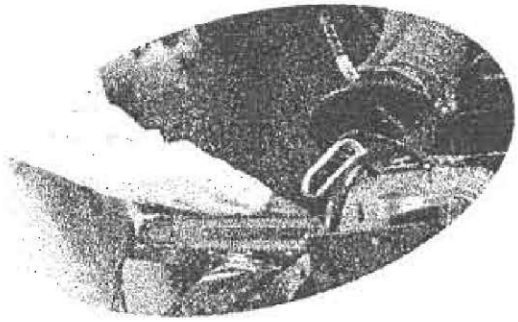
Pour une maternité sans danger
Axes de recherche



Groupe de travail
« Pour une maternité sans danger »

Présidé par Madeleine Blanchet

Janvier 1993

RAPPORT

WA
491
B42
1993

RSST
Institut de recherche
en santé et en sécurité
du travail du Québec

INSPQ - Montréal
3 5567 00003 8650

SANTÉCOM

L'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST) est un organisme de recherche scientifique voué à l'identification et à l'élimination à la source des dangers et des risques professionnels, et à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.

L'IRSST effectue, commandite et subventionne des recherches qui visent à réduire les coûts humains et financiers occasionnés par les accidents de travail et les maladies professionnelles.

Les résultats des travaux de l'Institut sont présentés dans une série de publications, disponibles sur demande à la Direction des communications. Un périodique d'information, *L'IRSST*, paraît trois fois par année. Il présente des dossiers, articles et résumés vulgarisés des recherches et les récentes publications.

Il est possible de se procurer la liste des publications de l'Institut en écrivant à l'adresse ci-dessous.

Pour une maternité sans danger
Axes de recherche

Rapport soumis
au directeur général
de l'IRSST

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
CENTRE DE DOCUMENTATION
MONTRÉAL

Groupe de travail
« Pour une maternité sans danger »

Présidé par Madeleine Blanchet

RAPPORT

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.

© Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, janvier 1993.

1er trimestre 1993.

AVANT-PROPOS

Le groupe de travail "Pour une maternité sans danger" a été créé par l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec au cours de l'année 1991. Les raisons de la formation du groupe étaient liées aux difficultés rencontrées dans l'administration du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, notamment aux divergences d'opinion des professionnels sur la définition du "danger" telle que contenue dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Le manque de connaissance sur l'adaptation des conditions de travail aux exigences d'une protection adéquate pour la santé de la femme enceinte et de son enfant était également ressenti de façon aiguë. Par ailleurs, le fait que le programme, depuis son instauration, ait conduit plus souvent au retrait du milieu de travail qu'au maintien en emploi justifiait une remise en question de l'ensemble de la situation.

Le groupe de travail aviseur au directeur général avait pour mandat de déterminer des axes de recherche sur la protection de la santé des travailleuses enceintes et de l'enfant à naître. Au cours de son année d'existence, le groupe de travail Pour une maternité sans danger, formé de représentants et de représentantes de diverses disciplines et de différents milieux, en est arrivé à des propositions qui devraient stimuler la recherche sur l'aménagement des postes de travail, sur l'organisation du travail et sur les impacts de l'assainissement des milieux de travail sur la santé de la travailleuse enceinte et de son enfant. Durant les discussions du groupe, il est vite apparu évident qu'en plus du développement de la recherche épidémiologique, il était tout aussi essentiel d'orienter la recherche vers ce qui sous-tend les divergences quant à la reconnaissance des facteurs de risque et des dangers qu'ils représentent pour la santé et vers les possibilités réelles de rendre les conditions de travail saines et sécuritaires. Ainsi, les axes de recherche proposés touchent les aspects qualitatifs et quantitatifs des actions visant à protéger la santé des travailleuses enceintes et de leur enfant, le groupe de travail étant convaincu que ce n'est qu'en examinant toutes les dimensions de la question que des solutions à long terme pourront être trouvées.

Le document fait état, dans la première partie, de l'évolution du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite à la lumière du contexte plus général de la participation des femmes québécoises au marché du travail et des caractéristiques des emplois qu'elles occupent. Une section fait la revue des travaux portant sur les conditions de travail des femmes et leurs effets sur la santé. Les données sur l'utilisation du retrait préventif selon la profession et la région sont étudiées dans le cadre des mesures de protection des femmes au travail qui existent dans d'autres pays. La deuxième partie du document porte spécifiquement sur les axes de recherche proposés par le groupe de travail; la synthèse des axes de recherche est présentée en troisième et dernière partie de même que les thèmes retenus en priorité par le groupe de travail.

Madeleine Blanchet, présidente

Liste des membres du groupe de travail

Madame Madeleine Blanchet, présidente du groupe de travail
Médecin-épidémiologiste, spécialiste en santé publique
Conseil des Affaires sociales, présidente
Gouvernement du Québec

Madame Marguerite Michelle Côté
Anthropologue
Programme Organisation du travail, chercheure
Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec

Madame Jocelyne Éverell
Ingénieure industrielle
Service du génie industriel, conseillère syndicale
Confédération des syndicats nationaux

Madame Carole Gingras
Relations industrielles
Service de la condition féminine, directrice
Fédération des travailleurs et des travailleuses du Québec

Madame Lise Goulet
Médecin-épidémiologiste
Département de médecine sociale et préventive, professeure adjoint et chercheure
Université de Montréal

Monsieur François Lebire
Médecin, toxicologie industrielle
Consultant en santé au travail
Firme Sanagex

Madame Abby Lippman
Généticienne, épidémiologiste
Département d'épidémiologie et de biostatistique, professeure et chercheure
Université McGill

Madame Romaine Malenfant, assistante de recherche du groupe de travail
Sociologue
Département de santé communautaire, conseillère en recherche
Centre hospitalier de l'Université Laval

Monsieur Robert Plante
Médecin en santé communautaire
Équipe de santé au travail, médecin-conseil
Département de santé communautaire
Centre hospitalier de l'Université Laval

Madame Anne Quéniart
Sociologue
Département de sociologie, professeure et chercheure
Université du Québec à Montréal

Monsieur Pierre Robillard
Médecin-conseil
Équipe de recherche en santé au travail
Département de santé communautaire
Hopital Sacré-coeur

Monsieur Patrick Sébastien
Ingénieur en sciences de l'environnement
Directeur scientifique
Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec

Madame Marie St-Vincent
Ergonome
Programme Sécurité-Ergonomie, chercheure
Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux 1

Liste des figures 2

Définitions 4

Partie 1: L'évolution du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite 5

1. L'évolution de la participation des Québécoises au marché du travail 6

2. Les caractéristiques de l'emploi féminin 10
   2.1 La taille des entreprises 10
   2.2 Les secteurs d'emploi et les professions 10

3. Les conditions de travail des femmes et les effets sur la santé 12

4. Les mesures de protection des femmes au travail et le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite 16
   4.1 Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite 17
   4.2 L'évolution du programme 18
   4.3 Le maintien en emploi 20
   4.4 La population rejointe 22
   4.5 Les disparités régionales 24

5. Les données statistiques complémentaires 27
   5.1 Le calcul des taux 27

Partie 2: Les axes de recherche 47

1. Les axes de recherche 48

2. Les méthodologies de recherche 49

3. Les axes détaillés de recherche 49
   3.1 Reconnaître les dangers 49
   3.2 Éliminer les dangers et prévenir leurs effets néfastes sur la santé 50
   3.3 Étudier les politiques entourant la maternité et le travail des femmes 53

Partie 3: Synthèse des axes de recherche 55

Liste des tableaux

Page

Taux d'activité féminine (15-64 ans) dans différents pays industrialisés, 1970, 1980 et 1989. 7

Situation des femmes par rapport au marché du travail selon la présence d'obligations personnelles et familiales, Québec, 1976 et 1991. 9

Répartition de la main-d'oeuvre selon les grands groupes professionnels, Québec, 1981 et 1991. 11

Répartition des bénéficiaires de retrait préventif selon la nature de l'agresseur relié au poste de travail, Québec, 1985 et 1990. 18

Répartition des bénéficiaires de retrait préventif selon le trimestre de grossesse, Québec, 1985 et 1990. 20

Évolution du nombre de femmes actives et en emploi, Québec, 1966-1991. 28

Répartition de la main-d'oeuvre féminine par secteur d'activité économique, Québec, 1986. 29

Répartition de la main-d'oeuvre féminine par profession, Québec, 1986. 29

Répartition de la main-d'oeuvre féminine selon la profession, le taux de féminité et le revenu annuel moyen, Québec, 1986. 30

Répartition de la main-d'oeuvre féminine et des demandes de retrait préventif selon la profession, Québec. 31

Nombre de demandes de retrait préventif selon la profession et la région, Québec, 1985 et 1990. 32

Nombre de femmes actives ayant un enfant durant l'année précédant le recensement selon la profession et la région, Québec, 1986. 33

Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Évolution des taux de demandes, de demandes acceptées et d'indemnisations, Québec, 1985-1990. 34

Liste des figures

Page

Taux d'activité des femmes selon l'âge, Québec, 1991. 7

Taux d'activité des femmes, dans les familles biparentales, ayant des enfants d'âge préscolaire, Québec, 1976 à 1991. 8

Taux d'activité des femmes et taux de demandes de retrait préventif, Québec, 1985-1990. 19

Indice de demandes de retrait préventif selon la région, Québec, 1986. 26

Évolution de la main-d'oeuvre féminine par secteur d'activité économique, Québec, 1951-1991. 35

Répartition des travailleuses (15-44 ans) selon la taille des entreprises, Québec, 1989. 35

Répartition des travailleuses (15-44 ans) selon la taille des entreprises, Industries primaires, Québec, 1989. 36

Répartition des travailleuses (15-44 ans) selon la taille des entreprises, Industries de la construction, Québec, 1989. 36

Répartition des travailleuses (15-44 ans) selon la taille des entreprises, Industries manufacturières, Québec, 1989. 36

Répartition des travailleuses (15-44 ans) selon la taille des entreprises, Commerce de gros, Québec, 1989. 37

Répartition des travailleuses (15-44 ans) selon la taille des entreprises, Commerce au détail, Québec, 1989. 37

Répartition des travailleuses (15-44 ans) selon la taille des entreprises, Services gouvernementaux, Québec, 1989. 37

Nombre de mères actives (enfant < 1 an) et demandes de retrait préventif selon la profession, Québec, 1986. 38

Nombre de demandes de retrait préventif selon la profession, Québec, 1985 et 1990. 38

Taux de demandes de retrait préventif selon la profession, Québec, 1986. 22 et 38

Nombre de mères actives (enfant < 1 an) et demandes de retrait préventif selon la région, Québec, 1986. 39

Nombre de demandes de retrait préventif selon la région, Québec, 1985 et 1990. 39

Taux de demandes de retrait préventif selon la région, Québec, 1986. 25 et 39

Taux de demandes de retrait préventif selon la région chez les travailleuses de la santé, Québec, 1986. 40

Taux de demandes de retrait préventif selon la région chez les travailleuses spécialisées dans les services, Québec, 1986. 40

Taux de demandes de retrait préventif selon la région chez les travailleuses spécialisées dans la vente, Québec, 1986. 40

Taux de demandes de retrait préventif selon la région chez les travailleuses de la transformation, Québec, 1986. 41

Taux de demandes de retrait préventif selon la région chez les travailleuses de la fabrication, Québec, 1986. 41

Taux de demandes de retrait préventif selon la région chez les enseignantes, Québec, 1986. 41

Taux de demandes de retrait préventif selon la région chez les employés de bureau, Québec, 1986. 42

Indice de demandes de retrait préventif selon la région, Travailleuses de la santé, Québec, 1986. 43

Indice de demandes de retrait préventif selon la région, Travailleuses spécialisées dans les services, Québec, 1986. 43

Indice de demandes de retrait préventif selon la région, Travailleuses spécialisées dans la vente, Québec, 1986. 43

Indice de demandes de retrait préventif selon la région, Enseignantes, Québec, 1986. 44

Indice de demandes de retrait préventif selon la région, Employées de bureau, Québec, 1986. 44

DÉFINITIONS

Dans ce document, les termes *effet néfaste, danger, risque et facteur de risque* sont utilisés dans le sens suivant:

Effet néfaste : Complication ou issue défavorable de la grossesse (par exemple, les contractions prématurées, les saignements, l'éclampsie, la naissance prématurée, l'insuffisance de poids du bébé à la naissance, etc.), problème de santé de la travailleuse enceinte (par exemple, l'hypertension, la lombalgie, les troubles du sommeil, etc.) ou problème de santé de l'enfant allaité (transmission de contaminants biologiques ou chimiques par le lait maternel).

Danger: Élément du milieu de travail (substance, produit, équipement, procédé, activité de travail, horaire de travail, etc.) qui peut être à l'origine d'un effet néfaste.

Risque: Probabilité statistique.

Facteur de risque: Conditions associées à une probabilité statistique que survienne un effet néfaste. Les facteurs de risque peuvent être physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques, organisationnels ou autres. Dans le présent document, il est fait référence aux facteurs de risque présents dans le milieu de travail.

PARTIE 1

L'ÉVOLUTION DU PROGRAMME DE RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Recherche et rédaction:

Romaine Malenfant, agente de recherche
Groupe de travail Pour une maternité sans danger

1. L'ÉVOLUTION DE LA PARTICIPATION DES QUÉBÉCOISES AU MARCHÉ DU TRAVAIL

La société québécoise a été marquée au cours des dernières décennies par une augmentation importante de la participation des femmes au marché du travail. Cette hausse rapide du taux d'activité féminine et le profil d'emploi plus continu des jeunes femmes ont accru les préoccupations concernant les effets de certaines conditions de travail sur la santé des femmes et, plus particulièrement, sur leur fonction reproductive. Les facteurs de risque auxquels les travailleuses sont plus particulièrement exposées, compte tenu des types d'emploi dans lesquels elles sont concentrées, font depuis quelques années l'objet d'une attention plus soutenue des milieux de recherche en santé du travail.

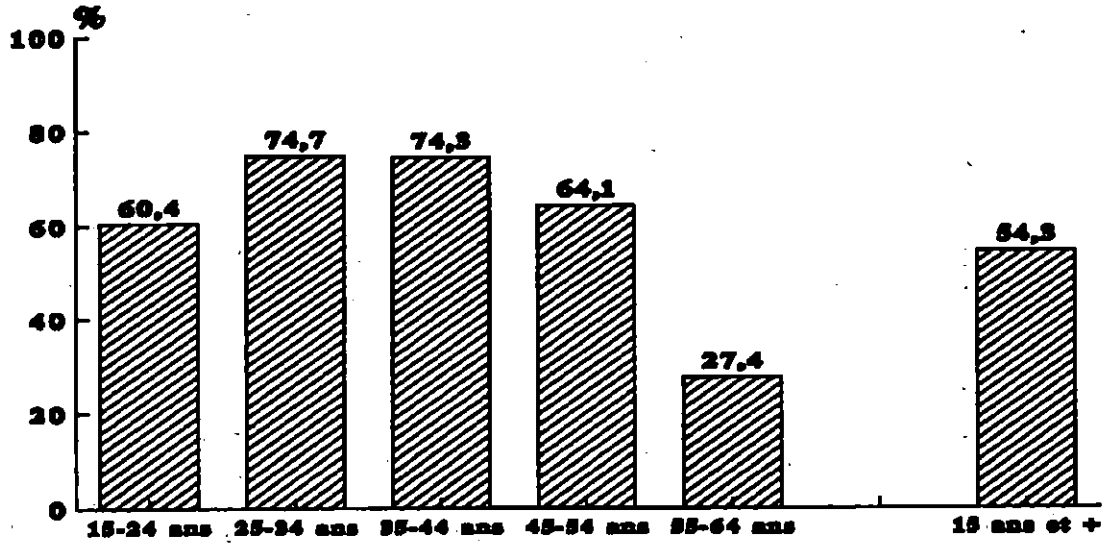
Encore aujourd'hui, nos connaissances sur les facteurs de risque, présents dans les milieux de travail, qui peuvent porter atteinte à la santé des travailleuses sont réduites. Dans les recherches sur la santé des femmes, on omet souvent de considérer le travail des femmes comme un facteur pouvant avoir une influence sur leur santé tout comme les femmes ont souvent été écartées des populations sur lesquelles ont porté les recherches en santé et en sécurité du travail. (Stellman, 1981; Eichler, 1989; Dumais, 1990; Messing, 1991). L'instauration, en 1981, sous la juridiction de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite a fait ressortir ce manque de connaissances de façon aiguë et amène les milieux de travail et les milieux de recherche à joindre leurs efforts pour le développement de la recherche sur la santé des travailleuses et plus particulièrement des travailleuses enceintes. Cette direction de recherche s'impose car tout laisse croire que la participation des femmes au marché du travail demeurera élevée si l'on observe le comportement des femmes faisant déjà partie de la main-d'oeuvre qui comptent y rester et celui des jeunes filles qui semblent vouloir adopter le même comportement que leurs aînées.

En 1966, au Québec, 642 000 femmes âgées de 15 ans et plus faisaient partie de la main-d'oeuvre [1]; en 1991, elles étaient 1 497 000. Ainsi, 54,3% des femmes étaient sur le marché du travail et représentaient 44,1% de la main-d'oeuvre totale. Ce sont les femmes âgées de 25 à 44 ans qui ont connu la plus forte augmentation: la proportion des femmes actives âgées de 25 à 34 ans et celle des femmes âgées de 35 à 44 ans étaient respectivement de 27,0% et de 24,8% en 1961 alors qu'en 1991, elles étaient de 74,7% et de 74,3%. (Figure 1).

---

[1] La main-d'oeuvre est constituée de personnes de 15 ans et plus hors institution qui occupent un emploi ou qui sont en chômage. Elle correspond à la "population active" de Statistique Canada.

Figure 1
Taux d'activité des femmes selon l'âge, Québec, 1991



Source: Statistique Canada, Statistiques chronologiques sur la population active,- cat.71-220

Le Québec se retrouve avec le Canada, les États-Unis et la Suède, parmi les pays où le taux d'activité des femmes âgées entre 15 et 64 ans s'est le plus accru de 1970 à 1989. Le Québec avait par contre un plus grand retard à rattraper. En 1970, près de 60% des Suédoises âgées de 15 à 64 ans faisaient partie de la main-d'oeuvre alors que 38,1% des Québécoises du même âge en faisaient partie. Ce n'est qu'à la fin des années 80 que le taux d'activité de ces dernières a atteint les 60%. Même les femmes des autres provinces canadiennes participent depuis plus longtemps et dans une plus grande proportion à la main-d'oeuvre. (Tableau 1).

