

LE DROIT DE RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Mémoire sur le Projet de loi 59

Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail

Présenté à la Commission de l'économie et du travail de l'Assemblée nationale

Anne Renée GRAVEL, Ph. D. en relations industrielles, professeure en santé et sécurité du travail et
gestion des ressources humaines à l'École des sciences de l'administration, Université TÉLUQ

Courriel : anne-renee.gravel@teluq.ca

Ce document est disponible sur le site internet de SAGE : <http://sage.uqo.ca/>

18 janvier 2021



Table des matières

Présentation de l’auteure du mémoire.....	3
Remerciements	3
Résumé des recommandations.....	3
Exposé général	4
1- Le Programme pour une maternité sans danger : quelques constats	4
1.1- Un retrait préventif ne signifie pas un retrait du travail	4
1.2- Des avancées dans l’application du droit de retrait préventif en milieu de travail	5
1.3- Une gestion de la grossesse et de la maternité au travail au cas par cas	6
2- Le projet de loi 59 : quelques préoccupations	7
2.1- Une prise de décision basée sur des protocoles	8
2.2- Une plus grande centralisation et un pouvoir décisionnel à la CNESST.....	10
2.3- Qui est le professionnel chargé du suivi de grossesse ou postnatal?	10
2.4- Le danger d’affaiblir le rôle des médecins traitants et des spécialistes de la santé publique en santé au travail.....	11
3- Un plaidoyer pour la recherche indépendante	14
En conclusion.....	16
Annexe permettant de mieux comprendre le rôle des IPS et des sages-femmes dans le suivi de grossesse et postnatal	17

Présentation de l'auteure du mémoire¹

Ce mémoire est rédigé par Anne Renée Gravel, professeure en santé et sécurité du travail et en gestion des ressources humaines à l'École des sciences de l'administration de l'Université TÉLUQ. Elle est membre du Collectif de recherche-action sur le travail et l'association socioéconomique (CREATAS) et de l'Équipe de recherche interdisciplinaire sur le travail « Santé, Genre, Égalité » (SAGE), qui regroupe des chercheuses de différentes disciplines (ergonomie, droit, psychologie, économie, communication, épidémiologie et relations industrielles) et de sept universités. Madame Gravel est aussi signataire du mémoire déposé par l'équipe SAGE. La professeure Gravel porte un intérêt plus particulier au travail des femmes ainsi qu'aux organisations employant une main-d'œuvre féminine, principalement dans le secteur de la santé et des services sociaux. Sa thèse de doctorat ainsi que ses récents travaux de recherche sur la santé et la sécurité du travail portent sur l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte. Le mémoire présenté ici repose sur cette expertise.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement la professeure Stéphanie Bernstein, ainsi que les professeures retraitées, mais toujours actives en recherche, Maria De Koninck, Romaine Malenfant et Karen Messing pour la relecture de ce mémoire et leurs suggestions d'amélioration.

Résumé des recommandations

- 1- Communiquer les objectifs visés par le retrait préventif.
- 2- Diffuser l'information selon laquelle les travailleuses enceintes sont maintenues plus souvent et plus longtemps en emploi depuis l'entrée en vigueur du droit de retrait préventif en 1979.
- 3- Diffuser les réussites du Programme pour une maternité sans danger.
- 4- Encourager les pratiques novatrices en offrant des incitatifs financiers permettant de mieux intégrer la santé des travailleuses enceintes ou qui allaitent dans une gestion globale de la santé et de la sécurité au travail.
- 5- Retirer la prise de décision basée sur des protocoles, car nous savons que ceux-ci ne pourront pas prendre en compte la situation de travail réelle de la travailleuse en lien avec son état de grossesse ou de son allaitement. Conséquemment, ces protocoles réduisent la capacité de la travailleuse à se prévaloir de son droit de retrait préventif et à agir sur les risques liés au travail durant la grossesse ou l'allaitement.
- 6- Éviter de centraliser la prise de décision à la CNESST et conserver les responsabilités déjà dévolues aux directions régionales de santé publique (CIUSSS).
- 7- Identifier et nommer les professionnels qui peuvent effectuer le suivi de grossesse et postnatal. Il s'agit du médecin traitant, de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) et de la sage-femme.
- 8- Assurer une autonomie décisionnelle aux médecins traitants (avec une possibilité d'élargir aux IPS et aux sages-femmes) dans la détermination des dangers et des conditions d'emploi durant la grossesse et l'allaitement puisqu'ils ont l'expertise en cette matière.
- 9- Conserver le rôle de consultation des médecins rattachés aux directions régionales de santé publique puisque cette façon de faire assure la parité en santé et sécurité du travail.
- 10- Assurer la multidisciplinarité des équipes du réseau de santé publique en santé au travail et leur attribuer des ressources suffisantes.
- 11- Diffuser les nouvelles connaissances de manière ciblée et structurée et favoriser le développement de formations sur les pratiques préventives.
- 12- Financer la recherche indépendante sur le retrait préventif, sur les effets des conditions de travail sur la grossesse et la santé des femmes, ainsi que plus globalement sur la santé reproductive.

¹ Toute reproduction totale ou partielle de la présente publication à des fins non commerciales sont autorisées à la condition expresse d'en mentionner la source. Pour citer : Gravel, Anne Renée (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.

Exposé général

Nous présentons dans les paragraphes qui suivent une réflexion sur les modifications proposées par le projet de loi 59² sur le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite ainsi que sur le Programme pour une maternité sans danger.

Ce droit, qui est prévu à l'article 40 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*³, permet à la travailleuse enceinte ou qui allaite et qui considère que son travail présente un risque pour elle ou pour le développement de son fœtus/bébé, de demander d'être affectée à « des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir ». La travailleuse doit, pour cela, déposer auprès de l'employeur un certificat signé par le médecin traitant (art. 40). Lorsque l'employeur ne peut remplir cette obligation et si les risques sont reconnus par le médecin traitant après la consultation d'un médecin expert en santé au travail⁴, la travailleuse peut arrêter de travailler et recevoir une indemnité de remplacement de revenu qui équivaut à 90 % de son salaire net. Si l'employeur peut remplir ces conditions en soustrayant la travailleuse aux tâches jugées à risque, la travailleuse est maintenue en emploi sans perte de bénéfices.

