce sont donc des relations de proximité qui y prévalent autant entre la travailleuse et la direction qu'entre le syndicat et les travailleuses ou le syndicat et la direction. Les rapports de travail sont teintés d'une approche paternaliste⁸ et les conflits autour des enjeux de la conciliation travail-grossesse ne semblent pas fréquents. Malgré cette proximité, les travailleuses et les syndicats des MA ne sont cependant pas impliqués dans le choix des orientations de l'établissement en matière de conciliation travail-grossesse et de santé au travail, bien que les relations informelles facilitent jusqu'à un certain point des arrangements la plupart du temps satisfaisants.

À l'opposé, la taille et la structure des CH ne facilitent pas les contacts entre la direction et les employés des services cliniques. Les travailleuses disent ne pas être impliquées, voire écoutées, quand vient le temps de décider des orientations de l'établissement, même si ces orientations ont des impacts importants sur leur vie de travail et leur vie familiale. Les conflits ne sont pas fréquents, mais les tensions nous sont apparues plus grandes que dans les MA et les critiques adressées aux gestionnaires par les travailleuses et les syndicats, beaucoup plus sévères. On pourrait ajouter que l'inverse est aussi vrai. Les rapports de travail y sont davantage formalisés et encadrés par des procédures caractéristiques des grandes bureaucraties. Au niveau intermédiaire, plus spécifiquement au niveau de la gestion du droit de retrait préventif par le service de santé, les gestionnaires du droit de retrait préventif que nous avons rencontrés étaient des femmes (sauf un) qui ont elles-mêmes une formation en sciences infirmières.

Dans les établissements qui ont participé à la recherche, la décision concernant la faisabilité de mettre en œuvre les recommandations émises suite à l'évaluation médico-environnementale⁹ est décentralisée vers les équipes de travail. Si le manager de proximité, c'est-à-dire le gérant dans les MA ou la cheffe d'unité de soins dans les CH, considère

⁸ L'approche paternaliste fait ici référence à une « logique d'action patronale qui transpose dans l'organisation l'image de la relation paternelle avec ce qu'elle comporte de sollicitude et d'autorité » (De Coster et col., 1999, p.171). Dans ce type d'organisation, les rapports sont fortement hiérarchisés, mais les communications ascendantes sont facilitées par le fait qu'il existe peu d'échelons intermédiaires entre la direction et ses employés.

⁹ La travailleuse enceinte qui veut faire une demande de retrait préventif doit d'abord évaluer avec son médecin traitant les facteurs de risque présents dans l'exercice quotidien de son travail. Le médecin traitant doit par la suite demander une expertise médico-environnementale d'un médecin du réseau public en santé au travail. Lorsque des facteurs de risque sont identifiés, des recommandations d'aménagements du travail sont inscrites sur le certificat de retrait préventif que la travailleuse enceinte doit remettre à son employeur ou son représentant hiérarchique.

qu'un maintien au travail est possible, le processus est enclenché, sinon la travailleuse enceinte est retirée du travail. Leur degré d'ouverture à la conciliation travail-grossesse est donc déterminant pour le maintien au travail des travailleuses enceintes.

Le genre ne nous est pas apparu comme un facteur facilitant ou au contraire contraignant pour le maintien au travail. Il est impossible par exemple d'affirmer, d'après les données recueillies, que les gestionnaires de sexe féminin sont plus tolérantes envers les travailleuses enceintes. Au contraire, certaines ont vécu une grossesse en milieu de travail et répètent que la grossesse n'est pas une maladie et que les jeunes travailleuses sont peut-être trop craintives. On peut toutefois constater que le paternalisme caractérise davantage le type de gestion décrit par les gestionnaires masculins rencontrés.

Une difficile reconnaissance des risques liée à la méconnaissance du travail réel et de ses contraintes

Les divergences dans la perception du risque constituent la pierre d'achoppement d'une action concertée autour de la problématique de la conciliation travail-grossesse. La gestion des ressources humaines en CH, compte tenu de la nature des services, repose sur l'expertise et la compétence des soignants qui sont en contact régulier avec des personnes vulnérables. La possibilité d'un réaménagement des tâches et des conditions de travail tient à deux dimensions principales : d'abord, la qualité des soins aux patients et leur sécurité compte tenu de leurs caractéristiques et de leurs besoins, ensuite, la répartition équitable du fardeau de tâches entre les membres de l'équipe afin de répondre à ces besoins de façon adéquate. L'évaluation des risques pour la santé des travailleuses enceintes et leur retrait de l'exposition à ces risques ne peut se faire sans que ces paramètres soient pris en compte. Dans les MA, même si la plupart des postes n'exigent pas une expertise particulière, la qualité du service aux clients, la disponibilité et la polyvalence sont des exigences auxquelles il faut continuer de répondre malgré un réaménagement des tâches de la travailleuse enceinte. Si ces conditions ne peuvent être rencontrées, le retrait du travail devient la solution privilégiée.

