



56<sup>ème</sup> CONGRÈS SELF  
6 - 8 juillet 2022

**VULNÉRABILITÉS ET  
RISQUES ÉMERGENTS**  
penser et agir ensemble pour  
transformer durablement

 **EBSCO**host

*The full text of SELF congresses  
proceedings in Ergonomics Abstracts is  
included in Academic Search Ultimate on  
EBSCOhost™*

[www.ergonomie-self.org](http://www.ergonomie-self.org)

→ Ergonomics abstract

# La gestion des risques liés au travail durant la grossesse. Ce que tout responsable en prévention devrait savoir...

Anne Renée GRAVEL

École des sciences de l'administration, Université TÉLUQ, 5800, rue Saint-Denis, bureau 1105  
Montréal (Québec) H2S 3L5 Canada,  
[anne-renee.gravel@teluq.ca](mailto:anne-renee.gravel@teluq.ca)

Résumé. Ce texte présente une approche préventive participative qui s'implante en milieu de travail depuis l'intégration, en 1979, d'un droit assurant une maternité sans danger aux travailleuses enceintes dans la Loi sur la santé et sécurité du travail au Québec. Sur la base de recherches récentes, l'auteure met en évidence que l'intégration de cette approche préventive participative en organisation favorise le mieux-être au travail, élimine les situations de travail à risque durant la grossesse et contribue à améliorer la performance organisationnelle. L'ergonomie vient en renfort pour appuyer cette approche préventive.

Mots-clés : grossesse, travail, prévention

## Management of labor-related risks during pregnancy. What responsible for health and safety at work should know ...

This text presents a participatory preventive approach that has been implemented in the workplace since the incorporation, in 1979, of a right to ensure safe maternity for pregnant workers in the Act respecting occupational health and safety in Quebec. Based on recent research, the author will show that in addition to eliminating risky work situations during pregnancy, this participatory preventive approach promotes well-being at work and helps improve organizational performance. Ergonomics comes as a reinforcement to support this preventive approach.

Workers, Pregnancy, work, prevention

---

\*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à Genève les 6, 7 et 8 juillet 2022. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :

Gravel, Anne Renée (2022). La gestion des risques liés au travail durant la grossesse. Ce que tout responsable en prévention devrait savoir... Actes du 56<sup>ème</sup> Congrès de la SELF, Vulnérabilités et risques émergents : penser et agir ensemble pour transformer durablement. Genève, 6 au 8 juillet 2022.

Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page.

## INTRODUCTION

Le vécu de la grossesse au travail mérite une attention particulière de la part des responsables de la prévention en organisation. En effet, de récentes recherches confirment que le stress vécu durant la grossesse peut affecter le développement du placenta humain, et par conséquent nuire au développement du fœtus (St-Pierre *et al.*, 2016; Sinclair *et al.*, 2020). Au Québec, les recherches d'Agathe Croteau ont démontré que le recours à des accommodements dans les tâches comme le prescrit le droit québécois de retrait préventif pour la travailleuse enceinte contribue à réduire les complications durant la grossesse et la naissance de bébé de petits poids (Croteau *et al.*, 2006 et 2007).

La Loi sur la santé et sécurité du travail contient un droit qui oblige les employeurs à offrir des aménagements prenant en considération les besoins manifestés par les personnes enceintes ou qui allaitent au travail, de manière à favoriser le maintien en emploi dans des conditions saines et sécuritaires (Malenfant, 1996). Ce droit de retrait préventif autorise la travailleuse enceinte ou qui allaite, et qui croit que son travail présente un risque pour elle ou pour le développement de son fœtus ou de son bébé, de demander d'être affectée à « des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir » en déposant auprès de l'employeur un certificat médical signé par son médecin traitant (art. 40 de la Loi). Lorsqu'il est impossible pour son employeur d'affecter la travailleuse qui en fait la demande à des tâches sans danger, la travailleuse est alors retirée du travail et reçoit pendant les cinq premiers jours son plein salaire. Elle reçoit par la suite, une indemnité de remplacement de revenus pouvant équivaloir à 90% de son salaire net. Au contraire, si l'employeur peut soustraire les tâches jugées à risque, la travailleuse enceinte ou qui allaite est maintenue en emploi sans perte de bénéfices ni salaire. Des subventions sont prévues pour aider les employeurs en ce sens. Les employeurs assument collectivement les coûts du programme lié à ce droit sans égard au nombre de travailleuses qu'ils ont au sein de leur organisation.