1- Le Programme pour une maternité sans danger : quelques constats

1.1- Un retrait préventif ne signifie pas un retrait du travail

Il convient d'emblée de relever que le droit de retrait préventif pour la travailleuse enceinte ou qui allaite est conservé dans la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* malgré que différentes associations patronales aient réclamé à plusieurs reprises qu'il soit exclu du régime de santé et de sécurité du travail. Ce qui est une bonne chose pour assurer une réelle équité entre les hommes et les femmes sur le marché du travail.

Dans l'esprit de plusieurs employeurs, la notion de retrait préventif signifiait, durant les premières décennies de l'application de ce droit en milieu de travail, retirer les travailleuses enceintes de leur milieu de travail, selon une conception traditionnelle de la femme au travail⁵. Autrement dit, durant ces premières décennies, la notion de retrait préventif n'était 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. Ce constat s'applique d'ailleurs au concept général du retrait préventif et non seulement à celui de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Ainsi, encore aujourd'hui, peu d'actions préventives visent à modifier les conditions d'emploi et les postes de travail de manière à éliminer les risques à la source⁶. Sur le terrain, dans le cas du retrait préventif de la travailleuse enceinte, une culture de maintien en emploi s'est progressivement installée au cours des dernières années et il ne faut pas faire abstraction de ce qui a été accompli. Les travailleuses ont contribué à développer des pratiques en matière de conciliation travail-grossesse qui se sont institutionnalisées dans les grandes organisations où nous retrouvons un nombre important de travailleuses enceintes⁷.

² Éditeur officiel du Québec. (2020, 27 octobre). *Projet de loi no 59 : loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail*. <http://assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-59-42-1.html>

³ *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, RLRQ c S-2.1, consultée le 2020-12-23

⁴ Membre du réseau de santé publique en santé au travail.

⁵ Malenfant Romaine & De Koninck, Maria. (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.

⁶ Vézina, M., E. Cloutier, S. Stock, K. Lippel, É. Fortin et autres (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec.

⁷ Malenfant, Romaine, Gravel, Anne Renée, Laplante, Normand, Jetté, Mylène, St-Amour, Christine & Plante, Robert. (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.

Recommandation 1 : Encourager la CNESST à élaborer une stratégie de communication pour informer les employeurs, les travailleuses et travailleurs et leur équipe de représentation syndicale des objectifs visés par le retrait préventif. L'objectif principal étant le droit au maintien en emploi dans des conditions saines et sécuritaires.

1.2- Des avancées dans l'application du droit de retrait préventif en milieu de travail

Selon les statistiques de la CNESST (2020)⁸, entre 32 000 et 33 000 femmes enceintes se prévalent annuellement de leur droit de retrait préventif depuis 2014. Les demandes de retrait préventif de la part des travailleuses qui allaitent sont rares. Elles représentent 1 % des demandes de retrait préventif et ont un taux d'acceptation de 78 %, selon les données disponibles sur 5 ans (2014-2018).

Les demandes de retrait préventif de la part des travailleuses enceintes sont acceptées dans 93 % des cas en moyenne depuis 2014. Pour l'année 2018, les demandes acceptées pour les travailleuses enceintes se sont conclues par un retrait du travail durant la grossesse dans environ 43 % des cas enregistrés. Les données des 25 dernières années montrent cependant une constante progression du maintien en emploi durant la grossesse⁹. Ainsi, nous sommes passés d'une proportion d'un peu plus de 10 % de maintien en emploi en 1992 à une proportion de 56 % pour l'année 2018 (1 % indéterminé). De ce nombre en 2018, 30,2 % des femmes ont été affectées uniquement, tandis que 25,8 % 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 baisse¹⁰. 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 travail¹¹.

Recommandation 2 : Diffuser l'information selon laquelle les travailleuses enceintes sont maintenues plus souvent et plus longtemps en emploi qu'antérieurement.

Les employeurs assument collectivement les coûts du programme lié à ce droit sans égard au nombre de travailleuses enceintes qu'ils ont au sein de leur organisation. Constatant une difficile intégration des femmes avec leurs spécificités dans le monde du travail, le législateur a réagi en intégrant un droit de retrait préventif dans la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*. Ce droit oblige les employeurs à penser à des réaménagements tenant compte des besoins manifestés par les travailleuses enceintes au travail et permettant de mieux intégrer la grossesse en milieu de travail.

⁸ CNESST. (2020). *Pour une maternité sans danger : Statistiques 2015-2018, Québec, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec.* <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-254web.pdf>

⁹ Ce maintien en emploi n'est possible que s'il permet d'éliminer les conditions de travail inscrites comme étant dangereuses dans le certificat de retrait préventif.

¹⁰ CNESST, 2020, *op. cit.*

¹¹ CNESST. (2020). *Les états financiers du Fonds de la santé et de la sécurité du travail (chapitre 5). Rapport annuel de gestion.* Québec, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/400/Documents/DC400-2032-13web.pdf>

Sur le plan de la prévention, les travaux de Croteau (2007 et 2010)¹² ont démontré que l'application du droit de retrait préventif en milieu de travail a des impacts positifs sur la santé des travailleuses enceintes et celle de leur fœtus.

1.3- Une gestion de la grossesse et de la maternité au travail au cas par cas

L'application actuelle du droit de retrait préventif offre la possibilité de tenir compte des réalités du travail et des postes puisque la travailleuse est identifiée comme la personne la plus compétente pour identifier les conditions de travail pouvant comporter des dangers. Sur ce plan, la loi en vigueur permet à la travailleuse enceinte ou qui allaite de mobiliser différentes ressources lui permettant d'assurer sa santé et sa sécurité au travail. Les travailleuses ont aussi la possibilité de contester les conditions de travail qu'elles jugent à risque pour leur santé et celle de leur fœtus ou bébé¹³. Cependant, malgré l'inclusion de la santé des travailleuses enceintes et qui allaitent dans la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, en pratique, le retrait préventif de ces travailleuses est traité comme une catégorie à part. Il devrait en être autrement pour faciliter la reconnaissance des besoins des travailleuses durant la grossesse ou l'allaitement, mais également pour améliorer la santé et la sécurité du travail dans sa globalité. Nous avons pu répertorier que des pratiques préventives initialement mises en place pour répondre aux besoins de la travailleuse enceinte ont pu s'étendre à tous les employés. Par exemple, c'est ce qui a permis aux gestionnaires, dans certains centres hospitaliers, de réaliser que la distribution de seringues à aiguille rétractable pouvait être bénéfique pour tout le personnel soignant¹⁴. Pour améliorer la prévention au travail, il faudrait inclure les risques identifiés lors de l'application du programme de retrait préventif, dans le programme de prévention de l'établissement, et miser sur une approche globale en santé au travail¹⁵.

