



Gérer les risques liés au travail durant la grossesse. Vers un nouveau modèle de gestion de la santé et sécurité des travailleuses enceintes

*Risk Management of Work During Pregnancy: Toward a New Health and Safety
Management Model for Pregnant Workers*

*Gestión de riesgos laborales durante el embarazo. Hacia un nuevo modelo de
gestión de la salud y la seguridad de trabajadoras embarazadas*

Anne-Renée Gravel et Romaine Malenfant



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/2578>

DOI : 10.4000/pistes.2578

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Référence électronique

Anne-Renée Gravel et Romaine Malenfant, « Gérer les risques liés au travail durant la grossesse. Vers un nouveau modèle de gestion de la santé et sécurité des travailleuses enceintes », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 14-2 | 2012, mis en ligne le 01 novembre 2011, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/2578> ; DOI : 10.4000/pistes.2578

Ce document a été généré automatiquement le 1 mai 2019.



Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Gérer les risques liés au travail durant la grossesse. Vers un nouveau modèle de gestion de la santé et sécurité des travailleuses enceintes

Risk Management of Work During Pregnancy: Toward a New Health and Safety Management Model for Pregnant Workers

Gestión de riesgos laborales durante el embarazo. Hacia un nuevo modelo de gestión de la salud y la seguridad de trabajadoras embarazadas

Anne-Renée Gravel et Romaine Malenfant

Introduction

- 1 Au Québec, la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) comporte un droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Plus spécifiquement, ce droit 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 enfant, 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 signé par le médecin traitant (article 40). Lorsque l'employeur ne peut remplir cette obligation et si les risques sont reconnus par le médecin traitant après une consultation d'un médecin expert en santé au travail, 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 rencontrer ces conditions en soustrayant la travailleuse aux tâches jugées à risque, la travailleuse est maintenue en emploi sans perte de bénéfices.

- 2 Il existe des dispositifs semblables dans le reste du Canada et dans certains pays européens. Cependant, dans la plupart des pays, le législateur traite séparément la santé et sécurité au travail en général et la santé et sécurité des travailleuses enceintes. Par exemple, au Canada, certaines des dispositions du *Code canadien du travail* (articles 204 et suivants) permettent à la travailleuse enceinte l'arrêt de travail, mais contrairement au Québec, si l'employeur ne peut modifier les tâches évaluées à risque, elle ne recevra pas d'indemnisation durant la durée de l'arrêt de travail. La travailleuse a droit à une compensation salariale

« pendant que l'employeur étudie sa demande ; toutefois, si le risque que représentent ses activités professionnelles l'exige, l'employée a droit à un congé payé, à son taux régulier de salaire jusqu'à ce que l'employeur modifie ses tâches, la réaffecte ou l'informe par écrit qu'il est difficilement réalisable de prendre de telles mesures, la rémunération qui lui est alors versée étant assimilée à un salaire » (art. 205 du Code canadien du travail). Les travailleuses régies par la partie III du Code canadien du travail « ont droit à un congé sans solde à moins qu'elles ne décident de faire débiter hâtivement leur congé de maternité, raccourcissant d'autant la période postnatale » (CSN, 2009).
- 3 Au sein de la communauté européenne (directive 92/85/CEE), l'employeur a aussi la responsabilité d'assurer la protection de la santé et la sécurité de la travailleuse enceinte et de son enfant à naître. Dans ces pays, la législation détermine des travaux dangereux pour la grossesse et fournit à cet effet une liste de limitations ou d'interdictions de travail pour la travailleuse enceinte.
- 4 Aucun des dispositifs ne prévoit des indemnités de remplacement de revenu en cas d'affectation ou d'arrêt de travail comme c'est le cas au Québec. Au Québec, le financement de l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte est assumé par l'ensemble des employeurs, sans égard au nombre de travailleuses ou de travailleuses enceintes, par des cotisations versées annuellement à la Commission de la santé et de la sécurité du travail.
- 5 Ce droit de retrait préventif est particulièrement novateur parce que c'est dans un esprit de prévention et de responsabilisation collective que la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* du Québec renvoie à l'employeur la responsabilité légale d'assurer la protection de la santé et la sécurité de la travailleuse enceinte. Des recherches menées sur les impacts de l'application de ce droit montrent que des issues tels l'avortement spontané, les malformations congénitales, la prématurité, les complications en cours de grossesse (haute tension artérielle, contractions prématurées, fatigue, etc.) ont connu une diminution significative chez les travailleuses québécoises ayant bénéficié du retrait préventif (Croteau et coll., 2006 ; 2007 ; McDonald et coll. 1994).
- 6 Au fil des ans, nous avons pu observer que l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte présente un défi important pour les organisations. D'une part parce qu'historiquement les éléments touchant à la sphère de la reproduction étaient exclus de la sphère de la production, et d'autre part parce que les connaissances sur les aménagements des conditions de travail assurant la protection des travailleuses enceintes, autres que le retrait du travail, étaient peu développées (Messing et coll., 2011 ; Malenfant et coll., 2011).
- 7 L'article montre, à partir d'une recherche réalisée dans trois régions du Québec entre 2005 et 2008, que la gestion de la conciliation travail-grossesse peut mener, dans certains cas, à des stratégies d'action qui rencontrent les objectifs de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* pour le bénéfice des travailleuses et des employeurs. Nos résultats font ressortir

l'apport d'une approche ergonomique dans le processus de gestion des risques. Dans un premier temps, nous donnons un état de situation sur l'utilisation du retrait préventif au Québec avant de décrire la recherche que nous avons réalisée. Aux fins de l'article, nous nous concentrerons sur une partie des résultats, à savoir le modèle participatif de gestion du retrait préventif qui présente les avenues les plus prometteuses.