Durant les premières décennies de l'application de ce droit en milieu de travail, la notion de « retrait préventif » n'est pas intégrée selon le sens prescrit par la loi, c'est-à-dire de manière à retirer les conditions de travail représentant un risque pour la santé et la sécurité au travail. Conséquemment, peu d'actions préventives visent à modifier les conditions d'emploi ainsi que les postes de travail de manière à éliminer les risques à la source. Les employeurs ont plutôt tendance à retirer systématiquement les travailleuses enceintes de leur milieu de travail, selon une conception traditionnelle de la femme au travail (Malenfant et De Koninck, 2002). Cependant, depuis les années 2000, nous remarquons qu'une culture de maintien en emploi s'est progressivement installée dans les organisations (Malenfant *et al.*, 2009). Les données montrent une constante progression du maintien en emploi durant la grossesse. Ainsi, nous sommes passés d'une proportion d'un peu plus de 10% de maintien en emploi en 1992 à une proportion de 58,5% pour l'année 2019 (1% indéterminé). De ce nombre en 2019, 33,8% des femmes ont été affectées

uniquement tandis que 24,7% des autres femmes ont bénéficié d'une combinaison (retrait et affectation). Nous remarquons que les travailleuses enceintes sont maintenues plus longtemps en emploi puisque les jours moyens d'indemnisation sont effectivement à la baisse (CNESST, 2021). Les montants attribués au Programme pour une maternité sans danger représentent 7,6% des charges de la CNESST en matière de santé et sécurité au travail. Ces montants restent stables, car le nombre de demandes de retrait préventif se maintient entre 30 000 et 33 000 demandes annuellement depuis les années 2000 (CSST, 2012; CNESST, 2021). Petite précision, la Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail ou CNESST fait la promotion des droits et des obligations en matière de travail et en assure le respect auprès des travailleuses et des employeurs.

Les résultats de nos travaux qui étudient la gestion des risques liés au travail durant la grossesse dans le contexte québécois montrent que des pratiques en matière de conciliation travail-grossesse se sont institutionnalisées dans les grandes organisations dans lesquelles nous retrouvons un nombre important de travailleuses enceintes. Nos résultats indiquent également que l'intégration d'une approche préventive participative contribue à éliminer les situations de travail à risque durant la grossesse, à améliorer la performance organisationnelle ainsi que le mieux-être au travail (Gravel et Malenfant, 2012; Gravel, 2017). L'intervention ergonomique vient appuyer cette approche.

Ce texte présente une approche préventive utile à toute personne responsable de la prévention en milieu de travail.

## ENCRAGE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIE

Nos résultats s'appuient sur deux recherches qualitatives que nous avons menées auprès d'infirmières enceintes à deux périodes différentes. Nous choisissons les infirmières, car elles représentent la profession qui fait le plus grand nombre de demandes de retrait préventif selon les statistiques de la CNESST que nous consultons depuis 2005.

Nous avons mené une première recherche qualitative entre 2006 et 2008 dans dix (10) centres hospitaliers (CH) de soins généraux pour trois grandes régions du Québec (Outaouais, Montréal, Québec). Au total, nous avons effectué quarante-cinq (45) entrevues individuelles semi-dirigées auprès des principales actrices impliquées dans l'application du droit de retrait préventif en centre hospitalier, soit les dix (10) gestionnaires et les neuf (9) représentantes syndicales responsables du dossier de retrait préventif, puis auprès de vingt-six (26) infirmières enceintes qui présentent le récit de leur expérience de l'application du droit de retrait préventif (un minimum de 2 travailleuses par CH ont été interrogées). Les entretiens visaient à recueillir des données sur les facteurs qui influencent la décision de demander un réaménagement des tâches de la part des travailleuses enceintes d'une part, et d'autre part, les facteurs qui sous-tendent la réponse de l'employeur à cette demande, soit une acceptation de modifier les tâches et l'organisation du travail afin de rencontrer

les objectifs de la Loi ou une incapacité de rencontrer cet objectif se traduisant, pour la travailleuse enceinte, par un arrêt de travail.

Le cadre théorique que nous avons privilégié pour mener cette première recherche s'inspire du modèle de Burke et Litwin (1992) qui suggère que des composantes (1) culturelles (orientations SST, approche de gestion, valeurs), (2) structurelles (structure organisationnelle, décisionnelle et opérationnelle) et (3) relationnelles (rapports de travail, coopération, conflits entre les individus et les groupes) ainsi que des composantes plus spécifiquement liées à l'activité de travail (tâches, habiletés, exigences) en considérant les facteurs humains, organisationnels et techniques influencent les processus décisionnels en matière de retrait préventif et les stratégies des travailleuses enceintes.