Tableau 1
Taux d'activité féminine (15-64 ans) dans certains pays industrialisés, 1970-1989

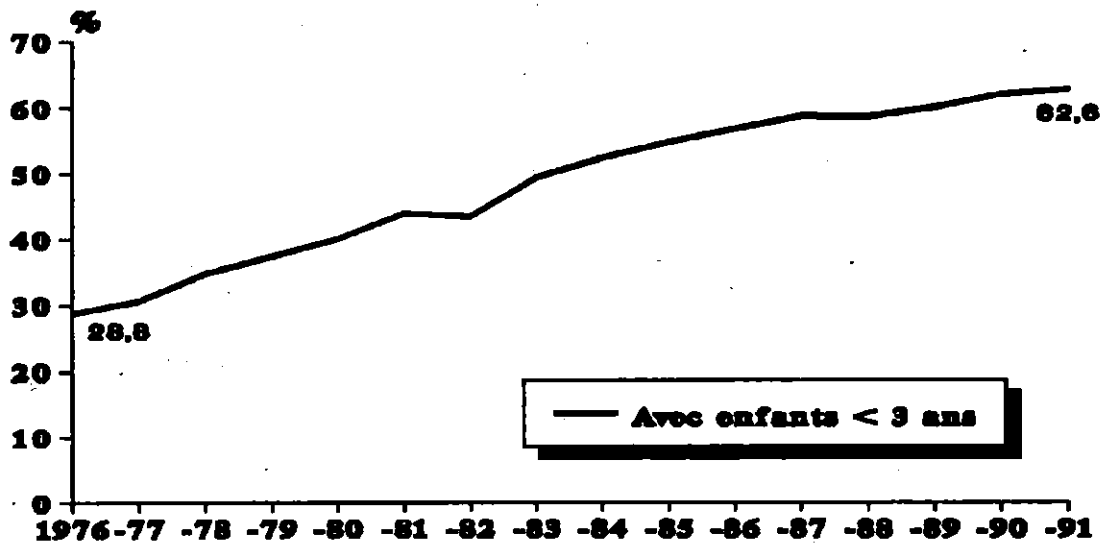
PAYS	1970	1980	1989
Québec	38,1*	51,7	61,7
Canada	43,2	57,2	67,4
États-Unis	48,9	59,7	68,1
France	48,5	54,4	56,2
Espagne	29,2	32,0	39,9
Suède	59,4	74,1	80,5
Japon	55,4	54,9	59,3

*1971

Sources: OCDE, Statistique de la population active 1969-1989, Paris, 1991; Statistique Canada, Moyennes annuelles de la population active, cat. 71-201, Tableaux 67 et 68.

Le taux d'activité des mères, quelque soit l'âge des enfants, a augmenté plus vite en 10 ans que le taux d'activité des femmes âgées entre 25 et 44 ans [2]. Plus particulièrement, le taux d'activité des femmes faisant partie de familles biparentales et ayant de jeunes enfants étaient, en 1976, de 28,8% alors qu'en 1991, il avait grimpé à 62,6%.
(Figure 2).

Figure 2
Taux d'activité des femmes, dans les familles biparentales, ayant des enfants d'âge préscolaire, Québec, 1976 à 1991



Source: Statistique Canada, Moyennes annuelles de la population active, cat. 71-220, Tableau 8A.

Ainsi, le mariage et la décision d'avoir des enfants ne représentent plus, pour de nombreuses Québécoises, un motif de retrait du marché du travail. La scolarisation des femmes, leur expérience du marché du travail et les nécessités économiques ont eu des répercussions importantes sur leur maintien en emploi. Depuis le début de la décennie, une proportion croissante de travailleuses ayant des enfants d'âge préscolaire occupent un emploi à temps plein: en 1981, elles étaient 72,7% et en 1991, 76,2%. Entre 1976 et 1991, la proportion de femmes qui disent occuper un emploi à temps partiel, être en chômage ou être retirées du marché du travail à cause

[2] Langlois S. et col., La société québécoise en tendances 1960-1990, Institut québécois de recherche sur la culture, 1990, p. 143.

d'obligations familiales ou personnelles a considérablement diminué; de 41% qu'elles étaient en 1976, elles ne sont plus que 18,1% en 1991. (Tableau 2).

Tableau 2
Situation des femmes selon la présence d'obligations personnelles ou familiales, Québec, 1976 et 1991

Situation sur le marché du travail	1976 %	1991 %
Femmes en emploi à temps partiel	21,3	7,9
Femmes en chômage	10,6	5,3
Femmes hors main-d'oeuvre	9,1	4,9
Total	41,0	18,1

Sources: Motard L. et Tardieu C., Les femmes ça compte, Les publications du Québec, 1990, Tableaux 2205,2306 et 2309 et Statistique Canada, Moyennes annuelles de la population active, cat. 71-220, Tableaux 19, 33 et 34.

Malgré ces changements, la maternité reste un déterminant majeur dans l'analyse du profil professionnel des femmes. Les périodes de maternité marquent inévitablement des temps d'arrêt dans leur évolution professionnelle bien que la planification de la première maternité à un âge plus avancé et la réduction du nombre d'enfants aient permis un plus grand investissement dans le monde du travail rémunéré. Ces périodes de discontinuité qui rendent leur statut plus fragile sur le marché du travail accentuent la précarité de l'emploi féminin dans un contexte économique difficile. Cependant, force est de reconnaître que le travail des femmes est devenu une dimension essentielle de leur vie tout comme leur salaire est devenu une contribution essentielle aux revenus de la famille. Au fil des années, les objectifs de réalisation personnelle ont été rejoints par d'autres objectifs à caractère économique qui visent le maintien d'un niveau de vie et d'une sécurité financière acceptables.

2. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'EMPLOI FÉMININ

Depuis 25 ans, la main-d'oeuvre québécoise a subi des transformations importantes. La structure d'emploi a graduellement glissé vers le secteur tertiaire favorisant ainsi l'embauche des femmes. En 1951, 30,8% des femmes travaillaient dans les industries manufacturières alors qu'en 1991, elles étaient 12,6%. Durant la même période, la proportion de la main-d'oeuvre féminine dans le secteur des services, du commerce, des finances et de l'administration publique est passée de 64,8% à 83,1%.

2.1 La taille des entreprises

En 1989, 63,3% des femmes actives âgées entre 15 et 44 ans travaillaient dans des entreprises de moins de 500 employés [3]. Toutefois, la situation varie considérablement selon les secteurs d'activité. Par exemple, dans le secteur des industries primaires et de la construction, les femmes se concentrent dans les entreprises de moins de 20 employés (84,4%) alors que dans les industries du commerce, on les retrouve aux deux extrémités de la courbe; un nombre important de femmes travaillent tant dans les petites entreprises de moins de 20 employés (40,1%) que dans les plus grosses de 100 employés et plus (36,7%). Dans le secteur gouvernemental (public et parapublic), 82,8% des femmes occupent un emploi dans des établissements de 500 employés et plus. Si on retient comme critère de détermination d'une PME une taille d'entreprise de 50 employés et moins, 40% des travailleuses y exercent leur emploi.

2.2 Les secteurs d'emploi et les professions

Ce sont les hôpitaux, les écoles primaires et secondaires, l'administration publique, les institutions financières et les industries du textile, de la bonneterie et de l'habillement qui embauchent le plus grand nombre de femmes. Les femmes sont concentrées non seulement dans certains secteurs d'activité économique, mais également dans certaines professions: sténographes et dactylographes, travailleuses spécialisées dans la vente, dans la préparation des aliments, infirmières. De 1981 à 1991, la proportion de la population active féminine exerçant une profession à un poste de direction ou une profession libérale est passée de 24,9% à 32,5%; dans les professions reliées à la transformation, l'usinage et la fabrication, la proportion de travailleuses a continué à diminuer alors qu'elle est restée stable dans les autres professions. En dehors des postes de direction, de gérance, d'administration et des professions libérales, les femmes occupent peu de professions traditionnellement réservées aux hommes. Dans les métiers non-traditionnels des secteurs primaire et secondaire, bien que les taux de féminité aient connu une hausse remarquable, à peine 5% des travailleuses occupent ce type d'emploi. Plus de 65% des femmes

[3] Statistique Canada, Division des petites entreprises et des enquêtes spéciales, 1989.

occupent des emplois dans le travail de bureau, dans les services, dans la vente ou la fabrication. (Tableau 3).

Tableau 3
Répartition (%) de la main-d'oeuvre féminine selon les grands groupes professionnels, Québec, 1981 et 1991

Groupe professionnel	1981	1991
Direction et professions libérales	24,9	32,5
Travail de bureau	34,0	31,3
Services	16,6	16,0
Vente	8,5	8,6
Transformation, usinage et fabrication	10,4	6,9
Professions du secteur primaire	1,8	1,4
Exploitation des transports	0,3	0,5
Autres	3,3	2,7

Source: Statistique Canada, Moyennes annuelles de la population active 1981-1988, cat. 71-529, Tableau 16 et Moyennes annuelles de la population active 1991, cat. 71-220, Tableau 16.

3. LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES FEMMES ET LES EFFETS SUR LA SANTÉ

Ce sont principalement les effets négatifs de l'exposition à des produits chimiques sur le développement du foetus qui ont amené l'inclusion des articles concernant la protection de la femme enceinte dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail du Québec. Quelques événements marquants des années 70 dont des empoisonnements au mercure survenus au Japon suite à la consommation de poissons contaminés par les déchets industriels et l'explosion d'une usine de produits chimiques à Seveso en Italie avaient alerté l'opinion publique et les autorités de plusieurs pays. Le Québec n'a pas échappé à ce courant de crainte dirigée à l'endroit des produits toxiques et de leurs effets potentiellement mutagènes, tératogènes ou cancérigènes. Depuis, le champ de la santé au travail s'est élargi et il est généralement admis que les facteurs de risque peuvent être non seulement de nature chimique, mais également physique (e.g. le bruit), biologique (e.g. le sang contaminé), ergonomique (e.g. la posture debout) ou liée à l'organisation du travail (e.g. le travail à la chaîne).

Cependant, la notion de travail "dangereux" est complexe. Elle comporte à la fois une dimension relative à la *nature de l'exposition* et une autre relative au *niveau d'exposition*. À ces dimensions s'ajoute la *gravité des effets sur la santé*. Dans le cas du travail et de la grossesse, la gravité des effets sur la santé concerne la santé personnelle de la travailleuse, celle de l'enfant à naître ou celle du nouveau-né. Même si la notion de travail dangereux est plus facilement reconnu lorsque les conditions de travail comportent des facteurs de risque chimiques, physiques ou biologiques, par exemple lorsqu'elle implique la manipulation de produits toxiques ou contaminés ou lorsqu'il s'agit de soulèvement de charges lourdes, des débats persistent autour de la capacité d'établir des seuils à partir desquels l'exposition représente un risque pour la santé. Les difficultés à reconnaître les effets néfastes, sur la santé, des facteurs de risque ergonomiques ou liés à l'organisation du travail sont multipliées du fait que les dissensions portent non seulement sur le niveau d'exposition, mais également sur leur nature. Or la majorité des emplois occupés par les femmes se caractérisent justement par la présence de contraintes ergonomiques et organisationnelles et, culturellement, il est rarement admis que des problèmes de santé puissent être causés par des conditions de travail spécifiques aux emplois occupés par des femmes.

Les exigences physiques et mentales que requièrent des postures de travail statiques, le travail à cadence rapide ou à la chaîne, les pressions exercées par les contacts avec des malades, des clients, des enfants et leurs effets sur la santé commencent à être mieux documentés. Ainsi, des emplois à demande élevée, mais dans lesquels la travailleuse a un faible niveau de contrôle sur ses tâches et l'organisation de son travail sont des emplois où les réactions de stress sont fréquentes (fatigue physique et psychologique, insomnie, céphalées, problèmes digestifs, anxiété, etc.) et qui

augmentent le risque de développer des maladies digestives, cardiovasculaires, infectieuses ou cutanées [4]. Le National Institute of Occupational Safety and Health des États-Unis considère les hôpitaux comme des milieux de travail hautement dangereux [5]. Les risques de blessures y sont élevés notamment à cause de la manipulation des patients; l'exposition à des produits cancérigènes ou pouvant avoir un effet sur la reproduction est courante; à cause de contacts avec le sang, des équipements ou des vêtements souillés ou avec des déchets, le risque d'infections ou de contamination est grand; à cause de l'horaire (travail par quart, sur appel) et de la cadence de travail, le stress atteint souvent un niveau élevé surtout si la travailleuse ne sent pas qu'elle a le temps nécessaire pour apporter aux malades un soutien émotif suffisant.

De telles conditions de travail jugées dangereuses pour l'ensemble des travailleuses peuvent avoir, logiquement, des effets accrus pour la femme enceinte compte tenu des changements physiologiques survenant durant la grossesse. D'autres, sont plus spécifiques à la grossesse. En 1982, le Dr Alison D. McDonald entreprenait une recherche rétrospective d'envergure sur 104 620 cas de grossesse [6]. Son objectif était de vérifier l'association entre des facteurs de risque présents en milieu de travail (agents physiques, chimiques ou biologiques, facteurs ergonomiques) et des issues de grossesse défavorables (prématurité, anomalies congénitales, avortement spontané, mortinaissance). À partir de la même banque de données, Nicola Cherry chercha à établir un lien entre les exigences du travail et les symptômes ressentis par les travailleuses durant la grossesse et les semaines suivant l'accouchement (e.g. les varices, les maux de dos et les hémorroïdes). Les résultats de ces recherches épidémiologiques ont soulevé des hypothèses intéressantes qui fournissent actuellement des paramètres à la prise de décision. Parmi ceux-ci, on observe un excès d'avortements spontanés, de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance chez les travailleuses occupant des emplois qui exigent la manutention fréquente de lourdes charges. Pour les travailleuses devant fournir d'autres types d'efforts physiques importants, on rapporte en plus un excès de mortinaissances et d'anomalies congénitales. Parmi les contraintes d'horaires, les longues heures de travail augmentent l'incidence des avortements spontanés, d'insuffisance de poids à la

---

[4] Vézina et col., Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail, Le Comité de la santé mentale du Québec, Éd. Gaëtan Morin, 1992, 179 p..

[5] Gun R. T., Report of the DSHEFS Task Force on Hospital Worker Health, U.S., Department of Health and Human Services, 1985, 80 p..

[6] Pour un résumé des recherches du Dr McDonald sur le travail et la grossesse voir le périodique d'information L'IRSST, vol. 2, no 2, 1985; vol. 3, no 2, 1986; vol. 4, no 3, 1987; vol. 6, no 1, 1989 de même que les Profils-recherche Numéros 45, 53, 54, 55, 56, 60, 61, 62, 79, 80 et 81.

naissance et d'anomalies congénitales alors que le travail sur rotation est associé à un excès d'avortements spontanés. Le risque d'avortement et de mortinaissance est plus élevé chez les travailleuses des industries manufacturières exposées aux solvants de même que le risque de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance parmi les femmes travaillant dans le services des aliments et boissons. Enfin, Cherry met en évidence un risque accru de varices chez les travailleuses qui doivent être en position debout prolongée durant leur grossesse. [7]

Des études françaises ont démontré un excès de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance liés aux longues heures de travail. L'accumulation de conditions de travail difficiles augmente le risque d'accoucher avant terme; les conditions visées sont la station debout prolongée, le port de charges lourdes, le travail à la chaîne et les efforts physiques importants. La fatigue occupationnelle engendrée par la posture debout prolongée, le travail sur des machines industrielles, les efforts physiques importants, le stress mental ou la présence de contaminant environnementaux (bruit, froid, humidité, substances chimiques) a été associée à un risque accru de prématurité [8]. Les travailleuses manuelles, des services (incluant les services de santé) et de la vente sont plus particulièrement exposées au risque d'avoir un enfant prématuré. [9] [10]. En construisant un indice similaire à celui utilisé par Mamelle, McDonald [11] rapporte elle aussi une association faible, mais statistiquement significative entre ces conditions de travail et la prématurité. Par ailleurs, la fréquence d'hypertension artérielle est significativement plus élevée pour les femmes devant porter des charges lourdes [12] [13] et pour les femmes travaillant dans une

---

[7] Cherry N:, "Physical demands of work and health complaints among women working late in pregnancy", Ergonomics, 8, 1987, pp. 135-140.

[8] Mamelle N. et al, "Prematurity and occupational activity during pregnancy", American Journal of Epidemiology, no 3, 1984, p. 309-322.

[9] Saurel-Cubizolles M.-J., "Les conditions de travail des femmes ouvrières pendant la grossesse et leurs aménagements", Archives des maladies professionnelles, 48, no2, 1987, p. 91-99.

[10] Saurel-Cubizolles M.-J., "Pregnant Women's working conditions and their changes during pregnancy: a national study in France", British Journal of Industrial Medecine, no 44, 1987, p. 236-243.

[11] McDonald A. et col., "prematurity and work in pregnancy", British Journal of Industrial Medecine, 1988, no 45, p. 56-62.

[12] Saurel-Cubizolles M.-J. et col., "Les conditions de travail professionnel des femmes et l'hypertension artérielle en cours de grossesse", Revue d'épidémiologie et de santé publique, no 39, 1991, p. 37-43.

ambiance bruyante [12 14], surtout si elles exercent un travail sur rotation[14].

Une revue de la littérature faite par K. Messing [15] rapporte que pendant la grossesse, les risques les mieux connus sont "l'aggravation des infections virales ou bactériennes, la fatigue accrue associée aux vibrations, à la levée de charges ou au travail en milieu surchauffé, l'augmentation des maux de dos causés par des postures inconfortables, le risque accru de varices associé à la position debout prolongée" (p.14). Pour le foetus et l'enfant à naître, on soupçonne le stress d'augmenter le risque de prématurité alors qu'un bébé de faible poids à la naissance ou un avortement spontané peut être la conséquence d'un environnement enfumé ou bruyant. Les produits chimiques, les agents toxiques, les radiations peuvent être à la source d'altérations génétiques, d'un dysfonctionnement de la capacité reproductrice ou d'atteintes au développement du foetus, particulièrement au niveau du système nerveux et de la durée de gestation.

L. Goulet et col. [16] font ressortir, à la suite d'une revue de 119 études épidémiologiques publiées de 1970 à 1990, un risque accru d'avortements spontanés parmi les travailleuses des secteurs de l'agriculture, de l'industrie du caoutchouc, des plastiques et du métal et parmi les travailleuses qui sont en contact durant leur travail avec des gaz anesthésiants ou des agents antinéoplasiques. Un risque plus grand de mortinatalité est observé parmi les travailleuses de l'industrie du cuir ou parmi celles exposées aux solvants alors que ces dernières, avec les travailleuses de laboratoire et en contact avec des agents antinéoplasiques, sont plus exposées à donner naissance à un enfant porteur d'une malformation congénitale. Récemment, une étude menée par Infante-Rivard (1993) reconnaissait le travail de soir et de nuit comme un facteur de risque d'avortement spontané et de mort foetale. [17]

---

[13] Nurminen T. et col., "Physical workload, fetal development and course of pregnancy", Scandinavian Journal of Work and Environmental Health, no 15, 1989, p. 117-124.

[14] Nurminen T. et col., "Occupational noise exposure and course of pregnancy", Scandinavian Journal of Work and Environmental Health, no 15, 1989, p. 117-124.

[15] Messing K., La santé et la sécurité des travailleuses canadiennes. Un document de référence, Bureau de la main-d'oeuvre féminine, Travail Canada, Gouvernement du Canada, 1991, 111 p.

[16] Goulet L. et col., Fondements scientifiques du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, Hopital du Sacré-Coeur de Montréal, 1991.

[17] Infante-Rivard et col., "Pregnancy loss and work schedule during pregnancy", Epidemiology, vol. 4, no 1, 1993, p. 73-75.