1. L'état de situation sur l'utilisation du droit de retrait préventif par les travailleuses enceintes

- 8 Les statistiques de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST, 2012) portant sur le programme *Pour une maternité sans danger, Statistiques 2007-2010* (catégorie Enceinte) montrent que plus de 31 000 femmes enceintes se sont prévaluées de ce droit en 2010. Plus de 98 % des demandes ont été acceptées. Les coûts représentent environ 15 % du budget total de l'administration du régime québécois de santé et de sécurité du travail.
- 9 Les demandes de retrait préventif durant la grossesse sont en constante augmentation depuis le début de sa mise en vigueur. Cette croissance est attribuable à l'augmentation du taux d'activité des femmes en âge de procréer¹ et à une meilleure connaissance du droit par les travailleuses. De plus, l'amélioration des connaissances scientifiques a sensibilisé les médecins traitants, les médecins du travail, les employeurs et les travailleuses aux risques pour la santé liés au travail des femmes (Groupe de référence sur la grossesse et le travail, Institut national de santé publique). L'expérience de l'application du retrait préventif dans le milieu de travail, notamment les actions des médecins du réseau public en santé au travail, est aussi responsable de cette croissance.
- 10 Les agresseurs rencontrés dans les milieux de travail se divisent en cinq catégories. Les agresseurs ergonomiques liés aux horaires, au rythme et à la charge de travail, au travail au rendement, ainsi qu'aux postures (soulever, pousser, tirer) et autres efforts physiques sont en diminution depuis le début de la période de 2007 à 2010 : 49,3 % en 2007, 40,3 % en 2008, 34,7 % en 2009 et 38,2 % en 2010. Ce taux était près de 70 % dans les années 1990. Les agresseurs biologiques (virus, bactéries, autres agresseurs biologiques) arrivent en deuxième place passant de 28,1 % en 2007 à 35,9 % en 2010. Toujours en 2010, les agresseurs chimiques prennent la troisième place avec un taux de 11,7 % tandis que les agresseurs à la sécurité du travail (risque de chutes et risque d'être frappée par un objet ou par une personne) comptent pour 9,9 %. Finalement, les agresseurs physiques (bruit, radiations, vibrations, etc.) représentent 0,8 % des réclamations (CSST, 2012).
- 11 Le nombre moyen de semaines de grossesse à la date du retrait ou de l'affectation à un autre poste de travail est de 10 semaines pour l'année 2010. Plus de 70 % des réclamations pour grossesse prennent effet au premier trimestre de la grossesse.
- 12 Bien que les demandes de retrait préventif se concluent par un retrait du travail durant la grossesse dans 50,1 % des cas enregistrés pour l'année 2010, les données des 15 dernières années montrent une constante progression du maintien au travail. Ainsi, nous sommes passés d'une proportion d'un peu plus de 10 % en 1992 à une proportion de 48,7 % pour l'année 2010 (1,2 % des cas ne sont pas déterminables). De ce 48,7 %, 20,7 % étaient en affectation seulement tandis que 28 % bénéficiaient d'un retrait préventif combinant retrait et affectation. Les données indiquent également que les travailleuses enceintes sont maintenues plus longtemps au travail puisque les jours moyens d'indemnisation sont effectivement à la baisse (CSST, 2012).

2. Une recherche sur la gestion des risques pour les travailleuses enceintes

- 13 Une recherche qualitative menée de 2005 à 2008 portait sur le processus de mise en place de politiques internes des organisations, plus précisément les orientations privilégiées et les moyens mis en œuvre, de même que les pratiques organisationnelles entourant l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte (Malenfant, Gravel, Laplante et coll., 2009). La recherche s'appuyait sur une approche qualitative basée sur les récits d'expériences de ceux et celles qui vivent au quotidien la gestion des risques liés au travail pour la grossesse. Les récits ont été obtenus par entretien individuel semi-structuré. Cette méthode permet de comprendre un phénomène tel que perçu par les participants à la recherche et d'explorer en profondeur les significations et les pratiques des acteurs (Thiétart, 2003).
- 14 Les résultats présentés s'appuient sur des entretiens menés entre 2005 et 2008 auprès de 10 centres hospitaliers de soins généraux de trois grandes régions du Québec où se concentrent un grand nombre de ces établissements (Outaouais, Montréal, Québec). 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. Autant les facteurs humains, organisationnels que techniques ont été documentés (voir la figure 1).
- 15 Nous avons réalisé 47 entretiens individuels avec les 11 gestionnaires et les 10 représentantes syndicales responsables des dossiers de retrait préventif ainsi qu'avec 26 travailleuses ayant fait une demande de retrait préventif au cours des deux années précédant la recherche (un minimum de 2 travailleuses par CH ont été interrogées).
- 16 Le cadre théorique que nous avons privilégié s'inspire du modèle de Burke et Litwin (1992) sur les composantes de l'organisation, à savoir la composante culturelle (orientations SST, approche de gestion, valeurs), la composante structurelle (structure organisationnelle, décisionnelle et opérationnelle), la composante relationnelle (rapports de travail, coopération, conflits entre les individus et les groupes) et l'activité de travail proprement dite (tâches, habiletés, exigences) en considérant les facteurs humains, organisationnels et techniques qui entrent dans les processus décisionnels. Cette perspective globale nous permettait aussi de situer la gestion du retrait préventif dans l'ensemble des orientations et des actions en santé et sécurité du travail de l'organisation et des rapports que cette dernière entretenait avec les ressources externes participant également à l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte. Le schéma ci-dessous représente le guide qui a servi à l'analyse du processus décisionnel menant au retrait préventif de la travailleuse enceinte. En effet, il nous a semblé que, d'un point de vue empirique, nous pouvions ainsi analyser les orientations privilégiées et les moyens mis en œuvre, de même que les pratiques organisationnelles entourant l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte et, par cette démarche, répondre à notre objectif de recherche.

Figure 1. Processus d'analyse des données



- 17 Chaque entrevue a été enregistrée, transcrite textuellement, puis codifiée selon les thèmes définis dans le cadre théorique retenu et des thèmes émergeant du matériel empirique recueilli (Paillé, 1993). Les données factuelles décrivant des situations, des procédures, etc. ont été classées à l'aide d'une grille de codification pour reconstituer des façons de faire selon les caractéristiques des établissements sélectionnés. Les informations plus subjectives (par exemple, celles des employeurs sur l'amélioration des conditions d'exercice des tâches, celles sur le soutien offert et perçu, celles sur les représentations des principaux problèmes au sein des établissements eu égard à la conciliation travail-grossesse, ou celles sur la responsabilité perçue pour chacun des acteurs (gestionnaires, travailleuses, syndicats, etc.) ont également été codifiées. Les éléments conjoncturels ou structurels ont été pris en considération lorsqu'ils pouvaient avoir un impact sur les actions privilégiées par les répondants et les répondantes.

3. Les résultats

- 18 Pour les centres hospitaliers au sein desquels s'est effectuée la recherche, la conciliation travail-grossesse devient un enjeu important en raison de la prédominance de la main-d'œuvre féminine en âge d'avoir des enfants et du problème criant de pénurie de main-d'œuvre infirmière. Mentionnons que les infirmières représentent à elles seules 18,8 % de l'ensemble des demandes de retrait préventif. Ce qui fait d'elles le corps professionnel le plus représenté. Les enseignantes arrivant au deuxième rang avec un taux de 18,5 %. Dans ce contexte, le retrait du travail des infirmières tôt en début de grossesse pose problème et les dirigeants des centres hospitaliers voient dans l'amélioration des conditions de conciliation travail-grossesse un moyen de garder les infirmières enceintes le plus longtemps possible au travail avant le départ pour le congé de maternité. Cette stratégie

va dans le sens de l'objectif premier de la LSST, c'est-à-dire l'affectation de la travailleuse enceinte à un poste ou à des tâches ne présentant pas de risque pour sa santé et celle de l'enfant à naître.