Nos résultats s'appuient également sur l'analyse des données d'une autre recherche qualitative que nous avons menée en 2018 auprès de 25 infirmières qui nous présentent leur récit d'expérience de leur situation de retrait préventif tant dans les centres hospitaliers de soins généraux que les cliniques médicales pour la région de Montréal. Pour cette deuxième recherche, nous avons préféré nous appuyer sur le modèle de Vézina (2001), bonifié par St-Vincent et al. (2011) qui suggère que les individus travailleur.euse développent différentes stratégies de régulation, afin de se créer des marges de manœuvre, dans le but de préserver leur santé et sécurité au travail, tout en satisfaisant aux exigences de la production. À ce modèle que nous adoptons à la situation de la travailleuse enceinte, nous incorporons une perspective féministe permettant d'opérationnaliser les enjeux de rapports de pouvoir qui s'instaurent dans l'octroi des soins. Cette inclusion permet d'identifier les ressources et les pratiques permettant d'agir sur les règles qui sont imprégnées par des structures de domination (dont celles liées à la division sexuelle du travail). Les entretiens avaient pour but de mieux identifier les ressources que mobilisent les travailleuses enceintes pour arriver à obtenir des conditions saines et sécuritaires de travail durant la grossesse. Ici, les infirmières sont reconnues comme étant socialement actives. La perspective analytique choisie considère que les travailleuses peuvent agir sur les règles (pratiques) en matière de retrait préventif et sur les structures sociales les entourant. Elles peuvent les intérioriser ou au contraire agir pour les transformer afin qu'elles répondent davantage à leurs besoins personnels et pour faire face aux pénibilités du travail durant la grossesse.

Pour les deux recherches, l'analyse des données s'est faite selon une méthode inductive. Les données ont été codées en unités de sens à partir du discours des actrices de manière à identifier les facteurs qui favorisent ou non le maintien en emploi durant la grossesse, les pratiques qui s'instaurent dans l'application quotidienne du retrait préventif et les ressources utilisées par les actrices pour soutenir ou non le maintien au travail.

## RÉSULTATS

Nos résultats (Gravel & Malenfant, 2012 ; Gravel, 2017) indiquent qu'en raison de la pénurie de main-d'œuvre

qui sévit dans le réseau de la santé, les employeurs du réseau mettent plus d'efforts pour réorganiser le travail et fournir des aménagements qui respectent les recommandations médicales et qui permettent de maintenir leurs infirmières enceintes en emploi tout en assurant une grossesse saine au travail. Soulignons que dans un tel contexte de pénurie, retirer une travailleuse enceinte du milieu de travail entraîne forcément un impact sur la performance organisationnelle puisqu'une travailleuse quitte le travail et que ce départ entraîne une surcharge pour les collègues qui restent. Une travailleuse nous dit : « Il y a tellement de manque qu'on est obligé d'être là » (travailleuse 13 B – RECH.1). Une autre travailleuse nous informe que « c'est plus facile d'avoir le staff qui est là, de leur donner une formation que d'embaucher quelqu'un, de voir si ça va fonctionner et tout. C'est moins de trouble parce que nous on est déjà là » (travailleuse 3M – RECH.2)

Nous constatons la mise en place progressive d'une culture de maintien en emploi dans les centres hospitaliers. Comme le dit cette gestionnaire : « Moi actuellement, je trouve ça plus facile, il y a déjà une culture de réaffectation. Si tu étais venue me voir au début des années 2000, dans les quatre premières années, 1998, 1999, 2000, 2001, il y avait beaucoup de tensions quand on parlait du maintien au travail durant la grossesse. Mais là, ça va tout seul » (gestionnaire CHOE12 – RECH.1). En ce sens, une travailleuse affirme : « L'équipe sait... Il y a d'autres filles qui ont été enceintes avant... Je n'ai pas besoin de dire... Excusez-moi, je suis enceinte. » (travailleuse 3O – RECH.2). Ainsi, toutes les infirmières interrogées dans la plus récente recherche avaient été affectées durant leur grossesse. Ces travailleuses enceintes ont bénéficié de modifications de tâches dans le but de respecter leur état de grossesse au travail. Plusieurs d'entre elles sont restées jusqu'à la toute fin de leur grossesse.

