

## EVALUATION DE L'APPLICATION REGIONALE DU PROGRAMME DE RETRAIT PREVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE

Robert Allie  
Hôpital Ste-Croix  
Drummondville, Québec

**Résumé** — Nous avons évalué deux aspects de l'application du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (RPTEA) sur le territoire du Département de santé communautaire (DSC) Ste-Croix. Ces deux aspects sont la diffusion du programme sur le territoire et l'efficacité de notre mécanisme de traitement des demandes de RPTEA.

Au sujet de la diffusion, nous avons pu estimer un taux de pénétration atteignant 40%. De plus, la diffusion par zone et par secteur économique a aussi pu être analysée. Quant au traitement des demandes, il a été possible de mettre en lumière une attitude différente de la part de certains médecins. Une analyse du délai de traitement des demandes a révélé que celui-ci était de moins d'une semaine.

**Abstract** — We have evaluated two aspects of the application of the preventive withdrawal program for pregnant workers or those who breastfeed (PWPWB) in the Ste-Croix Community Health Department area. These two aspects are the diffusion of the program in the area and the effectiveness of our processing mechanism for PWPWB inquiries.

About the diffusion, we have been able to estimate a penetration rate reaching 40%. Furthermore, the diffusion by zone and by economic sector have also been analysed. As for the inquiry processing, it has been possible to bring to light a different attitude from some physicians. An analysis of inquiry processing delay revealed that it was less than a week.

**LE PROGRAMME DU RETRAIT** préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (RPTEA) fait partie de la loi sur la santé et la sécurité du travail du Québec (LSST). Les articles 40 à 48 de cette loi encadrent le droit au retrait préventif mis en application en janvier 1981. Ce programme vise à protéger la travailleuse enceinte et/ou l'enfant à naître des conditions de travail pouvant compromettre leur état de santé respectif.

Pour y arriver, la loi prévoit que la travailleuse enceinte ou qui allaite puisse être affectée à un autre poste, lorsqu'elle fournit à l'employeur un certificat médical attestant que ses conditions de travail présentent des dangers pour le

foetus et/ou pour elle-même. Si l'employeur ne peut modifier son poste ou l'affecter immédiatement à un autre poste, la travailleuse peut se retirer du travail jusqu'à ce que de telles actions soient possibles ou jusqu'à son accouchement. Si la travailleuse doit se retirer de son travail, elle recevra une indemnité salariale de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), organisme responsable du programme de RPTEA. C'est ce dernier qui accorde ou refuse une demande faite dans le cadre de ce programme.

Les Départements de santé communautaire (DSC), comme sous-contractants de la CSST, interviennent dans l'application du droit au retrait préventif à titre d'experts-conseil. En effet, un médecin traitant émettant un certificat visant le retrait préventif doit avoir consulté au préalable le médecin responsable de l'entreprise de la travailleuse ou, à défaut, le Chef du DSC du territoire où est situé l'entreprise. Le Service de santé au travail agit à titre de représentant du Chef du DSC et voit à identifier les agresseurs présents au poste de travail des travailleuses ayant effectué une demande de retrait préventif.

Nous avons profité de l'implantation d'une nouvelle procédure de réponse aux demandes de RPTEA, mise en place en juin 1986 avec l'arrivée d'un nouveau médecin conseil, pour procéder à une première évaluation de l'application du programme de retrait préventif sur le territoire du DSC de l'Hôpital Ste-Croix. A ce stade-ci, notre intention n'était pas de mesurer l'impact de ce programme, loin de là. Nous voulions plutôt être en mesure de porter un jugement sur:

1. la diffusion du programme sur notre territoire
2. l'efficacité de notre mécanisme de réponse aux demandes.

Cet article contient donc les informations que nous avons considérées les plus pertinentes pour évaluer l'application du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite sur le territoire de notre DSC. Après quelques mots sur les sources de données, nous présenterons les principaux résultats touchant la clientèle rejointe et le suivi d'une demande de RPTEA.

## **SOURCES DE DONNEES**

Pour évaluer l'application du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, notre principale source de données a été le formulaire de demande, propre à notre DSC. Ce formulaire comprend cinq sections: l'identification de la travailleuse, l'identification de l'entreprise, les renseignements généraux (grossesse, état de santé), l'expertise environnementale et les recommandations du médecin conseil.