Il y a des tâches qui ne se partagent pas, même au niveau de l'éthique professionnelle... c'est difficile de partager certaines tâches. En autant que les tâches puissent se partager, s'échanger, se réorganiser, il n'y a pas de problème. Ça demande de l'effort, mais il y a quand même une souplesse. (...) Donc, quand c'est trop difficile, on met en retrait (gestionnaire, CHE-12).

Dans le domaine de la santé des femmes au travail, l'évaluation des risques liés au travail se complique quand se mêlent, dans le processus, les représentations du risque et les conditions objectives du travail. Ces représentations se sont construites sur l'absence de reconnaissance de la dangerosité et la pénibilité du travail des femmes. En effet, la comparaison avec les activités que les femmes font à la maison¹⁰ revient souvent dans les discours pour mettre en doute les risques liés aux activités de travail qui caractérisent les emplois féminins. Les gestionnaires rencontrés expriment un certain scepticisme par rapport aux risques réels encourus par les travailleuses enceintes.

¹⁰ Par exemple, prendre soin des personnes, préparer la nourriture, nettoyer, etc.

Je ne suis pas une femme, j'ai jamais été enceinte, mais quand je lis: elle ne peut pas lever plus que 15 livres ou 15 kilos, mais que la madame arrive à la maison et qu'elle lève ses enfants, et qu'elle se promène avec ses enfants dans ses bras, c'est quoi la différence? (gestionnaire, MAE-3).

Les témoignages recueillis indiquent tout de même que gestionnaires et travailleuses possèdent une certaine connaissance des facteurs qui sont habituellement identifiés sur le certificat de retrait préventif et qui constituent un risque durant la grossesse. Les impacts sont toutefois mal connus ou ne sont pas toujours jugés significatifs par les gestionnaires. Selon eux, les risques ne justifieraient pas les craintes exagérées des travailleuses enceintes. Ainsi, ils dénoncent ce qu'ils perçoivent comme la complaisance des médecins traitants et des médecins du travail du réseau de santé publique vis-à-vis les récriminations faites par les travailleuses enceintes à l'endroit des exigences de leur travail ou de l'inadéquation de leurs conditions de maintien au travail, parce qu'ils considèrent que les risques sont très bien contrôlables par de bonnes méthodes de travail.

Ça existe déjà du risque zéro [c'est possible d'éliminer les risques], en autant que l'humain fasse ce qu'il doit faire. Et là, personne n'a le contrôle dessus. C'est l'individu qui doit se conscientiser et se sensibiliser (gestionnaire, CHE-15).

Ces représentations sont caractéristiques d'une approche traditionnelle de la gestion des risques axée sur la responsabilité individuelle et l'adoption de comportements sécuritaires au travail sans tenir compte de la faisabilité selon l'organisation du travail et les rapports de travail. En fait, les établissements questionnent peu les éléments de contexte qui conduisent à des situations ambiguës pour les travailleuses enceintes et, de ce fait, développent peu de stratégies visant l'organisation du travail. *Eux autres* [les gestionnaires] *ont pour leur dire que c'est à nous autres* [les infirmières] *de déléguer les tâches et de...* *J'ai un patient moi qui est en train de tomber, je vais le laisser tomber? (...) Non. Mais là, je suis à côté. Je le laisserai pas tomber c'est sûr* (travailleuse, CHT-12D).

De plus, la conception traditionnelle de la prévention s'est construite sur la notion d'accidents du travail mieux adaptée au travail exercé par les hommes dans le secteur industriel. Les risques professionnels dans les métiers de services sont moins visibles, et même si les connaissances scientifiques sur ces risques professionnels sont suffisantes pour lever bien des doutes, les experts restent divisés. Cela pénalise doublement les femmes.

