MÉMOIRE PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA

MAÎTRISE EN RELATIONS INDUSTRIELLES ET RESSOURCES HUMAINES

ACCÈS AU RETRAIT PRÉVENTIF POUR LES TRAVAILLEUSES ENCEINTES ET QUI ALLAITENT ISSUES DE L'IMMIGRATION RÉCENTE DANS L'INDUSTRIE DE L'HÔTELLERIE ET LA RESTAURATION AU QUÉBEC : UNE ANALYSE INTERSECTIONNELLE

PAR

ÈVE BRETON

SOUS LA SUPERVISION DE

VALÉRIE LEDERER ET ANNE RENÉE GRAVEL

AOÛT 2026

Remerciements

Compléter un projet de recherche de cette envergure, étant une professionnelle à temps plein et une maman de deux jeunes enfants, est avant tout un travail d'équipe. Le soutien de personnes importantes m'a permis d'accomplir l'objectif d'obtenir mon diplôme de maîtrise et elles méritent une reconnaissance. Tout d'abord, j'aimerais remercier profondément mes directrices de recherche, Valérie Lederer et Anne Renée Gravel pour leur confiance dès le début du projet. Merci pour votre soutien et vos encouragements à chaque étape, votre rétroaction qui m'a permis d'approfondir mon analyse et votre engouement envers ce projet. J'aimerais aussi souligner votre engagement envers la cause des femmes et l'égalité au travail. Ensuite, j'aimerais remercier mon employeur, le gouvernement fédéral, pour le soutien octroyé tout au long des six dernières années. Plus spécifiquement, j'aimerais remercier mes deux derniers gestionnaires, Kathy Lavoie et Joel Marsolais-Chartrand et mes collègues pour leur appui et leurs encouragements constants. Finalement, j'aimerais remercier du plus profond de mon cœur les personnes les plus chères dans ma vie qui m'ont aidé à traverser ce long parcours, mon conjoint et père de mes deux garçons, Oliver, ma mère Diane et mes enfants, Niko, 3 ans et Jakob, 7 ans. Merci mon amour de m'avoir épaulé avec tant de patience et d'amour durant ces six dernières années alors que je complétais ma maîtrise tout en cherchant un équilibre entre les différentes sphères de ma vie. Merci maman de m'avoir enseigné tôt dans la vie que tout était possible et que je pouvais réussir ce défi même avec mes différents chapeaux. Merci aussi pour toutes les fois où tu as gardé les garçons afin que je puisse avancer mon projet. À mes deux garçons que j'aime plus que tout, vous avez été ma source d'inspiration. Je suis si heureuse de pouvoir enfin vous consacrer plus de temps de qualité et j'espère vous avoir inspirés à accomplir tout ce que vous désirez dans la vie.

Résumé

La littérature révèle que les travailleuses enceintes issues de l'immigration travaillent dans des emplois comportant des risques importants pour leur grossesse. Se trouvant dans une situation de vulnérabilité par rapport à leur statut social et migratoire, leur accès au droit de retrait préventif prévu dans la loi sur la santé et la sécurité au travail au Québec mérite d'être étudié. C'est dans cet esprit que cette étude s'interroge sur l'accessibilité au programme de maternité sans danger (PMSD) de la CNESST, prévu aux articles 40 et suivants de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), pour les travailleuses migrantes enceintes dans les secteurs de l'hôtellerie et de la restauration au Québec. Afin d'atteindre les objectifs précis de cette étude, le devis qualitatif descriptif interprétatif de nature exploratoire a été sélectionné. En utilisant la théorie intersectionnelle de Crenshaw (1989), le continuum de santé et sécurité de Baril-Gingras et Cox (2022) ainsi que des éléments de la théorie de la structuration de Giddens (1987), les résultats de la présente recherche indiquent que, malgré le cadre juridique encadrant le retrait préventif de la femme enceinte ou qui allaite, l'accès au PMSD pour les travailleuses migrantes enceintes peut être compromis en raison de facteurs de vulnérabilité (statut migratoire, précarité, genre et grossesse, barrière linguistique) et de normes institutionnelles bien établies. Les résultats mettent également en évidence la disparité de l'expérience vécue dans l'accès au PMSD entre les travailleuses enceintes migrantes syndiquées et non syndiquées. Ces résultats montrent que des dynamiques de genre et de pouvoir structurent l'accès au programme Pour une maternité sans danger (PMSD) et soulignent la nécessité de recourir à des approches sensibles à ces dynamiques pour favoriser un accès plus équitable aux droits en matière de santé et de sécurité du travail.

Mots clés français : Grossesse et travail, Travailleuses immigrantes, Immigration, Santé et Sécurité du Travail, Retrait préventif, Intersectionnalité, Programme Pour une Maternité Sans Danger

Abstract

The literature shows that pregnant immigrant women often work in jobs that pose significant risks to their pregnancies. Given their vulnerability arising from both their social and migration statuses, their access to the preventive withdrawal right provided under Quebec's occupational health and safety legislation warrants closer examination. In response to this gap in the literature, this study investigates the accessibility of the CNESST's *For a Safe Maternity Experience program (*SMEP*),* established under section 40 and following of the Act Respecting Occupational Health and Safety (AOHS), for pregnant immigrant workers employed in Quebec's hospitality and restaurant sectors. To achieve the specific objectives of the study, an exploratory qualitative research design using a descriptive interpretative approach was selected. Drawing on Crenshaw's (1989) intersectionality theory, the occupational health and safety continuum developed by Baril-Gingras and Cox (2022), and elements of Giddens' (1987) structuration theory, the findings demonstrate that, despite the legal framework governing preventive withdrawal for pregnant or breastfeeding workers, access to the SMEP program for pregnant migrant workers may be compromised by vulnerability factors such as migration status, precarious employment, gender and pregnancy, and language barriers, as well as by well-established institutional norms. The findings also highlight disparities in access to the SMEP program between unionized and non-unionized pregnant migrant workers. Overall, the results show that gender and power dynamics

shape access to the SMEP and underscore the need for approaches that are sensitive to these noted dynamics in order to promote equitable access to occupational health and safety rights.

Mots clés anglais : Maternity and Work, Immigrant Workers, Pregnancy, Migrants, Occupational Health and Safety, Preventive Withdrawal, Protective Reassignment, Intersectionality, Safe Maternity Experience Program

Table des matières

CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE 9

CHAPITRE 2 RECENSION DES ECRITS 16

1. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DU PMSD 16

1.1 Critères d'accessibilité des travailleuses enceintes au PMSD 16

1.2 Rôle et responsabilité des acteurs impliqués dans le PMSD 17

1.3 Démarche d'accès au PMSD 18

1.4 Conditions de travail pendant le retrait préventif lié au PMSD 21

1.5 Analyse des défis d'application du PMSD sur le terrain 21

2. GENRE ET ACCÈS AU RÉGIME SST 25

2.1 Historique du régime de SST au Québec 26

2.2 Mécanismes de prévention prévus par la LSST 28

2.3 Enjeux spécifiques à la protection SST des femmes au travail 36

3. IMMIGRATION ET ACCES AU REGIME SST 42

3.1 Conditions de santé et de sécurité au travail des travailleuses immigrantes 43

3.2 Impact des statuts d'immigration sur la couverture médicale 44

3.3 Barrières spécifiques d'accès aux soins des travailleuses immigrantes 45

4. RISQUES SST DES TRAVAILLEUSES ENCEINTES IMMIGRANTES DANS L'HÔTELLERIE-RESTAURATION 50

4.1 Exposition aux risques chimiques dans l'hôtellerie-restauration 50

4.2 Exposition aux risques biologiques dans l'hôtellerie-restauration 52

4.3 Exposition aux risques ergonomiques dans l'hôtellerie-restauration 53

4.4 Exposition aux risques psychosociaux dans l'hôtellerie-restauration 55

4.5 Exposition aux risques liés à la sécurité dans l'hôtellerie-restauration 57

5. SYNDICALISATION ET PROTECTION DES TRAVAILLEUSES DANS L'HÔTELLERIE ET LA RESTAURATION AU QUÉBEC 59

5.1 Historique des luttes syndicales dans le milieu de l'hôtellerie 61

5.2 Historique des luttes syndicales dans le milieu de la restauration *63*

CHAPITRE 3 CADRE THEORIQUE **65**

6. THEORIE INTERSECTIONNELLE DE CRENSHAW (1989) 65

1.1 Approche intersectionnelle en relations industrielles *67*

1.2 Application de la théorie intersectionnelle à notre problématique *68*

7. CONTINUUM SST DE BARIL-GINGRAS ET COX (2022) 71

2.1 Points clés du cadre théorique de Baril-Gingras et Cox *71*

2.2 Application de la théorie de Baril-Gingras et Cox à notre problématique *73*

8. THEORIE DE LA STRUCTURATION DE GIDDENS 77

3.1 Points clés de la théorie de la structuration de Giddens *78*

3.2 Application de la théorie de la structuration à notre problématique *81*

9. INTEGRATION DU CADRE THEORIQUE 84

CHAPITRE 4 MÉTHODES **87**

1. STRATÉGIE DE RECHERCHE POUR L'ÉTUDE DES TRAVAILLEUSES ENCEINTES IMMIGRANTES 87

2. POPULATION, ÉCHANTILLONNAGE ET RECRUTEMENT 88

2.1 Population à l'étude *88*

2.2 Stratégie d'échantillonnage *90*

2.3 Méthodes de recrutement adaptées au secteur de l'hôtellerie-restauration *92*

3. COLLECTE DE DONNÉES 92

4. ANALYSE DES DONNÉES 94

4.1 Méthodes d'analyse *94*

4.2 Analyse d'un webinaire sur le PMSD *95*

4.3 Analyse de la jurisprudence : approche sociologique *96*

4.3 Stratégies pour limiter les biais d'interprétation *101*

4.4 Synthèse des résultats *101*

5. Considérations éthiques 102

CHAPITRE 5 RÉSULTATS 103

1. Règles mobilisees dans l'acces au PMSD 103

1.1 L'obstruction patronale et le paradoxe de l'aptitude médicale 103

1.2 La rigueur des délais et des procédures de contestation 104

1.3 Le statut migratoire comme règle d'exclusion administrative 105

1.4 La rupture du lien d'emploi comme fin de non-recevoir 106

2. Ressources mobilisees et effectivite du droit au PMSD 107

2.1 Ressources matérielles 107

2.2 Ressources humaines 109

2.3 Ressources informationnelles 116

3. Obstacles structurels et administratifs liés à l'accès aux ressources 119

3.1. Précarité liée au statut migratoire 119

3.2. Précarité liée au statut social 121

3.3. Barrière linguistique 124

4. Normes organisationnelles dictant le processus d'accès au PMSD 126

4.1. Absence de traduction 126

4.2. Pression patronale 128

4.3. Manque d'information 130

4.4. Résistance des employeurs envers l'affectation 132

4.5. Rigidités administratives et entraves bureaucratiques 134

CHAPITRE 6 DISCUSSION 137

1. Principales contributions empiriques 137

2. Intersectionnalite, continuum SST et structuration : une lecture croisee des resultats 141

2.1 Mobilisation du continuum SST de Baril-Gingras et Cox selon les axes de Tucker 142

2.2 Mobilisation de la théorie intersectionnelle de Crenshaw 149

2.3 Mobilisation de la théorie de structuration de Giddens 156

2.4 Articulation des trois cadres : une lecture intégrée des inégalités d'accès au PMSD 162

3. FORCES ET LIMITES DE CETTE ETUDE 164

4. PISTES DE RECHERCHE FUTURES 167

5. RECOMMANDATIONS 168

5.1. Pour la CNESST 168

5.2. Pour les syndicats 170

5.3. Pour les employeurs 171

CONCLUSION 173

RÉFÉRENCES 175

ANNEXE 1 : CERTIFICAT ÉTHIQUE UQO 183

ANNEXE 2 : AFFICHE DE RECRUTEMENT POUR LES TRAVAILLEUSES 185

ANNEXE 3 : GRILLES D'ENTRETIEN 186

ANNEXE 4 : RÉSUMÉ DES DÉCISIONS DE JURISPRUDENCE 191

Chapitre 1 Problématique

Au Québec, le cadre législatif en matière de santé et sécurité au travail (SST) inclut plusieurs dispositions pour protéger la travailleuse enceinte et qui allaite. Toutefois, l'application pratique de ces lois et règlements peut révéler des disparités, particulièrement pour les femmes issues de l'immigration récente (Hanley et al., 2014). Ce constat devient d'autant plus significatif lorsqu'on se penche sur des secteurs tels que l'industrie de l'hébergement et de la restauration (SCIAN 72)[1] du Québec, en raison de sa composition démographique, sa nature dynamique et ses conditions de travail particulières. Cette étude propose de dévoiler les nuances et les complexités entourant le vécu des travailleuses enceintes récemment arrivées au Québec et travaillant dans le secteur de la restauration et de l'hébergement, tout en mettant en lumière les représentations et les pratiques actuelles de gestion de la santé et de la sécurité du travail entourant la grossesse, dans ce secteur d'activité.

Le programme québécois de prévention Pour une maternité sans danger (PMSD) a été créé en 1981 dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail du Québec, adoptée en 1979. Le programme est administré par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) pour assurer « le maintien en emploi sans danger de la travailleuse enceinte ou qui allaite » (CNESST, 2026). Son objectif principal est de protéger la santé des

1 Ce secteur regroupe les établissements offrant de l'hébergement de courte durée et des services associés, tels que les hôtels, motels, auberges, centres de villégiature, gîtes, campings, et autres types d'hébergement. Il inclut également ceux préparant des repas, des repas légers et des boissons destinés à la consommation immédiate, sur place ou à emporter. (Gouvernement du Québec, 2024)

femmes enceintes et de leurs fœtus, notamment au moyen du droit de retrait préventif. Ce droit s'inscrit dans la *Loi sur la santé et sécurité du travail du Québec* (LSST) (RLRQ, c.S-2.1). Il permet à une travailleuse enceinte ou qui allaite, munie d'un certificat médical attestant que les conditions de son travail présentent des dangers pour sa santé ou le développement de son enfant à naître, de demander d'être réaffectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir (LSST, article 40). Dans les cas où une telle affectation n'est pas possible, la travailleuse a le droit de se retirer temporairement de son environnement de travail jusqu'à ce qu'une affectation appropriée devienne possible ou jusqu'à ce qu'elle accouche (LSST, article 41), et ce, avec une légère perte de revenu seulement (90% de son salaire net après les 5 premiers jours d'absence) et en maintenant une sécurité d'emploi (LSST, art. 43; LNT, art. 81.15.1). Les travaux de McDonald (1994) et Croteau et al. (2006, 2007) ont démontré l'efficacité du droit de retrait préventif pour la travailleuse enceinte à réduire les complications durant la grossesse et la fréquence des naissances de bébés de petits poids.

Dans le secteur de l'hébergement et de la restauration au cours de la période de 2018 à 2021, le taux de demandes de retrait préventif acceptées n'a été, en moyenne, que d'environ 6,95%, comme indiqué dans le rapport de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail en 2023 (CNESST, 2023a). Pourtant, selon ces mêmes données de la CNESST, 55,1%, soit plus de la moitié des réclamations acceptées pour le droit de retrait préventif, émanent de secteurs à prédominance féminine, dont l'industrie de l'hébergement et la restauration fait partie. Ce constat soulève des interrogations quant à la connaissance et l'accès du programme aux travailleuses du secteur de l'hébergement et de la restauration. Il semble exister des barrières qui méritent une analyse approfondie. Or, si plusieurs études se sont intéressées à la question de l'accès

au retrait préventif dans des milieux fortement syndiqués au Québec, comme les soins infirmiers (Gravel, 2017), aucune à notre connaissance ne s'est encore intéressée à l'industrie de l'hébergement et de la restauration ni à la population spécifique des travailleuses immigrantes récentes.

Comme le soulignent Mansour et Tremblay (2018), au Québec, le secteur de l'hébergement et de la restauration occupe une place de choix dans l'économie, se classant cinquième en termes de contribution à l'exportation avec des recettes financières s'élevant à 10,6 milliards de dollars. Au total, au Québec en 2024, sur 207 400 employés du secteur de l'hébergement et de la restauration, 52,5 % sont des femmes (Gouvernement du Québec, 2024). Cela permet de constater l'importance de la main-d'œuvre féminine dans ce domaine. Par ailleurs, des données récoltées lors du recensement de 2021 de Statistique Canada auprès de la population immigrante âgée de 15 ans ou plus au Québec (Recensement 2021, Statistique Canada, 2024) révèlent que les services d'hébergement et la restauration est le septième secteur (sur 20 selon le système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN)) en importance dans lesquels on retrouve le plus de femmes issues de l'immigration. Spécifiquement, 122 530 femmes immigrantes issues de la population active âgée de 15 ans ou plus travaillaient dans ce secteur, selon le recensement de 2021 (Statistique Canada, 2024).

La pandémie mondiale de COVID-19 qui s'est déclenchée le 11 mars 2020 au Québec a également affecté grandement le secteur de l'hôtellerie et de la restauration (Coustere, Fleury et Bélanger, 2021). En effet, il est indiqué que ce secteur est celui à avoir été le plus touché par les pertes d'emploi au Québec (Coustere, Fleury et Bélanger, 2021). Pour les travailleurs migrants occupant de nombreux emplois dans ce secteur, le contexte pandémique aura entraîné des

conséquences marquantes, autant sur leur vie professionnelle que sur leur réalité migratoire (Coustere, Fleury et Bélanger, 2021).

Ce constat permet de mettre en contraste non seulement l'importance économique de ce secteur, mais aussi sa vulnérabilité, car il est caractérisé par une certaine précarité et des risques multiples. En effet, les travailleurs et travailleuses des secteurs de l'hébergement et de la restauration sont confrontés aux risques à la SST, identifiés par la CNESST, à savoir les risques chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux et ceux liés à la sécurité (CNESST, 2026b). Les auteurs Poulin et Aubry (1997) ont également mis en lumière des conditions particulièrement difficiles pour les femmes des secteurs de l'hébergement et de la restauration, relatant différentes formes de discrimination et de préjudices reliés aux conditions de travail et à l'organisation du travail que vivent ces travailleuses. Toutefois, ces études restent limitées quant à la compréhension des expériences spécifiques de la grossesse des travailleuses immigrantes dans ces milieux de travail. L'examen de ces aspects, dans un contexte où ces femmes jouent un rôle central dans ce secteur clé de l'économie québécoise, devient donc non seulement pertinent d'un point de vue scientifique, mais aussi impératif pour une appréhension complète des dynamiques de SST qui se jouent au sein de cette industrie, dans une perspective de justice sociale.

Comme l'ont montré les auteurs Moyce et Schenker (2018), les femmes immigrantes sont confrontées à des risques accrus et sont plus susceptibles de se retrouver en situation de vulnérabilité en matière de SST. Ces travailleuses sont souvent moins bien informées de leurs droits en SST (Hanley et al., 2014) et rencontrent des obstacles accrus pour accéder aux régimes de SST, notamment en raison de la barrière de la langue, du manque d'information et de possibilités d'emploi limitées (Conseil du statut de la femme, 2021; Gravel et al., 2012). Plusieurs études ont

en outre montré que ces travailleuses sont également confrontées à des risques plus importants en lien avec la grossesse, exacerbés par une couverture parfois inadéquate de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et/ou un accès limité aux services médicaux (Cébron, 2022). Des études menées tant au Canada qu'au Québec (Lebrun, 2009; Rousseau et al., 2008 cités dans Hanley et al., 2014) ont mis en évidence un lien entre l'accessibilité au système de santé, le statut d'immigration et les inégalités rencontrées par les migrants dans l'accès aux soins. Ces barrières se traduisent par un nombre de suivis de grossesse en moyenne plus réduit, voire inexistant, pour les femmes immigrantes, et, lorsque ces suivis ont lieu, ils se font fréquemment plus tardivement dans leur grossesse (Hanley et al., 2014). La précarité des conditions de travail et la multiplicité des facteurs de risque à la SST dans le secteur de la restauration et de l'hébergement, conjugué à l'importance de sa main-d'œuvre féminine, en particulier immigrante, ainsi qu'aux difficultés spécifiques auxquelles ces travailleuses immigrantes sont confrontées pendant la grossesse, soulignent l'urgence et la pertinence d'une étude approfondie dans ce secteur pour comprendre l'expérience qu'elles font et l'accès qu'elles ont au programme Pour une maternité sans danger de la CNESST. Cette recherche se veut donc une contribution significative à la littérature existante, en offrant une perspective nouvelle et nécessaire sur les défis uniques rencontrés par les travailleuses immigrantes enceintes dans les secteurs de la restauration et de l'hébergement au Québec.

Sur le plan théorique, l'étude s'articulera autour d'une démarche, intégrant à la fois l'approche intersectionnelle de Crenshaw (1989), le continuum SST de Baril-Gingras et Cox (2022) ainsi que la théorie des ressources et des rapports de pouvoir de Giddens (1987). L'analyse intersectionnelle permettra d'identifier comment les différentes sphères d'identité et de

positionnement social (comme le statut d'immigration, le statut d'emploi, la couverture d'assurance maladie, le statut socioéconomique et les compétences linguistiques) s'entremêlent et influencent l'accès aux droits et services en matière de santé et de sécurité au travail. Le continuum SST de Baril-Gingras et Cox permettra de mettre en lumière la perspective féministe de la citoyenneté au travail en matière d'accès aux mécanismes de protection et de participation de SST des travailleuses. La théorie des ressources et des relations de pouvoir, développée par Giddens, permettra d'approfondir la compréhension des mécanismes par lesquels ces facteurs d'intersectionnalité peuvent influencer l'autonomie et mener à des dynamiques de pouvoir et des structures de ressources qui soutiennent ou entravent l'accès au programme de retrait préventif pour les travailleuses enceintes et qui allaitent, issues de l'immigration récente.

Dans ce contexte, l'étude examine la question suivante : comment les travailleuses enceintes issues de l'immigration récente du secteur de l'hébergement et de la restauration au Québec naviguent-elles et influencent-elles les pratiques de gestion et les représentations de la grossesse au travail, dans le cadre du droit de retrait préventif et de l'évolution des politiques et pratiques de gestion de santé et sécurité ?

Pour répondre à cette question complexe, la recherche est structurée autour de trois sous-objectifs principaux :

1) Évaluer les pratiques et les attitudes envers la grossesse et le retrait préventif dans le secteur de l'hébergement et de la restauration ;
2) Identifier les ressources mobilisées par les travailleuses de ce secteur, issues de l'immigration récente, pour favoriser leurs santé, sécurité et maintien en emploi durant la grossesse;

3) Examiner comment la mobilisation de ces ressources influence les pratiques existantes et les représentations culturelles et organisationnelles en matière de gestion de la grossesse au travail et du droit de retrait préventif en milieu de travail, en prenant en compte les dynamiques de genre et de pouvoir.

Les retombées potentielles de cette étude sont multiples tant sur le plan scientifique que pratique. Sur le plan scientifique, en se concentrant pour la première fois au Québec sur la population des femmes enceintes immigrantes, elle vient éclairer les dynamiques de genre et intersectionnelles dans le contexte de la santé et sécurité au travail (SST) et du retrait préventif. Les résultats pourraient contribuer à l'évolution des théories intersectionnelles en SST, en mettant en évidence l'interaction complexe entre la migration, le travail, la grossesse et la SST. Sur le plan pratique, cette recherche permettra d'identifier les lacunes des mécanismes de protection des droits en matière de SST parmi les travailleuses enceintes immigrantes, ce qui pourrait mener à l'élaboration de mesures spécifiques pour mieux les protéger, ainsi que leur fœtus. En renforçant la connaissance des droits et la sécurité au travail, cette recherche contribue à l'intégration des immigrantes dans le milieu de travail et leur société d'accueil. De plus, les résultats pourraient encourager les employeurs à se conformer à la législation en vigueur, réduisant ainsi les risques de litiges et de sanctions. En résumé, cette étude fournira des données précieuses pour les décideurs politiques, les employeurs, les professionnels de la santé, les chercheurs en SST, ainsi que pour les travailleuses enceintes et leur enfant à naître, renforçant ainsi leurs droits et conditions de travail sécuritaires.

Chapitre 2 Recension des écrits

1. Présentation détaillée du PMSD

Comme mentionné dans la section précédente, en vertu des articles 40 et 41 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, « la travailleuse enceinte ou qui allaite a le droit de travailler sans danger ou d'être immédiatement affectée à d'autres tâches ne comportant pas de dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir » (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2021). Le programme Pour une maternité sans danger (PMSD) vise à protéger la santé de la travailleuse enceinte ou qui allaite ainsi que celle de son enfant à naître, notamment par l'affectation à des tâches sécuritaires, ou, à défaut, par le retrait préventif (CNESST, 2026).

1.1 Critères d'accessibilité des travailleuses enceintes au PMSD

L'accès au PMSD est possible pour toutes les travailleuses québécoises qui vivent une grossesse ou qui allaitent, sous cinq conditions.

Les femmes enceintes ou qui allaitent doivent en premier lieu pouvoir se définir comme travailleuses selon la définition prévue par la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST, art. 1). Selon l'article 1 de la LSST, une travailleuse est une personne qui exécute, en vertu d'un contrat de travail ou d'apprentissage, même sans rémunération, un travail pour un employeur, y compris une étudiante effectuant, sous la responsabilité d'un établissement d'enseignement, un stage d'observation ou de travail. Sont toutefois exclus de cette définition (1°) les gérants, surintendants, contremaîtres ou représentants de l'employeur dans leurs relations avec les travailleurs et (2°) les administrateurs ou dirigeants d'une personne morale. L'article 11 accorde néanmoins à ces

personnes les droits prévus aux articles 9, 10 et 32 à 48, ce qui inclut le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (art. 40 à 48). Les travailleuses autonomes en sont pour leur part exclues, l'article 7 leur imposant toutefois certaines obligations, à moins d'être incorporées. Cette définition, bien que large, peut poser des difficultés dans les cas où une travailleuse occupe successivement plusieurs contrats à durée déterminée. Dans ces situations, les tribunaux ne s'arrêtent pas à la forme contractuelle : ils examinent la réalité concrète de la relation d'emploi, conformément à l'approche interprétative retenue par la Cour suprême du Canada (*Rizzo & Rizzo Shoes Ltd. (Re)*, [1998] 1 RCS 27).

En deuxième lieu, elles doivent démontrer que leurs conditions de travail comportent des dangers à la santé pour elles à cause de leur état de grossesse, leurs fœtus ou leurs bébés qu'elles allaitent (LSST, art. 40 et 41). En troisième lieu, elles doivent être aptes à travailler (CNESST, 2026). Dans l'éventualité où le médecin de la travailleuse constate son inaptitude au travail pour des facteurs reliés uniquement à sa condition médicale, celle-ci doit se prévaloir d'un congé de maladie auprès de son employeur (Laroche & Legault, 2022, pp. 75–78). Si la travailleuse est syndiquée, elle demandera des prestations d'assurance-salaire prévues par sa convention collective (Laroche, 2022). Dans le cas contraire, la travailleuse non syndiquée demandera des prestations de maladie par l'entremise de l'assurance-emploi (Laroche & Legault, 2022). En quatrième lieu, elles doivent être prêtes à accepter une affectation (CNESST, 2026). Enfin, la travailleuse doit obtenir un certificat médical attestant la présence de dangers pour sa grossesse ou pour l'enfant à naître, délivré par un professionnel de la santé autorisé au moyen du formulaire prévu par la CNESST, et le remettre à son employeur afin que celui-ci puisse évaluer les possibilités d'élimination du danger ou d'une affectation à des tâches sécuritaires (LSST, art. 40.1).

1.2 Rôle et responsabilité des acteurs impliqués dans le PMSD

La démarche en vue de participer au PMSD implique trois acteurs principaux : la travailleuse enceinte ou qui allaite, le professionnel qui effectue le suivi de la grossesse, à savoir le médecin traitant ou un infirmier praticien spécialisé (IPS) ou encore une sage-femme ainsi que l'employeur (CNESST, 2026). Depuis l'adoption de la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (LQ 2021, c 27, ci-après, dénommée LMRSST), un rôle accru[2] également accordé à la santé publique, chargée d'élaborer des protocoles destinés à soutenir l'évaluation des dangers liés aux conditions de travail et à proposer des mesures de prévention adaptées pour assurer la sécurité des travailleuses enceintes ou qui allaitent (Laroche & Legault, 2022). L'objectif ainsi que le contenu des protocoles seront expliqués à la prochaine section. Même si ces acteurs ont chacun leurs rôles et responsabilités à jouer dans ce programme de prévention, il est important de mentionner que la démarche initiale provient de la travailleuse qui identifie un ou des dangers possibles pour sa grossesse et pour la santé de son enfant à naître (CNESST, 2021). Dans le cas de notre recherche, cet aspect est crucial, puisque la littérature suggère que les travailleuses migrantes rencontrent plusieurs barrières additionnelles lorsqu'on les compare avec les travailleuses natives du Québec (Cébron, 2022).

[2] Une distinction entre les rôles de la santé publique national et régional est à noter. Le directeur national de la santé publique élabore les protocoles. Lorsqu'aucun protocole n'est disponible, le médecin de santé au travail ou le directeur de santé publique de la région intervient (CNESST, 2023b).

1.3 Démarche d'accès au PMSD

Dans la perspective d'accès au PMSD, selon la CNESST (2026a), la travailleuse enceinte ou qui allaite qui pense que ses conditions de travail peuvent être dangereuses doit d'abord obtenir du professionnel le *Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite* de la CNESST. La travailleuse joue un rôle central dans la démarche en décrivant à son médecin ou à son IPS ses tâches, ses conditions de travail et les risques auxquels elle est exposée[3]. Le professionnel de la santé (souvent un médecin) peut également consulter les protocoles établis par la santé publique et, au besoin, obtenir des informations complémentaires auprès de l'employeur ou d'autres ressources en santé au travail afin d'apprécier adéquatement les dangers liés aux conditions de travail.

Le professionnel de la santé procède ensuite à une évaluation de la travailleuse afin de s'assurer qu'elle est apte au travail et d'évaluer les dangers que ses conditions de travail peuvent représenter pour sa santé ou pour celle de l'enfant à naître. Avant la LMRSST, la Loi sur la santé et la sécurité du travail prévoyait que le certificat donnant droit au retrait préventif devait être délivré par le médecin assurant le suivi de la grossesse ou de l'allaitement de la travailleuse. Ce médecin devait toutefois obligatoirement obtenir l'avis du médecin responsable des services de santé de l'établissement de l'employeur ou, à défaut, du directeur de santé publique de la région dans laquelle se trouve l'établissement. C'est à la suite de cette consultation que le médecin

[3] Quelques articles de la LSST tels les articles 2, 12 et 49 reconnaissent et encadrent la participation des travailleurs et des travailleuses à l'identification et à l'élimination des risques.

remettait à la travailleuse enceinte ou qui allaite le certificat lui permettant d'exercer son droit au retrait préventif.

Depuis l'adoption de la LMRSST, avant de fournir le certificat à sa patiente, le professionnel s'appuie sur les protocoles établis par le directeur national de santé publique, créés en vertu de l'article 48.1 de la LSST afin de déterminer si des dangers pour la santé existent pour la travailleuse enceinte ou qui allaite (LSST, art. 40.1). Ces protocoles ont pour objectif de reconnaître les dangers pour la travailleuse qui vit une grossesse ou qui allaite et les conditions de travail qui y sont rattachées (LSST, art. 40, 41, 46, 47 et 48.1). De plus, ils précisent les tâches alternatives que la travailleuse peut accomplir en remplacement (LSST, art. 40 et 48.1). À l'heure actuelle, concernant le milieu de l'hôtellerie et de la restauration, il y a seulement le protocole pour les serveuses d'aliments et de boissons (barmaids). Dans l'éventualité où un protocole n'a pas encore été mis en place, le médecin suit la procédure d'avant la LMRSST (Laroche, 2022). Une copie du certificat doit également être envoyée à la CNESST (LSST, art. 40.1).

Au niveau de l'employeur, une évaluation de la demande et du poste de travail doit être effectuée lors de la réception du *certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite* (CNESST, 2026a). Comme mentionné dans l'article 51 de la LSST ainsi que dans l'article 122, alinéa 21 de la LNT, l'employeur doit impérativement retirer toute menace potentielle reliée à l'environnement de travail de la travailleuse mentionnée dans le

certificat[4]. Pour ce faire, il peut « éliminer à la source le danger, modifier la ou les tâches, adapter le poste de travail, affecter la travailleuse à d'autres tâches qu'elle sera raisonnablement en mesure d'accomplir » (CNESST, 2026a). Lorsqu'aucune de ces options n'est possible, la travailleuse enceinte ou qui allaite est alors retirée du travail. Comme expliqué plus haut, l'action de retirer la travailleuse enceinte ou qui allaite de son milieu de travail n'est pas le but initial de la loi LSST et du PMSD. En fait, la remise du *certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite* par la travailleuse à sa gestion sous-entend une requête pour une affectation. Il est important de préciser que l'employeur n'est pas contraint d'offrir une affectation, même si la CNESST encourage les employeurs à le faire, et peut choisir l'option du retrait préventif du travail pour la travailleuse. Dans l'éventualité où la travailleuse est retirée de son poste en raison des dangers actuels pour sa grossesse, l'employeur peut quand même rappeler la travailleuse au travail lorsque les dangers ont été complètement supprimés. Il est aussi possible pour l'employeur de proposer à la femme enceinte une affectation, et ce, à toute occasion. De plus, la travailleuse enceinte qui obtient une affectation ou qui est retirée de son milieu de travail demeure protégée au niveau de son poste de départ, puisque l'employeur a l'obligation de lui redonner son poste à son retour (LSST, art. 43).

1.4 Conditions de travail pendant le retrait préventif lié au PMSD

Au niveau des conditions salariales de la travailleuse qui se voit affectée dans un autre poste, l'employeur a l'obligation de lui offrir la même rémunération que son poste substantif

[4] Le retrait doit se faire dès qu'il existe un danger, même sans la présence d'un certificat (LNT, art. 122, dernier alinéa).

(LSST, art. 43). Ainsi, la travailleuse enceinte ou qui allaite maintient l'ensemble de ses bénéfices qu'elle avait avant son affectation (LSST, art. 43). Au niveau du retrait préventif, la travailleuse enceinte ou qui allaite obtient 100% de son salaire pour les 5 premiers jours suivant son arrêt de travail et l'équivalent de 90 % de son salaire net pour les semaines suivantes (CNESST, 2026a).

1.5 Analyse des défis d'application du PMSD sur le terrain

Cette vue d'ensemble du programme PMSD permet d'avoir une compréhension théorique du fonctionnement de cette initiative. Cependant, l'évaluation de son application pratique dans les milieux de travail soulève plusieurs questions :

1) Est-ce que l'objectif principal du PMSD, c'est-à-dire l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite, est connu et compris des parties prenantes (travailleuse enceinte ou qui allaite, le médecin traitant /IPS/sage-femme, employeur et santé publique) ?

2) Est-ce que les travailleuses enceintes et allaitantes sont suffisamment informées de l'existence du PMSD et de ses modalités ?

3) Les employeurs connaissent-ils leurs obligations légales concernant le PMSD ?

4) Est-ce que l'application du PMSD est systématiquement respectée par les employeurs ?

Ces questions apparaissent légitimes, notamment à la lumière de l'étude d'Anne Renée Gravel sur le droit du retrait préventif dans le milieu hospitalier au Québec en 2017, qui a fait ressortir certains enjeux quant à la compréhension et à l'application du PMSD (Gravel, 2017). En effet, il semble y avoir une confusion chez les travailleuses enceintes ou qui allaitent, puisque certaines pensent que le droit de retrait du travail vise en premier lieu le retrait du travail de la

femme enceinte (Gravel, 2017), plutôt que sa réorganisation ou la réaffectation à des tâches sécuritaires.

Selon Gravel (2017), cette impression de la part des travailleuses peut provenir de la perception qu'ont certains représentants des syndicats locaux sur les attentes et besoins des travailleuses enceintes. En effet, leur position serait de militer pour que toutes les travailleuses enceintes ou qui allaitent soient retirées de leur milieu de travail (Gravel, 2017). Malenfant et Blanchet (1993) expriment que l'affectation peut même avoir une connotation punitive et inéquitable au sein des travailleuses lorsqu'elles se comparent à leurs collègues qui ont été retirées du milieu de travail. Deux facteurs pourraient expliquer cette position de la part du syndicat.

Premièrement, tant et aussi longtemps que le droit de retrait préventif n'engendre pas un déclin au niveau des conditions de travail d'une travailleuse enceinte ou qui allaite syndiquée, les syndicats locaux seraient d'avis que ce droit est un enjeu relevant d'intérêts individuels et non collectifs (Gravel, 2017). Les syndicats se porteraient à la défense de la travailleuse enceinte ou qui allaite dans une situation où l'entreprise pour laquelle elle travaille ne suivrait pas les recommandations indiquées sur le certificat de retrait préventif. Aussi, les syndicats s'impliqueraient lorsque l'organisation des équipes de travail est perturbée par l'affectation d'une travailleuse enceinte ou qui allaite.

Deuxièmement, plusieurs syndicats souhaiteraient protéger en priorité l'ancienneté de leurs membres, même si cela peut limiter les accommodements à faire pour les femmes qui attendent un enfant dans le contexte du travail (Gravel, 2017). Concrètement, dans le cadre du droit au retrait préventif, les syndicats locaux pourraient ne pas être favorables à l'option de l'affectation, par exemple, quand certaines situations demandent la création de nouveaux postes réservés à une

travailleuse enceinte ou qui allaite qui a obtenu le certificat, ce qui pourrait désavantager leurs membres qui ont plus d'ancienneté. Nous aborderons plus en détail le rôle et l'importance du syndicat dans la question du droit du retrait préventif de la femme enceinte ou qui allaite.

En ce qui concerne l'application du PMSD par les employeurs, l'étude de Gravel (2017) illustre l'hésitation que peuvent avoir les employeurs face à l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite. En 2018, Laroche & Legault (2022) rapporte que 43% des travailleuses qui profitaient du PMSD étaient retirées de leur emploi alors que 30% profitaient d'une affectation. Cette hésitation des employeurs viendrait de l'impact économique qu'engendrent les aménagements nécessaires au niveau de l'organisation du travail afin de respecter la Loi sur la santé et la sécurité au travail (Gravel, 2017). C'est également ce qui semble être rapporté dans la littérature, « que les coûts qu'entraînent ces changements représentent un frein important à la modification des milieux de travail. Ils sont très mal acceptés lorsque les réaménagements sont considérés temporaires dans le cas d'une période de grossesse » (Malenfant et Blanchet, 1993, p.66).

L'action individuelle pour bénéficier du PMSD définit le processus d'accès au PMSD, puisque ce sont les travailleuses qui doivent rassembler les différents acteurs impliqués dans le programme pour y avoir accès, mais aussi pour négocier leurs conditions de travail afin de respecter les indications sur leur billet médical. Cette action individuelle constitue un désavantage important pour les travailleuses plus vulnérables, comme les travailleuses migrantes, puisque leur pouvoir est limité (Malenfant, 1996). Les travailleuses moins informées, moins militantes et avec un soutien insuffisant de leur milieu de travail, se retrouvent plus souvent démunies et font face davantage au retrait du marché du travail (Malenfant, 1996, 1998). Certains employeurs vont même jusqu'à «

utiliser la réaffectation en milieu de travail comme un moyen de contrôler la demande de retrait préventif plutôt que de se soucier d'atteindre les objectifs de maintien en emploi conçus par le législateur » (Tardif, 1994; Legault, 1986, 1985, cités dans Malenfant, 1996, p.107). Le droit au retrait préventif se retrouve ainsi au cœur des rapports de force entre les différentes parties impliquées dans l'accès au PMSD, puisque la mise en place des mesures d'adaptation pour les travailleuses enceintes dépend de ce jeu de pouvoir et favorise la perpétuation des inégalités sociales (Malenfant, 1998). C'est dans cet esprit qu'il est primordial que nous nous attardions « aux conditions ou à la marge de manœuvre qu'ont les acteurs, selon la position sociale qu'ils occupent dans le système, pour agir » (Malenfant et Blanchet, 1993, p.65).

L'étude d'Anne Renée Gravel (2017) et la littérature laissent ainsi présager que les intérêts économiques et la capacité de l'organisation à fonctionner efficacement au quotidien pourraient primer sur les mesures visant à modifier l'organisation du travail pour favoriser la conciliation travail/grossesse. Il sera intéressant d'analyser si les résultats obtenus par Gravel dans le milieu de la santé reflètent des enjeux comparables au niveau des travailleuses immigrantes dans le domaine de l'hôtellerie et de la restauration, en tenant compte des spécificités organisationnelles, économiques et sociodémographiques propres à ce milieu.

2. Genre et accès au régime SST

Le cœur de cette étude repose sur l'analyse de l'application du droit au retrait préventif dans un secteur d'activité jugé à risque, l'hôtellerie et de la restauration, caractérisé par une prédominance de femmes issues de l'immigration. Le droit au retrait préventif s'adresse spécifiquement aux travailleuses enceintes ou qui allaitent dans le cadre du régime de santé et de

sécurité du travail. L'analyse de ce dispositif nécessite donc l'adoption d'une perspective de genre afin de mieux comprendre comment les rapports sociaux de genre peuvent influencer l'accès des femmes au régime québécois de santé et de sécurité du travail.

