

**Mémoire sur le projet de loi 59, retrait préventif de la
travailleuse enceinte ou qui allaite**

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

**Maria De Koninck, Ph. D. en sociologie, professeure émérite et
associée, Département de médecine sociale et préventive,
Université Laval**

**Romaine Malenfant, Ph. D. en sociologie, professeure retraitée,
Santé et sécurité au travail, Département de Relations
industrielles de l'UQO**

12 Janvier 2021

Synthèse des orientations et principes qui sous-tendent les propositions

- La consolidation d'une approche de la santé au travail orientée vers l'environnement de travail et l'analyse des situations de risque, en associant acteurs du milieu de travail et intervenants multidisciplinaires du réseau de santé publique en santé au travail.
- L'adoption d'une approche favorisant l'adaptation aux particularités des situations et des milieux plutôt que celle de la standardisation et de la centralisation dans la dispensation des services de santé au travail dans les milieux de travail et dans l'utilisation des connaissances développées sur les conditions et dangers associés à des situations de travail.
- L'intégration explicite dans le programme de prévention de l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.
- L'élaboration et le suivi d'un plan d'affection des travailleuses enceintes ou qui allaitent inclus dans les fonctions du représentant à la prévention et du comité de santé et de sécurité.
- Le maintien de la travailleuse enceinte ou qui allaite en tant qu'initiatrice de sa demande de retrait préventif et maintien de la consultation obligatoire par la ou le professionnel, qui effectue le suivi de grossesse, auprès du médecin chargé de la santé au travail, avant la signature du certificat.
- Le développement, la mise à jour systématique et la diffusion d'un corpus de connaissances sur les dangers que représentent certaines conditions et situations de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent et sur l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

Préambule

Les femmes sont maintenant majoritairement sur le marché de travail. Elles y sont tout au long de leur vie, incluant les périodes au cours desquelles elles vivent des grossesses ou allaitent. Elles y sont pour de bon. Il s'agit là du résultat d'une évolution sociale qui s'est accélérée à partir des années 70 et leur apport est essentiel à l'économie du Québec. Pour reconnaître cette réalité, il conviendrait d'adapter le libellé des lois en santé et sécurité du travail pour y faire référence aux travailleurs et travailleuses.

Pendant les périodes de grossesse et d'allaitement, les travailleuses doivent pouvoir rester au travail, autant que possible, sans mettre en cause leur santé, leur sécurité, ni celles des enfants à naître ou qu'elles allaitent. Les droits acquis en cette matière doivent être respectés, quels que soient leurs milieux de travail. Le projet de loi 59 nous offre une occasion de poursuivre ce qui a été amorcé en 1979 à la lumière de ce que son application nous a appris au cours des dernières années.

La Loi sur la santé et la sécurité du travail, adoptée en 1979, a été un tournant majeur, rompant en quelque sorte avec le passé pour se tourner vers un avenir plus équitable et respectueux des travailleurs et des travailleuses. De grands principes soutenaient les changements proposés, dont le paritarisme et la participation des travailleurs et des travailleuses aux mécanismes de prise en charge. Mais, surtout, c'est l'objectif, proposé à l'époque, de donner une priorité à la prévention et plus spécifiquement à l'élimination des dangers à la source, qui a orienté les choix d'intervention dans la LSST¹. Des équipes de santé au travail rattachées au réseau de santé publique et des mécanismes de prévention intégrés au fonctionnement des milieux de travail voulaient marquer ce changement vers la prévention.

Le projet de loi 59 veut maintenir, voire renforcer de façon significative les mécanismes de prévention. Cette volonté est accueillie très favorablement. Mais elle ne se concrétisera que si certaines conditions sont respectées notamment une approche populationnelle, c'est-à-dire une approche orientée sur l'environnement de travail et l'analyse des situations de risque, en associant acteurs du milieu de travail et intervenants du réseau de santé publique.