Cette conception est un obstacle à l'analyse en profondeur de l'organisation du travail et conduit plutôt à mettre en doute la volonté réelle des travailleuses enceintes de se maintenir au travail. Comme les recherches précédentes le montraient, ce sont les changements structurels pour réduire ou éliminer à la source l'exposition aux risques, par exemple changer l'horaire de travail ou réorganiser les tâches, qui dérangent et affectent les rapports de travail. Ce qui est considéré comme la résistance des travailleuses au réaménagement de leur travail, soit à cause de l'attribution de tâches qu'elles jugent moins intéressantes ou de l'impossibilité de respecter dans le travail réel les recommandations

émises sur le certificat de retrait préventif, constitue une dimension dominante dans les situations conflictuelles. Pour les travailleuses, le retrait du milieu de travail peut en effet apparaître comme une solution qui occasionne moins de tracas, suscite moins de controverses et abaisse le niveau de tension qui entoure le réaménagement des conditions de travail. Mais les insatisfactions exprimées par ces dernières sont interprétées par une majorité de gestionnaires comme un indicateur de leur préférence pour l'arrêt de travail. Ce point de vue est partagé par des représentants syndicaux.

Plus spécifiquement, les gestionnaires voient une confirmation de la préférence des travailleuses enceintes pour l'arrêt de travail dans le fait que certaines n'ont pas recours au droit si elles savent qu'un réaménagement de leur travail leur sera proposé au lieu d'un arrêt de travail. La même interprétation a cours lorsque de jeunes travailleuses posent leur candidature dans des établissements où une demande de retrait préventif se solde rapidement par un arrêt de travail dès les premiers mois de la grossesse. Dans le même sens, une travailleuse enceinte qui conteste constamment les aménagements apportés à son travail, ou qui décide en fin de compte de rester dans son poste à risque, ou encore qui n'utilise pas les mesures de protection individuelle disponibles, sont autant de situations confirmant à leurs yeux la mauvaise volonté des travailleuses et leur préférence pour l'arrêt de travail. Enfin, les travailleuses enceintes feraient une demande de retrait préventif simplement parce qu'elles y ont droit peu importe le niveau de danger perçu parce qu'elles croient que l'arrêt de travail est un dû. Selon eux, le principe du retrait préventif en tant que droit des travailleuses selon la *Loi sur la santé et sécurité du travail* prime, pour les jeunes travailleuses, sur l'évaluation qu'elles font du risque pour leur santé ou celle de l'enfant à naître.

Et puis les femmes, d'après ce que j'ai vu, c'est important, ne serait-ce que pour le principe. On ne passe pas à côté, on y a droit, c'est un droit. (...) C'est ça, on ne se pose pas la question, y a-t-il du danger ou non. (...). C'est un droit et elles vont suivre le processus, c'est une protection, c'est une sécurité (gestionnaires, CHE-15).

Il est vrai que la motivation de la travailleuse enceinte à demeurer au travail est aussi un facteur de réussite non négligeable. Il faut cependant examiner le contexte de travail qui influence la préférence des travailleuses pour le maintien au travail ou pour l'arrêt de travail selon le cas.

Ils m'ont trop laissé à part (...) comme s'ils s'en foutaient un peu de mon cas. C'était genre OK, ben on va lui faire faire ça. Il y a des journées, je passais deux heures à rien faire. J'étais comme « Là qu'est-ce que je fais? ». Moi je voulais travailler. Un moment donné, je me suis dit je veux arrêter. J'étais découragée. (travailleuse, MAT-2A).

Toutefois, même si les travailleuses enceintes ne considèrent pas le maintien au travail comme « l'idéal », du moins dans les conditions où il se vit, lorsque l'orientation de l'établissement à cet égard est claire, nous avons pourtant observé que la pratique du milieu façonne l'intention de la travailleuse enceinte désireuse de faire une demande de retrait préventif en ce sens qu'elle « s'attend » à être maintenue au travail. *Plus on le fait, plus c'est accepté* (gestionnaire, CHE-12). Ainsi, dans les raisons qui déterminent en grande partie la

« préférence » des travailleuses enceintes pour l'arrêt de travail, on retrouve bien sûr le désir de vivre une belle expérience de grossesse. Cette raison est toutefois toujours en lien avec la dynamique des rapports de travail qui prévaut au sein de l'équipe, la satisfaction à l'égard de son travail réel et ce, qu'il advient de ce travail suite au réaménagement des tâches lors de la grossesse. De plus, la perception de la faisabilité de la conciliation travail-grossesse suite à l'expérience vécue par des collègues entre en ligne de compte. Enfin, les travailleuses souhaitent être traitées de façon équitable.

Pour les travailleuses, autant dans les CH que dans les MA, la flexibilité dans l'organisation de leur travail selon l'évolution de la grossesse, la prise en compte de leurs habiletés professionnelles ou de leur expertise lors du réaménagement de leur travail, le sentiment d'utilité et enfin, la qualité du service qu'elles peuvent continuer à offrir sont des dimensions incontournables.