L'objectif de cette section est de mettre en lumière les barrières systémiques, les inégalités de genre, et les difficultés rencontrées par les femmes dans ces secteurs pour bénéficier de la protection offerte par le régime SST. Cela inclut l'examen des inégalités en matière d'accès à l'information en SST, la répartition genrée des tâches jugées à risque, et l'influence des rôles sociaux sur la capacité des femmes à exercer pleinement leurs droits. Cette mise en contexte est nécessaire pour analyser comment ces inégalités structurelles affectent la santé des travailleuses enceintes ou allaitantes, et dans quelle mesure le cadre légal actuel répond efficacement à ces enjeux. En effet, bien que les protections prévues par le régime québécois de santé et de sécurité du travail s'appliquent formellement à l'ensemble des travailleurs et travailleuses, plusieurs travaux ont montré que l'accès effectif à ces droits peut varier selon la position occupée dans les rapports sociaux de travail, notamment en fonction du genre, du statut migratoire ou du secteur d'activité (Messing, 2022; Premji, 2014). L'accès effectif au droit au retrait préventif dépend donc non seulement du cadre légal, mais aussi des rapports de pouvoir qui structurent les relations de travail et les interactions entre les différents acteurs impliqués.

2.1 Historique du régime de SST au Québec

Cette section présente un bref historique du régime de SST au Québec. En 1979, le gouvernement du Québec a adopté la LSST, qui entraînera en 1980 la création et le début des activités de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) (CNESST, 2021b). Par ailleurs, la CSST a remplacé la Commission des accidents du travail (CAT). La CSST avait trois

objectifs : indemniser les travailleurs victimes d'un accident de travail à travers un fonds dont les employeurs ont l'obligation de participer, assurer au travailleur par le pouvoir de la LSST le droit à un environnement de travail qui préserve sa santé, sa sécurité et son intégrité physique ainsi que de créer, de suggérer et de mettre en vigueur des politiques visant la santé et la sécurité du travail. Quelques mois après la création de la CSST, le 16 avril 1980, la Commission des normes du travail (CNT) est mise sur pied pour assurer l'application de la Loi sur les normes du travail (LNT) (CNESST, 2021b). La CSST, la CNT et la Commission de l'équité salariale feront partie du projet de loi 42 visant à les fusionner pour ainsi former la CNESST en 2016. Le même projet de loi avait comme objectif d'instituer le TAT pour exercer les compétences de la Commission des lésions professionnelles et de la Commission des relations de travail. Toujours en 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST) est mis sur pied avec comme mission de contribuer au domaine de la recherche en santé et en sécurité afin de répondre aux besoins de la CSST. La LSST a également marqué un tournant majeur en introduisant des mesures spécifiques pour protéger la santé des travailleuses, incluant les dispositions pour les travailleuses enceintes ou allaitantes et le programme Pour une maternité sans danger, introduit en 1981 (CNESST, 2021b).

Le programme Pour une maternité sans danger s'inscrit également dans la logique de prévention primaire qui structure la Loi sur la santé et la sécurité du travail (Gouvernement du Québec, 1978). En principe, le dispositif vise d'abord l'élimination à la source des dangers présents dans l'environnement de travail, ou, à défaut, l'affectation de la travailleuse à des tâches sécuritaires, plutôt que son retrait du travail. Toutefois, plusieurs travaux ont montré que, dans la pratique, le programme est fréquemment appliqué sous la forme d'un retrait préventif plutôt que

comme un levier de transformation des conditions de travail (Malenfant et Blanchet, 1993; Messing, 2000; Gravel, 2017).

Quelques années plus tard, soit en 1985, la Loi sur les accidents du travail et des maladies professionnelles (LATMP, RLRQ c A-3.001) entre en vigueur. La LATMP vise « la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les bénéficiaires ». Concrètement, la LATMP prévoit que :

> Le processus de réparation des lésions professionnelles comprend la fourniture des soins nécessaires à la consolidation d'une lésion, la réadaptation physique, sociale et professionnelle du travailleur victime d'une lésion, le paiement d'indemnités de remplacement du revenu, d'indemnités pour préjudice corporel et, le cas échéant, d'indemnités de décès (LATMP, RLRQ c A-3.001, art. 1).

Dans le cadre de son retour au travail, le salarié a le droit, par la loi, de retourner au poste d'origine qu'il occupait lorsque la blessure professionnelle s'est produite ou de s'orienter vers un emploi comparable dans la même organisation (LATMP, art. 240).

2.2 Mécanismes de prévention prévus par la LSST

Dans cette section, le cadre régissant les mécanismes de prévention sera expliqué. En vertu de l'article 51 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), « tous les employeurs au Québec sont soumis aux obligations générales de protéger la santé et d'assurer la sécurité et l'intégrité physique[5] des travailleurs et travailleuses ». Les organisations ont donc des obligations légales. Cependant, toutes les organisations n'ont pas les mêmes règles à suivre. En effet, les

[5] L'intégrité psychique a été ajoutée dans cette définition avec le projet de loi 59 (maintenant la LMRSST).

secteurs d'activité économique sont classés en groupes prioritaires. Dans la section 2.2.1, nous expliquerons l'ancien modèle des groupes prioritaires qui regroupe des secteurs économiques similaires en matière de risques pour la santé et la sécurité du travail. Dans la section 2.2.2, nous expliquerons les changements apportés depuis le 6 avril 2022, avec l'entrée en vigueur de la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail, et le régime intérimaire, en vigueur de 2022 jusqu'au 1er octobre 2025.

2.2.1 Ancien modèle des groupes prioritaires

Les secteurs d'activité économiques ont été créés en se fiant à la « classification des activités économiques du Québec » et devaient faire partie des employeurs qui étaient enregistrés à la Commission (CNESST, 2021a). On y comptait 32 secteurs répartis en 6 groupes. Un facteur important dans la répartition des groupes était que les secteurs d'activités économiques avaient été établis en fonction de la répétition et de la sévérité des blessures dans le contexte du travail. De cette façon, les groupes représentaient un classement en termes de priorité pour la prévention (CNESST, 2021a). C'est à la suite de la création des 6 groupes prioritaires que les obligations en matière de prévention de SST ont été établies.

Avant le 6 avril 2022, les obligations de prévention prévues par la Loi sur la santé et la sécurité du travail s'appliquaient principalement aux établissements appartenant aux groupes prioritaires 1, 2 et 3 (CNESST, 2021b). Ces organisations devaient notamment élaborer et mettre en œuvre un programme de prévention et mettre en place un programme de santé spécifique à l'établissement en collaboration avec le médecin responsable de la santé au travail. En revanche, les établissements appartenant aux groupes prioritaires 4, 5 et 6 n'étaient généralement pas

assujettis à ces obligations formelles, peu importe leur taille, sauf dans les cas où la CNESST exigeait la mise en place de mesures particulières.

Ce modèle de classification en groupes prioritaires qui était jusqu'à récemment encore en vigueur a fait face à de vives critiques à travers les années, notamment en raison de ses lacunes pour la protection des travailleuses. Tout d'abord, il était prévu que les obligations en matière de prévention de SST soient étendues graduellement aux autres groupes prioritaires, c'est-à-dire les groupes 4,5 et 6 (Messing et Boutin, 1997). Cependant, ceci ne s'est pas produit. Quelques années plus tard, le rapport du Vérificateur général du Québec de 2019 portant sur l'état de la législation en SST au Québec ira dans le même sens que les auteures Messing et Boutin (1997) en confirmant la problématique du manque d'étendue des mécanismes de prévention dans les groupes 4 à 6. L'enjeu par rapport à cette situation était que la majorité des travailleuses se retrouvaient dans ces groupes. En effet, les auteurs Messing et Boutin (1997) ont fait apparaître que 85% des femmes travaillaient dans les secteurs d'activités représentés dans ces derniers groupes prioritaires. Autant les auteures que le rapport du Vérificateur général du Québec de 2019 portant sur l'état de la législation en SST au Québec ont ainsi mis en doute la protection dont les travailleuses pouvaient bénéficier en matière de prévention en SST en raison du modèle des groupes prioritaires. Or, l'hôtellerie et la restauration relèvent précisément de ces groupes non prioritaires : l'absence de programme de prévention et de programme de santé propres à ces établissements y a laissé peu de leviers pour l'identification des dangers et l'affectation à des tâches sécuritaires, fragilisant l'accès effectif des travailleuses enceintes de ce secteur au PMSD.

2.2.2 Modernisation récente du régime de la SST

Le projet de loi no 59 visant la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail en matière de prévention et de réparation des lésions professionnelles a été présenté le 27 octobre 2020, puis sanctionné le 6 octobre 2021 à l'Assemblée nationale du Québec (Assemblée nationale du Québec). Le projet de loi avait comme objectif de modifier la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) ainsi que la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) (Baril-Gingras et Cox, 2022). Plusieurs modifications au régime de loi ont été apportées, mais seules celles pertinentes et en lien avec ce mémoire seront présentées. Deux séries de changements intéressent plus directement le PMSD : l'extension des mécanismes de prévention à l'ensemble des établissements, au-delà des anciens groupes prioritaires, ce qui rejoint des secteurs jusque-là peu couverts, comme l'hôtellerie-restauration, ainsi que la refonte du processus de certification du retrait préventif, présentée plus bas.

Les principales nouvelles dispositions en matière de prévention se déclinent comme suit :

- Pour tous les établissements de plus de 20 travailleurs, un programme de prévention devra être mis sur pied (LSST, art. 58).
- Le programme de prévention a été modernisé et celui-ci doit être construit à la suite d'une analyse de l'établissement quant aux risques pour la santé et la sécurité de leurs travailleurs. Les établissements doivent également identifier les priorités d'action à mettre en place dans le but d'éradiquer et de contenir les risques (LSST, art. 59).
- Ces mêmes établissements devront remplir un formulaire tous les 3 ans qui devra-t-être envoyé à la CNESST (LSST, art. 58). Le formulaire a pour objectif de

renseigner la CNESST sur les priorités d'actions que les établissements ont choisi de mettre en œuvre par l'entremise de leur programme de prévention.

- Tous les établissements de moins de 20 travailleurs ont l'obligation de créer un plan d'action (LSST, art. 61).

Les nouvelles obligations en matière de participation sont les suivantes :

- Tous les établissements comptant plus de 20 travailleurs, et ce, pendant une période d'au moins 21 jours consécutifs dans l'année, doivent créer un comité de santé et sécurité (CSS) au sein de l'établissement (LSST, art. 68) et un représentant(e) en santé et en sécurité (RSS) doit y être désigné par les travailleurs (LSST, art. 78).
- Le CSS a plusieurs fonctions (LSST, art. 78) :
    - Élaborer les programmes de formation en SST.
    - Déterminer les équipements de protection pour chaque travailleur.
    - Élaborer, assurer le suivi et faire des recommandations sur le programme de prévention de l'employeur.
    - Participer à la reconnaissance et l'analyse des risques SST présents dans le milieu de travail pour tous les travailleurs, mais aussi ceux âgés de moins de 16 ans.
    - Garder un registre des accidents de travail, des maladies professionnelles et des situations possibles d'en causer.
    - Analyser les avis d'accidents reçus, faire des enquêtes sur ceux-ci afin d'élaborer des recommandations à l'employeur et à la Commission.
    - Analyser les rapports d'inspection.

    - Prendre en compte les recommandations du RSS.
    - Prendre en considération les recommandations et les plaintes des travailleurs et de l'employeur.
- Pour le CSS, une formation est exigée pour les participants et il est attendu qu'une rencontre à chaque 3 mois ait lieu (LSST, art. 70).
- Pour le RSS, plusieurs formations lui sont imposées (LSST, art. 91). Ses fonctions (LSST, art. 90) consistent à :
    - Procéder à l'inspection du milieu professionnel, tant seul que lorsqu'un inspecteur est présent.
    - Analyser les avis d'accidents reçus et en faire des enquêtes.
    - Reconnaître les tâches ou situations dangereuses pour tous les employés et ceux âgés de moins de 16 ans.
    - Produire des recommandations au CSS en matière de risques psychosociaux et sur des tâches non souhaitables pour les employés âgés de moins de 16 ans.
    - Soutenir les employés dans l'exercice de leurs droits.
    - Agir lors d'un refus de travail déposé par un employé et déposer une plainte à la Commission.
    - Participer à la mise en vigueur du programme de prévention ou du plan d'action de l'employeur.
    - Participer à la reconnaissance et l'analyse des risques SST présents dans le milieu de travail.

- Pour tous les établissements de moins de 20 travailleurs, un agent de liaison en santé et en sécurité (ALSS) est obligatoire (LSST, art. 97.11) et ses fonctions sont les suivantes :
    - Adopter une approche collaborative avec l'organisation dans le but de favoriser l'échange des informations en matière de SST.
    - Déposer une plainte à la CNESST en cas de besoin.
    - Participer à la création et la mise en vigueur du PP ou du PA.
    - Élaborer des recommandations sur les enjeux de SST. L'organisation a l'obligation de répondre à celles-ci dans un délai de 30 jours.

D'autres modifications au niveau du cadre légal de la santé et sécurité au travail par l'adoption de la LMRSST valent la peine d'être présentées, puisqu'elles auront vraisemblablement des incidences sur le milieu de l'hébergement et de la restauration et plus précisément sur la santé et la sécurité des travailleuses.

Suite à la modernisation du régime, le rôle du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) a été revu dans la LSST :

- Les articles 112 et 113 de la LSST ont été modifiés pour supprimer l'obligation d'élaborer des Programmes de santé spécifiques à l'établissement (PSEE). Les organisations sont responsables d'identifier et de gérer les risques pour la santé et la sécurité du travail dans le cadre de leur programme de prévention, avec le soutien des mécanismes institutionnels prévus par la LSST (LSST, art. 51).
- Les services en santé au travail sont désormais disponibles à toutes les organisations, de toutes les industries (LSST, 94).

- Le RSPSAT, en collaboration avec le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que la CNESST, est chargé de développer des programmes de santé au travail pour soutenir les organisations dans leurs démarches de prévention (LSST, art. 107).
- Au niveau du PMSD, trois changements ont été apportés à partir du 1er janvier 2023 :
    - Conformément à l'article 48.1 de la LSST, la CNESST a mandaté le Directeur national de santé publique d'établir des protocoles pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent visant l'identification des dangers et les conditions de l'emploi qui y sont associées.
    - Lorsque les protocoles sont établis, les professionnels de la santé qui assurent les suivis de grossesse de leurs patientes n'ont plus l'obligation de communiquer avec la direction régionale de la santé publique avant de délivrer *le certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite* (LSST, art. 40).
    - Le certificat peut être rempli et signé par un éventail plus large de professionnels de la santé assurant le suivi de la grossesse, alors qu'auparavant, il devait obligatoirement être délivré par un médecin, ou par une IPS à partir de 2020 (CNESST, 2022 ; LSST, art. 46).

La Loi a également ajouté, à l'article 51 de la LSST, une obligation de l'employeur au sujet de la violence physique ou psychologique en milieu de travail, assortie d'une condition particulière pour la violence conjugale ou familiale :

- L’employeur doit désormais prendre les mesures pour assurer la protection du travailleur exposé sur les lieux de travail à une situation de violence physique ou psychologique, incluant la violence conjugale, familiale ou à caractère sexuel (LSST, art. 51, par. 16°).
- L’employeur est également tenu de prendre des mesures s’il sait, ou devrait raisonnablement savoir, qu’une travailleuse ou un travailleur soit exposé à une situation de violence conjugale ou familiale. (LSST, art. 51, al. 2).

Le projet de loi a aussi ajouté le concept d’*intégrité psychique* dans le contexte où il était question de l’intégrité physique des travailleurs (LSST, art. 2, 3, 9, 12, 13, 18, 49, 49.1, 51, 51.2, 59, 124, 167, 167.2, 179.1, 186, 196, 199, 217, 223 et 237). Par exemple, l’article 51 a été modifié pour en faire l’ajout : « L’employeur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l’intégrité physique et psychique du travailleur » (LSST, art. 51).

Une autre modification pertinente à la LSST est l’introduction de l’article 51.1.1, qui implique qu’« une agence de placement, ou tout autre employeur, qui loue ou prête les services d’une travailleuse ou d’un travailleur, ne peut transférer ou limiter ses obligations légales par contrat ou convention à une autre partie » (CNESST, 2023b, p.36). Une dernière modification mérite d’être soulignée : la LMRSST a renforcé le registre des contaminants et des matières dangereuses que l’employeur doit tenir, en prévoyant que son contenu et sa transmission à la CNESST soient déterminés par règlement (LSST, art. 52). À la suite de cette collecte d’informations, la CNESST pourra élaborer des programmes de santé au travail (LSST, art. 107).

2.3 Enjeux spécifiques à la protection SST des femmes au travail

Karen Messing, dans son livre *La santé des travailleuses* (2000), a été la première au Québec à aborder les dangers du travail pour la reproduction des femmes. Elle s'était alors inspirée des travaux de Stellman (1973, 1978), Hunt (1978) et Chavkin (1984) aux États-Unis (Gravel, 2017). Cette prochaine section sera divisée en deux volets : la place des femmes dans la recherche en santé et sécurité au Québec et leur prise en compte dans le cadre légal en matière de santé et sécurité au Québec.

2.3.1 Représentation des femmes dans les priorités de recherche en SST au Québec

Une grande partie de la recherche dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail au Québec est financée par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en Sécurité du travail (IRSST). Toutefois, Messing (2002) a mis en lumière un déséquilibre important dans la répartition des études financées. En 1999, bien que les travailleuses représentaient 45% de la population active, les études ayant reçu du financement visaient des milieux d'emploi incluant seulement environ 15% d'entre elles. Sur 88 recherches effectuées cette année-là, 76 portaient sur des milieux de travail à prédominance masculine. Selon Messing (2002), cette inégalité s'explique par le système des groupes prioritaires établis par la CNESST. Ce système, destiné à orienter les recherches vers les secteurs considérés comme les plus à risque, a privilégié historiquement des environnements de travail masculins, comme l'industrie manufacturière ou la construction, jugés plus à risque par la CNESST (Messing, 2002). Des travaux plus récents reviennent également sur les difficultés persistantes à faire reconnaître et prendre en compte les conditions de travail des femmes dans les démarches de recherche et de prévention (Messing, Dautel et Riel, 2024).

Cette orientation a eu pour conséquence d'exclure ou de négliger les milieux d'emploi où les femmes sont majoritaires, malgré les risques spécifiques d'exposition pour leur santé et leur sécurité auxquels elles sont confrontées. Or, les différences sur les plans physiologique, psychosocial, socioéconomique, culturel et politique entre les travailleuses et les travailleurs en matière de santé et sécurité sont connues autant par le milieu scientifique que par le gouvernement québécois (Conseil du statut de la femme, 2021). Certains facteurs comme le sexe et le genre influencent notre capacité à préserver notre santé, notre réponse aux soins médicaux et le nombre de fois où nous sommes susceptibles d'avoir recours aux services médicaux (IRSC cité dans Conseil du statut de la femme, 2021). Plusieurs instances importantes en matière de santé et sécurité, comme le gouvernement du Québec, l'Organisation mondiale de la Santé et les Instituts de recherche en santé au Canada (IRSC), encouragent d'ailleurs fortement de procéder à des analyses différenciées selon le sexe (Labrèche, Lacourt et Lavoué, 2014, cités dans Conseil du statut de la femme, 2021). Les auteurs précités mentionnent que de prendre en considération uniquement le métier et l'industrie dans lesquels les travailleurs se retrouvent est une mauvaise piste pour comprendre les différences, subtiles et moins subtiles, des activités reliées à la fois aux emplois et au sexe/genre du salarié (Labrèche, Lacourt et Lavoué, 2014, cités dans Conseil du statut de la femme, 2021). L'analyse différenciée selon le sexe permettrait de comprendre davantage les types d'exposition dans le milieu de travail et de blessures subies dans ce même contexte (Labrèche, Lacourt et Lavoué, 2014, cités dans Conseil du statut de la femme, 2021). D'autres avantages de l'utilisation de ce type d'analyse dans le domaine de la santé seraient l'augmentation du savoir scientifique, un effort supplémentaire déployé en prévention, l'amélioration de la prise en charge des personnes malades et de leurs soins, et ce, à moindre coût (HCE en France, 2020 cité dans Conseil du statut de la femme, 2021). D'ailleurs, dès 2011-2015, le gouvernement du Québec

avait annoncé dans son Plan d'action, en lien avec l'analyse différenciée selon les sexes, de « mettre en œuvre des mesures pour prévenir les lésions professionnelles chez les travailleuses et favoriser la gestion de la santé et [de] la sécurité dans les milieux de travail qui les accueillent » (SCF, 2011, p. 16 cité dans Conseil du statut de la femme, 2021). Dans le contexte du droit de retrait préventif, la littérature joue un rôle important pour documenter les liens entre les conditions de travail et les répercussions sur la santé de la travailleuse enceinte ou qui allaite afin d'améliorer son accès (Malenfant et Blanchet, 1993). En effet, les chercheurs Malenfant et Blanchet (1993) expliquent la résistance de certains employeurs envers ce droit, et en particulier l'affectation, en raison de l'impact sur l'organisation du travail, par le manque de compréhension des organisations face aux dangers réels des conditions de travail sur la santé de la travailleuse et de son enfant à naître. Les auteurs attribuent ce manque de compréhension par le manque de littérature spécifique au sujet (Malenfant et Blanchet, 1993). Des travaux ultérieurs ont confirmé la persistance de cette résistance et la variabilité des pratiques organisationnelles d'un milieu à l'autre (Gravel, 2017 ; Gravel et Malenfant, 2012 ; Gravel et Lederer, 2025). Nous reviendrons ultérieurement sur la résistance des employeurs face au droit de retrait préventif.

2.3.2 Place des femmes dans le cadre légal en santé et sécurité au Québec

Au niveau de la loi sur la santé et sécurité au Québec, c'est le groupe CINBIOSE en 1995, avec la participation de trois centrales syndicales québécoises importantes, qui ont fait ressortir la faible présence des femmes dans les groupes prioritaires pour la prévention par la CNESST (Gravel, 2017). Spécifiquement, il a été estimé que les travailleurs masculins occupaient 85% des emplois couverts par les mécanismes de prévention prévus dans les groupes prioritaires (Messing, 2000, citée dans Gravel, 2017). Pourtant, l'enquête québécoise sur les conditions de travail,

d'emploi et la santé et la sécurité au travail (EQCOTESST) a permis de mettre en lumière que les travailleuses étaient exposées de façon accrue à plusieurs des risques majeurs à la SST, dont les deux les plus fréquents : les risques psychosociaux et les problèmes musculosquelettiques (Messing 2014 cité dans Gravel, 2017). Il sera d'ailleurs intéressant d'évaluer dans quelques années la proportion des femmes qui seront, dans les faits, protégées par les mécanismes de la LSST suite à la modernisation du régime de la SST au Québec.

Au niveau de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* les enjeux de santé des travailleuses reliés à l'aménagement des conditions de travail, à la pression de la performance, aux horaires atypiques demeurent absents des dispositions législatives (Messing, 2000 et 2014, citée dans Gravel, 2017). De plus, les régimes d'indemnisation ne prennent pas toujours en compte les répercussions des emplois des travailleuses contraintes à un rythme de travail élevé (Lippel, 2003; Premji, Lippel et Messing, 2008, cité dans Gravel, 2017) et au maintien pendant plusieurs heures d'une position debout statique (Messing et al., 2005, cité dans Gravel, 2017). D'autres omissions importantes reliées au travail des femmes ont été notées par Messing et Boutin en 1997, dans la liste des maladies professionnelles de la LATMP, comme :

> Les expositions aux produits chimiques des coiffeuses et des infirmières en oncologie, les problèmes psychologiques reliés au travail sous contrainte de temps, au harcèlement sexuel, au manque d'autonomie, aux sollicitations constantes d'une clientèle exigeante, les problèmes de voix et de peau des enseignantes et les troubles menstruels. (Messing et Boutin, 1997, p.342)

Ces maladies professionnelles sont toujours absentes de cette liste aujourd'hui. En conséquence des différentes exclusions citées en exemple ci-haut, les enjeux de santé au travail spécifiques aux femmes et aux emplois à prédominance féminine demeurent largement méconnus et contestés et « la priorité est accordée à la sécurité plutôt qu'à la santé des travailleuses » (Gravel, 2017, p.20). Il y aurait donc une différenciation entre les concepts de santé et de sécurité au travail

qui, conséquemment, amène la jurisprudence à interpréter différemment les accidents et les maladies professionnelles (Gravel, 2017). Cela aurait comme impact de classer diverses blessures professionnelles, celles-ci occasionnées par l'intensification du travail, comme étant de deuxième rang, étant donné qu'elles ne satisfont pas les conditions d'indemnisation de la LATMP (Lippel, 1992 et 2002; Legault, 2007, cités dans Gravel, 2017). Ces blessures de deuxième rang sont davantage reliées à des emplois majoritairement féminins, créant ainsi une discrimination indirecte en raison du genre (Gravel, 2017).

Il est important de souligner que plusieurs décisions dans la jurisprudence québécoise et canadienne[6] ont forcé les organisations à accommoder les travailleuses de manière à prendre en considération leur constitution personnelle et leurs modes de fonctionnement dans un objectif de préservation de la santé de ces travailleuses et pour que celles-ci accèdent à l'égalité dans leur emploi (Cox et Messing, 2006; Messing et al., 2011, cités dans Gravel 2017).

Dans un mémoire portant sur le projet de loi 59, visant la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail au Québec, le Conseil du statut de la femme avait émis des recommandations visant des améliorations pour la santé et la sécurité des femmes au niveau du cadre législatif du Québec (Conseil du statut de la femme, 2021). Premièrement, au niveau de la LATMP, le conseil désirait que la protection du personnel domestique soit intégrée et que les

[6] Voir notamment Colombie-Britannique (Public Service Employee Relations Commission) c. BCGSEU, [1999] 3 R.C.S. 3 (« arrêt Meiorin »), où la Cour suprême du Canada a établi un test unifié en matière de discrimination : lorsqu'une norme professionnelle, même neutre en apparence, produit un effet préjudiciable, l'employeur ne peut la justifier qu'en démontrant qu'il lui est impossible d'accommoder la personne concernée sans subir de contrainte excessive. Sur la portée de cet arrêt pour les normes physiques d'emploi et la santé des travailleuses, voir Cox et Messing (2006).

maladies professionnelles spécifiques aux travailleuses, tel qu'expliqué ci-haut, soient mieux reconnues. Deuxièmement, le conseil souhaitait, à travers les mécanismes de la LSST, bonifier tout ce qui touche la prévention où on retrouve majoritairement des femmes. Aussi, toujours à travers ces mêmes mécanismes de la LSST, il était souhaité que l'évaluation des enjeux pour les femmes enceintes ou qui allaitent soit davantage considérée et qu'ils offrent en plus une meilleure protection aux femmes victimes de violence dans leur milieu de travail. Troisièmement et globalement, le conseil souhaitait voir un langage plus inclusif basé sur des principes établis par l'Office québécois de la langue française (OQLF) au niveau des écrits législatifs. Ces principes sont : « la féminisation du lexique, comme dans le cas des titres de métiers, pour y refléter la présence des femmes ; ainsi que la rédaction épicène, qui consiste à recourir à des expressions, des noms ou des adjectifs neutres » (OQLF, 2021, cité dans Conseil du statut de la femme, 2021).

D'autres mémoires produits dans le cadre de l'examen du projet de loi 59 ont réclamé une meilleure prise en compte de la santé des travailleuses enceintes ont été présentés à la Commission de l'économie et du travail à l'Assemblée nationale en janvier 2021 (Gravel, 2021; Malenfant et De Koninck, 2021). Les chercheuses nommées ci-haut ont proposé plusieurs modifications aux articles 40, 40.1, 42.1, 48.1, 49, 59, 78, 90 de la LSST, en ajoutant des alinéas spécifiques aux travailleuses enceintes ou qui allaitent (Malenfant et De Koninck, 2021 ; Gravel, 2021).

Finalement, avant même la LMRSST, l'instauration des protocoles faisait craindre à la standardisation et à la centralisation en matière de droit du retrait préventif qui aurait pour conséquence l'exclusion de certaines travailleuses enceintes ou qui allaitent si leurs emplois ne sont pas visés par des protocoles (Malenfant et De Koninck, 2021 ; Gravel, 2021). Par exemple, les protocoles, bien qu'ils n'étaient pas encore mis en place, semblaient ne pas prendre en compte

l'intensification du travail ainsi que la charge émotionnelle et mentale au travail (Gravel, 2021). Il y avait également une réelle inquiétude d'un pouvoir affaibli des travailleuses enceintes ou qui allaitent quant à leur accès au droit de retrait préventif, puisque les médecins étaient tenus de se baser uniquement sur les risques prévus dans les protocoles, plutôt que sur l'expérience réelle vécue par les travailleuses elles-mêmes. Les chercheuses insistaient donc sur le maintien d'un pouvoir décisionnel des médecins traitants lorsque l'identification des risques en milieu de travail est requise (Malenfant et De Koninck, 2021 ; Gravel, 2021).

3. Immigration et accès au régime SST

Cette section débutera par un portrait démographique de la population immigrante au Canada et au Québec. Les immigrants représenteraient 20,6 % de la population canadienne (Khanlou et al., 2017). Un fait important a été observé dans les dernières années ; les femmes immigrantes en provenance des Philippines, d'Inde, d'Iran, du Nigéria, d'Iraq, de Syrie, de Colombie et d'Érythrée auraient doublé en proportion (Khanlou et al., 2017). D'ici 2036, selon Statistiques Canada (2017), il est estimé que les immigrants représenteront environ entre 24,5 % et 30 % de la population canadienne. Au Québec, Statistique Canada rapporte en date du 1er janvier 2025 un total de 616 552 personnes ayant un statut de résidence temporaire (Coustere et al., 2025). Au sein de ce groupe, 456 440 avaient un permis de travail (Coustere et al., 2025). Selon l'Institut de la statistique du Québec (2024), en 2021, les femmes immigrantes au Québec étaient en provenance de l'Asie (28,1%), de l'Europe (24,9%), de l'Afrique (23,9%) et des Amériques (23%).

Plusieurs travaux montrent que les trajectoires migratoires temporaires peuvent exposer les travailleurs immigrants à des conditions de travail et de vie susceptibles d'augmenter les risques

de problèmes de santé chroniques à long terme (Salami, B., Meharali et Salami, A., 2015). Ces troubles chroniques découlent de la vulnérabilité accrue des travailleurs immigrants temporaires aux lésions et aux maladies professionnelles, ainsi que des obstacles à l'accès aux soins de santé (Salami, B., Meharali et Salami, A., 2015). Il est donc important d'adresser ces problématiques, puisque l'accès au PMSD est possible seulement si les travailleuses migrantes enceintes réussissent à se prévaloir d'un suivi médical afin d'obtenir le certificat visant le retrait préventif.

3.1 Conditions de santé et de sécurité au travail des travailleuses immigrantes

Comme le rapportent les auteurs Moyce et Schenker (2018) dans leur article spécifique aux dangers auxquels sont exposés les travailleurs immigrants, ceux-ci sont plus à risque de faire face à des dangers dans leur milieu de travail en comparaison avec les travailleurs nés au Canada. Les risques en milieu de travail ont été répertoriés comme les principales sources des problèmes de santé des immigrants (Salami, B., Meharali et Salami, A., 2015). Les immigrants se retrouvent à travailler dans des milieux de travail à haut risque et des conditions de travail difficiles, puisqu'il est délicat pour ces derniers de faire valoir leurs droits ou de renoncer à des tâches dangereuses (Salami, B., Meharali et Salami, A., 2015).

La santé mentale des travailleurs provenant de l'étranger est mise à l'épreuve en raison des piètres conditions de travail (salaires peu élevés et de longues heures de travail), des difficultés relationnelles, des contraintes de communication, de la solitude, de la rivalité entre les employés, d'inégalités et de leur impuissance, de la malnutrition, du manque de logements et d'installations sanitaires, de leur sommeil déficient, des conditions de travail angoissantes et dangereuses, et de différents types de violences (Salami, B., Meharali et Salami, A., 2015; Houdry et Henaway, 2012 ; Rodriguez et Mearns, 2012, cités dans Hanley et al., 2014). Aussi, les travailleurs provenant de l'étranger ont moins de chance d'obtenir un contrat de travail permanent que les citoyens canadiens

(Hanley et al., 2014). L'absence de revenu assuré ainsi que la peur de perdre son emploi sont source d'incertitude pour le travailleur étranger et le poussent souvent à se soumettre aux dangers ou aux risques de son travail (Hanley et al., 2014). Cet enjeu au niveau de la précarité de l'emploi affecte autant la santé physique que la santé mentale des immigrants (Hanley et al., 2014). Finalement, le fait de ne pas avoir de statut légal d'immigration affecte grandement la santé mentale des migrants. Le stress, l'anxiété, la dépression, les pensées suicidaires, le choc post-traumatique, la fatigue, la faiblesse et l'abus au niveau des substances sont tous des symptômes répertoriés dans la littérature (Gagnon et al., 2021).

3.2 Impact des statuts d'immigration sur la couverture médicale

Au Canada, les immigrants ont la possibilité de bénéficier de deux statuts juridiques différents (Cloos et al., 2020). Le premier est le statut permanent pour les catégories d'immigrants économiques[7], familiaux et humanitaires. Le deuxième est le statut temporaire pour les travailleurs étrangers[8], demandeurs d'asile ou les étudiants internationaux. Les immigrants sans papiers sont généralement des personnes qui ont soit tenté d'avoir un statut, mais qui ont été refusées, ou qui n'ont pas réussi à renouveler leur permis à temps.

Au Canada, les immigrants et les nouveaux réfugiés bénéficient de la même assurance maladie universelle que les citoyens canadiens, contrairement aux demandeurs d'asile qui ne

[7] Il y a trois programmes dans la catégorie des immigrants économiques : programmes des travailleurs, programmes des gens d'affaires et programme des candidats des provinces (Statistique Canada, 2024).

[8] Il y a quatre catégories qui englobent le programme des travailleurs étrangers : Programmes agricoles, programmes des aides familiaux résidents, travailleurs étrangers temporaires hautement qualifiés et travailleurs étrangers temporaires peu qualifiés (Lu et Hou, 2023).

bénéficient que d'une couverture partielle dans le cadre du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) (Khanlou et al., 2017). Les demandeurs d'asile qui se voient refuser leur demande ainsi que les migrants sans papier n'ont aucun accès à une couverture médicale (Khanlou et al., 2017).

Au Québec, l'ensemble des résidents permanents et quelques catégories d'immigrants temporaires sont couverts par l'assurance maladie à travers la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) (Cloos et al., 2020). Les immigrants temporaires qui y ont accès sont ceux qui ont un permis de travail admissible[9] valide pour une durée minimale de 6 mois et ceux qui ont un permis d'études ou de stage par l'entremise d'une *entente de sécurité sociale* signée avec le Québec (RAMQ, 2020). Les demandeurs d'asile n'ont pas accès à la RAMQ, mais, comme mentionné ci-haut, peuvent avoir un accès partiel au PFSI (Cloos et al., 2020).

Dans le domaine spécifique de l'hôtellerie et de la restauration, nous retrouvons la catégorie d'immigrants avec le statut temporaire (Coustere, Fleury et Bélanger, 2021). La majorité de ces travailleurs obtiennent un permis provenant du Programme des travailleurs étrangers temporaires (PTET), du Programme de mobilité internationale (PMI) ou un permis d'étude (Coustere, Fleury et Bélanger, 2021).

3.3 Barrières spécifiques d'accès aux soins des travailleuses immigrantes

Au Canada, le statut d'immigration est directement lié à l'accès à l'assurance maladie provinciale et fédérale, même s'il existe quelques cas particuliers (Gagnon et al., 2021). Les

[9] Les permis admissibles sont les suivants : permis spécifique à un employeur au Québec, permis post-diplôme, permis ouvert transitoire, permis ouvert délivré dans le cadre du Programme de mobilité internationale plus, permis ouvert de plus de 6 mois accordé à une personne en attente de sa résidence permanente et en emploi pour plus de 6 mois et permis de travail ouvert pour les travailleurs étrangers vulnérables (RAMQ, 2020).

immigrants, dépendamment de leur statut d'immigration, font face à des obstacles sociopolitiques, institutionnels, juridiques et culturels (Magalhaes et al., 2010 ; Vanthuyne et al., 2013, cités dans Hanley et al., 2014). Ils se retrouvent dans une situation de dépendance face à une tierce partie, soit les organisations pour lesquelles ils travaillent ou leurs conjoint(e)s (Gagnon et al., 2021). Cette dépendance face à cette tierce partie provoque dans la grande majorité des situations d'exploitation et d'abus, notamment sexuel et financier (Gagnon et al., 2021). En outre, il est démontré par diverses recherches effectuées au Canada et au Québec que les immigrants ne profitent pas d'un accès équitable aux services de santé (Lebrun, 2009 ; Rousseau et al., 2008, cités dans Hanley et al., 2014). Concrètement, des études révèlent qu'une majorité d'immigrants qui tentent d'utiliser les services de santé font face à des délais et des complications ou se heurtent à un rejet de la part des professionnels de la santé afin d'avoir accès à des traitements médicaux (Caulford et Vali, 2006, cités dans Hanley et al., 2014). De plus, les personnes nouvelles qui immigrent n'ont pas la chance d'être bien informées sur le cadre légal touchant le milieu de travail, soit les normes du travail, la santé et la sécurité au travail et le régime d'indemnisations pour les travailleurs victimes d'accident de travail ou de maladies professionnelles (Kosny et Lifshen, 2012 cités dans Hanley et al., 2014).

Certains écrits dénoncent le manque d'accès au système de santé canadien comme étant une violation des droits humains à l'égard des immigrants (Gagnon et al., 2021). Plus précisément, les auteurs citent le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de L'ONU, qui identifie le droit international à la santé (Gagnon et al., 2021). Les recherches de Sylvie Gravel mettent en évidence des inégalités systémiques dans l'accès au régime québécois de santé et de sécurité du travail (SST), particulièrement marquées chez les travailleuses et travailleurs issu.es de l'immigration. Ils et elles se trouvent souvent concentrés dans des secteurs d'emploi précaires ou

à risque, tout en étant confrontés à des obstacles spécifiques, tels que les barrières linguistiques, la méconnaissance de leurs droits et des normes, ainsi que des rapports de pouvoir asymétriques qui limitent leur capacité à revendiquer leurs droits. Gravel (2012; 2020) souligne également que ces facteurs contribuent à une faible participation aux mécanismes de prévention. De plus, les travailleurs et travailleuses immigrant.es ont tendance à sous-déclarer les lésions professionnelles. Ces facteurs contribuent à l'invisibilisation des atteintes à la santé au travail dans ces populations. Plus largement, les travaux de Gravel montrent que les dispositifs institutionnels de SST, bien que formellement universels, peinent à prendre en compte les réalités des travailleur.euses immigrant.es, reproduisant ainsi des inégalités structurelles en matière de protection et d'indemnisation (Gravel, 2020; Gravel, Legendre et Réhaume, 2012).

3.3.1 Obstacles à l'accès aux soins de santé généraux des travailleurs immigrants

Selon les différentes études réalisées en lien avec l'accès au système de santé canadien, la peur d'être rapatrié est l'obstacle le plus important vécu par les immigrants (Hennebry, 2010 ; England, Mysyk et Gallegos, 2007 ; Hanley et al., 2014, cités dans Salami, B., Meharali et Salami, A., 2015). Les immigrants optent alors pour la stratégie de se rendre invisibles afin d'éviter toute dénonciation auprès des autorités (Gagnon et al., 2021). Les autres obstacles sont la méconnaissance autant des immigrants que des spécialistes œuvrant dans le milieu de la santé lié à la couverture médicale des différents types d'immigrants, les enjeux linguistiques, les enjeux logistiques reliés au transport pour certaines régions, ainsi que l'accès restreint au milieu médical durant les 3 premiers mois suivants l'arrivée au Canada (Salami, B., Meharali et Salami, A., 2015). De plus, se rendre dans une clinique ou dans un hôpital implique dans certains cas de manquer des heures rémunérées de travail, conséquemment, cela fait augmenter leur coût d'accès aux soins

(Gagnon et al., 2021). Les services en santé mentale pour les immigrants sont aussi peu fréquentés, puisqu'ils n'offrent pas d'options spécialement conçues pour répondre aux exigences culturelles et langagières de cette population (Gagnon et al., 2021).

En raison de ces différents obstacles vécus par les travailleurs immigrants, ils se retournent vers un suivi médical dans leur pays d'origine (Hanley et al., 2014). Il est connu que plusieurs migrants se heurtent alors à des enjeux bureaucratiques lorsqu'il est le temps de faire reconnaître la valeur de leur certificat médical dans le contexte d'indemnisation à la Commission des accidents du travail, devenue la CNESST (Beauvais et al., 2007, cités dans Hanley et al., 2014).

3.3.2 Obstacles aux soins de santé maternelle et sexuelle des travailleuses immigrantes

Plusieurs recherches effectuées au Canada en lien avec la santé maternelle et sexuelle des immigrants qualifient le système de santé comme « inconvénient et inadéquat en raison d'obstacles institutionnels liés au système de santé » [traduction libre] (Machado et al., 2021. P.266.). Les obstacles identifiés sont la difficulté d'avoir un médecin de famille, les longues périodes d'attente, les sorties d'hôpital effectuées rapidement, une couverture d'assurance maladie restreinte et ambiguë ainsi que des frais importants (Machado et al., 2021). Dans le contexte spécifique de la mince utilisation des services de santé liés à la maternité par les femmes immigrantes, un rapport des Nations Unies rapporte plusieurs raisons : barrières au niveau de la langue, intégration des immigrantes dans la communauté, discrimination et racisme provenant des prestataires de soins de santé, manque de connaissances des immigrantes sur les soins de santé offerts pour la maternité ainsi que l'angoisse et la préoccupation venant avec le fait de s'acclimater à un nouveau pays (Khanlou et al., 2017).