La prévention des risques au travail ne peut se faire sans accorder des ressources suffisantes et le temps nécessaire pour faire l'analyse des risques au travail. En matière de retrait préventif, nous avons pu noter que la réussite du maintien en emploi durant la grossesse reposait sur la présence d'une ressource se dévouant à l'application du droit de retrait préventif en milieu de travail. Cette ressource doit avoir les compétences lui permettant d'agir sur les contraintes ergonomiques et organisationnelles afin de favoriser le maintien en emploi durant la grossesse ou l'allaitement¹⁶. La CNESST pourrait offrir des incitatifs financiers afin d'encourager les pratiques novatrices permettant de respecter les principes promus dans

¹² Croteau, Agathe. (2010). *Effets du bruit en milieu de travail durant la grossesse. Synthèse systématique avec méta-analyse et méta-régression*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail. no. 1040 et Croteau, Agathe, Marcoux, Sylvie & Brisson, Chantal. (2007). Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of preterm delivery. *American journal of epidemiology*, 166 (8), 951-65.

¹³ Gravel, Anne Renée, Riel, Jessica & Messing, Karen (2017). Protecting Pregnant Workers while Fighting Sexism: Work–Pregnancy Balance and Pregnant Nurses' Resistance in Québec Hospitals. *New Solutions: A Journal of Occupational and Environmental Health Policy*. Nov;27(3):424-437.

¹⁴ Gravel, Anne Renée. 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.

¹⁵ Gravel, Anne Renée & Malenfant, Romaine (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>

¹⁶ Gravel et Malenfant (2012) notent qu'un modèle de gestion de la santé et sécurité orienté en ce sens encourage une approche participative des acteurs et actrices concernés dans l'élaboration d'un plan d'affectation, prend en compte l'écart entre le travail prescrit ou réel et assure un suivi systématique ainsi qu'une rétroaction après la mise en place d'un plan d'action en matière d'affectation.

l'article 40 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et pour mieux intégrer la santé des travailleuses enceintes ou qui allaitent dans une gestion globale de la santé et de la sécurité du travail.

En outre, il est reconnu que de bonnes pratiques en prévention contribuent au développement des compétences de la travailleuse enceinte tout en favorisant une meilleure performance organisationnelle. Dans nos travaux, nous avons pu relever des affectations qui ont contribué à maintenir les travailleuses enceintes dans des conditions saines et sécuritaires pour leur grossesse, mais qui ont pu, par la même occasion, enrichir leurs compétences et qualifications¹⁷. Il est important de mentionner que le libellé de l'article 40 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* exige de tenir compte des compétences de la travailleuse. Il faut faire connaître ces résultats encourageants auprès des actrices et acteurs impliqués dans l'application du droit de retrait préventif en milieu de travail.

Recommandation 3 : Présenter sur le site de la CNESST des entreprises qui adoptent des pratiques de maintien en emploi dans des conditions saines et sécuritaires ou qui innovent dans l'application du droit de retrait préventif. Ces bonnes pratiques respectent les compétences de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

Recommandation 4 : Encourager la CNESST à offrir des incitatifs financiers aux organisations qui souhaitent mettre en place des pratiques novatrices permettant de respecter les principes promus dans l'article 40 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et pour mieux intégrer la santé des travailleuses enceintes ou qui allaitent dans une gestion globale de la santé et de la sécurité au travail.

2- Le projet de loi 59 : quelques préoccupations

Le droit de retrait préventif est en application depuis les années 1980 dans les milieux de travail. La pénurie de main-d'œuvre des années 2000 a contribué, dans plusieurs secteurs d'activités économiques, à rechercher des solutions permettant de maintenir les travailleuses enceintes plus longtemps en emploi. Ainsi, les travailleuses ont pris l'habitude de mobiliser différentes ressources pour obtenir des aménagements adaptés à leur état de grossesse et en fonction de leurs compétences¹⁸. D'ailleurs, cette proactivité initiée par la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* fait l'envie ailleurs¹⁹.

Cependant, il importe de noter que si le projet de loi est adopté en l'état, il pourrait affecter la capacité des travailleuses à mobiliser des ressources pour faire respecter leur droit d'être maintenues en emploi dans des conditions saines et sécuritaires, et ainsi, à faire appliquer le droit que leur confère la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.

¹⁷ Gravel, 2017, *op. cit.*

¹⁸ Gravel, 2017, *ibid*

¹⁹ En matière de conciliation travail-grossesse, Abderhalden-Zellweger (2020) recommande au législateur suisse « 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). Dans Abderhalden-Zellweger, Alessia. (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.

Nous reprenons les éléments qui nous préoccupent dans ce projet de loi :

- Une prise de décision basée sur des protocoles indiquant les dangers et les conditions d'emploi durant la grossesse et l'allaitement;
- Des protocoles centralisés à la CNESST;
- Un soutien affaibli à la travailleuse enceinte ou qui allaite.

2.1- Une prise de décision basée sur des protocoles

Bien que la recherche d'une forme d'uniformisation soit compréhensible, il faut tout de même savoir qu'elle comporte certains pièges à éviter.

2.1.1- Une possible difficulté pour les travailleuses à se prévaloir de leur droit de retrait préventif

Le projet de loi ajoute une prise de décision basée sur des protocoles (article 40.1). Ces protocoles centralisés à la CNESST identifieraient les dangers et les conditions d'emploi durant la grossesse et l'allaitement. Il est peu probable que ces protocoles permettent de prendre en compte la situation de travail réelle de la travailleuse en lien avec son état de grossesse ou de son allaitement. Conséquemment, ce recours obligatoire aux protocoles pourrait ne pas permettre à la travailleuse enceinte ou qui allaite de se prévaloir de son droit de retrait préventif dans la situation où le danger ne serait pas identifié dans un protocole. La non-reconnaissance de certains dangers pourrait ainsi maintenir la travailleuse enceinte ou qui allaite dans des conditions de travail pouvant nuire à sa santé et au développement de son fœtus/bébé.

