

Le retrait préventif de la travailleuse enceinte des recommandations à jour ?

Robert Plante

Indépendamment de la nature des tâches, quelle devrait être la durée maximale d'une journée de travail pendant la grossesse ?

Quand la durée quotidienne de la posture debout devient-elle excessive pour une travailleuse enceinte ?

Comment ces recommandations sont-elles formulées ? Sont-elles uniformes dans toutes les régions du Québec ?

DEPUIS 1980, AU QUÉBEC, « une travailleuse enceinte qui fournit à l'employeur un certificat attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, peut demander à être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir.¹ »

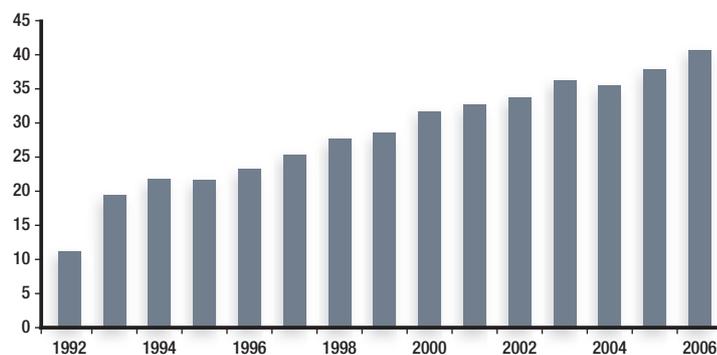
« Le certificat... peut être délivré par le médecin responsable des services de santé de l'établissement où exerce la travailleuse ou par un autre. Dans ce dernier cas, le médecin doit consulter, au préalable, le médecin responsable ou, à défaut, le directeur de santé publique de la région où se trouve l'établissement ou le médecin que ce dernier désigne*². (art. 33) »

En 2006, on comptait au Québec 762 000 travailleuses de 20 à 39 ans³, dont 60 727 ont accouché (soit 81,8 % des 69 008 parturientes de ce groupe d'âge – Institut de la statistique du Québec, données non publiées). Sur les 29 791 demandes de retrait préventif acceptées par la CSST cette année-là, 28 671 prove-

Le Dr Robert Plante, omnipraticien, exerce à la Direction de santé publique de l'Outaouais à titre de médecin-conseil en santé au travail. Il est titulaire d'une maîtrise en santé communautaire.

Figure

Réaffectations : évolution 1992-2008



Source : Inspiré de *Pour une maternité sans danger*. Rapports statistiques 1992–2008. CSST, Équipe des productions statistiques.

naient de travailleuses de 20 à 39 ans, soit 47,2 % des travailleuses enceintes de ce groupe d'âge.

Comment les employeurs répondent-ils à ces demandes ? Comme le montre la *figure*, de plus en plus de travailleuses sont réaffectées au fil des ans, c'est-à-dire que l'employeur réussit à aménager les tâches de façon à éliminer le danger ou à confier d'autres tâches à ces femmes. En 2006, 41 % d'entre elles ont, en effet, été réaffectées : 16 % l'ont été jusqu'à l'accouchement et 25 % ont été retirées avant la fin de leur grossesse. Par ailleurs, 57,2 % ont été retirées dès la demande ; l'information détaillée manque pour 1,8 % des dossiers (CSST – rapport annuel 2008⁴).

* Ce dernier sera nommé médecin désigné dans le reste du texte.

Rôles du médecin traitant

Comme la CSST et le gouvernement du Québec tardent depuis plus de 28 ans à appliquer la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, 85 % des travailleuses du Québec ne bénéficient d'aucun des dispositifs formels de prévention prévus par cette loi. Ces dernières n'ont donc pas accès aux services de santé du réseau public, y compris le médecin qui devrait être responsable auprès de l'établissement et des travailleuses. La Loi prévoit pourtant qu'un médecin de santé publique doit être affecté à chaque milieu de travail. Connaissant bien les conditions de travail, ce dernier collabore avec les comités paritaires de santé et de sécurité prévus par la Loi et, s'il était présent dans les entreprises d'où provient le retrait préventif, il serait en mesure de suggérer des améliorations aux conditions de travail. En raison du retard du gouvernement à appliquer sa propre loi, le rôle central dans l'application du droit de retrait préventif a été délesté au médecin traitant qui autrement, comme le précise l'article 33 cité plus haut, jouerait un rôle plutôt complémentaire. En lui confiant ainsi la responsabilité de délivrer le certificat, la CSST attribue du même coup au médecin traitant le pouvoir et le devoir de statuer quant au danger que représentent les conditions de travail de la patiente pendant la grossesse, sous réserve qu'il ait consulté le directeur de santé publique ou le médecin désigné par ce dernier. Cette question a été plus longuement traitée dans un article publié dans cette revue en 2004⁵.

Donc, en bref, le médecin traitant interroge sa cliente sur son travail. S'il soupçonne la présence possible de dangers, il demande une consultation au médecin désigné, qui est rattaché à un CLSC ou à la direction de santé publique (communication par télécopie). Il complète le certificat lorsqu'il a reçu du médecin désigné le rapport et les recommandations qu'il adaptera au besoin. Il remet à sa cliente les copies destinées à la travailleuse et à l'employeur. Il en achemine une à la CSST pour sa rémunération et une autre à la direction de santé publique. Enfin, il en conserve une dans son dossier.