D’autres obstacles rapportés dans la littérature quant à l’accès aux soins en lien avec la maternité sont la difficulté d’avoir accès à un médecin qui s’exprime de la même langue, le manque d’accès au transport, un faible soutien social, les besoins en matière de garde d’enfants, les obstacles financiers, la perte de leur dossier médical lors de leur émigration ainsi que l’anxiété face à leur expulsion pour celles qui sont sans papier (Khanlou et al., 2017).

Des rapports de forces qualifiés d’inégaux entre les femmes demanderesses de soins et les professionnels de la santé seraient également un élément qui limite les immigrantes à solliciter des informations importantes en lien avec leur santé (Machado et al., 2021). Les contraintes langagières et le manque de considération envers la culture des immigrantes contribuent également à entraver l’application des lignes directrices établies en matière de soins prénataux (Khanlou et al., 2017). Pour la majorité des immigrantes, l’anglais étant leur deuxième langue, il est complexe pour elles de saisir le nouveau système de santé qui leur est présenté en plus de comprendre les différents termes médicaux utilisés par les fournisseurs de service de santé. La communication entre les immigrantes et les prestataires de service de santé est donc un défi important (Khanlou et al., 2017). Quelques études citées dans Machado et al. (2021) font également part de la difficulté d’accès à des services d’interprétation lorsque nécessaire.

Une autre réalité qui constitue une barrière au niveau de l’accès des services de santé pour ces femmes est leur dépendance financière lorsqu’elles sont dans une relation abusive et que leurs conjoints abusifs détiennent le contrôle sur leur statut d’immigration (Sou et al., cités dans Machado et al., 2021). Une étude réalisée au Québec a révélé que des femmes qui ont choisi d’être accompagnées par un membre de leur cercle social pour les aider avec la langue dans des rendez-vous médicaux ont fait face à des enjeux de confidentialité par la suite dans leur communauté

(Ochoa et Sampalis, cités dans Machado et al., 2021). Les facteurs culturels ont par ailleurs été identifiés comme un obstacle à l'accès aux soins prénataux, tant par les femmes immigrées que par les prestataires de soins qui souhaitent les accompagner dans leur démarche de soins (Khanlou et al., 2017). Par exemple, les recommandations proposées aux femmes immigrantes enceintes par les professionnels de la santé canadiens à travers leur expérience de la grossesse peuvent être à l'encontre des pratiques ethnoculturelles ou traditionnelles de ces femmes (Khanlou et al., 2017). De plus, l'accès à une femme médecin a été indiqué comme une barrière pour les femmes immigrantes qui énoncent un malaise d'avoir un homme médecin (Machado et al., 2021).

Les différentes barrières identifiées dans cette section en lien avec l'accès aux soins de santé ont pour conséquences de nuire aux femmes immigrantes enceintes et contribuent ainsi à de plus grands risques en matière de santé maternelle (Khanlou et al., 2017; Cédron, 2022; Groupe de recherche en Santé, Genre et Égalité au travail, 2024). La littérature révèle que les mouvements migratoires et la réinstallation affectent la santé de la mère tout au long de la grossesse, à l'accouchement et dans la phase post-partum (Khanlou et al., 2017).

4. Risques SST des travailleuses enceintes immigrantes dans l'hôtellerie-restauration

Dans la prochaine section, nous aborderons les risques à la santé et la sécurité plus spécifiques au domaine de l'hôtellerie et de la restauration, en mettant l'emphase sur les enjeux touchant à la population à l'étude, soit les travailleuses enceintes et qui allaitent issues de l'immigration récente et leur accès au PMSD. Comme mentionné dans la section de la

problématique, les travailleuses de ce secteur peuvent être exposées aux six catégories de risques identifiés en santé et sécurité par la CNESST, soit les risques chimiques, biologiques, physiques, ergonomiques, psychosociaux et les risques liés à la sécurité (CNESST, 2026b).

4.1 Exposition aux risques chimiques dans l'hôtellerie-restauration

La CNESST définit la présence de risques chimiques « lorsque le travailleur est en contact avec des matières premières et des sous-produits d'un procédé ou d'un produit, par ingestion, par inhalation ou par absorption cutanée, résultant d'une action mécanique, d'une évaporation, d'une combustion, d'une décomposition ou d'une réaction chimique » (CNESST, 2026b). Les populations immigrantes se retrouvent souvent à travailler dans des secteurs d'emploi où elles sont davantage en contact avec des produits chimiques considérés nuisibles à leur santé (Moyce et Schenker, 2018). Spécifiquement, la main-d'œuvre immigrante, majoritairement féminine, qui effectue le nettoyage dans les hôtels et résidences privées est exposée à certains agents chimiques dangereux, comme les produits qui contiennent de l'ammoniac et d'autres agents dissolvants (Moyce et Schenker, 2018). Ces produits peuvent provoquer de la dermatite, des maladies respiratoires ainsi que le cancer (Moyce et Schenker, 2018). Dans la restauration, la main-d'œuvre immigrante est également surexposée à des risques chimiques, notamment, liés à l'utilisation des produits chimiques, mais également l'inhalation de la fumée de cuisine (Tsai et Bruck, 2009). Il a été démontré que les fumées de cuisine peuvent entraîner des problèmes respiratoires ainsi que des cancers (Ko et al., 2000 ; Siegel, 1993 ; Svendsen, Sjaastad, et Sivertsen, 2003 ; Wu et al., 2004, cités dans Tsai et Bruck, 2009).

Malgré le faible échantillon de femmes dans les études sur l'exposition aux substances chimiques dans le milieu de travail, il a été constaté que les femmes peuvent présenter une plus

grande sensibilité à ces substances par leurs différences biologiques, et y être davantage exposées en raison de la distribution genrée des tâches et des catégories d'emploi (Drozdowsky et Whittaker, 1999). En effet, les substances chimiques provoqueraient des perturbations du système endocrinien, tel qu'observé chez les espèces étudiées en laboratoire. Les répercussions constatées comprennent la perturbation des systèmes reproductifs autant chez les femmes et que chez les hommes. Plus précisément, les auteurs font référence à « la perturbation de la différenciation sexuelle normale, du développement du système reproducteur, de la fonction ovarienne, de la production de sperme ainsi que de la grossesse » (Drozdowsky et Whittaker, 1999, p. 49). Les substances chimiques auraient également des répercussions sur le fonctionnement de la glande thyroïde, qui joue un rôle important dans la santé métabolique. Une autre préoccupation en lien avec les produits chimiques présents dans le milieu de travail est leur présence dans le lait maternel (Drozdowsky et Whittaker, 1999). Il est également de très probables effets indésirables des produits chimiques sur la santé des fœtus, mais ceux-ci restent largement sous-documentés dans la littérature (Plante et al., 2022).

4.2 Exposition aux risques biologiques dans l'hôtellerie-restauration

Deuxièmement, la CNESST définit les risques biologiques comme pouvant être « par exemple la présence de micro-organismes sous forme de poussières, brume, décomposition, croissance dans un milieu humide, dépôts sur des surfaces, dégradation biologique » (CNESST, 2026b). Plus concrètement, la CNESST fait référence à « des agents infectieux, à des vecteurs (plantes, insectes, animaux, oiseaux, humains, sols, poussières, etc.), à des agents allergènes, à des toxines et à des poussières végétales ou animales » (CNESST, 2026b).

Dans le contexte des travailleuses immigrantes, notamment les femmes de chambre et les employées de nettoyage, ces risques biologiques sont accrus par les conditions de travail. Elles peuvent être en contact direct avec des agents biologiques dangereux lors du nettoyage des

chambres, particulièrement en présence de sécrétions corporelles, d'urine, de vomi ou même de seringues usagées lorsqu'elles nettoient les chambres, les toilettes et les salles de bain (Moyce et Schenker, 2018). Ce contact direct avec des agents pathogènes pose un risque plus important pour leur santé, surtout pendant la grossesse, en raison des changements physiologiques qui augmentent la sensibilité du système immunitaire (Kourtis, et al., 2014).

La COVID-19, une maladie respiratoire causée par le virus SARS-CoV-2, a également amplifié les risques biologiques des travailleuses immigrantes dans les milieux de l'hôtellerie et de la restauration. En raison de la nature de leur travail, qui implique un contact direct avec les clients et des environnements potentiellement contaminés, ces travailleuses ont été particulièrement exposées aux agents infectieux, notamment le SARS-CoV-2, le virus responsable de la COVID-19 (Sönmez et al., 2020). La COVID-19 affecte principalement les poumons, provoquant une pneumonie interstitielle et un syndrome de détresse respiratoire aiguë (Guzik et al., 2020). De plus, la maladie peut affecter plusieurs organes, dont en particulier le système cardiovasculaire (Guzik et al., 2020).

La COVID-19 peut avoir des impacts significatifs sur la grossesse des travailleuses. L'infection par le SARS-CoV-2 pendant la grossesse était un facteur de risque de prééclampsie, de mortinaissance, d'accouchement prématuré et d'admission à l'unité de soins intensifs néonatals (Wei et al., 2021). En outre, une infection sévère par le SRAS-CoV-2 était fortement associée à la prééclampsie et à d'autres conséquences néfastes pour la mère et le nouveau-né (Wei et al., 2021).

Outre la COVID-19, d'autres agents infectieux courants dans l'industrie de l'hôtellerie et de la restauration, comme les virus de la gastroentérite, l'hépatite A ou B, et d'autres maladies contagieuses, représentent également des risques significatifs pour les travailleuses enceintes (Aghaamoo et al., 2021 ; Silasi et al., 2015). Ces infections peuvent provoquer des complications

sérieuses, y compris des avortements spontanés, des accouchements prématurés, et des infections néonatales (Aghaamoo et al., 2021 ; Silasi et al., 2015). De plus, des études ont montré que les travailleuses immigrantes étaient souvent moins informées des risques biologiques liés à leur emploi et parfois moins bien équipées en termes d'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié (Sönmez et al., 2020). Cela accroît leur vulnérabilité aux infections, et donc aux complications pendant la grossesse.

4.3 Exposition aux risques ergonomiques dans l'hôtellerie-restauration

Troisièmement, les risques ergonomiques impliquent « la présence de mouvements répétitifs, d'un effort excessif, des postures contraignantes ou statiques et de manutention fréquente » (CNESST, 2026b). Dans le secteur de l'hôtellerie, les femmes de chambre sont appelées à faire des mouvements répétitifs, à lever des charges lourdes en lien avec le déplacement des lits lourds ou encore en lien avec les équipements qui servent au nettoyage comme les balayeuses industrielles et tout cela dans un environnement qui demande un rythme de travail élevé (Moyce et Schenker, 2018). Par conséquent, elles font face à des risques accrus de troubles musculosquelettiques. Il est rapporté dans la littérature que les femmes œuvrant dans le milieu de l'entretien hygiénique souffraient en plus grande incidence « de troubles cardiaques, de sommeil et de dos, de toutes les travailleuses » (Gervais, 1993, cité dans Messing et Boutin, 1997). Dans le milieu de la restauration, les travailleurs et travailleuses immigrants font face sensiblement aux mêmes risques que leurs consœurs dans le milieu de l'hébergement. Ils éprouvent des douleurs et souffrent de troubles musculosquelettiques en raison de la répétition multiple de leurs mouvements, au fait de soulever des charges lourdes et de servir des aliments (Tsai et Bruck, 2009). Ils travaillent également en moyenne de 9 à 12h par jour (Tsai et Bruck, 2009).

Les risques ergonomiques reliés à la grossesse y sont encore peu documentés. Cependant, les mauvaises postures, les longues périodes où elles sont appelées à être debout, l'action répétée de lever des charges lourdes sont des risques qui ont été liés à des avortements soudains, à des naissances avant terme (avant la 37e semaine de grossesse) et à des nouveau-nés de faible poids (Drozdowsky et Whittaker, 1999). Ces risques semblent avoir un impact plus important pendant le troisième trimestre de la grossesse (Drozdowsky et Whittaker, 1999, p.42). Être debout pendant une longue période et faire un effort physique important peut avoir une incidence « sur l'équilibre hormonal, le flux sanguin vers l'utérus et la pression dans l'abdomen » (Drozdowsky et Whittaker, 1999, P.42).

4.4 Exposition aux risques psychosociaux dans l'hôtellerie-restauration

Quatrièmement, les risques psychosociaux correspondent à des éléments reliés à la nature ou à l'aménagement du travail ou encore aux éléments sociaux, tels que : « la violence physique ou psychologique, dont la violence conjugale, familiale ou à caractère sexuel, le harcèlement psychologique ou sexuel, le manque de respect ou l'incivilité, l'exposition à des événements traumatiques et la charge de travail élevée » (CNESST, 2026b). Les emplois impliquant des tâches répétitives seraient liés à des enjeux de santé mentale (Brisson et al. 1992, cités dans Messing et Boutin, 1997). Plus spécifiquement, la fragmentation des tâches et la fréquence de répétitions sont liées à un état dépressif et anxieux (Brisson et al. 1992, cités dans Messing et Boutin, 1997). Aussi, les conditions de travail auxquelles sont confrontées les travailleuses immigrantes, notamment l'exploitation et les faibles niveaux de contrôle, combinés aux facteurs de stress liés aux responsabilités familiales, contribuent à l'apparition de troubles de l'humeur et de symptômes dépressifs chez ces femmes (Moyce et Schenker, 2018). Il faut également mettre en lumière la

discrimination que vivent les femmes migrantes dans leur milieu de travail, puisqu'elles sont confrontées à un double désavantage (Moyce et Schenker, 2018). D'une part, elles doivent faire face à la discrimination que vivent les travailleuses immigrantes ; d'une autre part, elles font également face à la discrimination en raison de l'inégalité entre les hommes et les femmes (Moyce et Schenker, 2018). Faire face à des situations stressantes ou menaçantes peut créer une surcharge émotionnelle chez la travailleuse (Sinclair et al., 2020). Cette surcharge émotionnelle peut entraîner une réaction au niveau « des hormones de stress, des cytokines inflammatoires[10], de la circulation sanguine, qui, durant la grossesse, peut affecter le développement du fœtus [traduction libre] » (Sinclair et al., 2020, p.1525).

Un autre enjeu important qui affecte la santé globale des femmes concerne les horaires de travail atypiques. En effet, les femmes travaillant de nuit ou ayant des horaires de travail atypiques sont exposées à des risques accrus pour leur santé physique et mentale (Costa, 2003; Härmä, 2020). Premièrement, il a été établi que le travail par quarts (shift work) peut avoir des répercussions négatives spécifiques sur la santé et les fonctions reproductives des femmes en affectant leurs hormones (Knutsson cité dans Costa, 2003). Deuxièmement, les femmes qui occupent un poste de travail par relais, et plus spécifiquement celles qui sont mariées et qui ont de jeunes enfants, éprouvent plus de mal à concilier leurs horaires de travail atypiques et leurs obligations familiales et, par conséquent, subissent davantage de troubles du sommeil et de fatigue chronique que leurs homologues masculins (Costa, 2003). Troisièmement, il a été rapporté que les femmes enceintes

[10] « Les cytokines sont des protéines sécrétées par des cellules du corps humain qui exercent un effet spécifique sur les interactions et la communication entre les cellules. [traduction libre] » (Zhang et An, 2007, p.1)

qui travaillent de nuit pour une période consécutive de plus de 3 jours durant les 20 premières semaines de leur grossesse étaient exposées à un risque accru de 41 % d'hypertension et de prééclampsie (Härmä, 2020). Il est d'ailleurs recommandé pour les femmes enceintes de se limiter à seulement un quart de nuit par semaine (Härmä, 2020). Quatrièmement, des recherches effectuées chez les femmes immigrantes enceintes citées dans l'article de (Sinclair et al., 2020) démontrent une corrélation entre des éléments reliés aux risques psychosociaux, comme l'anxiété, la dépression ainsi que le stress au cours de la grossesse, qui ont des conséquences néfastes à la naissance, comme un faible poids à la naissance ou une naissance prématurée. Finalement, une relation positive existe entre la santé mentale des travailleurs immigrants et les préoccupations liées à leur emploi, comme les situations difficiles vécues en milieu de travail et les inquiétudes reliées à leur statut d'immigration (Moyce et Schenker, 2018).

4.5 Exposition aux risques liés à la sécurité dans l'hôtellerie-restauration

Cinquièmement, quant aux risques liés à la sécurité, le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST) inclut les chutes, la protection inappropriée de la machinerie ainsi que le mauvais fonctionnement des équipements (CCHST, 2024). Les travailleurs dans les restaurants font face à de grands risques de chutes et de glissades en raison des planchers glissants (Tsai et Bruck, 2009). Les conséquences de ces chutes peuvent être graves, comme des entorses et des fractures (Tsai et Bruck, 2009). Les femmes de chambre se retrouvent également à être victime de chutes, d'entorses et de fractures en raison de leurs longs déplacements nécessaires pour transporter le linge sale et les serviettes jusqu'à leur zone de rangement (Shapoval et al., 2022).

Les chutes seraient la deuxième cause de blessure chez les femmes enceintes et sont à l'origine d'environ 20 % des blessures liées à la grossesse (Hrvatin et Rugelj, 2022). En raison de

leur centre de gravité déplacé et des changements physiologiques qu'entraîne la grossesse, les femmes enceintes présentent un risque accru de chutes (Murray, 2012). L'état mental des femmes qui vivent une grossesse comme l'angoisse, l'anxiété, l'agitation, la déprime ainsi que l'épuisement sont aussi susceptibles de perturber leur contrôle moteur et leur capacité à réagir aux perturbations de leur posture (Hrvatin et Rugelj, 2022). Les professions présentant les taux les plus élevés de chutes au travail sont les différents métiers dans la restauration (13,2 %), les autres professions de services, telles que les esthéticiennes ou les femmes de ménage (12,8 %), l'enseignement ou la garde d'enfants (10,2 %) et les professionnels de la santé autres que les infirmières (7,9 %) (Hrvatin et Rugelj, 2022). Les chutes survenant au cours de la grossesse peuvent être nuisibles aussi bien à la mère qu'au fœtus (Hrvatin et Rugelj, 2022). Les conséquences rapportées suite à l'hospitalisation de femmes enceintes qui ont subi une chute sont : un plus grand risque d'un début de travail prématuré, un décollement placentaire, un déclenchement de l'accouchement et de naissance par césarienne (Hrvatin et Rugelj, 2022). Il est à noter aussi que la détresse fœtale et l'hypoxie sont aussi des répercussions possibles suite à une chute d'une femme enceinte (Hrvatin et Rugelj, 2022).

En résumé, l'ensemble des travaux recensés montre que les travailleuses immigrantes dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration sont exposées à une combinaison de risques chimiques, biologiques, ergonomiques, psychosociaux et liés à la santé et à la sécurité. Ces risques sont susceptibles d'entraîner des répercussions particulières pendant la grossesse et soulignent l'importance des mécanismes de prévention et de protection, tels que le programme Pour une maternité sans danger. L'efficacité des moyens de prévention des risques auprès des travailleuses constitue un enjeu important. La barrière de la langue est identifiée comme un obstacle majeur en termes de santé et sécurité pour les travailleurs immigrants (Moyce et Schenker, 2018). Les

formations en santé et sécurité dans les organisations sont offertes en anglais ou en français et, par conséquent, les travailleurs migrants ne peuvent pas bien saisir le contenu de ces formations qui sont extrêmement importantes pour leur propre santé et sécurité, mais également celle des autres travailleurs (Henley et al., 2014 ; Moyce et Schenker, 2018). Aussi, les affiches en milieu de travail indiquant des consignes de sécurité ou donnant des informations pertinentes sur ce sujet sont également dans une langue qu'ils ne maîtrisent pas toujours, soit l'anglais ou le français (Moyce et Schenker, 2018). Ces formations ainsi que ces affiches ne sont donc pas utiles si les travailleurs migrants ne les comprennent pas.

5. Syndicalisation et protection des travailleuses dans l'hôtellerie et la restauration au Québec

Le secteur de l'hôtellerie et de la restauration au Québec est caractérisé par une faible syndicalisation, un élément important lorsqu'il s'agit de protéger les droits des travailleuses enceintes et allaitantes, notamment dans le cadre du programme de maternité sans danger (PMSD). La présence d'une représentation syndicale peut faciliter l'accès à l'information et soutenir les travailleuses dans la revendication de leurs droits entourant le PMSD. Or, la faible couverture syndicale dans ce secteur accentue les vulnérabilités, particulièrement pour les travailleuses immigrantes, qui forment une part importante de la main-d'œuvre.

Le secteur de l'hôtellerie est régi par la *Loi sur les établissements d'hébergement touristique* (Art. 1-56, Légis Québec, chapitre E-14.2) ainsi que par le *Règlement sur les établissements d'hébergement touristique* (Légis Québec, chapitre E-14.2). Le secteur de l'hébergement et de la restauration est codé sous SCIAN 72 (Gouvernement du Québec, 2024). Le

comité sectoriel de la main-d'œuvre qui s'occupe de l'industrie touristique est le Conseil québécois des ressources humaines en tourisme (CQRHT) (Gouvernement du Québec, 2024). Plusieurs associations sont présentes dans ce secteur. Au niveau de l'hôtellerie, c'est l'association de l'hôtellerie du Québec (AHQ) qui serait le principal joueur en étant appuyée par le gouvernement du Québec (Gouvernement du Québec, 2024; AHQ, 2024). Au niveau de la restauration, l'association des restaurateurs du Québec (ARQ) (Gouvernement du Québec, 2024) s'est jointe le 25 novembre 2022 à l'Alliance de l'industrie touristique du Québec (AQIT) (AQIT, 2024).

Il existe très peu de littérature scientifique expliquant le contexte syndical de ce secteur. En 2021, le taux de syndicalisation des employés dans ce secteur était de seulement 6,1% au Québec, alors qu'au Canada, il se situait à 4,2% (Ministère du Travail du Québec, 2022). En fait, il s'agit d'un des secteurs avec le taux de couverture le plus faible comparativement à d'autres secteurs et industries, ce qui limite la capacité des travailleurs à négocier de meilleures conditions de travail. Plusieurs études indiquent que les bas taux de syndicalisation dans les secteurs de services, comme l'hôtellerie et la restauration, sont souvent attribués à une précarité inhérente à ces industries, qui emploient une forte proportion de travailleurs temporaires, à temps partiel ou immigrants, ainsi qu'à des pratiques d'intimidation des employeurs à l'égard des efforts de syndicalisation (Vosko, 2011).

La faiblesse syndicale a également des impacts dans la dynamique des relations de travail et des conditions de travail des femmes immigrantes dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration au Québec. Ces dernières, déjà exposées à des discriminations systémiques et à des environnements de travail précaires, voient leurs droits souvent négligés ou plus difficiles à faire valoir en l'absence d'une représentation syndicale forte (Lévesque et Murray, 2010, cités dans

Gravel, 2017). C'est particulièrement préoccupant dans le contexte du droit au retrait préventif pour les femmes enceintes, où le syndicat a un rôle important à jouer. Selon Gravel (2017), les syndicats facilitent notamment le partage d'information sur leurs droits, sur le respect des recommandations émises par le médecin sur le certificat médical, mais également pour intervenir lorsque ces femmes vivent des refus d'accommodement entre le travail et la grossesse. La capacité d'action des travailleuses immigrantes enceintes est donc compromise lorsqu'elles ne sont pas syndiquées (Gravel, 2017).

Des recherches montrent également que la syndicalisation améliore les conditions d'emploi dans les secteurs à forte précarité en augmentant les salaires, en sécurisant les horaires, et en réduisant les risques d'abus ou de violations des droits au travail. Cependant, dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, l'absence de structures syndicales limite ces avancées, ce qui perpétue des dynamiques de pouvoir déséquilibrées au détriment des employés (Johnstone et Wilkinson, 2016). Cette réalité affecte particulièrement les travailleuses immigrantes enceintes, qui sont souvent peu informées de leurs droits ou hésitent à les revendiquer par peur de représailles ou de perdre leur emploi (Vosko, 2011).

5.1 Historique des luttes syndicales dans le milieu de l'hôtellerie

Les informations historiques présentées dans cette section s'appuient en partie sur des sources syndicales et visent à illustrer l'évolution des stratégies de syndicalisation dans le secteur de l'hôtellerie.

Au niveau de l'hôtellerie, deux époques se distinguent au Québec, soit celle avant 1980 et celle après 1980 (Confédération des syndicats nationaux, 2024a). Avant le début des années 1980, les hôtels étaient associés à une centrale syndicale américaine. Jean Lortie, secrétaire général de la

CSN depuis 2011, explique que les travailleurs de l'hôtellerie avaient de piètres conditions de travail pendant cette époque. Concrètement, ces travailleurs gagnaient le salaire minimum, ils ne détenaient pas de régime de retraite ou d'assurance collective et ils n'avaient pas accès à des congés de maladie ou de vacances. Monsieur Lortie explique même qu'il était impossible pour un travailleur de l'hôtellerie de faire un emprunt à la banque, car celui-ci devait absolument avoir un endosseur.

Après le début des années 1980, une transition majeure s'est amorcée alors que les syndicats d'hôtel se sont progressivement tournés vers la CSN (Confédération des syndicats nationaux, 2024a). Il est estimé qu'environ 10 000 travailleurs se sont syndiqués sous la CSN entre 1980 et 1986, amorçant une phase de consolidation syndicale dans le secteur. En 1986, quelques instigateurs, comme Lise Poulin, Gilles Duceppe, Jacques Lessard ainsi que quelques activistes du domaine de l'hôtellerie ont eu l'idée de rallier les forces de tous ces syndicats. Jean Lortie, qui était impliqué à l'époque, explique que le dialogue était dirigé vers leur objectif de rassembler les syndicats des différents hôtels dans un esprit de collaboration plutôt que de compétition afin de réussir à rééquilibrer le pouvoir vers les travailleurs pour acquérir de meilleurs bénéfices. Le but primaire de ces négociations « était de sortir les travailleurs de l'hôtellerie de la misère », comme le rapporte Jean Lortie (Confédération des syndicats nationaux, 2024a). Le coût à payer pour les syndicats a été de perdre une partie de leur autonomie, cependant, ce compromis politique a permis plusieurs gains. Entre 1999 et 2008, les professionnels de l'hôtellerie ont vu leurs salaires presque doublés. D'autres victoires sont à noter : ajout d'une semaine supplémentaire de vacances pour un total de 6 semaines, ajout d'une journée de maladie, des augmentations de salaire et une prime de départ à la retraite (Confédération des syndicats nationaux, 2024a; Benoit, 2010). Il est estimé que

la CSN représente une cinquantaine d'unités syndicales qui chacune compte des milliers de travailleurs (Benoit, 2010). La CSN a donc joué un rôle crucial dans le contexte syndical dans le domaine de l'hébergement et dans la quête vers de meilleures conditions d'emploi des travailleurs de ce secteur (Confédération des syndicats nationaux, 2024a).

Selon Lévesque et Murray (2010), la syndicalisation a également favorisé l'inclusion de groupes marginalisés, notamment des femmes immigrantes, en leur offrant des espaces de revendication collective et de soutien dans des environnements de travail souvent discriminatoires. Cependant, ces avancées demeurent fragiles dans un contexte économique où la précarité et la sous-traitance continuent de menacer les acquis syndicaux (Vaillancourt, 2004).

5.2 Historique des luttes syndicales dans le milieu de la restauration

Dans le milieu de la restauration, les luttes syndicales sont plus récentes et fragmentées. Le syndicat du secteur privé au Canada (TUAC) est la centrale syndicale qui représente majoritairement les travailleurs issus du milieu de la restauration. Il est indiqué sur leur site web qu'il représente plusieurs milliers de travailleurs des chaînes de restauration, telles que Swiss Chalet, St-Hubert, The Keg, Bâton Rouge, Plaza Premium Lounge, Tim Hortons, Jollibee, Wendy's et quelques autres restaurants et cafés.

Cependant, la CSN a émergé comme un acteur majeur ces dernières années, grâce à des stratégies innovantes afin de protéger les employés du secteur de la restauration. Lors de l'annonce de la CSN qu'elle représenterait les travailleurs d'un premier *Burger King* à Granby en 2018, le président du Syndicat des employés de la restauration-CSN, David Bergeron-Cyr, aurait mentionné qu'une « offensive » était en place afin de percer dans l'industrie de la restauration au Québec (Confédération des syndicats nationaux, 2024b). En 2018, David Bergeron-Cyr estimait que cette

campagne avait permis la syndicalisation d'environ 2 000 travailleurs de ce secteur, malgré des défis tels que la rotation élevée du personnel et le manque de stabilité des emplois (Confédération des syndicats nationaux, 2024a). Pour répondre à ces réalités, la CSN a créé le Syndicat des employés de la restauration (SER-CSN), une structure flexible permettant de regrouper des travailleurs issus de différents établissements (Confédération des syndicats nationaux, 2024b). Le SER-CSN fait partie de la Fédération du commerce (FC-CSN). Le nouveau modèle syndical a été pensé en raison de l'impossibilité de créer un comité exécutif autonome dû au faible pourcentage d'employés qui se trouvent dans les restaurants. Il est donc question d'un regroupement d'employés qui occuperaient momentanément des emplois au sein du conseil d'administration dans l'attente que la relève puisse l'assumer (Confédération des syndicats nationaux, 2024b). Les problématiques soulevées par les employés au président du Syndicat des employés de la restauration-CSN incluent « l'imposition du partage des pourboires, le non-respect de l'ancienneté ou les incitations à s'habiller de manière sexy » (Confédération des syndicats nationaux, 2024b).

Le 13 mars 2020, la CSN a été accréditée pour défendre les intérêts de « toutes et tous les salariés au sens du Code du travail à l'exclusion du gérant et de l'assistant-gérant » des restaurants St-Hubert (Confédération des syndicats nationaux, 2024b). De plus, les travailleurs d'un restaurant Tim Hortons des Galeries de la Capitale ont demandé à être représentés par la CSN afin d'avoir de meilleures conditions d'emploi, comme le respect de leurs horaires et de leurs salaires. Cela s'est concrétisé le 28 juillet 2020, à la suite d'une décision du tribunal administratif du travail (TAT). Finalement, à cette même date, le SER-CSN a ajouté à son groupe les serveuses, les plongeurs et les cuisiniers de La Cage Brasserie Sportive de Saint-Jérôme dans les Laurentides. Ces campagnes ont permis des améliorations notables au niveau de conditions d'emploi, montrant que même dans

un secteur aussi éclaté, l'action syndicale peut porter ses fruits. Yerochewski (2014) souligne cependant que la syndicalisation dans la restauration reste particulièrement complexe au Québec, comme ailleurs. Ces gains demeurent toutefois des percées ponctuelles dans un secteur où la syndicalisation reste marginale (Yerochewski, 2014). Or, cette faible couverture n'est pas sans effet sur le PMSD : le syndicat agit comme une ressource déterminante pour faire valoir le droit au retrait préventif, si bien que la sous-syndicalisation de l'hôtellerie-restauration fragilise l'accès effectif des travailleuses enceintes de ce secteur à ce droit, un écart entre travailleuses syndiquées et non syndiquées que ce mémoire entend explorer.

Chapitre 3 Cadre théorique

Ce chapitre présente le cadre théorique utilisé pour analyser la problématique présentée dans ce mémoire, soit les enjeux liés à la manière dont les travailleuses enceintes issues de l'immigration récente du secteur de l'hébergement et de la restauration au Québec naviguent et influencent les pratiques de gestion et les représentations de la grossesse au travail, dans le cadre du droit de retrait préventif et de l'évolution des politiques et pratiques de gestion de santé et sécurité. Afin d'explorer ces enjeux entourant l'accès au droit de retrait préventif en milieu de travail, trois théories seront mobilisées :

- La théorie intersectionnelle de Crenshaw
- Le continuum SST de Geneviève Baril-Gingras et Rachel Cox
- La théorie des ressources et des rapports de pouvoir de Giddens

Ces approches théoriques complémentaires permettent d'évaluer comment les travailleuses, malgré les contraintes systémiques et organisationnelles, peuvent jouer un rôle actif dans la transformation des pratiques de gestion entourant la grossesse au travail.

6. Théorie intersectionnelle de Crenshaw (1989)

Le concept d'intersectionnalité provenant de la théorie de Crenshaw (1989) appartient à la catégorie des théories critiques (Abrams et al., 2020). Dans l'optique d'expliquer l'interconnexion du sexisme et du racisme dans le contexte judiciaire dans les années 1989-1991, la juriste Kimberlé Crenshaw a choisi d'utiliser le terme d'intersectionnalité pour admettre, qualifier et évaluer expressément la manière dont les mécanismes d'oppression marginalisaient les femmes noires (Abrams et al., 2020). Puis, le concept d'intersectionnalité a évolué pour élargir l'analyse du

caractère interactif de nombreuses identités socialement construites, notamment la racialisation, le genre, l'orientation sexuelle et la classe, qui influencent collectivement les expériences personnelles et celles des groupes (Abrams et al., 2020). Au Canada, le concept d'intersectionnalité a été utilisé pour « éclairer l'analyse de la diversité et les efforts d'intégration visant à remédier à l'inertie conceptuelle entourant le genre dans la recherche et la politique » [traduction libre] (Hankivsky, 2005, 2006, 2007, Jackson et al. 2005, Spitzer, 2005 cité dans (Hankivsky et Christoffersen, 2008 P. 275.)

Nonobstant son évolution, comme expliqué par Abrams et ses collègues (2020), la théorie intersectionnelle possède trois principes directeurs :

1. L'hypothèse que toutes les personnes ont plusieurs identités qui se rejoignent.
2. Parmi chaque identité se trouve une notion de pouvoir ou d'oppression.
3. Ces identités, même si elles sont propres à chaque personne, sont le fruit du contexte socioculturel et sont donc transférables.

L'analyse intersectionnelle va donc « au-delà de la reconnaissance de la nature intégrée et fluide des catégories sociales de l'expérience, en les appréhendant comme partie intégrante d'un cadre plus large des rapports macro et des relations micro, des institutions et des processus impliqués dans la construction sociale de l'iniquité » (Hankivsky et Christoffersen 2008 : 277 cités dans Bilge, 2009. P.73).

1.1 Approche intersectionnelle en relations industrielles[11]

Plusieurs arguments quant à la nécessité d'intégrer le genre et la racialisation aux théories en relations industrielles (RI) ont été répertoriés dans la littérature. Premièrement, intégrer le genre et la racialisation aux théories en RI permettrait de faire avancer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes sur le marché du travail en permettant de mieux comprendre le croisement du racisme et du sexisme dans la construction d'un système oppressif (Lee et Tapia, 2021). Deuxièmement, pour les RI, en tant que champ multidisciplinaire et dans la famille des sciences sociales, il y a une réelle opportunité avec les derniers mouvements sociaux comme le Movement for Black Lives et le Women's March de faire avancer la recherche pour la justice sociale dans le milieu de travail en incorporant le genre et la racialisation aux théories en RI. Il y a donc un momentum sociétal que les chercheurs en RI doivent saisir afin de faire évoluer la recherche sur les réalités sociales et les « pouvoirs sociaux réels » de la collectivité en général (Lee et Tapia, 2021. P.644). Troisièmement, la théorie critique de la race et de l'intersectionnalité en relations industrielles nous permet de comprendre certains phénomènes importants au sein du marché de travail, comme le déclin syndical, par exemple. En effet, les auteures expliquent que le recours traditionnel aux négociations collectives a diminué au détriment d'un régime de droits individuels du travail en raison de regroupements politiques de « nouveaux groupes identitaires » qui ont fait campagne pour mettre de l'avant les droits individuels dans le marché du travail (Lee et Tapia, 2021 : 651). Finalement, intégrer le genre et la racialisation aux théories en relations industrielles

[11] Cette section provient d'un résumé fait par l'étudiante de l'article mentionné dans le cadre du cours REI 7007.

amènerait de nouvelles explorations pertinentes puisque les chercheurs auraient une compréhension et une identification plus approfondies des variations inter- et intragroupes qui tiendrait compte du contexte difficile des représentations sociales. Par exemple, une approche CRT/I aurait soulevé une série d'autres questions essentielles à considérer sur le plan analytique, telles que les disparités dans les moyens de pouvoir des salariés et les conditions du militantisme ouvrier entre les groupes.

1.2 Application de la théorie intersectionnelle à notre problématique

Le statut d'immigré précaire s'entrecroise avec les positions sociales des personnes immigrantes en fonction des axes du sexe, de la racialisation, de la classe, ainsi que de l'ethnicité pour déterminer leur droit de participation et d'utilisation du système de santé (Salami, B., Meharali et Salami, A., 2015). Le fait que cette population soit reconnue comme étant une main-d'œuvre « remplaçable » et qu'elle appartient à une classe sociale, fréquemment mal rémunérée, est un élément qui renforce leurs mauvaises expériences au Canada en matière de prise en charge dans les services de santé (Oxman-Martinez et al., 2005 ; Walia, 2010, cités dans Salami, B., Meharali et Salami, A., 2015). L'accès au système de santé est primordial pour les travailleuses migrantes enceintes puisqu'elles doivent avoir accès à un médecin qui les suivra tout au long de leur grossesse. Cela s'inscrit dans le cadre du droit de retrait préventif puisque la travailleuse migrante enceinte doit pouvoir obtenir le certificat visant le retrait préventif de la part de son professionnel de la santé afin d'avoir accès au PMSD.

Comme cité par quelques auteurs, l'utilisation de la théorie intersectionnelle contribue à :

> Faire progresser la justice sociale grâce à une étude critique des disparités en matière de santé, de l'expérience de la maladie, de la construction des récits culturels de la maladie, des comportements et des pratiques en matière de santé, des expériences des soignants, des influences systématiques sur les résultats en matière de santé et des services de santé

> aux niveaux individuel, interpersonnel, communautaire, structurel et d'une combinaison des niveaux susmentionnés. [traduction libre] (Bowleg, 2017 ; Choo et Ferree, 2010 cités dans Salami, B., Meharali et Salami, A., 2015. P. 2.).

De plus, la théorie intersectionnelle est particulièrement intéressante pour la communauté scientifique dans le domaine de la santé puisqu'elle permet d'analyser les schémas de pouvoir sous-jacents qui sont à l'origine des disparités en matière de santé (Salami, B., Meharali et Salami, A., 2015). Aussi, « la prise en compte des interactions entre sexe et genre dans le domaine de la santé a des retombées majeures en termes de connaissances scientifiques, de prise en charge médicale, de traitement, de prévention et de réduction des coûts de santé » (HCE en France, 2020 : 85 ; cité dans Conseil du statut de la femme, 2021. P.10). Le croisement entre le statut précaire des migrants ainsi que les déterminants de la santé auraient comme répercussion d'abaisser leur qualité de vie et leur état de santé (Gagnon et al., 2021). Comme mentionné dans les objectifs du développement durable des Nations Unies, afin d'arriver aux soins de santé universels et à l'équité en ce qui concerne l'accès aux soins, l'accès aux services de santé ainsi que l'égalité d'accès pour les femmes en matière de services de santé sont les facteurs les plus cruciaux pour y parvenir (United Nations Population Fund cités dans Richter et al., 2020). L'accès aux services de santé « est lié à la race, à l'origine ethnique, au statut socioéconomique, à l'âge, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre et au lieu de résidence » (Richter et al., 2020. P.8).

Comme l'indiquent Hankivsky et Christoffersen, (2008), intégrer le genre dans une analyse des déterminants de la santé favorise la compréhension des variations qu'expérimentent et partagent les femmes dans les multiples facettes de leur santé. Cette analyse spécifique à la santé au travail pourrait permettre de relier leurs histoires aux influences socio-structurelles et au sein de contextes socioculturels spécifiques. Les disparités qui perdurent et s'aggravent au sein du groupe

des femmes amènent les scientifiques canadiens à ne plus se fier uniquement qu'à l'analyse entre les sexes et à élargir les paramètres de leurs analyses afin d'aller au-delà de la normalisation présumée de la « femme blanche, hétérosexuelle et de classe moyenne » (Hankivsky et Christoffersen, 2008). Le premier élément de cette démarche est la formulation et l'élaboration d'outils et de procédures qui se fondent sur la position sociale des femmes au statut précaire (Jackson et al. 2005, Hankivsky 2007, Reid et al. 2007, Varcoe et al. 2007 cités dans Hankivsky et Christoffersen, 2008).

Plus spécifiquement en lien avec le droit de retrait préventif, comme Malenfant et al (2011) l'expriment, « prendre en compte les exigences de la grossesse pour réaménager le travail met en échec une culture organisationnelle fondée sur le type idéal du travailleur, c'est-à-dire le stéréotype masculin du travail qui donne la primauté à l'activité professionnelle » (Malenfant et al., 2011 ; cités dans Gravel, 2017 p. 75). Même si les organisations font face à des obligations légales lorsqu'il est question d'inclure la grossesse dans les milieux de travail, les procédés reliés aux normes sociales des travailleuses enceintes demeurent bien ancrés en fonction « de leurs différences biologiques et de la protection de leurs fonctions reproductives » (Malenfant et al., 2011 ; cités dans Gravel, 2017 p. 81). C'est dans cette optique que l'approche intersectionnelle devient intéressante puisque l'intersectionnalité « va au-delà d'une simple reconnaissance de la multiplicité des systèmes d'oppression opérant à partir de ces catégories et postule leur interaction dans la production et la reproduction des inégalités sociales » (Crenshaw 1989 ; Collins 2000 ; Brah et Phoenix 2004 cité dans Bilge, 2009 p.70). L'intersectionnalité pourra nous aider à comprendre comment les travailleuses enceintes issues de l'immigration, à travers leur statut social, interagissent et se comportent dans leur milieu de travail lorsqu'il est question de la grossesse afin

de faire valoir leurs droits. Parallèlement, cela nous aidera également à comprendre comment les milieux de travail réagissent à leur égard lorsqu'elles souhaitent faire valoir leurs droits. D'ailleurs, l'action des travailleuses enceintes de se retirer de leurs milieux de travail valide l'existence de ces procédés **(**Malenfant et al., 2011 ; cités dans Gravel, 2017). L'action du retrait de la part des travailleuses enceintes serait notamment expliquée par trois raisons : la crainte d'une dégradation de leurs conditions financières si elles demeurent en poste (perte d'opportunités, de primes ou de quarts liée à un aménagement de tâches), la pression des tâches exacerbées par la grossesse et la crainte de risquer la santé de leur enfant à naître**.** Conséquemment, les travailleuses enceintes choisissent de se retirer du travail plutôt que de faire face à l'exclusion sociale dans leur milieu professionnel. C'est dans cet esprit que l'objectif du retrait préventif voulant favoriser l'affectation de la travailleuse enceinte plutôt que de la garder à l'écart soulève des questionnements (Malenfant et Blanchet, 1993 ; cités dans Gravel, 2017).