- 19 Parmi les 10 établissements étudiés, un seul centre hospitalier ne réaffectait pas du tout. Le maintien en emploi pouvait se faire uniquement lorsque la travailleuse l'exigeait. Deux centres hospitaliers avaient commencé à réaffecter depuis peu. L'affectation se faisait pour des tâches administratives ou sur certains projets. Trois autres centres hospitaliers maintenaient la travailleuse enceinte dans son poste avec un allègement des tâches lorsque cela s'avérait possible. Ces derniers centres privilégient l'affectation dans des secteurs précis lorsque le travail infirmier se fait dans des secteurs plus « à risque ». Lorsqu'il y a trop de femmes enceintes dans les secteurs de l'affectation, les responsables de la gestion du retrait préventif vont alors préférer renvoyer les travailleuses à la maison par ancienneté d'affectation.
- 20 Notre étude a répertorié quatre centres hospitaliers qui réaffectent de façon systématique. Habituellement, ces centres maintiennent les infirmières enceintes à leur poste avec un allègement de tâches. Les infirmières se trouvant dans des postes plus à risque sont réaffectées à d'autres postes dans des secteurs prévus pour l'affectation.
- 21 Dans les établissements de santé, la réussite du maintien au travail dépend des possibilités pour l'employeur de réorganiser le travail d'équipe afin de soustraire la travailleuse enceinte aux risques établis sur le certificat de retrait préventif. Ces changements doivent se faire en tenant compte des compétences et des capacités de la travailleuse enceinte, comme il est prescrit par le droit. Nous avons vu que le recours au droit de retrait préventif questionne, du point de vue de chacune des parties concernées, les façons de faire qui n'offrent pas une efficacité suffisante tant sur les plans de la protection de la santé et de la sécurité, de la gestion du personnel et de la production, que sur celui de la performance organisationnelle. Il met par ailleurs en évidence le besoin de soutien des employeurs dans le réaménagement des postes de travail pour atteindre cet objectif.

« Où ça devient plus difficile, c'est avant, quand on parle de flexion, de torsion, extension, là oui c'est très difficile. Qu'est-ce qui est acceptable, qu'est-ce qui l'est pas ? Quand est-ce que ça devient trop ? » (gestionnaire en SST 19).

3.1- L'orientation dominante des centres hospitaliers étudiés dans l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte : gérer pour se conformer à la Loi

- 22 Malgré l'avancement des connaissances scientifiques, le scepticisme quant aux risques que peuvent présenter certaines activités de travail pour le développement de la grossesse ou pour la travailleuse enceinte persiste. Il est vrai que les parties concernées sont peu au fait des connaissances épidémiologiques qui ont mis en évidence par exemple les risques liés à la posture ou à l'horaire de travail sur le développement du fœtus (Croteau et coll., 2006, 2007). Mais au-delà de l'ignorance, ce sont les représentations de l'innocuité du travail des femmes en regard de la santé au travail qui restent fortement incrustées dans les mentalités et qui continuent d'exercer une influence prépondérante sur les logiques d'action. Le droit de retrait préventif vient toutefois forcer l'action et, malgré le scepticisme, oblige la prise en compte du besoin manifesté par les travailleuses enceintes. C'est là un avantage indéniable de la législation québécoise.

- 23 Par ailleurs, une approche dite traditionnelle est actuellement privilégiée pour gérer le risque pour la grossesse. Ce qui va dans la logique de l'approche générale en SST que l'on retrouve dans la grande majorité des milieux de travail (Laplante, 2002). Cette approche traditionnelle est centrée sur l'individu et son comportement d'une part, et d'autre part, sur les « causes immédiates », c'est-à-dire les facteurs de risque mentionnés sur le certificat de retrait préventif. Ainsi, le contrôle du risque est laissé sous la responsabilité de la travailleuse enceinte et de son équipe de travail. De plus, les gestionnaires questionnent peu les éléments de contexte qui peuvent faire obstacle ou du moins diminuer l'efficacité du contrôle du risque en situation de travail réel.

« Ça existe déjà du risque zéro, en autant que l'humain fasse ce qu'il doit faire. Et là, personne n'a le contrôle dessus. C'est l'individu qui doit se conscientiser et se sensibiliser » (gestionnaire en SST 15). « Il n'y a rien de plus protégé qu'une travailleuse enceinte qui accepte de se protéger, par exemple avec les protections universelles et tout ça » (gestionnaire en SST 16).

- 24 Le scepticisme vis-à-vis des risques liés au travail des infirmières durant la grossesse combiné à une gestion traditionnelle de la santé au travail entraînent chez les gestionnaires responsables des dossiers de SST un recours réactif à une intervention préventive. La résolution des problèmes en santé et sécurité au travail vise davantage à se conformer à la législation et se traduit dans le cas du retrait préventif des travailleuses enceintes par un traitement des demandes au cas par cas au fur et à mesure du dépôt des certificats auprès des gestionnaires responsables des dossiers en SST.

3.2- Le processus décisionnel à la suite d'une demande de retrait préventif

- 25 Dans les centres hospitaliers, le travail de prévention débute par l'action de la travailleuse qui décide de se prévaloir de son droit de retrait préventif. Elle s'adresse alors à son médecin traitant pour discuter de son état de grossesse et des risques liés à l'exercice de son travail. À la suite de cette discussion, le médecin traitant, après consultation d'un médecin en santé au travail du réseau public, émet les recommandations sur le certificat de retrait préventif. Le certificat de retrait préventif vient confirmer l'existence de risques dans l'exercice du travail pour la santé de la mère ou de l'enfant à naître. La travailleuse doit déposer une copie de ce certificat auprès de son employeur, le centre hospitalier. Dans la structure hospitalière des établissements étudiés, c'est le service de santé et sécurité du travail qui prend en charge le traitement de la demande.
- 26 Mentionnons qu'il peut arriver qu'une travailleuse décide de ne pas déposer officiellement une demande de retrait préventif et opte plutôt pour prendre des arrangements nécessaires directement avec son employeur. Bien qu'elle ne soit pas fréquente, cette situation arrive habituellement dans des départements habitués à gérer le retrait préventif et lorsque les membres de l'équipe se connaissent bien. Bien souvent, la travailleuse compte plusieurs années d'expérience dans le département et en est à une deuxième ou troisième grossesse.
- 27 Après le dépôt du certificat, la décision du retrait ou du maintien au travail de la travailleuse enceinte met en relation le service de santé et de sécurité du travail et la supervision de premier niveau (chef d'unité de soins). Ce processus s'appuie sur un partenariat professionnel, auquel les instances administratives invitent la supervision de premier niveau à participer. C'est cette personne qui dans tous les cas va statuer, à la

demande du service de santé et de sécurité, sur le caractère réaliste d'un réaménagement des tâches de la travailleuse enceinte et de ses effets potentiels sur la charge de travail des collègues et sur la qualité des soins aux patients. Ce dialogue entre la partie administrative et la partie opérationnelle est essentiel et révèle l'importance que prend l'encadrement de proximité dans le processus. C'est en effet à ce niveau de la hiérarchie que se trouvent les connaissances les plus immédiates sur le travail réel et sur les impacts que peuvent entraîner sur l'organisation des services soit un retrait soit un maintien au travail.