En effet, les dangers liés au travail durant la grossesse restent peu connus, en particulier en ce qui a trait aux agresseurs ergonomiques. Une demande de retrait préventif de la part d'une travailleuse enceinte ou qui allaite peut signaler le besoin d'un regard plus général sur les conditions de travail au poste. Par exemple, le travail des femmes comporte des dimensions relationnelles importantes et une réponse rapide et efficace aux besoins d'usagers ou de clients. Il est impossible présentement de spécifier toutes les interactions possibles entre un corps en état de grossesse et un poste de travail²⁰, ces aspects n'étant pas suffisamment documentés par la recherche scientifique. Il faut aussi se demander si ces protocoles vont prendre en considération des aspects liés à la charge émotionnelle et mentale au travail ou même les effets de l'intensification du travail²¹.

Ainsi, recourir à des protocoles pourrait s'avérer plus restrictif qu'il ne paraît. Ces réalités du travail qui demeurent invisibles puisqu'elles sont trop peu documentées ne sont pas sans impact sur la santé²². Il va de soi que cette méconnaissance du travail réel et de ses contraintes affecte la reconnaissance des risques liés au travail durant la grossesse²³.

²⁰ Messing, Karen. (2014). *Pain and Prejudice. What Science Can Learn about Work from the People Who Do it*. Between the Lines. Science & Technology / Labour / Health.

²¹ Lippel (2002 et 2003) a montré, à travers l'étude de la jurisprudence, que les troubles de santé affectant les femmes au travail sont moins souvent indemnisés que les troubles affectant les hommes. Dans Lippel, Katherine. (2003). *Compensation for Musculoskeletal Disorders in Quebec: Systemic Discrimination against Women Workers?* *Int J Health Serv*, 33(2), 253-281 et Lippel, Katherine. (2002). *La notion de lésion professionnelle*, Cowansville, Éditions Yvon Blais.

²² De plus, les risques durant l'allaitement restent peu connus

²³ Malenfant, Romaine, Gravel, Anne Renée, Laplante, Normand & Plante, Robert. (2011). (réédité en 2015). « Grossesse et travail: au-delà des facteurs de risque pour la santé ». *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, vol. 6, no 2, pp. 50-72. Cet article est réédité dans le livre *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. 3e édition, TC Média livre, aux éditions Chenelière Éducation, sous la direction de Marie-Fabienne Fortin et Johanne Gagnon.

Bref, l'état actuel des connaissances n'est pas suffisant pour alimenter efficacement ces protocoles de manière à assurer une protection efficace à la travailleuse enceinte ou qui allaite. Un corpus pour documenter les effets des conditions de travail sur la grossesse et la santé des femmes ainsi que plus globalement sur la santé reproductive reste à développer. Pourtant, les chercheuses et chercheurs qui s'intéressent à ces sujets demandent depuis longtemps une meilleure reconnaissance de la recherche indépendante et espèrent obtenir un financement adéquat en ce sens.

Par ailleurs, est-il réaliste, dans un contexte de financement basé sur la réduction des coûts en santé et sécurité, particulièrement en prévention²⁴, de croire que les protocoles suggérés dans ce projet de loi permettront de rendre compte de la situation réelle et actuelle au travail? Et surtout, est-ce que l'instauration de ces protocoles est une solution vraiment adéquate puisque le système prévoit la possibilité de contester lorsqu'il y a mécontentement sur le risque? Ces questions méritent certainement qu'on s'y attarde et montrent la complexité de l'application du droit de retrait préventif en milieu de travail. Pour toutes les raisons que nous venons de mentionner, il est préférable d'éviter d'instaurer une prise de décision basée sur des protocoles centralisés, car nous savons qu'ils ne pourront pas prendre en compte la situation de travail réelle de la travailleuse en lien avec son état de grossesse ou de son allaitement.

2.1.2- Une possible difficulté pour les travailleuses à agir sur les risques liés au travail durant la grossesse ou l'allaitement

La *Loi sur la santé et la sécurité du travail* valorise la participation des travailleurs et travailleuses à l'identification des risques au travail et à la définition des conditions assurant leur santé et leur sécurité au travail²⁵.

Une prise de décision basée sur des protocoles indiquant les dangers et les conditions d'emploi qui y sont associées pourrait affecter la capacité des travailleuses à juger des risques que comporte leur travail. Si tel est le cas, cette nouvelle forme de règlement contreviendrait aux objectifs poursuivis par les articles 2 (participation des travailleurs à la gestion de la SST), 12 (droit de refus), 32 (droit de retrait préventif en raison d'un contaminant), 40 (droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite) et 49 (obligations des travailleurs à l'égard de la santé et de la sécurité au travail) de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*. Ces articles reconnaissent implicitement que les travailleuses et travailleurs ont la compétence pour identifier les risques que comporte leur travail. Les articles 2 et 49 alinéa 5²⁶ visent plus précisément à impliquer les travailleurs et travailleuses dans l'identification des risques et dans la recherche de solutions pour les éliminer à la source ou les contourner.

Recommandation 5 : Retirer la prise de décision basée sur des protocoles, car nous savons que ceux-ci ne pourront pas prendre en compte la situation de travail réelle de la travailleuse en lien avec son état de grossesse ou de son allaitement. Conséquemment, ces protocoles réduisent la capacité de la travailleuse à se prévaloir de son droit de retrait préventif et à agir sur les risques liés au travail durant la grossesse ou l'allaitement.

²⁴ 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

²⁵ Harrisson, Denis & Legendre Camille. (eds). (2002). *Santé, sécurité et transformations du travail*, Québec PUQ.

²⁶ L'article 49 alinéa 5 de la LSST stipule que le travailleur doit participer à l'identification et à l'élimination des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles sur le lieu de travail.

2.2- Une plus grande centralisation et un pouvoir décisionnel à la CNESST

Les modifications proposées au paragraphe 141 du projet de loi viennent modifier l'article 46 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* en vigueur, car il est précisé que le certificat médical doit être attesté par la CNESST. Ici, c'est la CNESST qui atteste, en quelque sorte, que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers. Dans la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* en vigueur, ce rôle revient aux médecins du réseau de santé publique en santé au travail. Il est important de noter que les équipes du réseau de santé publique en santé au travail contribuent à offrir un soutien aux travailleuses enceintes depuis l'entrée en vigueur du droit de retrait préventif.

Le projet de loi ajoute donc une forme de collaboration privilégiant le rôle décisionnel de la CNESST dans la détermination des risques liés au travail durant la grossesse ou l'allaitement. Est-ce justifié? La modification proposée risque de changer les pratiques et dynamiques déjà bien établies dans le cadre du Programme pour une maternité sans danger. Nous reviendrons d'ailleurs sur ces pratiques et dynamiques dans les sections 2.3 et 2.4 du mémoire. De plus, une période d'ajustements pourrait entraîner des effets négatifs à court et moyen termes pour la santé et la sécurité des travailleuses enceintes (fœtus) et des travailleuses qui allaitent (bébés).