## L'implantation progressive d'une approche préventive participative

L'analyse des résultats de nos études s'espaçant sur une période de dix ans, nous a permis de répertorier une approche plus participative et globale de la santé et sécurité du travail dans les centres hospitaliers. Ainsi, avec le temps et l'expérience, la gestion du retrait préventif s'intègre progressivement aux autres activités en santé et sécurité au travail à travers l'action d'une ressource qui est responsable de la prévention et de la gestion des risques en SST. Plus précisément, le travail de cette ressource est d'abord appuyé par une orientation ferme de la direction en matière de la gestion de la santé et sécurité au travail et du retrait préventif. Une politique est érigée en ce sens. Cette politique concertée comprend des procédures planifiées d'aménagement des postes de travail et de l'organisation du travail. La politique est élaborée en partenariat avec les travailleuses, les superviseurs de premier niveau et le syndicat. La responsable en prévention consulte les autres ressources concernées par le retrait préventif de la travailleuse enceinte, en l'occurrence les ressources en santé au travail du réseau de santé publique, plus spécifiquement le médecin responsable en santé au travail comme le prévoit la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

Cette approche préventive ne peut s'instaurer sans un investissement en temps et argent permettant de mandater adéquatement cette ressource qui travaille à la prévention. L'investissement pour l'embauche d'une personne en prévention à l'interne ayant la responsabilité d'élaborer un plan d'affectation et d'en assurer le suivi a comme avantage d'offrir le temps requis pour la réussite du processus, de favoriser la participation et l'interaction entre les parties impliquées dans la gestion quotidienne des risques liés au travail durant la grossesse.

Le maintien en emploi dans le secteur hospitalier exige des réaménagements tenant compte de la nature des tâches, des besoins et de l'expertise de la travailleuse enceinte ainsi que des relations de travail au sein de l'équipe de travail. Nos travaux (Gravel, 2017) nous enseignent que la travailleuse va solliciter le soutien des collègues pour reprendre les tâches jugées dangereuses, alors que celle-ci offre une aide à ses collègues tout en respectant les prescriptions médicales figurant dans son certificat de retrait préventif. Le rôle de l'encadrement de premier niveau est alors de s'assurer que ses collègues sont en mesure d'offrir un soutien concret à la travailleuse, sans entraîner une surcharge de travail. Cependant, la responsabilité de la gestion des risques est laissée sous la responsabilité de la travailleuse enceinte. C'est elle qui doit s'assurer que les recommandations émises sur son certificat médical de retrait préventif sont respectées. Pour cette raison, il est plus avantageux et mieux accepté de maintenir la travailleuse dans son équipe habituelle plutôt que de l'affecter dans une autre équipe de travail. Les liens d'amitié et le besoin de communiquer sont essentiels pour obtenir le soutien des collègues dont ont besoin les travailleuses enceintes pour gérer les risques.

Tout comme nos travaux (Gravel, 2017), les études de Pedersen et coll. (2020) illustrent l'importance du soutien de la supervision immédiate et des collègues dans le maintien sain et sécuritaire des travailleuses enceintes en emploi. La réalité organisationnelle peut cependant affecter la possibilité pour les collègues de reprendre les tâches jugées dangereuses pour la travailleuse en retrait préventif. C'est notamment le cas lorsque la surcharge de travail réduit la possibilité pour les travailleuses à recourir au soutien des collègues afin de transférer les tâches à risque. L'instabilité dans les équipes de travail constitue un autre facteur pouvant restreindre l'offre de soutien à la travailleuse pour gérer les risques puisque les liens d'amitié et la connaissance du travail de tous sont des éléments favorables au soutien.

Devant ces difficultés, les travailleuses peuvent développer des stratégies favorisant leur retrait du travail (Malenfant, 1997). Il importe de mentionner que les travailleuses utilisent aussi des stratégies pour augmenter leur marge de manœuvre afin d'assurer leur maintien au travail dans des conditions saines et sécuritaires (Gravel, Riel & Messing, 2017). Elles peuvent exiger de leur employeur qu'il respecte les recommandations émises sur leur certificat médical de retrait préventif. Ainsi, la supervision de premier niveau, le service de direction responsable de la santé au travail et même le syndicat peuvent être mis à contribution en ce sens.

Dans certains cas, les revendications des travailleuses combinées au nombre important de grossesses au travail ont permis la création de postes réservés lorsque le maintien en emploi dans l'équipe habituelle est impossible. Ces postes ont été mis en place par l'employeur et sont autorisés par la convention collective. Le poste réservé à la travailleuse enceinte constitue une option intéressante pourvu qu'il permette à la celle-ci d'être utile à son service d'attache.