- 28 Après ce travail, si la réponse est négative, l'arrêt de travail s'impose. Si la réponse est positive, les changements sont mis en application et s'effectuent le plus souvent en gardant la travailleuse enceinte dans son poste. Il y a alors une redistribution des tâches entre les membres de l'équipe pour suppléer aux restrictions ou à l'allègement de tâches de la travailleuse enceinte. Cette façon de faire permet de garder l'expertise au sein de l'équipe. S'il s'agit d'un secteur à haut risque, on préférera l'envoyer à un poste ou un secteur prévu pour l'affectation en dehors de l'équipe régulière. Cette situation est plus difficile à gérer, car de la formation est souvent nécessaire afin d'habiliter une nouvelle infirmière dans le département que quitte la travailleuse enceinte ou, à l'inverse, de la formation peut aussi être nécessaire pour habiliter la travailleuse enceinte réaffectée dans une autre équipe à effectuer de nouvelles tâches. Dans les deux cas, il faut du temps pour assurer une continuité de services de qualité aux patients.
- 29 Selon les témoignages recueillis, il est plus facile de favoriser la première option, car une réorganisation du travail à l'intérieur de l'équipe régulière est mieux acceptée qu'une affectation dans un autre département ou dans une autre équipe de travail. Le lien d'attachement et le besoin de communiquer sont des facteurs qui ressortent de l'analyse des données et qui contribuent à obtenir le soutien essentiel de la part des collègues pour aider les travailleuses enceintes à respecter les recommandations. D'ailleurs, tous connaissent les modes opératoires dans l'équipe. Il est plus facile d'agir sur ces derniers quand il existe de bons liens au sein de l'équipe. De tels aménagements exigent de prendre en compte la nature des tâches, la gestion des soins, les besoins et l'expertise de la travailleuse enceinte et les relations de travail au sein de l'équipe.
- 30 Le contrôle quotidien de l'application des recommandations tout comme celui de la qualité des services reste décentralisé au niveau de l'équipe de travail. L'application des recommandations est gérée au fur et à mesure que les problèmes sont soulevés soit directement par la travailleuse enceinte lorsqu'elle rencontre des difficultés dans le respect de ses recommandations, soit par les superviseuses de premier niveau lorsqu'elles observent une surcharge de travail pour les collègues de la travailleuse enceinte ou encore lorsqu'elles craignent une baisse d'efficacité de l'équipe ou une diminution de la qualité des services. Ainsi, ce n'est qu'en cas de litige qui ne trouve pas de solution sur le *plancher* que le problème va retourner *en haut*.
- 31 L'ajout d'une ressource en prévention intégrant une intervention ergonomique dans la gestion du droit de retrait préventif combinée à une approche moderne de la gestion de la santé et sécurité au travail peut aider à relever les défis que pose l'application du droit de retrait préventif dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. Les pages qui suivent se consacrent à la description de cette approche.

3.3- L'approche de gestion du retrait préventif de la travailleuse enceinte

- 32 Parmi les établissements ayant participé à la recherche, un seul tendait vers une approche intégrée de la santé et sécurité au travail (SST) dans l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte. Contrairement à la majorité des centres hospitaliers étudiés, dans ce centre hospitalier la gestion du retrait préventif est intégrée aux autres activités en SST à travers l'action d'une ressource en prévention qui est responsable du programme de prévention et de gestion des risques en SST dans l'établissement. Cette ressource possède de la formation universitaire en ergonomie.
- 33 Dans le centre hospitalier ayant choisi d'intégrer une ressource-conseil en prévention, la direction de l'hôpital lui a octroyé le mandat en l'autorisant à modifier les postes et l'organisation du travail pour atteindre ses objectifs de prévention. La convention collective le permet également.
- « On va dans des services et des unités, avec une chef, 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).*
- 34 Sur le plan du traitement des demandes de retrait préventif, cette ressource-conseil est responsable de la coordination de l'application des recommandations inscrites sur le certificat. Cette approche mène à des actions sur l'organisation du travail et des rapports entre les acteurs.
- « C'est intéressant faire ça cette job-là parce qu'un coup que t'es dedans et que c'est installé, pis que la vision des gestionnaires a changé, que la philosophie des soins a été modifiée. Je suis très heureuse là-dedans » (ressource en prévention 17).*
- 35 L'ajout d'une personne-ressource en prévention permet de fournir une aide à la supervision de premier niveau dans la prise de décision. Plus exactement, elle aide à trouver les éléments modifiables dans l'organisation du travail afin d'assurer la santé et la sécurité pour la travailleuse enceinte tout en préservant la performance organisationnelle. La gestion participative incluse dans cette approche demande de mettre à profit la contribution des acteurs tant à l'interne qu'à l'externe dans l'élaboration de politiques, processus et pratiques visant l'optimisation de la santé et sécurité au travail. La législation québécoise valorise d'ailleurs la prévention et la participation des travailleurs et travailleuses à la définition des conditions assurant leur santé et sécurité en emploi.
- 36 Concrètement, la ressource en prévention peut jouer un rôle dans le processus décisionnel puisqu'elle effectue un travail d'analyse afin d'éclairer efficacement les personnes concernées. Cette dernière fait d'abord une analyse des recommandations du médecin traitant et vérifie leur applicabilité en milieu de travail. Elle vérifie si le maintien en emploi est possible en respectant les recommandations. Le maintien en emploi va dépendre de la possibilité de libérer la travailleuse enceinte de ses responsabilités de soins directs aux patients. C'est à ce niveau que le travail de la ressource en prévention devient essentiel puisque c'est cette dernière qui est appelée à trouver des arrangements dans l'organisation du travail permettant le respect des recommandations. Elle examine ce qui est ou non modifiable dans l'activité de travail. Plusieurs moyens sont utilisés pour y arriver. Elle commencera à répondre aux recommandations en entamant un travail de

communication entre la travailleuse enceinte, la chef d'unité de soins, les collègues, la représentante syndicale et le médecin de santé au travail.

