

## L'harmonisation équitable du programme Pour une maternité sans danger utopie ou non ?

*Stéphane Caron*

**D**EPUIS QUELQUES ANNÉES, une vague de guides et de lignes directrices, tous soutenus par des preuves scientifiques, déferle sur le monde médical. Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite ne fait pas exception et a fait l'objet de guides de pratique. Depuis plus de dix ans, les efforts d'harmonisation dans le cadre du programme *Pour une maternité sans danger* (PMSD) ont souvent été ardues. Nous tenterons de cerner les embûches rencontrées et les pistes de solution empruntées jusqu'à maintenant.

### **Le programme Pour une maternité sans danger**

Il y a plus de 25 ans, la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) jetait les bases du programme PMSD. Les articles 40 et 46 permettent à une travailleuse qui fournit un certificat attestant la présence à son travail de dangers physiques pour son enfant à naître ou allaité ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, d'être affectée à des tâches ne comportant pas ces dangers<sup>1</sup>. L'article 33 oblige le médecin traitant, qui émet le certificat, à consulter un médecin désigné par le directeur de santé publique<sup>1</sup>.

Malheureusement, la Loi et le programme n'établissent pas clairement le rôle des autres intervenants (CSST, santé publique et employeurs) ni les balises ou les critères d'application de cette mesure. Les médecins se retrouvent donc seuls à décider des déterminants qui permettront d'appliquer ou non le retrait. Cette situa-

tion et la faiblesse des connaissances scientifiques ouvrent la porte au jugement professionnel des médecins et aux inévitables divergences d'opinions.

### **Les divergences dans les recommandations**

Les médecins traitants ont peut-être déjà constaté les divergences existant dans les recommandations provenant de régions ou de médecins désignés différents. Mentionnons, par exemple, les dossiers du parvovirus B19 ou de la posture debout. Ces différences d'opinions pourraient entraîner des iniquités envers les travailleuses et les employeurs. Les raisons de ces différences sont multiples. Outre les facteurs déjà mentionnés, nous pouvons ajouter les divergences d'interprétation de la Loi et du concept de danger et de l'hétérogénéité des connaissances des médecins désignés. Diverses écoles de pensée se sont notamment affrontées : risque zéro par rapport à risque acceptable, prise en compte des répercussions socio-économiques par rapport à celles qui touchent uniquement la santé.

### **Le Groupe de référence grossesse-travail**

Pour répondre au besoin d'uniformisation des connaissances, dans un souci de qualité et de rigueur scientifique, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a créé le Groupe de référence grossesse-travail (GRGT) dont le mandat est de réaliser des revues critiques de la littérature sur des sujets se rapportant au programme PMSD. Cependant, la collecte plus exhaustive et rigoureuse des données n'a pu compenser le manque d'études et les lacunes dans les données probantes. Dans ce contexte d'incertitude scientifique, la revue de littérature seule ne permet pas d'obtenir un consensus dans les recommandations.

---

*Le Dr Stéphane Caron est médecin désigné à la Direction de santé publique de la Côte-Nord et président du Comité médical provincial d'harmonisation – Pour une maternité sans danger (CMPH-PMSD).*

## Les comités d'harmonisation

Le Comité médical provincial d'harmonisation – Pour une maternité sans danger (CMPH-PMDS), créé en 2002 par les directeurs de santé publique et auparavant le sous-comité du Comité médical provincial en santé au travail du Québec (CMPSTQ), peut être considéré comme un comité d'experts dont le mandat est d'établir, au terme d'une démarche consensuelle, des recommandations permettant l'harmonisation des pratiques médicales en ce qui concerne le retrait de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Comme les connaissances ne suffisent pas pour obtenir un consensus, les convictions, les perceptions, les valeurs et les principes (prudence, équité, primauté de la santé) entrent en jeu.