### L'apport de l'ergonomie

Nos résultats indiquent que le succès de l'approche préventive que nous venons de présenter dépend de la prise en compte de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. C'est sur ce plan qu'il devient nécessaire de recourir à une démarche ergonomique. En fait, cette démarche est axée sur l'analyse du travail réel. Les tâches sont ainsi replacées dans leur contexte d'exécution afin de comprendre les impacts des réaménagements de tâches sur l'ensemble de l'activité de travail de la travailleuse enceinte et des membres de son équipe. Le recours à l'ergonomie est utilisé afin d'évaluer la faisabilité des modifications de tâches permettant d'assurer un maintien en emploi sain et sécuritaire à la travailleuse enceinte tout en n'affectant pas la charge de travail des autres membres de l'équipe de travail.

L'utilisation de méthodes ergonomiques vise à la fois l'élimination des risques à la source, tels que le stress lié à la gestion du retrait préventif en raison du réaménagement des tâches tout comme les contraintes physiques liées au poste. Une telle démarche respecte l'évolution de l'état de grossesse ainsi que les compétences et les intérêts de la travailleuse enceinte comme il est prescrit par le droit de retrait préventif.

Rappelons d'abord que c'est la travailleuse enceinte qui va initier la demande de retrait préventif. Pour obtenir ce droit de protéger sa maternité au travail, la travailleuse va, dans un premier temps, s'adresser à son médecin traitant. Tous deux vont discuter des dangers que comporte le travail pour l'état de grossesse. Ils vont, par la même occasion, identifier les conditions d'emploi qui peuvent convenir afin de rendre le poste sécuritaire. Ensuite, les recommandations seront émises dans un certificat médical de retrait préventif après une consultation avec un médecin en santé au travail du réseau public. La travailleuse présentera ce certificat médical à son employeur.

Un des centres hospitaliers à l'étude a opté pour une démarche ergonomique. Les entretiens nous ont permis de comprendre que le rôle de la personne-ressource en ergonomie est de voir à la prévention, incluant la santé de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Cette personne qui est infirmière et qui possède une formation en ergonomie a un mandat de la haute direction en ce sens. Elle est autorisée à modifier les postes et l'organisation du travail pour atteindre cet objectif de prévention. La convention collective le permet également.

La démarche ergonomique s'instaure dès la remise du certificat médical à l'employeur. La prise en compte



des suggestions provenant de la travailleuse enceinte est garante du succès du maintien en emploi. C'est la travailleuse qui connaît les tâches et les modes opératoires reliés à chacune de celles-ci. C'est aussi la travailleuse, à la base, qui peut nous renseigner sur ce qui est ou non modifiable dans l'organisation du travail. Le rôle de l'ergonomie sur ce plan est de « donner les moyens aux travailleuses afin qu'elles soient en mesure de ne pas se mettre dans des situations à risque et pour préserver leur santé tant physique que mentale avec les moyens fournis » (ressource en prévention 17 – RECH.1).

Pour arriver à atteindre cet objectif, la personne-ressource agit comme un tampon entre les personnes impliquées dans la gestion des risques au quotidien. Dans ce cas spécifique, elle facilitera les échanges entre la travailleuse enceinte, les collègues, la supervision de premier niveau et le syndicat. Dans ce processus de réaménagement du travail, l'expertise des personnes impliquées devient un atout pour trouver les solutions les plus adéquates aux problèmes qui surgissent et pour identifier les solutions pour favoriser les aménagements sains et sécuritaires.

L'apport de l'ergonomie vise à vérifier la faisabilité des solutions proposées ou leur amélioration : « On va dans des services et des unités, avec une cheffe, avec une fille du service, les agentes syndicales et la représentante du service de santé d'ici. On fait des observations, on pose des questions, pis si y a des choses ou des situations à risque, on fait des correctifs » (ressource en prévention 17 – RECH.1).

Les membres de l'équipe concerné.es par l'application des solutions sont consulté.es, informé.es et sensibilisé.es. Ensuite, on procède à une transformation du travail afin de rendre les tâches saines et sécuritaires pour la travailleuse enceinte.

Dans le cas de recommandations plus difficiles à respecter ou imprécises, le médecin expert de l'équipe de santé au travail du réseau public peut être appelé à intervenir pour aider à rechercher des solutions. Celui-ci peut être invité sur les lieux afin de vérifier si le risque peut être « contourné ». Dans ce processus, la travailleuse concernée et son équipe sont toujours impliqués.es dans la recherche de solutions préventives. Ce travail participatif se poursuit tout au long du maintien en emploi.