37 La ressource en prévention a choisi d'implanter l'affectation de façon progressive et de tabler sur les expériences constructives pour éventuellement affirmer leur politique d'établissement. Elle s'est également dotée d'une orientation en élaborant au préalable des façons de faire avec des représentants internes et des ressources externes dans les secteurs où il est possible d'accueillir plusieurs travailleuses enceintes à la fois.

38 Bien souvent, les solutions les plus efficaces rendant possible le maintien en emploi tout en respectant les recommandations du certificat médical émergent d'une simple discussion avec la travailleuse enceinte et sa chef. Parfois, l'aide de la ressource en prévention est requise afin de vérifier la faisabilité des solutions proposées ou leur amélioration. Dans le cas de recommandations plus difficiles à respecter ou imprécises, la ressource-conseil en prévention se référera à un médecin expert de l'équipe de santé au travail du réseau public pour l'aider dans sa recherche de solutions. Si nécessaire, un médecin de l'équipe de santé au travail peut se rendre sur les lieux de travail afin de vérifier si le risque peut être « contourné ». Dans ce processus, la travailleuse concernée et son équipe participent toujours à la recherche de solutions préventives.

« Moi, je travaille pour l'employeur c'est sûr, je veux essayer de pallier à la pénurie de personnel pis je travaille pour l'employée parce que je veux qu'on la réaffecte dans de belles conditions autant au niveau des conditions de travail, aimer travailler, que sécuritaire. C'est ça mon rôle » (ressource en prévention 17).

39 Par exemple, la travailleuse enceinte peut être affectée au développement d'un projet d'intervention utile au bon fonctionnement de son établissement qui, du coup, peut lui permettre d'améliorer ses compétences et de se réaliser en faisant

« la formation d'infirmières [nursing] pour essayer de diminuer le taux d'épidural et de leur donner des trucs sur comment accompagner les patientes au niveau des techniques alternatives » [pour soulager la douleur](travailleuse 12B).

40 La prise en compte des suggestions provenant de la travailleuse enceinte est garante du succès de l'affectation. C'est la travailleuse qui connaît les tâches et les modes opératoires reliés à chacune de celles-ci. Cette dernière a habituellement une bonne idée sur ce qui est ou non modifiable dans l'organisation du travail. La ressource-conseil en prévention sert à

« 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).

41 Pour les travailleuses interrogées, la flexibilité dans l'organisation de leur travail selon l'évolution de la grossesse, la prise en compte de leurs habiletés professionnelles et le sentiment d'utilité sont des dimensions incontournables pour la réussite du maintien en emploi durant la grossesse.

42 Un travail participatif se poursuit lors de la mise en application des solutions proposées : l'applicabilité des solutions est vérifiée, les membres de l'équipe visés par leur application sont consultés, informés et sensibilisés. Ensuite, une réelle transformation de l'organisation et des conditions de travail pour le rendre sécuritaire pour la travailleuse enceinte est instaurée. Un certain suivi est assuré en *retournant sur le plancher* lorsqu'il se produit des changements dans les façons de faire et pour vérifier si l'affectation respecte toujours les recommandations.

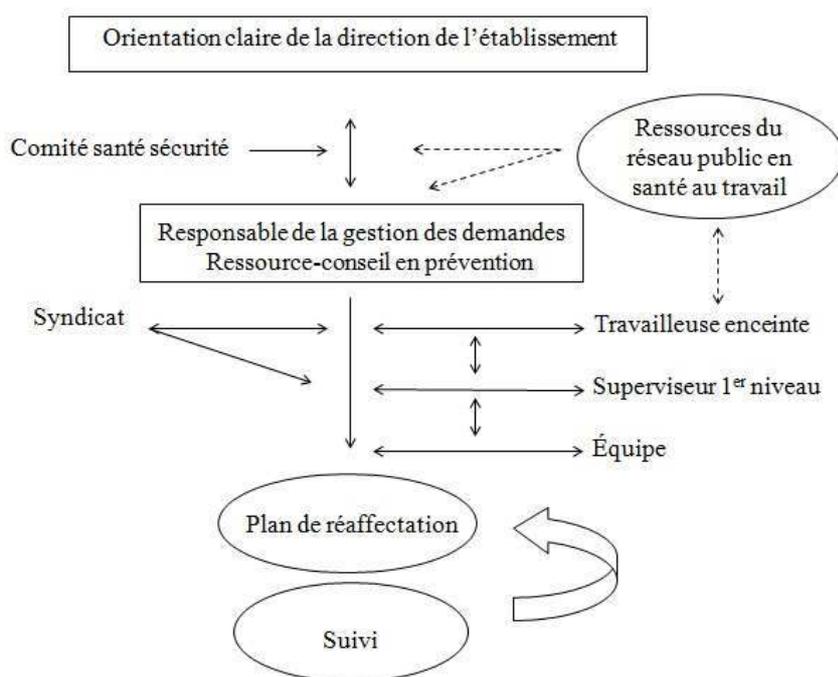
- 43 À titre d'exemple, une analyse de poste peut transformer l'organisation du travail pour l'ensemble des travailleuses et non seulement pour la travailleuse enceinte. Ainsi, le fonctionnement de certaines équipes a été modifié par une redistribution du travail ou le réaménagement du personnel dans l'équipe de manière à diminuer les effets sur la santé mentale et physique de la surcharge de travail. Autre exemple, l'observation du travail infirmier en vue de mieux le concilier avec la grossesse a permis d'établir les possibilités de travailler en position assise. Des chaises ont été ajoutées sur certains départements afin de permettre aux infirmières de s'asseoir pour prendre les signes vitaux. Cette façon de faire prend peut-être quelques secondes de plus, mais permet de passer plus de temps avec le patient, ce qui est bénéfique pour la qualité des services. La dialyse peut aussi se faire assise par l'ajout d'une chaise et en abaissant la perche à une hauteur adéquate pour faciliter le travail. En voulant d'abord modifier les modes opératoires dans le but premier d'éliminer des situations à risque pour la grossesse, on s'est rendu compte que plusieurs risques musculo-squelettiques dus entre autres aux flexions-torsions étaient éliminés. L'intervention a permis d'enlever des contraintes posturales et des dispositifs inadéquats. Les postes et le fonctionnement en équipe s'en trouvent améliorés libérant les travailleuses de charges attentionnelles et physiques inutiles. Par surcroît, les infirmières passent plus de temps auprès du patient, ce qui rend le travail plus satisfaisant.
- 44 L'efficacité de l'application d'un modèle proactif de prévention est aussi liée au type d'appui reçu par l'équipe de santé au travail du réseau public.
- « Ce qui est un plus pour nous, c'est que nous avons une bonne collaboration avec nos médecins de la santé au travail. Les médecins en santé au travail, ils savent très bien le contexte dans lequel les hôpitaux vivent présentement et ils ne vont pas avec l'objectif zéro, risque zéro... Ben risque zéro, elles ne travailleront pas... » (ressource en prévention 17).*
- 45 Sans cet appui tacite, il serait plus difficile de maintenir les travailleuses enceintes. Il ne faut pas oublier que la travailleuse enceinte communique à un moment ou l'autre avec un médecin de l'équipe de santé au travail du réseau public. Lorsque les médecins de la santé publique sont informés des mesures de prévention existantes en centre hospitalier, il devient plus facile pour eux d'informer les travailleuses enceintes sur les formes d'aménagement disponibles et sur les possibilités d'éliminer les risques à la source. Le médecin de l'équipe de santé agit comme courroie de transmission entre la personne-ressource en centre hospitalier et la travailleuse enceinte sur ce plan.