Rappelons que la Commission est paritaire, c'est-à-dire qu'elle intègre des représentants des employeurs et des travailleurs. Dans le cas de la travailleuse enceinte, nous savons pertinemment que la position patronale vise à réduire la liste des dangers admissibles et que l'avis patronal comporte un certain scepticisme au sujet des risques liés au travail durant la grossesse²⁷. En ce sens, les modifications proposées par le projet de loi 59 ouvrent des brèches et il y a lieu de s'inquiéter pour l'avenir des conditions de travail des travailleuses enceintes. Concrètement, ce fonctionnement pourrait se traduire par un plus grand contrôle du patronat sur la demande de retrait préventif et sur la définition du risque. À l'heure actuelle, le contrôle de la part de l'employeur s'exerce sur le plan des procédures encadrant le droit de retrait préventif en milieu de travail. Ce « contrôle », qui est pourtant indirect, entraîne déjà suffisamment d'effets pervers sur la santé des travailleuses enceintes et de leur enfant à naître²⁸.

Recommandation 6 : Éviter la centralisation à la CNESST et conserver les responsabilités déjà dévolues aux directions régionales de santé publique (CIUSSS). Les équipes de santé au travail possèdent déjà l'expertise pour faire ce travail d'évaluation des risques pour la grossesse et l'allaitement sur leur territoire.

2.3- Qui est le professionnel chargé du suivi de grossesse ou postnatal?

Le paragraphe 140 du projet de loi 59 vient modifier l'article 42.1 en remplaçant, au dernier alinéa, « médecin traitant ou de l'infirmière praticienne spécialisée de la travailleuse » par « médecin chargé de la santé au travail ou par le professionnel qui a délivré le certificat ». Concrètement, cette modification vient changer l'esprit de l'article 40 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* puisqu'elle élargit la définition du professionnel de la santé qui peut délivrer le certificat médical et faire le suivi de grossesse

²⁷ Conseil du patronat du Québec (2011). *Lettre adressée au Premier ministre Jean Charest portant sur le Programme Pour une maternité sans danger*. Publiée le 9 novembre dans le cadre de la commission parlementaire étudiant la réforme du régime de santé et sécurité au travail en 2011. <https://www.cpq.qc.ca/wp-content/uploads/files/memoires/2011/lettre091111.pdf> et Takser Larissa. (2012). Pregnant pause: the need for an evidence-based approach for work leave in the prevention of preterm birth and low birthweight. *BJOG*, 120: 517–520. (Cette étude fut financée par le Conseil du patronat du Québec).

²⁸ Malenfant, Romaine. (1998). Risque et gestion du social : le retrait de l'activité professionnelle durant la grossesse, *Recherches sociographiques*, 39(1), 39-57.

ou postnatal. Cette modification laisse supposer que le médecin traitant est inclus dans cette nouvelle formulation. L'infirmière praticienne spécialisée n'est cependant plus nommée. En élargissant à d'autres acteurs, le projet de loi ainsi formulé vient affaiblir le rôle des médecins traitants et des infirmières praticiennes. De plus, ces autres acteurs ne sont pas clairement identifiés. Nous n'avons donc plus la garantie que l'état spécifique de santé de la travailleuse enceinte, tel qu'évalué par le professionnel qui connaît le mieux son état, soit pris en compte pour la détermination des conditions d'application du droit au retrait préventif.

Pourtant, les professionnels en mesure d'effectuer un suivi de grossesse et postnatal sont clairement identifiables. Il s'agit du **médecin traitant**, de l'**infirmière praticienne spécialisée** (IPS) (article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec*) et plus récemment des **sages-femmes** (section III portant sur l'exercice de la profession de sage-femme à l'alinéa 6 et arrêté numéro 2020-037 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 14 mai 2020 concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19)²⁹.

Recommandation 7 : Identifier et nommer les professionnels qui peuvent effectuer le suivi de grossesse et postnatal. Les professionnelles et professionnels qui possèdent cette expertise sont le médecin traitant, l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) et la sage-femme.

2.4- Le danger d'affaiblir le rôle des médecins traitants et des spécialistes de la santé publique en santé au travail

Le paragraphe 139 du projet de loi 59 ajoute l'article 40.1 à la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) : « Si le danger n'est pas identifié par un protocole, le professionnel doit, avant de délivrer le certificat, consulter un médecin chargé de la santé au travail ou, à défaut, le directeur de santé publique de la région dans laquelle se trouve l'établissement, ou la personne que ce dernier désigne ».

Cet ajout transforme la procédure habituellement prévue en matière d'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. La législation en vigueur autorise le médecin traitant à identifier les dangers et les conditions de l'emploi de la travailleuse enceinte ou qui allaite. L'inclusion des protocoles qui identifient les dangers et les conditions de l'emploi à l'article 40.1 vient réduire cette autonomie dans la prise de décision puisque le médecin traitant devra se référer à ces protocoles pour prendre une décision et rédiger le certificat médical de retrait préventif.

En poussant un peu plus loin l'analyse du projet de loi, nous constatons une atteinte à l'autonomie des médecins responsables des services de santé de l'établissement. Ces médecins spécialisés en santé au travail proviennent des directions régionales de santé publique. Les médecins traitants se tournent vers eux pour obtenir une consultation et ainsi compléter le certificat médical permettant d'identifier les dangers et les conditions de l'emploi durant la grossesse et l'allaitement au travail.

Les modifications apportées par le projet de loi à la *Loi sur la santé et sécurité du travail* (LSST) feraient en sorte que le choix ou la désignation de l'actuel « médecin responsable des services de santé de l'établissement » et le futur « médecin chargé de la santé au travail » se ferait de façon différente³⁰. En

²⁹ Voir l'annexe de ce mémoire, permettant de mieux comprendre le rôle des IPS et des sages-femmes dans le suivi de grossesse et postnatal.

³⁰ En effet, le paragraphe 137 du projet de loi 59 propose de remplacer la formulation actuelle du premier alinéa de l'article 37 de la LSST « en consultation avec le médecin responsable des services de santé de l'établissement ou, à défaut de médecin

fait, avec les modifications proposées, le projet de loi permet à d'autres médecins de procéder aux consultations. Le médecin chargé de la santé au travail n'est pas clairement identifié. Le projet de loi suggère que ce médecin chargé de la santé au travail pourrait, en fait, être le médecin rattaché à l'employeur.