Pour réaliser le changement réel, vœu exprimé par le ministre lors de sa présentation du projet de loi, il faut, en matière de gestion, privilégier le travail collectif, reconnaître la particularité des différents milieux de travail, miser sur la compétence des acteurs et soutenir les interventions de proximité en santé et sécurité dans les milieux de travail.

¹ Gouvernement du Québec, 1978, Santé et sécurité au travail. Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs, Québec, Éditeur officiel du Québec.

Ces conditions sont nécessaires à la poursuite de la transformation des milieux de travail pour les rendre plus sécuritaires et plus sains.

Quant aux travailleuses, qui représentent une partie indispensable de la main-d'œuvre et de l'activité économique québécoise, elles doivent pouvoir apporter leur contribution sans exposer leur santé, ni celle de l'enfant à naître lorsqu'elles sont enceintes, ni celle de l'enfant lorsqu'elles allaitent. Il faut appuyer les efforts collectifs pour que cet objectif soit bien intégré dans tous les milieux de travail particulièrement sous l'angle de la planification et de la prévention.

Constats et propositions sur le projet de loi 59

1^{er} constat : Le projet de loi maintient le retrait préventif de la travailleuse ou qui allaite dans la Loi sur la santé et sécurité du travail. Ce maintien du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite dans la LSST est essentiel. Ce droit est en effet un corollaire de l'accès des femmes au travail. Il doit faire partie intégrante du régime de santé et sécurité du travail puisque les mécanismes de prévention et de protection des travailleuses enceintes ou qui allaitent relèvent nécessairement des milieux de travail.

La responsabilisation des employeurs eu égard à l'affectation doit être actualisée. Des moyens doivent leur être fournis pour y parvenir efficacement et un suivi régulier prévu. Un certain nombre de préjugés sur le recours croissant des travailleuses enceintes au retrait préventif et la pertinence des motifs invoqués persistent. Ces préjugés doivent faire place à une recherche efficiente de pistes de solution si des abus sont identifiés et par des actions concrètes guidées par une volonté réelle des employeurs d'atteindre les objectifs de la Loi. Comprendre la dynamique qui se joue entre les différents acteurs est porteuse de succès.

La contribution des représentants en santé et sécurité et des membres de comités de santé et de sécurité au fait des conditions pouvant affecter la santé des travailleuses enceintes et de leur enfant à naître ou des travailleuses qui allaitent, enrichira l'élaboration et la révision de plans d'affectation adéquats. Cette responsabilité doit être clairement indiquée dans leurs fonctions.

Il est temps d'intégrer de façon structurée la planification en matière de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite dans les mécanismes de prévention. Cela est possible. Il s'agit là d'un élément clé pour favoriser l'affectation plutôt que le retrait comme mesure de protection des travailleuses concernées. C'est dans cet esprit que nous faisons des propositions pour les articles de la LSST, 49, 59, 78, 90 :

L'article 49, de la LSST, devrait se lire comme suit :

49. Le travailleur, *la travailleuse* doit :

+ Ajout d'un alinéa :

6° participer à l'identification et à l'élimination des risques pour la santé et la sécurité sur le lieu de travail pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent.

La numérotation qui suit doit être ajustée.

L'article 59, de la LSST, devrait se lire comme suit :

59. Un programme de prévention a pour objectif d'éliminer à la source même les dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs *et des travailleuses.*

+ Ajout d'un alinéa :

2° l'identification et l'analyse des risques pouvant affecter la santé des travailleuses enceintes ou qui allaitent et l'élaboration d'un plan d'affectation.

La numérotation qui suit doit être ajustée.

L'article 78, de la LSST, devrait se lire comme suit :

78. Les fonctions du comité de santé et de sécurité sont :

3° de déterminer, au sein du programme de prévention, les programmes de formation et d'information en matière de santé et de sécurité du travail, ***incluant celles des travailleuses enceintes ou qui allaitent ;***

6° de participer à l'identification et à l'analyse des risques pouvant affecter la santé et la sécurité des travailleurs de l'établissement, ***incluant celles des travailleuses enceintes ou qui allaitent,*** et à l'identification des contaminants et des matières dangereuses présents sur les lieux de travail ;

+ Ajout d'un alinéa :

7° d'élaborer un plan d'affectation des travailleuses enceintes ou qui allaitent ;

La numérotation qui suit doit être ajustée.