4. Vers un modèle de gestion participative

- 46 Comme nous l'avons relaté dans le cas que nous avons décrit, l'expérience de l'apport d'une ressource-conseil sensible à l'approche ergonomique et à une forme proactive de la gestion du retrait préventif a permis d'élaborer un modèle possible de concertation. Ce modèle qui est présenté à la figure 2 s'appuie sur :
- une orientation ferme de l'établissement en matière de gestion de la santé et sécurité au travail et de retrait préventif,
 - la participation d'un comité paritaire de santé et sécurité,
 - une approche participative des acteurs concernés dans l'élaboration d'un plan d'affectation (travailleuse, chef d'unité de soins, équipe de travail, syndicat),
 - la prise en compte de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel,
 - la recherche et l'utilisation de méthodes ergonomiques permettant d'élaborer des stratégies assurant la régulation des risques,

- un suivi systématique et une rétroaction après la mise en place du plan d'action.

Figure 2. Modèle de gestion participative du traitement des demandes de RPTE



Source : Malenfant, Gravel, Laplante et coll., 2009, p. 63.

- 47 Dans le modèle que nous proposons à la suite de l'analyse de nos résultats de recherche, une approche participative doit inclure une ressource professionnelle en SST appelée à coordonner la démarche participative et à faire les liens entre les différents niveaux d'intervention. Son rôle est de travailler de concert avec le service responsable du traitement des demandes en matière de retrait préventif et surtout avec le ou la responsable de la gestion des demandes de retrait préventif (cette personne est dans notre cas responsable de la santé et sécurité au travail). La ressource-conseil coordonne également la consultation faite auprès de la travailleuse enceinte et de son équipe, à laquelle est associé le syndicat. Par la suite, elle fait un suivi auprès de la travailleuse et auprès de la ressource de premier niveau, soit la chef d'unité pour déterminer les conditions pouvant rendre possible l'affectation. Chez la travailleuse enceinte, l'affectation s'associe à une approche préventive en santé tenant compte des différences interindividuelles et encourageant, comme le disent Falzon et Mas (2007), les apprentissages et le développement cognitif pour gagner en autonomie.
- 48 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 l'interaction entre les parties et de dégager les ressources intermédiaires (telles les chefs d'unité de soins, les représentantes syndicales responsables de la santé et de la sécurité, la gestionnaire responsable de la SST, etc.) des négociations dans la mise en place et le suivi du plan d'affectation et plus globalement du plan de prévention et de rétention du personnel.
- 49 Enfin, idéalement, un modèle de gestion participative s'appuie, au niveau de l'établissement, sur une politique concertée comprenant des procédures planifiées

d'aménagement des postes de travail et de l'organisation du travail élaborées en partenariat avec les travailleuses, les superviseuses de premier niveau, le syndicat et autres ressources internes et externes concernées, 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*.

- 50 Cette façon de gérer la santé et la sécurité au travail est bien répertoriée dans la littérature en ergonomie. L'étude de Baril-Gingras et coll. (2004) met en évidence que viser la prévention exige l'investissement de ressources de la part de l'établissement et que les intervenants externes ne peuvent se substituer aux acteurs internes pour plusieurs transformations telles les activités à caractère récurrent comme c'est le cas d'un programme de prévention

« dont l'implantation et le maintien supposent la coordination de l'activité de plusieurs acteurs internes et l'intégration de nouvelles tâches, de nouvelles connaissances et savoir-faire par certains d'entre eux » (p. 164).

- 51 Une telle approche bouscule les mentalités et les formes de gestion habituelles (Falzon et Mas, 2007).

5. Discussion - conclusion

- 52 Depuis près d'une dizaine d'années, le contexte de pénurie dans les centres hospitaliers confronte les établissements à l'importance d'articuler la gestion des ressources humaines et la gestion de la santé et sécurité au travail. Une approche préventive en SST ouvre des possibilités d'atteindre cette articulation au bénéfice des employeurs et des travailleuses. Le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte est par définition une mesure préventive centrée sur la détection des risques, leur élimination à la source ou leur réduction à un niveau reconnu acceptable par les experts en SST. Le recours progressif à l'affectation depuis les années 2000 illustre bien cette tendance.

- 53 Nos résultats montrent que l'établissement a une marge de manœuvre sur l'approche de la gestion de la santé et sécurité ou de la gestion du retrait préventif à privilégier. D'un mode de gestion dit traditionnel de la santé et sécurité du travail axé sur l'interdiction (ne plus faire d'injections, ne plus travailler de nuit, ne plus travailler aux soins intensifs, etc.) ou l'allègement des tâches inscrites sur le certificat médical et régulé par la travailleuse enceinte, il peut opter pour une approche de gestion globale ou moderne axée sur l'analyse du travail réel. Dans cette perspective, les tâches sont replacées dans leur contexte d'exécution dans le but de comprendre les impacts d'un réaménagement de tâches sur l'ensemble de l'activité de travail de la travailleuse et de son équipe et la faisabilité de ces changements. Dans ce processus, l'expertise des travailleuses devient un atout pour trouver les solutions les plus appropriées aux problèmes qui se présentent, et la démarche, une source de motivation pour le maintien au travail. S'appuyant sur de récentes études ergonomiques, Falzon et Mas (2007) proposent d'agir sur deux grands types de capacités. Il y a les capacités techniques qui réfèrent à la formation en SST, le temps, etc., et les capacités politiques des acteurs, c'est-à-dire l'usage de leur autonomie décisionnelle, leur capacité à influencer des décisions. Ici, plutôt que de se limiter aux aspects physiques, on y inclut la dimension cognitive en proposant une organisation du travail permettant aux travailleuses d'offrir le maximum de leur efficacité par la pleine mise en œuvre de leurs compétences. L'élimination des sources de stress liées au travail durant la grossesse, celles liées aux difficultés émotionnelles que peuvent causer un

réaménagement de tâches tout comme les contraintes physiques du travail telle une mauvaise conception du poste, s'avère essentielle puisqu'en plus de représenter un risque pour la santé des travailleuses, ces sources de difficultés les limitent dans l'exercice de leurs compétences. De plus, l'efficacité de l'intervention ergonomique sur le plan de la performance organisationnelle comporte un objectif individuel. Les travailleurs et les travailleuses souhaitent réussir, être efficaces. La performance est aussi une source de satisfaction (Falzon et Mas, 2007).