4. LES MESURES DE PROTECTION DES FEMMES AU TRAVAIL ET LE RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Il existe dans la majorité des pays des mesures visant à "protéger" la femme au travail. Elles s'adressent généralement aux femmes en âge ou en état de procréer [18]. Compte tenu de la diversité sociale, économique et politique des pays qui ont adopté de telles mesures, les objectifs qu'elles visent sont très variables. Ils s'appuient le plus souvent sur des considérations culturelles, sociologiques, démographiques, religieuses ou politiques et, dans plusieurs cas, contribuent au maintien des préjugés sociaux sur les capacités physiques et mentales des femmes. Bien que le but avoué ne soit pas d'écarter les femmes du marché du travail, mais d'encourager une amélioration des conditions de travail, il n'en demeure pas moins que les craintes que soulèvent les mesures de protection des femmes au travail quant à leurs effets discriminatoires tant au niveau de l'embauche qu'au niveau de la profession, persistent. Derrière des objectifs de prévention des problèmes de santé, se glissent tantôt des péoccupations natalistes, tantôt des objectifs de sauvegarde du rôle domestique des femmes, tantôt des objectifs de protection des emplois masculins qu'il est difficile de départager surtout, comme c'est le cas dans la majorité des pays, lorsque ces mesures sont administrées sous le couvert de mesures dites sociales dont les coûts sont défrayés par l'État (e.g. régime de congé de maternité).

Par ailleurs, dans la majorité des pays, les mesures protectrices visant spécifiquement les femmes enceintes ou qui allaitent originent plus d'une préoccupation générale pour le bien-être de la mère ou de l'enfant à naître que de la reconnaissance de conditions de travail dangereuses pour leur santé. On retrouve habituellement sous le même chapeau les mesures qui touchent d'une part, la protection maternelle au sens strict comme les congés de maternité entourant la naissance, la sécurité d'emploi et de revenus ou les dispositions particulières pour des raisons médicales, d'autre part, les conditions de travail spéciales pour les femmes enceintes comme les pauses ou les périodes de repos, l'interdiction d'effectuer des heures supplémentaires, un travail de nuit ou un travail dangereux [19] et enfin, celles interdisant ou restrei-

---

[18] Organisation internationale du travail, Mesures spéciales de protection pour les femmes et l'égalité de chances et de traitement, Document technique de base, Réunion d'experts, Bureau international du travail, Genève, 10-17 octobre 1989.

[19] La notion de travail dangereux pour les femmes remonte au début de l'industrialisation et elle porte sur le transport manuel de charges, les travaux souterrains, sous-marins ou en atmosphère comprimée, les travaux exercés à des températures extrêmes ou qui nécessitent l'emploi de véhicules à roues, les opérations sur machines et, même, des travaux "peu agréables ou sales" ou encore qui comportent des "risques moraux". Le Bureau international du travail reconnaît que cette définition doit être mise à jour à la lumière de l'évolution scientifique et sociale.

gnant l'embauche des femmes à certaines tâches afin de protéger leur fonction reproductrice (par exemple des emplois impliquant une exposition au plomb ou à des radiations ionisantes).

Les mesures visant la protection de la santé sont critiquées parce qu'elles sont d'abord orientées vers la protection de la capacité de reproduction de la femme en mettant l'accent sur la vulnérabilité du foetus et accordent une moins grande attention à la santé de la travailleuse enceinte et à la fonction de reproduction des hommes. Du point de vue social, elles sont aussi critiquées à cause des limites à leur pleine application. En effet, parce que les femmes doivent gérer à la fois le maintien de leur santé, les exigences de la grossesse et celles de leur travail, leurs périodes de congé et de maintien de l'activité professionnelle, négocier avec leur employeur et leurs collègues les réaménagements possibles, sans trop perturber l'organisation, elles finissent souvent, par manque d'information, par crainte des représailles ou par dépit, par utiliser les mesures de congé de maternité, hors du champ de l'activité professionnelle, au lieu de revendiquer des changements du milieu de travail.[20] [21]

4.1 Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite

Au Québec, depuis le 1er janvier 1981, la Loi sur la santé et la sécurité du travail donne à la femme enceinte ou qui allaite le droit, si des conditions de travail sont jugées dangereuses pour sa santé ou celle de son enfant "d'être affectée à d'autres tâches ne comportant pas de danger et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir" [22]. Le caractère novateur des dispositions de la Loi tient au fait que l'employeur a la responsabilité de fournir aux travailleuses des conditions de travail saines et sécuritaires. Il s'agit d'une mesure distincte du congé de maternité, son administration est soumise à la Commission de la santé et de la sécurité au travail, les indemnités sont versées à même un fonds constitué par les cotisations de l'ensemble des entreprises, sans égard à la fréquence d'utilisation du retrait ou à la présence de travailleuses dans l'entreprise.

---

[20] Devreux A.-M., "La maternité des femmes actives: un enjeu des rapports sociaux de sexes", Maternité en mouvement. Les femmes, la reproduction et les Hommes de science, ouvrage collectif, Presses universitaires de Grenoble, Éditions St-Martin de Montréal, 1986, pp. 120-124.

[21] Devreux A.-M., La double production. Les conditions de vie professionnelle des femmes enceintes., Centre de sociologie urbaine, Caisse nationale des allocations familiales, 1988, 219 p..

[22] Le "retrait préventif" désigne la modifications des tâches, le changement de poste de travail ou, en dernier recours, le retrait du milieu de travail si aucune réaffectation n'est possible.

Contrairement aux mesures d'une majorité de pays, il ne s'agit pas, au Québec, selon l'esprit de la Loi, d'une modalité du congé de maternité, mais de la reconnaissance du droit des travailleuses enceintes de maintenir leur emploi dans des conditions non dangereuses pour leur santé et celle de leur enfant et de l'obligation, pour l'employeur, de rencontrer ces conditions.

4.2 L'évolution du programme

Depuis son instauration, de 1981 à 1990, le nombre de demandes de retrait préventif est passé de 1 259 à 20 642. De 1981 à 1990, la proportion de demandes acceptées par la CSST par rapport à l'ensemble des demandes qui lui ont été adressées est passé de 76% à 89%. L'âge moyen des travailleuses qui ont bénéficié d'un retrait préventif est de 26 ans; 74% d'entre elles ont entre 20 et 29 ans. En 1990, 54,3% des retraits préventifs visaient la mère et 41,9%, le foetus alors qu'en 1985, ces proportions étaient respectivement de 79,9% et 16,1%. La proportion de retraits préventifs pour allaitement est toujours restée en deça du 2% depuis l'instauration du programme. Les agresseurs mis en cause sont principalement de nature ergonomique. La posture de travail et la levée ou la poussée de charges constituent à eux seuls près de 50% des facteurs de risque. (Tableau 4).

Tableau 4
Répartition des bénéficiaires de retrait préventif selon la nature de l'agresseur relié au poste de travail, Québec, 1985 et 1990

Agresseur	1985	1990
Ergonomique	61,8	69,9
Chimique	7,9	10,9
Biologique	3,3	5,9
Relié à la sécurité	4,3	5,2
Physique	4,5	2,2
Autres	15,3 *	3,2
Indéterminés	2,9	2,7

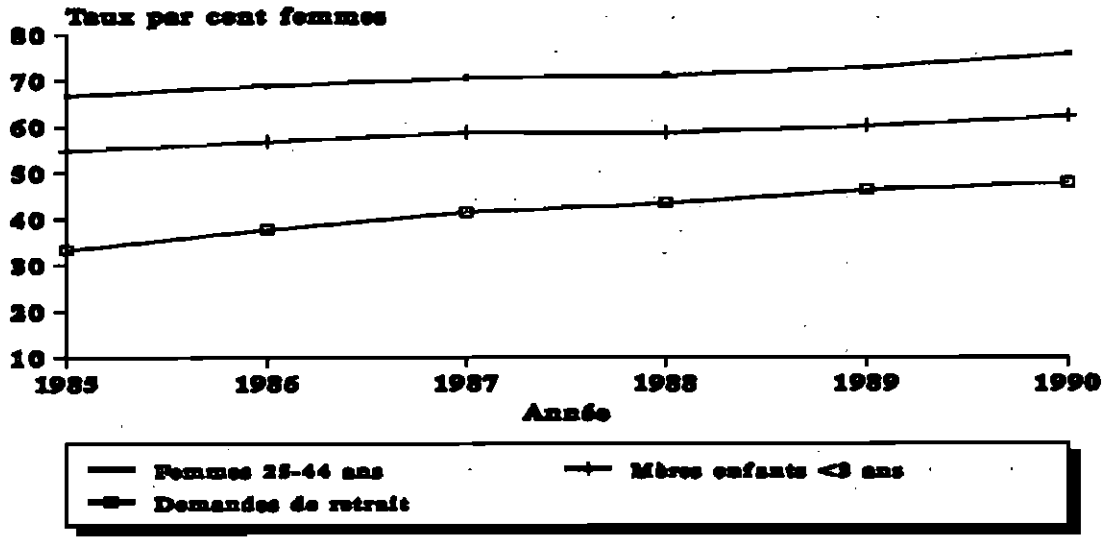
* La proportion élevée d'agresseurs "Autres" en 1985 rend difficile l'interprétation de ces données.

Sources: CSST, Pour une maternité sans danger. Statistiques 1985-1988, Tableau 13; CSST, Statistiques 1989-1990, Tableau 15.

Au cours des 5 dernières années, le taux annuel de demandes [23] de retrait préventif a varié entre 35 et 40% de l'ensemble des travailleuses enceintes et le taux de demandes acceptées, entre 30 et 35%. L'augmentation de la demande suit sensiblement la même courbe que l'augmentation du taux d'activité des femmes en âge d'avoir des enfants et reflète bien un phénomène social en constante progression. (Figure 3). L'augmentation du taux de natalité des deux dernières années renforce la tendance. De 1985 à 1990, le taux de natalité au Québec est passé de 13,2 à 14,5 par 1 000 h.. (BSQ).

Figure 3

Taux d'activité des femmes et taux de demandes de retrait préventif, Québec, 1985-1990



Sources: Statistique Canada et CSST.
IRSST, PMSD 1992

De plus, le manque d'harmonisation entre le régime de congé de maternité et le programme de retrait préventif notamment au niveau de l'indemnisation, les faiblesses connues du régime québécois de congé de maternité et l'ambiguïté contenue , dès le moment de son instauration, dans l'orientation même du programme de retrait préventif

[23] Les taux peuvent être calculés en utilisant comme dénominateurs les bénéficiaires de prestations de congé de maternité au cours d'une année donnée ou le nombre de femmes actives ayant eu un enfant dans l'année précédant le recensement. Dans le premier cas, le taux sera surestimé et dans l'autre, sous-estimé. En prenant comme référence une année pour laquelle il est possible d'avoir les deux dénominateurs, il est possible d'estimer l'intervalle dans lequel devrait se situer le taux réel.

(retrait du milieu de travail) ont pu contribuer à un certain chevauchement des mesures. Nous ne possédons cependant pas de données qui nous permettent d'en évaluer l'impact sur l'évolution du programme de retrait préventif.

Les coûts d'application de ce programme ont augmenté de façon importante du fait que près de 90% des femmes ayant fait une demande de retrait ont été retirées du milieu de travail avec indemnité compensatrice. En 1990, elles ont été retirées, en moyenne, à 21,5 semaines de grossesse comparativement à 23,8 en 1985 et ont donc été indemnisées durant une plus longue période (122 vs 106 jours). Ainsi, en 1990, 19,5% des travailleuses enceintes ont bénéficié d'un retrait à partir du premier trimestre de leur grossesse, une augmentation de 8,4 points de pourcentage par rapport à 1985.
(Tableau 5).

Tableau 5
Répartition (%) des bénéficiaires de retrait préventif selon le trimestre de grossesse, Québec, 1985 et 1990

Trimestre	1985	1990
1er trimestre	11,1	19,5
2ième trimestre	47,6	47,3
3ième trimestre	40,7	27,9
Indéterminé	0,5	5,4

Sources: CSST, Pour une maternité sans danger. Statistiques 1985-1988, Tableau 9; CSST, Statistiques 1989-1990, Tableau 11.

De 1985 à 1990, l'indemnité hebdomadaire moyenne des travailleuses retirées du milieu de travail a augmenté de 8,1% passant de 220 $ à 238 $. En moyenne, pour la durée totale de la période indemnisée, les travailleuses ont reçu, en 1990, 4 216 $ comparativement à 3 281 $ en 1985, ce qui représente une hausse de 28,5%. Les indemnités totales versées dans le cadre du programme de retrait préventif s'élevaient, en 1985, à 29,9 millions $ et en 1990, à 78,4 millions $ soit une hausse de 162%. On peut constater que l'augmentation du montant versé en indemnités provient en majeure partie de l'augmentation de la demande, suivie de l'augmentation du nombre de semaines indemnisées et, enfin, de l'augmentation des revenus des travailleuses.

4.3 Le maintien en emploi

Il est difficile de saisir l'impact réel du programme de retrait préventif en termes de modifications apportées aux conditions de travail comme le voulait l'esprit de la Loi. Il semble qu'actuellement, le résultat soit sensiblement le même que les mesures de

protection plus traditionnelles, c'est-à-dire la mise à l'écart du milieu de travail. Les résultats de recherches sur la perception du retrait préventif auprès des travailleuses et des employeurs nous permettent de dégager certaines hypothèses d'explication. Au lieu de poser la question "Pourquoi les Québécoises sont-elles si nombreuses à demander un retrait préventif?" [24], il conviendrait de demander "Pourquoi, au Québec, tant de travailleuses enceintes sont retirées du milieu de travail alors que la Loi devrait favoriser leur maintien en emploi?"

Le maintien en emploi implique inévitablement des modifications des conditions de travail que ce soit en termes de changement ou de réaménagement des tâches ou de l'environnement de travail. Ces changements suscitent des résistances chez les travailleuses et chez les employeurs. L'étude de Renaud et Turcotte (1984-1986) [25] éclaire les motifs qui sous-tendent ces résistances. À cause de la trop grande rigidité de la division du travail dans l'entreprise, des problèmes de gestion du personnel occasionnés par le réaménagement des conditions de travail surtout à l'intérieur du cadre des conventions collectives et de l'absence d'incitatifs financiers à modifier les postes ou les conditions de travail, les employeurs considèrent le retrait du milieu de travail plus simple d'application. Les travailleuses se retrouvent dans un climat tendu engendré par les frictions avec les employeurs que suscitent les réaménagements de poste et par la gêne ressentie vis-vis les collègues à qui elles ont l'impression d'imposer une surcharge de travail; dans certains cas, la déqualification subie ou la dévalorisation ressentie dans le nouveau poste entraînent la démotivation alors que des modifications irréalistes ou mal adaptées aux exigences de la tâche diminuent l'intérêt des travailleuses pour la réaffectation. En fait, les résistances des employeurs conjuguées à celles des travailleuses, dans un contexte social déjà ambivalent devant la conciliation du travail et de la maternité, ont conduit aux résultats constatés depuis quelques années déjà. En 1991, une autre étude [26] confirme ces résultats avec cette différence que les employeurs sentent maintenant plus de pressions pour la réaffectation de la part de la CSST et à cause de la pénurie de main-d'oeuvre qualifiée dans certains secteurs. Selon les statistiques publiées par la CSST, en 1990, 11,1% des travailleuses ayant effectué une demande de retrait préventif

---

[24] Bouchard P., Turcotte G., "La maternité en milieu de travail ou pourquoi les Québécoises sont-elles si nombreuses à demander un retrait préventif?", Sociologie et sociétés, vol. XVIII, no 2, octobre 1986, pp. 113-128.

[25] Renaud M., Turcotte G., Comment les travailleuses enceintes voient leur travail, ses risques et le droit au retrait préventif, Rapport de recherche, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé-sécurité du travail, Université de montréal, juillet 1988, 430 p..

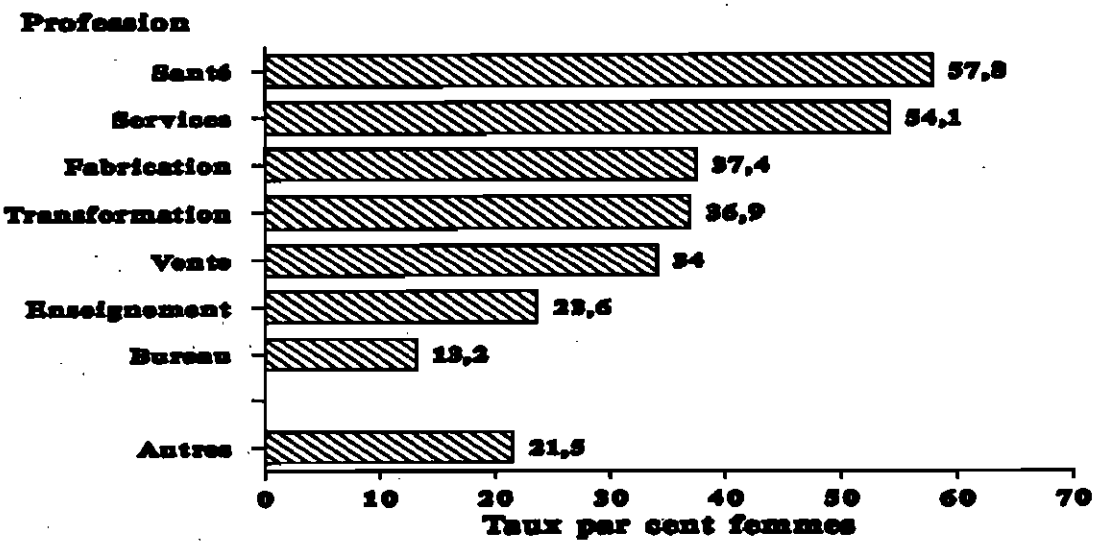
[26] Chouinard et al, Le retrait préventif et le processus de réaffectation dans le secteur hospitalier, Université lavai, 1991, 16 p..

auraient été réaffectées [27]. De 1984 à 1985, ce taux avait été évalué à 12,6% par Renaud et Turcotte. Cette même étude rapporte que parmi les femmes qui n'ont pas fait de demande, près de 3 fois plus ont bénéficié d'un réaménagement de leurs conditions de travail. Chouinard et col. soulignent d'ailleurs que dans les entreprises où la taille offre une plus grande diversité de tâches disponibles, où les relations humaines sont bonnes, la collaboration syndicale présente et où il existe une politique écrite de réaffectation, le maintien de la travailleuse enceinte en emploi est favorisé.

4.4 La population rejointe

Une autre question doit également être posée: "Est-ce que ce sont les femmes pour qui cette mesure a été instaurée qui en bénéficient effectivement?" Les taux de demandes les plus élevés proviennent des travailleuses de la santé (surtout des infirmières et des aide-infirmières), des services (surtout des serveuses) et de la fabrication (surtout des couturières). (Figure 4). Le taux varie de 13% à 57% selon la profession, le plus faible se retrouvant parmi les employées de bureau, les plus élevés parmi les travailleuses de la santé et des services.