Les informations contenues sur ce formulaire sont obtenues de la travailleuse ou de son médecin traitant au moment de la demande, du technicien en hygiène industrielle suite à une visite du poste de travail de la travailleuse, puis du médecin conseil.

Certaines informations ont aussi été colligées à l'aide de "l'observation participative" (Grawitz, 1981: 865). Nous avons aussi eu recours au Certificat visant le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, formulaire officiel exigé par la CSST. Celui-ci nous permet de ne considérer que les retraits préventifs qui ont effectivement eu lieu.

De plus, nous n'avons considéré que les dossiers ouverts entre le 1er juin et le 31 décembre 1986. Il en est ainsi car notre évaluation portait entre autre sur la nouvelle procédure de réponse aux demandes de RPTEA, procédure mise en place à compter de juin 86.

Par la suite, pour le traitement et l'analyse des résultats, nous avons eu recours au logiciel SPSS. Le plan d'analyse des données comprenait quatre regroupements: la répartition des demandes sur le territoire, les caractéristiques des travailleuses, les caractéristiques des milieux de travail et les données de gestion du suivi des demandes.

## **RESULTATS**

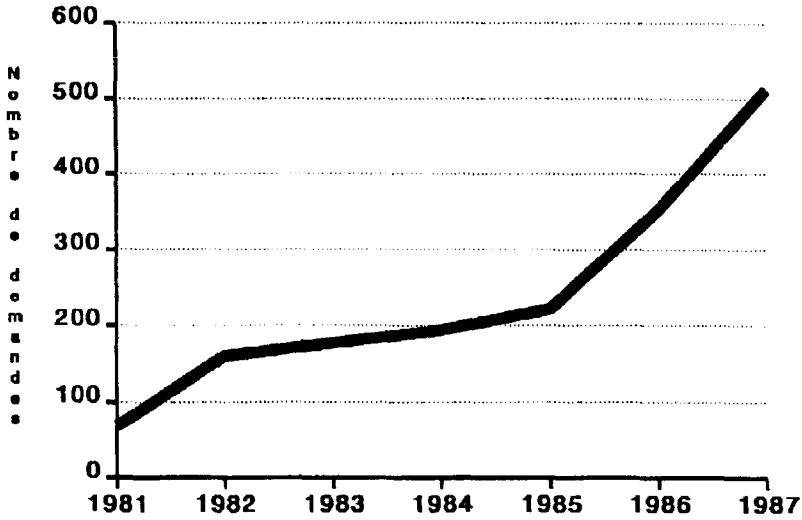
### **La Diffusion du Programme**

Depuis 1981, le nombre de demandes de retrait préventif a subi une augmentation constante. L'année 1986 ne fait pas exception, bien au contraire, puisque nous avons reçu 353 demandes soit une hausse de 59% par rapport à l'année 1985 et la hausse s'est poursuivie en 1987 (Graphique 1). Il s'agit d'une moyenne d'environ 1,5 demande par jour ouvrable pour 1986 (2,2 en 1987). Cette croissance rapide de la demande peut certainement être associée, en partie du moins, à une amélioration constante de la diffusion du programme.

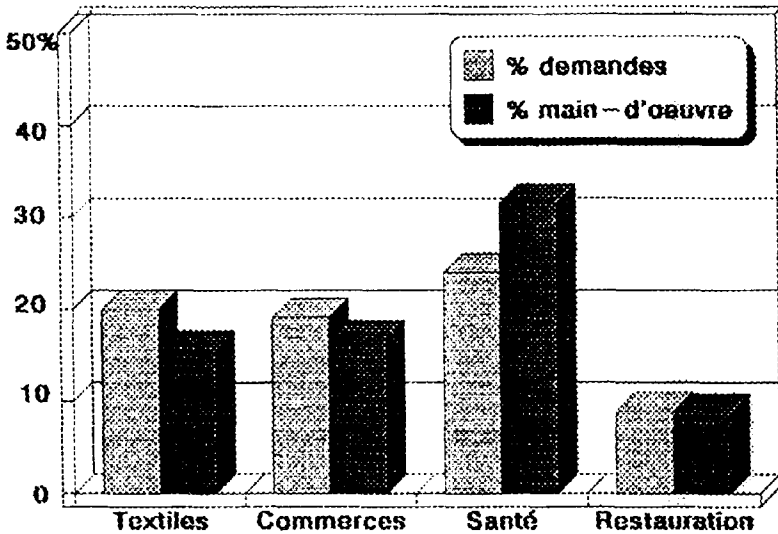
Nous croyons que la demande augmentera de façon substantielle encore pour quelques années. En effet, nous pouvons estimer que la population cible, c'est-à-dire les femmes enceintes qui occupaient un emploi au moment de leur grossesse, pourrait atteindre un maximum d'environ 1250 femmes pour le territoire du DSC Ste-Croix au cours des prochaines années.