7. Continuum SST de Baril-Gingras et Cox (2022)

Dans l'objectif d'analyser la capacité éventuelle et l'efficience des composantes pertinentes du projet de loi no 59 qui a précédé la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail en matière de prévention, les auteures Baril-Gingras et Cox (2022) ont créé un continuum SST en utilisant la typologie en deux axes de Tucker (2007). Leur version proposée prend donc en compte la citoyenneté au travail en matière de SST avec un regard féministe et sensible à l'absence d'égalité entre les humains.

2.1 Points clés du cadre théorique de Baril-Gingras et Cox

Quelques points clés du cadre théorique de Baril-Gingras et Cox seront discutés. En premier lieu, ce cadre transmet l'idée qu'il y a une construction sociale des risques du travail. Les inégalités sociales de santé liées au travail sont perçues comme résultant de la répartition inégale des risques et des inégalités de pouvoir dans les rapports sociaux de travail. (Vogel, 2015, p.475 ; Baril-Gingras, 2013). Ces inégalités sont également influencées par des facteurs tels que la classe, le sexe, et la racialisation. Il y a donc un rapprochement avec l'intersectionnalité puisqu'autant la théorie intersectionnelle que le cadre théorique de Baril-Gingras et Cox mettent en avant plan l'idée que l'accès inégal aux différents services et l'inclusion des femmes marginalisées et vulnérables dans le monde du travail est une problématique socialement construite.

En deuxième lieu, ce cadre théorique met en lumière l'importance d'analyser l'effectivité du droit (effets réels des droits et obligations formels). Il est nécessaire d'examiner non seulement les droits et obligations formels, mais aussi le contexte et les conditions qui influencent leur efficacité en pratique. L'application de la loi et son efficacité dépendent fortement de la manière dont elle est mise en œuvre, notamment par l'inspectorat (Walters et al., 2011 ; Tucker, 2003, 2007).

En troisième lieu, le modèle théorique définit les modes de régulation de la prévention. Effectivement, le cadre théorique de Baril-Gingras (2013), inspiré de Sullivan et Frank (2000), identifie cinq modes de régulation de la prévention en santé et sécurité au travail (SST) :

- contrôle externe se réfère aux mécanismes légaux et à l'intervention des inspecteurs pour faire respecter les réglementations.

- contrôle interne concerne les responsabilités des employeurs dans l'organisation et la gestion de la prévention des risques au sein de leurs entreprises.

- participation et représentation des travailleur.euse.s visent à inclure les employés dans les processus décisionnels et dans la mise en œuvre des mesures de prévention.

- soutien externe englobe les ressources spécialisées, qu'elles soient obligatoires ou volontaires, et qui peuvent être de nature commerciale ou non.

- incitatifs financiers, tels que la tarification par incidence, créent des motivations économiques pour les entreprises à adopter des pratiques de prévention efficaces en réduisant leurs coûts d'indemnisation.

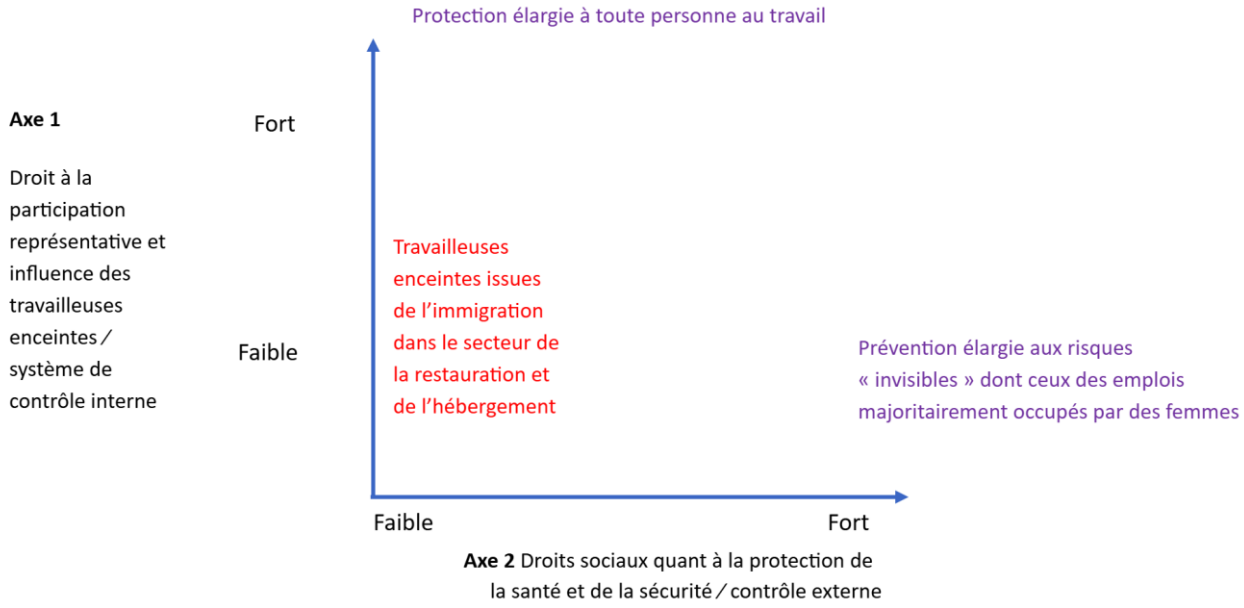
En quatrième lieu, le modèle théorique de Baril-Gingras et Cox utilise la typologie et les axes d'analyse de Tucker (2003, 2007). Le premier axe reflète les droits à la participation des travailleurs et leur exercice réel, ainsi que le niveau d'exigence du système de responsabilité interne. Le deuxième axe, quant à lui, reflète les droits en matière de protection de la SST et l'intensité de leur application par le système de contrôle externe. Lorsque les dispositions sont faibles sur ces deux axes, cela indique un régime où la citoyenneté au travail est subordonnée aux impératifs du marché.

En cinquième lieu, le cadre théorique en question permet la prolongation féministe du modèle de Tucker. L'axe horizontal est ajusté pour refléter la sous-estimation et l'invisibilisation des risques des emplois des femmes (Messing, 2021). L'axe vertical est ajusté pour inclure la couverture syndicale et les mécanismes d'externalisation des risques, notamment via l'emploi précaire (D'Amours, 2021).

2.2 Application de la théorie de Baril-Gingras et Cox à notre problématique

Il y a plusieurs liens qui peuvent être faits entre ce cadre théorique, proposé par Rachel Cox et Geneviève Baril-Gingras, et la problématique discutée dans ce mémoire. Premièrement, ce modèle permet de tenir compte des formes d'emploi précaires et de la sous-estimation des risques des emplois féminins. Cet aspect est très pertinent pour situer les travailleuses de la restauration/hôtellerie, surtout lorsque non syndiquées. Dans ce modèle, ces travailleuses se retrouvent en bas à gauche du modèle (Figure 1) puisqu'elles sont dans un régime où les protections en matière de SST sont faibles, tant en termes de participation des travailleurs que de contrôle externe.

Figure 1 : L'État de la citoyenneté au travail en SST pour les travailleuses enceintes issues de l'immigration dans le secteur de l'hébergement et la restauration



Source : Adapté du modèle de typologie en deux axes caractérisant la citoyenneté au travail en SST (Baril-Gingras et Cox, 2022 ; Tucker, 2007).

Le fait que les femmes immigrantes dans le domaine de la restauration/hôtellerie sont peu syndiquées, elles ne peuvent participer comme l'incite le cadre théorique (Baril-Gingras et Cox,

2022). Aussi, les changements apportés au PMSD en lien avec les protocoles qui seront utilisés pour identifier les risques SST en milieu de travail ont comme impact de diminuer la participation des travailleuses enceintes dans la démarche d'identification des risques, puisque les protocoles dicteront les risques présents dans leur milieu de travail (Gravel et Lederer, 2025).

Deuxièmement, cette construction sociale des risques est liée à la perspective intersectionnelle, puisqu'il existe un besoin de tenir compte des dynamiques de pouvoir et des inégalités dans l'analyse, et comment elles affectent certains sous-groupes à en tant que femmes, enceintes, issues de l'immigration, souvent racisées, au statut socioéconomique bas. Elles sont particulièrement vulnérables à la précarité et à l'exploitation, car elles se trouvent dans des emplois précaires, avec peu de contrôle interne, peu de participation aux décisions en SST, et un accès limité aux ressources externes de soutien. Pour ces raisons, les instances qui agissent comme contrôle externe deviennent encore plus importantes pour préserver les droits en SST de ces travailleuses vulnérables. Comme expliqué à la section 2.5, les travailleurs immigrants et les femmes immigrantes qui vivent une grossesse ont difficilement accès à l'information en lien avec la LSST en raison des différentes barrières langagières et socioculturelles qu'elles vivent au quotidien en plus de leur faible taux de représentation par un syndicat. La participation aux décisions en SST et l'accès aux ressources externes de soutien deviennent donc difficilement atteignables pour ces travailleuses enceintes et vulnérables.

Troisièmement, le Modèle Cox-Gingras appliqué ici met en évidence l'importance de combiner des mécanismes de contrôle externe (inspectorat, réglementation) et interne (obligations des employeurs) pour renforcer la prévention dans des milieux où la précarité et les inégalités de genre sont marquées, comme c'est le cas pour les travailleuses immigrantes récentes dans la

restauration (Baril-Gingras et Cox, 2022). Le poids du contrôle interne dépendrait « de la présence du contrôle externe effectif et de participation et représentation des travailleur(euses) » (Baril-Gingras, 2013 citée dans Baril-Gingras et Cox, 2022. P.12).

Avec le projet de loi 59, une meilleure gestion et responsabilité en matière de SST était attendue pour les agences de placement et les entreprises clientes. Cet aspect est important dans le cadre de cette recherche puisque les femmes immigrantes travaillant dans le domaine de l'hôtellerie et de la restauration se retrouvent au cœur de cette relation tripartite et donc, en situation de vulnérabilité importante. La réforme de la LSST vient préciser davantage la responsabilité en matière d'obligation SST entre l'entreprise cliente et les agences de placement avec l'article 51.1.1 « Est sans effet toute clause d'un contrat ou d'une convention qui limite ou transfère les obligations qui, en vertu de la présente loi, incombent à l'employeur qui loue ou prête les services d'un travailleur à son emploi ou à la personne qui utilise ces services » (LSST, art. 51.1.1).

Cet ajout permet d'empêcher les tentatives de manipulation contractuelle du critère jurisprudentiel de la gestion effective[12] de la part des entreprises clientes qui souhaiteraient délaisser leur responsabilité légale en matière de SST. En prenant en compte les travailleurs « loués ou prêtés » dans la totalité des travailleurs pour les mécanismes de prévention, la loi accroît le degré

[12] La CNESST applique le critère jurisprudentiel de la « gestion effective » (Olymel et Hamel St-Hilaire, 2013, QCCLP 6838) pour déterminer à qui revient la responsabilité des obligations légales en matière de santé et de sécurité entre l'agence de travail temporaire et l'entreprise cliente (Conseil du Statut de la Femme, 2021).

de responsabilisation des organisations, ce qui correspond au contrôle interne (LSST, art. 143). Cependant, même avec la modification de l'article 58 entrée en vigueur le 6 octobre 2025, rien ne garantit que les mécanismes de contrôle externe nécessaires seront déployés pour que les travailleuses immigrantes soient effectivement prises en charge et puissent s'impliquer dans la coordination des actions de prévention. Baril-Gingras et Cox (2022) soulignent en effet que la réforme demeure muette sur les ressources allouées à l'inspectorat, dont l'effectif, stable depuis les années 1980 malgré la hausse du nombre d'établissements, équivaut de facto à une réduction. Ce silence est d'autant plus préoccupant que les orientations de la CNESST en matière d'inspection pour 2024-2027 ciblent pourtant explicitement les personnes issues de l'immigration parmi leurs clientèles prioritaires : l'ambition affichée risque de rester lettre morte faute de moyens de contrôle externe, accentuant la position précaire de ces travailleuses (Baril-Gingras et Cox, 2022).

Pour conclure, même si la LSST souhaite avancer dans la bonne direction en protégeant davantage de travailleurs vulnérables, des défis persistent quant à la mise en application des mécanismes qui assurent la protection et la responsabilisation des diverses parties prenantes mises en cause (Baril-Gingras et Cox, 2022). Le cadre théorique de Baril-Gingras et Cox permet d'illustrer l'importance de toutes les parties prenantes afin de protéger les travailleuses vulnérables. Il sera important de préciser et de solidifier ces mécanismes de prévention afin de garantir une couverture efficace des risques SST auxquels font face les travailleuses immigrantes. La question de la conformité formelle se pose en raison des incertitudes en lien avec le contrôle externe (inspectorat) et le soutien externe indépendant (rôle du RSPSAT diminué). Les travailleuses issues de l'immigration et vivant une grossesse au travail demeurent très dépendantes de leur employeur.

Ceci nous amène vers la dernière théorie, soit celle de la structuration de Giddens qui discutera des dynamiques de pouvoir des femmes migrantes enceintes.

8. Théorie de la structuration de Giddens

Anthony Giddens (1987) est un sociologue anglais qui s'est penché sur le débat visant à mettre les théories structuralistes et fonctionnalistes à l'opposition de la théorie de l'action en soulignant qu'elles étaient interreliées (Rütten et Gelius, 2011). Sa théorie de la structuration illustre l'interaction dans l'espace et dans le temps entre différents aspects comme l'action des individus, les structures (règles et ressources), les pratiques sociales à l'intérieur du système social (organisation) (Kechidi, 2005 ; Gravel, 2017 ; Rouleau, 2007).

3.1 Points clés de la théorie de la structuration de Giddens

Quelques points clés de la théorie de la structuration seront discutés. En premier lieu, la théorie de la structuration met en évidence la dualité du structurel, qui est l'idée centrale du mouvement théorique (Kechidi, 2005). Cette dualité provient du fait que les règles et les ressources qui sont « utilisées par les acteurs pour produire, reproduire ou reformuler des pratiques sociales sont du même coup les moyens de la production, reproduction ou reformulation du système social » (Gravel, 2017. P.91). Giddens (1987) définit les structures comme des règles et des ressources, soit un ensemble de relations de transformation, organisées en tant que propriétés de systèmes sociaux.

En deuxième lieu, la théorie de la structuration projette les organisations comme un système social (Gravel, 2017 ; Kechidi, 2005). L'organisation, dans son contexte micro, permet l'analyse et l'étude des interactions sociales qui se trouvent à évoluer à travers une sphère spatiale et temporelle précise (Gravel, 2017 ; Kechidi, 2005). Concrètement, l'organisation est « un lieu,

construit socialement, qui contribue à produire, reproduire ou reformuler les règles et les principes institutionnels de la société capitaliste et qui se constitue également à partir de ces mêmes règles et principes produits, reproduits ou reformulés » (Giddens, 1990, cité dans Gravel, 2017. P.90)

En troisième lieu, Giddens (1987) apporte une vision intéressante du concept de la démocratie, puisque celle-ci serait liée à l'égalité entre les sexes et dans la famille (Gravel, 2017). Giddens argumente « que l'arrivée du capitalisme a dans un premier temps favorisé une intégration de la vie productive à la vie reproductive ayant pour effet réel d'accentuer la séparation entre la sphère privée et publique dans la société » (Giddens, 1998, cité dans Gravel, 2017. P.94).

En quatrième lieu, la théorie de la structuration présente l'axe pouvoir-ressources-domination et définit l'interaction entre ses concepts :

Domination

Un acteur à l'intérieur du système social peut avoir recours à des règles, des normes et des ressources afin de reproduire la structure de la domination (Gravel, 2017). Il est pertinent de mettre en lumière la capacité des travailleuses immigrantes enceintes à utiliser les différentes ressources possibles afin de valider leur pouvoir d'agir sur cette domination (Gravel, 2017).

Ressources

Selon Giddens, l'amalgame des règles avec les deux catégories de ressources à activer, soit les ressources d'allocation et d'autorité, est le fruit de l'interaction sociale (Gravel, 2017). Les règles et les ressources ne peuvent être dissociées. Les ressources représentent les moyens dont disposent les acteurs pour agir dans un contexte structuré, tout en contribuant à la reproduction ou à la transformation de ces structures. Dans cette perspective, les ressources ne se limitent pas à des

éléments matériels ; elles comprennent également des ressources immatérielles ou d'autorité qui permettent d'influencer l'action d'autres acteurs et de coordonner l'activité collective (Gravel et Lederer, 2025).

Dans la théorie de la structuration, les règles correspondent aux normes, attentes et interprétations qui orientent les pratiques sociales. Elles peuvent être formelles, comme les lois, conventions collectives ou politiques organisationnelles, ou informelles, comme les pratiques implicites, les routines organisationnelles et les représentations partagées au sein du collectif de travail (Gravel, 2017; 2025). Dans le contexte de la gestion des risques liés à la grossesse, ces règles influencent la manière dont les acteurs interprètent le droit de retrait préventif et les possibilités de maintien en emploi (Gravel, 2017; 2025).

Pouvoir

Selon Giddens, le pouvoir est créé par les relations entre les différents acteurs (Beldi, Cheffi et Wahceux, 2006, cités dans Gravel, 2017). Il distingue la notion de pouvoir en deux facettes. La première est l'aptitude à mettre en action, c'est-à-dire de pouvoir d'agir ou bien au contraire d'éviter d'avoir un impact sur des situations quotidiennes. Le choix de l'acteur d'influer ou non sur ces situations aura un impact sur les changements constants au sein de la société et parmi les institutions. La deuxième implique que le simple fait d'être un agent fait en sorte de « pouvoir déployer continuellement, dans la vie quotidienne, une batterie de capacités causales, y compris celle d'influencer les capacités causales déployées par d'autres agents » (Giddens, 1987, cité dans Gravel, 2017. P.117). Tu ne peux donc pas être un agent si tu n'as plus l'aptitude d'avoir un impact, puisque tu perds ton pouvoir (Gravel, 2017). Dans cette perspective, le pouvoir peut être défini comme la capacité des individus à mobiliser des ressources afin d'influencer les pratiques sociales

et organisationnelles. Enfin, Giddens explique que la contrainte, faisant partie du pouvoir, s'expose de trois façons :

- La contrainte matérielle (les ressources)
- La contrainte à l'exercice du pouvoir et de l'autorité
- La contrainte structurelle (le cadre permettant l'action humaine)

3.2 Application de la théorie de la structuration à notre problématique

La vision de la démocratie de Giddens, même si elle est critiquée par ses pairs sociologues (Tucker, 1998 ; Lefort, 1991; Browne, 2006 ; Sheldrick, 2002), offre la possibilité de comprendre comment les travailleuses vulnérables peuvent avoir recours aux ressources et aux règles afin d'avoir le pouvoir d'agir pour faire entendre leur droit dans le contexte de santé et sécurité au travail (Gravel, 2017). Dans cette optique, les travailleuses enceintes ne sont pas seulement soumises aux structures organisationnelles : elles peuvent également agir sur celles-ci en mobilisant différentes ressources, par exemple en invoquant leur certificat médical, en sollicitant l'appui du collectif de travail ou en s'appuyant sur les dispositions légales encadrant la protection de la maternité au travail.

Gravel (2017) a adapté le cadre opérationnel de Giddens dans le contexte de sa recherche portant sur le droit du retrait préventif des travailleuses enceintes dans le milieu de la santé au Québec. Son adaptation du cadre opérationnel de Giddens sera donc présentée dans les prochaines lignes.

Tout d'abord, elle explique que la démocratie se traduit par la « capacité à transformer les pratiques et les représentations à l'égard du travail et de la grossesse et du retrait préventif » (Gravel, 2017, p.304). Concrètement, la travailleuse qui vit une grossesse au travail doit recourir

aux trois ressources d'allocation (matérielles, humaines et informationnelles) dans l'objectif d'amener non seulement les acteurs impliqués dans l'organisation, mais aussi les acteurs externes à agir fin qu'elle puisse bénéficier d'une affectation permettant son développement professionnel et d'affirmation de soi. La capacité des travailleuses à mobiliser ces ressources influence directement leur marge de manœuvre en situation de travail (Gravel et Lederer, 2025). Dans le cas des travailleuses immigrantes, cet aspect représente un enjeu important, puisque leur capacité est compromise par différentes barrières.

Ensuite, Gravel (2017) défini les ressources à la disposition de la travailleuse enceinte dans le cadre du retrait préventif. Les ressources d'allocation sont vues comme des éléments tangibles mobilisables :

A) Des ressources matérielles

- Certificat de retrait préventif
- LSST
- Convention collective
- Politiques écrites et non écrites en matière de retrait préventif

B) Des ressources humaines

- Membres de l'équipe
- Supérieur immédiat
- Représentant syndical
- Médecin
- Infirmière du CLSC
- Inspecteur de la CSST

C) Des ressources informationnelles

- Convention collective
- Documentation relative au PMSD
- Trousse d'information du syndicat ou de l'employeur sur le retrait préventif

Les ressources d'autorité, quant à elles, s'organisent alentour du droit de retrait préventif par différents moyens et sont liées au pouvoir de coordination et de contrôle (Gravel et Lederer, 2025). Le certificat de retrait préventif comme document légiférant les recommandations médicales devient un levier d'émancipation pour les travailleuses. Ainsi, la travailleuse peut choisir de se servir du certificat comme une ressource d'autorité pour négocier et solliciter l'appui organisationnel dans l'objectif de la pratique d'affirmation de ses droits. De plus, le droit de retrait préventif par l'entremise de la LSST, comme ressource d'autorité, donne la permission à la travailleuse enceinte :

- De s'assurer que les actions des acteurs impliqués dans l'organisation permettent la mise en place de mesures d'adaptation auxquelles elle a droit afin d'avoir un milieu de travail sain et sécuritaire pour sa grossesse.
- De s'assurer que les acteurs externes à l'organisation (Médecin et CNESST) travaillent conjointement avec les représentants de la CNESST ou l'équipe de santé du travail afin de suivre les recommandations inscrites sur son certificat médical.
- De gérer son propre développement professionnel et de pratiquer l'affirmation de soi par l'action de rester à l'emploi durant sa grossesse et de persuader les divers acteurs impliqués dans le droit de retrait préventif d'agir dans cette lignée.

La mobilisation des ressources humaines comme une ressource d'autorité implique que la travailleuse arrive à régir les actions des différents individus impliqués dans le processus d'accès au PMSD dans l'objectif d'optimiser la conciliation travail-grossesse (Gravel et Lederer, 2025).

Finalement, le pouvoir est vu « comme le potentiel individuel à rassembler des effectifs pour que ces procédés puissent être inspirés et privilégient des emplois égalitaires (Gravel et Lederer, 2025). Les travailleuses enceintes font face aux dimensions habilitantes (opportunités) et contraignantes (limitations) du structurel, qui sont les règles informelles et formelles liées aux droits et obligations en matière de SST. Concrètement, les travailleuses enceintes peuvent soit se retrouver avec un faible pouvoir d'action lorsqu'elles font face aux dimensions contraignantes ou avec un fort pouvoir d'action vis-à-vis des dimensions habilitantes.

9. Intégration du cadre théorique

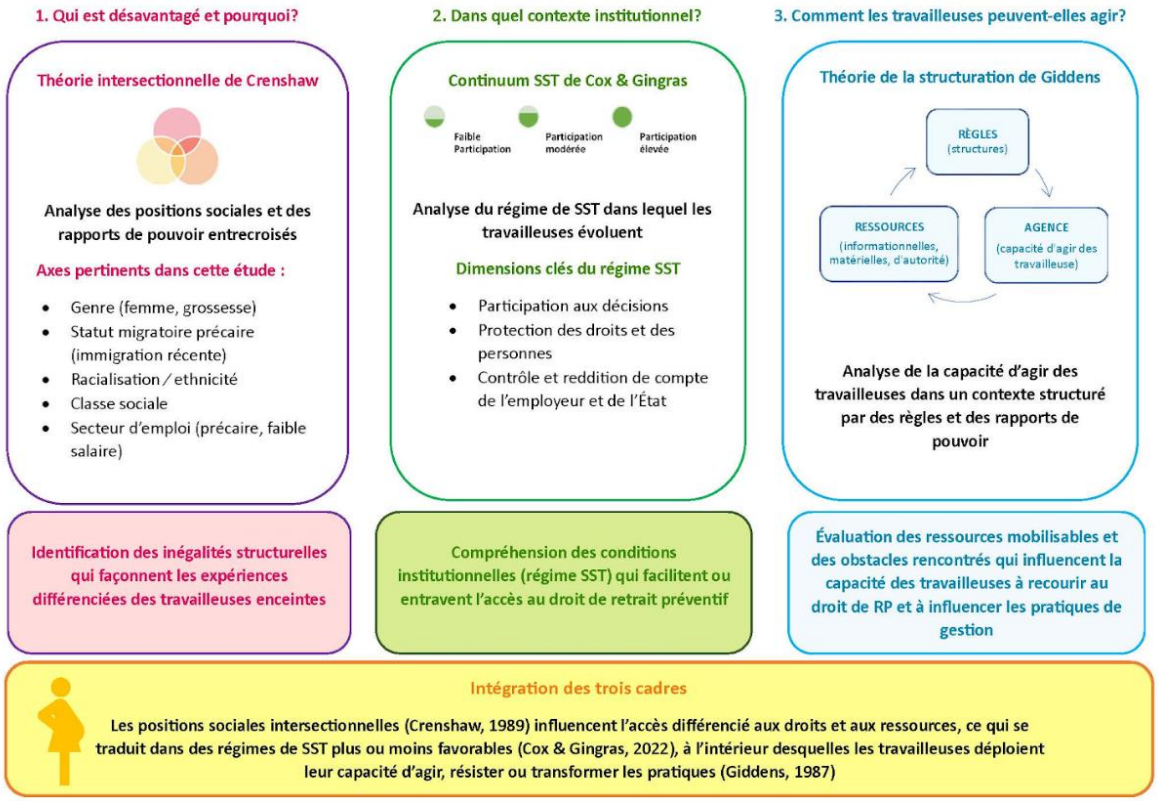
Pour conclure ce chapitre portant sur le cadre théorique, trois approches complémentaires seront mobilisées pour examiner la question de recherche, soit comment les travailleuses enceintes issues de l'immigration récente du secteur de l'hébergement et de la restauration au Québec naviguent et influencent-elles les pratiques de gestion et les représentations de la grossesse au travail, dans le cadre du droit de retrait préventif et de l'évolution des politiques et pratiques de gestion de santé et sécurité.

Malenfant (1993) exprime très bien ce processus dynamique dans lequel les travailleuses se retrouvent :

> Pour respecter l'esprit initial de la loi, l'application du droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite implique un processus dynamique d'ajustement de l'organisation du travail, tant sur le plan de l'adaptation de l'environnement physique de travail que sur le plan du réaménagement des tâches, et ce, en fonction de l'évolution de la grossesse (Malenfant et Blanchet, 1993, p. 69).

C’est dans cette optique que l’enchaînement des actions et procédés qui encadrent l’accès au droit de retrait préventif sera analysé par le biais des trois théories se situant à des niveaux d’analyse distincts et complémentaires. La figure 2 illustre l’intégration de ces cadres théoriques.

Figure 2 : Intégration des cadres théoriques pour analyser l’accès au droit de retrait préventif chez les travailleuses enceintes issues de l’immigration dans le secteur de l’hôtellerie et de la restauration



En commençant par la notion de pouvoir présente chez Giddens, il s’agit de questionner l’habileté de ces femmes à modifier leurs conditions de travail et d’avoir un impact sur les systèmes sociaux prééminents reliés au travail, à la grossesse et au retrait préventif dans le but de favoriser le réaménagement de leurs tâches pour rester à l’emploi pendant leur grossesse, lorsque possible par leur santé et la santé de leur enfant à naître (Giddens, 1987, cité dans Gravel, 2017). Pour y

arriver, les femmes doivent avoir recours aux différentes ressources (matérielles, humaines et informationnelles) qui s'inscrivent dans un processus dynamique d'interactions sociales.

La théorie de structuration de Giddens permettra ainsi d'analyser la capacité d'agir des travailleuses lorsqu'elles souhaitent se prévaloir du droit de retrait préventif. Les jeux de pouvoir entre les acteurs dans le processus d'accès au PMSD par les travailleuses migrantes enceintes pourront également être examinés afin d'avoir une vue d'ensemble des interactions sociales teintée par le pouvoir des différents acteurs.

De plus, cette « capacité d'agir » n'est pas distribuée de manière uniforme. La théorie intersectionnelle de Crenshaw contribue à comprendre comment les travailleuses, par leur positionnement social, leur racialisation, leur sexe et leur genre, font face à des obstacles supplémentaires dans ces dynamiques de pouvoir, notamment en lien avec l'accès aux ressources en comparaison avec les autres travailleuses. Ces obstacles ne sont pas de simples incidents de parcours, mais le reflet d'une vulnérabilité structurelle où les rapports de pouvoir de genre, de racialisation et de classe s'imbriquent pour produire une exclusion des mécanismes de protection de la SST. Ils peuvent les empêcher de participer pleinement dans la défense de leurs droits en matière de SST et de conciliation travail et grossesse.

Comme démontré par le cadre de Baril-Gingras et Cox, les travailleuses se retrouvent dans des emplois précaires offrant peu de protection SST tout en ayant un niveau faible de contrôle interne. En l'absence d'un syndicat, les travailleuses se retrouvent alors seules contre leurs employeurs pour faire valoir leurs droits et assurer le respect de leur certificat de retrait préventif. C'est ce que Malenfant a témoigné à plusieurs reprises, « les possibilités d'action de la travailleuse enceinte s'avèrent limitées si celle-ci ne réussit pas à se prévaloir du soutien collectif » (Malenfant

et al., 2004, ainsi que Malenfant et al., 2009, cités dans Gravel, 2017. P.78). Elles se retrouvent donc en moins bonne posture pour la négociation vis-à-vis la réorganisation de leurs tâches, comme exige le droit du retrait préventif (De Koninck et Malenfant, 2001 A et B ; Malenfant et De Koninck, 2004 ; Devreux, 1988, cités dans Gravel, 2017).

C'est dans cette perspective que l'efficience des ressources externes de soutien devient une question primordiale afin d'assurer le respect et l'accès équitable du cadre législatif en matière de SST pour ces travailleuses vulnérables. À cet égard, le cadre de Baril-Gingras et Cox sera donc utile pour analyser l'organisation institutionnelle de la SST.

En terminant, l'application du cadre théorique présenté dans ce chapitre indique bien que « l'atteinte de l'égalité implique donc la démocratisation des rapports sociaux, qui passe par la diminution de la division sexuelle du travail, le maintien en emploi de la travailleuse enceinte et une réponse adéquate aux exigences de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) » (Malenfant, 1996, citée dans Gravel et Lederer, 2025). La répartition irrégulière des ressources illustre la dominance qui solidifie ou affaiblit les rapports sociaux que vivent les travailleuses immigrantes dans les organisations. Dans cette logique, les procédés et les représentations sociales sont perçus comme teintés des répercussions des rapports sociaux inégaux (Gravel et Lederer, 2025).

Chapitre 4 Méthodes

Cette prochaine section explique les méthodes mobilisées dans l'étude pour répondre à la question de recherche.

1. Stratégie de recherche pour l'étude des travailleuses enceintes immigrantes

La présente étude adopte un devis qualitatif descriptif interprétatif de nature exploratoire, une approche particulièrement adaptée à l'étude de phénomènes sociaux complexes dans des contextes peu explorés. La recherche qualitative vise à « comprendre le sens de la réalité sociale dans laquelle s'inscrit l'action ; elle fait usage du raisonnement inductif et vise une compréhension élargie des phénomènes » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 31). Cette orientation méthodologique répond à la spécificité de notre objet d'étude, soit les travailleuses immigrantes enceintes dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration. Ce choix se justifie par la nécessité de comprendre en profondeur les relations de pouvoir et d'oppression à travers l'application du droit du retrait préventif, tout en tenant compte des dynamiques organisationnelles et culturelles propres à ce secteur. Comme le soulignent Paillé et Mucchielli (2021), l'analyse qualitative offre la possibilité d'explorer des phénomènes en profondeur en mettant en lumière des dynamiques spécifiques, tout en adoptant une posture interprétative qui dépasse la simple description des faits. Étant donné qu'il y a peu d'études à ce jour sur ce sujet, adopter une démarche flexible et exploratoire va permettre l'émergence de nouvelles perspectives et une analyse approfondie des expériences vécues.

Ce devis est particulièrement justifié, car il permet d'aborder un sujet où la littérature scientifique est limitée, nécessitant une exploration ouverte pour identifier des thèmes émergents

et des dynamiques spécifiques, sans être contraint par un cadre théorique rigide dès le départ. Il offre également l'opportunité de décrire en détail les expériences individuelles des participantes, en mettant en lumière la complexité de leurs réalités quotidiennes et des obstacles qu'elles rencontrent. Par ailleurs, ce type de devis dépasse la simple description pour interpréter ces expériences à la lumière de concepts tels que l'intersectionnalité, afin de mieux comprendre comment les facteurs systémiques, tels que le genre, le statut migratoire et les conditions de travail, influencent leurs parcours et leurs stratégies.

2. Population, échantillonnage et recrutement

2.1 Population à l'étude

Dans cette recherche, la population cible était composée de travailleuses immigrantes enceintes ou ayant récemment vécu une grossesse, exerçant dans le secteur de l'hôtellerie et des services de restauration au Québec. Ces participantes représentent une sous-population particulièrement vulnérable en raison des dynamiques intersectionnelles de genre, de migration et de travail précaire. Puisque nous avons rencontré des difficultés à recruter des travailleuses seulement, nous avons pris la décision d'élargir notre échantillon pour les entrevues. Nous avons décidé de faire des entrevues à la fois avec des intervenantes et intervenants œuvrant au sein d'organismes qui soutiennent ces femmes, qu'avec des représentantes et représentants syndicaux du milieu concerné par la recherche, ainsi qu'avec des travailleuses.

Pour garantir une cohérence méthodologique et assurer la pertinence des résultats, des critères précis d'inclusion et d'exclusions ont été établis.

Les travailleuses

Pour les critères d'inclusion : (1) les participantes devaient être issues du secteur de l'hébergement ou des services de restauration, des domaines largement dominés par une main-d'œuvre féminine et immigrante. (2) Elles devaient également avoir vécu une grossesse dans les sept dernières années, une période retenue afin de limiter le biais de mémoire, qui peut affecter la qualité et la précision des souvenirs au fil du temps. En se concentrant sur des expériences récentes, ce choix permettait de recueillir des récits détaillés et fiables, et de limiter les omissions. (3) Elles devaient être issues de l'immigration et nées ailleurs qu'au Québec et au Canada. (4) Elles devaient être des travailleuses au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (art. 1 et 11 LSST) et, à ce titre, admissibles au régime de la CNESST, cette admissibilité ne dépendant ni de leur statut d'immigration ni de leur couverture RAMQ. Cela inclut, notamment, les travailleuses entièrement assurées par la RAMQ (comme les travailleuses avec un statut de résidentes permanentes au Québec depuis plus de trois mois), les travailleuses partiellement assurées par la RAMQ avec un statut légal (demandeuses d'asile légalement autorisées à travailler au Québec), celles qui ont un statut légal et l'autorisation de travailler, mais qui sont non assurées à la RAMQ (par exemple, les femmes avec des visas étudiants ou nouvellement résidentes permanentes dans leur période d'attente de trois mois). (5) Une attention particulière était accordée aux travailleuses ne maîtrisant ni le français ni l'anglais, grâce à la présence d'interprètes lors des entrevues. Cette inclusion

reflétait une volonté de tenir compte des barrières linguistiques comme une dimension essentielle des défis rencontrés par ces femmes dans leur vie professionnelle et personnelle.

Le recrutement excluait les situations suivantes, en raison de l'accès au terrain et par souci de leur sécurité : (1) les travailleuses migrantes non documentées ou sans statut légal au Canada ; (2) les migrantes non autorisées à travailler.

En adoptant cette définition rigoureuse de la population étudiée, la recherche visait à explorer non seulement les parcours individuels des participantes, mais également les mécanismes structurels et institutionnels qui façonnaient leur accès aux droits et leur capacité à naviguer dans un cadre législatif conçu pour leur protection.

Les intervenant(e)s et les syndicats

Autant pour les intervenants(e)s que pour les représentants syndicaux, les critères d'inclusion étaient les suivants : (1) avoir accompagné ou soutenu d'une quelconque façon les travailleuses ciblées par cette étude dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration dans leurs accès au programme de maternité sans danger et/ou (2) avoir suffisamment de données concernant les travailleuses ciblées et leur accès au programme de maternité sans danger de la CNESST dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration.

2.2 Stratégie d'échantillonnage

Dans cette étude qualitative, une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné a été adoptée, qui vise à sélectionner des participantes et des intervenants répondant aux critères d'inclusion et d'exclusions de la population définis plus haut, tout en reflétant une diversité d'expériences et de parcours dans le cadre de notre échantillon de taille modérée. En intégrant une diversité sur des critères clés, tels que le statut migratoire (résidentes permanentes, demandeuses

d'asile, étudiantes étrangères), la couverture légale (assurées complètement, partiellement ou en attente de couverture par la RAMQ), les barrières linguistiques (notamment une bonne maîtrise ou non du français ou de l'anglais) et les conditions de travail (types d'emploi et environnements professionnels), l'objectif était de capturer la complexité des réalités de ces femmes dans l'échantillon. Du côté des intervenants, une diversité de milieux d'intervention a été privilégiée. Ceux-ci provenaient d'organismes communautaires défendant les droits des travailleurs non syndiqués au Québec et des travailleurs ayant subi des lésions professionnelles, du milieu médical axé sur la prise en charge des personnes vulnérables dans leurs accès aux soins de santé, de la direction de santé publique ainsi que d'une centrale syndicale présente dans le milieu étudié. Cela permettait aussi de rester alignées avec les objectifs exploratoires de l'étude, qui cherche à révéler les dynamiques systémiques et intersectionnelles sous-jacentes à leurs expériences.

Nous prévoyions de réaliser environ 10 entrevues semi-dirigées, puisque ce nombre est considéré comme adéquat pour une recherche qualitative exploratoire, permettant une exploration en profondeur des expériences individuelles tout en maintenant une diversité suffisante dans l'échantillon (Fortin et Gagnon, 2016). Dans les faits, nous avons pu réaliser 6 entrevues[13] plus précisément avec une travailleuse et cinq intervenants. De plus, nous avons obtenu quatre autres témoignages via un webinaire portant sur le sujet de notre étude. Plus d'informations sur le webinaire sont partagées dans la section 4.2 de ce chapitre. Bien que la saturation complète ne puisse être affirmée, les entretiens réalisés avec la travailleuse et les cinq intervenants ont permis

[13] 2 des entrevues ont été réalisées avec des intervenants qui ont également témoigné dans le cadre du webinaire.

d'identifier des thèmes récurrents et des dynamiques convergentes avec les données issues de la jurisprudence.

2.3 Méthodes de recrutement adaptées au secteur de l'hôtellerie-restauration

Le recrutement a été effectué via des annonces dans des réseaux communautaires, syndicaux et professionnels, de même que sur des groupes Facebook d'immigrants, ainsi que par des partenariats avec des organismes d'intégration ou des centres communautaires. En raison des difficultés rencontrées pour le recrutement des travailleuses, la méthode de l'échantillonnage par réseaux a été utilisée. Une première travailleuse par l'entremise d'un syndicat a été recrutée et celle-ci a fait circuler les informations de la recherche dans son réseau. Bien que cette stratégie soit efficace pour accéder à des populations sous-représentées ou difficiles à joindre, seulement une autre travailleuse avait souligné son intérêt à participer à l'étude, qui ultimement, ne satisfaisait pas les critères d'inclusion.