Figure 4
Taux de demandes de retrait préventif selon la profession, Québec, 1986



Sources: Statistique Canada et CSST, IRSST, PMSD 1992

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

L'étude de Renaud et Turcotte révèle qu'une plus grande proportion de travailleuses ayant fait une demande de retrait préventif, comparativement à celles qui ne l'ont pas fait, sont exposées à des sources de fatigues professionnelles ou à un environnement physiquement malsain, disposent de moins d'autonomie dans leur travail, se sentent moins supportées par leur supérieur et sont moins satisfaites de leur travail. Elles font partie de secteurs d'emploi où l'on retrouve plus de dangers pour l'issue de grossesse. Ces travailleuses ont également un taux de scolarité plus bas, des revenus moindres et un plus grand nombre font partie d'un syndicat. À la lumière de ces résultats, il apparaît que la Loi québécoise profite majoritairement à des travailleuses qui, de prime abord, occupent des emplois qui justifient une demande de retrait préventif; on constate par ailleurs que la présence d'un syndicat dans l'entreprise favorise l'exercice du droit que la Loi confère aux travailleuses enceintes.

En France, M.-J. Saurel-Cubizolles a évalué les disparités sociales dans l'application des mesures entourant la maternité et, plus spécifiquement, des dispositions se rapportant à la protection de la santé des travailleuses enceintes. La comparaison s'avère intéressante parce qu'en France les mesures de protection de la santé des travailleuses enceintes font partie du régime de congé de maternité administré par la Sécurité sociale. Les résultats démontrent que "certaines catégories d'emploi sont moins bien protégées, il s'agit en particulier des femmes non salariées, des femmes salariées occupant un emploi précaire et, dans une moindre mesure, des femmes salariées occupant une profession peu qualifiée ou salariée du secteur privé " [28]. Les réductions d'horaire sont d'autant moins fréquentes que la durée habituelle du travail est longue; les femmes qui travaillent toujours debout ou qui ont toujours à manipuler de lourdes charges bénéficient moins de réaménagements de postes.

Les femmes qui se prévalent des arrêts de travail pour grossesse pathologique sont en majorité des travailleuses du secteur public et qui exercent des professions qualifiées alors que celles exerçant des professions peu qualifiées sont plus nombreuses à interrompre précocément leur activité professionnelle. Les employeurs refusent plus souvent d'aménager des conditions de travail plus favorables à la grossesse aux travailleuses dont les conditions de travail sont plus fatigantes et les femmes qui ont essuyé ces refus ont eu plus fréquemment recours à des congés de maladie [29]. La situation est cependant différente dans une région française où l'article de Loi autorisant un congé prénatal anticipé indemnisé pour les femmes dont

---

[28] Saurel-Cubizolles M.-J., Romito P., "Mesures protégeant les femmes enceintes au travail: des textes, une pratique et des besoins", Revue française des affaires sociales, à paraître dans le numéro 2 de Juillet 1992.

[29] Saurel-Cubizolles M.-J., Kaminski M., "Pregnant women's working conditions and changes during pregnancy: a national study in France", British Journal of Industrial Medecine, no 44, 1987, p. 236-243.

le métier comporte des travaux pénibles incompatibles avec la grossesse est connu et appliqué. Dans cette région, ce sont les femmes exerçant des professions moins qualifiées et dont les conditions de travail sont fatigantes qui utilisent cette mesure légale de protection de la santé des travailleuses enceintes [28].

En définitive, les études montrent qu'il est plus facile ou "allant de soi" pour les femmes d'obtenir un arrêt pour maladie plutôt qu'un arrêt pour conditions de travail pénibles et que la prépondérance de l'argument médical sur celui de la pénibilité des conditions de travail existe tout autant en France qu'au Québec. Par contre, ces résultats démontrent également que s'il existe, à l'intérieur d'une Loi, une disposition *connue et opérationnelle* permettant un arrêt de travail anticipé pour conditions de travail pénibles, ce sont effectivement des femmes qui travaillent dans des conditions dites pénibles qui en bénéficient le plus. Ces résultats sont corroborés par une étude portant sur une population suisse où il n'existe pas de cadre légal de prescriptions d'arrêts de travail pour les femmes enceintes au travail. L'auteur conclue qu'en l'absence d'un tel cadre, "la prescription d'arrêts de travail à une femme enceinte n'est pas systématique même lorsque le risque obstétrical est élevé. De nombreux éléments subjectifs entrent en ligne de compte, renforçant les inégalités socioprofessionnelles et réduisant les effets positifs d'un suivi médical attentif" [30].

4.5 Les disparités régionales

De 1985 à 1990, le nombre de demandes de retrait préventif a augmenté de façon importante dans toutes les régions du Québec, sauf au Saguenay-Lac St-Jean où la demande était déjà élevée en 1985. L'augmentation semble d'autant plus importante lorsqu'elle se produit dans des régions plus populeuses, comme Montréal et Québec, où on retrouve un nombre important de femmes dans les secteurs de la santé et des services, secteurs où les taux de demandes sont les plus élevés et où on peut s'attendre à ce qu'ils demeurent élevés compte tenu des caractéristiques de ces types d'emploi. Les taux régionaux de demandes de retrait préventif varient de 14% à 47%, les plus faibles étant en Outaouais et en Mauricie/Bois-Francs et les plus élevés, en Estrie et au Saguenay-Lac St-Jean. (Figure 5).

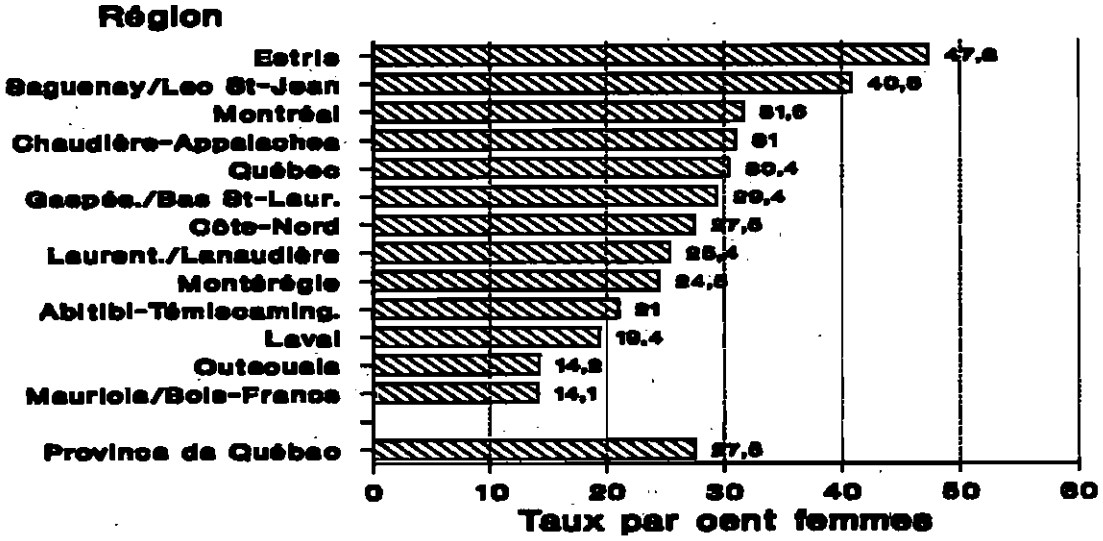
En fait, les écarts par rapport à la moyenne provinciale sont assez bien circonscrits. Il serait nécessaire de pousser plus loin l'analyse de ces variations. Sont-elles dues à des variations régionales dans la structure d'emploi, au taux de syndicalisation des milieux de travail, à la circulation de l'information ou, en définitive, à des pratiques

---

[30] Conne-Perréard E., Bousquet A., "Prescription d'arrêts de travail temporaires aux femmes enceintes en l'absence d'un cadre légal", Revue d'épidémiologie et de santé publique, no 40, 1992, p. 113-120.

différentes dans l'application de la Loi tant du côté des employeurs que des Départements de santé communautaire? Les variations régionales des taux de demandes se maintiennent lorsqu'elles sont analysées par profession et elles sont plus accentuées pour les travailleuses de la santé.

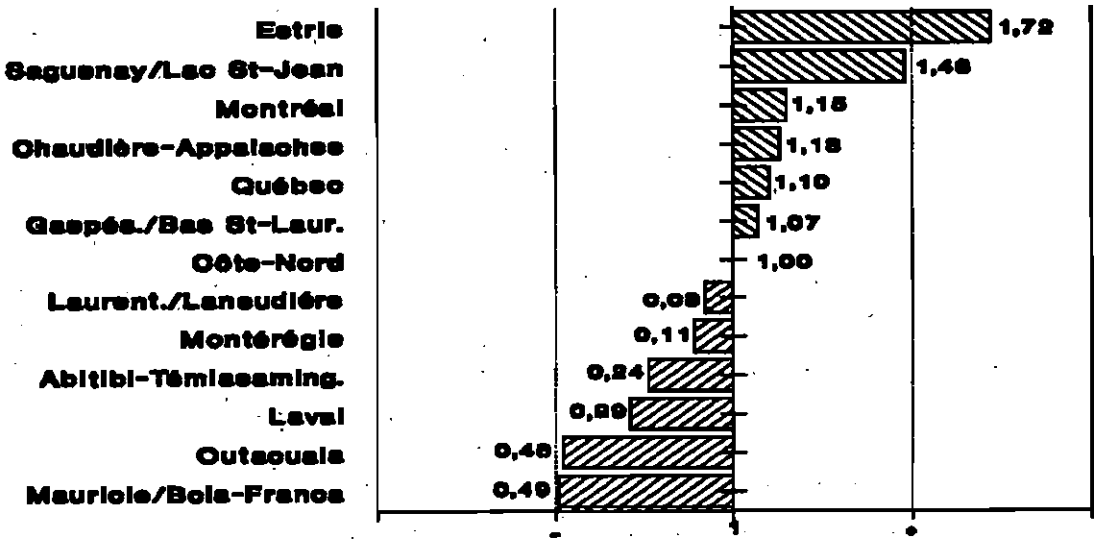
Figure 5
Taux de demandes de retrait préventif selon la région, Québec, 1986



Sources: Statistique Canada et CSST, IRSST, PMSD 1992

Pour la majorité des professions, les écarts importants concernent les mêmes régions que ce qui a été constaté pour le taux global, ce qui enlève du poids à l'argument des variations régionales dans la structure d'emploi pour expliquer les variations du taux de demandes de retrait préventif. On peut observer que sur les treize régions considérées, quatre régions s'écartent sensiblement de la moyenne provinciale, deux sont en excès et deux sont en déficit. (Figure 6). Ces régions représentent 19% du total des femmes actives ayant eu un enfant (évalué selon le recensement de 1986), soit 8% pour les régions en excès et 11% pour celles en déficit. Pour la même année, 19% de l'ensemble des retraits provenaient de ces régions, 13% des régions excédentaires par rapport à 6% des régions déficitaires.

Figure 6
Indice de demandes de retrait préventif selon la région, Québec, 1986 [31]



Source: Construit à partir des données de la CSST et de Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992

[31] Cet indice est construit à partir du rapport du nombre de cas observés dans la région (le nombre réel de retraits) et du nombre de cas attendus (calculé en appliquant le taux provincial à la région). Lorsque les deux nombres sont équivalents, le rapport est de 1, lorsque le nombre de cas observés est plus grand ou plus petit que le nombre de cas attendus, le rapport est supérieur ou inférieur à 1 selon le cas et indique l'écart par rapport à la moyenne provinciale.

5. LES DONNÉES STATISTIQUES COMPLÉMENTAIRES

5.1 Le calcul des taux

Le calcul du taux de retrait préventif de la travailleuse enceinte pose une difficulté due au fait que nous ne connaissons pas le nombre total exact de femmes qui ont occupé un emploi durant leur grossesse, au cours d'une année donnée. Ce dénominateur est cependant essentiel pour mettre en perspective le nombre de demandes de retrait préventif, le numérateur, et pour analyser l'évolution du recours à cette mesure.

À défaut de connaître le dénominateur exact, il est toutefois possible d'utiliser d'autres données qui nous permettent d'estimer le taux de retrait préventif soit:

- le nombre annuel de prestataires de congé de maternité

- le nombre de femmes actives ayant un enfant de moins d'un an au moment du recensement (Statistique Canada)

Le nombre annuel de prestataires de congé de maternité surestime le taux parce que ce dénominateur exclut toutes les femmes enceintes qui ont travaillé pendant leur grossesse, mais qui ne répondent pas aux critères d'admissibilité au régime d'Assurance-chômage (congé de maternité). Par ailleurs, ces données ne sont pas ventilées par profession et par région et ne sont pas stables dans le temps, c'est-à-dire qu'elles fluctuent en fonction des modifications apportées au régime de congé de maternité et d'Assurance-chômage. Il faut donc utiliser ce dénominateur avec prudence.

Les données provenant du recensement ne sont disponibles que pour les années de recensement, donc aux cinq ans, et leur utilisation sous-estime le taux de retrait parce que ce dénominateur inclut les parents adoptifs et une part des femmes "actives" qui n'ont pas travaillé tout au long de leur grossesse. Nous ne pouvons pas utiliser le nombre de femmes "actives occupées" à cause des femmes en congé de maternité ou en congé-maladie au moment du recensement, mais qui ont travaillé durant leur grossesse et qui sont classées dans le total des actives.

Ainsi, le taux réel de retrait préventif se situe entre les taux calculés à partir de ces deux dénominateurs. Il est possible de l'estimer aux années de recensement, seules années où les deux dénominateurs sont disponibles. Le tableau de la page 29 indique les résultats comparés pour l'année 1986. Lorsque les données du recensement 1991 seront disponibles, il sera possible de pousser plus loin l'analyse.

Enfin, à cause du nombre trop petit de travailleuses dans certaines régions, le taux et l'indice de retrait préventif par profession n'ont pu être calculés.

Évolution du nombre de femmes actives et en emploi
Québec
1966-1991

Année	Femmes actives ('000)	Femmes en emploi ('000)
1966	642	620
1971	780	729
1976	969	875
1981	1 200	1 065
1986	1 336	1 182
1991	1 497	1 329

Sources: Langlois et al, La société québécoise en tendances 1960-1990, Annexe Tableau 4, p. 655; Statistique Canada, Statistiques chronologiques sur la population active, cat. 71-201.

Répartition de la main-d'oeuvre féminine par secteur d'activité économique Québec, 1986

Secteur	Nombre de femmes
Hopitaux	111 540
Autres services médicaux et sociaux	82 040
Textiles, bonnetterie et habillement	72 470
Autres industries manufacturières	87 735
Écoles primaires et secondaires	87 470
Administration publique	84 070
Restauration	77 480
Institutions financières	74 550

Source: Motard et Tardieu, CSF, Tableau 3101

Répartition de la main-d'oeuvre féminine par profession Québec, 1986

Profession	% (N = 1 349 085)
Travail de bureau	31,4
Services	12,5
Santé	8,6
Vente	7,7
Fabrication, montage et réparation	6,0
Direction et administration	7,3
Enseignement	6,4
Sciences	5,5
Autres	6,1
Indéterminées	9,1

Source: Motard et Tardieu, CSF, Tableaux 3201 et 4203

Répartition de la main-d'oeuvre féminine selon la profession, le taux de féminité et le revenu d'emploi annuel moyen, Québec, 1986

Professions	% N= 1 349 085	Taux de féminité (%)	Revenu net d'emploi ($) *
Travail de bureau	**(31,4)**		
Sténographe et dactylographe	10,5	98,5	14 214
Teneuse de livre, commis en comptabilité	6,1	79,1	14 048
Caissière	4,9	89,1	8 213
Réceptionniste, hôtesse	3,0	66,2	12 192
Opératrice de machine de bureau	1,4	75,9	14 521
Autre employée de bureau	5,5	51,6	13 717
Services	**(12,5)**		
Trav. préparation des aliments et boissons	6,4	61,6	9 302
Coiffeuse	1,5	80,6	9 704
Trav. spéc. soins des enfants	0,9	98,3	4 003
Domestique et personnel assimilé	0,6	87,6	7 437
Autre	3,1	26,1	6 725
Santé	**(8,6)**		
Infirmière autorisée diplômée	3,5	92,2	19 459
Infirmière auxiliaire et aide-infirmière	2,5	75,8	13 306
Autre personnel de la santé	2,6	76,2	18 975
Vente			
Trav, spéc. dans la vente	7,7	39,7	10 054
Fabrication, montage et réparation			
Trav. spéc. dans la fabrication, le montage et la réparation	6,0	53,1	10 443
Enseignement			
Enseignante	6,4	60,6	21 439
Autres			
Dir., gér., administratrice	7,3	30,1	21 084
Trav. sc. nat., pures, sociales	5,5	33,5	16 741
Autres	6,1	-	-
Indéterminées	9,1	-	-

* Incluant les emplois à temps plein et à temps partiel

Sources: Motard et Tardieu, Les femmes ça compte, Les publications du Québec, 1990, Tableaux 3201 et 4203.