## Les pistes de solution

D'abord, le CMPH-PMDS s'est doté d'un document où l'on précise sa mission, ses valeurs et ses limites<sup>2</sup>. Ensuite, le comité a adopté le « Cadre de référence en gestion du risque pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique » de l'INSPQ.

Il a été décidé que le rôle du comité, dans le modèle de gestion du risque proposé par le cadre de référence, se limiterait à l'étape d'évaluation des dangers<sup>3</sup>. Il n'y a donc pas d'implication dans l'évaluation des coûts par rapport aux avantages ni dans l'évaluation des répercussions socio-économiques du programme. En ce qui concerne les recommandations, une seule s'impose une fois le danger déterminé, soit l'élimination de ce dernier, puisque la Loi l'exige.

Les membres ont aussi adhéré aux sept principes directeurs du cadre de référence pour orienter leurs réflexions et leurs décisions<sup>3</sup>. Mentionnons, en particulier, le principe de transparence auquel le comité s'engage en expliquant clairement les motifs ayant influencé sa position lorsque des éléments autres que les données scientifiques entrent en ligne de compte.

Ces actions n'étant que les premiers pas d'une démarche pour faciliter l'obtention d'un consensus, elles ont tout de même permis de dénouer l'impasse dans le dossier de la posture debout.

## L'équité et l'harmonisation à tout prix ?

Doit-on, au nom de l'équité, toujours et à tout prix obtenir un consensus sur l'évaluation du danger ? Il est probable que non. Dans certains dossiers où les données probantes sont pratiquement inexistantes ou contradictoires et que la perception du danger ne fait pas l'unanimité, il est possible

que, même en recourant aux principes de primauté de la santé, de prudence et d'équité, l'adoption d'une recommandation consensuelle ne soit pas réalisable.

Équité ne signifiant pas égalité, le comité a adopté cet extrait du cadre de référence de l'INSPQ : « L'application de ce principe (équité) exige que l'on tende vers une plus grande harmonisation provinciale et une réduction des disparités régionales et interdisciplinaires des pratiques de gestion du risque<sup>3</sup> ».

De plus, le CMPH-PMDS ne peut imposer ses vues aux médecins désignés et aux médecins traitants. Par ailleurs, dans le contexte d'incertitude scientifique, l'autonomie professionnelle et le jugement clinique individuel éclairé doivent conserver leur place.

Compte tenu de ces éléments, le Comité ne peut être tenu totalement responsable des résultats d'harmonisation.

## L'avenir

L'harmonisation, vue comme un effort de réduction des disparités dans un souci d'équité pour les travailleuses, est fort probablement réalisable. Les guides de pratique, malgré leurs lacunes, demeurent des outils de choix pour parvenir à ce but. Cependant, l'harmonisation ne repose pas que sur les guides, et l'avenir du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite ne repose pas que sur l'harmonisation. Pour assurer un meilleur fonctionnement du programme, tous les groupes concernés devront participer : les travailleuses, les syndicats et les employeurs comme gestionnaires du risque ; la CSST comme gestionnaire et évaluateur du programme ; les médecins désignés, le CMPH-PMDS et les médecins traitants comme évaluateurs du danger ; les directeurs de santé publique, les départements cliniques et le Collège des médecins du Québec comme promoteurs de l'harmonisation. Idéalement, des tribunes permettant des échanges et la collaboration entre ces partenaires devraient être créées. ☞

**Date de réception :** 9 décembre 2005

**Date d'acceptation :** 21 décembre 2005

## Bibliographie

1. Assemblée nationale du Québec. Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., c. S-2.1), mise à jour 2003. L'Assemblée.
2. Comité médical provincial d'harmonisation – *Pour une maternité sans danger, Mission, mandat et fonctionnement*, 2005.
3. Ricard S. Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique. INSPQ ; 2003. Disponible sur le site Internet : [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/163\\_CadreReferenceGestionRisques.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/163_CadreReferenceGestionRisques.pdf)