L'article 90, de la LSST, devrait se lire comme suit :

90. Le représentant en santé et sécurité a pour fonctions :

3° d'identifier les situations qui peuvent être source de danger pour les travailleurs **et les travailleuses, incluant les travailleuses enceintes ou qui allaitent** ;

4° de faire les recommandations qu'il juge opportunes, incluant celles concernant les risques psychosociaux liés au travail **et les risques pour la travailleuse enceinte ou qui allaite**, au comité de santé et de sécurité ou, à défaut, aux travailleurs **et travailleuses** ou à leur association accréditée et à l'employeur ;

+ **Ajout d'un alinéa :**

6° de faire le suivi du plan d'affectation des travailleuses enceintes ou qui allaitent ;

La numérotation qui suit doit être ajustée.

+ **Modifications à un autre alinéa :**

10° (auparavant alinéa 9) de participer à l'identification et à l'analyse des risques pouvant affecter la santé et la sécurité des travailleurs **et des travailleuses de l'établissement, incluant celles des travailleuses enceintes ou qui allaitent**, et à l'identification des contaminants et des matières dangereuses présents sur les lieux de travail.

2^e constat : Le projet de loi s'attarde au développement des connaissances et de « protocoles » permettant de les utiliser dans l'application du droit au retrait des travailleuses enceintes ou qui allaitent. Il prévoit une entente entre la Commission et le Directeur national de la santé publique pour l'élaboration de ces protocoles. Les propositions contenues dans le projet de loi sont toutefois peu explicites. Sans plus de précisions cette orientation fait craindre une avenue menant à la standardisation et à la centralisation. Pour éviter ces écueils, il faut convenir de conditions à mettre en place 1) pour le développement des connaissances et 2) pour leur utilisation :

1) Développement des connaissances

La nécessité de s'attaquer aux lacunes dans les connaissances et d'y remédier fait consensus. La loi revue pourrait répondre au besoin, amplement démontré depuis l'entrée en vigueur de la loi originale, d'améliorer les connaissances pour favoriser un accès équitable au retrait préventif pour toutes les travailleuses tout en considérant les conditions spécifiques dans lesquelles elles travaillent. Ces connaissances devront être

regroupées pour constituer un corpus de références qui devront être systématiquement mises à jour et rendues accessibles aux différents intervenant.es. Au-delà des connaissances issues de la littérature scientifique, les résultats validés de recherches empiriques menées dans les milieux de travail sur les réussites et les échecs que rencontre l'application du droit doivent être connus et documentés. Les guides de pratiques professionnelles devront également être pris en compte, car ils sont un jalon significatif dans l'évolution des connaissances générées par la pratique des médecins en santé au travail, tout comme celles générées par les équipes multidisciplinaires d'intervention en milieu de travail.

Le projet de loi prévoit que les travaux menés par le Directeur national de la santé publique doivent répondre aux besoins de la Commission. Qui définira ces besoins ? Est-ce que les intervenant.es en santé au travail dans les différents milieux seront sollicités par la Commission pour les définir ? D'autres ressources multidisciplinaires (représentant.es, chercheur.es, médecins, ergonomes, hygiénistes...) seront-elles appelées à participer à la définition de ces besoins ? En pratique, ces besoins devraient plutôt être définis à la suite d'un exercice multidisciplinaire avec la collaboration de la Commission et transmis au Directeur national de la santé publique pour la préparation et l'adaptation des protocoles.

Quelles assurances pouvons-nous avoir que : a) des études sur l'exercice du droit et des évaluations vérifiant qu'il est respecté, dans des conditions efficaces et efficientes, seront réalisées et b) qu'il y a équité entre les travailleuses, quel que soit leur secteur d'emploi ? Le suivi à prévoir ne se limite pas aux connaissances devant servir à la prise de décisions, mais aussi à l'ensemble des mécanismes mis en place pour l'exercice du droit au retrait préventif.

