

Les répercussions de la maternité sur l'emploi des femmes :

une préoccupation pour les médecins en périnatalité et en santé au travail

par Romaine Malenfant
et Maria De Koninck

« Quand l'ouvrage rentrait, il fallait que ça sorte ! Je n'avais pas d'horaire précis, je savais que je rentrais à 9 heures du matin et que je sortais à 9 heures du soir. Mais entre-temps, je ne savais pas combien de temps j'allais avoir pour m'asseoir ou pour manger. » (Sylviane, travailleuse enceinte, services)

« T'as toujours le stress de l'ouvrage, est-ce que les patrons vont être contents ? J'ai telle quantité de produits à sortir, si je ne le fais pas, qu'est-ce qui va m'arriver ? Est-ce que je vais perdre mon emploi ? En plus d'avoir le stress, tu sais que tu n'as pas ton enfant à côté de toi et que s'il arrive quelque chose, tu n'es pas là. Tu le sais que la gardienne va t'appeler, mais... » (Jeanne, jeune mère, industrie)

LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE, menée en 1995-1996 auprès de travailleuses enceintes, nous ont amenées à formuler l'hypothèse que les expériences vécues au moment d'une grossesse pouvaient avoir des conséquences sur les conditions de retour au travail après le congé de maternité. Cette hypothèse s'appuie aussi sur le constat que les stratégies de conciliation des femmes reposent souvent sur la recherche de flexibilité dans l'organisation de leur travail, flexibilité qui est aussi recherchée par les employeurs pour répondre aux fluctuations de la production. Les objectifs poursuivis sont toutefois très différents, ce qui a pour conséquence un risque accru, pour les femmes, d'être confinées aux filières d'emplois précaires. Les nouvelles conditions du marché du travail rendent en effet la continuité dans un emploi plus nécessaire qu'autrefois pour obtenir des

conditions de travail décentes sur le plan de la rémunération, de la protection du lien d'emploi ou de l'autonomie au travail.

Après avoir formulé notre hypothèse, nous avons mené une seconde recherche qualitative de type empirique, basée sur la méthode du récit. Nous avons sélectionné des travailleuses primipares des secteurs des services, de la vente et de l'industrie (dix femmes dans chaque groupe), six mois après la fin de leur congé de maternité. Nous avons choisi ces secteurs d'activités parce qu'ils regroupent une grande proportion d'emplois non syndiqués et dont les exigences de disponibilité et de charge de travail sont élevées. Nous avons quand même réussi à rencontrer des jeunes femmes qui avaient connu une certaine stabilité sur le marché du travail au cours des années précédant leur première grossesse. Nous avons complété cette collecte en rencontrant dix employeurs provenant des mêmes secteurs, afin d'obtenir leurs points de vue sur les mesures de conciliation appliquées dans leur entreprise, incluant les programmes de retrait préventif de la travailleuse enceinte et de congé de maternité.

M^{me} Romaine Malenfant, Ph.D. en sociologie, est chercheuse, membre de l'équipe RIPOST, au CLSC Haute-Ville-Des-Rivières, centre affilié à l'Université Laval, Québec et M^{me} Maria De Koninck, Ph.D. en sociologie, est professeure titulaire, Médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec.

Les résultats de cette dernière recherche tendent à confirmer notre hypothèse de départ. Il se dégage, des récits des femmes et des entrevues menées auprès des employeurs, que la dynamique entourant l'annonce de la grossesse et les décisions qui s'ensuivent, notamment celles qui donnent lieu à un arrêt de travail précoce, sont déterminantes pour la suite des événements. Ainsi, sur les 29 femmes rencontrées au départ*, 25 travaillaient à temps plein au moment de la grossesse et 4 à temps partiel. Six mois après la fin de leur congé de maternité, le nombre des travailleuses à temps partiel était passé à 7, dont une qui poursuivait en même temps des études, alors que 4 étaient au chômage et 6 avaient quitté le marché du travail. Seules dix d'entre elles travaillaient alors à temps plein. Pour ce qui est des deux autres, une était en retrait préventif parce qu'elle était enceinte d'un deuxième enfant et une autre en était déjà à son deuxième congé de maternité.

Les femmes de notre échantillon qui ont demandé un retrait préventif, soit les deux tiers, ont dû affronter, dans plusieurs cas, la désapprobation de leur employeur ou de leurs collègues de travail. Les milieux où la prise de cette mesure ne suscite pas de réactions négatives ni de problèmes à moyen et à long termes sont ceux où, en raison du nombre d'employées, surtout si elles sont jeunes, il s'agit d'une situation fréquente, dont la prise en charge, à la longue et après des soubresauts, a été intégrée dans l'organisation de la gestion du personnel.