C'est sûr que cet été quand j'étais très fatiguée, je me disais : J'espère qu'il ne me gardera pas ». Et là tu vois, à 18 semaines à peu près, j'ai eu... mon énergie est toute revenue, je me suis dit : « Là je m'en vais et je suis super en forme pour travailler ». Cet été je ne l'étais pas. C'est là que j'aurais dû être arrêtée (travailleuse, CHT-11B).

Le défi d'aménager le travail dans un contexte de pénurie, de flexibilité et d'intensification du travail

La réussite du maintien au travail dans des conditions qui protègent la santé de la travailleuse enceinte et de son enfant à naître présuppose certaines conditions qui font souvent défaut dans l'univers réel où évoluent les travailleuses enceintes. Les exigences de la production, le type de gestion, l'organisation du travail sont autant de conditions qui assurent ou au contraire limitent la marge de manœuvre nécessaire. Les rapports de travail sont une autre dimension qui prend une importance considérable dans un contexte où l'orchestration du réaménagement des tâches est laissée sous la responsabilité de la travailleuse enceinte alors qu'elle n'a pas le pouvoir réel d'exercer cette responsabilité et se retrouve continuellement en état de demande et d'attente vis-à-vis ses collègues et ses supérieurs. La conciliation travail-grossesse suppose des ajustements au sein de l'équipe de travail et non seulement au niveau des tâches spécifiques de la travailleuse enceinte. La bonne marche du processus repose donc en bonne partie sur l'équipe de travail qui doit compenser pour les tâches que ne peut effectuer la travailleuse enceinte.

Les situations conflictuelles enveniment les relations et vont souvent mettre en échec les efforts de maintien au travail. Ces difficultés sont même vécues par des travailleuses comme les infirmières qui, en principe, ont une certaine autonomie dans l'organisation de leur travail, mais qui peuvent difficilement y recourir, dans des milieux où les effectifs sont réduits.

C'est toujours exigeant pour une équipe parce que ça demande une réorganisation des tâches. (...) Il faut que toute l'équipe et les collègues participent...sans ça... (gestionnaire, CHE-12). S'il n'y a pas de travail

d'équipe de base là-dedans, oublie ça, ça ne fonctionnera jamais, jamais, jamais (gestionnaire, MAE-9).

Dans les cas où un réaménagement est possible, les gestionnaires des demandes de retrait préventif affirment qu'il est plus facile de faire accepter une réorganisation du travail à l'intérieur de l'équipe régulière plutôt qu'un déplacement vers un autre département ou une autre équipe de travail. En effet, les démarches pour un retrait préventif s'inscrivent dans des équipes de travail qui ont une histoire, une expérience, qui sont habituées à gérer leur quotidien et où les personnes, à quelque niveau que ce soit, ont chacune leur façon de répondre aux changements. Leurs réactions restent teintées de ce contexte et de cette expérience partagés qui, selon leur perception, présentent plus ou moins de contraintes ou d'opportunités de satisfaire les besoins de la travailleuse enceinte.

Pour les travailleuses enceintes, *quand on se connaît, c'est pas gênant de demander*, faisant référence au soutien essentiel de leurs collègues pour les aider à respecter leurs conditions de maintien au travail. Cette façon de faire a également comme avantage de réduire la perte d'expertise lorsque possible. Par exemple, dans certains départements de CH, les infirmières doivent posséder une expertise particulière, ce qui rend leur remplacement difficile. De la formation est donc nécessaire afin d'habiliter une nouvelle infirmière dans le département que quitte la travailleuse enceinte ou à l'inverse de la formation peut aussi être nécessaire pour habiliter la travailleuse enceinte affectée à de nouvelles tâches dans une autre équipe. Dans les deux cas, il faut du temps pour assurer une continuité de services de qualité aux usagers qui peuvent se sentir déstabilisés par un changement de personnel de chevet.

La disponibilité des ressources humaines selon leur nombre et leur expertise, est un élément majeur qui conditionne la marge de manœuvre. À cause du volume de demandes de retrait préventif et de la pénurie de main-d'œuvre, ces contraintes sont cependant plus importantes dans les CH qui craignent par ailleurs que l'orientation vers le maintien au travail nuise à l'attraction et à la rétention du personnel infirmier. De plus, l'alourdissement des tâches entraîne une plus grande fatigue du personnel et une augmentation des absences pour maladie et des coûts d'assurance salaire¹¹. *Il y a tellement de manque qu'on est obligé d'être là. On est obligé de continuer à faire ce qu'on faisait même, pareil qu'avant d'être enceinte. C'est ça que j'ai trouvé. Ça a joué un gros rôle la pénurie* (travailleuse, CHT-13B).