2) L'utilisation des connaissances développées

Les changements proposés dans le projet de loi ont un objectif d'harmonisation dans l'application du retrait préventif. Or, pour améliorer concrètement la situation et s'assurer de l'équité entre les travailleuses à la grandeur du Québec, la vigilance est de mise. Il s'agit d'éviter de provoquer les effets pervers que sont la standardisation et la centralisation de plus en plus reconnues comme improductives dans le domaine des services de santé.

Le constat fait par le ministre pour expliquer les changements proposés est le suivant. Il considère qu'il faut « encadrer l'identification des dangers pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent (...) par l'élaboration de protocoles provinciaux. » De plus, il estime que : « Cet encadrement va permettre d'uniformiser le traitement des demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Plutôt que laisser ça à des

départements régionaux, on va avoir une façon d'encadrer l'émission des certificats visant le retrait préventif. »²

Il est loin d'être démontré que le manque d'harmonisation, qui a pu être observé dans l'application du retrait, soit attribuable à la régionalisation des décisions, comme l'affirme le ministre. Pour harmoniser les pratiques, il faut plutôt soutenir les milieux régionaux pour leur permettre de mieux partager les connaissances, de participer aux mises à jour de celles-ci ainsi que de faire l'évaluation de l'application des mesures.

Une approche visant à simplifier les procédures peut sembler souhaitable, mais elle peut aussi générer des effets pervers et des iniquités. Il s'agit là d'une leçon durement apprise au cours des dernières années, alors qu'on a voulu, dans le système de santé et services sociaux, pour des raisons budgétaires, « standardiser » des procédures qui ne peuvent l'être que si les conditions sont en tout point semblables, ce qui n'est pas le cas dans les milieux de travail, même ceux qui appartiennent à de mêmes secteurs d'activités. Une approche « provinciale » dans le cas du retrait préventif risque notamment de nuire aux affectations. L'affectation s'effectue dans un milieu de travail donné en fonction d'une analyse et d'une solution propres à ce milieu.

Plus spécifiquement, les modifications proposées par le projet de loi 59 (article 142) à l'article 48.1 de la LSSST soulèvent également les questions et les préoccupations suivantes :

a) Qu'entend-on par « protocoles » ? S'agit-il de directives précises ou plutôt de références permettant de prendre en compte les spécificités des situations de travail et des milieux ? L'institutionnalisation des connaissances, soit la constitution d'un corpus accessible et systématiquement mis à jour, présente des avantages puisqu'elle permettra leur consolidation et une application harmonisée. Le risque toutefois ici est que la recherche d'une certaine uniformisation entraîne des difficultés d'accès pour les travailleuses si la variété des conditions dans lesquelles elles travaillent n'est pas considérée. Il va sans dire qu'il est nécessaire que le contenu de ces protocoles permette de tenir compte des particularités des milieux et de la transformation dynamique des conditions de travail. La définition de standards est possible dans certains cas, mais on sait que très souvent, il faut introduire différentes variables pour bien évaluer les postes

² Conférence de presse de M. Jean Boulet, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Dépôt d'un projet de loi en matière de santé et de sécurité du travail, Transcription, version finale, le 27 octobre 2020 : <http://m.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-66145.html>

de travail. L'analyse d'une situation à risque doit tenir compte de l'effet synergique de différents facteurs de risque présents dans l'exercice du travail.