Répartition de la main-d'oeuvre féminine et des demandes de retrait préventif selon la profession, Québec

	Main d'oeuvre féminine totale 1986 (1)	Mères actives ayant eu un enfant durant l'année précédant le recensement 1986 (2)	Demandes de retrait préventif (% moyen) 1985-1990 (3)
Employées de bureau	30,1%	37,0%	15,2%*
Personnel de la santé	8,6%	11,5%	20,2%**
Travailleuses spécialisées dans les services	12,5%	8,9%	18,9%***
Directrices, gérantes, administratrices	7,3%	7,5%	0,0%
Enseignantes	6,4%	6,2%	5,0%
Travailleuses de la fabrication, du montage et de la réparation	6,0%	6,0%	6,5%
Travailleuses spécialisées dans la vente	7,7%	5,2%	7,2%
Travailleuses dans l'industrie de la transformation	2,1%	1,9%	2,6%
Autres	19,3%	15,8%	24,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

*Caissières: 9,5%
**Infirmières: 16,2%
***Barmaids: 11,4%

Sources: (1) CSF, Les femmes, ça compte, 1991
(2) Statistique Canada, Recensement 1986, données non publiées
(3) CSST, Statistiques 1985-1988, 1988-1989, 1989-1990

Nombre de demandes de retrait préventif selon la profession et la région Québec, 1985 et 1990

Profession	1985	1990
Services	1 789	4 070
Santé	2 704	3 949
Bureau	1 891	2 745
Vente	648	1 745
Fabrication	830	1 210
Enseignement	596	1 202
Transformation	346	606
Autres	1 939	5 115
Région	**1985**	**1990**
Montréal	2 823	5 466
Montérégie	1 734	3 257
Québec	984	2 463
Laurentides/Lanaudière	875	2 018
Chaudière-Appalaches	692	1 283
Estrie	656	1 184
Mauricie/Bois-Francs	320	1 098
Saguenay/Lac St-Jean	896	971
Gaspésie/Bas St-Laurent	570	891
Laval	401	651
Outaouais	336	570
Abitibi-Témiscamingue	249	411
Côte-Nord	217	379
Total	10 753	20 642

Source: CSST

Nombre de femmes actives ayant eu un enfant durant l'année précédant le recensement selon la profession et la région Québec, 1986

Profession	1986
Bureau	16 725
Santé	5 200
Services	4 020
Fabrication	2 800
Enseignement	2 710
Vente	2 370
Transformation	870
Autres	10 555

Région	1986
Montréal	10 755
Montérégie	8 135
Laurentides/Lanaudière	4 345
Québec	4 050
Mauricie/Bois-Francs	2 990
Chaudière-Appalaches	2 755
Gaspésie/Bas St-Laurent	2 330
Outaouais	2 120
Laval	1 990
Saguenay/Lac St-Jean	1 860
Estrie	1 835
Abitibi-Témiscamingue	1 295
Côte-Nord	745
Autres	50
Total	45 250

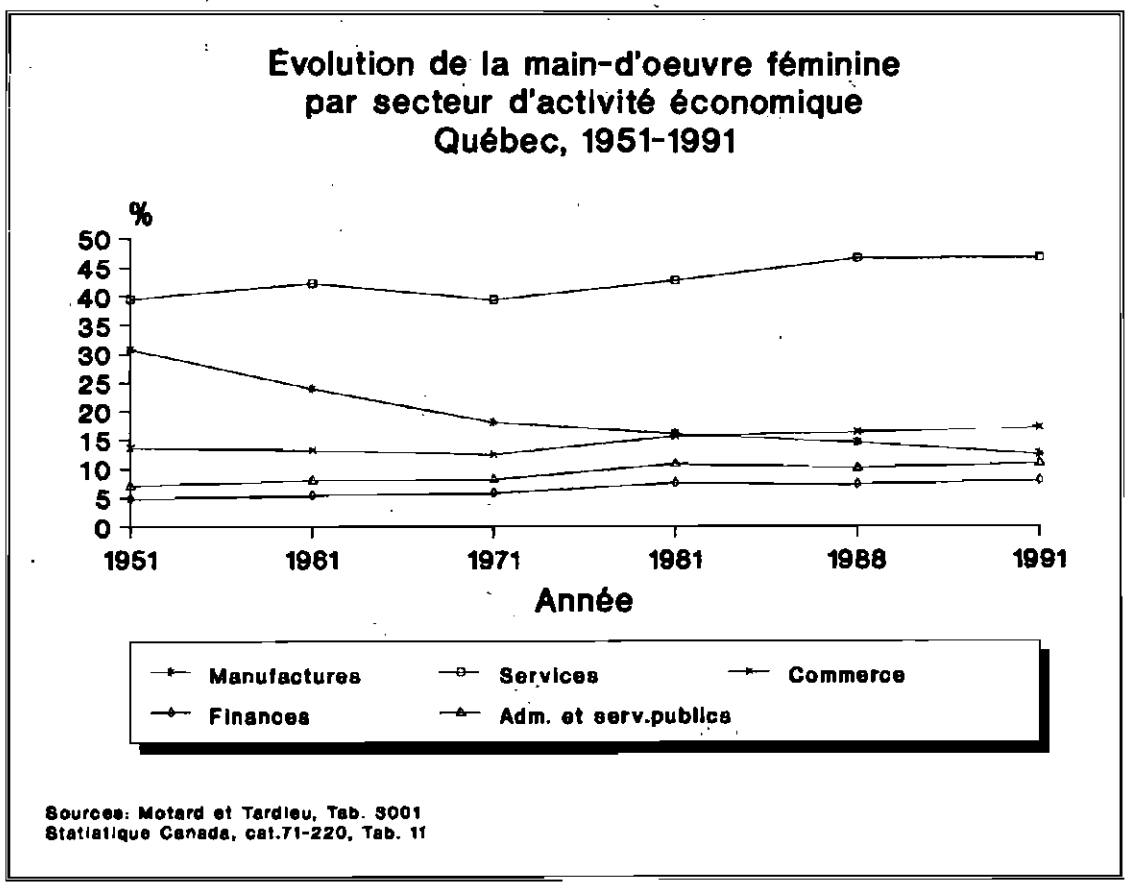
Source: Statistique Canada, Recensement 1986, données non publiées.

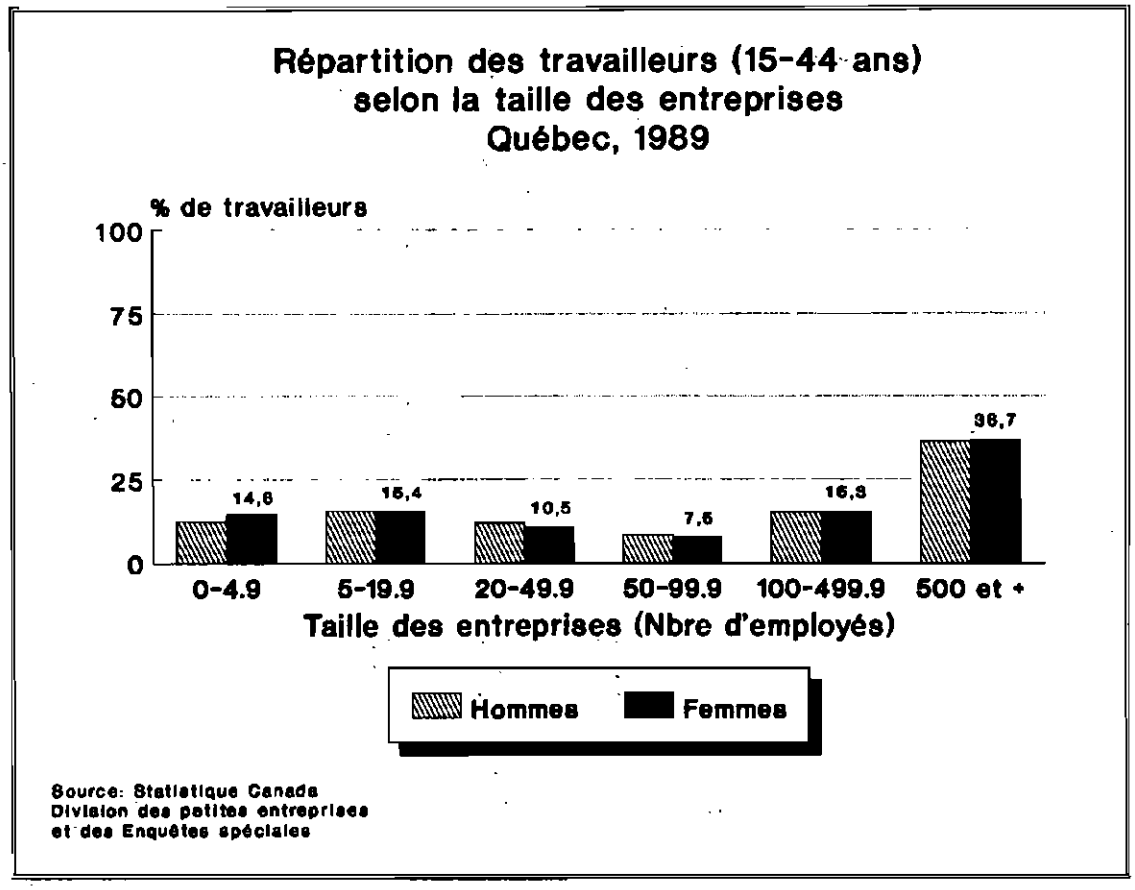
Évolution des taux de demandes, de demandes acceptées et d'indemnisations
Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite
Québec
1985-1990

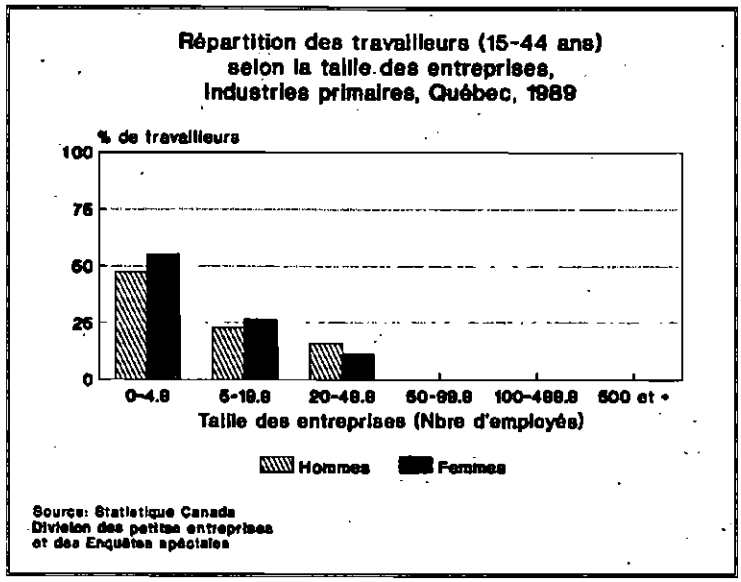
	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Nombre de prestataires de congé de maternité	32 301	33 073	33 677	36 043	38 363	43 244
(Recensement)*		(45 250)				
Nombre de demandes de retrait préventif	10 753	12 463	13 949	15 638	17 708	20 642
Taux de demandes	**33,3%**	**37,7%**	**41,4%**	**43,4%**	**46,2%**	**47,7%**
(Recensement)		**(27,5%)**				
Nombre de demandes acceptées	9 113	10 354	11 467	11 986	14 753	18 465
Taux de demandes acceptées	**28,2%**	**31,3%**	**34,0%**	**33,3%**	**38,5%**	**42,7%**
(Recensement)		**(22,9%)**				
Nombre de personnes indemnisées	9 019	10 271	11 380	11 743	14 167	17 967
Taux d'indemnisations	**27,9%**	**31,1%**	**33,8%**	**32,6%**	**36,9%**	**41,5%**
(Recensement)		**(22,7%)**				

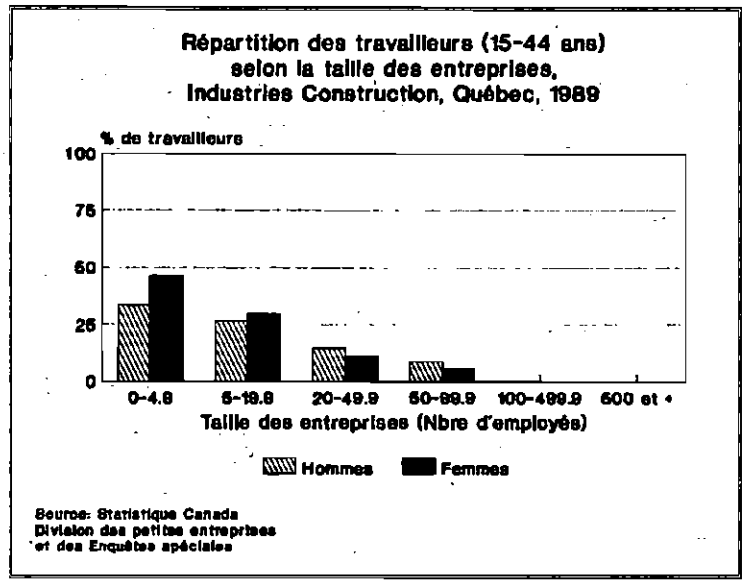
Sources: CSST, Statistiques publiées 1985-1988 et 1988-1989 et 1989-1990
Emploi et Immigration Canada

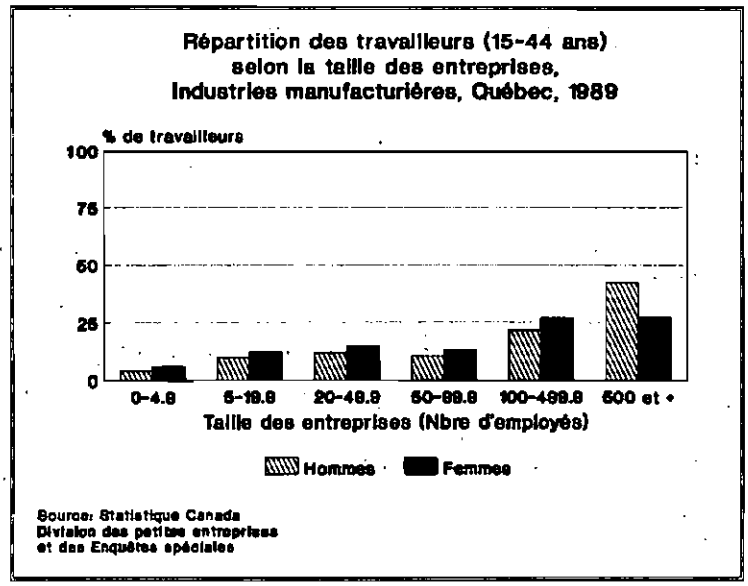
* Travailleuses ayant au moins un enfant < 1 an, Recensement 1986

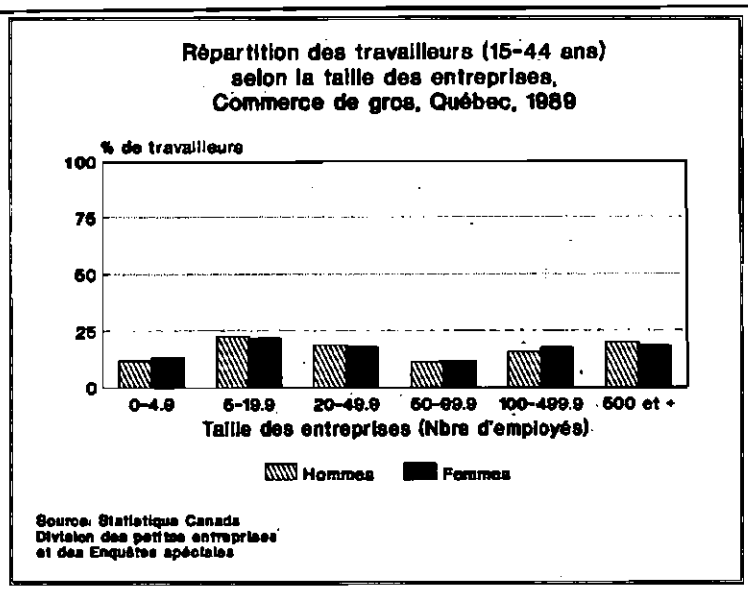

Évolution de la main-d'oeuvre féminine
par secteur d'activité économique
Québec, 1951-1991
%
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
1951
1961
1971
1981
1988
1991
Année
Manufactures
Services
Commerce
Finances
Adm. et serv.publics
Sources: Motard et Tardieu, Tab. 3001
Statistique Canada, cat.71-220, Tab. 11

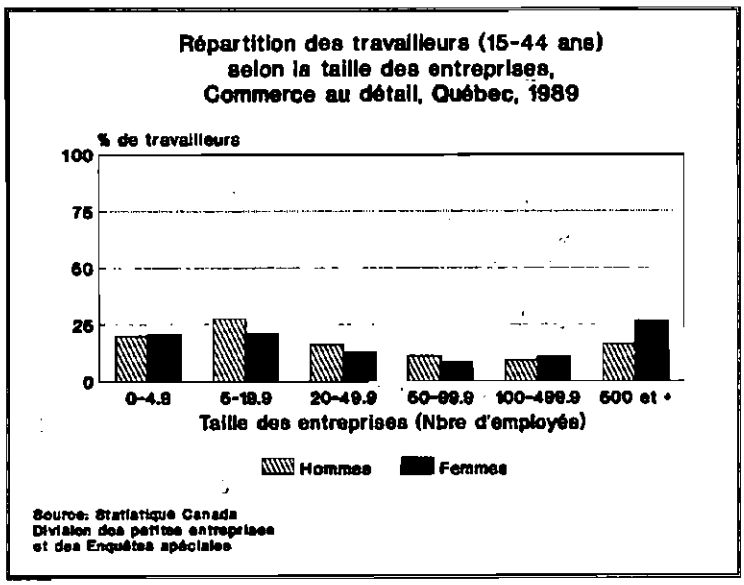

Répartition des travailleurs (15-44 ans)
selon la taille des entreprises
Québec, 1989
% de travailleurs
100
75
50
25
0
14,6
15,4
10,5
7,5
15,3
36,7
0-4.9
5-19.9
20-49.9
50-99.9
100-499.9
500 et +
Taille des entreprises (Nbre d'employés)
Hommes
Femmes
Source: Statistique Canada
Division des petites entreprises
et des Enquêtes spéciales

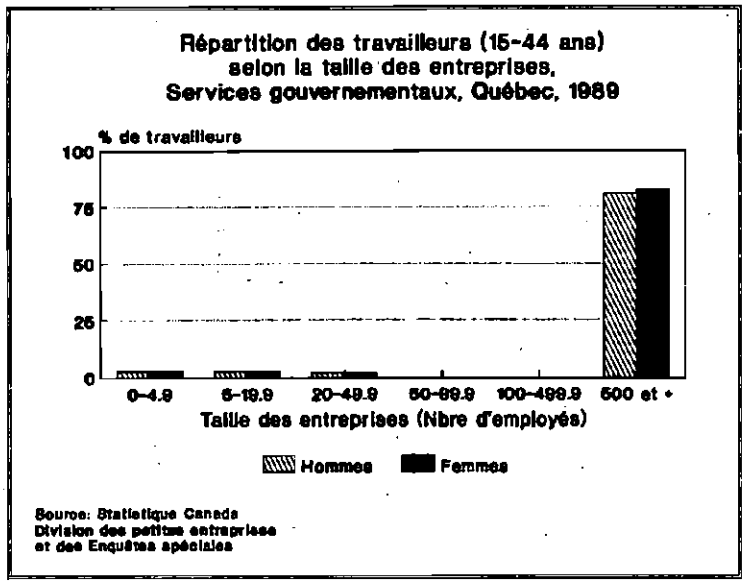

Répartition des travailleurs (15-44 ans)
selon la taille des entreprises,
Industries primaires, Québec, 1989
% de travailleurs
100
75
50
25
0
0-4.9
5-19.9
20-49.9
50-99.9
100-499.9
500 et +
Taille des entreprises (Nbre d'employés)
Hommes
Femmes
Source: Statistique Canada
Division des petites entreprises
et des Enquêtes spéciales

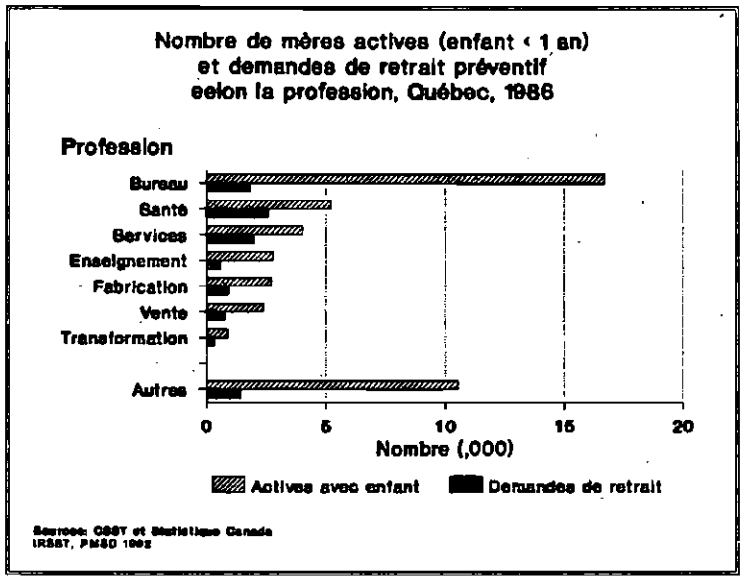

Répartition des travailleurs (15-44 ans)
selon la taille des entreprises,
Industries Construction, Québec, 1989
% de travailleurs
100
75
50
25
0
0-4.9
5-19.9
20-49.9
50-99.9
100-499.9
500 et +
Taille des entreprises (Nbre d'employés)
Hommes
Femmes
Source: Statistique Canada
Division des petites entreprises
et des Enquêtes spéciales