3. Collecte de données

Pour les entrevues, la collecte de données a été réalisée à l'aide d'entrevues semi-dirigées. Un guide d'entrevue (voir Annexe 3) a été élaboré en fonction des objectifs de recherche et des cadres théoriques retenus, notamment l'intersectionnalité et les dynamiques de pouvoir au travail. Elle incluait des questions ouvertes axées sur les thèmes suivants :

- Les expériences de grossesse dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration : description des conditions de travail pendant la grossesse (activité de travail et risques SST rencontrés pendant la grossesse, précarité d'emploi, tels que des horaires instables ou conditions difficiles), accommodement ou retrait, perception de la gestion de la

grossesse par les employeurs et collègues (attentes ou pressions implicites liées à la grossesse, telles que la peur de perdre son emploi), changements dans les responsabilités professionnelles liés à la grossesse) ;

- Les obstacles individuels, systémiques et structurels rencontrés durant le suivi médical et dans l'accès au programme Pour une maternité sans danger (PMSD) : niveau de connaissance des droits liés à la SST pendant la grossesse, accès et démarches pour bénéficier du retrait préventif, obstacles perçus ou vécus pour accéder au PMSD, influence des barrières linguistiques sur la compréhension et l'utilisation des programmes de SST, impact du statut migratoire sur l'accès aux ressources et au PMSD, perceptions des inégalités ou discriminations liées au genre ou au statut migratoire, perceptions des rapports de pouvoir dans les interactions avec les supérieurs, collègues et institutions ; perception de la justice et de l'équité dans l'application des politiques SST ;
- Les ressources et stratégies mobilisées pour surmonter les défis liés au statut migratoire et à la précarité au travail : utilisation de réseaux de soutien, tels que famille, amis, communauté ; perception des services et soutiens offerts par l'employeur et le syndicat, les institutions gouvernementales ou les organismes communautaires ; stratégies pour surmonter les défis linguistiques, culturels ou administratifs) ;
- Les effets sur la travailleuse (conditions de travail, santé, grossesse) ;
- Améliorations perçues et suggestions (perceptions des lacunes et suggestions d'amélioration dans les politiques et pratiques actuelles, par exemple pour améliorer l'accès et la sensibilisation au PMSD ; besoins non comblés en matière de SST et de soutien pour les travailleuses immigrantes enceintes)

Les guides d'entrevues ont été validés auprès de deux expertes en méthodologie qualitative et en santé au travail afin de s'assurer de sa clarté et de sa pertinence, ainsi que de sa capacité à couvrir de manière approfondie les thèmes de la recherche.

Les entrevues ont duré entre 60 et 90 minutes et ont été réalisées selon les préférences des participantes et des intervenant(e)s, soit en personne dans un lieu neutre, soit à distance via Zoom. Toutes les entrevues se sont déroulées en français. Elles ont également été enregistrées avec le consentement éclairé des participantes, puis intégralement transcrites pour l'analyse. La transcription a été réalisée à l'aide d'un logiciel de reconnaissance vocale (atrain) et a été révisée manuellement.

En complément des six entrevues réalisées, quatre témoignages recueillis lors d'un webinaire public abordant la thématique de notre recherche ont été inclus à l'analyse. Ces témoignages ont été traités comme des données documentaires publiques. Analyse des données

4.1 Méthodes d'analyse

Le cadre méthodologique offre ainsi la flexibilité nécessaire pour structurer les résultats à partir des récits individuels tout en permettant une interprétation critique des dynamiques sociales et organisationnelles. Il s'aligne également avec l'utilisation de deux approches analytiques, soit l'analyse thématique approfondie et l'analyse critique du discours (Paillé et Mucchielli, 2021). L'analyse thématique approfondie a été privilégiée. Elle permet de structurer et d'interpréter les données des entretiens pour faire émerger des thèmes récurrents liés aux expériences des travailleuses, tout en restant flexible pour intégrer des perspectives intersectionnelles. L'analyse critique du discours, quant à elle, permet de comprendre comment les travailleuses parlent de leur marge de manœuvre, de leur rapport au PMSD, et des dynamiques de pouvoir dans leur

environnement de travail. Cette approche peut révéler des dimensions structurelles et systémiques à partir de récits individuels, sans nécessiter d'observation directe. C'est dans cet esprit que pour l'analyse des résultats, nous avons combiné l'analyse thématique approfondie et l'analyse critique du discours pour comprendre comment les expériences personnelles des travailleuses, notamment à travers leur statut social précaire, sont teintées par les contraintes structurelles et systémiques à laquelle elles font face.

4.2 Analyse d'un webinaire sur le PMSD

Avec l'objectif de peindre un portrait représentatif de l'expérience vécue par les travailleuses immigrantes enceintes dans le cadre du droit de retrait préventif, une analyse qualitative supplémentaire d'un webinaire adressant l'accès au PMSD aux travailleuses migrantes enceintes a été accomplie. Le webinaire a été réalisé par l'équipe de recherche Santé, Genre, Égalité au travail (SAGE) le 29 mai 2024. Animé par Anne Renée Gravel, cet événement a rassemblé plusieurs experts d'organismes communautaires et de la santé publique pour discuter des travailleuses immigrantes et du programme Pour une maternité sans danger (PMSD). Parmi eux se trouvait un responsable des dossiers politiques et des communications à l'organisme Au bas de l'échelle[14], une médecin-conseil à l'INSPQ et membre du comité de recherche scientifique sur la

[14] Au bas de l'échelle (ABE) est un organisme se portant à la défense des droits des travailleuses et aux travailleurs non syndiqué(e)s dans la province de Québec.

maternité et le travail (GSMT) de la direction de santé publique de la Montérégie, une travailleuse sociale à la clinique Médecins du Monde[15] ainsi qu'un porte-parole de l'UTTAM[16].

Comme pour les entretiens, les entrevues de ces quatre experts ont été transcrites à l'aide du logiciel de reconnaissance vocale *atrain* et ont été révisées manuellement. Les mêmes thèmes que pour les entretiens ont été dégagés afin de compléter l'interprétation critique des dynamiques sociales et organisationnelles.

4.3 Analyse de la jurisprudence : approche sociologique

Afin de compléter la compréhension des barrières structurelles et institutionnelles d'accès au programme Pour une maternité sans danger (PMSD), une analyse qualitative de la jurisprudence québécoise a été réalisée. Cette analyse constitue une forme de triangulation méthodologique permettant de croiser des sources empiriques issues du terrain et du système juridique. L'objectif de cette analyse n'est pas d'interpréter le droit, mais d'examiner les décisions de la CNESST, du Tribunal administratif du travail (TAT) et de la Commission des lésions professionnelles (CLP) comme une source empirique d'information sur l'accès au PMSD et sur la façon dont les obstacles structurels et intersectionnels se manifestent pour les travailleuses immigrantes œuvrant dans les secteurs précaires de l'hébergement, de la restauration et de l'entretien.

[15] Médecin du monde est une organisation à but non lucratif qui œuvre autant au Québec et au Canada qu'à l'international qui appuie les personnes vulnérables dans l'accès aux soins de santé universel.

[16] L'UTTAM (Union des travailleurs et travailleuses accidenté(e)s de Montréal) est un organisme communautaire qui défend les droits des personnes victimes de lésions professionnelles.

En cohérence avec cette perspective, la jurisprudence est appréhendée non seulement comme un ensemble de règles, mais comme un espace discursif où se révèlent les rapports sociaux de sexe, de classe et d'origine. Les décisions analysées sont ainsi envisagées comme des productions sociales qui traduisent certaines conceptions de la maternité, du travail et de la responsabilité (Bourdieu, 1986 ; Lippel, 2019).

Corpus

Le corpus est composé de 8 décisions publiées entre 2012 et 2024, sélectionnées dans la base SOQUIJ à l'aide d'une formule de recherche ciblée comprenant les mots clés et opérateurs booléens suivants: ("retrait préventif" OU "maternité sans danger" OU "réaffectation de la travailleuse enceinte" ET (ménage OU restauration OU hôtellerie OU entretien OU nettoyage OU bar OU restaurant OU hôtel) ET (immigrante OU immigration OU "travailleuse étrangère" OU étrangère OU langue OU "barrière linguistique"). Les décisions suivantes ont été retenues, puisqu'elles visaient les milieux de travail étudiés par la recherche (la restauration et l'hôtellerie), et que les travailleuses au cœur des décisions étaient des femmes immigrantes ayant vécu une grossesse au travail :

<u>Dans le milieu de la restauration :</u>

1. *Le et Oishii Restaurant*, 2012 QCCLP 7215.
2. *Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)*, 2019 QCCNESST 286.
3. *Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée),* 2020 QCCNESST 17.
4. *Nieni et Madessa Professionnel inc*., 2024 QCTAT 2789.

Dans le milieu de l'hôtellerie :

1. *N'Zi et Coopérative de services à domicile du Cap Diamant,* 2018 QCTAT 306.

Dans le milieu de l'entretien ménager (compagnie privée) :

1. *Cruz Coy et Services d'entretien Bromar inc.*, 2021 QCTAT 3842.

Étant donné le faible nombre de décisions recensées dans les secteurs de l'hôtellerie et de la restauration, le corpus a été élargi à certaines décisions provenant du secteur de la santé lorsque les situations analysées concernaient des tâches d'entretien ménager ou de nettoyage. Ces activités présentent des conditions de travail comparables à celles des femmes de chambre dans le secteur hôtelier, notamment en raison du travail physique, de la manipulation de produits d'entretien et de contraintes organisationnelles similaires. L'élargissement du corpus repose ainsi sur la comparabilité des activités de travail, plutôt que sur l'appartenance sectorielle des établissements.

Entretien et nettoyage dans le milieu de la santé et de l'hébergement :

1. *Étienne et Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ)*, 2017 QCTAT 31.

2. *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier*, 2024 QCTAT 3057.

Un résumé de chaque décision de jurisprudence est disponible à l'Annexe 4.

Notons qu'une seule décision issue du milieu hôtelier a été recensée dans le corpus.

Démarche d'analyse

L'analyse des décisions suit la même approche inductive et thématique que celle appliquée aux entretiens, soit l'analyse thématique qualitative (Paillé et Mucchielli, 2016), et s'inspire également des réflexions sur l'effectivité du droit, notamment des travaux de Gesualdi-Fecteau (2014), qui montrent comment l'accès différencié aux ressources juridiques révèle les limites structurelles de la protection légale des travailleurs et travailleuses migrants.

Les décisions ont été codées à l'aide d'une grille thématique inspirée du modèle de Donabedian (1980), qui distingue les dimensions de structure, processus et résultats, soit ici :

Structure : cadre institutionnel, statut des travailleuses, conditions d'emploi, dispositif légal mobilisé (PMSD, CNESST, etc.) ;

Processus : déroulement des faits, raisonnement juridique, interactions entre parties et institutions ;

Résultats : effets sur la reconnaissance du droit, sur la protection effective, ou sur la trajectoire professionnelle des travailleuses.

Chaque décision a été lue en entier, annotée et synthétisée à l'aide d'une grille d'analyse structurée. Une analyse transversale a ensuite permis d'identifier les récurrences et tensions entre les cas, en lien avec le cadre théorique du mémoire (intersectionnalité, continuum de prévention, théorie de la structuration).

Validité et limites

L'analyse ne prétend pas à l'exhaustivité : les décisions sélectionnées constituent un échantillon raisonné, choisi pour sa pertinence qualitative. Elle ne cherche pas non plus à évaluer

la conformité juridique des décisions, mais à comprendre comment celles-ci traduisent et reproduisent certains rapports sociaux dans l'accès et la mise en œuvre du PMSD.

Le caractère qualitatif et interprétatif de l'analyse implique un certain degré de subjectivité, atténué par une triangulation entre les données issues des entretiens avec les travailleuses et les intervenants, la documentation institutionnelle et la jurisprudence.

Enfin, les décisions disponibles dans la base SOQUIJ ne représentent qu'une infime partie des conflits de travail réels. De nombreux différends liés au programme Pour une maternité sans danger sont réglés en amont par des ententes administratives, des médiations ou des retraits de plainte, sans donner lieu à une décision formelle publiée. De plus, les travailleuses immigrantes, souvent non-syndiquées, ont moins recours aux mécanismes de contestation. L'analyse doit ainsi être comprise comme une exploration des discours institutionnels produits par le système juridique, plutôt que comme une représentation exhaustive des expériences vécues sur le terrain.

4.4 Stratégies pour limiter les biais d'interprétation

Afin de garantir la rigueur et la crédibilité des résultats, plusieurs stratégies ont été adoptées pour réduire les biais d'interprétation pendant l'analyse des données. Tout d'abord, la triangulation des données a été utilisée pour croiser les informations provenant des récits individuels, autant des travailleuses que des intervenants, des décisions de jurisprudences, que des documents de référence pertinents, tels que le webinaire sur le PMSD, les politiques du PMSD ou les protocoles de la CNESST. Cette triangulation permettra de valider les thèmes émergents et de limiter les interprétations biaisées.

De plus, les biais potentiels liés aux cadres théoriques ont été minimisés en adoptant une approche inductive lors des premières phases d'analyse, permettant aux thèmes de se développer à partir des données elles-mêmes avant d'être interprétés à la lumière des cadres théoriques mobilisés. Enfin, des discussions régulières avec mes directrices de recherche, expertes en méthodologie qualitative et analyse de genre en santé au travail, m'ont permis de confronter les interprétations, favorisant ainsi une analyse plus nuancée et équilibrée.

4.4 Synthèse des résultats

La synthèse des résultats présente une articulation entre les récits individuels des participantes et des intervenants, de l'analyse des décisions de jurisprudence et les dynamiques systémiques identifiées. Elle met en lumière, d'une part, les expériences personnelles des travailleuses immigrantes, notamment leurs défis et stratégies dans l'accès au PMSD ; d'autre part, les mécanismes structurels et organisationnels qui influencent ces expériences, avec un accent sur les rapports de pouvoir, les barrières linguistiques et les conditions de travail, notamment par l'analyse des décisions de jurisprudence.

4. Considérations éthiques

Cette recherche a respecté les normes du comité d'éthiques de l'UQO pour garantir la confidentialité des participantes. Un certificat éthique a été obtenu avant le début de la collecte de données, attestant de la conformité de l'étude aux exigences éthiques en matière de recherche. Avant les entrevues, un consentement éclairé a été obtenu des participantes, expliquant clairement les objectifs de l'étude, l'utilisation des données, et la possibilité pour elles de se retirer à tout moment sans conséquence. Les données ont été anonymisées dès leur collecte et stockées de

manière sécurisée, conformément aux directives du comité d'éthique. Une attention particulière a été portée à la sensibilité des récits recueillis, notamment pour éviter toute exploitation ou mise en danger des participantes en raison de leur statut migratoire ou de leur situation professionnelle précaire.

Chapitre 5 Résultats

L'analyse des données recueillies permet de mettre en lumière la complexité du parcours des travailleuses immigrantes dans l'accès au PMSD. Cette prochaine section présente les résultats des entrevues réalisées ainsi que des décisions de jurisprudence sélectionnées. Ces résultats seront présentés autour de quatre dimensions :

- Les règles mobilisées dans l'accès au PMSD
- Les ressources mobilisées et l'effectivité du droit au PMSD
- Les obstacles structurels et administratifs liés à l'accès aux ressources
- Les normes organisationnelles dictant le processus d'accès au PMSD

5. Quand les règles se retournent contre les travailleuses : détournement et rigidité procédurale dans l'accès au PMSD

L'examen des décisions montre une conformité initiale des travailleuses aux exigences procédurales. Dans les huit cas sélectionnés, les plaignantes ont respecté les étapes préalables prescrites par la LSST afin de se prévaloir du programme PMSD. Elles se sont toutes présentées pour une consultation médicale et ont toutes formellement remis leur certificat de retrait préventif (étape 4) à leur employeur. C'est à la suite de la remise du certificat que les trajectoires des travailleuses bifurquent en raison de l'application stricte ou contestée des règles administratives.

1.1 L'obstruction patronale et le paradoxe de l'aptitude médicale

Dans cette première catégorie, la règle est détournée pour invalider le droit de la travailleuse malgré le respect des procédures. Dans la décision *Nieni c. Madessa Professionnel inc.* (2024),

l'employeur conteste la validité du billet et donc ne procède pas à la l'affectation bien que ses obligations légales lui imposent. Conséquemment, la travailleuse se retrouve en congé de maladie en raison des effets négatifs de son emploi sur sa grossesse. Cela permet à la CNESST de refuser son accès au PMSD et au revenu de remplacement dû à son arrêt de travail, au motif qu'elle n'est plus « apte » au travail. Le TAT souligne que la règle d'aptitude au travail pour avoir accès au PMSD s'est ici retournée contre la travailleuse, alors même que la situation découle d'un refus illégal de l'employeur de respecter le certificat médical.

1.2 La rigueur des délais et des procédures de contestation

Ici, les règles de prescription et de forme agissent comme des barrières insurmontables pour les travailleuses, souvent exacerbées par des facteurs externes. Dans la décision C*ruz Coy et Services d'entretien Bromar inc. (*2021), bien que l'employeur accepte de procéder avec une affectation, la travailleuse se plaint de son affectation qui ne respecterait pas le certificat médical donné à son employeur. La travailleuse échoue toutefois à respecter la règle qu'elle doit contester son affectation dans les délais (LSST) et perd donc toute chance d'avoir accès au PMSD et à l'indemnité du revenu.

Le cas de *Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée)* (2020) illustre la complexité des recours contre les représailles. Bien que l'employeur procède à l'affectation de la travailleuse, celle-ci se plaint d'avoir vécu des représailles depuis l'annonce de sa grossesse et le début de son affectation. Cependant, malgré des allégations de harcèlement et de bris de confidentialité, la plainte est jugée irrecevable par la CNESST. La règle de l'article 227 de la LSST (démontrer l'exercice d'un droit avant la sanction) est appliquée strictement, ignorant le climat délétère et les pressions internes subies par la travailleuse.

Dans la décision *Le et Oishii Restaurant* (2012), l'employeur procède également à une affectation, mais la travailleuse allègue une réduction d'heures de travail et de salaire suivant le début de son affectation. La CNESST refuse toutefois de lui verser l'indemnité de revenu au motif que la travailleuse a bénéficié d'une affectation. L'application de la règle sur l'indemnité est confirmée : une affectation, même avec réduction d'heures et de salaire, annule le droit au revenu de remplacement.

1.3 Le statut migratoire comme règle d'exclusion administrative

Dans ces cas, c'est la définition même du statut de « travailleuse » au sens de la loi qui fait l'objet d'une contestation basée sur les documents d'immigration.

Dans la décision *N'Zi et Coopérative de services à domicile du Cap Diamant.* (2018), la travailleuse a été retirée du travail, car son employeur confirme qu'une affectation n'était pas possible selon le billet médical. Cependant, la CNESST refuse son accès au PMSD et de lui verser l'indemnité de remplacement de revenu contestant son admissibilité comme travailleuse au sens de la LSST, en lien avec les conditions émises sur son permis de travail octroyé en 2013. Le TAT jugera finalement cette contestation non fondée.

Dans l'affaire *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier*. (2024), la CNESST refuse également la demande d'accès au PMSD, arguant que l'employée ne correspondrait pas au statut de travailleuse, selon la LSST. En effet, en raison des problèmes hors de son contrôle lors du renouvellement de son passeport et de son permis de travail, elle n'a pas été en mesure de contester la décision de la CNESST dans les délais prévus et la CNESST a refusé d'entendre sa contestation.

Ce cas illustre un blocage par une application mécaniste de la règle de procédure : l'accès au programme est entravé par une interprétation rigide des délais de contestation. Alors que l'article 358 de la LATMP impose un cadre temporel strict de 30 jours, l'article 358.2 agit théoriquement comme une soupape de sécurité juridique. Ce dernier permet en effet au tribunal de relever une personne de son retard si elle démontre un « motif raisonnable » et l'absence de préjudice grave. En ignorant les contraintes systémiques propres au parcours migratoire, l'organisme a laissé la règle de procédure primer sur l'esprit de protection de la loi, transformant un obstacle administratif externe en une fin de non-recevoir définitive. Pourtant, le retard de la travailleuse ne résultait pas d'une négligence, mais d'une impossibilité matérielle liée aux délais de traitement des autorités fédérales et consulaires pour ses documents d'identité. Ce cas suggère que les obstacles liés au statut migratoire (renouvellement de passeport et de permis) ne sont pas reconnus par l'organisme comme des circonstances exceptionnelles, transformant un délai procédural en une barrière d'accès au droit.

1.4 La rupture du lien d'emploi comme fin de non-recevoir

Dans ces deux décisions, les travailleuses ont été congédiées dans le cadre de leur accès au PMSD et ce congédiement préventif de l'employeur a agi comme une règle de clôture définitive du droit au programme. Dans la décision *Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)* (2019), la travailleuse s'est fait congédier 3 jours après la remise du certificat à l'employeur, sous prétexte d'une période de probation, la privant ainsi du PMSD. Dans la décision *Étienne et Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ)* (2017), l'employeur utilise l'expiration du permis de travail de la travailleuse pour lui annoncer qu'elle sera congédiée,

la privant ainsi du PMSD. Dans ces deux situations, le congédiement a eu pour effet de fermer l'accès au programme avant même que la protection ne puisse s'opérationnaliser.

6. Ressources mobilisées et effectivité du droit au PMSD

Dans cette section, l'adaptation des trois ressources d'allocation de Gravel (2017) sera mobilisée, spécifiquement pensée pour l'accès au PMSD, soit les ressources matérielles, humaines et informationnelles. Cette analyse utilisera les décisions de jurisprudence et les témoignages reçus dans le cadre des entrevues.

2.1 Ressources matérielles

Certificat de retrait préventif

Dans le cadre des entrevues, il a été constaté que les travailleuses migrantes enceintes, syndiquées ou non, parvenaient à obtenir le certificat de retrait préventif de leur médecin : « *Les médecins les écoutaient, puis il n'y a eu aucun problème à avoir le certificat médical.* » (Intervenant). L'analyse des huit décisions de jurisprudence confirme que les travailleuses ont, dans tous les cas, obtenu le certificat de retrait préventif par l'entremise de leur médecin témoignant ainsi de l'accès aux services de santé. C'est l'étape suivante qui concentre les difficultés : dans une décision, l'employeur conteste la validité du certificat ; dans une autre, la travailleuse est congédiée trois jours après sa remise ; dans deux cas, la CNESST refuse l'accès au programme en raison du statut de la travailleuse ; et, dans deux autres cas, des représailles ou du harcèlement surviennent à la suite de l'affectation. Dans les décisions *Nieni c. Madessa Professionnel inc.* (2024) et *Cruz Coy et Services d'entretien Bromar inc. (*2021*),* l'employeur conteste la validité du billet médical ou procède à une affectation qui va à l'encontre des recommandations du médecin indiquées sur le

billet médical. Le certificat, comme ressource matérielle, n'est donc pas accepté ou respecté par l'employeur. Dans la décision *Nieni c. Madessa Professionnel inc.* (2024), le fait que l'employeur disqualifie le billet médical et ne procède pas à l'affectation immédiate de la travailleuse, exigée sur le billet, résulte en un refus par la CNESST d'accès au PMSD, du fait que la travailleuse a dû quitter en congé de maladie pour des saignements. La CNESST a considéré la travailleuse inapte, puisqu'elle était en congé de maladie et donc non admissible au PMSD comme le prévoit la loi. Cependant, la travailleuse détenait bien un certificat médical une semaine avant son départ en congé de maladie et celui-ci confirmait bel et bien son aptitude au travail, attestant donc son éligibilité au PMSD. Le certificat médical produit par la travailleuse n'a pas été retenu par la CNESST dans l'évaluation de son admissibilité au programme. Ce cas illustre une rupture de la trajectoire de protection : la ressource matérielle (le certificat) est rendue caduque par la dégradation de l'état de santé de la travailleuse, une dégradation qui est elle-même la conséquence du non-respect initial de cette ressource par l'employeur.

Permis de travail

Dans la décision *Étienne et Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ)* (2017), l'employeur procède au congédiement sur la base du permis de travail expiré malgré la présence d'un document écrit d'un avocat spécialisé en immigration confirmant le droit légal de la travailleuse de travailler. La lettre de l'avocat précisant l'article de loi applicable, comme ressource matérielle mobilisée par la travailleuse, est ignorée ou refusée par l'employeur.

Dans la décision *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier*. (2024), la CNESST refuse la demande d'accès au PMSD puisqu'elle ne la considère comme une travailleuse

au sens de la loi. La travailleuse n'a pas été en mesure de respecter le délai de contestation auprès de la CNESST (LATMP, art. 358) pour des circonstances qui sont externes à son contrôle lié au renouvellement de son permis de travail. La CNESST a refusé d'entendre la contestation de la travailleuse alors que la loi prévoit une possible exception (LATMP, art. 358.2). Malgré que la travailleuse ait bien suivi les étapes pour renouveler son permis de travail (ressource matérielle) dans les délais exigés, elle s'est retrouvée tout de même pénalisée.

Dans la décision *N'Zi et Coopérative de services à domicile du Cap Diamant.* (2018), la CNESST refuse l'accès au PMSD de la travailleuse et refuse de lui verser l'indemnité de remplacement de revenu, puisque, selon la Commission, la travailleuse ne respecte pas les conditions émises sur son permis de travail octroyé en 2013, ne la considérant pas ainsi comme une travailleuse au sens de la loi. Concernant les conditions sur son permis de travail étudiant, madame N'Zi s'était informée avant de commencer son emploi comme préposée à l'entretien ménager auprès de son agent d'immigration qui lui avait confirmé qu'elle était autorisée à poursuivre dans cet emploi. Bien que la travailleuse se soit assurée de son droit de travailler avec son permis de travail étudiant (ressource matérielle), la CNESST a jugé qu'elle ne respectait pas les conditions de son permis.

2.2 Ressources humaines

<u>Supérieur immédiat (employeur)</u>

Dans certaines situations observées dans les décisions de jurisprudence et dans les entrevues, des employeurs refusent de reconnaître le certificat de retrait préventif, en font abstraction ou procèdent à une affectation qui ne correspond pas aux recommandations émises sur le billet médical. Dans trois décisions : *Nieni c. Madessa Professionnel inc.* (2024), *Étienne* et

Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's) (2019)), les actions de l'employeur (refus du certificat ou congédiement) ont pour effet de priver les travailleuses de l'accès au PMSD. Dans *Nieni c. Madessa Professionnel inc.* (2024), l'employeur refuse le certificat de retrait préventif. Dans *Étienne et Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ)* (2017) et *Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)* (2019), l'employeur congédie les deux travailleuses alors qu'elles demandaient de se prévaloir du PMSD. Dans les décisions *Le et Oishii Restaurant* (2012) et *Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée)*. (2020_, les travailleuses allèguent avoir subi des représailles à la suite de leur affectation.

Ces décisions d'ignorer, de refuser ou de questionner les certificats visant le retrait préventif ont aussi été discutées dans les entrevues. Un premier intervenant de l'organisme au bas de l'échelle s'exprimait en ce sens : « Il y a une remise en question totale ou partielle de la légitimité de leur [les travailleuses] certificat médical de la part de l'employeur ou bien l'employeur refuse tout simplement la demande de retrait préventif. »

Le même intervenant mentionnait également deux situations impliquant des travailleuses migrantes enceintes dans le secteur de la restauration, où le certificat de retrait préventif remis à leur superviseur aurait été ignoré. Il expliquait : « [les superviseurs] n'ont rien fait, puis ça a duré des mois et des mois jusqu'à tant que les femmes doivent faire une plainte à la CNESST. Elles ont beau avoir le certificat, ce n'est pas assez. » (Intervenant au bas de l'échelle).

D'autres intervenants ont également évoqué des situations de congédiements déguisés suivant l'annonce d'une grossesse :

> Dans le cas de cette travailleuse-là, ça allait jusqu'au tribunal, malheureusement ça avait mal fini parce que, dans le fond, l'employeur disait que la décision du congédiement qui

> avait été prise n'avait plus qu'un lien [avec la grossesse]. Il a réussi à convaincre un juge que ça n'avait rien à voir et qu'il n'allait pas la garder [comme employée]. (Intervenant)

Dans le milieu hôtelier syndiqué, certains témoignages rapportent des expériences plus positives. Une des travailleuses a raconté qu'elle avait eu une belle réaction de son superviseur lorsqu'elle lui a annoncé qu'elle était enceinte : « Ils étaient très contents, ils m'ont félicitée. Vous savez, je ne sais pas comment ils réagissent avec les autres, mais je parle de moi. Jamais, ils n'étaient très contents, très soignants, accueillants. » (Préposée aux chambres dans un hôtel)

La même travailleuse indique avoir reçu le soutien de son superviseur ainsi que du service des ressources humaines pour compléter les démarches d'accès au PMSD : « Mon superviseur qui était à ce temps-là, la madame de ressources humaines, ils avaient beaucoup d'expérience. Ils savaient très bien comment ça marche. Puis, pour eux, c'était normal, régulier. Il n'y avait pas de problème, jamais, jamais. » (Préposée aux chambres dans un hôtel)

Cette travailleuse racontait qu'elle avait une nouvelle médecin et qu'elle ne semblait pas avoir l'expérience en lien avec les certificats de retrait préventif. Dans cette situation, l'employeur a également contribué à s'assurer que les documents requis étaient complétés, tel qu'expliqué par la travailleuse : « Je me souviens que mon médecin était en retard, puis l'employeur mettait la pression comme que les papiers n'étaient pas à jour. » (Préposée aux chambres dans un hôtel)

<u>Représentant syndical</u>

Parmi les huit décisions analysées, seuls trois indiquaient un milieu syndiqué. Dans la décision *Étienne et Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ)* (2017), la travailleuse sollicite son syndicat, comme ressource humaine, devant la menace de se faire congédier. Devant le manque de soutien et d'action du syndicat allégué par la

travailleuse, celle-ci sollicite une nouvelle ressource humaine, soit un avocat spécialisé en matière d'immigration qui confirme la présence d'un règlement dans la loi prévoyant un *statut implicite,* puisqu'elle est en attente de la décision sur son permis de travail. Malgré cette lettre qui a été donnée à l'employeur le 28 avril 2015, l'employeur procède au congédiement de la travailleuse le 13 mai 2015. Le syndicat ne semble pas être intervenu dans cette situation, même après la remise de la lettre à l'employeur.

Dans les décisions *N'Zi et Coopérative de services à domicile du Cap Diamant.* (2018) et *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier*. (2024), il est indiqué que les travailleuses travaillent dans un milieu syndiqué. En revanche, les décisions ne font aucune mention du syndicat dans le traitement de leur dossier auprès de la CNESST, malgré les enjeux rencontrés par les travailleuses pour faire valoir leurs droits en lien avec leur permis de travail. Dans la décision *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier*. (2024), la travailleuse n'a notamment pas respecté le délai prévu pour contester la décision de la CNESST. Les décisions ne permettent toutefois pas de déterminer si les travailleuses ont sollicité l'appui de leur représentant syndical ou si une telle démarche n'a pas été entreprise. À partir des informations disponibles dans les décisions, aucune mobilisation explicite du syndicat n'est documentée dans ces deux situations. Ces constats soulèvent une tension avec le discours des intervenants : bien que le syndicat soit perçu comme une ressource protectrice, notamment contre les représailles, les décisions analysées ne documentent aucune mobilisation syndicale efficace dans les milieux syndiqués, et les issues y sont similaires à celles observées dans les milieux non syndiqués.

L'ensemble des intervenants rencontrés ont souligné l'importance du rôle du syndicat dans l'accompagnement des travailleuses, tel qu'exprime celui-ci : « C'est certainement plus facile pour

les syndiquées, parce qu'en fait, les non-syndiquées, ils ont toujours peur, quand ils exercent leurs droits, d'être victimes de représailles. » (Intervenant).

Bien que les témoignages recueillis suggèrent que la présence d'un syndicat puisse faciliter l'accompagnement des travailleuses dans l'exercice de leurs droits, les travailleuses doivent mobiliser cette ressource par elles-mêmes. Or, une représentante syndicale indique que, dans certains contextes culturels, le syndicat peut être perçu négativement, notamment comme « la mafia », ce qui peut susciter une méfiance des travailleuses de faire appel à cette ressource. Elle explique : « Des fois, ce déficit de confiance là vient que ces employés-là vont aller eux-mêmes vers l'employeur, essayer de se défendre. Des fois, ça les met un peu dans le pétrin. » (Représentante syndicale).

Une travailleuse décrit également son rapport initial au syndicat lorsqu'elle a commencé à travailler dans un hôtel : « Au début, je ne savais pas comment fonctionnait le syndicat. Je ne comprenais pas trop bien, très bien. Mais en même temps, je n'avais pas l'intérêt d'aller chercher de quoi il s'agit, comment ça fonctionne. » (Préposée aux chambres dans un hôtel).

Médecin

Le rôle des médecins est relativement simple dans le contexte d'accès au PMSD. Il se traduit de deux façons. La première façon est d'aviser leur patiente (la travailleuse) qu'elle a droit au PMSD si elle occupe un emploi qui met sa santé ou sa sécurité ou celle de son bébé à naître en danger. Comme ce fût constaté, les travailleuses vont souvent apprendre l'existence de leurs droits grâce à leur médecin. La deuxième façon est de rédiger le certificat en discutant des risques et des

dangers avec la travailleuse, car elle seule connaît les risques et les dangers liés à son travail. De plus, elle est la personne la plus informée pour trouver des solutions préventives.

Par les témoignages durant les entrevues, plusieurs intervenants ont mentionné que c'est souvent le médecin de la travailleuse qui l'informe du PMSD, tel qu'exprimé par cet intervenant : « Ce qu'elles nous disaient, c'était en réalité quasiment le médecin qui informait la travailleuse de ses droits avant même qu'elles nous contactent ou avant même l'interaction avec l'employeur. » (Intervenant)

Dans le cadre des entrevues, il a été discuté d'expériences positives en lien avec la prise en charge des travailleuses migrantes enceintes par les médecins et avec l'obtention du certificat de retrait préventif.

> Le suivi de grossesse, pour ceux qui sont admissibles à la RAMQ, oui, il n'y a aucun problème. Parce que dès le départ, nous, on donne des informations par rapport à magrossesse.ca. Dans ce moment-là, quand la personne s'inscrit, tout est correct, qu'il y a un médecin directement qui prend en charge le suivi de la personne. Mais ceux qui sont les temporaires, qui n'ont pas le droit à la RAMQ, c'est là où il y a beaucoup de difficultés. Je prends le cas des étudiants internationaux, je prends le cas des travailleurs temporaires avec un permis de travail ouvert. (Intervenante)

Bien que les expériences vécues par les travailleuses auprès des médecins semblent très positives, certaines difficultés de compréhension en lien avec la barrière linguistique peuvent se produire : « Des fois, les médecins refusent qu'il y ait une personne pour faire la traduction dans la salle de consultation. » (Représentante syndicale)

De plus, durant l'entrevue avec la médecin de la santé publique, elle a discuté du manque de connaissance de certains médecins en lien avec le droit d'accès du PMSD dépendamment du statut d'immigration de la travailleuse migrante enceinte :

> Si ce sont des femmes qui n'ont pas un statut de résidente permanente, qui n'ont pas la RAMQ encore, je pense qu'il y a beaucoup de médecins qui ne sont pas nécessairement au courant qu'elles auraient quand même accès au PMSD. Même chose pour des travailleuses étrangères temporaires. Elles pourraient avoir accès, mais si le médecin, lui, ne le sait pas, il ne va probablement pas remplir la demande non plus. Je ne sais pas à quel point c'est connu des professionnels qui font du suivi de grossesse que pas de RAMQ ne veut pas dire pas de PMSD. (Médecin de la santé publique, webinaire, 2024)

Toujours durant la discussion avec la médecin de la santé publique, elle expliquait que dans certaines situations, les travailleuses migrantes enceintes cumulent plus d'un emploi et, lorsqu'elles font leur demande d'accès au PMSD, le médecin reçoit les informations des deux employeurs. Le médecin va donc remplir au mieux la demande, cependant, ils sont dans l'ignorance totale de l'impact de la répartition des heures que la travailleuse aura parmi les deux employeurs et donc, de l'effet sur sa rémunération.

> L'autre point auquel je pensais, c'était par rapport au cumul d'emplois. Nous, comme intervenants, on ne peut pas gérer cette question-là. On a l'information de deux employeurs quand on répond à la demande. Mais après, qui va couper des heures pour que ça fasse moins que 40 ou 35? Normalement, c'est la CNESST qui gère aussi ce bout-là. Ça aussi, pour moi, c'est une boîte noire. Je ne sais pas comment c'est géré. (Médecin de la santé publique, webinaire, 2024)

Finalement, cette médecin a également partagé son expérience vécue une fois le certificat rempli et donné aux travailleuses.

> Une fois qu'on a déposé nos recommandations, nous, on ne sait pas après si la travailleuse a déposé son certificat ou pas. On ne sait pas si elle est retirée ou si elle est maintenue au travail. Et on ne sait pas s'il y a des difficultés. À moins qu'il y ait une plainte, que la CNESST nous appelle pour conseiller leur inspecteur, parce qu'il y a comme un litige sur est-ce que l'employeur a réellement respecté ou pas la recommandation, ce qui est assez rare. Sinon, nous, on n'a absolument aucun retour et cette information-là n'est pas vraiment colligée. Donc, c'est vraiment un défaut de ne pas avoir de retour aussi, parce que parfois, ça peut être difficile à interpréter la recommandation, mais si les gens ne nous appellent

> pas, on n'a aucun moyen de le savoir. Dans la structure du programme, c'est quelque chose qui complique un peu. (Médecin de la santé publique, webinaire, 2024)

Membres de l'équipe

Dans le cadre des entrevues, il a été réalisé que plusieurs travailleuses migrantes enceintes se réfèrent à leurs collègues afin de comprendre leurs droits ainsi que les processus en lien avec l'accès au PMSD. Une représentante syndicale expliquait que les travailleuses qui ont plus d'expérience vont souvent aider les nouvelles travailleuses en raison de la barrière linguistique, mais que ça dépend vraiment des milieux. Une travailleuse avec plusieurs années d'ancienneté et qui a vécu une grossesse au travail allait dans le même sens en racontant qu'elle offrait son aide aux plus jeunes travailleuses : « C'est moi qui prévoyais les choses et je disais, vous êtes jeunes, vous êtes en couple déjà, si vous avez des projets, n'hésitez pas à me demander, je peux vous expliquer. »

De plus, lorsqu'il a été discuté pendant les entrevues du soutien des collègues lorsque les travailleuses annoncent leurs grossesses et qu'elles sont réaffectées, la réaction des collègues semble dépendre des milieux comme explique cette intervenante :

> Dans certains cas, on avait les deux, c'est-à-dire, d'une part, dans certains cas, les travailleuses nous disaient que leurs collègues démontraient de la compassion, puis ils comprenaient bien que leur état évoluait et qu'elles ne pouvaient plus faire nécessairement les mêmes tâches et qu'elles devraient partir. Il y avait une certaine forme, je pourrais dire, de solidarité. Cependant, dans d'autres cas, malheureusement, bien, les travailleuses disaient avoir été intimidées, moquées par ses collègues. Ils ont commencé à leur donner moins de tâches parce que j'étais enceinte, alors que je pouvais continuer à travailler. (Intervenante)

2.3 Ressources informationnelles

Dans les décisions *Cruz Coy et Services d'entretien Bromar inc.* (2021) et *Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée)*. (2020), les deux travailleuses n'ont pas exercé leur droit de faire une contestation ou une plainte, les deux options prévues par la LSST. Dans la première décision, la travailleuse s'est retrouvée en congé de maladie, perdant ainsi son droit d'accès au PMSD. La travailleuse communique avec la CNESST pour mentionner que son arrêt de travail est causé par le non-respect de l'employeur des recommandations émises sur le billet médical. La CNESST mentionne avoir expliqué le processus de contestation, cependant, en raison des barrières linguistiques de la travailleuse, elle n'a pas été en mesure de suivre les étapes pour formaliser sa contestation. Bien que la loi prévoie le droit à la contestation, la travailleuse n'a pas été en mesure de formaliser sa plainte en raison d'incompréhensions reliées à cette ressource informationnelle. Dans la deuxième décision, la travailleuse allègue avoir vécu des représailles et du harcèlement à la suite de son affectation de la part de son employeur, mais celle-ci n'a pas exercé son droit de faire une plainte suivant les événements (LSST, art. 227). Les deux travailleuses n'ont donc pas été en mesure de faire valoir les recours prévus par la LSST. Dans ces deux décisions, l'absence de contestation ou de plainte formelle semble liée à une connaissance limitée des recours disponibles ou à des difficultés à comprendre les démarches à entreprendre et les délais applicables.

Dans la décision *Nieni c. Madessa Professionnel inc.* (2024), la travailleuse a continué de travailler dans des conditions dangereuses allant contre le certificat médical, puisque l'employeur a refusé le certificat. Devant le refus de l'employeur de procéder avec l'affectation ou le retrait, la travailleuse aurait pu déposer immédiatement une plainte à la CNESST, évitant ainsi de se retrouver en congé de maladie pour des effets néfastes sur sa santé et la santé de son bébé à naître.

La décision indique que la travailleuse n'a pas déposé de plainte auprès de la CNESST à ce moment.

Un autre point important à mentionner en lien avec la mobilisation des ressources informationnelles avec la CNESST est la possible mauvaise information donnée aux travailleuses. Un intervenant nous indiquait :

> On reçoit beaucoup d'appels de personnes qui se font dire : tu n'as pas de recours. La personne, il s'est passé tel ou tel truc, comment quelqu'un de compétent peut dire que tu n'as pas de recours? Ça, depuis 2016, c'est extrêmement fréquent. Ça fait en sorte que ça crée des situations. Des fois, on réussit à les rattraper, mais, dans certains cas, c'est carrément dramatique parce que la personne a 45 jours pour déposer de plainte, et elle ne le fait pas. (Intervenant)

Dans trois décisions, il est constaté que les travailleuses ont mobilisé les ressources informationnelles, puisqu'elles connaissaient bien leurs droits. Dans le cas de *N'Zi et Coopérative de services à domicile du Cap Diamant.* (2018), puisqu'elle s'était informée auprès de son agent d'immigration de son droit de travailler pour son employeur, lorsque la CNESST a refusé son accès au PMSD en lien avec les conditions sur son permis de travail étudiant, elle disposait de la confirmation nécessaire pour lui permettre de faire une plainte. Dans le cas d'*Étienne et Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ)* (2017), elle a contacté un avocat au privé devant la menace de se faire congédier en lien avec un problème de renouvellement de son permis de travail afin d'obtenir une lettre confirmant son droit de travailler. Elle a donc été en mesure de mobiliser cette ressource informationnelle. Dans le cas de *Le et Oishii Restaurant* (2012), bien que sa cause soit ultimement perdue au tribunal, elle a mobilisé les ressources informationnelles nécessaires pour concrétiser son accès au PMSD et déposer une plainte selon le processus en raison des représailles qu'elle alléguait vivre suivant son affectation.