b) Le contenu de ces protocoles intégrera-t-il le principe de précaution ? Ce principe devrait être défini dans la loi pour éviter la multiplication des interprétations. Le principe de précaution signifie que des risques sont appréhendés sur la base de connaissances, mais ces dernières ne permettent pas d'affirmer qu'ils existent hors de tout doute. Il permet, en santé au travail, de respecter le principe de cohérence en matière de santé des populations mis de l'avant dans le *Programme national de santé publique*³. En effet, la population des femmes enceintes ou qui allaitent fait l'objet de programmes de suivi de leurs grossesses et d'allaitement. Quand elles sont en milieu de travail, elles font partie de la population des travailleuses et travailleurs. Leur santé et leur sécurité, dans ce contexte, sont l'objet des programmes de prévention et santé au travail. Lorsque les connaissances sont disponibles sur les risques qu'elles encourent, la prise de décision sur la démarche à adopter est facilitée. Dans les cas où un risque est appréhendé, le principe de précaution doit s'appliquer. La consolidation des connaissances, telle que décrite plus haut, devra permettre que les questions soulevées pour des situations peu documentées fassent l'objet de travaux facilitant le jugement des expert.es en santé au travail, réduisant l'incertitude.

c) Quelles ressources humaines et financières seront accordées pour développer et mettre à jour les connaissances utilisées dans les protocoles ? Pour que l'utilisation de protocoles soit une amélioration par rapport à la situation actuelle, il faut s'assurer que des ressources soient allouées aux équipes multidisciplinaires qui les développeront et les mettront à jour. Ces dernières évolueront nécessairement puisqu'elles sont actuellement lacunaires et que les conditions de travail elles-mêmes ne cessent d'évoluer, comme on a pu le constater au cours des récentes années et pendant la pandémie.

Pour coller aux réalités du terrain, soit des différents emplois et des différents milieux, le Directeur national de santé publique devrait être appuyé, pour l'élaboration des protocoles, par un groupe de travail permanent multidisciplinaire rattaché à l'INSPQ. Ce groupe aurait comme responsabilité de constituer le corpus de connaissances devant guider la prise de décision des intervenants sur le terrain selon une dynamique de participation de ces derniers et de collaboration. Avant d'être remis à la Commission, ces protocoles devraient faire l'objet d'un accord entre le Directeur national de santé publique et un Comité national multipartite constitué selon les principes de gestion du risque en santé publique.

³ MSSS, 2015, Programme national de santé publique, 2015-2020 : <https://www.msss.gouv.qc.ca>, section Documentation, rubrique Publications.

Notre proposition :

Le premier paragraphe de l'article 48.1, de la LSST, devrait se lire comme suit :

48.1. Le Directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) élabore les protocoles visant l'identification des dangers et les conditions de travail qui y sont associées aux fins de l'exercice des droits prévus aux articles 40, 41, 46 et 47. **Il s'assure que les connaissances sont regroupées et qu'elles font l'objet d'un suivi systématique.**

3^e constat : À l'article 33, du projet de loi, apparaît une nouvelle dénomination, celui de « médecin chargé de la santé au travail » en lieu et place de celle de « médecin responsable » (art. 61, 75 et 112 de la LSST). Qu'en est-il puisque le nouveau terme n'est pas défini ? Cette absence de définition vaut aussi pour la dénomination « intervenant en santé au travail » (art. 123 à 126 de la LSST).

Le projet de loi 59 restreint le champ d'action de ce nouvel acteur par rapport à celui de l'actuel médecin responsable. Le « médecin chargé de la santé au travail » doit, estimons-nous, continuer d'exercer certaines responsabilités pour s'assurer d'aller dans le sens souhaité par la LSST. Surtout, il faut maintenir son indépendance et l'impliquer directement dans les mécanismes comme le programme de prévention. L'esprit de la LSST ne limitait pas leurs responsabilités aux aspects cliniques de leur pratique et exploitait plutôt leurs compétences en santé populationnelle.

Rappelons qu'une des innovations de la Loi de 1979 a été de confier la responsabilité, dans les milieux de travail, à des médecins qui relèvent de la santé publique ou qui sont désignés par cette dernière, dans le but de mettre fin aux situations de conflits d'intérêts potentiels lorsqu'un médecin du travail répondait à une autorité autre que celle de la santé. Le rattachement à la santé publique, que l'on nomme aussi santé des populations comme champ d'expertise, a permis de favoriser une approche collective des risques et des dangers qui existent dans les milieux de travail, ce que privilégiait la Loi.