Rôle du médecin désigné

Chaque médecin désigné est responsable de son opinion et de ses recommandations. Cependant, pour que ces dernières soient conformes à l'état actuel des connaissances et concordent le plus possible d'une région à l'autre, le réseau de la santé publique a créé un comité d'harmonisation, formé d'un médecin désigné provenant de chaque région, qui élabore des guides de pratique professionnelle à partir de synthèses des connaissances produites par des

professionnels de l'Institut national de santé publique (INSPQ) formant le Groupe de référence grossesse-travail (GRGT). Vous pouvez consulter ces guides de pratique sur le portail Internet du réseau public en santé au travail tandis que les analyses du GRGT sont disponibles sur le site de l'INSPQ.

Les études scientifiques n'apportent cependant pas toutes les réponses, et plusieurs questions pratiques et spécifiques sont difficiles à étudier. Pour aider les divers groupes de travail du réseau québécois de santé publique, l'INSPQ a mis au point un cadre de référence pour la gestion du risque en santé publique⁶ qui comprend une description du processus de gestion des risques ainsi que les principes directeurs encadrant la conduite dans cette démarche, notamment la primauté de la santé, la rigueur scientifique, la prudence, l'équité et la transparence.

Ces recommandations peuvent être amenées à changer au fil du temps, en fonction du développement de nouvelles connaissances, comme ce fut le cas récemment pour les guides sur l'horaire de travail et la posture debout.

Quelles sont les recommandations 2008 ?

Voici un résumé des recommandations. Le lecteur est invité à les consulter en entier sur le site Internet du réseau de santé au travail québécois⁷. Les synthèses et analyses des connaissances sont quant à elles disponibles sur le site de l'INSPQ⁸.

Horaire de travail

Dès le début de la grossesse, limiter la semaine de travail à 40 heures et éliminer le travail de nuit (entre minuit et 6 h) ainsi que les horaires irréguliers, notamment le travail par poste. Une période de repas d'au moins 30 minutes est recommandée tandis que la décision concernant le nombre de jours de travail consécutifs est laissée au jugement clinique. Au début de la 25^e semaine, abaisser cette limite à 35 heures et éliminer tout travail de soir (au moins entre 21 h et minuit).

Posture debout

Dès le début de la grossesse, la durée du travail en posture debout doit être limitée à cinq ou six heures. À compter de la 21^e semaine (certains préfèrent la 24^e), abaisser cette durée à quatre heures.

LES CONDITIONS QUI RENDENT le travail pénible ont des répercussions sur la grossesse, la littérature étant de plus en plus consensuelle sur ce sujet. Bien sûr, toutes les recommandations formulées à partir de données provenant de la population doivent être adaptées en tout temps

aux diverses travailleuses, et le jugement du médecin traitant doit occuper une place de première importance compte tenu du mode de fonctionnement actuel. Une collaboration efficace entre les médecins traitants et les médecins désignés pourrait permettre de prévenir, chaque année au Québec, 655 cas d'insuffisance de poids pour l'âge gestationnel, 758 accouchements avant terme⁹ ainsi que 340 avortements ou naissances de bébés morts-nés¹⁰ causés par des contraintes posturales ou liés à l'organisation du travail, ce qui est loin d'être négligeable. 📡

Bibliographie

1. Québec. *Loi sur la santé et la sécurité du travail*. LRQ, chapitre S-2.1, art. 40. Québec : Éditeur officiel du Québec ; 2009.
2. Québec. *Loi sur la santé et la sécurité du travail*. LRQ, chapitre S-2.1, art. 33. Québec : Éditeur officiel du Québec ; 2009.
3. Institut de la statistique. *Nombre d'emplois et répartition selon le sexe et le groupe d'âge, moyennes annuelles, Québec, 2000 à 2007*. Site Internet : www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/march_travl_remnr/parnt_etudn_march_travl/pop_active/tab8_2000-2007.htm (Date de consultation : le 19 décembre 2008).
4. CSST. *Pour une maternité sans danger. Statistiques 2003-2006*. Site Internet : www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/E73687E4-DC4F-42A8-9050-43A535DA0834/4143/DC_300_254_2.pdf (Date de consultation : le 19 décembre 2008).
5. Plante R. Le retrait préventif de la travailleuse enceinte : le point. *Le Médecin du Québec* 2004 ; 39 (11) : 71-7.
6. Institut national de santé publique du Québec. *Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique*. Québec : L'Institut ; 2003. Site Internet : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/163_CadreReferenceGestionRisques.pdf (Date de consultation : le 19 décembre 2008).
7. Portail de réseau public québécois en santé au travail. Site Internet : www.santeautravail.net/Afficher.aspx?unite=002012011&langue=fr (Date de consultation : le 19 décembre 2008).
8. Institut national de santé publique du Québec. *L'horaire de travail et ses effets sur le résultat de la grossesse. Méta-analyse et métarégession*. Québec : L'Institut ; 2007. Site Internet : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/677-HoraireTravailGrossesse.pdf (Date de consultation : le 19 décembre 2008).
9. Croteau A. *Effet des agresseurs ergonomiques et de leur élimination durant la grossesse sur les risques d'accouchement avant terme et d'insuffisance de poids pour l'âge gestationnel* [Thèse de doctorat]. Québec : Université Laval ; 2002.
10. McDonald AD. The "retrait préventif": an evaluation. *Revue canadienne de santé publique* 1994 ; 85 (2) : 136-9.