- 54 En contexte de pénurie, le retrait du travail s'avère stratégiquement négatif pour la performance organisationnelle puisque rien n'est fait pour garder le personnel d'expérience en emploi. Le départ d'une travailleuse devient difficilement remplaçable et peut accentuer la surcharge de travail pour celles qui restent. Une gestion favorisant un retrait du travail a donc des conséquences négatives pour les travailleuses et pour l'établissement. Faits encourageants cependant, nous constatons à travers les années de recherche sur le retrait préventif (depuis Malenfant, 1996) que les établissements tendent progressivement à délaisser une gestion traditionnelle du retrait préventif. Les récents résultats montrent que certains centres hospitaliers, encore une minorité cependant, se trouvant dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre s'orientent peu à peu vers un mode moderne intégrant la participation. Une intervention ergonomique s'inscrivant dans une approche intégrée de la santé et sécurité au travail est nécessaire pour rendre le travail et l'organisation du travail plus sécuritaires et nous en apprendre davantage sur les risques.
- 55 Plusieurs pistes de recherche sont à explorer tel le rôle que peuvent jouer les ressources en prévention et en ergonomie dans la planification en amont de la réponse quotidienne aux demandes de retrait préventif. Le défi est d'offrir une aide permettant de rendre l'exercice du travail prescrit et réel conforme aux recommandations émises sur le certificat de retrait préventif en restant attentifs aux impacts sur la qualité des services et sur l'équipe de travail dans un secteur où la pression est parfois forte et la charge de travail importante. Tout changement dans l'organisation du travail peut être source de frictions. Il faut garder en tête l'importance des rapports de travail dans la réussite du maintien en emploi durant la grossesse. Par exemple, une acceptation par les collègues et une participation aux décisions touchant la réorganisation des tâches au sein de l'équipe à la suite des changements découlant de l'application du droit de retrait préventif facilitera la conciliation travail-grossesse. Une analyse en profondeur de l'expérience d'un plus grand nombre d'établissements ayant adopté un mode de gestion moderne de la SST encourageant une approche participative intégrée pourrait être enrichissante. D'autres recherches pourraient être faites sur la possibilité d'offrir des démarches formatives sur les mesures ou pratiques efficaces d'intervention ergonomique dans des milieux de travail où on retrouve un nombre important de jeunes travailleuses.
- 56 Les changements dans les habitudes de travail, l'utilisation des équipements de protection, la réorganisation des tâches ou la mise à contribution des collègues de travail impliquent à la fois des connaissances théoriques et pratiques. Une ressource en prévention dédiée à l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte peut mettre à profit les expériences positives sur le terrain. Nos résultats montrent que ces expériences sont d'ailleurs souvent institutionnalisées à l'intérieur de l'équipe de travail et durent dans le temps.
- 57 Les témoignages recueillis auprès des gestionnaires responsables de la santé et de la sécurité au travail révèlent peu de démarches formatives à cet égard. Les gestionnaires

nous disent devoir conjuguer leurs obligations avec des facteurs qui complexifient la recherche de solutions telles les conditions personnelles de la travailleuse, la difficulté de limiter les contacts avec les patients qui sont la raison d'être du travail infirmier, etc. Des ressources en ergonomie, en hygiène du travail, en organisation du travail sont consultées lorsqu'elles existent dans les plus gros centres hospitaliers pour des cas spécifiques, mais elles pourraient être davantage sollicitées, en amont du traitement des cas particuliers, pour le réaménagement des tâches ou des postes de travail. Ces expériences pourraient également être mises à profit pour l'ensemble des établissements et ainsi consolider les bonnes pratiques d'affectation.

- 58 Même si le cas présenté s'avère prometteur, sa pérennité n'est pas assurée. Bien que l'investissement et l'engagement de la part de la haute direction en prévention soit louable, il semble, pour l'instant, que le succès de cette démarche dépende en grande partie de la proactivité de la personne-ressource en poste. D'autres contraintes peuvent limiter l'exploitation de ce modèle novateur dans le temps. On n'a qu'à penser à des modifications possibles dans les critères des experts médicaux rendant la gestion de la conciliation travail-grossesse plus ardue, aux changements fréquents de direction dans les centres hospitaliers et au recours à la gestion par les coûts en contexte économique difficile. Tous ces facteurs peuvent conduire à délaisser un modèle même s'il s'avère efficace sur le plan de la santé et sécurité au travail et de la performance organisationnelle. Dixon, Théberge et Cole (2009) soulignent à cet égard que même lorsque la haute direction d'une entreprise s'engage dans une approche novatrice de la gestion des risques sur la santé au travail, les intérêts productifs peuvent contrecarrer les objectifs recherchés en la matière. Grosjean et Neboit (2000) rappellent que l'ergonomie, lorsqu'elle est utilisée, apparaît habituellement dans sa forme la plus conservatrice (ergonome « pompier ») et non dans sa forme plus globalisante sur le plan stratégique, c'est-à-dire en visant la prévention sur le plan de la santé, mais également la performance organisationnelle tant individuelle que collective. L'adoption d'une gestion réactive visant avant tout la conformité à la loi combinée aux coûts générés par les problèmes de santé et sécurité au travail peut entraîner l'idée chez le ou la gestionnaire que l'intervention ergonomique est une source de coûts supplémentaires plutôt qu'un investissement rentable à long terme au regard de l'amélioration de la santé et la sécurité au travail, et en définitive, de la performance organisationnelle.
- 59 D'autres aspects sont à prendre en considération dans les recherches futures et peuvent fournir des réponses aux limites du modèle sur le plan de la participation et de la non-participation des acteurs tels le syndicat ou le comité de santé et de sécurité au travail.

BIBLIOGRAPHIE

Baril-Gingras, G., Bellemare, M., Brun, J.-P. (2004). Intervention externe en santé et en sécurité du travail, Un modèle pour comprendre la production de transformations à partir de l'analyse d'interventions d'associations sectorielles paritaires. Montréal : IRSST, Rapport de recherche, R-367, 267 p.