C'est pourquoi il faut que le « médecin chargé de la santé au travail » continue d'être impliqué et jouer un rôle proactif avec les acteurs du milieu de travail au sein des mécanismes de prévention. Réduire son rôle à celui d'un expert (art. 75 du projet de loi 59) auquel on fait référence ponctuellement ne favorisera pas la mise en commun des connaissances acquises dans les différents milieux et leur avancement.

Dans le cas du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, le rôle des médecins, en tant qu'acteurs de santé publique, est particulièrement important. Par exemple, si dans un milieu donné, il n'y a pas de représentant à la prévention possédant

l'expertise nécessaire sur les risques professionnels encourus lors d'une grossesse ou de l'allaitement, il lui serait alors possible de se référer au « médecin chargé de la santé au travail » qui a cette expertise et qui connaît bien le milieu de travail en cause pour élaborer un plan d'affectation et soutenir au besoin les travailleuses qui font une demande de retrait préventif.

Les changements concernant cet acteur et d'autres relatifs à l'exercice du droit au retrait préventif nous amènent à faire des propositions sur les articles 40 et 48 de la LSST.

Article 40 : Les modifications prévues, à l'article 138 du projet de loi 59, concernent le certificat qui serait prescrit par la Commission en remplacement du certificat déterminé par règlement. L'argument qui sous-tend ce changement est celui de l'allègement du processus. Il faut cependant s'assurer que les modifications apportées au certificat reçoivent l'accord des différents acteurs, dont la direction de la santé publique.

De plus, si ce changement induit un changement du processus en tant que tel, à savoir que la travailleuse ne serait plus l'initiatrice de la demande et responsable de son cheminement, l'esprit de la loi ne serait plus respecté. L'esprit de la loi étant de reconnaître la compétence des acteurs, il faut conserver la pratique selon laquelle la travailleuse demande elle-même un retrait en présentant le certificat prévu à cet effet à la ou au professionnel qui assure le suivi de sa grossesse.

Par ailleurs, ce certificat contiendrait-il des informations standardisées sur les risques encourus ? Si c'est le cas, on va à l'encontre de la réalité observée sur le terrain depuis l'entrée en vigueur de la loi. En effet, les risques varient en fonction de la réalité du travail et une situation de risque est constituée d'un ensemble de facteurs synergiques à l'intérieur d'un environnement donné. Les risques varient aussi en fonction des pratiques de travail propres au milieu. Il faut éviter à tout prix l'écueil de la standardisation. Nous proposons donc de **maintenir le premier paragraphe de l'article 40** et de reformuler le second paragraphe, qui posait l'exigence de procéder par règlement.

L'article 40, de la LSST, devrait se lire comme suit :

40. 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 d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir.

La forme et la teneur de ce certificat sont déterminées suite à une entente entre la Commission et le Directeur national de santé publique.

Le libellé du premier paragraphe de l'article 46, de la LSST, qui s'applique à la travailleuse qui allaite devrait être le même que celui proposé plus haut, après avoir fait les adaptations nécessaires.

Article 40.1 : Quelques changements proposés à l'article 139 du projet de loi 59, soulèvent des interrogations.

Nous considérons que les changements à apporter à la Loi devraient reposer sur des observations des pratiques qui se sont développées, au fil des ans, en fonction des réalités du terrain. Ainsi, on sait que les travailleuses présentent une demande, de façon générale, à la ou au professionnel qui assure le suivi de sa grossesse. Ce professionnel signe le certificat après avoir consulté le médecin responsable ou la ressource désignée à la direction régionale de la santé publique.

La démarche de la travailleuse mérite d'être préservée. Elle est, de cette façon, responsable, elle connaît bien ses conditions de travail et peut vérifier auprès du professionnel qui la suit pour sa grossesse si ces dernières présentent effectivement un danger. Le professionnel, de son côté, se tourne vers l'expertise en santé au travail.