Pour estimer le niveau de cette population, nous avons multiplié le nombre de naissances par le taux d'activité des femmes en âge de procréer. Nous avons

**Graphique 1**  
**Répartition des demandes de RPTEA**  
**1981 - 1987**

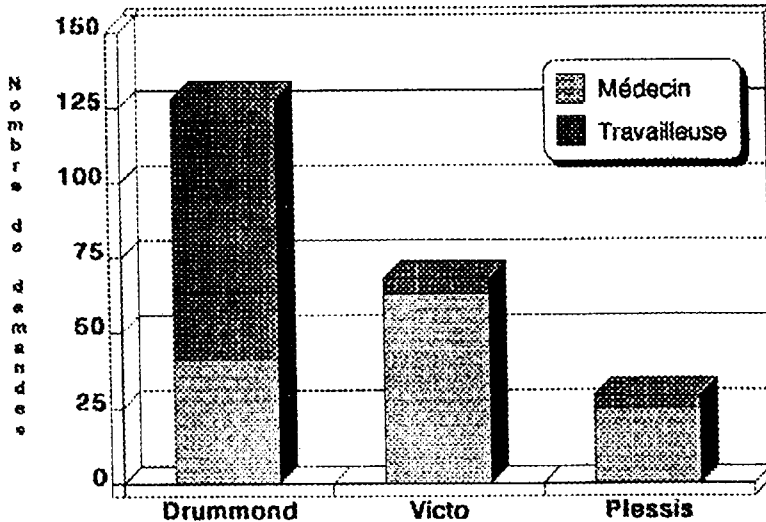


**Graphique 2**  
**Secteurs économique prédominants**  
**pour les sept derniers mois de 1986**



### Graphique 3

Répartition des demandes de RPTEA selon la personne qui a fait la demande et la zone de CLSC pour les sept derniers mois de 1986



ensuite retranché 20% à ce résultat pour tenir compte des femmes qui travaillent dans des secteurs où il n'y a pas vraiment de risques pour la grossesse. Cette méthode suppose, entre autre, que les femmes actives ont le même comportement en matière de fécondité que celles effectuant le travail domestique.

Cette évaluation de la population cible nous permet de calculer un taux de pénétration du programme d'environ 30%. Pour 1987, nous sommes en mesure d'évaluer ce taux à un peu plus de 40%. Il s'agit d'un taux qui se compare avantageusement à celui de l'ensemble de la province (Bouchard & Turcotte, 1986:114).

Toutefois, Bouchard et Turcotte utilisent un autre dénominateur pour calculer ce taux. Ils ont recours au nombre de bénéficiaires de prestations de maternité du programme d'assurance chômage, une information difficile à obtenir pour une unité territoriale comme la nôtre. Nous avons tout de même pu faire certaines estimations, à partir de données partielles, qui nous permettent de croire que le taux de pénétration du programme serait légèrement supérieur avec cette méthode. Ce qui, encore une fois, appuie l'hypothèse d'une bonne diffusion du programme sur notre territoire.

Lorsque l'on regarde la répartition par zone de Centre local de services communautaires (CLSC), on constate que Drummondville prend la plus grande part des demandes (Graphique 3), ce qui est tout à fait normal puisque cette zone possède le plus gros bassin de population parmi nos trois CLSC. Par contre, nous avons aussi pu nous rendre compte que le taux de pénétration du programme dans les zones de CLSC diminue à mesure que l'on s'éloigne du DSC, le DSC étant situé à Drummondville. Une situation qu'il nous faudra prendre en considération.

Les demandes de RPTEA nous sont parvenues de plusieurs secteurs d'activité économique. Cependant, certains ont plus d'importance étant donné la structure économique de notre région et le caractère particulier des domaines d'emploi des femmes. Nous avons pu regrouper plus de 70% des demandes dans quatre groupes d'activité économique (Graphique 2). Ce sont les services de santé et services sociaux, avec 24%, qui ont la plus grande part des demandes.