Les décisions analysées et plusieurs témoignages recueillis suggèrent que certaines travailleuses migrantes disposent d'une connaissance limitée de leurs droits en matière de maternité au travail, tel que l'explique une représentante syndicale :

> Sinon, en santé-sécurité, il y a beaucoup d'endroits où c'est très secondaire, malheureusement, ou la formation, on va se donner une fois, puis après ça, tous ceux qui rentrent après, ça vote un petit peu plus sur le tas. Donc, généralement, c'est une grande lacune, mais je dirais que, peu importe le département ou l'immigration ou pas, souvent, ils s'en occupent juste très peu. Les gens se gèrent eux-mêmes. (Représentante syndicale).

Une travailleuse a mentionné à plusieurs reprises lors de l'entrevue : « C'est moi-même qui suis allée chercher toute l'information ». Cependant, elle a également évoqué des brochures d'information concernant les accidents de travail et la maternité au travail, distribuées par le syndicat :

> Je sais qu'au syndicat, on a des petits pamphlets pour l'accident de travail et pour la maternité aussi. Il y a des petites choses qu'on donne aux préposés aux chambres. Mais pas juste aux préposés aux chambres, dans tous les départements. Mais surtout aux préposés aux chambres parce que, comme je disais, on arrête de travailler dès qu'on tombe enceinte.

7. Obstacles structurels et administratifs liés à l'accès aux ressources

7.1. Précarité liée au statut migratoire

Bien que le statut migratoire exact de chaque travailleuse dans les décisions de jurisprudence ne soit pas mentionné, ce dernier est au cœur de la question de l'accès au PMSD dans 3 des décisions. Dans les décisions *N'Zi et Coopérative de services à domicile du Cap Diamant.* (2018) et *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier*. (2024), la CNESST a refusé l'accès au PMSD aux deux travailleuses en raison de leur permis de travail. Dans les deux

cas, le TAT a infirmé les décisions de la CNESST en confirmant l'éligibilité des travailleuses au PMSD. Dans la décision *Étienne et Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ)* (2017), autant le syndicat que l'employeur ont jugé que la travailleuse ne détenait plus le droit légal de travailler alors qu'un règlement prévu dans la loi donnait raison à la travailleuse. Le TAT est venu corriger la situation en confirmant son éligibilité à travailler et en autorisant la travailleuse à soumettre une réclamation à un arbitre aux frais du syndicat.

Dans le cadre des entrevues, les intervenants interrogés ont tous discuté de l'effet du statut migratoire des travailleuses migrantes enceintes sur leur vulnérabilité lorsqu'on parle de santé et sécurité au travail. Leur vulnérabilité se fait ressentir par leur peur de s'exprimer et par leur dépendance face à leurs employeurs lorsqu'elles ont un permis de travail fermé.

Un intervenant s'exprimait :

> Dans tous les cas, il y en a environ une dizaine-là, il n'y en a pas un où il n'y avait pas au moins une mention de leur statut d'immigration. Dans tous les cas, elles nous ont dit qu'il y avait une peur reliée à leur immigration et à leur lien d'emploi, ce n'était pas l'un ou l'autre, c'étaient les deux ensembles. (Intervenant)

> Lorsque les femmes obtiennent un permis de travail fermé, elles peuvent seulement travailler chez l'employeur identifié sur leur permis de travail. Elles se retrouvent alors dans une situation de dépendance et beaucoup plus à risque de vivre des représailles, du harcèlement, de la violence, etc. Un des intervenants disait : « S'ils ont un permis de travail fermé, c'est sûr que là, ils se disent : si je perds mon job, je suis foutu. Je ne peux pas travailler ailleurs. » (Intervenant).

Deux autres intervenants abordaient la même problématique :

> C'est sûr que les enjeux de permis fermé, c'est vraiment majeur. Ça fait en sorte que des gens vont accepter des choses inacceptables. Nous, on se trouve aussi dans une position assez sensible parce qu'on sait ce qui peut arriver à tout moment. Si jamais on s'exprime

> pour ce travailleur-là, cette travailleuse-là, puis là, ils savent à quel point ils peuvent facilement être expulsés. (Représentante syndicale)

> Une femme qui va annoncer sa grossesse, puis que l'employeur va mettre fin à son contrat de travail. On l'a vu dans le cadre de personnes qui avaient des permis d'emploi fermés où l'employeur a mis fin à un contrat de travail, puis que la personne, bien, se retrouve à perdre son statut d'immigration, perdre sa couverture médicale. (Travailleuse sociale, webinaire, 2024)

Bien qu'elles aient la possibilité de faire une plainte à Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) si l'employeur ne respecte pas les conditions sur leur permis de travail, comme l'a expliqué une intervenante interrogée, pour cela, elles doivent savoir que ce recours existe, elles doivent documenter la situation et attendre une décision d'IRCC.

> On voit les difficultés d'exercice des droits qu'il y a pour des personnes qui ont un statut migratoire précaire, qui n'ont pas de résidence permanente. Ils vont être plus réticents à exercer leurs droits. Ils vont être plus réticents à poser des gestes que leur employeur pourrait ne pas aimer. (Intervenant)

Une intervenante allait dans la même direction en mentionnant que l'objectif ultime des travailleuses migrantes est d'avoir le nombre d'heures requises pour faire leur demande d'accès à la résidence permanente et que, pour cette raison, elles sont parfois prêtes à accepter les mauvaises conditions de travail.

Un dernier élément important à mentionner est la pression psychologique que les travailleuses migrantes peuvent subir de leur entourage, tel qu'exprimé par cette intervenante:

> Je vois certains Africains, dans mon pays, qui, dans la famille, cotisent pour permettre à la personne de venir ici travailler. Et là, tu as une dette morale. Tu dois rembourser cet argent-là dans la famille. Et puis, si tu ne rembourses pas, tu as des menaces. Et si les conditions

> de travail ne correspondent pas avec ton rêve ou les rêves de la famille, ça devient une charge mentale énorme pour la personne. (Intervenante)

> Elles me disent, je ne vais pas aller faire ma communauté parce que je ne suis pas encore à la hauteur de ma communauté. Il y a d'autres qui se retirent juste pour dire, non, non, ma communauté parle beaucoup et je ne veux pas que mes difficultés ici soient rapportées à ma famille dans mon pays. (Intervenante)

7.2. Précarité liée au statut social

Si le statut migratoire constitue un obstacle structurel d'ordre juridico-administratif, il engendre également des vulnérabilités sociales qui lui sont intrinsèquement liées, mais analytiquement distinctes. C'est précisément ce croisement entre contraintes structurelles et positionnements sociaux que l'approche intersectionnelle permet de mettre en lumière.

Dans les décisions *Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)* (2019 et *Le,* la CNESST ou le TAT ont cru les versions de l'employeur plutôt que des travailleuses malgré l'article 255 de la LATMP. Conséquemment, madame *Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)* (2019) n'a pas retrouvé son emploi et madame *Le* n'a pas eu accès à l'indemnité de remplacement de revenu. Dans la décision *Nieni c. Madessa Professionnel inc.* (2024), la CNESST n'a pas pris en considération l'expérience négative vécue par la travailleuse, faisant en sorte que la travailleuse a dû faire entendre sa cause au tribunal qui, ultimement, a infirmé la décision de la CNESST des années plus tard. Dans la décision *Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée)*. (2020), bien que la travailleuse ait des preuves qui appuient son témoignage contre son employeur, la CNESST maintient qu'elle « n'a pas démontré avoir exercé un droit avant la sanction dont elle se plaint » (LSST, art. 227).

Dans le cadre des entrevues, les intervenants ont révélé comment il était difficile pour les travailleuses migrantes enceintes d'arriver dans un milieu de travail et de faire valoir leurs droits alors qu'elles ne connaissent pas du tout le cadre légal en matière de SST au Québec. Les témoignages recueillis indiquent que plusieurs travailleuses migrantes arrivent au Québec dans une situation de grande précarité économique et informationnelle, ce qui les place rapidement dans une logique de recherche d'emploi immédiate afin d'assurer leur subsistance. Une intervenante résume les défis majeurs que ces femmes rencontrent :

> Elles sont en mode survie. Elles n'ont même pas le temps d'aller prendre une formation ou de s'informer par rapport à leur emploi ou milieu de travail. Donc, elles vont se retrouver en milieu de travail, mais lorsqu'il arrive un problème, c'est ce moment-là où elles commencent à chercher des solutions. (Intervenante)

> Donc c'est l'homme qui est le propriétaire de la maison, mais la femme est à la maison. Mais quand on arrive ici, on fait face à une autre réalité. La femme veut aller travailler, mais si elle n'a pas été éduquée, si elle n'a pas de l'expérience, si elle ne connaît pas la langue du milieu, elle va se lancer à faire, par exemple, le nettoyage, ou du service à la clientèle dans certains milieux, la coiffure ou je ne sais pas moi. La personne n'est pas informée sur ses droits. C'est pourquoi il y a beaucoup d'abus, beaucoup d'exploitation de ces femmes-là. Et puis c'est ça, il y a la méconnaissance de ses droits, la méconnaissance du système et puis la méconnaissance aussi de la vie quotidienne ici au Québec. (Intervenante)

Un autre intervenant affirmait que les femmes migrantes enceintes qui les avaient appelés travaillaient toutes dans le milieu de la restauration et que très peu d'entre elles connaissaient leurs droits, surtout en matière de maternité au Québec. Il mentionnait : « Il y en a plein qui n'étaient pas au courant du RQAP et du programme de retrait préventif Pour une maternité sans danger. » (Intervenant) De plus, toujours en faisant référence à ces femmes migrantes enceintes, il expliquait

: « Elles vont vivre des représailles avant, elles vont en vivre pendant, puis elles vont en vivre après . » (Intervenant)

Un autre enjeu observé en lien avec le statut social de ces travailleuses est lorsqu'elles ont un contrat à durée déterminée, tel qu'exprimé par un troisième intervenant :

> Une personne qui a un contrat à durée déterminée se retrouve sans emploi, c'est sûr que ça peut avoir des effets dramatiques. Parce que là, la travailleuse est enceinte, il faudrait qu'elle cherche un autre job. Il y a des situations pénibles quand même. Il y a des trous dans la législation où on ne protège pas toujours bien les travailleuses enceintes. Parce que même dans l'exercice normal de la loi, il y a des limites. (Intervenant)

De plus, la crainte d'annoncer la grossesse en raison de la réaction de l'employeur et la peur de perdre leur emploi ou encore de perdre leur statut d'immigration est revenue à plusieurs reprises lors des entrevues. Certaines femmes vont même aller jusqu'à cacher leur grossesse auprès de leur employeur, tel que décrit dans ce témoignage :

> C'était une travailleuse avec un permis fermé. Elle est arrivée, elle ne savait pas qu'elle était enceinte. Mais comme elle ne voulait pas que l'employeur le sache, elle a gardé sa grossesse jusqu'à neuf mois, jusqu'à l'accouchement. Elle est partie accoucher, mais c'était difficile aussi pour elle parce qu'elle n'avait pas le droit à la garderie, et elle ne pouvait pas prendre le congé maternité d'une année. Elle a pris quelques semaines, elle a continué à travailler. (Intervenante)

Dans cette situation-là, l'intervenante racontait que cette femme migrante était arrivée au Canada avec quatre autres femmes alors qu'elles se sont aidées entre elles pour la garde de leurs enfants. Devant les obstacles qu'elles rencontrent, les travailleuses se retrouvent à devoir s'entraider entre elles.

Les travailleuses migrantes enceintes ont aussi peur de porter plainte en raison des possibles répercussions, telles qu'exprimées par cet intervenant « cette peur-là est bien réelle, celle de porter plainte et d'avoir de mauvaises références par leur employeur, ce qui est encore pire pour les personnes immigrantes en raison de leur statut d'immigration ».

7.3. Barrière linguistique

La langue est un obstacle majeur dans l'activation des trois types de ressources pour les travailleuses. Cette constatation se fait autant par l'analyse des décisions de jurisprudence que par les entrevues. Dans *Nieni c. Madessa Professionnel inc.* (2024), il est noté dans la décision que durant l'audience devant le tribunal, autant la travailleuse que la Commission n'arrivaient pas à mutuellement se comprendre en raison des barrières linguistiques de la travailleuse autant en français qu'en anglais. Il est aussi indiqué que « cette barrière linguistique est notée de manière longitudinale, tout le long du traitement de sa demande d'admissibilité au Programme » (Nieni *c. Madessa Professionnel inc.,* 2024, p.5). Dans la décision *Cruz Coy et Services d'entretien Bromar inc.* (2021), autant la travailleuse elle-même que la CNESST confirment devant le tribunal que la travailleuse ne semblait pas bien comprendre le processus de contestation en raison de la barrière de langue, l'empêchant ainsi de déposer selon les procédures sa plainte. Un intervenant expliquait que c'était la même réalité qu'il constatait : « pour les personnes immigrantes, on le voit beaucoup. Des commentaires, *je ne peux pas t'aider parce que tu ne parles pas assez bien français,* ou de l'impatience ou quasiment une forme d'intimidation ou de harcèlement. » (Intervenant)

Dans *Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)* (2019), il est indiqué que la travailleuse s'exprimait en Arabe seulement devant la Commission, puisqu'elle n'était pas en mesure de s'exprimer en français ou en anglais. C'est aussi la raison donnée par l'employeur pour

le congédiement de la travailleuse. Dans *Le et Oishii Restaurant* (2012), elle s'exprimait seulement en vietnamien devant la Commission et c'est son conjoint qui traduisait pour elle. Finalement, dans *Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée)*. (2020), la présence d'une interprète était notée pour soutenir la travailleuse dans le désir de s'exprimer en anglais. Dans les deux cas, la travailleuse dépend d'un tiers pour se faire comprendre lors de l'audience, ce qui soulève la question de l'autonomie de leur parole dans un contexte juridique formel.

Dans le cadre des entrevues, autant les intervenants que la représentante syndicale ont discuté de l'effet de la barrière linguistique sur l'accès à l'information pour les travailleuses migrantes enceintes.

> La barrière linguistique est aussi un obstacle pour l'accès à l'information, qui est un préalable à l'exercice de droits. C'est sûr que ces facteurs-là jouent certainement un rôle aussi pour l'exercice de droits des travailleuses enceintes et qui allaitent. (Intervenant)

Une représentante syndicale confirme aussi que les travailleuses migrantes enceintes se tournent également vers d'autres personnes pour avoir accès à l'information en raison de la langue : « C'est juste que les personnes souvent vont miser sur d'autres pour l'information, pour une raison de barrière linguistique souvent. C'est là où c'est un peu plus compliqué. » Cette dernière portion de phrase est importante, puisqu'elle n'implique pas nécessairement que les travailleuses obtiendront les bonnes informations, par conséquent, cela peut mettre en péril leur accès à leurs droits.

Cette même représentante syndicale racontait que dans certains hôtels, les travailleuses ont la chance d'avoir des superviseurs qui s'expriment dans leur langue, ce qui facilite la compréhension de l'information pour ces travailleuses.

> Je pense à un hôtel, j'ai un superviseur hispanophone, j'ai un superviseur ukrainien, puis j'en ai d'autres qui font du français anglais. Ils sont capables de parler avec tout le monde, alors que dans d'autres milieux, je n'ai pas de superviseur qui parle espagnol, alors que la majorité va parler beaucoup espagnol. C'est là qu'on a besoin d'un peu plus d'assistance. (Représentante syndicale)

8. Normes organisationnelles dictant le processus d'accès au PMSD

8.1. Absence de traduction

Comme discuté dans la section précédente, la barrière linguistique constitue un obstacle majeur dans la mobilisation des ressources pour les travailleuses migrantes. Les témoignages recueillis indiquent que les travailleuses doivent souvent s'adapter aux contraintes linguistiques présentes dans les milieux de travail et dans leurs interactions avec la CNESST (notamment dans les décisions *Cruz Coy et Services d'entretien Bromar inc.* (2021) et *Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)* (2019)). Les données indiquent que les organismes communautaires et, dans certains cas, les syndicats, jouent un rôle d'intermédiaire en matière d'accès à l'information afin d'atténuer ces difficultés linguistiques. Une représentante syndicale décrit cette situation :

> C'est parce qu'elles reçoivent la décision, par exemple, en français ou en anglais. Mais il n'y a pas une de ces deux langues-là qui est appropriée. En plus, c'est très juridique. C'est vraiment important, le contenu. Généralement, on leur dit, amène-nous les papiers. Des fois, on a quelqu'un dans l'exécutif du syndicat, par exemple, qui parle la langue. Ils ont cette discussion-là. On peut les représenter. Mais sinon, il y aurait énormément de droits qui seraient perdus, de l'argent perdu aussi. (Représentante syndicale)

Au niveau de la CNESST, le service offert est seulement en français et cette norme organisationnelle affecte les travailleuses migrantes enceintes qui tentent d'avoir accès à la bonne information pour se prévaloir de leur droit d'accès au PMSD, tel qu'exprimé par cette représentante syndicale :

> À ma connaissance, la CNESST ne répond seulement qu'en français vraiment aux gens. Même des formulaires, des documents qui ne sont même pas traduits en anglais encore sur le site et tout ça. Je pense que s'il y avait déjà plus de documents traduits, de ressources traduites et surtout, à l'ère de l'intelligence artificielle, ça serait plus simple de traduire ça, plus que jamais. Je pense que ça aiderait énormément. (Représentante syndicale)

Au niveau de leur quotidien en tant que préposées aux chambres dans un hôtel, une travailleuse expliquait que les travailleuses migrantes vont : « Prendre des photos et elles vont traduire dans leur langue pour s'assurer qu'elles comprennent bien le texte, le message. » De plus, elle racontait que le matin, les préposées aux chambres avaient souvent des petites réunions avec les superviseurs pour l'échange d'informations, mais qu'encore une fois, « ça va être toujours en français. » Elle a enrichi en expliquant :

> J'ai remarqué même dans des petites réunions comme ça, les messages ne passent pas. Après, les filles montent sur l'étage, elles vont en parler entre eux : « Est-ce que tu as compris ce qu'ils ont dit? » Il y a toujours cette barrière de la langue. Toujours. (Préposée aux chambres dans un hôtel)

Dans le milieu syndiqué, le syndicat peut parfois traduire la documentation nécessaire pour la compréhension des travailleuses migrantes, tel qu'explique cette représentante syndicale : « Ce n'est pas rare qu'on fasse des documents en quatre langues, par exemple, pour essayer que tout le monde comprenne. »

À la lumière des témoignages, les travailleuses migrantes doivent espérer travailler avec des superviseurs qui parlent leur langue, puisque, dans le cas contraire, l'employeur ne s'assure pas de rendre disponibles les informations dans une autre langue que le français.

8.2.Pression patronale

Lorsque les travailleuses migrantes enceintes remettent leur certificat de retrait préventif, dans une grande majorité des cas, dans les milieux non syndiqués, elles se heurtent à une pression patronale. Comme constaté dans la jurisprudence et dans les entrevues, cette pression patronale peut être, suivant la remise du certificat, d'imposer à la travailleuse le choix entre son travail et sa grossesse et sa famille, de continuer ses tâches habituelles en ne procédant pas à l'affectation (décision *Nieni c. Madessa Professionnel inc.* (2024)), de faire vivre des représailles ou du harcèlement (décisions *Le et Oishii Restaurant* (2012) et *Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée)*. (2020)). Un témoignage par l'entremise d'un organisme racontant une situation qu'une travailleuse migrante enceinte travaillant comme femme de ménage dans le secteur de l'hôtellerie a été confronté lorsqu'elle a demandé l'accès au retrait préventif en ayant le certificat :

> Je prends l'exemple de la femme qui est venu voir dernièrement, elle est enceinte de huit mois. Elle a demandé de se retirer et l'employeur a refusé. Elle a la difficulté de s'incliner pour arranger le lit, pour faire le nettoyage. Et puis les horaires aussi qu'on lui donne là ne correspondent pas avec elle parce qu'elle a d'autres enfants qui fréquentent l'école. Donc, tu vois, les enfants quittent l'école, elle doit être là pour retirer les enfants. Alors, tout ça, pour elle, ça fait tellement mal et ça fait peur. Parce qu'elle se dit, comme l'employeur a refusé, si moi je retire, je vais manquer mon congé, ma maternité, je vais manquer les allocations parentales. Et puis là, face à ces enfants, elle se dit, est-ce que je vais laisser mes enfants comme ça ? Si je laisse les enfants, je risque de tomber sur la DPJ. Donc tout ça, les femmes sont un peu dans l'embarras. Des fois, elles ne savent pas quoi faire. (Intervenante)

Un deuxième témoignage explique cette même réalité :

> Il y a une dame, elle était enceinte. Je crois que c'est son médecin qui avait remarqué que le bébé n'allait pas très bien, il devait la retirer de son travail. Mais malheureusement, quand elle a parlé à son employeur, l'employeur ne voulait pas la laisser se retirer. Donc, ça a causé des problèmes. Elle a eu peur de se retirer, croyant qu'en se retirant préventivement,

> elle va perdre les avantages d'avoir le congé parental, d'avoir les allocations pour la maternité. (Intervenante)

Un intervenant expliquait aussi que la pression patronale peut se traduire de cette façon : « il arrive que quand on a des questions qui touchent le retrait préventif des travailleuses enceintes, ce soit une des questions, ce sont les réactions de l'employeur, les pressions de l'employeur pour revenir ou mettre fin à un accommodement. » (Intervenant).

Au-delà de la pression psychologique, l'employeur mobilise des stratégies organisationnelles pour rompre le lien d'emploi sans en porter la responsabilité directe. Dans le cadre des entrevues avec des intervenants travaillant auprès d'organismes qui offrent un soutien aux travailleurs et travailleuses non syndiqués, ils ont ainsi discuté des congédiements illégaux ou déguisés, suivant la remise du certificat de retrait préventif. Dans ces situations, la réduction des heures de travail devient une stratégie de gestion, tel qu'expliqué par cet intervenant : « elles ont du temps plein, plus soudainement, elles se font dire : ah, bien, j'ai juste 20 heures à t'offrir. On te fait perdre des heures de plus en plus, jusqu'à un point où on te dit : bien, malheureusement, tu sais, on n'a plus d'heures à t'offrir. » (Intervenant). Un deuxième témoignage va dans le même sens que celui-ci :

> On voit qu'il y a de plus en plus des petits tours de passe-passe. On voit aussi qu'il y a des cas de restructuration. Des travailleuses perdent des échelons, voient une réduction de leurs heures, moins de responsabilités ou de travail à leur offrir, etc. Donc, c'est assez fréquent aussi qu'on les force, de manière subtile ou non, à intégrer d'autres tâches ou carrément à démissionner, ce qu'on qualifie de congédiement déguisé. (Intervenant au bas de l'échelle, webinaire, 2024)

Un autre phénomène est lorsque l'employeur remet en question la notion de service continu, tel qu'expliqué dans le webinaire : « il y a des employeurs qui essaient de remettre en question la

notion de service continu, par exemple, en soustrayant le nombre de semaines passées en arrêt de travail pour la grossesse. » (Intervenant au bas de l'échelle, webinaire, 2024)

Dans les milieux syndiqués, les conventions collectives peuvent permettre d'empêcher cette pression patronale, comme cette représentante syndicale explique :

> Lorsqu'elles sont de retour au travail, on a des semaines réduites. Pour la conciliation, une personne peut décider de travailler, par exemple, trois ou quatre jours par semaine. Ça vient évidemment avec une réduction du salaire, oui, mais elle garde tous ses avantages de temps plein. Donc, elle n'a pas à laisser aller son statut de temps plein avec tous ses avantages sociaux. Ça fait qu'elle peut garder trois ou quatre jours par semaine, puis éventuellement, lorsqu'elle le souhaite, elle peut revenir à 5 jours/semaine. Donc ça, ça lui permet de pas à avoir à choisir entre sa famille et son travail. (Représentante syndicale)

8.3.Manque d'information

Le manque d'information de la part des employeurs, autant concernant les normes de travail, la santé et la sécurité au travail que tout ce qui touche la grossesse au travail a été évoqué dans les entrevues, autant dans les environnements syndiqués que non syndiqués. Une représentante syndicale explique notamment le manque d'information en santé et sécurité de ces travailleuses :

> En santé-sécurité, il y a beaucoup d'endroits où c'est très secondaire, malheureusement, ou la formation, on va se donner une fois, puis après ça, tous ceux qui rentrent après, ça vote un petit peu plus sur le tas. Donc, généralement, c'est une grande lacune, mais je dirais que, peu importe le département ou l'immigration ou pas, souvent, ils s'en occupent juste très peu. Les gens se gèrent eux-mêmes. (Représentante syndicale)

Une travailleuse confirmait également qu'elle n'a pas reçu de formation en santé et sécurité au travail de la part de son employeur :

> Au début, je n'ai pas eu formation en santé et sécurité. L'employeur, non. Il te donne une formation quand il t'embauche, une semaine de formation avec quelqu'un. Il te montre comment faire les chambres. Après, deuxième semaine, tu vas travailler toute seule. Il ne te donne pas à faire toutes les tâches comme une préposée de chambre normale. Je veux dire, les tâches étaient diminuées. Par exemple, si on fait aujourd'hui 13 chambres par jour, quand tu commences, tu es nouvelle, tu fais ta première journée toute seule, tu fais huit chambres. Après, graduellement, ils ajoutent une chambre, neuf, dix, jusqu'à treize. C'est la seule formation qu'il nous a donnée. (Préposée aux chambres dans un hôtel)

En parlant du PMSD, deux intervenants s'exprimaient sur le manque d'information sur ce programme pour les travailleuses immigrantes :

> C'est un programme assez unique au monde. On est les seuls en Amérique du Nord à avoir ce type de programme là. Les travailleuses connaissent le programme de maternité, c'est-à-dire le congé de maternité, mais très peu de travailleuses immigrantes connaissent le droit au retrait préventif - et qui ont droit à ça. (Intervenant à l'UTTAM, webinaire, 2024)

> Puis, il y a toute la question, comme vous le mentionnez, de la méconnaissance des programmes qui existent, notamment de maternité sans danger. La transmission des informations sur les droits en lien avec la grossesse, puis avec le travail va arriver très tardivement dans la grossesse pour différentes raisons. (Travailleuse sociale, webinaire, 2024)

De plus, le manque d'information de la CNESST s'est révélé être une frustration pour tous les intervenants interrogés. En parlant de sa propre expérience comme médecin de la santé publique, elle a mentionné que « c'est extrêmement difficile d'avoir de l'information. J'imagine que ça l'est aussi pour les travailleurs. » Par exemple, autant un intervenant d'un organisme que la médecin de la santé publique affirmaient que ce n'était pas clair pour eux l'impact du revenu sur les travailleuses qui sont serveuses et qui perdent des quarts de travail plus occupés en raison des modifications de leurs tâches suivant leur demande d'accès au PMSD.

> Se retrouver avec des heures de travail un peu défavorables pour elle. Pour moi, ce n'est pas très clair comment cela est géré à la CNESST. Mettons que ça veut dire qu'elle ne travaille plus de soir, donc elle a moins de pourboires ? Probablement, parce qu'elle est dans des heures de travail où il y a moins de clients. Comment ça s'est compensé? Parce qu'en principe, le programme remplace le revenu, pas le salaire. Maintenant, comment ça, c'est géré, je suis moins certaine. C'est assez difficile d'avoir l'information du côté de la CNESST. Je pense qu'on a déjà posé ces questions-là et on n'a pas eu tellement de réponses. (Médecin de la santé publique, webinaire, 2024)

8.4.Résistance des employeurs envers l'affectation

L'analyse des décisions met en évidence plusieurs situations dans lesquelles les employeurs refusent de reconnaître le certificat de retrait préventif ou ne mettent pas en œuvre les mesures d'aménagement du travail recommandées. Dans les décisions analysées, ces situations prennent différentes formes : refus de reconnaître le certificat de retrait préventif (*Nieni c. Madessa Professionnel inc.* (2024)), non-respect des recommandations médicales lors de l'affectation (*Cruz Coy et Services d'entretien Bromar inc.* (2021)), allégations de représailles suivant l'affectation (*Le et Oishii Restaurant* (2012) et *Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée)*. (2020)) ainsi que le congédiement après la remise du certificat (*Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)* (2019) et *Étienne et Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ)* (2017)).

Il y a également un intervenant qui discutait de l'effet de la grossesse sur l'aspect physique des travailleuses enceintes, puisque ça dérange certains employeurs dans le milieu de la restauration. Il faisait référence aux stéréotypes du physique que devraient avoir les serveuses en mentionnant : « Puisque tu es enceinte ou vu que tu reviens d'un congé de maternité, tu sais, avec l'histoire d'hormones, tout ça, ça ne fonctionnera plus dans ton job de serveuse. » (Intervenant)

À l'opposé de ce témoignage, une représentante syndicale mentionnait avoir été témoin d'un hôtel qui fournissait tout au long de la grossesse des uniformes pour les femmes enceintes. Elle indiquait toutefois que ce type d'adaptation demeure rare dans les milieux qu'elle connaît.

Les témoignages recueillis auprès d'une travailleuse et d'une représentante syndicale dans les milieux syndiqués de l'hôtellerie indiquent que le retrait préventif est fréquemment utilisé plutôt que l'affectation. La représentante syndicale explique notamment :

> Les produits chimiques, généralement, c'est la pensée qu'elles vont être en retrait préventif assez rapidement. Évidemment, c'est du travail debout. C'est des charges quand même à pousser et à soulever qui sont assez élevées. C'est des horaires aussi qui sont très variables. Il y en a qui peuvent travailler de soir, de nuit, dans différents milieux. Ça, c'est sûr que ça va être un enjeu aussi pour les retraits préventifs. (Représentante syndicale)

Lorsqu'il a été demandé à la représentante syndicale comment les employeurs réagissaient à la remise du certificat visant le retrait préventif, elle a répondu ceci :

> En fait, l'avantage dans l'hôtellerie, c'est qu'ils sont très habitués aux grossesses, maternités, congés parentaux et autres, parce que c'est quand même majoritairement féminin. C'est un travail qui est très physique, donc c'est souvent des gens qui sont en âge d'avoir des enfants. C'est pas mal la routine. Ce n'est pas rare sur un horaire d'une trentaine de préposés de voir cinq congés de maternité en même temps. (Représentante syndicale)

Dans un entretien, une médecin de santé publique indique que certaines organisations peuvent privilégier le retrait préventif plutôt que l'affectation pour des raisons liées à l'organisation du travail et aux coûts associés aux ajustements nécessaires. Elle explique :

> Mais du côté de l'employeur, c'est sûr qu'il s'attend à devoir remplacer cette travailleuse-là de toute façon quand elle va partir en congé de maternité. Donc, peut-être qu'il préfère former quelqu'un tout de suite en vue de la remplacer. Puis donc, c'est plus simple pour lui.

> C'est moins coûteux de faire ça que de faire des ajustements. (Médecin de la santé publique, webinaire, 2024)

Interrogée sur sa connaissance du droit à l'affectation et sur les avantages potentiels de cette mesure, une travailleuse du secteur hôtelier indique que, dans sa situation, l'option d'une affectation ne lui apparaissait pas souhaitable :

> Que ça pouvait être un avantage, non? Que l'employeur va me suggérer de faire ça. Ma réponse était non. Si, je veux dire, comme un plan, oui. S'il m'avait demandé, dans ma tête, c'était déjà non. Parce qu'on peut refuser, c'est ça? On peut refuser les tâches légères. En tout cas, à ce moment-là, je n'ai pas eu de problème. Ils m'ont accordé, ils ne m'ont pas suggéré de travailler comme tâche légère. Il n'y avait pas cette question. Tant mieux pour moi. Mais dans ma tête, il y avait un non. (Préposée aux chambres dans un hôtel)

Les propos de la travailleuse indiquent que l'affectation est peu envisagée comme option dans sa situation et que le retrait préventif apparaît comme la solution privilégiée. Ils indiquent toutefois qu'elle perçoit l'existence d'un droit de refus, bien que celui-ci soit évoqué avec une certaine incertitude.

Un entretien réalisé auprès d'une médecin de santé publique impliquée dans le programme Pour une maternité sans danger (PMSD) met également en lumière certains facteurs organisationnels pouvant influencer le recours au retrait plutôt qu'à l'affectation. Elle souligne notamment que la perception d'équité entre travailleuses peut constituer un enjeu pour les employeurs, comme l'illustre l'extrait suivant :

> L'autre chose, c'est que justement, les ajustements pourraient varier d'une travailleuse à l'autre. Puis là, à l'intérieur même, mettons d'un collègue de travail dans le même milieu, il pourrait avoir une perception d'iniquité. « J'ai été capable de donner un poste de réaffectation. Mais là, si j'en ai trois enceintes en même temps, la troisième, ça se peut que je n'aie plus de poste de réaffectation. Puis elle, elle va retourner chez elle. » Ça génère

> quand même un sentiment un peu d'injustice, je pense. Donc, il y a peut-être des employeurs qui préfèrent ne pas avoir à gérer ce sentiment d'injustice là, aussi, chez leurs travailleuses. (Médecin de la santé publique, webinaire, 2024)

8.5. Rigidités administratives et entraves bureaucratiques

L'analyse des décisions de jurisprudence et des entrevues met en évidence que les travailleuses se butent à des routines administratives strictes. Les décisions analysées soulignent notamment les enjeux liés aux procédures et aux délais auxquels les travailleuses sont confrontées lorsqu'elles souhaitent contester l'affectation proposée par l'employeur ou une décision de la CNESST. Une représentante syndicale expliquait cette réalité de la manière suivante :

> Je le vois en général, tu sais, pour tout accident de travail, retrait préventif ou autre, ce sont vraiment les démarches avec la CNESST qui, les contestations, tout ça qui leur donne un poids à ses épaules dont elles n'ont pas besoin. Et puis, nous, on essaie d'en enlever le plus possible, mais je pense que c'est vraiment ça qui est le plus problématique. (Représentante syndicale)

De plus, les intervenants étaient unanimes sur la rigidité des procédures de la CNESST et les répercussions sur les droits des travailleuses migrantes. Une représentante syndicale racontait qu'il peut être ardu de soutenir une travailleuse avec la CNESST :

> Si j'appelle la CNESST pour une travailleuse, moi, je ne suis personne pour eux, je ne suis pas sa représentante officielle. Il faut officiellement se coordonner, il faut être les deux ensembles sur la ligne, alors que, sinon, c'est un peu le jeu du téléphone à essayer de comprendre ce que l'autre a dit, puis, sinon, il faut que la CNESST m'appelle à un moment que je suis disponible pour que tout ça se coordonne comme ça, ça devient un petit peu compliqué. (Représentante syndicale)

Un autre élément mentionné par un intervenant travaillant auprès d'un organisme pour les droits des non-syndiqués était la difficulté pour les travailleuses non syndiquées de naviguer à travers le processus rigide d'accès au PMSD avec la CNESST.

> Tu sais, dans le cas classique, une travailleuse appelle la CNESST, elle a un dossier relié à son congé de maternité ou sa grossesse, ce qui est, mettons, un peu plus SST. La CNESST dit : « Va voir Au bas de l'échelle ». La personne nous appelle, on lui donne de l'information, mais on dit, pour faire ton accompagnement, pour t'ouvrir un dossier, ce n'est pas avec nous, c'est avec l'UTTAM. Donc là, la personne, ça fait un point, deux points, trois points, où elle se fait lancer, puis ce n'est pas de notre faute, ça part initialement de la CNESST qui a mal fait de son job de référencement. (Intervenant)

Chapitre 6 Discussion

L'objectif général de ce mémoire était d'analyser la manière dont les travailleuses enceintes issues de l'immigration récente du secteur de l'hébergement et de la restauration au Québec naviguent et influencent les pratiques de gestion et les représentations de la grossesse au travail, dans le cadre du droit de retrait préventif et de l'évolution des politiques et pratiques de gestion de santé et sécurité. Plus concrètement, la recherche visait à évaluer les pratiques et attitudes envers la grossesse et le PMSD dans ce secteur, à identifier les ressources mobilisées par les travailleuses issues de l'immigration récente pour favoriser leur SST et leur maintien en emploi, et à examiner dans quelle mesure cette mobilisation influence les pratiques et représentations organisationnelles de la grossesse au travail, en tenant compte des dynamiques de genre et de pouvoir.

Ce dernier chapitre a pour objectif de discuter des résultats obtenus tout en mettant en lumière les forces et les limites de cette étude. De plus, nous porterons un regard analytique sur l'application de l'approche intersectionnelle de Crenshaw (1989), le continuum SST de Baril-Gingras et Cox (2022) ainsi que sur la théorie des ressources et des rapports de pouvoir de Giddens (1987). Le chapitre se conclura par quelques recommandations aux différentes parties prenantes impliquées dans l'accès au PMSD pour les travailleuses migrantes enceintes afin d'assurer leurs droits prévus par le cadre législatif de santé et sécurité au Québec.

1. Principales contributions empiriques

Les contributions empiriques qui suivent s'inscrivent dans un contexte structurel qu'il importe d'abord de rappeler. Les travailleuses dont il est question évoluaient dans un secteur qui, jusqu'à la LMRSST de 2021, relevait des groupes prioritaires 4 à 6 de la CNESST (2021a), soit les

groupes les moins assujettis aux obligations formelles de prévention. Comme l'ont montré Messing et Boutin (1997) et le Vérificateur général du Québec (2019), environ 85 % des femmes travaillaient dans ces groupes structurellement sous-protégés. Si la modernisation du régime amorce une correction de cette réalité, les situations analysées dans cette étude précèdent ou accompagnent cette transition, et s'inscrivent donc dans l'ancien régime de sous-protection. Par ailleurs, les situations analysées prennent place dans un environnement de travail exposant les travailleuses enceintes à une combinaison de risques chimiques (produits de nettoyage, fumées de cuisine), ergonomiques (port de charges, station debout prolongée), biologiques et psychosociaux, tels que documentés au chapitre 2. Ces risques constituent le socle à partir duquel le certificat de retrait préventif est émis et forment la toile de fond à partir de laquelle doivent être lues les contributions présentées ci-dessous.

L'analyse permet de dégager au moins six contributions empiriques importantes :

Tout d'abord, l'accès au PMSD s'inscrit dans un contexte de précarité structurelle marquant l'arrivée des travailleuses migrantes sur le marché du travail. Cette situation contribue à limiter leur capacité à mobiliser leurs droits, ce qui rejoint les analyses de Hanley et al. (2014) sur la vulnérabilité institutionnelle des travailleurs migrants.

Deuxièmement, l'accès au programme PMSD ne dépend pas uniquement de l'existence du droit lui-même, mais aussi de la capacité des travailleuses à mobiliser différentes ressources, notamment matérielles, humaines et informationnelles. Le statut social et migratoire des travailleuses migrantes enceintes a une influence importante sur leur capacité de mobiliser les ressources nécessaires pour faire valoir leurs droits. Les résultats confirment qu'elles occupent des emplois où l'on retrouve davantage des femmes démunies aux conditions de travail précaires et la

plupart du temps non protégées syndicalement, ce qui affaiblit leur capacité à mobiliser différentes ressources. Cette précarité n'est pas seulement économique, elle est aussi « temporelle », car l'urgence de stabiliser leur situation administrative entre souvent en conflit avec les délais rigides imposés par les procédures de la CNESST. Cette réalité, marquée par le croisement complexe entre précarité et statut migratoire, a été discutée dans de nombreux écrits, tels que ceux de Salami, B., Meharali et Salami, A., (2015), d'Hanley et al. (2014) et de Poulin et Aubry (1997), en plus d'avoir été expliqué par l'intervenant à l'organisme au bas de l'échelle dans le cadre du webinaire du 29 mai 2024.

Troisièmement, l'analyse des décisions de jurisprudence montre que certaines règles administratives ou procédurales, par exemple, les délais de contestation ou certains critères d'admissibilité, peuvent conduire à l'exclusion des travailleuses du programme. Dans les décisions analysées, plusieurs règles ont été strictement appliquées sans égard aux contraintes externes auxquelles faisaient face les travailleuses ni à la position de vulnérabilité dans laquelle elles se trouvaient. En ce sens, le cadre juridique du PMSD encadre et limite leur capacité d'agir. Dans la perspective de Giddens (1987), cette limitation ne traduit pas une absence d'agentivité de la part de ces femmes, mais bien un accès inégal aux ressources et aux règles qui permettent d'exercer ce pouvoir. Ces obstacles structurels restreignent leur capacité à faire entendre leur voix et à participer activement aux processus par lesquels les normes discriminatoires pourraient être remises en question et transformées, ce que Giddens associe aux conditions d'une démocratisation réelle et substantielle.

Quatrièmement, plusieurs témoignages ainsi que certaines décisions suggèrent que, dans certains milieux de travail, le retrait préventif apparaît comme la solution la plus fréquemment

utilisée dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, même si l'affectation constitue en principe la mesure privilégiée par le dispositif. Le retrait préventif devient alors un « accommodement par l'exclusion », où l'on préfère sortir la travailleuse du milieu plutôt que de transformer l'organisation du travail pour l'inclure. Ces résultats vont dans le même sens que les résultats de l'étude de Gravel (2017) et de la littérature (Laroche, 2022 et Malenfant, 1996, 1998) puisque ses résultats démontraient également que le retrait était favorisé à l'affectation. Les données recueillies dans le cadre de cette étude suggèrent que le recours au retrait préventif ne résulte pas uniquement du niveau de connaissance des travailleuses à l'égard de l'affectation, mais s'inscrit également dans des dynamiques organisationnelles et relationnelles qui peuvent rendre cette option plus simple ou plus acceptable pour les différents acteurs.