Dans le même sens, la ou le professionnel qui effectue le suivi de grossesse devrait **toujours** être tenu, avant de délivrer le certificat, de consulter le « médecin chargé de la santé au travail » ou la santé publique régionale, même si le danger est identifié par un protocole. En effet, si d'une part, la ou le professionnel qui assure le suivi est bien placé pour soutenir la travailleuse dans sa démarche pour une saine grossesse ou un allaitement sécuritaire, d'autre part, son expertise en santé au travail n'est pas, de façon générale, optimale. La consultation d'un spécialiste dans le domaine doit donc être maintenue. Et, même si des protocoles existent, on ne peut présumer que les professionnels assurant le suivi des travailleuses les connaîtront et qu'ils auront toutes les informations nécessaires pour évaluer leur pertinence eu égard aux conditions de travail de ces dernières.

L'article 40.1, de la LSST, inséré en vertu de l'article 139 du projet de loi 59, devrait se lire comme suit :

40.1. Le certificat est délivré par le professionnel qui effectue le suivi de grossesse après consultation du médecin chargé de santé au travail ou du directeur de santé publique de la région dans laquelle se trouve l'établissement, ou la personne que ce dernier désigne. Le certificat peut aussi être délivré par le médecin chargé de la santé au travail.

Le second paragraphe de l'article 46, de la LSST, devrait être adapté pour la travailleuse qui allaite et référer à l'article 40.1 tel que libellé ci-dessus.

Pour tenir compte de nos propositions précédentes, l'article 42.1 doit aussi être amendé.

Article 42.1 de la LSST : le 2^e paragraphe devrait se lire comme suit :

Toutefois, la date prévue pour l'accouchement peut être modifiée lorsque la Commission est informée par **le professionnel, ou le médecin chargé de la santé au travail, qui a délivré le certificat**, au plus tard quatre semaines avant la date prévue au certificat mentionné au premier alinéa, d'une nouvelle date prévue pour l'accouchement.

4^e constat : L'extension des mécanismes de prévention à l'ensemble des établissements de 20 travailleurs et plus aura des retombées positives, particulièrement dans les milieux non syndiqués, pour l'exercice du droit au retrait préventif. Pour les milieux non-syndiqués, cette avancée ne sera réelle que si sont mis en place des modes de représentation et des conditions permettant la concrétisation des mécanismes de prévention prévus à la Loi.

Conclusion

Le projet de loi 59 contient des éléments importants pour poursuivre les transformations visées par la LSST. Le Québec peut s'enorgueillir d'avoir déjà une Loi moderne en santé et sécurité du travail. Ce qui est maintenant impératif est d'en assurer la complète mise en œuvre en respectant les principes qui ont sous-tendu son élaboration.

De grands progrès peuvent être réalisés au fil des prochaines années si l'approche retenue en est une de collaboration et de concertation. La santé publique a un rôle clé à jouer dans l'avancement des connaissances soutenant les prises de décisions, l'amélioration des conditions et le respect des droits des travailleuses. L'approche populationnelle au cœur de l'exercice de la santé publique a pour but d'assurer, non seulement la santé de toutes et tous, mais aussi l'équité. En lui donnant les instruments pour jouer son rôle d'acteur clé dans l'assainissement des milieux de travail en partenariat avec les employeurs, les travailleuses et travailleurs, on pourra concrètement entreprendre la mise à jour de la LSST.

L'intégration de l'application du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite dans le programme de prévention et dans les fonctions du représentant à la prévention et du comité de santé et sécurité favorisera le changement culturel nécessaire pour une véritable acceptation des femmes enceintes ou qui allaitent dans les milieux de travail.