Si l'on compare la répartition des demandes parmi ces quatre grands secteurs à la structure de la main-d'œuvre féminine pour la région desservie par le DSC, il nous est permis de croire que les augmentations prochaines du nombre de demandes proviendront essentiellement du secteur des services de santé et services sociaux. De plus, nous sommes en mesure de constater que la diffusion du programme semble très bonne dans les secteurs du textile et habillement et du commerce de détail, ce qui va dans le même sens que les données de Bouchard et Turcotte (1986:119).

Le niveau de risque pour la grossesse joue certainement un rôle prépondérant dans la distribution des demandes par secteur économique ou encore par profession. Toutefois, nous ne sommes pas en mesure de le vérifier. On soupçonne que le bouche à oreille, un des principaux modes de diffusion du programme, ait aussi une influence sur ce genre de répartition.

## **Le Traitement des Demandes**

Nous tenons tout d'abord à souligner un certain nombre d'éléments qui facilitent une évaluation du traitement des demandes de RPTEA sur notre territoire. Premièrement, les demandes de retrait préventif pour allaitement sont pratiquement inexistantes (3 en 1986). Deuxièmement, il n'y a pas de médecin responsable en entreprise sur notre territoire ce qui a amené un seul et même médecin conseil à émettre ses recommandations pour toutes les demandes de RPTEA. Troisièmement, les entrepreneurs effectuent très peu de réaffectations ou de modifications de poste, ce qui conduit les travailleuses à

un retrait du milieu de travail. Finalement, il nous est possible d'affirmer que plus de 90% des demandes recommandées par le médecin conseil ont effectivement été entérinées par la CSST. Tous ces éléments, tout en simplifiant le traitement des demandes, ajoutent à l'uniformité de nos données les rendant plus faciles à interpréter.

Dès le début du processus de traitement d'une demande, nous avons noté une différence au niveau de la personne qui fait la demande selon la zone de CLSC (Graphique 3). En effet, dans la zone de Drummondville les demandes de RPTEA nous sont transmises en majorité par les travailleuses elles mêmes alors que dans les deux autres zones, les demandes nous proviennent presque exclusivement des cabinets de médecin.

Le processus d'évaluation d'une demande et l'information à fournir étant mieux connus des cabinets de médecin, plus il y a de demandes provenant de ceux-ci, plus le processus de traitement s'en trouve accéléré. Cependant, l'attitude des médecins des zones de Victoriaville et Plessisville est probablement le résultat d'une question de distance du Service de santé au travail. Ces médecins tentent de limiter la contrainte d'accès au service que représente la distance pour les femmes de ces zones. Cette simple différence au niveau de la personne qui fait la demande, soulève plus de questions qu'elle n'en résout.

Au moment de l'étude des postes de travail des travailleuses ayant fait une demande, seulement 8,4% des postes ont été identifiés comme n'ayant aucun agresseur possiblement dangereux pour la mère ou l'enfant à naître. Par contre, les agresseurs de type ergonomique étaient présents à presque tous les postes de travail soit 88,4%. Suivent dans l'ordre les agresseurs de type physique, chimique, biologique puis la sécurité.

La travailleuse qui occupe le poste et son employeur sont contactés lors de l'étude du poste et ils reçoivent par la suite une copie du rapport du technicien. La travailleuse et son employeur sont invités à nous contacter si ils ne sont pas d'accord avec la description du poste. A la lumière des appels reçus, très peu de rapports sont contestés, soit environ 10%.

Après analyse des agresseurs identifiés au poste de travail, le médecin conseil émet une recommandation quant à la période de la grossesse où des actions préventives (réaffectation, modification de poste, retrait) devraient être prises. Pour évaluer les recommandations du médecin conseil, nous avons comparé le profil de ses recommandations à ceux d'autres régions. Les médecins conseils possèdent peu de données scientifiques pour appuyer leurs

recommandations; ils s'en remettent plutôt à un consensus minimal de la communauté médicale. Nous avons donc tenté d'évaluer jusqu'à quel point les recommandations de notre médecin se situaient à l'intérieur des limites du consensus. Le profil des recommandations pour notre région est semblable à ce que l'on retrouve ailleurs (Fortier, 1986; Théberge & Bernier, 1985).

Tout ce processus de traitement entraîne des délais et c'est souvent cette période d'attente qui soulève le plus de critiques de la part des travailleuses. C'est ce que nous révèlent les appels téléphoniques. Toutefois, nous croyons notre délai moyen, entre le moment de la demande et la transmission des recommandations du médecin conseil au médecin traitant, tout à fait raisonnable. Il est de 5,2 jours de calendrier ce qui signifie généralement moins d'une semaine en jours ouvrables. C'est un délai de traitement qui se compare assez bien aux autres régions.