Actuellement, l'article 118 de la *Loi sur la santé et sécurité du travail* prévoit qu'il revient au comité de santé et de sécurité de choisir ce médecin et, s'il n'y a pas un tel comité, c'est le directeur de santé publique qui le désigne. Or, le paragraphe 180 du projet de loi abroge cet article de la *Loi sur la santé et sécurité du travail* (LSST). Considérant de plus que toute la section portant sur le programme de santé spécifique à l'établissement est elle aussi abrogée (paragraphe 175 du projet de loi 59) et que plusieurs de ces éléments sont intégrés directement dans le programme de prévention, qui est sous la responsabilité de l'employeur, nous comprenons que ce serait dorénavant l'employeur qui choisirait le médecin chargé de la santé au travail.

Ces changements, qui paraissent mineurs de prime abord, ont, en fait, un impact important. Ils modifient les façons de faire habituelles. Il est important de rappeler qu'une culture en matière de retrait préventif s'est progressivement implantée dans les organisations depuis l'intégration de ce droit dans la loi en 1979³¹. Lorsque les travailleuses enceintes décident de se prévaloir de leur droit de retrait préventif – car rappelons-le, c'est la travailleuse enceinte qui initie la demande en cette matière –, elles ont l'habitude de se tourner vers leur médecin traitant pour discuter des risques liés à l'exercice de leur travail durant la grossesse et pour établir ces risques en fonction des tâches effectuées et du déroulement de la grossesse³². En milieu de travail, c'est la travailleuse enceinte qui assume la responsabilité de voir à l'application des recommandations inscrites sur son certificat. C'est aussi la travailleuse qui connaît ses tâches et les modes opératoires reliés à chacune de celles-ci. C'est la travailleuse enceinte qui, à la base, peut identifier ce qui est ou non modifiable dans l'organisation du travail.

Avec le temps, une forme de collaboration, d'abord avec le médecin traitant, et ensuite avec les membres des équipes du réseau de santé publique en santé au travail (médecins spécialisés en santé au travail, infirmières et autres experts) s'est instaurée pour identifier les conditions de l'emploi qui comportent des risques et des dangers pour la santé et la sécurité de la travailleuse en raison de son état de grossesse ou d'allaitement. Les recommandations permettant de favoriser un sain maintien en emploi durant la grossesse et l'allaitement sont également établies en collaboration³³. Concrètement, cette façon de faire a permis d'améliorer les connaissances sur les risques liés au travail durant la grossesse et a contribué à institutionnaliser certaines pratiques d'affectation permettant d'assurer tant la santé de la travailleuse que du fœtus/bébé³⁴.

responsable, avec le directeur de santé publique de la région où se trouve l'établissement » par « en consultation avec un médecin chargé de la santé au travail ou, à défaut de tel médecin, avec le directeur de santé publique de la région où se trouve l'établissement ». De plus, le paragraphe 143 du projet de loi modifie les façons de faire sur le type de consultation qu'effectue le médecin ou le professionnel chargé du suivi de la grossesse ou de l'allaitement. La loi en vigueur exige une consultation avec un médecin expert en santé au travail. Cet expert est habituellement un médecin de la santé publique. Sur ce plan, le paragraphe 143 du projet de loi propose de modifier l'article 51 actuel en remplaçant, dans le paragraphe 10, « l'agence et le médecin responsable » par « le centre intégré de santé et de services sociaux et un médecin chargé de la santé au travail ».

³¹ Gravel et Malenfant. 2012, *op. cit.*

³² Malenfant et coll. 2009, *op. cit.*

³³ Gravel. 2017, *op. cit.*

³⁴ Malenfant et coll. 2011, *op. cit.*

Nous ne pouvons que prévenir les décideurs politiques que l'adoption de ce projet de loi tel qu'il est formulé risque d'entraîner un glissement qui aurait pour résultat d'avantager l'employeur, au détriment de l'intérêt des travailleuses enceintes ou qui allaitent. L'autonomie du médecin traitant et la consultation d'un médecin de l'équipe de santé publique en santé au travail assurent une meilleure participation et une meilleure parité.

Pour les raisons évoquées précédemment, nous suggérons de conserver le rôle de consultation du médecin expert de la santé publique. Ce rôle est déjà prévu dans la législation actuelle. Le médecin traitant devrait pouvoir conserver son autonomie décisionnelle dans la détermination des dangers et des conditions d'emploi durant la grossesse et l'allaitement puisqu'il possède l'expertise en cette matière.

Recommandation 8 : Assurer une autonomie décisionnelle aux médecins traitants dans la détermination des dangers et des conditions d'emploi durant la grossesse et l'allaitement puisqu'ils ont l'expertise en cette matière.

Ces précisions sont importantes pour assurer la collaboration nécessaire dans l'analyse des risques. Les seules autres professionnelles que nous avons pu identifier et qui pourraient assister la travailleuse enceinte ou qui allaite sont les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et les sages-femmes.

De plus, il faut que la travailleuse puisse choisir ces professionnels. Ces professionnels ne devraient pas être imposés à la travailleuse.

Recommandation 9 : Conserver le rôle de consultation des médecins rattachés aux directions régionales de santé publique. Cette consultation permet d'assurer une réelle parité en santé et sécurité.

Des études montrent que les équipes publiques de santé au travail accompagnent les médecins traitants, de même que les travailleuses et leurs employeurs³⁵. En raison de leur expertise et de leur expérience, les équipes du réseau de santé publique en santé au travail³⁶ sont en bonne position pour soutenir les travailleuses, les médecins traitants et les autres professionnels (l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) et la sage-femme) en mesure d'assurer le suivi de grossesse et postnatal.

Dans cette perspective, il est préférable de conserver la structure actuelle et investir dans les équipes du réseau de la santé publique en santé au travail déjà actives dans les milieux de travail. En outre, il faut s'assurer de la multidisciplinarité de ces équipes, car, comme nous l'avons mentionné, les risques liés au travail durant la grossesse et l'allaitement, particulièrement les risques ergonomiques, sont peu connus et cela a un impact sur la reconnaissance même du risque. Sur ce plan, l'apport de l'ergonome est essentiel au sein de ces équipes puisque la démarche ergonomique permet d'accompagner les acteurs en

³⁵ Sultan-Taïeb, Hélène & Poulin, Maurice. (2012). *Projet optimisation du programme "Pour une maternité sans danger" : évaluation organisationnelle et économique des processus de traitement des demandes des travailleuses enceintes*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550666042.pdf>

³⁶ Les experts régionaux de la santé publique sont mieux en mesure de suivre l'évolution des conditions de travail sur leur territoire.

organisation dans un processus permettant d'étudier les personnes en activité de travail et de rechercher des solutions permettant de préserver à la fois la santé et la performance organisationnelle³⁷.