L'affectation demeure, lorsque possible, l'intervention la plus pertinente pour protéger la santé des travailleuses enceintes ou qui allaitent. Elle est d'ailleurs au fondement même du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Mais, elle a été le parent pauvre de ce droit pendant longtemps. La situation s'est nettement améliorée, quoiqu'il reste encore beaucoup d'espace pour qu'elle devienne la pratique la plus fréquente. L'histoire du recours au retrait préventif par des travailleuses enceintes ou qui allaitent en est une de réaction plutôt que de planification et d'action. Les milieux ont réagi aux demandes et ont peu agi, de façon organisée, pour prévoir ces demandes, ce qui mène aux retraits du travail. Prévoir, notamment dans les programmes de prévention, quelles conditions permettraient à une femme enceinte de rester au travail favorise, à l'inverse, plus d'affectations. Nous avons ici un bel exemple de la pertinence de reconnaître la compétence des acteurs du milieu, car les acteurs locaux sont les mieux placés pour concrétiser une véritable approche de prévention, c'est-à-dire une approche inclusive pouvant assurer l'efficacité des programmes de prévention et la prise en charge par les acteurs et actrices des transformations de leur milieu de travail.

Garder la travailleuse au travail a un impact sur la pénurie de main-d'œuvre et représente une solution collective à plus long terme en faveur de la santé et de la sécurité, pour les employeurs, les travailleuses et leurs collègues de travail. L'élargissement de la couverture des milieux, prévu dans ce projet de loi, offre, une réelle opportunité d'améliorer les possibilités d'affectation. Contrairement à un « encadrement » provincial, l'engagement des travailleuses et des travailleurs dans la prévention au plus près de leur réalité de travail est une forme de reconnaissance de leurs compétences.

Il n'est pas inutile de rappeler ici que les moments extrêmement difficiles que nous avons vécus au cours des derniers mois ont confirmé, soit que les approches privilégiées dans le contexte des récentes réformes dans le domaine de la santé, notamment la centralisation et la standardisation, sous prétexte d'équilibre budgétaire, provoquent, en réalité, des effets délétères et extrêmement coûteux.

Une collaboration étroite entre médecins du travail, professionnels d'autres disciplines étant appelés à fournir de l'expertise (ergonomie, hygiène du travail, pratique infirmière en santé au travail, etc.) et milieux de travail doit devenir un fait. Ces professionnels doivent travailler en proximité avec les milieux de travail. En effet, l'échec de la centralisation comme principe organisateur des services de santé suggère fortement de concevoir l'apport des professionnels en santé au travail comme un service de proximité en interaction avec les autres acteurs des milieux⁴. Leur rattachement à la

⁴ La pandémie a mis en lumière ce qui avait déjà été dénoncé par les différents corps professionnels, plusieurs chercheuses et chercheurs, différentes organisations, à savoir que les années de dite « rationalisation » avec l'adoption de méthodes telles la méthode Lean et la centralisation des décisions avaient eu des impacts négatifs sur les services de santé et services sociaux ainsi que sur la santé de la

santé publique favorise une perspective populationnelle et l'inscription des activités de prévention dans le cadre des actions sur les déterminants de la santé, tel que préconisé par le *Programme national de santé publique*.

En ce qui a trait aux connaissances, si la construction d'un corpus sur la sécurité des conditions de travail et la santé des travailleuses enceintes ou qui allaitent est un outil essentiel, il ne doit pas servir à la standardisation, mais bien de référence pour soutenir les processus décisionnels dans les milieux de travail. Le suivi du développement de ces connaissances et les évaluations de l'application des mesures d'affectation et de retrait préventif sont tout aussi essentiels, il ne faut pas continuer à les négliger.

Expertise des signataires de ce mémoire

Maria De Koninck, expertise en santé des femmes, santé de la reproduction et inégalités sociales de santé.

Romaine Malenfant, expertise en sociologie de la santé, spécialisée dans le domaine de la transformation du travail. Chercheuse sur la conciliation grossesse-travail et sur l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte au Québec (1993-2016).

12 janvier 2021

population. La pandémie est tristement venue confirmer que le système avait été considérablement affaibli et que cela était dû en partie à l'éloignement de la prise de décisions des milieux concernés.