Une cinquième contribution concerne la capacité des travailleuses à influencer les pratiques existantes et les représentations organisationnelles de la grossesse au travail. Les résultats sont, sur ce point, sobres : dans la grande majorité des situations analysées, les travailleuses migrantes enceintes ne parviennent pas à modifier durablement les pratiques de leur employeur ni les interprétations institutionnelles de la CNESST. Leur influence se limite le plus souvent à obtenir, après plusieurs années de recours, une correction judiciaire de la décision initiale, ce qui représente une victoire formelle, mais tardive, sans effet sur les pratiques organisationnelles en amont. La seule configuration où une influence positive sur les pratiques semble observable est celle des milieux hôteliers fortement syndiqués, où les conventions collectives ont progressivement normalisé la grossesse au travail et réduit la résistance patronale. Ce constat rejoint les travaux de Lévesque et Murray (2010) sur la capacité d'action collective comme condition de transformation des rapports de travail. Il confirme également, en creux, que sans structure collective pour porter

et généraliser les expériences individuelles, l'influence des travailleuses migrantes enceintes sur les représentations organisationnelles de la grossesse reste quasi nulle, leur résistance demeurant, selon la formulation de Scott (1985) reprise par Malenfant (1998), une résistance silencieuse et non une force de transformation.

Sixièmement, et peut-être de manière la plus contre-intuitive, les résultats de cette étude remettent en question une prémisse selon laquelle l'obstacle principal à l'accès au programme serait d'ordre médical. Les données recueillies montrent au contraire que les travailleuses parviennent généralement à obtenir leur certificat. C'est en aval de cette étape que tout se joue. L'obstacle est organisationnel, institutionnel et structurel, ancré dans des rapports de pouvoir que le cadre théorique mobilisé permettra d'analyser dans la prochaine section.

2. Intersectionnalité, continuum SST et structuration : une lecture croisée des résultats

Cette étude s'appuie sur la mobilisation de trois courants théoriques, soit l'approche intersectionnelle de Crenshaw (1989), le continuum SST de Baril-Gingras et Cox (2022) ainsi que la théorie des ressources et des rapports de pouvoir de Giddens (1987) pour tenter de répondre à notre question de recherche et à nos sous-objectifs. Les apports théoriques de chacun de ces trois courants ont permis d'analyser chaque angle de la question de recherche et de dégager, grâce à cette analyse rigoureuse, une compréhension approfondie des obstacles rencontrés par les travailleuses migrantes enceintes dans leur démarche d'accès au PMSD, du début à la fin du processus. Les positions intersectionnelles des travailleuses (Crenshaw, 1989) influencent leur accès différencié aux ressources et aux droits, ce qui les situe dans des régimes de SST spécifiques

caractérisés par de faibles niveaux de participation et de protection (Baril-Gingras et Cox, 2022). Dans ce contexte contraint, leur capacité d'agir dépend de leur aptitude à mobiliser les règles et ressources disponibles pour transformer – ou reproduire – les pratiques organisationnelles (Giddens, 1987).

2.1 Mobilisation du continuum SST de Baril-Gingras et Cox selon les axes de Tucker

À titre de rappel, comme mentionné dans la section 2.1 du chapitre 3, le premier axe reflète les droits à la participation des travailleurs et leur exercice réel, ainsi que le niveau d'exigence du système de responsabilité interne. Le deuxième axe, quant à lui, reflète les droits en matière de protection de la SST et l'intensité de leur application par le système de contrôle externe. Lorsque les dispositions sont faibles sur ces deux axes, cela indique un régime où la citoyenneté au travail est subordonnée aux impératifs du marché.

Premier axe de Tucker – participation de la travailleuse et efficacité du mécanisme de responsabilité interne

Dans les cinq décisions suivantes :

- *Nieni et Madessa Professionnel inc.* (2024)
- *Cruz Coy et Services d'entretien Bromar inc.* (2021)
- *Mosad et 175246 Canada inc. (McDonald's)* (2019)
- *Étienne et SQEES, section locale 298 (FTQ)* (2017)
- *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier* (2024)

Les travailleuses ont participé activement à leur demande d'accès au PMSD malgré leur vulnérabilité à différents niveaux (barrière linguistique importante, statut d'immigration précaire, environnement de travail non syndiqué ou action syndicale non renseignée ou absente , période probatoire). En revanche, dans toutes ces décisions, c'est le mécanisme de responsabilité interne

qui a échoué. Dans la décision *Nieni et Madessa Professionnel inc.* (2024), bien que la travailleuse participe pleinement au processus de sa demande d'accès au PMSD et que le médecin de la santé publique confirme la nécessité de procéder immédiatement à une affectation, l'employeur, comme seul acteur du mécanisme interne en raison de l'absence d'un syndicat, refuse le billet médical et laisse la travailleuse dans son emploi, provoquant ainsi un arrêt de maladie quelques jours plus tard. Dans la même lignée, l'employeur, comme mécanisme de responsabilité interne, provoque aussi la perte d'accès au PMSD dans la décision *Mosad et 175246 Canada inc. (McDonald's)* (2019) en congédiant la travailleuse. L'employeur aurait pu choisir une autre action considérant la précarité de la situation de la travailleuse comme, par exemple, de considérer une affectation où la barrière linguistique était moins problématique ou encore mettre sur pause leur décision de congédier la travailleuse en attendant la décision de la CNESST. Dans la décision *Cruz Coy et Services d'entretien Bromar inc.* (2021), l'employeur accepte l'affectation de madame Cruz, ce qui semble indiquer une meilleure efficacité du système de responsabilité interne par l'employeur. Cependant, comme la travailleuse dénonce que l'employeur n'a pas suivi les recommandations de son médecin pour l'affectation, dans les faits, révèle une faiblesse dans le système de responsabilité interne. Autrement dit, l'employeur respecte l'affectation au niveau administratif et donc dans l'apparence, alors que, dans la pratique, il ne prend pas la responsabilité de garantir l'application formelle et réelle de l'affectation démontrant une défaillance du système. Ce cas illustre un « respect de façade » de la loi, où l'employeur remplit ses obligations administratives sans assurer la sécurité réelle de la travailleuse sur le plan ergonomique ou médical. Dans la décision *Étienne et SQEES, section locale 298 (FTQ)* (2017), alors que la travailleuse cherche un soutien de son syndicat qui fait partie du système de responsabilité interne devant la menace de se faire congédier, elle se fait plutôt confirmer que le syndicat ne peut rien faire alors que l'avocat externe de la

travailleuse spécialisé en droit de l'immigration, confirme qu'elle peut continuer de travailler en raison d'un statut implicite. L'employeur, l'autre acteur du système de responsabilité interne, maintient également sa position et procède au congédiement, malgré la lettre de l'avocat de la travailleuse qui confirme son droit légal de travailler. Malgré que le droit existe, son effectivité réelle est compromise par une interprétation restrictive, tant du côté du syndicat que de l'employeur. La décision de l'employeur apparaît peu sensible à la situation particulière de la travailleuse, et il ne ressort pas qu'une autre solution ait été envisagée par celui-ci. Dans la décision *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier* (2024), bien qu'il soit précisé que la travailleuse est syndiquée, il n'y a aucune mention du syndicat, qui aurait pu agir comme partie prenante du système de responsabilité interne afin d'aider la travailleuse à contester dans les délais prescrits la décision initiale de la CNESST de refuser l'accès au PMSD de la travailleuse.

Dans les décisions *Le et Oishii Restaurant* (2012) et *Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée)*. (2020), les travailleuses ont également exercé pleinement leur droit de participation afin d'avoir accès au PMSD, et le système de responsabilité interne semble bien fonctionner en apparence, puisque l'affectation ou le retrait est accepté par l'employeur, mais la protection se voit être compromise par des représailles. Dans les deux décisions, les travailleuses se plaignent de représailles suivant leur affectation, mais ne réussissent pas à le démontrer devant le tribunal, perdant ainsi leur cause. Si les travailleuses ont bien vécu des représailles et de la pression de leur employeur de ne pas dénoncer leur situation suivant leur affectation, alors, dans ce cas, le système de responsabilité interne a fait défaut.

Dans la décision *N'Zi et Coopérative de services à domicile du Cap Diamant.* (2018), la participation de la travailleuse est active et le mécanisme interne est fonctionnel, puisque

l'employeur procède immédiatement au retrait de la travailleuse comme une affectation n'est pas possible.

En résumé, les résultats suggèrent que la participation active des travailleuses ne suffit pas à garantir à elle seule l'effectivité de leurs droits en matière de SST. Dans plusieurs des situations analysées, l'accès au programme apparaît compromis par les limites du mécanisme de responsabilité interne (soutien, obligations légales), pourtant au cœur du régime québécois de SST. Plus précisément, lorsque les employeurs agissent comme principaux acteurs de ce mécanisme, l'interprétation et la mise en œuvre des obligations prévues par la loi semblent varier selon les contextes organisationnels et les contraintes de gestion. Dans certains cas, ces obligations sont interprétées de manière restrictive ou appliquées de façon partielle, ce qui peut limiter la protection offerte aux travailleuses enceintes. Les témoignages recueillis lors des entrevues vont dans le même sens et suggèrent que ces dynamiques ne relèvent pas uniquement de situations isolées, mais peuvent refléter certaines tensions inhérentes au fonctionnement du système de responsabilité interne, notamment quand les impératifs organisationnels entrent en concurrence avec les objectifs de protection de la santé des travailleuses.

Par ailleurs, bien que trois décisions analysées concernent des milieux syndiqués, les jugements ne mentionnent aucune intervention syndicale dans l'accompagnement des travailleuses dans leur démarche d'accès au PMSD. Dans ces situations, le syndicat, pourtant susceptible d'agir comme acteur indirect du mécanisme de responsabilité interne, n'apparaît pas avoir été mobilisé dans le traitement du dossier. Cette absence d'action syndicale dans les écrits juridiques suggère un angle mort où la protection collective s'efface devant la complexité individuelle des dossiers migratoires.

Deuxième axe de Tucker – application des droits en matière de SST et contrôle externe

Dans les quatre décisions suivantes :

- *Cruz Coy et Services d'entretien Bromar inc.* (2021)
- *Mosad et 175246 Canada inc. (McDonald's)* (2019)
- *Le et Oishii Restaurant* (2012)
- *Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée)*. (2020)

Le contrôle externe (CNESST et TAT) est procédural et intransigeant à certains égards. Dans la décision *Cruz Coy et Services d'entretien Bromar inc.* (2021), lorsque la travailleuse explique à la CNESST qu'elle croit que son affectation n'est pas adéquate selon son billet médical, la CNESST lui fournit des explications concernant son droit de contester, lui explique le processus. Par contre, bien que la CNESST remarque les incompréhensions de la travailleuse en raison de la barrière linguistique, rien n'est fait de plus de la part de la Commission pour corriger la situation auprès de l'employeur, laissant ainsi l'entière responsabilité à la travailleuse. Dans cette situation, le rôle de la CNESST comme partie prenante du système externe était plutôt informatif que de contrôle. Quant au rôle du TAT comme autre partie prenante du système externe, celui-ci confirme la décision de la CNESST seulement sur le fait que la travailleuse n'a pas bien contesté la décision et non sur le possible non-respect du droit légiférant l'affectation par l'employeur.

Pour la décision *Le et Oishii Restaurant* (2012), autant la CNESST que le Tribunal, comme parties prenantes du contrôle externe, ont analysé la plainte de la travailleuse, l'ont accueillie en reconnaissant qu'il y avait présence d'une mesure disciplinaire en vertu de l'Article 227 de la LSST, mais ont tranché pour la version de l'employeur. Ils ont donc rejeté la plainte. Dans l'analyse de la situation, les deux instances s'en tiennent à la procédure en évaluant le fardeau de

la preuve, la comparaison avec les autres travailleurs et la vérification de la justification de l'employeur.

Dans la décision *Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)* (2019), la CNESST mise sur la démonstration « autre cause juste et suffisante » pour justifier le congédiement sans toutefois comprendre le contexte structurel menant à celui-ci.

Pour la décision *Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée)*. (2020), la CNESST refuse la plainte de la travailleuse seulement sur le fait que la travailleuse n'a pas bien contesté la décision et non sur le possible non-respect du droit légiférant l'affectation par l'employeur.

Le contrôle externe effectué par la CNESST et le TAT dans ces quatre décisions est axé sur le respect des procédures administratives plutôt que sur le respect de la protection de la travailleuse vulnérable. La fixation sur le respect de la procédure, sans considération de la complexité des trajectoires des travailleuses ni des rapports de pouvoir dans lesquels elles évoluent, révèle ainsi une faiblesse du contrôle externe. En se limitant à une validation procédurale, les instances de contrôle externe (CNESST, TAT) agissent comme des gardiens de la forme plutôt que comme des protecteurs de la santé, reproduisant ainsi une indifférence institutionnelle.

Dans les quatre décisions suivantes :

- *Nieni et Madessa Professionnel inc.* (2024)
- *Étienne et SQEES, section locale 298 (FTQ)* (2017)
- *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier* (2024)
- *N'Zi et Coopérative de services à domicile du Cap Diamant.* (2018)

Le contrôle externe du TAT fonctionne, puisqu'il vient corriger les erreurs de la CNESST, mais ce contrôle est exercé de manière différée. Pour la décision *Nieni et Madessa Professionnel inc.* (2024), la CNESST a refusé l'accès au PMSD à la travailleuse sans tenir compte de la décision de l'employeur qui a agi illégalement en questionnant la validité du billet médical. Même avec les droits formels, la CNESST n'a pas exercé le contrôle externe prévu qui aurait pu corriger cette action illégale, démontrant ainsi un faible contrôle externe. Dans la décision *N'Zi et Coopérative de services à domicile du Cap Diamant.* (2018), la CNESST a refusé la demande d'accès au PMSD en raison de son statut d'immigration (permis étudiant temporaire) alors que la travailleuse avait eu la confirmation de son agent d'immigration qu'elle respectait toutes les conditions de son permis. Quant à la décision *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier* (2024), la CNESST a refusé la demande d'accès au PMSD en raison d'un délai non respecté lié à son statut d'immigration alors que le délai a été occasionné par un facteur hors du contrôle de la travailleuse.

En somme, bien que le TAT renverse les décisions de la CNESST ou de l'employeur (décision *Étienne et Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ)* (2017)) et confirme que les travailleuses avaient bien droit au PMSD, cela se fait des années plus tard et au détriment des travailleuses qui ont vécu des préjudices avant le renversement de la décision (congédiement, perte de revenu, expositions aux risques, complications de grossesse, stress). Le contrôle externe peut donc être efficace, bien qu'il soit réactif et dans un second temps, alors que cela vient compromettre la protection de la travailleuse lors de sa grossesse. L'effectivité du droit devient donc questionnable. Le redressement judiciaire tardif ne compense jamais la vulnérabilité physique et psychologique vécue durant la période critique de la grossesse.

Ces constats permettent de préciser le positionnement des travailleuses analysées dans le continuum de Baril-Gingras et Cox (2022), illustré à la figure 1 du chapitre 3. Dans les cinq décisions où le mécanisme de responsabilité interne a failli, que ce soit par refus du certificat, congédiement ou absence d'intervention syndicale, et où le contrôle externe de la CNESST s'est révélé procédural et insuffisant, les travailleuses se trouvent confirmées dans le quadrant bas gauche du modèle, soit celui d'une faible participation effective combinée à un faible contrôle externe protecteur. Seules les situations syndicales positives documentées en entrevue, notamment dans l'hôtellerie syndiquée, permettent un déplacement partiel vers un quadrant plus protecteur. Ce glissement est toutefois conditionnel, comme le montrent les décisions *N'Zi et Coopérative de services à domicile du Cap Diamant.* (2018), *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier* (2024) et *Étienne et SQEES, section locale 298 (FTQ)* (2017), où même la présence formelle d'un syndicat n'a pas suffi à compenser la complexité liée à la situation migratoire. Le modèle de Tucker, dans sa prolongation féministe par Baril-Gingras et Cox, s'avère ainsi particulièrement pertinent pour rendre compte de ces trajectoires différenciées : ce n'est pas l'axe de la participation formelle qui détermine la protection réelle, mais bien la capacité effective à mobiliser cette participation dans un contexte de vulnérabilité cumulative.

Comme démontré dans les huit décisions analysées, bien que les travailleuses aient suivi rigoureusement toutes les étapes qui devraient leur donner accès au PMSD, l'effectivité de leurs droits demeure tributaire des actions et des interprétations des acteurs impliqués, soit l'employeur, la CNESST et, le cas échéant, le syndicat. Si certains de ces acteurs jouent leur rôle de protection de manière adéquate, les résultats montrent que cette adéquation est loin d'être systématique et varie considérablement selon les contextes organisationnels et migratoires. Conformément au cadre

théorique de Baril-Gingras et Cox (2022), même si les droits formels sont ancrés dans le cadre législatif, ce sont les conditions concrètes de leur application qui en déterminent l'effectivité réelle.

2.2 Mobilisation de la théorie intersectionnelle de Crenshaw

L'approche intersectionnelle de Crenshaw (1989) a été essentielle pour comprendre comment les travailleuses migrantes enceintes, bien qu'elles aient des droits, n'arrivent pas toujours à les faire respecter. Aussi, cette approche illustre comment les facteurs de vulnérabilité (statut migratoire, langue, statut social, genre, racialisation et grossesse) de ces travailleuses ont une incidence capitale sur l'application du cadre juridique du PMSD, l'accès et la mobilisation des ressources et sur leur pouvoir d'agir pour faire valoir leurs droits SST. Également, l'intersectionnalité a été importante pour comprendre comment les travailleuses enceintes issues de l'immigration interagissent et se comportent dans leur milieu de travail lorsqu'elles souhaitent faire respecter leurs certificats de retrait préventif (Malenfant et al., 2011 ; cités dans Gravel, 2017).

Les résultats de cette recherche, tant par l'analyse des décisions de jurisprudence que des entrevues, montrent un clivage marqué dans les conditions d'emploi des travailleuses migrantes enceintes selon qu'elles sont syndiquées ou non. Les travailleuses non syndiquées dans le milieu de l'hôtellerie et de la restauration vivent davantage de représailles, de harcèlement, et de discrimination, avant, pendant et après l'annonce de leur grossesse à leur employeur. Ces résultats sont donc constants avec la littérature qui révélait des climats de travail dans l'hôtellerie et la restauration empreints de harcèlement psychologique et sexuel, de discrimination, d'anxiété et de peur affectant grandement la santé psychologique des travailleuses migrantes enceintes (Poulin et Aubry, 1997). L'annonce de la grossesse dérange le milieu de travail et les travailleuses se retrouvent à être en affront devant leurs employeurs alors qu'elles se trouvent dans un grand

moment de vulnérabilité. Même si les travailleuses obtiennent et remettent leur certificat de retrait préventif signé par leur médecin, les employeurs ne se gênent pas pour le contester, l'ignorer ou de ne pas le respecter pour l'affectation. Lorsqu'elles vivent ces expériences négatives avec leur employeur, pour avoir du soutien dans leur démarche, elles doivent se tourner vers les organismes et, souvent, leurs conjoints. Par exemple, dans la décision *Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée)*. (2020), la travailleuse est représentée par son conjoint lors de l'audience devant le TAT alors que dans la décision *Le et Oishii Restaurant* (2012), le conjoint de la travailleuse est celui qui traduit ses paroles. Cette dépendance face à leurs conjoints reproduit un nouveau cycle de perte de pouvoir et d'autonomie ayant pour effet de placer les travailleuses dans un contexte vulnérable. Que ce soit dans les décisions de jurisprudence ou dans le cadre de ces entrevues, c'est lorsqu'elles vivent cette résistance de l'employeur qu'elles se trouvent à devoir choisir entre leur grossesse et leur travail, puisque les deux ne deviennent plus conciliables, alors que l'objectif du PMSD est le maintien de la travailleuse enceinte ou qui allaite dans le milieu de travail lorsque possible. Pour ces femmes, l'intersection du genre et du statut migratoire transforme le droit au retrait en un risque de marginalisation professionnelle accrue.

À l'inverse, les travailleuses syndiquées semblent recevoir une meilleure réaction de leur employeur lorsqu'elles annoncent leur grossesse et elles semblent davantage soutenues dans leur démarche d'accès au PMSD, mais également, au retour de leur congé de maternité. Les droits des travailleuses syndiquées semblent être davantage respectés par les employeurs que les travailleuses non syndiquées. La littérature reflétait également ce fait, puisque les auteurs Lévesque et Murray (2010) cités dans Gravel (2017) affirmaient que les travailleuses de l'hôtellerie et de la restauration qui se retrouvaient à travailler sans la présence d'un syndicat étaient lésées dans l'exercice de leurs

droits. Ce clivage quant aux conditions d'emploi ne doit toutefois pas masquer les difficultés qu'elles partagent, indépendamment de la présence d'un syndicat, sur lesquelles nous reviendrons.

Trois points communs ont été dégagés entre ces groupes de travailleuses, soit les travailleuses syndiquées et non syndiquées. Le premier élément est la peur d'annoncer la grossesse à leur employeur et à leurs collègues. La crainte de vivre des représailles ou de perdre leur statut d'immigration parce qu'elles exercent un droit est une illustration parfaite de l'intersectionnalité. Les travailleuses enceintes issues de l'immigration semblent cacher leur grossesse le plus longtemps possible en raison de leurs craintes. Les résultats sont cohérents avec la littérature (Malenfant, 1993, 1996 et 1998 ainsi qu'Hanley et al. (2014)). C'est également ce qui avait été discuté par plusieurs intervenants dans le webinaire du 29 mai 2024 où la travailleuse sociale avait notamment exprimé que les travailleuses hésitaient à demander de l'aide, craignant de voir leur statut d'immigration affecté. Cette action de cacher leurs grossesses les force ainsi à travailler dans des conditions de travail dangereuses pour elles-mêmes et pour leurs enfants à naître.

Les deux autres éléments sont la complexité que rajoute le statut migratoire dans l'équation de l'accès au PMSD et le réflexe pour le retrait immédiat de la travailleuse enceinte. La présence du syndicat semble donc essentielle pour encadrer les actions des employeurs afin de faire respecter les droits des travailleuses migrantes enceintes. C'était aussi le constat de Gravel (2017) lors de son étude sur l'accès au PMSD dans le milieu de la santé au Québec, puisque celle-ci indiquait que le syndicat facilitait le partage d'information sur les droits des travailleuses, assurait le respect des recommandations inscrites sur le billet médical des travailleuses et intervenait lors des refus d'accommodement des employeurs. Cependant, lorsqu'une situation migratoire complexe est présente dans un dossier d'une travailleuse migrante enceinte, les résultats indiquent qu'il est ardu

pour les syndicats de bien défendre ces travailleuses. De plus, la préférence pour le retrait versus l'affectation de la travailleuse migrante enceinte confirme une culture organisationnelle qui préfère ne pas déranger le milieu de travail alors que le droit de retrait préventif favorise l'affectation. En effet, dès lors que l'affectation exige du temps et des ressources pour procéder aux ajustements des tâches ou des postes de travail, certains employeurs peuvent y voir une contrainte suffisante pour privilégier le retrait, indépendamment de ce que prévoit le cadre juridique. Les travailleuses migrantes enceintes se retrouvent alors à être exclues socialement, alors que, dans certains cas, l'affectation aurait été possible. En revanche, les propos de la travailleuse suggèrent l'existence d'une connaissance partielle du dispositif d'affectation. Si elle évoque la possibilité de refuser certaines tâches, cette référence est formulée avec hésitation, ce qui laisse entrevoir une compréhension incomplète des modalités concrètes du droit à l'affectation. La travailleuse semble également interpréter l'affectation comme quelque chose qu'elle peut simplement refuser, plutôt que comme la mesure prioritaire du dispositif. Cette perception reflète également le décalage entre la logique juridique du programme, qui privilégie l'affectation, et certaines pratiques organisationnelles où le retrait préventif apparaît comme la solution la plus attendue et la plus fréquente. Cette préférence pour le retrait semble confirmer les faits rapportés dans la littérature, plus particulièrement dans les travaux de Malenfant (1996 et 1998) et de Malenfant et Blanchet (1993).

Un dernier angle intersectionnel mérite d'être approfondi : celui de la racialisation. Bien que les décisions de jurisprudence analysées ne mentionnent pas explicitement la racialisation des travailleuses, plusieurs éléments permettent d'en inférer la pertinence. La description des secteurs d'emploi concernés, les barrières linguistiques documentées, et les témoignages sur la pression

communautaire et familiale liée à la migration correspondent aux dynamiques décrites par Moyce et Schenker (2018) et Salami et al. (2015) pour des populations majoritairement racisées. Lee et Tapia (2021) ont montré, dans le champ des relations industrielles, que la racialisation et le genre se combinent pour produire des formes distinctes de dévalorisation du travail et d'affaiblissement du pouvoir de revendication. Dans les situations analysées, cette combinaison se manifeste concrètement : la travailleuse qui s'exprime uniquement en arabe devant la Commission (décision *Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)* (2019), celle dont le conjoint traduit ses paroles au tribunal (décision *Le et Oishii Restaurant* (2012), ou encore celle qui cache sa grossesse jusqu'à l'accouchement par peur des représailles (témoignage en entrevue) incarnent cette intersection du genre, de la grossesse, du statut migratoire et de la racialisation dans une configuration qui rend le recours aux droits formels particulièrement difficile.

Ces situations illustrent ce que Crenshaw (1989) nomme l'invisibilisation des expériences des femmes à l'intersection de plusieurs systèmes d'oppression. Les dispositifs juridiques existants ont été conçus pour une travailleuse abstraite, présupposée capable de naviguer seule dans les mécanismes administratifs, ce qui exclut structurellement celles dont la trajectoire cumule ces facteurs de vulnérabilité. Or, les éléments discutés montrent comment les facteurs de vulnérabilité des travailleuses migrantes enceintes (statut migratoire, statut social, genre, racialisation, barrière linguistique, combinés à la grossesse) ont une incidence directe sur leurs expériences vécues lorsqu'elles souhaitent se prévaloir du PMSD. De plus, ces facteurs de vulnérabilité interagissent avec des normes organisationnelles comme démontré dans les résultats (absence de traduction, pression patronale, manque d'information et routines administratives strictes) pour produire une vulnérabilité cumulative chez les travailleuses migrantes enceintes. Ce n'est pas seulement la

somme de ces facteurs qui nuit à la travailleuse, mais leur interaction simultanée qui crée un « labyrinthe de barrières » quasi infranchissable sans accompagnement spécialisé.

Les normes organisationnelles sont incompatibles avec la réalité des travailleuses migrantes enceintes, créant ainsi des inégalités structurelles. L'absence de traduction et le manque d'information dans le milieu de travail et auprès de la CNESST empêchent les travailleuses d'avoir accès pleinement à leurs droits par manque de connaissance et de compréhension. À la lumière des témoignages, les travailleuses migrantes doivent espérer travailler avec des superviseurs qui parlent leur langue, puisque, dans le cas contraire, l'employeur ne s'assure pas de rendre disponibles les informations dans une autre langue que le français. Cette réalité sur le terrain confirme les dires des auteurs Kosny et Lifshen (2012) cités dans Hanley et al. (2014) dans la littérature. De plus, la pression patronale vient encore plus déstabiliser les travailleuses alors que le rapport de force est déjà très inégal, surtout dans les milieux de travail non syndiqués. Ce rapport de force est aussi teinté par la dépendance économique et administrative (via le permis de travail) des travailleuses face à leurs employeurs. Les résultats mettent aussi en lumière des procédures administratives rigides qui ne donnent que peu de chances aux travailleuses migrantes enceintes ayant un faible statut social de faire valoir leurs droits lorsqu'elles vivent une grossesse au travail. Les routines administratives strictes ne peuvent fonctionner avec les travailleuses migrantes alors qu'elles sont dépendantes d'autres processus, en lien avec leur statut d'immigration, les empêchant ainsi de suivre les procédures établies pour avoir accès au PMSD ou pour contester toute action ou décision de leur employeur ou de la CNESST. Aussi, autant dans les décisions que lors des entrevues, la norme institutionnelle, surtout au niveau de la CNESST, est que les travailleuses connaissent et comprennent déjà leurs droits, puisqu'aucun accompagnement n'est offert pour s'assurer du respect

des procédures alors qu'elles ont un faible statut social. Par exemple, même s'il est constaté que les travailleuses ont une barrière de langue par la CNESST, le service d'information est maintenu en français. Aussi, puisqu'elles n'ont pas les connaissances en raison de la barrière linguistique et qu'elles n'obtiennent pas le soutien de plusieurs acteurs importants (ressources humaines), elles n'arrivent pas toujours à formaliser leur demande d'accès ou leur plainte, les pénalisant ainsi dans les procédures. Pour toutes ces raisons, malgré l'existence de droits pour ces travailleuses migrantes enceintes, les inégalités structurelles se reproduisent à l'intérieur même du système juridique et administratif. Ces dispositifs semblent pensés en présumant que les travailleuses migrantes enceintes détiennent une capacité équivalente à mobiliser leurs droits que celle les autres travailleurs et travailleuses. Or, elles évoluent souvent dans des contextes marqués par des facteurs de vulnérabilité importants (statut migratoire, barrière linguistique, grossesse, statut social), ainsi que par des normes organisationnelles qui peuvent entraver l'accès effectif à ces droits.

L'analyse des décisions de jurisprudence et des entrevues permet de constater que la capacité des travailleuses migrantes enceintes à faire valoir leurs droits en SST et ainsi à bénéficier du PMSD est difficilement réalisable en raison du croisement de facteurs de vulnérabilité, conformément à la théorie intersectionnelle de Crenshaw.

2.3 Mobilisation de la théorie de structuration de Giddens

Mobilisation des ressources par les travailleuses

L'analyse des huit décisions de jurisprudence et des entrevues suggère que les travailleuses migrantes enceintes ont la capacité de mobiliser sans trop de difficulté une des ressources matérielles (le certificat) et certaines des ressources humaines (médecins et membres de l'équipe). Si elles sont syndiquées, elles semblent arriver à mobiliser également les autres ressources

humaines (le supérieur et le syndicat). Cependant, l'absence d'intervention syndicale mentionnée dans certaines décisions soulève la question du rôle effectif du syndicat dans l'accompagnement des travailleuses migrantes enceintes dans leurs démarches auprès de la CNESST. Aussi, les résultats mettent en lumière le rôle central qu'ont les ressources humaines dans l'accès au PMSD pour les travailleuses enceintes. Si les ressources humaines agissent comme une courroie de transmission, elles peuvent tout aussi bien devenir un goulot d'étranglement lorsque les informations ne sont pas transmises ou sont déformées. Mobiliser les ressources informationnelles est plus complexe pour les travailleuses migrantes enceintes en raison de la barrière linguistique, du manque de connaissance de leurs droits en SST et de la complexité de leur situation migratoire. L'accès aux ressources informationnelles dictant leurs droits dans leurs milieux de travail est une problématique observée. La littérature (Hanley et al., 2014 ; Gravel, 2017) faisait état de la difficulté d'accès aux renseignements pour les travailleuses migrantes. Les résultats témoignent du manque d'information en santé et sécurité qui semble être une norme organisationnelle dans le milieu de la restauration et de l'hôtellerie, autant en milieux syndiqués ou non syndiqués. Dans les milieux syndiqués, certains syndicats peuvent pallier ce manque d'information en distribuant des brochures, en revanche, encore faut-il que ces brochures se rendent aux travailleuses et qu'elles comprennent le contenu de ces documents. Aussi, même si les travailleuses enceintes issues de l'immigration vont d'elles-mêmes chercher l'information concernant la santé et sécurité au travail dans la LSST, la barrière de la langue les empêche souvent de bien saisir le contenu des informations et de discuter des dangers qu'elles perçoivent avec leurs employeurs (Premiji et al., 2012, cités dans Hanley et al., 2014 ; Moyce et Schenker, 2018). Cette recherche active d'information atteste du « pouvoir d'agir » (agentivité) des travailleuses qui, malgré les contraintes structurelles, tentent de réapproprier leur trajectoire de santé. Cependant, cela montre aussi que la

mobilisation des ressources par ces travailleuses est difficile en raison de leurs facteurs de vulnérabilité qui sont leur statut migratoire, leur genre et leur grossesse, leur barrière linguistique et leur statut social en plus des pratiques organisationnelles et institutionnelles. Tous ces facteurs viennent ainsi compromettre l'effectivité de leurs droits.

Dans la perspective de Giddens, les gestionnaires et supérieurs immédiats jouent un rôle structurant dans la mobilisation des ressources et l'interprétation des règles encadrant le PMSD. Lorsque ces acteurs adoptent une posture ouverte, ils contribuent à renforcer l'accès des travailleuses aux ressources informationnelles et favorisent une mise en œuvre proactive des solutions d'affectation, en incluant, le cas échéant, les représentants syndicaux. Cette dynamique soutient la capacité d'agir des travailleuses et favorise leur maintien en emploi dans des conditions saines et sécuritaires (Gravel, 2017). À l'inverse, une posture fermée de l'employeur s'inscrit dans une dynamique de pouvoir contraignante, marquée par une limitation de l'accès aux ressources et par une interprétation restrictive des risques liés à la grossesse. Dans ce contexte, les travailleuses se trouvent plus fréquemment orientées vers le retrait préventif comme stratégie de protection, plutôt que vers une adaptation des conditions de travail. La fermeture organisationnelle tend ainsi à produire une mise à l'écart du travail qui résulte moins des besoins des travailleuses que des contraintes imposées par le milieu (Gravel, 2017).

Ces trois décisions *(N'Zi et Coopérative de services à domicile du Cap Diamant.* (2018), *Étienne et Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ)* (2017) et *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier*. (2024)) montrent que, même si les travailleuses mobilisent les ressources nécessaires pour leur permettre d'accéder au PMSD,

elles demeurent tributaires des compétences, du savoir acquis et de l'objectif des personnes assignées à leur dossier en rapport avec leurs statuts d'immigration.

Pour les cinq autres décisions, il est important de souligner que la présence d'un syndicat aurait pu faire la différence dans les expériences vécues par les travailleuses. Dans la décision *Nieni c. Madessa Professionnel inc.* (2024), le syndicat aurait pu dénoncer la pratique illégale de l'employeur, soit de contester la validité du billet médical. Cette action aurait évité les conséquences qui se sont ensuivies pour la travailleuse. Dans les décisions *Cruz Coy et Services d'entretien Bromar inc.* (2021)*, Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée)*. (2020) et *Le,* un syndicat aurait pu appuyer les trois travailleuses dans leur processus de plainte suivant leur affectation. Dans la décision *Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)* (2019), la présence d'un syndicat aurait peut-être permis à la travailleuse de ne pas vivre un congédiement alors qu'elle venait de faire la demande d'accès au PMSD à son employeur.

Le manque de souplesse du service à la clientèle de la CNESST complique la compréhension des formulaires, de la documentation et de la procédure par les travailleuses qui souhaitent déposer une plainte ou faire une contestation. Comme discuté dans la première section du chapitre, une compréhension insuffisante du processus de plainte peut compromettre leur accès au PMSD.

Le rapport de pouvoir entre les travailleuses et les employeurs lors du processus de plaintes

Lorsque les travailleuses souhaitent faire respecter leurs droits, elles peuvent dénoncer leurs employeurs par les mécanismes prévus par la LSST. Il a été constaté qu'il est ardu pour les travailleuses de réussir à convaincre les instances juridiques (CNESST et TAT) qu'elles ont vécu ces expériences négatives en essayant de faire valoir leurs droits en raison de leur grossesse,

puisque la preuve revient aux employeurs. Cette difficulté est ressortie autant des décisions analysées (*Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)* (2019) et *Le et Oishii Restaurant* (2012)) que des échanges avec un intervenant. Or, l'article 255 de la LATMP établit en principe une présomption en faveur de la travailleuse : une sanction survenue dans les six mois de l'exercice d'un droit est présumée liée à cet exercice, à charge pour l'employeur de démontrer une « autre cause juste et suffisante ». L'analyse des décisions montre toutefois que cette notion de « cause juste et suffisante » a été interprétée de manière à accueillir la version des employeurs.

Dans les deux décisions mentionnées, bien que le tribunal ait affirmé que les travailleuses ont bien vécu une mesure disciplinaire en vertu de l'article 227 de la LSST, le tribunal a tranché pour la version des employeurs conformément à l'interprétation de la notion de juste et suffisante de l'article 255 de la LATMP. Concrètement, cela veut dire que les employeurs ont réussi à démontrer que les mesures disciplinaires vécues par les travailleuses n'étaient pas en lien avec l'exercice de leur droit d'accès au PMSD. En aucun cas les instances ne se sont intéressées au contexte dans lequel la travailleuse est vulnérable, aux rapports de pouvoir et à la possibilité que la travailleuse ait subi des représailles insidieuses. Bien que l'article 227 de la LSST serve à protéger les travailleuses ayant subi des représailles, il peut être difficile pour la travailleuse, se retrouvant dans un contexte de vulnérabilité, de démontrer l'intention réelle de son employeur, puisque l'interprétation stricte de la notion de « cause juste et suffisante » permet à l'employeur de renverser la présomption en établissant un autre motif. Cela met en évidence que les employeurs ont beaucoup plus de ressources et de pouvoir pour convaincre les autorités que les travailleuses en raison de leur faible statut social.

Le rapport de pouvoir entre les médecins et les employeurs

À la lumière des résultats, la mobilisation du médecin, comme ressource humaine par les travailleuses migrantes enceintes, ne semble pas être un enjeu aussi important que la littérature et les études sur le PMSD semblaient présager (Hanley et al., 2014 ; Machado et al., 2021 ; Khanlou et al., 2017). Les enjeux avec les employeurs arrivent une fois le certificat visant le retrait préventif remis aux superviseurs. Lorsque les employeurs remettent en question la validité du billet médical ou procèdent à une affectation contraire aux recommandations médicales, ils s'arrogent, dans les faits, un pouvoir supérieur à celui du médecin de la travailleuse, en écartant l'avis médical. De plus, cela met en lumière le pouvoir organisationnel pour neutraliser la capacité des travailleuses à se faire valoir de leurs droits, même lorsqu'elles mobilisent les ressources humaines.

Un élément majeur à mentionner en lien avec le rôle des médecins est la mise en place des protocoles. Il a été réalisé lors des entrevues, que peu d'intervenants (autant au niveau syndical que communautaire) étaient au courant de la modernisation de la loi en lien avec la mise en place des protocoles. Cela s'expliquerait par le fait que la CNESST ne fait présentement pas de publicité et de formation sur l'utilisation des protocoles, puisqu'il y a présentement un litige entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et la CNESST sur la question de leur utilisation, et que ces protocoles sont par ailleurs toujours en cours de construction. Un des objectifs visés par l'utilisation des protocoles de la CNESST était l'harmonisation des recommandations des médecins au niveau des certificats de retrait préventif, il est donc encore tôt pour évaluer l'effet de l'utilisation des protocoles sur le pouvoir des médecins, mais cette question devra être explorée.

Plus précisément, les témoignages recueillis auprès de la médecin de la santé publique illustrent un angle mort spécifique au secteur à l'étude. Comme expliqué au chapitre 2, la LMRSST a prévu l'élaboration de protocoles sectoriels afin d'harmoniser les recommandations médicales.

Or, au moment de cette étude, seul le protocole des serveuses d'aliments et de boissons existait pour le secteur de l'hébergement et de la restauration. Les préposées aux chambres, pourtant exposées à des risques chimiques et ergonomiques documentés, soit le port de charges lourdes, l'utilisation de produits de nettoyage et la station debout prolongée, ne bénéficient d'aucun protocole équivalent. Dans ce contexte, l'absence de protocole pour les préposées aux chambres oblige le médecin à évaluer les risques sans référentiel harmonisé, ce qui accroît la variabilité des certificats émis et, par conséquent, la marge de contestation dont disposent les employeurs. Les protocoles jouent ici un rôle ambivalent : leur absence prive la travailleuse d'un appui objectivé, tandis que leur présence risque d'imposer une standardisation au jugement clinique des professionnels de santé. Sur le premier versant, Malenfant et De Koninck (2021) et Gravel (2021), dans leurs mémoires sur le projet de loi 59, alertaient sur le risque d'exclusion de facto de certaines travailleuses du programme faute de référentiel adapté à leur réalité. Dans les deux cas, l'enjeu déterminant se situe en amont : c'est la CNESST qui, en fixant l'existence, le contenu et l'ordre de priorité des protocoles selon le volume de demandes enregistrées, détient un pouvoir structurant sur l'accès effectif au PMSD, bien avant toute décision individuelle.

Le pouvoir de la CNESST

Au regard des résultats, la CNESST semble être l'instance qui a le plus de pouvoir dans le court terme pour permettre ou non l'accès au PMSD pour les travailleuses. Cela permet donc de comprendre que, même si les travailleuses migrantes réussissent à mobiliser les trois ressources, elles n'ont pas assez de pouvoir pour garantir leur accès au PMSD. Le TAT peut infirmer les décisions de la CNESST, cependant, comme mentionné, cela se fait après plusieurs années et durant cette période, il n'en demeure pas moins que les travailleuses perdent leur accès au PMSD.