Bref, la nature des tâches, des rapports conflictuels, l'impossibilité d'alléger la charge de travail ou encore le manque d'expertise de la travailleuse pour occuper d'autres fonctions, sont autant de facteurs qui entrent dans le processus décisionnel visant le maintien au travail dans des conditions acceptables pour la travailleuse enceinte. À la lumière des témoignages recueillis, il s'avère que le processus décisionnel ne peut pas s'appuyer exclusivement sur une analyse de risques pour la santé. Il doit tenir compte de la dynamique des rapports de travail qui pèse lourd sur la possibilité d'atteindre l'objectif de maintien au travail des travailleuses enceintes.

¹¹ L'assurance salaire protège financièrement les employés qui, pour des raisons de maladie, doivent s'absenter du travail. Leur lien d'emploi et certains avantages s'y rattachant sont également protégés.

Logique gestionnaire et santé au travail, la conciliation est-elle possible?

Les pressions plus fortes exercées au cours des dernières années par la Commission de la santé et de la sécurité du travail afin de faire respecter l'esprit du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte tel que stipulé dans la *Loi sur la santé et sécurité au travail* du Québec de même que l'amélioration des connaissances sur les facteurs de risque « modifiables » ont eu une influence sur l'augmentation du maintien au travail durant la grossesse. Mais, dans les établissements où nous avons mené la recherche, particulièrement dans les CH, c'est la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers qui a changé la donne de manière importante au cours des dernières années. *Avec les années et la pénurie de main-d'œuvre infirmière, on s'est comme réveillé et on a dit : «Ces filles-là, on pourrait les garder»* (gestionnaire, CHE-16). En effet, à la lumière de nos résultats, il apparaît que certains établissements de grande taille intègrent la gestion du droit de retrait préventif à leur stratégie de rétention des ressources humaines. L'objectif premier étant de maintenir en poste les ressources le plus longtemps possible.

Après s'être opposés, puis conformés à la *Loi sur la santé et sécurité du travail* qui a prévalu durant les premières décennies d'application du droit, certains gestionnaires adoptent graduellement une gestion du risque intégrée à la gestion des ressources humaines dans le but avoué de réduire les problèmes de pénurie de main-d'œuvre. Pour ce faire, certains établissements se sont dotés de mécanismes et de ressources pouvant prendre en charge le réaménagement du travail. Ils acquièrent ainsi une certaine forme d'autonomie vis-à-vis le réseau public en santé au travail qui est impliqué dans le suivi de l'application des recommandations inscrites sur le certificat de retrait préventif. Si cette prise en charge peut réduire les occasions de conflits sur l'interprétation du risque qui ont souvent envenimé les relations avec les médecins de la santé publique qui font l'évaluation médico-environnementale, elle soulève par contre d'autres interrogations. En se soustrayant au regard des professionnels de la santé au travail, cette emprise gestionnaire risque-t-elle de voiler la qualité des réaménagements du travail proposés à la travailleuse enceinte au regard de la santé et sécurité? Une partie de la réponse à cette question nous vient des travailleuses et des représentants syndicaux qui considèrent que l'application des recommandations inscrites sur le certificat de retrait préventif, même si elle fait l'objet d'une consultation auprès des équipes de travail, ne respecterait pas toujours intégralement les engagements qui sont pris envers la travailleuse enceinte. De plus, selon les témoignages recueillis, cette dernière continue la plupart du temps à porter le poids de l'échec ou du succès du réaménagement visant à la maintenir au travail. Bien qu'aucune travailleuse ne perd son droit de consulter le médecin en santé au travail du réseau public ni de contester auprès de la CSST si elle juge que sa réaffectation n'est pas correcte, elles ne semblent pas l'utiliser fréquemment. Cette forme d'engagement des travailleuses enceintes sollicité par l'employeur génère de fortes tensions alors que les travailleuses souhaiteraient que les gestionnaires maîtrisent davantage le processus d'organisation des tâches. «Tout cela laisse cependant non résolu le cœur du problème des conditions contemporaines du travail : une sollicitation de l'agir qui appelle une coopération des salariés mais que certaines conditions actuelles rendent pénible en proportion précisément de ce qui est consenti» (Ughetto, 2007, p. 133).