Le contexte de départ en retrait préventif ou en congé de maternité est souvent orageux, et le retour au travail en garde des séquelles. Les femmes ayant vécu des situations difficiles au moment de la grossesse sont retournées au travail en se disant qu'elles changeraient d'emploi dès qu'elles en auraient l'occasion ; certaines ont carrément opté pour la recherche d'un nouvel emploi ou pour l'abandon du marché du travail. D'autres femmes ont retrouvé leur emploi, mais les conditions avaient changé : mutation dans une autre succursale, horaire de nuit imposé ou conditions différentes, comme des horaires brisés en lieu et place d'un horaire continu. Selon l'employeur, la situation de l'entreprise avait évolué durant l'absence de la travailleuse,

la situation financière s'étant dégradée de sorte qu'il n'était plus possible d'offrir les mêmes conditions qu'au départ. Deux facteurs interviennent de façon déterminante dans la décision des femmes à la suite de ces revirements de situation alors qu'elles sont en plein processus d'organisation de la conciliation travail-famille.

Le premier facteur est la volonté exprimée clairement par les femmes rencontrées de bien remplir leur rôle de mère, ce qui exige d'elles la présence et la disponibilité leur permettant de répondre à leurs nouvelles responsabilités familiales. Cette volonté entre parfois en conflit avec la recherche d'une autonomie financière considérée comme essentielle pour le bien-être de la famille et comme une assurance pour l'avenir, dans un contexte où les ruptures de couples sont fréquentes ; elle entre aussi en conflit avec le désir de rester sur le marché du travail, d'être active et de se réaliser autrement que dans le rôle de mère, tout en gardant des rapports égalitaires avec le conjoint. Toutefois, le message que plusieurs disent recevoir de leur milieu en est un où la représentation de la mère traditionnelle domine. Cette représentation est partagée par les employeurs.

Le second facteur est économique. De façon générale, les revenus d'emploi des femmes sont inférieurs à ceux des hommes, ce qui les place en moins bonne position pour négocier le partage des tâches, essentiel à la conciliation du travail avec la vie de famille. Le maintien de la mère en emploi ne représente pas toujours un véritable avantage financier, compte tenu des frais liés à l'arrivée d'un enfant, incluant la garde ; la jeune mère réduit alors le nombre d'heures passées au travail ou, dans quelques cas, l'abandonne. Un choix peut-être, mais un choix fortement influencé par les conditions d'emploi et qui précarise la position des mères sur le marché du travail dans des secteurs d'activités sensibles aux fluctuations économiques. Concrètement, au lieu de s'améliorer, leurs conditions de travail se détériorent sur le plan des horaires, des tâches à accomplir et des salaires.

Nos résultats nous amènent aussi à réfléchir sur le fait que l'arrêt de travail, que ce soit le congé de maternité ou le retrait préventif à domicile durant la grossesse, suscite moins de controverses que le maintien en emploi, comme

* Nos résultats portent sur 29 femmes, une de nos participantes ne correspondant pas aux critères que nous avons fixés.

Chez les patients dont la clairance de la créatinine est supérieure à 30 mL/min, on peut suivre le schéma posologique habituel. Chez les patients atteints d'insuffisance rénale grave, il est préférable d'administrer un diurétique de l'anse plutôt qu'un diurétique thiazidique; par conséquent, HYZAAR® n'est pas recommandé dans de tels cas.

Insuffisance hépatique

Étant donné qu'il est nécessaire de régler la posologie du losartan chez les patients atteints d'insuffisance hépatique, et que les diurétiques thiazidiques peuvent déclencher un coma hépatique, une association médicamenteuse à teneurs fixes telle que HYZAAR® est déconseillée chez ces patients (voir PRÉCAUTIONS - Insuffisance hépatique).

Posologie chez les personnes âgées

Aucun réglage de la posologie n'est nécessaire chez la plupart des patients âgés. On recommande toutefois d'user de prudence en prescrivant le médicament aux patients âgés en raison de la plus grande vulnérabilité de cette population aux effets des médicaments (voir PRÉCAUTIONS - Personnes âgées).

COMPOSITION

Le comprimé HYZAAR® à 50 mg/12,5 mg est jaune, en forme de larme, enrobé par film. Il renferme 50 mg de losartan potassique et 12,5 mg d'hydrochlorothiazide, les ingrédients actifs.