Nous avons pu noter des situations où le fonctionnement de certaines équipes a été modifié par une redistribution du travail ou le réaménagement du personnel dans l'équipe de manière à diminuer les efforts mentaux et physiques. Les postes et le fonctionnement en équipe s'en trouvent améliorés libérant ainsi les travailleuses de charges attentionnelles et physiques inutiles. Par exemple, nous avons pu constater que ces aménagements ont permis aux infirmières enceintes de travailler plus régulièrement en position assise, de passer plus de temps auprès du patient ou à venir en aide aux collègues tout en respectant leur état de grossesse, ce qui rend le travail plus satisfaisant.

Une intervention efficace sur le plan ergonomique tient également compte d'autres aspects organisationnels et des besoins de la travailleuse

enceinte. C'est souvent l'occasion pour la travailleuse enceinte d'améliorer ses compétences et de se réaliser en participant au développement d'un projet d'intervention utile au bon fonctionnement de son établissement. Par exemple, certaines infirmières enceintes interrogées ont pu développer des formations utiles aux nouvelles recrues. D'autres ont développé des protocoles pour améliorer le fonctionnement de leurs services de soins.

Finalement, cette démarche qui fait appel à l'ergonomie se conclut par un suivi systématique et une rétroaction après la mise en place du plan d'affectation et d'un plan d'action plus global de la santé et sécurité au travail. Cette dernière étape permet de corriger les problèmes et de prévenir les situations à risque.

## DISCUSSION

Cette approche préventive participative qui s'implante progressivement en milieu de travail depuis l'entrée en vigueur du droit de retrait préventif en 1979 permet, en plus d'éliminer les situations de travail à risque durant la grossesse, de favoriser le mieux-être au travail tout en contribuant à améliorer la performance organisationnelle. Cette proactivité initiée par Loi sur la santé et sécurité du travail fait l'envie ailleurs. En matière de conciliation travail-grossesse, Abderhalden-Zellweger (2020) recommande « d'inscrire dans la législation la nécessité d'intégrer plus activement les travailleuses dans la conception et la mise en œuvre des mesures de protection au travail en suivant une approche participative » (p. 226).

La pérennité de cette approche préventive participative n'est cependant pas assurée, car nous avons pu constater qu'elle dépend bien souvent de la proactivité d'une seule ressource et de l'ouverture de la haute direction qui se manifeste par les investissements et l'engagement en prévention. Des facteurs structureaux peuvent affecter la pérennité de cette approche tels un changement de direction ou des coupes budgétaires faisant en sorte qu'une nouvelle direction verrait la prévention comme un coût plutôt qu'un investissement rentable permettant l'amélioration de la santé et la sécurité au travail (Dixon, Théberge et Cole (2009) ; Gravel & Malenfant (2012)). Nous avons déjà cette tendance à ne pas suffisamment investir en prévention au Québec selon le dernier rapport du vérificateur général (Vérificateur général du Québec, 2019). Les récentes modifications au régime québécois de santé et sécurité nous rendent perplexes. L'ajout de protocoles (sous forme d'un règlement) visant à identifier les dangers et les conditions d'emploi qui y sont associées pourrait réduire la capacité des travailleuses à juger des risques que comporte leur travail. Si tel est le cas, cette nouvelle forme de règlement nuirait à l'application des articles suivants de la Loi sur la santé et sécurité du travail : article 2 (participation des travailleurs à la gestion de la SST), article 40 (droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite) et article 49 (obligations des travailleurs à l'égard de la santé et sécurité au travail). Ces articles reconnaissent implicitement que les travailleuses ont les compétences pour identifier les risques que comporte leur travail et pour rechercher les solutions afin

d'éliminer les risques à la source ou du moins pour arriver à les contourner (Gravel, 2021).

Nous avons pu répertorier qu'il est souhaitable d'appuyer cette approche préventive par une démarche ergonomique. Sans l'apport de l'ergonomie, il serait difficile d'éliminer les risques et les dangers au travail, puis transformer l'organisation du travail et les postes dans le but de répondre à l'objectif du droit de retrait préventif qui vise le maintien en emploi durant la grossesse dans des conditions saines et sécuritaires.