Enfin, les représentations du travail des femmes changent lentement, ce qui est un obstacle à revoir l'organisation du travail et à reconnaître les risques que comporte leur travail. Les démarches entourant l'application du retrait préventif ont été un révélateur de la logique qui guide l'approche de gestion des risques pour la santé. Les résultats de cette étude montrent qu'une logique de gestion des ressources humaines guide ce processus, parfois au détriment des objectifs de santé et sécurité du travail, et qu'elle peut mettre en échec les efforts de réaménagement du travail visant à favoriser la conciliation travail-grossesse. Assurer le maintien au travail de la travailleuse enceinte dans des conditions qui respectent sa santé et son bien-être tout comme celui de l'enfant à naître représente un premier défi de taille. Rendre l'exercice du travail - prescrit et réel - conforme aux recommandations émises par les médecins du travail du réseau public en faisant en sorte de limiter le plus possible les impacts sur l'équipe de travail qui entoure la travailleuse enceinte représente un second défi dans des secteurs d'emplois où la pression est parfois forte et la charge de travail importante. Dans les CH plus particulièrement, le contexte de rareté de la main-d'œuvre infirmière rend de plus en plus urgente la recherche de réponses adéquates et efficaces aux différents problèmes soulevés par la rétention des travailleuses enceintes. La pénurie de main-d'œuvre conjugée au retrait à domicile des travailleuses enceintes semble rendre le travail pour celles qui restent très pénible et, dans ce contexte, l'orientation des établissements vers le maintien au travail durant la grossesse inquiète les jeunes travailleuses.

CONCLUSION

La période entourant la naissance d'un enfant est toujours une période sensible en regard des ajustements qui s'imposent pour assurer la poursuite du travail. L'annonce de la grossesse est un moment chargé d'émotions souvent contradictoires. Les tensions qui existent dans les milieux de travail peuvent être exacerbées par cette annonce lorsqu'elle a des impacts négatifs anticipés sur l'équilibre déjà fragile de la répartition du travail au sein d'une équipe. Les réactions du gestionnaire de proximité deviennent déterminantes dans un tel contexte comme nous l'ont révélé les résultats de la recherche.

Les demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ont augmenté de façon considérable depuis les débuts de la mise en application de ce droit. Le temps a été long cependant avant que le maintien au travail soit vu comme une option possible de gestion du risque. Il est cependant difficile, dans les propos des gestionnaires que nous avons rencontrés, de départager résistance au droit, résistance à reconnaître les exigences du travail des femmes et résistance à faire de la place à la conciliation travail-famille. Le fait que les employeurs ont à assumer les coûts de l'application du droit de retrait préventif est un irritant certain. *On paie un congé de maternité prolongé* ou *On se mêle de la gestion de l'entreprise* sont des propos qui ont toujours cours. La recherche montre que les bénéfices pour la santé sont soupesés à la lumière des contingences organisationnelles.

Le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte – qui oblige l'employeur à s'ouvrir à la conciliation travail-grossesse – a été peu «utilisé» par les représentants syndicaux et par les chercheuses féministes comme un tremplin pour la lutte visant l'amélioration des conditions de travail et la diminution des iniquités envers l'emploi des femmes. Pour ces dernières, la crainte de faire ressurgir le discours sur la vulnérabilité du

corps des femmes et sur l'incompatibilité du travail et de la maternité est peut-être une explication. Pour les syndicats, ce droit est défini dans la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* comme un droit individuel dont la travailleuse enceinte peut se prévaloir si elle craint d'être exposée à des risques liés à son travail. L'initiative de la demande lui revient. Le caractère personnalisé de la démarche, lié au fait que nombre de travailleuses enceintes se montrent insatisfaites de leurs conditions de réaménagement du travail et souhaiteraient être retirées, semble compliquer l'accompagnement dans une démarche qui poursuit un objectif de maintien au travail. De plus, la défense du droit en tant qu'enjeu collectif, au même titre que les conditions de travail par exemple, ne soulève pas une grande adhésion.

Enfin, il est évident qu'une période d'arrêt de travail est nécessaire. Là n'est pas la question. Ce que nous questionnons est la résistance des employeurs à considérer la conciliation travail-grossesse et travail-famille comme un enjeu collectif qui mérite que l'on repense l'organisation du travail pour permettre aux hommes et aux femmes de rencontrer leurs responsabilités multiples sans que leur trajectoire d'emploi ne s'en trouve pénalisée injustement. Toutefois, il existe toujours une acceptation sociale de l'arrêt de travail prolongé des femmes pour des raisons familiales. L'intensification du travail et ce qu'elle entraîne pour le travail réel mène vers des choix de vie qui diminuent les tensions dans la vie familiale. Au sein du couple, la jeune femme reste encore l'actrice principale de l'orchestration des arrangements qui permettent d'atteindre cet objectif. Pourtant, l'arrêt de travail dès le début de la grossesse allonge de façon significative la période de retrait du travail entourant l'arrivée d'un enfant. Dans le contexte actuel des transformations du marché du travail où la présence au travail, les apprentissages en cours d'emploi et la connaissance des réseaux professionnels jouent un rôle déterminant, une absence prolongée peut avoir de lourdes répercussions, d'où l'importance d'offrir aux femmes des conditions de conciliation travail-grossesse-famille favorables.