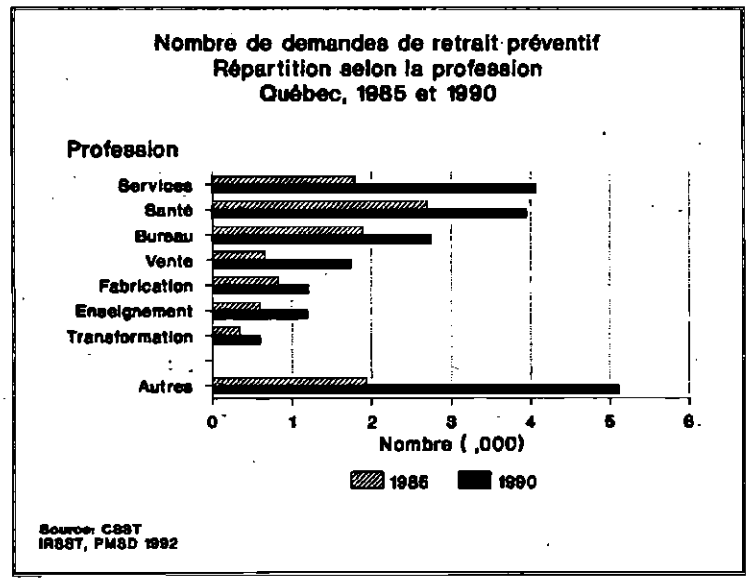

Répartition des travailleurs (15-44 ans)
selon la taille des entreprises,
Industries manufacturières, Québec, 1989
% de travailleurs
100
75
50
25
0
0-4.9
5-19.9
20-49.9
50-99.9
100-499.9
500 et +
Taille des entreprises (Nbre d'employés)
Hommes
Femmes
Source: Statistique Canada
Division des petites entreprises
et des Enquêtes spéciales

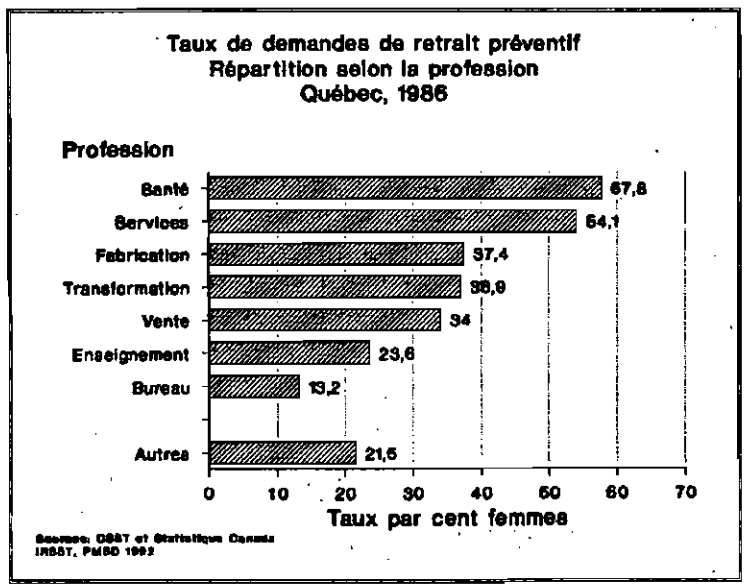

Répartition des travailleurs (15-44 ans)
selon la taille des entreprises,
Commerce de gros, Québec, 1989
% de travailleurs
100
75
50
25
0
0-4.9
5-19.9
20-49.9
50-99.9
100-499.9
500 et +
Taille des entreprises (Nbre d'employés)
Hommes
Femmes
Source: Statistique Canada
Division des petites entreprises
et des Enquêtes spéciales

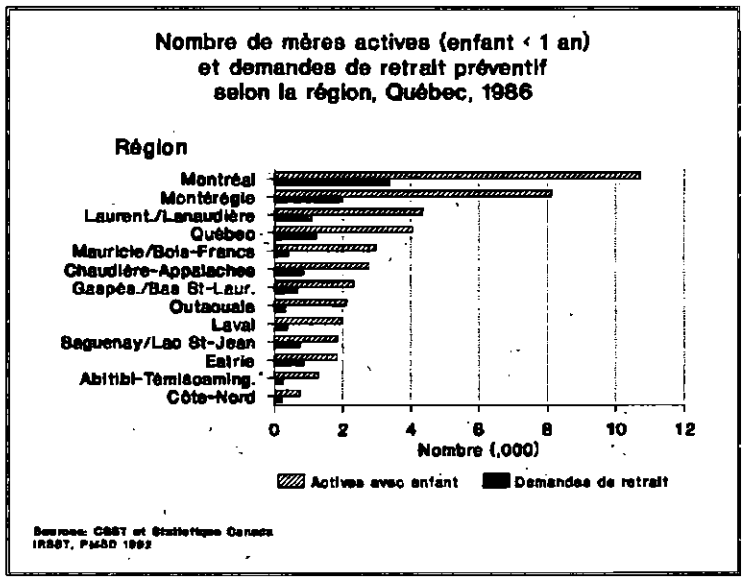

Répartition des travailleurs (15-44 ans)
selon la taille des entreprises,
Commerce au détail, Québec, 1989
% de travailleurs
100
75
50
25
0
0-4.9
5-19.9
20-49.9
50-99.9
100-499.9
500 et +
Taille des entreprises (Nbre d'employés)
Hommes
Femmes
Source: Statistique Canada
Division des petites entreprises
et des Enquêtes spéciales

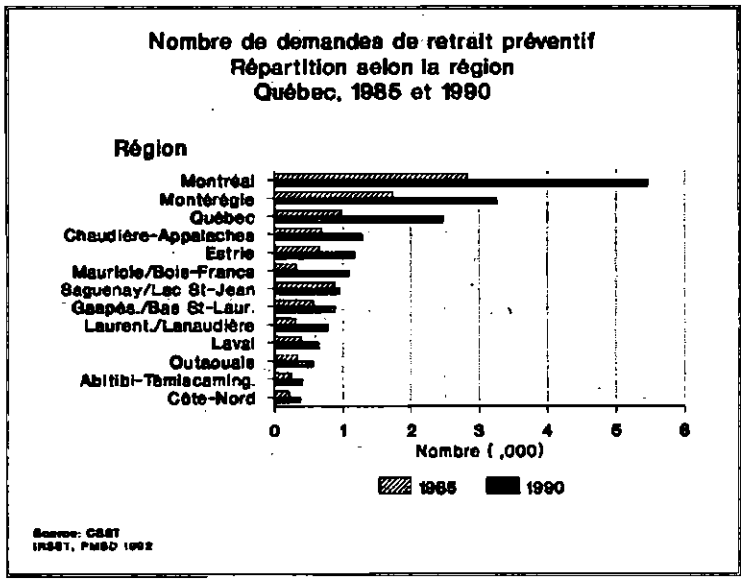

Répartition des travailleurs (15-44 ans)
selon la taille des entreprises,
Services gouvernementaux, Québec, 1989
% de travailleurs
100
75
50
25
0
0-4.9
5-19.9
20-49.9
50-99.9
100-499.9
500 et +
Taille des entreprises (Nbre d'employés)
Hommes
Femmes
Source: Statistique Canada
Division des petites entreprises
et des Enquêtes spéciales

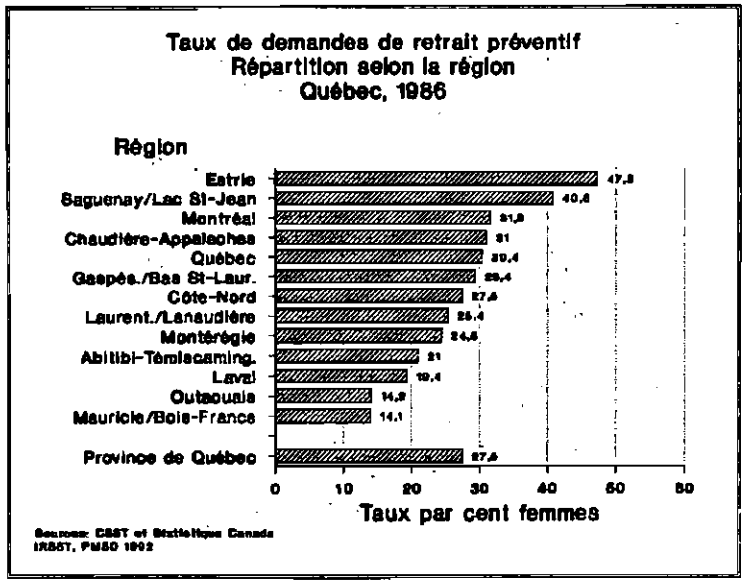

Nombre de mères actives (enfant < 1 an)
et demandes de retrait préventif
selon la profession, Québec, 1986
Profession
Bureau
Santé
Services
Enseignement
Fabrication
Vente
Transformation
Autres
0
5
10
15
20
Nombre (,000)
Actives avec enfant
Demandes de retrait
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992

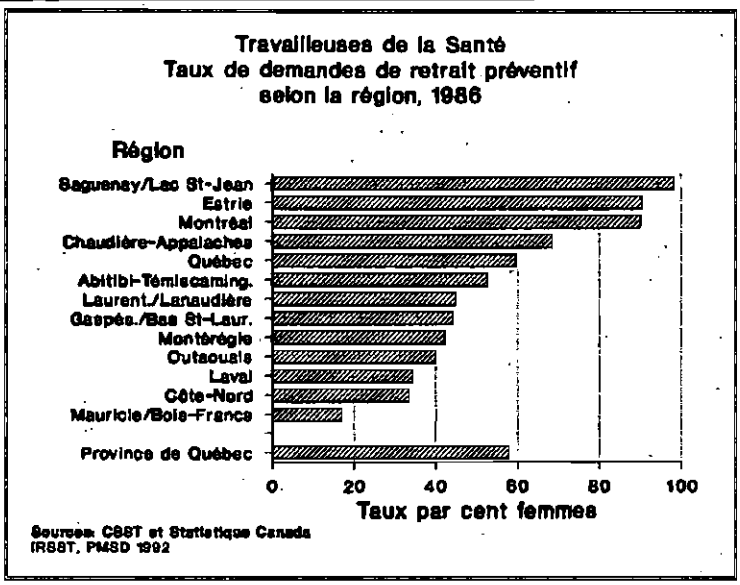

Nombre de demandes de retrait préventif
Répartition selon la profession
Québec, 1985 et 1990
Profession
Services
Santé
Bureau
Vente
Fabrication
Enseignement
Transformation
Autres
0
1
2
3
4
5
6
Nombre (,000)
1985
1990
Source: CSST
IRSST, PMSD 1992

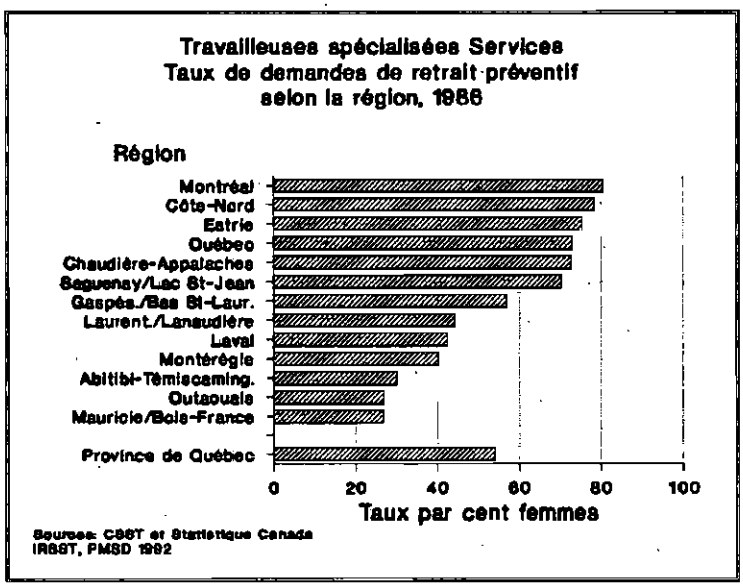

Taux de demandes de retrait préventif
Répartition selon la profession
Québec, 1986
Profession
Santé
67,8
Services
54,1
Fabrication
37,4
Transformation
36,9
Vente
34
Enseignement
23,6
Bureau
13,2
Autres
21,5
0
10
20
30
40
50
60
70
Taux par cent femmes
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992

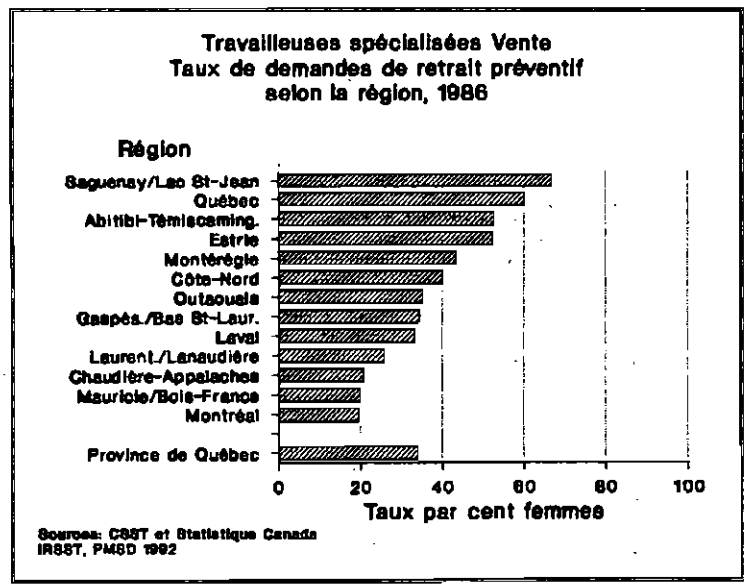

Nombre de mères actives (enfant < 1 an)
et demandes de retrait préventif
selon la région, Québec, 1986
Région
Montréal
Montérégie
Laurent./Lanaudière
Québec
Mauricie/Bois-Francs
Chaudière-Appalaches
Gaspés./Bas St-Laur.
Outaouais
Laval
Saguenay/Lac St-Jean
Estrie
Abitibi-Témiscaming.
Côte-Nord
0 2 4 6 8 10 12
Nombre (,000)
Actives avec enfant
Demandes de retrait

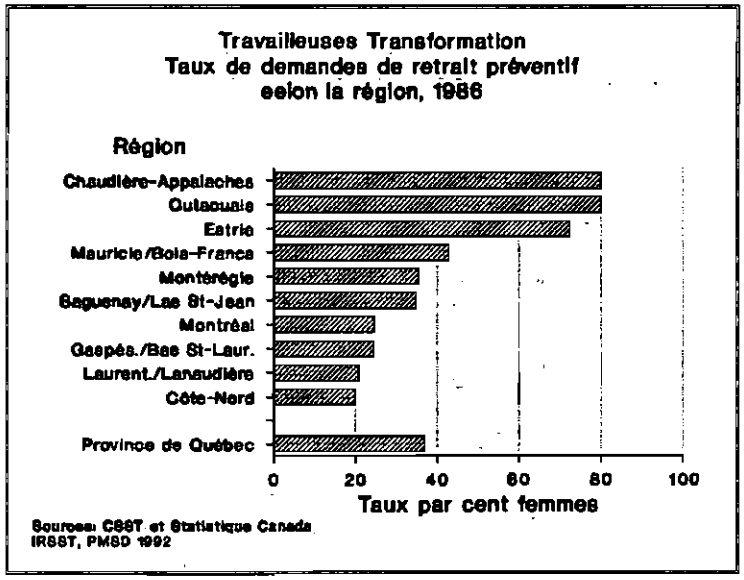

Nombre de demandes de retrait préventif
Répartition selon la région
Québec, 1985 et 1990
Région
Montréal
Montérégie
Québec
Chaudière-Appalaches
Estrie
Mauricie/Bois-Francs
Saguenay/Lac St-Jean
Gaspés./Bas St-Laur.
Laurent./Lanaudière
Laval
Outaouais
Abitibi-Témiscaming.
Côte-Nord
0 1 2 3 4 5 6
Nombre (,000)
1985
1990

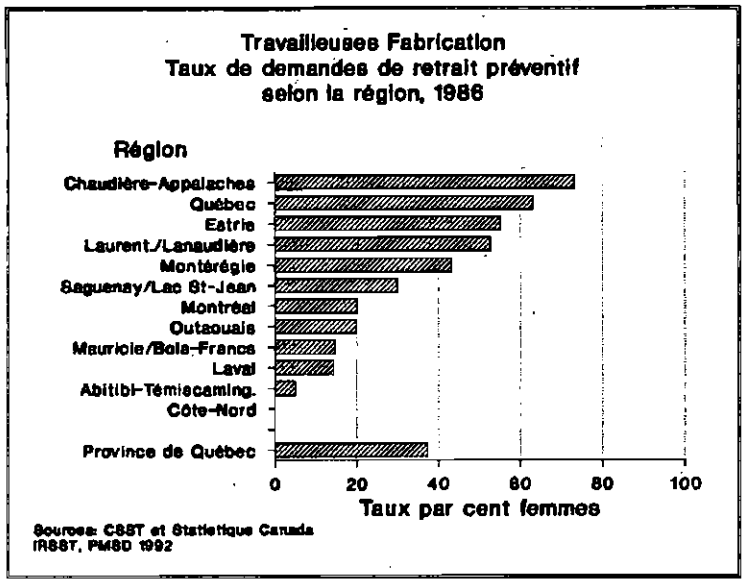

Taux de demandes de retrait préventif
Répartition selon la région
Québec, 1986
Région
Estrie
Saguenay/Lac St-Jean
Montréal
Chaudière-Appalaches
Québec
Gaspés./Bas St-Laur.
Côte-Nord
Laurent./Lanaudière
Montérégie
Abitibi-Témiscaming.
Laval
Outaouais
Mauricie/Bois-Francs
Province de Québec
0 10 20 30 40 50 60
Taux par cent femmes