Un réinvestissement dans ces équipes pour leur permettre d'agir efficacement en prévention des risques répondrait aux préoccupations de la vérificatrice générale, qui note un désinvestissement croissant dans ce type de ressources depuis une dizaine d'années, alors que les besoins pour ces ressources sont à la hausse³⁸.

Il faudrait que ces équipes puissent diffuser les nouvelles connaissances de manière plus ciblée et structurée, puis élaborer des formations sur les pratiques préventives³⁹. Ces solutions constituent des moyens à privilégier, comme cela est d'ailleurs répertorié par la littérature en santé et sécurité du travail⁴⁰.

Recommandation 10 : Attribuer les ressources suffisantes et assurer la multidisciplinarité des équipes du réseau de santé publique en santé au travail afin qu'elles puissent assurer efficacement la santé et la sécurité des travailleuses enceintes ou qui allaitent.

Recommandation 11 : Diffuser les nouvelles connaissances de manière plus ciblée et structurée, puis élaborer des formations sur les pratiques préventives.

3- Un plaidoyer pour la recherche indépendante

Il est essentiel de mieux documenter les risques et les dangers durant la grossesse et l'allaitement. Par exemple, nous avons dit que les agresseurs ergonomiques représentent la deuxième raison qui amène les travailleuses à faire une demande de retrait préventif⁴¹. D'autres travaux scientifiques doivent alimenter les connaissances sur cet aspect. L'amélioration des connaissances sur les pratiques préventives, selon l'esprit de l'article 2 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, exige de tenir compte du point de vue des travailleuses enceintes. 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)⁴². 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 leur santé au travail⁴³. Ce qui constitue en soi tout l'intérêt d'adopter une démarche ergonomique dans l'analyse de l'activité de travail.

³⁷ Saint-Vincent, Marie., Vézina, Nicole., Bellemare, Marie., Denis, Denys., Ledoux, Élise. & Imbeau, Daniel. (2011). *L'intervention en ergonomie*, Québec, Éditions Multi-Mondes et Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), 2011, 360 p., ISBN : 978-2-89544-165-6.

³⁸ Rapport du Vérificateur général. 2019, *op. cit.*

³⁹ La vérificatrice générale du Québec (2019) note, dans son audit de performance en matière de prévention en santé et en sécurité du travail, qu'un soutien amélioré passe par une meilleure offre de formation.

⁴⁰ Montreuil, Sylvie & Lacomblez, Marianne. (2013) La formation comme moyen d'intervention en prévention dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail, dans Montreuil, Sylvie, Fournier, Pierre-Sébastien & Geneviève Gingras (dir.), *L'intervention en santé et en sécurité du travail. Pour agir en prévention dans les milieux de travail*. PUL. Collection Santé et sécurité du travail. 295-316.

⁴¹ CNESST 2020, *op. cit.*

⁴² Messing, Karen. (2000). *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle?* Montréal, les éditions du remue-ménage.

⁴³ Cox, Rachel. & Messing, Karen. (2006). Legal and ergonomic (or biological). Perspectives on selection tests: A post-Meiorin examination. *Windsor Yearbook of Access to Justice*, 24, 23-53.

Il y a une réelle pénurie de recherches sur les effets des conditions de travail pendant la grossesse sur la santé actuelle et future de la femme enceinte⁴⁴. Des 24 articles portant sur les facteurs impliqués dans les douleurs lombaires pendant la grossesse recensés dans la littérature⁴⁵, seulement 4 incluaient des facteurs professionnels, dont seulement 3⁴⁶ identifiaient plus d'un facteur. Pour ce qui concerne les facteurs chimiques, la littérature se concentre sur les effets des expositions sur le fœtus.

Les risques psychosociaux devraient aussi être mieux documentés. Les récentes études montrent que certains facteurs psychosociaux peuvent favoriser l'absence du travail de la part de la travailleuse enceinte⁴⁷.

Nous avons souligné précédemment le soutien essentiel des équipes du réseau de santé publique en santé au travail. Des recherches supplémentaires doivent être menées pour mieux comprendre le soutien offert durant l'application du droit de retrait préventif en milieu de travail.

Finalement, nous en savons peu sur la protection de la santé des travailleuses qui allaitent. Très peu de recherches portent sur ce sujet spécifique.

Nous avons souligné dans ce mémoire que le modèle québécois suscite l'envie dans d'autres pays. En effet, de récentes recherches comparatives montrent que la législation québécoise s'avère plus efficace pour protéger la santé et la sécurité des travailleuses enceintes⁴⁸. Sur le plan de la prévention, les travaux montrent que l'application du droit de retrait préventif en milieu de travail a des impacts positifs sur la santé des travailleuses enceintes et celle de leurs fœtus⁴⁹. Nous avons également dit que les bonnes pratiques d'affectation durant la grossesse contribuent à préserver la santé et à assurer une meilleure performance organisationnelle⁵⁰.

En conclusion, 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.

Recommandation 12 : Financer la recherche indépendante sur le retrait préventif, sur les effets des conditions de travail sur la grossesse et la santé des femmes, ainsi que plus globalement sur la santé reproductive.

⁴⁴ Messing. 2014, *op. cit.*

⁴⁵ Wuytack Francesca, Begley Cecily & Daly Deirdre. (2020). Risk factors for pregnancy-related pelvic girdle pain: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*. Nov 27;20(1):739. doi: 10.1186/s12884-020-03442-5. PMID: 33246422; PMCID: PMC7694360.