Parmi les stratégies à privilégier que nous pouvons dégager des propos des gestionnaires, des représentants syndicaux et des travailleuses, la mise en place d'une structure formelle de dialogue entre les parties impliquées, non seulement au moment du dépôt d'une demande par une travailleuse enceinte, mais dans l'élaboration d'une politique de réaménagement des tâches qui clarifie les façons de faire et les responsabilités de chacun, nous a été présentée comme une action prioritaire. De plus, investir dans une personne-ressource formée et dédiée à la santé et sécurité, qui développe une approche participative permettant aux travailleuses d'exprimer leur point de vue sur des solutions envisageables lorsqu'un problème est identifié, et qui a la confiance des gestionnaires de proximité, peut assurer une application adéquate et efficace d'une telle politique. Enfin, dans ce processus de changement, l'appui de la haute direction, autant l'appui financier que l'appui à un changement d'orientation, est essentiel.

Les résultats de notre recherche montrent que nous ne sommes jamais loin de l'opposition classique production-reproduction, mais la constance des travailleuses enceintes à se prévaloir de leur droit confronte les milieux de travail et ébranle l'autorité gestionnaire. Elles ouvrent ainsi une brèche donnant accès à la discussion et à la recherche de stratégies de conciliation au sein même de l'entreprise. Nos résultats suggèrent la nécessité d'une «réflexion sur l'organisation comme producteur de conditions de travail en exigeant d'entrer dans la compréhension concrète de ce qu'est une organisation de l'activité» des travailleuses enceintes et de leur équipe de travail (Ughetto, 2007, p. 134).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ACKER, J. 1992. *Gendering Organizational Theory» in Gendering Organizational Analysis*, A.J. Mills and P. Tancred (eds), Newbury Park, Sage, p. 248-260.
- ACKER, J. 1998, The Future of Gender and Organizations. *Gender, Work, and Organizations*, vol.5, No 4, 195-206.
- BUZZANELL, P., LIU, M. 2007. It's "give and take": maternity leave as a conflict management process. *Human Relations*, Vol. 60, No 3, 463-495.
- CALLAN, S. 2007. Implications of family-friendly policies for organizational culture: findings from two case studies». *Work, Employment and Society*, Vol. 21, No 4, 673-691.
- COENEN-HUTHER, J. 2009. *L'égalité professionnelle entre hommes et femmes: une gageure*, Paris, L'Harmattan.
- CROTEAU, A., S. MARCOUX, BRISSON, C. 2007. Work activity in pregnancy, preventive measures and the risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 166, No 8, 951-965.
- CROTEAU, A., S. MARCOUX, BRISSON, C. 2006. Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant. *American Journal of Public Health*, Vol. 96, No 2, 1-10.
- DE COSTER, M. et coll. 1999. *Sociologie du travail et gestion des ressources humaines*, 3^{ième} édition, Bruxelles, DeBoeck Université.
- DEVREUX, A.-M. 1988. *La double production. Les conditions de vie professionnelle des femmes enceintes*, Paris, Centre de sociologie urbaine.
- GISSELMANN, M. D. HEMSTRÖM, O. 2008. The contribution of maternal working conditions to socio-economic inequalities in birth outcome. *Social Science and Medicine*, Vol. 66, 1297-1309.
- GOLLAC, M., VOLKOFF, S. 2000. *Les conditions de travail*, Paris, collection Repères, Éditions La Découverte & Syros.
- HIRATA, H., KERGOAT, D. 1998, La division sexuelle du travail revisitée, dans M. Maruani, *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris, La Découverte/Mage.
- KERGOAT, D. 2004. Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe, dans H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doare et D. (coord.), *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, PUF, 2004, 2e éd., 35-44.
- LAUFER, J., MARRY, C., MARUANI, M. 2001. *Masculin-féminin : questions pour les sciences de l'homme*, Paris, Presses universitaires de France.
- LUPTON, D. 1999, *Risk*, London, Routledge.
- MALENFANT, R. 2009. Risk, control and gender : reconciling production and reproduction in risk society, numéro special Organizations and risk in late modernity, *Organization Studies*, 30, 2&3, p. 69-90.
- MALENFANT, R., GRAVEL, A. - R., LAPLANTE, N., JETTÉ, M., ST-AMOUR, C., PLANTE, R. 2009. *La conciliation du travail et de la grossesse : la transition vers le maintien au travail dans la gestion du risque pour la santé*, Document de recherche 2009-03, Gatineau, Université du Québec en Outaouais.
- MALENFANT, R., CÔTÉ, N. 2006. La médicalisation de la conciliation du travail et de la famille. *Sociologie et santé*, Vol. 1, No 25, 261-277.