## CONCLUSION

Dans un contexte où les employeurs maintiennent plus longtemps et plus fréquemment les travailleuses enceintes au travail, les actions de prévention qui ont pour but d'assainir l'organisation du travail deviennent une priorité. Une réelle modernisation de tout régime de santé et sécurité du travail devrait promulguer des engagements plus ambitieux en ajoutant un nouveau mandat aux personnes représentantes en santé et en sécurité du travail (Gravel, 2021). Ces personnes se dédiant à la prévention en organisation devraient pouvoir élaborer et contribuer à la mise œuvre d'un plan d'affectation durant la grossesse qui s'inscrit dans une vision du maintien au travail dans des conditions qui soient favorables à la santé des travailleuses (foetus) et à celle de leurs collègues.

Bien que nos travaux présentent des résultats encourageants, rien n'est jamais acquis en prévention.

Des études supplémentaires doivent être menées pour mieux comprendre les déterminants de la santé et les pratiques permettant d'assurer l'efficacité des mesures préventives en matière de retrait préventif. À titre d'exemple, une démarche ergonomique permet « d'accorder plus de crédit aux connaissances des travailleurs et de valider leurs perceptions si nous voulons qu'ils puissent modifier leurs conditions de travail » (Messing, 2000, p. 235). La récente jurisprudence montre également que les employeurs doivent davantage accommoder les femmes de manière à tenir compte de leur biologie et de leurs modes opératoires afin de favoriser la protection de la santé des femmes au travail (Cox et Messing, 2006 et Messing *et al.*, 2011). Ce qui constitue en soi un incitatif à encourager une démarche ergonomique dans l'analyse de l'activité de travail.

Nous avons récemment entamé une recherche pour mieux comprendre les effets de la pandémie de la covid 19 sur la maternité au travail. En effet, la gestion des mesures sanitaires pourrait affecter les stratégies des travailleuses qui sont maintenues en emploi durant la grossesse ou l'allaitement, ou au contraire, favoriser leur retrait du travail sans avoir préalablement réfléchi aux aménagements possibles dans un tel contexte. Nous savons que l'incertitude qui existe sur l'efficacité de la vaccination pour éradiquer les nouveaux variants a conduit la santé publique à recommander un retrait systématique du travail des infirmières enceintes ou qui allaitent. Dans la réalité, ce retrait du travail fut difficile à obtenir dans l'immédiat en raison de la pénurie de main-d'œuvre et du contexte de crise sanitaire qui entraîne un fort taux d'occupation

des lits en centres hospitaliers. Les directions de ces centres craignant une rupture des services de soins (Hudon, 2020). Il n'existe pas d'étude au Québec qui se penche sur la situation des travailleuses enceintes ou qui allaitent dans le contexte de pandémie. On ne connaît donc pas l'état actuel de la situation de ces infirmières enceintes ou qui allaitent.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abderhalden-Zellweger, A.. (2020). *Regards croisés sur l'application des mesures de protection de la grossesse au travail : entre dispositifs légaux, pratiques et expériences*. Université de Lausanne, Faculté de biologie et de médecine (thèse), Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne (Unisanté), 288 p.
- Burke W. W., & Litwin, G.H. (1992). A causal model of organizational performance and change. *Journal of Management*, 18 (3), 523-545
- CNESST. (2021). *Pour une maternité sans danger : Statistiques 2016-2019*. Québec, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec. DC300-254-14, 52 p. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/pour-une-maternite-sans-danger-statistiques>
- CSST. (2012). *La CSST en bref 2012*. Commission de la santé et de la sécurité du travail. 25 p., DC 200-1047-6 (2012-04)
- Cox, R. & Messing, K. (2006). Legal and ergonomic (or biological). Perspectives on selection tests: A post-Meiorin examination. *Windsor Yearbook of Access to Justice*, 24, 23-53.
- Croteau, A., Marcoux, S., & Brisson, C. (2006). Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant. *Am J Public Health*, 96(5), 846-855. <https://doi.org/10.2105/ajph.2004.058552>
- Croteau, A., Marcoux, S., & Brisson, C. (2007). Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology*, 166(8), 951-965. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm171>
- Dixon, S.M., Théberge, N., Cole, D.C. (2009). Sustaining Management Commitment to Workplace Health Programs: The Case of Participatory Ergonomics. *Relations industrielles – Industrial Relations*, vol. 64, no 1, p. 50-74
- Gravel, A. R. (2021). *Le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Projet de loi 59. Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail*, mémoire présenté à la Commission de l'économie et du travail de l'Assemblée nationale, 16 p. et annexes. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Bibliothèque nationale du Canada. CET- 046M C.P. – PL 59 Santé et sécurité au travail, 18 p.
- Gravel, A.R., Riel, J & K. Messing. (2017). Protecting pregnant workers while fighting sexism: Work-pregnancy balance and pregnant nurses resistance in Quebec hospitals. *New Solutions: A Journal of Occupational and Environmental Health Policy*, Sage