⁴⁶ datant des années 1990

⁴⁷ Pedersen, Pernille, Momsen, Anne-Mette H., Andersen, Dorte R., Nielsen, Claus V., Nohr, Ellen. A., & Maimburg, Rikke. 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>

⁴⁸ Abderhalden-Zellweger. 2020, *op. cit.*

⁴⁹ Croteau, 2007 et 2010, *op. cit.*

⁵⁰ Gravel. 2017, *op. cit.*

En conclusion

Force est de constater que ce projet de loi entraîne des reculs importants. Une prise de décision s'appuyant sur des protocoles centralisés à la CNESST pourrait réduire la possibilité pour les travailleuses de faire reconnaître des risques et dangers liés au travail durant la grossesse et l'allaitement puisque la littérature documentant les effets des conditions de travail sur la grossesse et la santé des femmes ainsi que plus globalement sur la santé reproductive reste à développer.

Le projet de loi pourrait réduire la capacité des travailleuses à juger des risques que comporte leur travail. Il pourrait également restreindre la portée du rôle d'accompagnement tant du médecin traitant que du médecin expert en santé au travail, ainsi que plus généralement, des équipes du réseau de santé publique en santé au travail. Une approche ayant pour résultat d'entraver la participation de la travailleuse enceinte ou qui allaite dans l'identification des risques et la recherche de solutions pour favoriser son maintien en emploi dans des conditions saines et sécuritaires, et qui, limite la nécessaire collaboration qui existe sur le terrain, réduit la protection de la santé au travail tout en contrevenant aux principes participatifs et paritaires recherchés par la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.

Annexe permettant de mieux comprendre le rôle des IPS et des sages-femmes dans le suivi de grossesse et postnatal

1- L'infirmière praticienne spécialisée (IPS)

Le site de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec nous informe que l'IPS détient une maîtrise en sciences infirmières et un diplôme d'études supérieures en sciences médicales. Elle doit également réussir un examen dans une spécialité choisie. La réussite de cet examen lui permet d'effectuer un raisonnement clinique pour une des spécialités choisies, dont les soins de première ligne où l'on retrouve entre autres les suivis de grossesse. En fait, l'IPS est autorisée, en vertu de l'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec*⁵¹, « de contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal » (alinéa 9 de la Loi)⁵². Elle travaille en collaboration avec un médecin. En fait, le suivi de la femme enceinte s'effectue selon un plan établi entre les deux professionnels. Selon les lignes directrices de la pratique des IPS en soins de première ligne et le Collège des médecins du Québec (CMQ). L'IPS peut accomplir les évaluations requises ainsi que de prescrire les examens et les analyses nécessaires. Elle peut aussi assurer le suivi du nouveau-né après le congé hospitalier. Bref, elle peut intervenir tant dans les cas de grossesse normale que les grossesses à risque.

Le document produit par l'OIIQ (2003)⁵³ mentionne que « cette activité a été spécifiquement mentionnée de manière à éviter tout problème d'interprétation quant à l'étendue de la pratique professionnelle de l'infirmière dans ce domaine par rapport aux activités réservées aux médecins et aux sages-femmes. L'infirmière peut être appelée à exercer plusieurs des activités comprises dans cette réserve, en collaboration avec le médecin ou la sage-femme. Si elle n'a pas la responsabilité entière du suivi en toute autonomie, elle est en revanche habilitée à effectuer des actes complexes ou à risque de préjudice, selon les autres activités qui lui sont réservées, dont l'administration d'ocytociques. L'infirmière peut ainsi évaluer et surveiller l'état de santé physique et mentale de la femme ainsi que l'état du fœtus et du nouveau-né. Elle assure le monitoring en vue de détecter précocement des complications obstétricales ou une détresse fœtale éventuelles. Elle peut aussi être appelée à pratiquer un accouchement précipité et à procéder à la réanimation de la mère ou du nouveau-né. Dans le cadre du suivi de grossesse, l'infirmière évalue la condition de la femme au moyen de l'histoire obstétricale, d'une étude approfondie des facteurs de risque psychosociaux, d'un examen physique initial et d'une évaluation de l'aptitude au rôle parental; elle assiste également le médecin au moment de l'examen physique complet. Finalement, elle peut effectuer des tests et administrer des médicaments, selon l'ordonnance (p. ex. : réactivité fœtale, glucosurie, protéinurie) »⁵⁴. L'IPS « contribue au suivi postnatal en effectuant entre autres, l'examen de la

⁵¹ *Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec*, RLRQ, c I-8, consultée le 2020-12-15

⁵² Éditeur officiel du Québec. (2002, 14 juin). *Projet de loi no 90 : loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. <http://www.ooaq.qc.ca/ordre/lois-reglements/doc-lois/loi-90.pdf>

⁵³ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003) *GUIDE D'APPLICATION de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, centre de documentation, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, p. 30. https://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Guide_application_loi90.pdf

⁵⁴ OIIQ. 2003, *op. cit.* p. 30

mère et du nouveau-né, le soutien à l'allaitement maternel, la surveillance de l'ictère néonatal, l'administration de la médication prescrite »⁵⁵. Son rôle est donc plus circonscrit quant au suivi de grossesse.

2- La sage-femme

En effet, la sage-femme est autorisée par la *Loi sur les sages-femmes*⁵⁶ à la section III portant sur l'exercice de la profession à l'alinéa 6 à « tout acte ayant pour objet, lorsque tout se déroule normalement, de donner à une femme les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse » et « à surveiller et à évaluer la grossesse (...) et, durant les six premières semaines, la période postnatale par l'application de mesures préventives et par le dépistage de conditions anormales chez la femme ou son enfant » (*Loi sur les sages-femmes*).

De plus, l'arrêté numéro 2020-037 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 14 mai 2020⁵⁷ concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19 autorise clairement « qu'une sage-femme, lorsqu'elle juge que les conditions de travail d'une travailleuse enceinte ou qui allaite comportent les dangers décrits au premier alinéa des articles 40 ou 46 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (chapitre S-2.1), soit autorisée à accomplir les formalités relatives au retrait préventif de cette travailleuse, aux mêmes conditions que celles applicables aux infirmières praticiennes spécialisées prévues aux articles 33 et 42.1 de cette loi » et qu'une « sage-femme soit autorisée à remplir les obligations et à accomplir les formalités dévolues au médecin ou à l'infirmière praticienne spécialisée en vertu du Règlement sur le retrait préventif de certaines personnes responsables d'un service de garde en milieu familial (chapitre R-24.0.1, r. 1) » (décret 2020-037).

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ *Loi sur les sages-femmes*, L.Q. c. 3, consultée le 2020-12-15

⁵⁷ Arrêté numéro 2020-037 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 14 mai 2020. Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2). CONCERNANT l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19. La ministre de la Santé et des Services sociaux, 14 mai. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-037.pdf?1589556167