- MALENFANT, R., DE KONINCK, M., CÔTÉ, N. 2004. *Grossesse et travail. La construction sociale du risque*, rapport de recherche, RIPOST, Québec, CLSC Haute-Ville-Des-Rivières et Université Laval.
- MALENFANT R., DE KONINCK, M. 2004. Maternité et précarisation de l'emploi. *Maternité et Parentalité*, G. Neyrand et Y. Knibiehler (dir.), École nationale de santé publique (ENSP), France, p. 101-114.
- MALENFANT, R., DE KONINCK, M. 2002. Production and reproduction : the issues involved in reconciling work and pregnancy. *New Solutions*, Vol. 12, No 1, 61-77.
- MALENFANT, R. 1997, La résistance tranquille. *Stratégies de résistance et travail des femmes*, A. Soares (dir.), Montréal, L. Harmattan, p. 107-121.
- MALENFANT, R. 1996a. *Travail et grossesse. Peut-on laisser la maternité en dehors de l'entreprise?*, Montréal, Éditions Liber.
- MALENFANT, R. 1996b. Discontinuités et ruptures dans la vie professionnelle des femmes : la conversion d'une résistance naturelle en un paradoxe social. *Le travail et l'emploi en mutation*, L. Mercier et R. Bourbonnais (eds), Les cahiers scientifiques de l'ACFAS, no 87, p. 107-119.
- MCDONALD, A.D., MCDONALD, J.C., ARMSTRONG, B., et coll. 1988a. Prematurity and work in pregnancy. *British Journal of Industrial Medicine*, Vol. 45, 56-62.
- MCDONALD, A. D., MCDONALD, J.C., ARMSTRONG, B. et coll. 1988b. Foetal death and work in pregnancy. *British Journal of Industrial Medicine*, Vol. 45, No 3, 148-157.
- MCDONALD, A.D. 1988. Work and pregnancy. *British Journal of Industrial Medicine*, Vol. 45, No 9, 577-580.
- MESSING, K. 2000, *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle?* Montréal, les éditions du remue-ménage, Toulouse, Octarès.
- MOREL, N. 2007, Le genre des politiques sociales. L'apport théorique des « gender studies » à l'analyse des politiques sociales. *Sociologie du travail*, Vol. 49, 383-397.
- OIT. 2010. *La maternité au travail: une revue de la législation nationale. Résultats de la Base de données de l'OIT sur les lois relatives aux conditions de travail et de l'emploi*, 2^{ième}, Bruxelles, Organisation internationale du travail.
- PLANTE, R. 2009. Le retrait préventif de la travailleuse enceinte : des recommandations à jour? *Le Médecin du Québec*, Vol. 44, No 4, 89-91.
- PLANTE, R., MALENFANT, R. 1998 Reproductive Health and Work : different experiences. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 40, No 11, 964-968.
- SOARES, A. 2000. [Interactions et violences dans les supermarchés : une comparaison Brésil – Québec.](#) *Cahiers du Genre*, Vol. 28, 97-115.
- SOARES, A. 1998. [Les qualifications invisibles dans le secteur des services : le cas des caissières de supermarchés.](#) *Lien Social et Politiques - RIAC*, Vol. 40, 105-116.
- ST-AMOUR, C. 2010. *La conciliation travail et grossesse : comprendre l'approche de gestion des employeurs*, Mémoire de maîtrise, Département de relations industrielles, Université du Québec en Outaouais.
- THÉBAUD-MONY A. 2000. La santé au travail, in H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré et D. Senotier (eds), *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, Presses universitaires de France, p. 195-200.
- UGHETTO, P. 2007. *Faire face aux exigences du travail contemporain. Conditions du travail et management*, Lyon, ANACT.
- VEGA, A. 2000. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des archives contemporaines.

- VOGEL, L. 1990 Debating difference : feminism, pregnancy and the workplace. *Feminist studies*, Vol. 16, No 1, 9-32.
- VOGEL, L. 2007. *La dimension genre en santé au travail. Premiers enseignements d'une enquête européenne*, version en-ligne
<http://constant.all2all.org/~digitales/texts/vogelart.doc>
- VOGEL, L. 2003. *La santé des femmes au travail en Europe : des inégalités non reconnues*, Bruxelles, Bureau technique syndical.