Le comprimé HYZAAR® DS à 100 mg/25 mg est jaune pâle, en forme de larme, enrobé par film. Il renferme 100 mg de losartan potassique et 25 mg d'hydrochlorothiazide, les ingrédients actifs.

Les comprimés HYZAAR® à 50 mg/12,5 mg et HYZAAR® DS à 100 mg/25 mg renferment les ingrédients non médicinaux suivants : amidon pré-gélatinisé, cellulose microcristalline, hydroxypropylcellulose, hydroxypropyl-méthylcellulose, lactose hydrique, stéarate de magnésium et colorants (D&C Jaune n° 10 aluminium lake et dioxyde de titane). Le comprimé HYZAAR® à 50 mg/12,5 mg contient 4,24 mg (< 1 mmol) de potassium et le comprimé HYZAAR® DS à 100 mg/25 mg contient 8,48 mg (< 1 mmol) de potassium.

STABILITÉ ET ENTREPOSAGE

Conserver à la température ambiante (15 °C à 30 °C) à l'abri de la lumière.

PRÉSENTATION

Le comprimé HYZAAR® à 50 mg/12,5 mg est jaune, en forme de larme, enrobé par film. Il porte le code MRK 717 d'un côté et HYZAAR de l'autre. Plaquette alvéolée enfonçable de 30.

Le comprimé HYZAAR® DS à 100 mg/25 mg est jaune pâle, en forme de larme, enrobé par film. Il porte le code MRK 747 d'un côté et HYZAAR de l'autre. Plaquette alvéolée enfonçable de 30.

MONOGRAPHIE FOURNIE SUR DEMANDE

(765-a.8.02)

34290401, 34290402, 34290403, 34290404, 34290407, 34290409a, 34290409b

Membre



MERCK FROSST

Découvrir toujours plus.
Vivre toujours mieux.

MERCK FROSST CANADA & CIE
C.P. 1005, POINTE-CLAIRE
DORVAL (QUÉBEC) H9R 4P8

◀◀◀ Suite de la page 98

une réaffectation durant la grossesse ou la négociation des conditions de retour au travail après le congé de maternité qui entraînent une remise en question de l'organisation du travail. Mais l'imprévisibilité de l'événement qu'est la grossesse crée dans plusieurs milieux de travail une période de turbulences et, dans certains cas, laisse des traces dans les relations de travail, lorsque les parties s'accusent mutuellement de manquer de souplesse.

L'absence de mesures générales de conciliation du travail et de la vie de famille exerce une pression supplémentaire sur l'application déjà complexe du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte. Les divergences médicales autour de la reconnaissance du risque pour la mère et le fœtus sont loin de faciliter les discussions employé-employeur, surtout dans les cas où les femmes sont tenues responsables du contrôle des recommandations formulées sur le certificat de retrait préventif.

Préoccupés par les conditions entourant l'expérience de la maternité, les médecins sont de plus en plus sensibilisés aux effets délétères de certaines conditions de travail sur la santé et à la nécessité de s'en informer, dès les premières semaines

de grossesse, quand les risques de fausses-couches sont élevés. Les médecins en santé au travail visent l'assainissement des milieux de travail et sont des témoins de premier plan des conditions de travail délétères. Le partage de leurs connaissances avec les expériences des travailleuses devrait être des guides pour la mise en place de mesures de conciliation diversifiées permettant de répondre aux exigences de la grossesse et du soin aux enfants, tout en assurant la perspective d'un avancement professionnel souhaitée par les travailleuses. Une réflexion concertée sur l'organisation du travail pour démystifier certaines pratiques et pour les remplacer par des innovations réalistes mais respectueuses des responsabilités des travailleuses et des employeurs est nécessaire. Un milieu de travail ouvert à la conciliation du travail avec la vie de famille fait partie des conditions essentielles au maintien d'une bonne santé pendant la période périnatale.

Pour en savoir plus, vous pouvez obtenir les deux rapports de recherche « Maternité et précarisation de l'emploi » et « Travail, grossesse, santé : la conciliation et ses effets » auprès de M^{me} R. Malenfant au (418) 641-2572, poste 245 ou à l'adresse romaine.malenfant@cchvdr.qc.ca ☎

Vous avez des questions ? Veuillez nous les faire parvenir par télécopieur au secrétariat de l'Association des médecins du réseau public en santé au travail du Québec : (418) 666-0684.