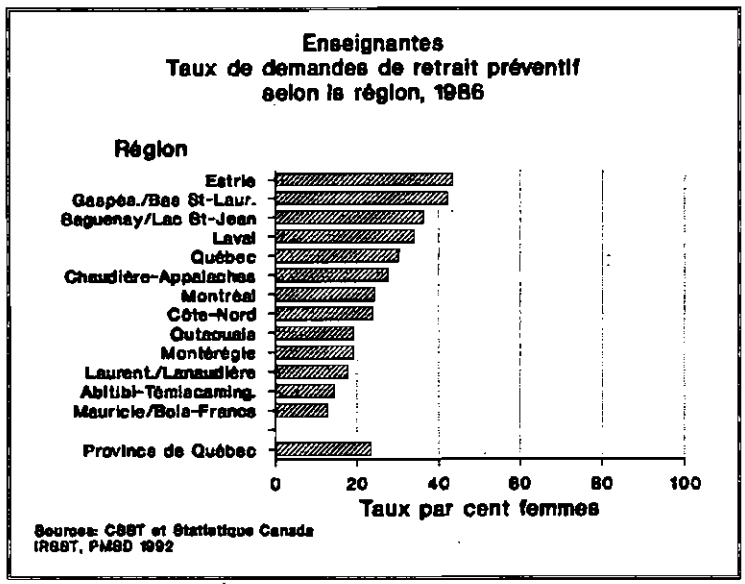

Travailleuses de la Santé
Taux de demandes de retrait préventif
selon la région, 1986
Région
Saguenay/Lac St-Jean
Estrie
Montréal
Chaudière-Appalaches
Québec
Abitibi-Témiscaming.
Laurent./Lanaudière
Gaspés./Bas St-Laur.
Montérégie
Outaouais
Laval
Côte-Nord
Mauricie/Bois-France
Province de Québec
0
20
40
60
80
100
Taux par cent femmes
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992

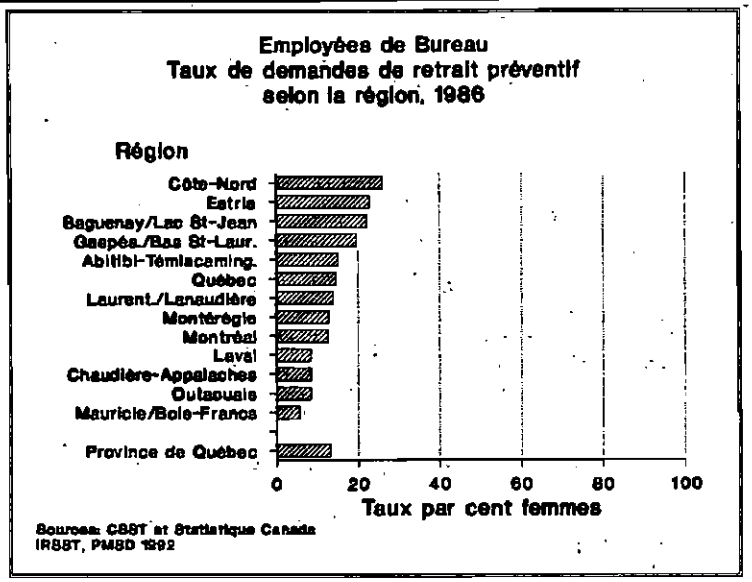

Travailleuses spécialisées Services
Taux de demandes de retrait préventif
selon la région, 1986
Région
Montréal
Côte-Nord
Estrie
Québec
Chaudière-Appalaches
Saguenay/Lac St-Jean
Gaspés./Bas St-Laur.
Laurent./Lanaudière
Laval
Montérégie
Abitibi-Témiscaming.
Outaouais
Mauricie/Bois-France
Province de Québec
0
20
40
60
80
100
Taux par cent femmes
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992

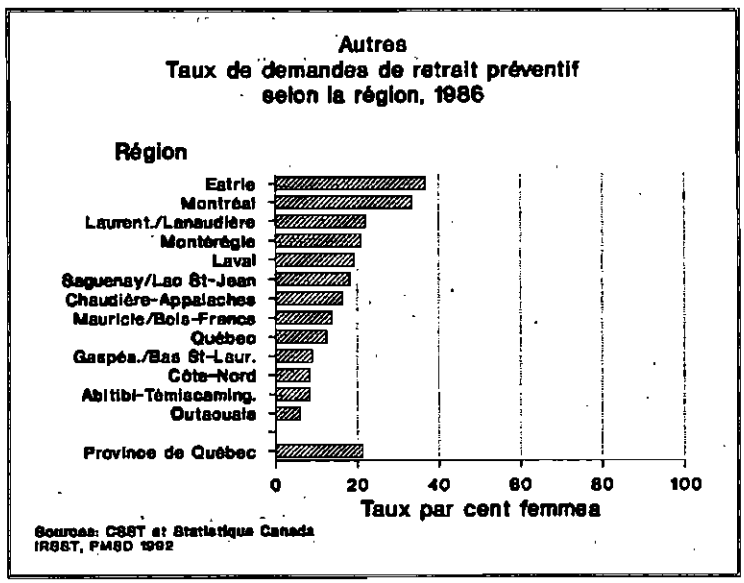

Travailleuses spécialisées Vente
Taux de demandes de retrait préventif
selon la région, 1986
Région
Saguenay/Lac St-Jean
Québec
Abitibi-Témiscaming.
Estrie
Montérégie
Côte-Nord
Outaouais
Gaspés./Bas St-Laur.
Laval
Laurent./Lanaudière
Chaudière-Appalaches
Mauricie/Bois-France
Montréal
Province de Québec
0
20
40
60
80
100
Taux par cent femmes
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992

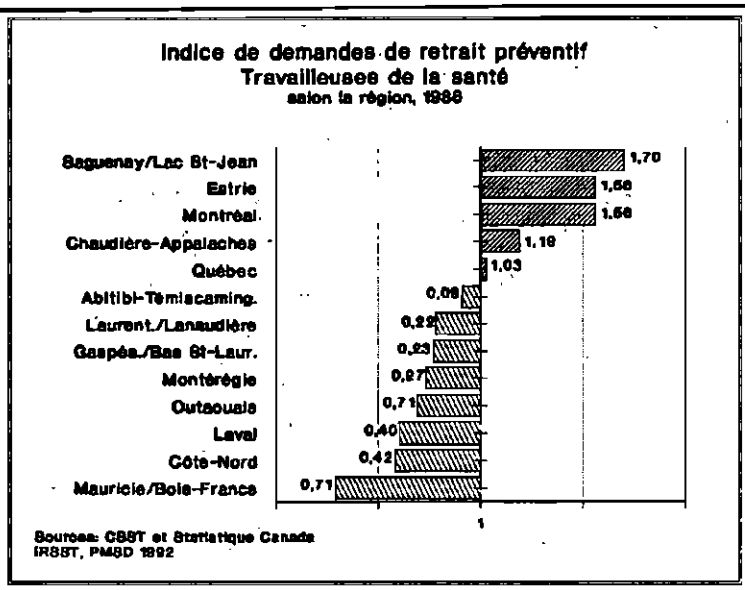

Travailleuses Transformation
Taux de demandes de retrait préventif
selon la région, 1986
Région
Chaudière-Appalaches
Outaouais
Estrie
Mauricie/Bois-Francs
Montérégie
Saguenay/Lac St-Jean
Montréal
Gaspés./Bas St-Laur.
Laurent./Lanaudière
Côte-Nord
Province de Québec
0
20
40
60
80
100
Taux par cent femmes
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992

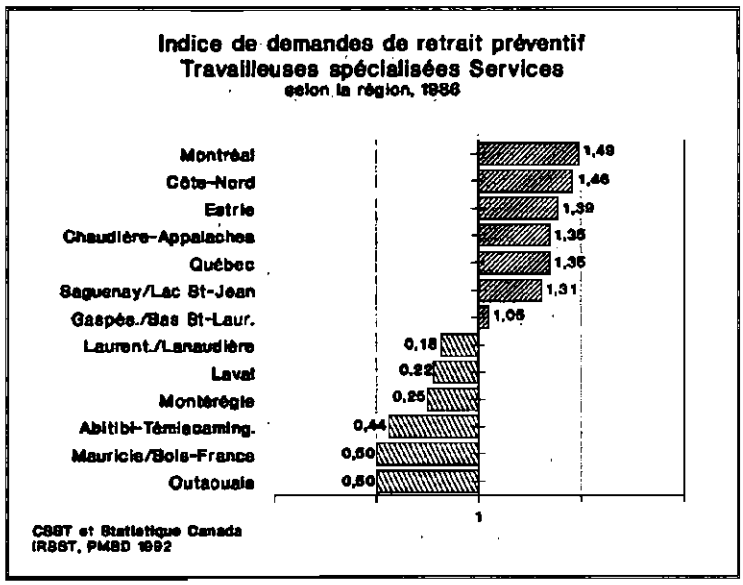

Travailleuses Fabrication
Taux de demandes de retrait préventif
selon la région, 1986
Région
Chaudière-Appalaches
Québec
Estrie
Laurent./Lanaudière
Montérégie
Saguenay/Lac St-Jean
Montréal
Outaouais
Mauricie/Bois-Francs
Laval
Abitibi-Témiscaming.
Côte-Nord
Province de Québec
0
20
40
60
80
100
Taux par cent femmes
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992

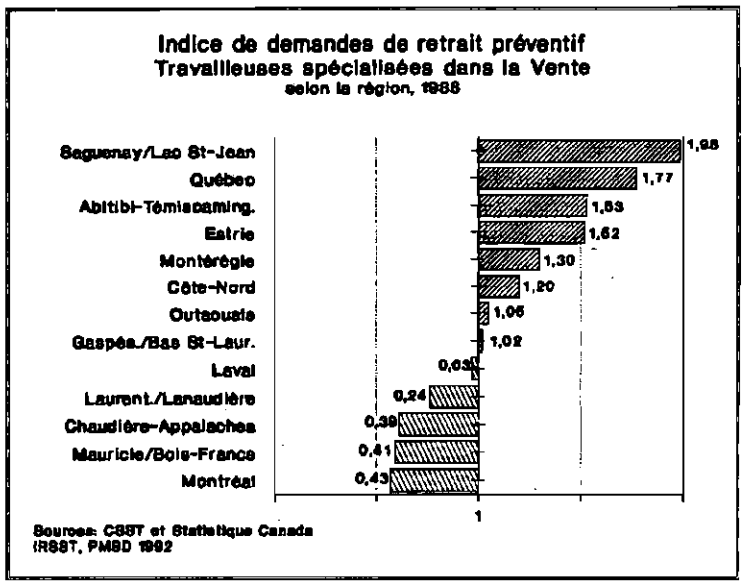

Enseignantes
Taux de demandes de retrait préventif
selon la région, 1986
Région
Estrie
Gaspés./Bas St-Laur.
Saguenay/Lac St-Jean
Laval
Québec
Chaudière-Appalaches
Montréal
Côte-Nord
Outaouais
Montérégie
Laurent./Lanaudière
Abitibi-Témiscaming.
Mauricie/Bois-Francs
Province de Québec
0
20
40
60
80
100
Taux par cent femmes
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992

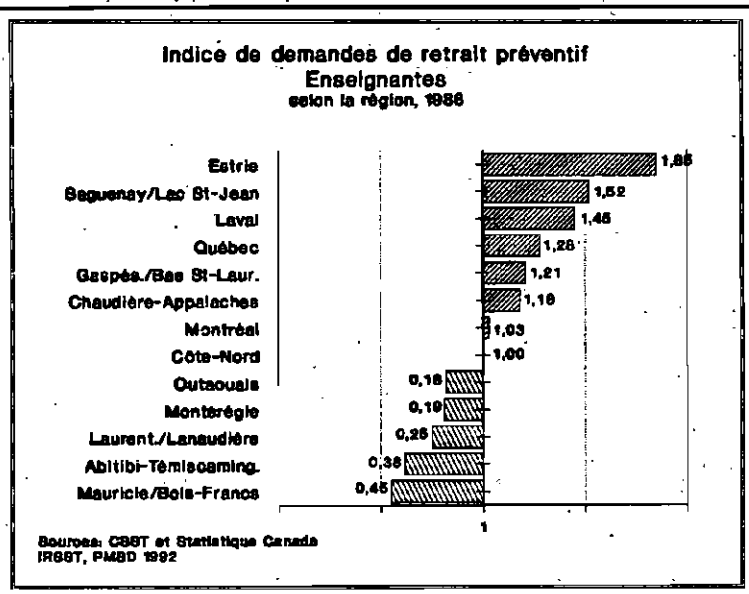

Employées de Bureau
Taux de demandes de retrait préventif
selon la région, 1986
Région
Côte-Nord
Estrie
Saguenay/Lac St-Jean
Gaspés./Bas St-Laur.
Abitibi-Témiscaming.
Québec
Laurent./Lanaudière
Montérégie
Montréal
Laval
Chaudière-Appalaches
Outaouais
Mauricie/Bois-Francs
Province de Québec
0
20
40
60
80
100
Taux par cent femmes
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992

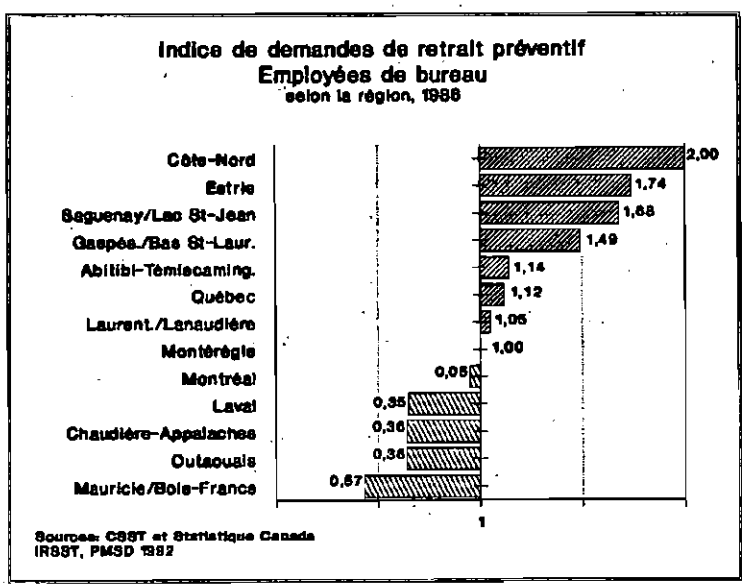

Autres
Taux de demandes de retrait préventif
selon la région, 1986
Région
Estrie
Montréal
Laurent./Lanaudière
Montérégie
Laval
Saguenay/Lac St-Jean
Chaudière-Appalaches
Mauricie/Bois-Francs
Québec
Gaspés./Bas St-Laur.
Côte-Nord
Abitibi-Témiscaming.
Outaouais
Province de Québec
0
20
40
60
80
100
Taux par cent femmes
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992


Indice de demandes de retrait préventif
Travailleuses de la santé
selon la région, 1988
Saguenay/Lac St-Jean 1,70
Estrie 1,56
Montréal 1,56
Chaudière-Appalaches 1,19
Québec 1,03
Abitibi-Témiscaming. 0,08
Laurent./Lanaudière 0,22
Gaspés./Bas St-Laur. 0,23
Montérégie 0,27
Outaouais 0,71
Laval 0,40
Côte-Nord 0,42
Mauricie/Bois-France 0,71
1
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992


Indice de demandes de retrait préventif
Travailleuses spécialisées Services
selon la région, 1988
Montréal 1,49
Côte-Nord 1,46
Estrie 1,39
Chaudière-Appalaches 1,35
Québec 1,35
Saguenay/Lac St-Jean 1,31
Gaspés./Bas St-Laur. 1,06
Laurent./Lanaudière 0,18
Laval 0,22
Montérégie 0,25
Abitibi-Témiscaming. 0,44
Mauricie/Bois-France 0,50
Outaouais 0,50
1
CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992


Indice de demandes de retrait préventif
Travailleuses spécialisées dans la Vente
selon la région, 1988
Saguenay/Lac St-Jean 1,98
Québec 1,77
Abitibi-Témiscaming. 1,53
Estrie 1,52
Montérégie 1,30
Côte-Nord 1,20
Outaouais 1,06
Gaspés./Bas St-Laur. 1,02
Laval 0,03
Laurent./Lanaudière 0,24
Chaudière-Appalaches 0,39
Mauricie/Bois-France 0,41
Montréal 0,43
1
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992


Indice de demandes de retrait préventif
Enseignantes
selon la région, 1986
Estrie
Saguenay/Lac St-Jean
Laval
Québec
Gaspésie/Bas St-Laur.
Chaudière-Appalaches
Montréal
Côte-Nord
Outaouais
Montérégie
Laurent./Lanaudière
Abitibi-Témiscaming.
Mauricie/Bois-Francs
1,86
1,52
1,46
1,28
1,21
1,18
1,03
1,00
0,18
0,19
0,25
0,35
0,45
1
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992


Indice de demandes de retrait préventif
Employées de bureau
selon la région, 1986
Côte-Nord
Estrie
Saguenay/Lac St-Jean
Gaspésie/Bas St-Laur.
Abitibi-Témiscaming.
Québec
Laurent./Lanaudière
Montérégie
Montréal
Laval
Chaudière-Appalaches
Outaouais
Mauricie/Bois-Francs
2,00
1,74
1,68
1,49
1,14
1,12
1,05
1,00
0,05
0,35
0,36
0,36
0,57
1
Sources: CSST et Statistique Canada
IRSST, PMSD 1992

PARTIE 2
LES AXES DE RECHERCHE

Le groupe de travail "Pour une maternité sans danger", créé par l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec à l'automne 1991, avait pour mandat de proposer des axes de recherche sur les dangers, présents en milieu de travail, pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à naître ou allaité. Le profil de participation des femmes au marché du travail au cours des dernières années, l'état actuel des connaissances sur la grossesse et le travail de même que l'évolution du programme québécois de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite ont servi de référence aux représentants des milieux de travail et de la communauté scientifique pour la détermination des axes de recherche. Leur orientation s'inscrit dans la perspective de la Loi sur la santé et la sécurité du travail du Québec qui vise l'élimination des dangers à la source.

1. LES AXES DE RECHERCHE

L'objectif général est d'étudier les moyens pouvant favoriser le maintien de la femme enceinte ou qui allaite en emploi sain et sécuritaire. Dans cette perspective, le groupe de travail "Pour une maternité sans danger" privilégie le développement de travaux de recherche novateurs, interdisciplinaires et pluriméthodologiques, visant l'élimination à la source des dangers pour la santé. Les axes de recherche sont constitués de la reconnaissance et de l'élimination des dangers, de la prévention de leurs effets néfastes sur la santé et de l'étude de l'orientation et de l'application des politiques entourant la maternité et le travail des femmes.

Reconnaître les dangers par:

- le développement de méthodes de mesure de l'exposition aux facteurs de risque,
- l'identification des facteurs de risque présents dans les milieux de travail et la détermination des effets de l'exposition à ces facteurs de risque sur la santé de la travailleuse enceinte ou qui allaite et de son enfant

Éliminer les dangers et prévenir leurs effets néfastes sur la santé par:

- la conception ou l'aménagement d'environnements de travail sains et sécuritaires pour la santé de la travailleuse enceinte ou qui allaite et de son enfant,
- l'évaluation de l'efficacité des mesures de prévention applicables en milieu de travail,
- l'évaluation des impacts de l'application de ces mesures sur les organisations étudiées.

Étudier l'orientation et l'application des politiques entourant la maternité et le travail des femmes.