- Publications:  
<https://doi.org/10.1177/1048291117724847>.
- Gravel, A. R. 2017. *L'analyse des rapports sociaux de sexe comme voie de renouvellement du champ théorique et pratique des relations industrielles. Étude de l'impact du recours au droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte dans les centres hospitaliers*. Université Laval. Thèse de doctorat, 400 pages.
- Gravel, A.R. & Malenfant, R. (2012). Gérer les risques liés au travail durant la grossesse. Vers un nouveau modèle de gestion de la santé et sécurité des travailleuses enceintes. *Pistes*, vol 14, no. 2, publié en janvier 2013, <http://pistes.revues.org/2578>
- Hudon, J. (2020, 4 avril). Les femmes enceintes retirées des établissements de santé de la région. *Le Nouvelliste*. Actualité, covid, <https://www.lenouvelliste.ca/2020/04/04/les-femmes-enceintes-retirees-des-etablissements-de-sante-de-la-region-9c9316565187e7da5687c62d7f0a68fc?nor=true>
- Malenfant, R., Gravel, A. R., Laplante, N., Jetté, M., St-Amour, C. & Plante, R.. (2009). *La conciliation du travail et de la grossesse : la transition vers le maintien au travail dans la gestion du risque pour la santé*, Document de recherche 2009-03, Gatineau, Université du Québec en Outaouais.
- Malenfant R. & De Koninck, M. (2002). Production and reproduction: the issues involved in reconciling work and pregnancy. *New Solutions: A Journal of Occupational and Environmental Health Policy*. 12: 61-77.
- Malenfant, R. (1997). La résistance tranquille, dans *Stratégies de résistance et travail des femmes*, sous la direction de Angelo Soarès, Montréal, Harmattan, pp. 107-121.
- Malenfant R. (1996). *Travail et grossesse. Peut-on laisser la maternité en dehors de l'entreprise ?* Thèse de doctorat, Éditions Liber, Montréal, 149 p.
- Messing, K., Lippel, K., Stock, S. & Tissot, F. (2011). Si le bruit rend sourd, rend-il nécessairement sourde ? Le défi d'appliquer l'analyse différenciée selon le sexe à la recherche d'informations sur la santé et la sécurité du travail, *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMEST)*, 6(2), 3-25.
- Messing, K. (2000). *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle?*, Montréal, les éditions du remue-ménage.
- Pedersen, P., Momsen, A.M. H., Andersen, D.R., Nielsen, C.V., Nohr, E. A., & Maimburg, R.D. (2020). Associations between work environment, health status and sick leave among pregnant employees. *Scand J Public Health*. doi: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494820919564>
- St-Pierre J, Laurent L., King S., & Vaillancourt, C. (2016). Effects of prenatal maternal stress on serotonin and fetal development. *Placenta*. 48(1): S66-S71.
- Saint-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, E. & D. Imbeau. (2011). *L'intervention en ergonomie*, Québec, Éditions Multi Mondes.
- Sinclair I., St-Pierre M., Vaillancourt C., Gagnon S. & Needham Dancause, K. (2020). Variations in Relationships Between Perceived Stress and Birth Outcomes by Immigration Status. *Maternal and Child Health Journal*. 24(12): 1-11
- Vérificateur général du Québec (2019). *Audit de performance. Prévention en santé et en sécurité du travail* (Chapitre 3). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2019-2020. Rapport du commissaire au développement durable Mai 2019. [https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-cdd/2019-2020-CDD-mai2019/fr\\_Rapport2019-2020-CDD-mai2019-Chap03.pdf](https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-cdd/2019-2020-CDD-mai2019/fr_Rapport2019-2020-CDD-mai2019-Chap03.pdf)
- Vézina, N. (2001). Ergonomic Practice and Musculoskeletal Disorders (MSDs): Openness to Interdisciplinarity. *Proceedings of the SELF-ACE 2001 Conference: Ergonomics for Changing Work*, Montréal, <<http://www.ergonomie-self.org/documents/36eme-Montreal-2001/PDF-ENG/v1-05b-vezina.pdf>>.