## DISCUSSION

Notre premier objectif était de pouvoir porter un jugement sur la diffusion du programme de RPTEA à l'intérieur de notre territoire. On a vu que le nombre croissant des demandes et l'évaluation du taux de pénétration nous permettaient d'affirmer que la diffusion était bonne. Cela est d'autant plus vrai que dans le calcul du taux, nous avons probablement sous-estimé la proportion des secteurs à faible risque. C'est aussi ce que semble nous montrer la méthode de calcul qui utilise le nombre de bénéficiaires de prestations de maternité.

On a aussi vu que la diffusion était plus faible dans les zones de CLSC éloignées. Il y aurait donc lieu d'améliorer notre visibilité dans ces zones. Par contre, la diffusion par secteur économique semblait bonne. Seul le secteur de la santé et des services sociaux n'était pas suffisamment présent et ce, principalement dans la zone de Victoriaville. Cela s'expliquerait entre autres par une attitude différente des gestionnaires face au programme de RPTEA. Le recours plus fréquent à la réaffectation entraînerait une diminution drastique des demandes (Bouchard & Turcotte, 1986:118).

Comme second objectif, nous voulions être en mesure de juger de l'efficacité de notre mécanisme de réponse aux demandes. Une première constatation au niveau du contexte de l'application du programme nous a confirmé le rôle clef qu'y joue le Service de santé au travail du DSC. On a aussi constaté que la personne qui faisait la demande de consultation n'était pas le même d'une zone de CLSC à l'autre. Une question qui peut affecter légèrement la vitesse de traitement d'une demande et qui influencerait certainement les résultats d'une étude de satisfaction.



Quant au traitement des demandes comme tel, les problèmes qui ont pu être soulevés avaient, d'après nous, peu d'impact sur l'efficacité. Au sujet de l'étude du poste de travail impliqué, travailleuse et employeur pouvaient à deux reprises en modifier les résultats, ce qui donnait une certaine légitimité à l'étude. On a vu qu'il y avait effectivement peu de modifications demandées. De plus, ces changements n'affectaient que rarement les recommandations du médecin conseil.

En ce qui concerne ces recommandations, il était difficile d'en faire une évaluation objective. Nous avons eu recours à un "certain" consensus médical souvent ébranlé par l'introduction de nouveaux risques. On a tout de même constaté une "harmonie" de décision entre notre service et ceux d'autres régions.

Le délai de traitement est pour sa part tout à fait acceptable si on le compare à d'autres territoires de DSC. De plus, dans les cas où il y avait présence d'agresseurs chimiques, les demandes ont été traitées encore plus rapidement. Il nous semble difficile d'améliorer ce délai sans augmenter les ressources humaines affectées au programme.

En somme, la diffusion du programme sur notre territoire nous semblait bonne et le mécanisme de traitement efficace. Toutefois, ce dernier repose sur des assises fragiles. Mesure très innovatrice, le programme de RPTEA s'est façonné de lui-même avec le temps et pas nécessairement dans le sens de l'esprit de la loi et des attentes du législateur. Ce qui en fait aujourd'hui un programme dont les critères sont constamment en changement. L'évaluation globale de sa réussite ou de son échec en sera d'autant plus difficile.

## REFERENCES

- Bouchard, P., & Turcotte, G. (1986). "La mortalité en milieu de travail ou pourquoi les québécoises sont-elles si nombreuses à demander un retrait préventif." Dans *Sociologie et sociétés*, 18, 113–128.
- CSST. (1986). *Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite*. Québec: Direction de l'actuariat et de la statistique, CSST.
- Dorval, G. & Lévesque, G.Y. (1984). *Évaluation de l'application du retrait préventif de la travailleuse enceinte en Estrie*. Sherbrooke: CH-DSC du CHUS.
- Fortier, C. (1986). *Portrait statistique 1985, Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite*. St-Lambert: CH-DSC Charles Le Moyne.

- Grawitz, M. (1981). *Méthodes des sciences sociales. (5e édition)*. Paris: Dalloz.
- Théberge, Y., & Bernier, S. (1985). *Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite: Analyse descriptive des demandes 1984*. Beauceville: CH-DSC Régional de la Beauce.