- Burke W.W., Litwin, G.H. (1992). A causal model of organizational performance and change. *Journal of Management*, vol. 18, n° 3, p. 523-545.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. (2012). Pour une maternité sans danger. Statistiques 2007-2010. Québec : Bibliothèque nationale du Québec, 52 p.
- Confédération des syndicats nationaux (2009). Examen des normes du travail du Code canadien du travail, Montréal, CSN, 13 p.
- Croteau, A., Marcoux, S., Brisson, C. (2007). Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of preterm delivery. *American journal of epidemiology*, juillet, 166 (8), p. 951-65.
- Croteau A, Marcoux S., Brisson C. (2006). Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant. *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 2, 1-10.
- 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, n° 1, p. 50-74.
- Falzon, P., Mas, L. (2007). Les objectifs de l'ergonomie et les objectifs des ergonomes. In *Ergonomie des produits et des services*, eds M. Zouinar, G. Valléry, M.C. Le Port, p. 729-738. Octares édition, Toulouse.
- Grosjean, J.C., Neboit, M. (2000). Ergonomie et prévention en conception des situations de travail. *Cahiers de notes documentaires, hygiène et sécurité du travail, INRS*, N 179, 2^e trimestre, p. 31-48.
- Laplante, N. (2002). La gestion de la santé et de la sécurité du travail dans un contexte de changement organisationnel. In *Santé, sécurité et transformations du travail*, eds D. Harrisson, C. Legendre, Presses de l'Université du Québec, Québec, p. 177-199.
- Malenfant, R., Gravel, A.R., Laplante, N., Plante, R. (2011). Grossesse et travail : au-delà des facteurs de risques pour la santé, *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMEST)*, vol. 6, n° 1, p. 50-72.
- Malenfant, R., Gravel, A.R., Laplante, N., Jetté, M. et coll. (2009). La conciliation travail-grossesse : la transition vers le maintien au travail dans la gestion du risque pour la santé. Document de recherche, Département de relations industrielles, CEREST, CRISES, 2009-03, Gatineau, 84 p.
- Malenfant R. (1996). Travail et grossesse. Peut-on laisser la maternité en dehors de l'entreprise ? Thèse de doctorat, Éditions Liber, Montréal, 149 p.
- McDonald A.D. (1994). The "retrait preventif": an evaluation. *Can J Pub Health*, n° 85, p. 136-139.
- Messing, K., Lippel, K., Stock, S. et F. Tissot (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)*, vol. 6, n° 2, p. 3-25.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahier de recherche sociologique*, n° 23, p. 147-181.
- Statistique Canada, Enquête sur la population active, compilation effectuée par l'ISQ (2012). Taux d'activité des femmes selon certains groupes d'âge, moyennes annuelles, Québec, Ontario, Canada, 1976 à 2011, site Web.
- Statistique Canada, Enquête sur la population active, compilation effectuée par l'ISQ (2010). Taux d'activité des femmes, personne de référence ou conjointe, de 25 à 54 ans selon la présence d'enfants et l'âge du plus jeune enfant, Québec, Ontario et Canada, 1976-2009, site Web.

Thiétart, R.A. (2003). Méthodes de recherche en management, Paris, Dunod.

NOTES

1. Pour le Québec, ce taux a pratiquement doublé passant de 48,4 % en 1976 à 84,8 % en 2011 (Institut de la statistique du Québec, 2012). 76,8 % des Québécoises âgées entre 25 et 54 ans ayant des enfants de moins de 3 ans occupaient un emploi en 2009 (Institut de la statistique du Québec, 2010). Nombre de ces femmes vivront ou revivront une grossesse en milieu de travail.

RÉSUMÉS

Le problème de pénurie de main-d'œuvre dans les centres hospitaliers québécois exige de repenser l'organisation du travail dans le respect du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte. Le recours au droit de retrait préventif offre l'occasion de questionner et de transformer, avec la participation de chacune des parties concernées, les façons de faire qui n'offrent pas une efficacité suffisante sur le plan de la santé et sécurité, de la gestion du personnel et de la production. Un nouveau modèle émerge en ce sens. À partir des résultats d'une recherche effectuée dans le secteur hospitalier de trois régions du Québec, l'article fait ressortir comment l'ajout d'une ressource en prévention, dédiée à l'application du droit de retrait préventif et de son intégration dans un plan d'intervention global en santé au travail, permet d'agir efficacement sur les contraintes ergonomiques et organisationnelles et favorise le maintien en emploi durant la grossesse avec une approche constructive et bénéfique pour les travailleuses et pour l'employeur.

The workforce shortage problem in Quebec's hospitals requires that the re-assignment rights of pregnant workers be respected when reconsidering work organization. The right to re-assignment provides an opportunity to question and improve – with the participation of the involved parties – the efficiency of approaches and methods regarding health and safety, production, and staff management. A new model is emerging as a result. Beginning with results from research carried out in hospitals from three Quebec regions, this paper shows how adding a prevention agent who is in charge of applying re-assignment rights makes it possible to effectively influence ergonomic and organizational constraints and to keep women working during pregnancy with a constructive approach that is beneficial for both workers and employers.

La escasez de mano de obra en los centros hospitalarios de Quebec obliga a reconsiderar la organización del trabajo en el respeto al derecho al retiro preventivo de las trabajadoras embarazadas. El derecho al retiro preventivo ofrece la oportunidad de cuestionar y de transformar con la participación de las partes implicadas, las maneras de hacer que no ofrecen suficiente eficacia en términos de salud, seguridad y gestión de la producción y del personal. Un nuevo modelo emerge en este sentido. A partir de los resultados de una investigación llevada a cabo en el sector hospitalario en tres regiones de Quebec, este artículo muestra como la incorporación de un nuevo recurso en prevención dedicado a la aplicación del derecho al retiro

preventivo y a su integración a un plan de intervención global en salud en el trabajo, permite actuar eficazmente sobre las exigencias ergonómicas y organizacionales y favorecer la posibilidad de mantener la trabajadora en empleo durante el embarazo con un enfoque constructivo y benéfico tanto para las trabajadoras como para el empleador.

INDEX

Palabras claves : mujeres, trabajo, embarazo, gestión de riesgos laborales, estrategias organizacionales

Mots-clés : femmes, travail, grossesse, gestion des risques au travail, stratégies organisationnelles

Keywords : women, work, pregnancy, work risk management, organizational strategies

AUTEURS

ANNE-RENÉE GRAVEL

Professeure substitut en santé et sécurité au travail École des sciences de l'administration TÉLUQ
| Université du Québec Bureau SU-2625 100, rue Sherbrooke Ouest Montréal (Québec) Canada H2X
3P2 anne-renee.gravel@teluq.ca

ROMAINE MALENFANT

Département de relations industrielles, Université du Québec en Outaouais, Pavillon Alexandre
Taché, bureau C-3817, C.P. 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec) J8X 3X7
romaine.malenfant@uqo.ca