2. LES MÉTHODOLOGIES DE RECHERCHE

Plusieurs disciplines scientifiques peuvent jeter un éclairage pertinent sur la problématique de santé de la travailleuse enceinte et de l'enfant à naître ou allaité: ergonomie, sciences sociales, toxicologie, épidémiologie, etc.. Compte tenu de l'état actuel des connaissances et des besoins exprimés par la communauté scientifique et par les milieux de travail, autant les recherches prenant pour objet les interventions (leur développement et leur évaluation) que celles prenant pour objet les états de santé doivent être développées. Toutes les méthodologies pouvant permettre d'atteindre les objectifs visés par le programme de recherche seront considérées. Toutefois, **les projets impliquant les milieux de travail (travailleuses et employeur-e-s de petites et de grandes entreprises) et comportant des dimensions d'aide à la prise de décision seront retenus en priorité.**

3. LES AXES DÉTAILLÉS DE RECHERCHE

3.1 Reconnaître les dangers

La reconnaissance des dangers que peuvent présenter certaines conditions de travail pour la santé de la travailleuse enceinte et de son enfant implique l'identification des facteurs de risque et la mesure de leurs effets. Traditionnellement, les recherches tentaient d'associer des effets sur la santé à des facteurs de risque pris isolément. Ces recherches ont mis en relief les difficultés posées par cette approche, les femmes étant, dans la plupart des cas, exposées à plus d'un facteur de risque à la fois. Les limites des résultats obtenus nous amènent à considérer la nécessité d'élaborer des protocoles de recherche qui se rapprochent davantage de la réalité des milieux de travail en considérant les effets du culmul des conditions qui rendent le travail pénible, ce qui caractérise mieux la situation réelle dans laquelle les travailleuses accomplissent leurs tâches. Cette nouvelle façon d'aborder les facteurs de risque pose cependant des défis méthodologiques. Pour cette raison, des recherches portant plus spécifiquement sur l'amélioration et le développement d'instruments de mesure devraient constituer un secteur prioritaire pour l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé au travail.

Les nouvelles orientations de recherche doivent davantage prendre en considération la santé des femmes enceintes qui a peu été étudiée comparativement à la santé de l'enfant et au développement du foetus. D'autres recherches doivent donc être entreprises pour préciser les effets du travail sur la santé de la travailleuse enceinte en développant des approches différentes de l'approche biomédicale qui a plus particulièrement été utilisée jusqu'à maintenant. Compte tenu des caractéristiques des emplois occupés par les femmes, notamment les facteurs de risque ergonomiques et ceux liés à l'organisation du travail doivent être étudiés plus en profondeur.

Amélioration ou développement d'instruments de mesure de l'exposition aux facteurs de risque

- Méthodes d'évaluation de la pénibilité des conditions de travail [32]
- Développement de paramètres pour évaluer les effets de la pénibilité du travail sur la travailleuse enceinte
- Développement d'indicateurs d'exposition à des facteurs de risque

Identification des facteurs de risque et détermination de leurs effets sur la santé

- Effets du cumul de conditions qui rendent le travail pénible:
  - sur la santé de la travailleuse enceinte
  - sur le développement du foetus ou sur les issues de grossesse

3.2 Éliminer les dangers et prévenir leurs effets néfastes sur la santé

Les connaissances sur ce qui constitue un environnement de travail sain et sécuritaire pour la santé de la travailleuse enceinte sont peu développées. Les femmes au travail en âge d'avoir des enfants occupent en majorité des emplois dans le domaine de la santé (infirmières), des services (serveuses), de la vente, de la fabrication (couturières) ou des emplois de bureau (incluant les caissières). Ces emplois se caractérisent particulièrement par des postures contraignantes, par des horaires variables, par des tâches exercées sous pression ou à cadence rapide, par un faible niveau de contrôle et par la manutention de charges lourdes. Ces conditions de travail comportent des facteurs de risque souvent mis en cause lors des demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte. Dans ces secteurs d'emploi, des recherches sur la conception ou l'aménagement d'environnements sains et sécuritaires seraient particulièrement pertinentes pour le maintien en emploi de la travailleuse enceinte et comme support à la prise de décision pour les petites et les grandes entreprises. L'ergonomie et l'organisation du travail sont des domaines de recherche particulièrement pertinents à ce niveau, notamment pour le développement de recherches-action, en milieux de travail, mettant à contribution les connaissances

[32] Des conditions de travail sont considérées pénibles lorsqu'elles sont exigeantes du point de vue physique, cognitif ou psychosocial en tenant compte, par exemple, de la posture, de l'effort physique à déployer, du travail continu sur machine, du travail parcellaire, de la répétitivité des tâches, du bruit et de la température ambiante, de la charge visuelle, des vibrations, de la manipulation de produits toxiques, de la durée et du rythme de travail, des pauses, le travail à haut niveau de demande et à faible niveau de contrôle.

scientifiques et les connaissances de ces milieux au service de l'aménagement de conditions de travail sans danger.

Par ailleurs, la littérature fait ressortir l'importance de la perception du danger qu'ont les différents acteurs impliqués dans le processus d'application de tout programme d'intervention. Les expériences menées jusqu'à maintenant indiquent que le point de départ de la recherche de solutions requiert une description détaillée des problèmes de prise de décision auxquels les diverses parties ont à faire face afin de clarifier les raisons des divergences et trouver les bases de consensus [33]. L'étude de Renaud et Turcotte [34] qui avait pour objectif, en plus de dresser un bilan de l'utilisation du retrait préventif de la travailleuse enceinte (1981-84), de décrire les modalités d'exercice de ce droit à travers la perception qu'en avaient les utilisatrices (1984-86), doit être complétée par la perception de l'ensemble des acteurs impliqués, en l'occurence par la perception des employeurs qui sont régulièrement confrontés aux problèmes de gestion inhérents au processus d'application du programme de retrait préventif. En effet, les controverses actuelles sur la notion de danger réfèrent, entre autres, à des perceptions différentes des caractéristiques du travail des femmes. Outre les divergences quant aux effets néfastes de certaines conditions de travail, il existe des consensus qu'il importe de faire ressortir pour faciliter le processus décisionnel et clarifier les orientations du programme de retrait préventif. En ce sens, il importe de mieux connaître comment se fait dans les milieux de travail l'application du programme, quelles sont les conditions réelles qui influencent les prises de décision, les expliquent et quel support pourrait être apporté aux milieux de travail pour rejoindre les objectifs initiaux du programme, c'est-à-dire le maintien en emploi sain et sécuritaire de la travailleuse enceinte. Les données incluses dans les fichiers administratifs de la CSST ne fournissent pas ce type d'information.

---

[33] Fabiani J.-L. et Theys J. (sous la direction de), La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques, Presses de l'École normale supérieure, Paris, 1987, 674 p..

[34] Renaud M., Turcotte G., Comment les travailleuses enceintes voient leur travail, ses risques et le droit au retrait préventif, Rapport de recherche, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé-sécurité du travail, Université de Montréal, 1988, 430 p..

Conception ou aménagement d'environnements de travail sains et sécuritaires

- Les méthodes d'adaptation, de réaménagement ou de modification des conditions de travail
- L'étude des facteurs qui favorisent ou empêchent l'assainissement des conditions de travail de la travailleuse enceinte:
  - l'identification des consensus et des divergences entre les différents acteurs impliqués (travailleuses enceintes, employeurs-es, représentants-es des travailleuses, médecins traitants et scientifiques) concernant:
    - les facteurs de risque pour la santé de la travailleuse enceinte et de l'enfant
    - la pénibilité des conditions de travail
  - l'analyse des perceptions qui sous-tendent la reconnaissance ou la non reconnaissance des dangers liés à certaines conditions de travail
- Le développement et la validation d'expériences d'encadrement scientifique (recherches-action) visant l'aménagement ou le réaménagement des conditions de travail

L'élimination des dangers et la prévention de leurs effets néfastes exigent non seulement de connaître les moyens disponibles et applicables pour y arriver, mais également les impacts des efforts faits en ce sens sur la santé de la travailleuse enceinte et de son enfant et sur les milieux de travail qui ont à composer avec ces changements à différents niveaux de leur organisation. Cependant, avant d'investir des ressources importantes dans l'évaluation des impacts du programme de retrait préventif sur la santé de la travailleuse enceinte et de son enfant, il s'avère essentiel de s'assurer que les protocoles de recherche proposés, classiques ou novateurs, soient réalistes, autant d'un point de vue méthodologique que d'un point de vue financier, et permettent d'entreprendre efficacement de telles études.

D'autres impacts doivent également être mieux connus dont ceux qui touchent plus particulièrement les milieux de travail en tant qu'organisations et les travailleuses en tant que groupe social. Depuis l'étude de Renaud et Turcotte aucune donnée n'a été produite sur les aménagements de l'environnement physique ou organisationnel effectués dans les milieux de travail incluant ceux effectués en dehors du processus formel des demandes de retrait préventif. De telles données donneraient un portrait plus fidèle de la réalité surtout si elles étaient produites en tenant compte des possibilités de comparaison avec d'autres recherches réalisées à l'extérieur du Québec et qui portent sur le même objet. Par ailleurs, plusieurs personnes impliquées activement dans le dossier du retrait préventif soulèvent l'importance de vérifier l'impact que peuvent avoir les mesures de protection de la santé de la femme enceinte au travail sur l'emploi des femmes en âge d'avoir des enfants tant au niveau de l'embauche que de la mobilité professionnelle. Même si, en principe, la Loi québécoise sur la santé et la sécurité des travailleurs et des travailleuses du Québec

et la Charte des droits et libertés protègent les travailleuses du congédiement, de la perte de bénéfices liés à l'emploi ou de la discrimination basée sur le sexe, il n'en demeure pas moins qu'il existe des moyens d'omettre ces principes sans pour autant enfreindre la Loi, du moins sur le plan strictement juridique. Il importe donc de connaître ces impacts réels afin de garantir l'accès des jeunes femmes au marché du travail sans que la maternité pénalise leur statut.

Évaluation des impacts du programme de retrait préventif sur les populations et les organisations étudiées

- Impacts du programme de retrait préventif sur la santé de la travailleuse enceinte
- Impacts du programme de retrait préventif sur la santé de l'enfant
- Accessibilité du programme de retrait préventif pour des groupes particuliers (e.g. les travailleuses immigrées)
- Impact du programme de retrait préventif sur l'emploi - embauche et mobilité professionnelle - des femmes en âge d'avoir des enfants
- Impacts du programme de retrait préventif sur l'amélioration des conditions de travail
- Impacts du programme de retrait préventif sur l'organisation du travail

3.3 Étudier les politiques entourant la maternité et le travail des femmes

Le programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte met en lumière des dimensions plus globales de l'articulation du travail et de la maternité. Dans cette perspective, des recherches sur des aspects plus généraux des politiques entourant la maternité et le travail des femmes sont nécessaires, d'une part, pour cerner les enjeux socioéconomiques et sociopolitiques qui sont inévitablement mis en question par le développement des mesures de protection de la femme enceinte au travail et, d'autre part, pour compléter la recherche de solutions en tirant profit des expériences d'autres milieux qui, comme le Québec, sont hautement concernés par l'augmentation importante de la participation des jeunes femmes au marché du travail. Il existe un manque de connaissances important sur la fréquence, la durée et les conditions d'utilisation des mesures comprises dans le régime de congé de maternité québécois. Les chevauchements possibles entre ce régime et le programme de retrait préventif sont fréquemment discutés sans que la situation exacte n'ait été évaluée.

- Étude des aspects socioéconomiques *du développement ou de l'absence de développement* de programmes de prévention en milieu de travail s'adressant aux travailleuses enceintes
- Étude des aspects sociopolitiques du développement de programmes de prévention en milieu de travail s'adressant aux travailleuses enceintes dans un contexte de croissance importante de la participation des femmes au marché du travail
- Étude comparative des programmes nationaux concernant la santé des travailleuses enceintes et de leur enfant

PARTIE 3

SYNTHÈSE DES AXES DE RECHERCHE

PROGRAMME DE RECHERCHE POUR UNE MATERNITÉ SANS DANGER

L'orientation du programme de recherche Pour une maternité sans danger s'inscrit dans la perspective de la Loi sur la santé et la sécurité du travail du Québec qui vise l'élimination des dangers à la source. C'est dans un esprit d'échanges entre les milieux de travail et la communauté scientifique que le groupe de travail mis sur pied pour définir des axes de recherche a établi ses objectifs. Ces derniers touchent des domaines de recherche prioritaires qui ne sont pas suffisamment couverts par d'autres programmes de recherche subventionnée.

AXES DE RECHERCHE

L'objectif général du programme de recherche est d'étudier les moyens pouvant favoriser le maintien de la femme enceinte ou qui allaite en emploi sain et sécuritaire. Dans cette perspective, le groupe de travail Pour une maternité sans danger privilégie le développement de travaux de recherche novateurs, interdisciplinaires et plurimétho-dologiques, visant l'élimination à la source des dangers pour la santé. Les axes de recherche sont constitués de la reconnaissance ou de l'élimination des dangers, de la prévention de leurs effets néfastes sur la santé et de l'étude de l'orientation et de l'application des politiques entourant la maternité et le travail des femmes.

Reconnaître les dangers par:

- le développement de méthodes de mesure de l'exposition aux facteurs de risque,
- l'identification des facteurs de risque présents dans les milieux de travail et la détermination des effets de l'exposition à ces facteurs de risque sur la santé de la travailleuse enceinte ou qui allaite et de son enfant

Éliminer les dangers et prévenir leurs effets néfastes sur la santé par:

- la recherche sur la conception ou l'aménagement d'environnements de travail sains et sécuritaires pour la santé de la travailleuse enceinte ou qui allaite et de son enfant,
- l'évaluation de l'efficacité des mesures applicables pour protéger leur santé,
- l'évaluation des impacts de l'application de ces mesures sur les organisations étudiées.

Étudier l'orientation et l'application des politiques entourant la maternité et le travail des femmes

MÉTHODOLOGIES DE RECHERCHE

Plusieurs disciplines scientifiques peuvent jeter un éclairage pertinent sur la problématique de santé de la travailleuse enceinte ou qui allaite: ergonomie, sciences sociales, toxicologie, épidémiologie, etc.. Compte tenu de l'état actuel des connaissances et des besoins exprimés par la communauté scientifique et par les milieux de travail, autant les recherches prenant pour objet les interventions (leur développement et leur évaluation) que celles prenant pour objet les états de santé doivent être développées. Toutes les méthodologies pouvant permettre d'atteindre les objectifs visés par le programme de recherche seront considérées. Toutefois, **les projets impliquant les milieux de travail (travailleuses et employeur-e-s de petites et de grandes entreprises) et comportant dimensions d'aide à la prise de décision seront retenus en priorité.**

AXES DÉTAILLÉS DE RECHERCHE

Reconnaître les dangers

Amélioration ou développement d'instruments de mesure de l'exposition aux facteurs de risque

- Méthodes d'évaluation de la pénibilité des conditions de travail [35]
- Développement de paramètres pour évaluer les effets de la pénibilité du travail sur la travailleuse enceinte
- Développement d'indicateurs d'exposition

Identification des facteurs de risque et des effets sur la santé

- Effets du cumul de conditions qui rendent le travail pénible:

  - sur la santé de la travailleuse enceinte
  - sur le développement du foetus ou sur les issues de grossesse

---

[35] Des conditions de travail sont considérées pénibles lorsqu'elles sont exigeantes du point de vue physique et/ou mental en tenant compte de la posture, de l'effort physique à déployer, du travail continu sur machine, du travail parcellaire, de la répétitivité des tâches, du bruit et de la température ambiante, de la charge visuelle, des vibrations, de la manipulation de produits toxiques, de la durée et du rythme de travail, des pauses, le travail à haut niveau de demande et à faible niveau de contrôle.

Éliminer les dangers et prévenir leurs effets néfastes sur la santé

Conception ou aménagement d'environnements de travail sains et sécuritaires

- Les méthodes d'adaptation, de réaménagement ou de modification des conditions de travail
- L'étude des facteurs qui favorisent ou empêchent l'assainissement des conditions de travail de la travailleuse enceinte:

  - l'identification des consensus et des divergences entre les différents acteurs impliqués (travailleuses enceintes, employeurs-es, représentants-es des travailleuses, médecins traitants et scientifiques) concernant:
    - les facteurs de risque pour la santé de la travailleuse enceinte et de l'enfant
    - la pénibilité des conditions de travail

  - l'analyse des perceptions qui sous-tendent la reconnaissance ou la non reconnaissance des dangers liés à certaines conditions de travail
- Le développement et la validation d'expériences d'encadrement scientifique (recherches-action) visant l'aménagement ou le réaménagement des conditions de travail

Évaluation des impacts du programme de retrait préventif sur les populations et les organisations étudiées

- Impacts du programme de retrait préventif sur la santé de la travailleuse enceinte
- Impacts du programme de retrait préventif sur la santé de l'enfant
- Accessibilité du programme de retrait préventif pour des groupes particuliers (e.g. les travailleuses immigrées)
- Impact du programme de retrait préventif sur l'emploi - embauche et mobilité professionnelle - des femmes en âge d'avoir des enfants
- Impacts du programme de retrait préventif sur l'amélioration des conditions de travail
- Impacts du programme de retrait préventif sur l'organisation du travail

Étudier les politiques entourant la maternité et le travail des femmes

- Étude des aspects socioéconomiques *du développement ou de l'absence de développement* de programmes de prévention en milieu de travail s'adressant aux travailleuses enceintes
- Étude des aspects sociopolitiques du développement de programmes de prévention en milieu de travail s'adressant aux travailleuses enceintes dans un contexte de croissance importante de la participation des femmes au marché du travail
- Étude comparative des programmes nationaux concernant la santé des travailleuses enceintes et de leur enfant

PREMIÈRE PHASE DU PROGRAMME DE RECHERCHE

Pour les premières années, le groupe de travail Pour une maternité sans danger recommande en priorité les recherches axées sur les thèmes suivants:

Conception ou aménagement d'environnements de travail sains et sécuritaires

- Les méthodes d'adaptation, de réaménagement ou de modification des conditions de travail
- L'étude des facteurs qui favorisent ou empêchent l'assainissement des conditions de travail de la travailleuse enceinte:
  - l'identification des consensus et des divergences entre les différents acteurs impliqués (travailleuses enceintes, employeurs-es, représentants-es des travailleuses, médecins traitants et scientifiques) concernant:
    . les facteurs de risque en regard de la santé de la travailleuse enceinte et de l'enfant
    . la pénibilité des tâches
  - l'analyse des perceptions qui sous-tendent la reconnaissance ou la non reconnaissance des dangers liés à certaines conditions de travail
- Le développement et la validation d'expériences d'encadrement scientifique visant l'aménagement ou le réaménagement des conditions de travail

Évaluation des impacts du programme de retrait préventif sur les populations et les organisations étudiées

- Impacts du programme de retrait préventif sur la santé de la travailleuse enceinte
- Impacts du programme de retrait préventif sur la santé de l'enfant
- Accessibilité du programme de retrait préventif pour des groupes particuliers (e.g. les travailleuses immigrées)
- Impact du programme de retrait préventif sur l'emploi - embauche et mobilité professionnelle - des femmes en âge d'avoir des enfants
- Impacts du programme de retrait préventif sur l'amélioration des conditions de travail
- Impacts du programme de retrait préventif sur l'organisation du travail

Amélioration ou développement d'instruments de mesure de l'exposition aux facteurs de risque

- Méthodes d'évaluation de la pénibilité des conditions de travail
- Développement de paramètres pour évaluer les effets de la pénibilité du travail sur la travailleuse enceinte
- Développement d'indicateurs d'exposition à des facteurs de risque

F 13,590