En premier lieu, c'est à la CNESST que revient la décision d'accepter ou non l'accès au PMSD des travailleuses migrantes enceintes. En deuxième lieu, lorsqu'une travailleuse souhaite contester la décision initiale de la CNESST, c'est encore une fois la CNESST qui va ré-évaluer cette demande de contestation. Le pouvoir décisionnel la CNESST est donc maintenu. En troisième lieu, tel qu'observé dans les décisions de jurisprudence, lorsqu'une travailleuse dépose une plainte à la CNESST contre son employeur alléguant avoir vécu une mesure disciplinaire suivant l'exercice de son droit d'accès au PMSD, la CNESST évaluera la recevabilité de la plainte en fonction des cinq critères constitutifs de l'article 227 de la LSST. Tel qu'écrit dans la décision *Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)* (2019) « la travailleuse a le fardeau de démontrer que les cinq critères constitutifs d'une plainte sont tous réunis afin que la Commission puisse se prononcer sur le fond du Litige. » (*Mosad et 175246 Canada inc. (McDonald's),2019)*, p.4). C'est également la CNESST qui évaluera ensuite si elle accueille ou rejette la plainte sur la présomption prévue à l'article 255 de la LATMP. Concrètement, bien que « le fardeau de la preuve repose sur l'employeur qui doit démontrer qu'il a exercé la sanction pour une autre cause juste et suffisante par opposition à un simple prétexte » (*Mosad et 175246 Canada inc. (McDonald's),2019,* p.5), c'est la Commission qui a le pouvoir d'évaluer la preuve de l'employeur.

En lien avec la création des protocoles, c'est la CNESST qui dicte à la santé publique l'ordre auquel les protocoles doivent être créés et l'ordre serait établi selon le nombre de demandes d'accès au PMSD, tel qu'expliqué par la médecin de la santé publique. Dans le cas de l'hôtellerie et de la restauration, les protocoles des serveuses et des barmaids ont été créés alors que celui des préposées aux chambres n'est pas une priorité pour la CNESST, selon le témoignage obtenu de la médecin.

2.4 Articulation des trois cadres : une lecture intégrée des inégalités d'accès au PMSD

Pris ensemble, ces trois cadres théoriques permettent de dépasser une lecture strictement individuelle des difficultés d'accès au PMSD et de mettre en évidence un mécanisme structuré d'inégalités. Les résultats empiriques montrent que les travailleuses migrantes enceintes, en raison de leur positionnement intersectionnel (Crenshaw, 1989), accèdent de manière inégale aux ressources, ce qui les situent majoritairement dans un régime de SST faiblement protecteur et qui se caractérise par une participation limitée et un contrôle externe souvent procédural (Baril-Gingras et Cox, 2022).

Dans ces contextes, la capacité d'agir des travailleuses (Giddens, 1987) demeure fortement contrainte et dépend largement des acteurs organisationnels, notamment des supérieurs immédiats et si elles sont syndiquées ou pas. Nous avons vu que lorsque les gestionnaires adoptent une posture ouverte, ils contribuent à activer les ressources disponibles et à favoriser des pratiques d'adaptation permettant le maintien en emploi respectant l'esprit du droit de retrait préventif. À l'inverse, la fermeture de l'employeur tend à bloquer l'accès aux ressources et à nier les risques, orientant ainsi les travailleuses vers le retrait préventif.

Ce constat s'inscrit dans une dynamique plus large où le retrait devient une solution organisationnelle privilégiée, non pas en raison des besoins des travailleuses, mais en raison de l'incapacité des milieux de travail à transformer les conditions de travail. Le rôle central de la CNESST dans l'interprétation et l'application des règles vient renforcer cette dynamique, en maintenant un pouvoir décisionnel structurant qui échappe largement aux travailleuses.

Ainsi, l'accès au PMSD et les trajectoires de maintien ou de retrait ne résultent pas de choix individuels, mais de l'articulation entre des inégalités structurelles, des configurations

institutionnelles spécifiques et des rapports de pouvoir asymétriques. L'ouverture ou la fermeture des milieux de travail apparaît dès lors comme un mécanisme déterminant, agissant comme point de bascule entre inclusion et exclusion des travailleuses enceintes migrantes du marché du travail.

3. Forces et limites de cette étude

Ce mémoire présente plusieurs forces. D'abord, il repose sur une approche multidimensionnelle qui articule différentes perspectives analytiques, notamment la santé et la sécurité du travail, l'intersectionnalité, la sociologie du travail, les dimensions institutionnelles et juridiques, ainsi que l'organisation du travail. Cette approche permet d'analyser l'accès au programme Pour une maternité sans danger (PMSD) en tenant compte à la fois des cadres législatifs, des pratiques organisationnelles et des rapports sociaux qui structurent les milieux de travail. À notre connaissance, cette étude est également la première au Québec à se pencher spécifiquement sur l'expérience des travailleuses migrantes enceintes du secteur de l'hôtellerie et de la restauration, dans une perspective de santé et de la sécurité au travail et de retrait préventif, tout en éclairant les dynamiques de genre et intersectionnelles qui traversent ces situations. En mettant en lumière la manière dont ces différents rapports sociaux se combinent pour façonner l'expérience des travailleuses migrantes enceintes, ce mémoire contribue à mieux comprendre comment certaines catégories de travailleuses peuvent être confrontées à des obstacles spécifiques dans l'exercice de leurs droits.

Au niveau méthodologique, la combinaison de deux types de matériaux empiriques (entrevues et jurisprudence) et de multiples sources d'information (travailleuses, personnes intervenantes issues d'une variété d'organismes communautaires, syndicats, médecin de la santé

publique, et indirectement, les parties impliquées dans les procédures juridiques, dont les employeurs et les juges) constitue également une force et une originalité de cette étude. L'analyse croisée des entrevues et des décisions de jurisprudence a permis de trianguler les données et d'apporter une compréhension plus approfondie des dynamiques entourant l'accès au PMSD. Les décisions ont notamment permis d'éclairer le cadre juridique et administratif du programme à partir de situations concrètes ayant fait l'objet de contestations devant les tribunaux. Cette analyse a contribué à mettre en évidence les interactions et les rapports de pouvoir entre les différents acteurs impliqués, notamment les travailleuses, les employeurs, la CNESST et le tribunal administratif du travail. Par ailleurs, ce travail a également permis d'amorcer une réflexion sur les effets potentiels de la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail introduite par la LMRSST. Les résultats suggèrent notamment que les protocoles prévus dans ce cadre législatif semblent encore peu discutés ou mobilisés dans les milieux de travail étudiés.

Les résultats de cette étude doivent être interprétés en tenant compte également de certaines limites liées au terrain et au devis de recherche. D'abord, cette étude s'inscrit dans deux secteurs spécifiques, soit l'hôtellerie et la restauration, ce qui limite la possibilité de généraliser directement les résultats à l'ensemble des milieux de travail. Ces secteurs présentent en effet certaines caractéristiques particulières, notamment une forte présence de travailleuses migrantes, des emplois souvent précaires ainsi que des exigences physiques importantes, qui peuvent influencer les dynamiques entourant l'accès au programme Pour une maternité sans danger. Cette délimitation sectorielle constitue toutefois également une force de l'étude, puisqu'elle permet de situer l'analyse dans des contextes de travail présentant des conditions organisationnelles relativement comparables et d'examiner de manière plus approfondie les mécanismes qui structurent l'accès au

programme dans ces milieux. Ensuite, cette étude ne documente pas directement la perspective des employeurs. Leur point de vue est néanmoins partiellement accessible à travers les décisions jurisprudentielles et les propos rapportés par les personnes interrogées. Les conclusions qui s'y rapportent doivent donc être interprétées comme des éléments contextuels et indirects, plutôt que comme une analyse exhaustive de la perspective patronale. De plus, le nombre d'entrevues réalisées demeure relativement restreint, particulièrement en ce qui concerne les témoignages directs de travailleuses migrantes enceintes. Bien que cette étude ait permis de mettre en lumière les expériences vécues par les travailleuses migrantes enceintes en lien avec le droit de retrait préventif dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, un plus grand nombre d'entrevues avec des travailleuses, dans des études subséquentes, permettrait d'approfondir davantage la compréhension de leurs trajectoires et de leurs stratégies pour mobiliser leurs droits. Cette difficulté de recrutement constitue une contrainte fréquente dans les recherches portant sur des populations difficiles à rejoindre et s'explique notamment par les défis liés au recrutement de participantes dans ce type de terrain.

Cette limite a toutefois largement été atténuée par la mobilisation de deux autres sources de données empiriques qui ont permis de trianguler les informations et d'enrichir l'analyse. D'une part, les entrevues réalisées auprès d'intervenants provenant de différents milieux ont permis de documenter, à partir de leur expérience professionnelle, un ensemble de situations récurrentes rencontrées dans l'accompagnement des travailleuses migrantes enceintes dans l'accès au PMSD. En raison de leur position d'accompagnement auprès de nombreuses travailleuses, ces intervenants disposent d'une vision élargie des difficultés rencontrées dans la pratique, ce qui permet de dégager des tendances récurrentes et de mieux situer les situations individuelles dans des dynamiques

structurelles plus larges. D'autre part, l'analyse des décisions de jurisprudence a offert un éclairage complémentaire extrêmement riche, en permettant d'examiner des situations concrètes ayant fait l'objet de contestations formelles. Ces décisions ont fourni un accès privilégié aux dimensions juridiques et institutionnelles des conflits entourant l'application du programme.

Bien que l'analyse des décisions de jurisprudence ait permis de compléter les données issues des entrevues et d'apporter un éclairage précieux sur les situations de contestation du PMSD, il convient de noter que ces documents constituent une reconstruction juridique des faits. Ils présentent les situations qui ont fait l'objet d'une contestation formelle et, parmi celles-ci, celles qui se sont rendues jusqu'à une décision juridique. À ce titre, elles constituent ainsi la partie visible d'un ensemble plus large de situations vécues dans les milieux de travail. De nombreuses expériences liées à l'accès au programme ne donnent en effet pas lieu à des procédures juridiques ou font l'objet d'un règlement hors cour. Par conséquent, ces sources ne permettent pas toujours de saisir l'ensemble de l'expérience vécue par les travailleuses, notamment les dimensions plus informelles ou quotidiennes de leurs interactions avec les employeurs, les institutions ou les autres acteurs impliqués dans l'accès au programme.

Néanmoins, l'analyse des décisions de jurisprudence a permis de compléter les données obtenues dans les entrevues en documentant une diversité de situations de contestation du PMSD et en offrant un aperçu plus large des dynamiques institutionnelles entourant l'accès au programme.

4. Pistes de recherche futures

Plusieurs pistes de recherche peuvent être dégagées à la lumière des résultats de cette étude. D'abord, des travaux futurs pourraient s'appuyer sur un échantillon plus large de travailleuses

migrantes enceintes, incluant à la fois des travailleuses syndiquées et non syndiquées, dans les deux secteurs de l'hôtellerie et de la restauration. L'élargissement de l'échantillon permettrait d'approfondir la compréhension des différentes trajectoires d'accès au programme Pour une maternité sans danger (PMSD) et des stratégies mobilisées par les travailleuses pour faire valoir leurs droits. La réalisation de telles recherches nécessite toutefois de tenir compte des défis associés au recrutement de participantes appartenant à des populations difficiles à rejoindre. Dans ce contexte, le développement de partenariats avec les syndicats pourrait faciliter l'accès à des travailleuses syndiquées, tandis que la collaboration avec des organismes communautaires pourrait constituer une voie privilégiée pour rejoindre des travailleuses non syndiquées.

De plus, l'entrée en vigueur progressive des protocoles prévus dans le cadre de la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail ouvre également des avenues de recherche importantes auprès de tous les acteurs impliqués dans le PMSD (médecin, travailleuse, syndicat, employeur, CNESST).

Enfin, il serait pertinent d'examiner dans quelle mesure l'utilisation de ces protocoles influence concrètement l'expérience vécue par les travailleuses migrantes enceintes dans leur accès au PMSD, notamment en ce qui concerne les délais, les modalités de l'affectation et les interactions avec les différentes instances institutionnelles.

5. Recommandations

En conclusion, plusieurs recommandations peuvent être formulées à l'intention des différents acteurs impliqués dans l'accès au PMSD. Ces recommandations s'appuient sur les

résultats de cette étude et visent à permettre un accès plus équitable au PMSD pour les travailleuses migrantes enceintes.

5.1. Pour la CNESST

Une des barrières principales identifiées dans ce mémoire est la barrière linguistique que vivent les travailleuses migrantes lorsqu'elles tentent d'avoir accès à l'information sur le PMSD auprès de la CNESST. Selon les cinq intervenant·es rencontré·es, la CNESST gagnerait à bonifier son offre de services en matière d'accompagnement linguistique, par exemple en recourant à des interprètes ou en développant un service adapté aux travailleuses allophones ou dont la maîtrise du français est limitée. De plus, cette division pourrait agir comme « agent de liaison » ou avoir un rôle de « navigateur de système », en offrant un service de soutien tout au long du processus du PMSD afin d'accompagner ces travailleuses vulnérables dans les méandres administratifs. Une autre recommandation afin de faciliter l'accès au PMSD pour ces travailleuses se trouve au niveau du processus décisionnel de la CNESST lorsqu'il est le temps de refuser une demande. L'analyse de la jurisprudence met en lumière l'intérêt, pour les instances décisionnelles de la CNESST, d'intégrer une analyse sensible au contexte de vulnérabilité et aux déterminants sociaux de la santé de la travailleuse, de façon à ce que celle-ci ne soit pas pénalisée en raison d'une action illégale de son employeur ou d'un enjeu bureaucratique lié à son statut d'immigration. Dans la même lignée, l'analyse fait ressortir l'intérêt de renforcer la collaboration intersectorielle entre la CNESST et les services d'immigration (fédéraux et provinciaux), notamment par la mise en place de mécanismes de communication clairs, de façon à éviter que les délais de traitement administratif des permis de travail ne compromettent indûment l'accès aux prestations de santé et de sécurité. En lien avec les protocoles médico-environnementaux du PMSD, les entrevues et la littérature, notamment le

mémoire produit par les chercheuses sur le projet de loi 59, font ressortir l'intérêt de veiller à ce qu'ils évoluent au même rythme que les connaissances en SST, qu'ils garantissent un accès équitable pour l'ensemble des travailleuses et qu'une rétroaction sur leur application soit transmise à la direction de santé publique responsable de leur élaboration, afin que des améliorations puissent y être apportées. Enfin, l'institutionnalisation d'un mécanisme d'évaluation périodique et indépendante de l'application des protocoles apparaît comme une avenue à privilégier. Une telle démarche permettrait de mesurer l'effet de ces protocoles sur les trajectoires des travailleuses issues de l'immigration et, le cas échéant, de repérer et de corriger d'éventuels effets discriminatoires ou lacunes de protection.

Ces recommandations peuvent s'appuyer sur des leviers législatifs déjà disponibles. Premièrement, l'article 358.2 de la LATMP prévoit explicitement la possibilité de relever une travailleuse d'un délai de contestation en cas de « motif raisonnable ». La décision *Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier*. (2024) illustre que cet article n'est pas appliqué lorsque le retard résulte de contraintes migratoires. Il est donc recommandé que la CNESST élabore une directive interne précisant que les délais de renouvellement de passeport et de permis de travail imposés par les autorités fédérales ou consulaires constituent un motif raisonnable au sens de l'article 358.2. Deuxièmement, l'article 51.1.1 de la LSST, introduit par la LMRSST, rend sans effet toute clause transférant contractuellement les obligations SST de l'entreprise cliente aux agences de placement. Cette disposition est directement pertinente pour l'accès au PMSD : dans les relations triangulaires fréquentes dans l'hôtellerie-restauration, la dilution des responsabilités entre agence et entreprise cliente laisse les travailleuses enceintes sans interlocuteur clair pour leur affectation ou leur retrait préventif (Baril-Gingras et Cox, 2022). Encore peu connue des

travailleuses, elle devrait faire l'objet d'une communication proactive de la CNESST auprès des secteurs à forte présence de main-d'œuvre immigrante. Troisièmement, l'article 48.1 de la LSST mandate le Directeur national de santé publique pour élaborer des protocoles sectoriels. La priorité accordée par la CNESST aux secteurs selon le volume de demandes enregistrées tend à exclure les emplois à prédominance féminine et peu syndiqués, comme les préposées aux chambres, d'un référentiel harmonisé. Il est recommandé que les critères de priorisation intègrent explicitement la vulnérabilité sectorielle et la proportion de travailleuses migrantes, et non uniquement le volume de réclamations passées.

5.2. Pour les syndicats

Les résultats mettent en lumière la pertinence de la présence syndicale et son impact significatif sur l'accès au PMSD pour les travailleuses migrantes enceintes. Les modèles d'intervention développés par la Fédération du commerce dans le secteur hôtelier semblent à cet égard offrir des avenues intéressantes et pourraient être envisagés comme des pratiques de référence susceptibles d'être reprises par d'autres centrales syndicales. Cela supposerait une intégration systématique des dispositions en lien avec la conciliation travail-famille dans les conventions collectives, doublée d'une stratégie de communication inclusive. Une telle approche repose sur la traduction des différents documents nécessaires pour la compréhension des droits des travailleuses et la diffusion proactive de ressources pédagogiques, comme des pamphlets d'information sur les normes du travail, la SST ou sur les mécanismes spécifiques au PMSD. De plus, tant les échanges avec la représentante syndicale de la Fédération du commerce que l'analyse de la jurisprudence suggèrent que, dans les situations où le statut d'immigration des travailleuses migrantes enceintes est en cause, il pourrait être judicieux pour les syndicats de faire appel à des

avocat·es spécialisé·es en droit de l'immigration, afin que la travailleuse ne se voie pas refuser l'accès au PMSD en raison d'interprétations erronées des règles applicables. Plus largement, les organisations syndicales pourraient formaliser des partenariats avec les cliniques juridiques communautaires et les organismes de défense des droits des travailleuses migrantes, afin de mutualiser les expertises et d'offrir un accompagnement holistique qui dépasse le seul cadre du grief syndical classique.

5.3. Pour les employeurs

Les entrevues et l'analyse de la jurisprudence semblent suggérer que les employeurs gagneraient à adopter une approche collaborative dans la gestion des situations de retrait préventif, centrée sur la protection de la santé et l'intégrité des travailleuses. Une approche empathique et flexible permettrait de soutenir les travailleuses dans l'accès à leurs droits. Cette collaboration pourrait notamment passer par une reconnaissance proactive des certificats émis par les professionnel·les de la santé, de façon à éviter les contestations systématiques, susceptibles de générer un climat de stress préjudiciable à la santé de la travailleuse comme au développement fœtal.

L'implantation de politiques de conciliation travail-famille apparaît également importante et pourrait avoir un effet appréciable sur la rétention et la fidélisation à long terme des travailleuses, dont les employeurs seraient eux aussi bénéficiaires. De telles politiques gagneraient à être envisagées non comme un simple avantage social, mais comme une composante d'une organisation du travail plus équitable.

Enfin, si l'effectivité des droits ne se réduit pas à leur compréhension, car elle dépend aussi des rapports de force et du sentiment de sécurité des travailleuses au moment de les revendiquer,

leur compréhension en demeure une condition première. À ce titre, les résultats mènent à penser qu'il serait souhaitable que les employeurs assurent, dès l'embauche, une formation adaptée aux réalités linguistiques des travailleuses, appuyée au besoin par le recours à des services d'interprètes.

Dans l'ensemble, ces recommandations mettent en évidence l'importance d'une action concertée, portant à la fois sur les dimensions institutionnelles et juridiques, organisationnelles et informationnelles de l'accès au programme Pour une maternité sans danger. Dans cette perspective, la recommandation formulée par Gravel (2020) reste d'une actualité manifeste : que tous les travailleurs et travailleuses récemment immigrés reçoivent une formation sur leurs droits, leurs obligations et leurs recours en matière de SST. Les résultats du présent mémoire confirment que cette mesure demeure largement insuffisante dans les milieux de travail étudiés. C'est en agissant sur ces leviers structurels qu'une mise en œuvre plus équitable et effective des protections prévues en santé et sécurité du travail pourra être favorisée, contribuant ainsi à assurer à chaque travailleuse migrante enceinte une protection réelle, conforme à l'esprit de justice qui doit animer la santé et la sécurité du travail.

Conclusion

Cette étude a permis d'analyser et de comprendre les dynamiques de genre et de racialisation qui se manifestent dans l'accès au pouvoir des travailleuses migrantes enceintes en ce qui concerne leur accès au PMSD, un programme essentiel leur permettant de vivre une grossesse sans risque. À l'instar de la littérature existante et en particulier, de l'étude de Gravel (2017) portant sur l'accès au PMSD des infirmières dans le système de santé québécois, le retrait de la travailleuse enceinte ou qui allaite semble également constituer la norme plutôt que l'affectation dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration. Conformément à la question de recherche, cette étude montre qu'il est ardu pour les travailleuses migrantes enceintes de naviguer et d'influencer les pratiques organisationnelles et institutionnelles lorsqu'elles souhaitent se prévaloir du PMSD et, plus spécifiquement, de la mise en place des mesures d'adaptation et du respect des recommandations inscrites sur leur certificat médical. L'application de la théorie de structuration de Giddens (1987) permet d'illustrer que bien que les travailleuses mobilisent les acteurs nécessaires pour obtenir le certificat de retrait préventif afin de faire leur demande d'accès au PMSD, leur pouvoir et leur capacité d'agir se retrouvent largement dépendants des décisions de leur employeur et de la CNESST pour la suite du processus. Le continuum SST de Baril-Gingras et Cox et la théorie intersectionnelle de Crenshaw permettent d'expliquer que cette perte de pouvoir s'explique notamment par les règles strictes encadrant le PMSD, l'accès inégal aux ressources pour ces travailleuses ainsi que les normes organisationnelles qui contribuent à produire des inégalités structurelles empêchant ainsi les travailleuses, déjà exposées à plusieurs facteurs de vulnérabilité, de se réapproprier un pouvoir d'agir pour exercer leurs droits. L'accès au pouvoir pour ces travailleuses migrantes enceintes est modulé par les rapports de genre et de racialisation. Cette

étude met donc en lumière l'interaction complexe entre genre, racialisation et migration dans les enjeux entourant la prise en compte de la grossesse au travail, dans une perspective de SST. De plus, les résultats ont fait ressortir l'importance du syndicat pour atténuer le déséquilibre de pouvoir entre travailleuses, employeurs et CNESST. Au regard des résultats, il apparaît essentiel de continuer à s'intéresser à cette problématique afin d'assurer un accès équitable au PMSD pour toutes les travailleuses. Cela implique non seulement de revoir la manière dont les différents acteurs partagent les informations sur les droits SST afin de favoriser une compréhension entière et complète pour ces travailleuses en situation de vulnérabilité, mais également, de leur offrir un accompagnement humain et empathique, tout au long du processus d'accès au PMSD.

Références

Aghaamoo, S., Ghods, K., et Rahmanian, M. (2021). Pregnant women with COVID-19: The placental involvement and consequences. *Journal of Molecular Histology, 52*(3), 427–435. https://doi.org/10.1007/s10735-021-09970-4.

Alliance de l'industrie touristique du Québec. (2024). *L'Association Restauration Québec devient membre de l'Alliance.* https://alliancetouristique.com/infolettre/lassociation-restauration-quebec-devient-membre-de-lalliance/

Assemblée nationale du Québec. (2021). *Projet de loi nº 59, Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail*. https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-59-42-1.html

Association Hôtellerie du Québec. (2024). *À propos de l'AHQ.* https://www.hotelleriequebec.com/association-hotellerie-quebec/

Baril-Gingras, G. et Cox, R. (2022). Réforme du régime de prévention en SST au Québec : analyse critique, sensible au genre et aux autres sources d'inégalités. *Relations industrielles*, *77*(4). https://doi.org/10.7202/1097694ar

Benoit, M. F. (2010). Paroles d'acteurs sociaux : L'implication de la Confédération des syndicats nationaux (CSN) dans une démarche pour mieux aménager le temps de travail. *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, (41). https://doi.org/10.4000/interventionseconomiques.446

Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène*, 225, 70-88. https://doi.org/10.3917/dio.225.0070

Cébron, C. (2022). *Santé sexuelle et reproductive des femmes vivant au Québec. L'urgence d'agir pour garantir le bénéfice des régimes publics d'assurance pour toutes les femmes peu importe leur statut migratoire.* [Mémoire]. Médecins du monde. https://medecinsdumonde.ca/article/resume-executif-du-memoire-sante-sexuelle-et-reproductive-des-femmes-migrantes-a-statut-precaire-vivant-au-quebec

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (2024). *Danger et risque.* https://www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/hazard/hazard_identification.html

Cloos, P., Ndao, E. M., Aho, J., Benoît, M., Fillol, A., Munoz-Bertrand, M., ... et Ridde, V. (2020). The negative self-perceived health of migrants with precarious status in Montreal, Canada: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, *15*(4), e0231327. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231327

CNESST (2021a). *Groupes prioritaires*. https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/organiser-prevention/regime-interimaire/groupes-prioritaires

CNESST (2021b). *Historique*. https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/cnesst/mission/historique#:~:text=En%201931%2C%20la%20Loi%20des,victimes%20d'accidents%20du%20travail.

CNESST (2022, 16 mai). *Présentation des changements en matière de prévention prévus à la LMRSST* [Vidéo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=d5BQ3DBM5dsett=8s

CNESST. (2023a). *Pour une maternité sans danger : Statistiques 2018-2021* (publication n° DC300-254-16). https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/pour-une-maternite-sans-danger-statistiques

CNESST (2023b). *Loi modernisant le régime de santé et* sécurité *du travail en résumé.* https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/lois-reglements/modernisation-sst

CNESST. (2026a). Programme Pour une maternité sans danger. Consulté le 13 août 2026, à l'adresse https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/milieu-travail-sain/grossesse-allaitement/programme-pour-une-maternite-sans-danger

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. (2026b). Identifier les risques dans le milieu de travail. Consulté le 13 août 2026, à l'adresse https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/organiser-prevention/sante-securite-travail-pour-tous/demarche-prevention/identifier-risques-milieu-travail

Confédération des syndicats nationaux. (2024a). *30 ans de négociations coordonnées dans le secteur de l'hôtellerie.* https://www.csn.qc.ca/actualites/30-ans-de-negociations-coordonnees-dans-le-secteur-de-lhotellerie/

Confédération des syndicats nationaux. (2024b). *Syndicat : Syndicat des employé-es de la restauration (SER-CSN)*. https://www.csn.qc.ca/syndicats/02-40-001/

Conseil du statut de la femme. (2021). Mieux assurer la santé et la sécurité des femmes au travail : mémoire sur le projet de loi no 59 Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail. https://csf.gouv.qc.ca/publications/page/8/?recherche

Costa, G. (2003). Shift work and occupational medicine: an overview. Occupational medicine, 53(2), 83-88. https://doi.org/10.1093/occmed/kqg045

Côté, D., White, B., Dubé, J., et Gravel, S. (2023). Are healthcare systems failing immigrants? Transnational migration and social exclusion in the workers' compensation process in Québec. *International Migration Review*, 01979183231180192.

Coustere, C., Fleury, C., et Bélanger, D. (2021). Sur le fil : les parcours migratoires à l'épreuve de la crise du COVID-19 au Québec. Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines, (34-35). https://doi.org/10.4000/temporalites.9578

Coustere, C., Garnier, A., Forget, C., Tapia, C., Bélanger, D., et Candiz, G. (2025). *L'envers du décor : Expériences de personnes migrantes temporaires employées dans le secteur de l'hôtellerie-restauration au Québec* (Rapport no 05). Partenariat sur les migrants temporaires en emploi. https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/fafd4dd2-6497-468a-a2ae-5f43f5c69e47

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum, 1989*(1), 139–167. https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf

Croteau, A., Marcoux, S., et Brisson, C. (2006). Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant. *American Journal of Public Health, 96*(5), 846-855. https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.058552

Croteau, A., Marcoux, S., et Brisson, C. (2007). Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology, 166*(8), 951-965. https://doi.org/10.1093/aje/kwm171

De Koninck, M. et Malenfant, R. (2001). Les rapports sociaux et l'application de mesures sociales. Le cas de la conciliation grossesse/travail. *Recherches sociographiques*, *42*(1), 9–32. https://doi.org/10.7202/057413ar

Drozdowsky, S. L., et Whittaker, S. G. (1999). *Workplace hazards to reproduction and development.* Safety and Health Assessment and Research for Prevention (SHARP). https://www.safety.duke.edu/sites/default/files/B-ReproductiveTox.pdf

Équipe de recherche interdisciplinaire en Santé Genre et Égalité au travail. (2024, 29 mai). Travailleuses immigrantes et programme de maternité sans danger (PMSD) [Webinaire]. Animé par A. R. Gravel.

Fortin, M. F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3e éd.). Chenelière.

Gagnon, M., Kansal, N., Goel, R., et Gastaldo, D. (2022). Immigration status as the foundational determinant of health for people without status in Canada: A scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-16. https://doi.org/10.1007/s10903-021-01273-w

Giddens, A. (1987). *La constitution de la société*. Presses universitaires de France.

Gouvernement du Québec. (1978). *Santé et sécurité au travail : Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs* [Livre blanc]. Éditeur officiel du Québec.

Gouvernement du Québec. (2024). *Hébergement et restauration (SCIAN 72).* https://www.quebec.ca/emploi/informer-metier-profession/explorer-secteurs-activite/hebergement-et-restauration-scian-72

Gravel, A. R. (2017). *L'analyse des rapports sociaux de sexe comme voie de renouvellement du champ théorique et pratique en relations industrielles : étude du droit de retrait préventif des infirmières enceintes* [Thèse de doctorat, Université du Québec en Outaouais]. https://di.uqo.ca/id/eprint/946

Gravel, A. R. (2021). Le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite : mémoire sur le Projet de loi 59. Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail. Présenté à la Commission de l'économie et du travail de l'Assemblée nationale. *SAGE et Université TÉLUQ*. 18p.

Gravel, A. R., et Lederer, V. (2025). Le modèle québécois de protection de la maternité au travail : le cas des infirmières enceintes en milieu hospitalier. Dans A. R. Gravel, I. Probst, J. Riel,

A. Abderhalden-Zellweger, et P. Krief (dir.), Grossesse en milieu de travail : défis de santé et de justice au travail (p. 189-215). Presses de l'Université du Québec.

Gravel, A. R., et Malenfant, R. (2012). Gérer les risques liés au travail durant la grossesse. Vers un nouveau modèle de gestion de la santé et sécurité des travailleuses enceintes. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (14-2). https://doi.org/10.4000/pistes.2578

Gravel, S. (2020). Travailleurs immigrants. Les enjeux de la surveillance en matière de santé au travail. Diversité urbaine, 20(2), 105–129. https://www.erudit.org/fr/revues/du/2020-v20-n2-du05850/1075460ar.pdf

Gravel, S., Legendre, G. et Rhéaume, J. (2012). Faible participation des travailleurs immigrants aux mesures de santé et sécurité au travail dans les petites entreprises. *Alterstice*, 2(2), 63–78. https://doi.org/10.7202/1077566ar

Guzik, T. J., Mohiddin, S. A., Dimarco, A., Patel, V., Savvatis, K., Marelli-Berg, F. M., ... et McInnes, I. B. (2020). COVID-19 and the cardiovascular system: implications for risk assessment, diagnosis, and treatment options. *Cardiovascular research*, *116*(10), 1666-1687. https://doi.org/10.1093/cvr/cvaa106

Hankivsky, O., et Christoffersen, A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health*, *18*(3), 271-283. https://doi.org/10.1080/09581590802294296

Hanley, J., Gravel, S., Lippel, K., et Koo, J. H. (2014). Travailleurs migrants et accès aux soins de santé : quelle est l'influence de l'admissibilité aux soins sur la trajectoire de la santé au travail ? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (16-2). https://doi.org/10.4000/pistes.5644

Hanley, J., Larios, L., Ricard-Guay, A., Meloni, F., et Rousseau, C. (2020). Pregnant and undocumented: taking work into account as a social determinant of health. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, *16*(2), 189-199. https://doi.org/10.1108/IJMHSC-04-2019-0046

Härmä, M., et Karhula, K. (2020). *Working hours, health, well-being and participation in working life: Current knowledge and recommendations for health and safety.* Finnish Institute of Occupational Health. https://www.julkari.fi/handle/10024/140634

Hrvatin, I., et Rugelj, D. (2022). Risk factors for accidental falls during pregnancy: A systematic literature review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 7015-7024. https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1935849

Institut de la statistique du Québec. (2024). *Personnes immigrantes*. *Vitrine statistique sur l'égalité entre les femmes et les hommes*. https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/demographie/personnes-immigrantes

Kechidi, M. (2005). La théorie de la structuration : Une analyse des formes et des dynamiques organisationnelles. *Relations industrielles*, 60(2), 348-369. https://doi.org/10.7202/011725ar

Keefe, A. (2022). *Canadian Women's Experiences with Personal Protective Equipment in the Workplace.* Canadian Standards Association.

Khanlou, N., Haque, N., Skinner, A., Mantini, A., et Kurtz Landy, C. (2017). Scoping review on maternal health among immigrant and refugee women in Canada: Prenatal, intrapartum, and postnatal care. *Journal of pregnancy*, 2017, Article 8783294. https://doi.org/10.1155/2017/8783294

Kourtis, A. P., Read, J. S., et Jamieson, D. J. (2014). Pregnancy and infection. *The New England Journal of Medicine, 370*(23), 2211–2218. https://doi.org/10.1056/NEJMra1213566

Laroche, E., et Legault, M.-J. (2022). *Gestion de la santé et de la sécurité au travail* (3e éd.). Chenelière.

Lee, T. L., et Tapia, M. (2021). Confronting Race and Other Social Identity Erasures: The Case for Critical Industrial Relations Theory. *ILR Review*, 74(3), 637-662. https://doi.org/10.1177/0019793921992080

Lévesque, C., et Murray, G. (2010). Understanding union power: Resources and capabilities for renewing union capacity. *Transfer: European Review of Labour and Research, 16*(3), 333–350. https://doi.org/10.1177/1024258910373867

Lu, Y., et Hou, F. (2023). Travailleurs étrangers au Canada : Évolution de la composition et des taux d'emploi des titulaires d'un permis de travail. Statistique Canada. https://doi.org/10.25318/36280001202301000004-fra

Machado, S., Wiedmeyer, M. L., Watt, S., Servin, A. E., et Goldenberg, S. (2022). Determinants and inequities in sexual and reproductive health (SRH) care access among IM/migrant women in Canada: Findings of a comprehensive review (2008–2018). *Journal of immigrant and minority health*, *24*(1), 256-299. https://doi.org/10.1007/s10903-021-01184-w

Malenfant, R. (1996). Cachez ce ventre... La grossesse en milieu de travail. *Lien social et Politiques*, (36), 103–110. https://doi.org/10.7202/005179ar

Malenfant, R. (1998). Risque et gestion du social : Le retrait de l'activité professionnelle durant la grossesse. *Recherches sociographiques, 39*(1), 39–57. https://doi.org/10.7202/057185ar

Malenfant, R., et Blanchet, M. (1993). Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite : À la recherche d'un consensus. *Sociologie et sociétés*, *25*(1), 61-76. https://doi.org/10.7202/001472ar

Malenfant, R. et De Koninck, M. (2021). *Mémoire sur le projet de loi 59 : Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.* Assemblée nationale.

Mansour, S. et Tremblay, D. (2018). Le conflit travail-famille-loisirs et l'intention de quitter l'entreprise : Une analyse dans le secteur hôtelier au Québec. *@GRH*, *28*, 65-96. https://doi.org/10.3917/grh.183.0065

McDonald, A. D. (1994). The "retrait préventif": An evaluation. *Revue canadienne de santé publique, 85*(2), 136-139.

Messing, K., et Boutin, S. (1997). Les conditions difficiles dans les emplois des femmes et les instances gouvernementales en santé et en sécurité du travail. *Relations industrielles*, *52*(2), 333-363. https://doi.org/10.7202/051169ar

Messing, K. (2002). La place des femmes dans les priorités de recherche en santé au travail au Québec. *Relations industrielles / Industrial Relations, 57*(4), 660-686. https://doi.org/10.7202/006905ar

Messing, K., Chadoin, M., et Blanchette-Luong, V. (2022). Should data on gender and ethnicity inform ergonomics interventions? Lessons from four case studies. *Ergonomics*, *65*(11), 1567-1577. https://doi.org/10.1080/00140139.2022.2074098

Messing, K., Dautel, J.-P. et Riel, J. (2024). Deux pas en avant, un pas en arrière ? Bilan de partenariats visant à améliorer les conditions de travail des femmes. Dans L. Hamel-Roy, M. Fauvel, Y. Noiseux, C. Yoon, M. Salamanca Cardona et R. Jamil (dir.), *La recherche engagée sur le terrain du travail précaire : Réflexions méthodologiques, épistémologiques et éthiques* (p. 159-174). Presses de l'Université du Québec.

Ministère du Travail du Québec (2022*). La présence syndicale au Québec et au Canada en 2021.* Direction des études et de l'information sur le travail.

Moyce, S. C., et Schenker, M. (2018). Migrant workers and their occupational health and safety. *Annual review of public health*, *39*, 351-365. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013714

Murray, E. (2012). Pregnancy and Falls: A Review of Risk Factors and Interventions. *Journal of Obstetrics and Gynecology, 34*(5), 241-247.

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2021) *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd.). Armand Colin.

Plante, I., Winn, L. M., Vaillancourt, C., Grigorova, P., et Parent, L. (2022). Killing two birds with one stone: Pregnancy is a sensitive window for endocrine effects on both the mother and the fetus. *Environmental Research*, *205*, 112435. https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.112435

Poulin, L., et Aubry, F. (1997). Quelques considérations sur les conditions de travail des femmes dans le secteur de l'hebergement et de la restauration. *Téoros. Revue de recherche en tourisme*, *16*(16-3). http://journals.openedition.org/teoros/568

Premji, S. (2014). Mechanisms of inequalities in health and safety: Conceptual model and research agenda. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, *16*(2). https://doi.org/10.4000/pistes.3819

Québec. (2024). *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, RLRQ, c. S-2.1.

RAMQ (2020). *Connaître les conditions d'admissibilité à l'assurance maladie*. Gouvernement du Québec. *https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/connaitre-conditions-admissibilite*

Richter, S., Vallianatos, H., Green, J., et Obuekwe, C. (2020). Intersection of migration and access to health care: Experiences and perceptions of female economic migrants in Canada. *International journal of environmental research and public health*, *17*(10), 3682. https://doi.org/10.3390/ijerph17103682

Rütten, A., et Gelius, P. (2011). The interplay of structure and agency in health promotion: integrating a concept of structural change and the policy dimension into a multi-level model and applying it to health promotion principles and practice. *Social science & medicine, 73(*7), 953–959. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.010

Salami, B., Meharali, S., et Salami, A. (2015). The health of temporary foreign workers in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Public Health*, *106*, e546-e554. https://doi.org/10.17269/CJPH.106.5182

Shapoval, V., Sönmez, S., Hsieh, Y. C., et Apostolopoulos, Y. (2022). Occupational health and safety of immigrant hotel housekeepers. *Workplace Health & Safety*, *70*(12), 566-573. https://doi.org/10.1177/21650799221090712

Silasi M., Cardenas I., Kwon J.Y., Aldo P., Mor G. (2015). Viral infections during pregnancy. *American Journal of Reproductive Immunology, 73*(3)199-213. https://doi.org/10.1111/aji.12355.

Sinclair, I., St-Pierre, M., Vaillancourt, C., Gagnon, S., et Dancause, K. N. (2020). Variations in relationships between perceived stress and birth outcomes by immigration status. *Maternal and Child Health Journal*, *24*, 1521-1531. https://doi.org/10.1007/s10995-020-03014-1

Sönmez, S., Apostolopoulos, Y., Lemke, M. K., et Hsieh, Y. C. J. (2020). Understanding the effects of COVID-19 on the health and safety of immigrant hospitality workers in the United States. *Tourism Management Perspectives*, *35*, 100717. https://doi.org/10.1016/j.tmp.2020.100717

Sullivan, T., et Frank, J. (2007). Restating disability or disabling the state: Four challenges. Dans T. Sullivan (dir.), *Injury and the new world of work* (p. 3-24). University of British Columbia Press. https://doi.org/10.59962/9780774852128-003

Statistique Canada. (2017). *Population projections for Canada and its regions, 2011 to 2036* (No 91-551-X2017001). https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-551-x/91-551-x2017001-eng.htm

Statistique Canada. (2024). *Base de données longitudinales sur l'immigration (BDIM) : Rapport technique, 2023* (No 11-633-X2024004). https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-633-x/11-633-x2024004-fra.pdf

Tsai, J., et Bruck, A. (2009). Sociocultural Contexts and Worker Safety and Health: Findings of a Study with Chinese Immigrant Restaurant Workers. *AAOHN Journal, 57*(2), 51-58. https://doi.org/10.1177/216507990905700204

Tucker, E. (2003). The politics of occupational health and safety in a cold climate: Diverging trends in worker protection and participation in Canada, 1985-2000. *Relations industrielles / Industrial Relations, 58*(3), 395-426.

Tucker, E. (2007). Remapping worker citizenship in contemporary occupational health and safety regimes. *International Journal of Health Services, 37*(1), 145-170. https://doi.org/10.2190/K288-3677-Q20N-L537

Vaillancourt, J. G. (2004). Syndicalisation et précarité au Québec : Analyse des transformations dans les services. *Revue québécoise de droit et politique, 20*(2), 45-67.

Vérificateur général du Québec (2019). *Audit de performance : Prévention en santé et en sécurité du travail (CNESST).* (Rapport du commissaire au développement durable, chap.3).

Vosko, L. F. (2011). *Managing the margins: Gender, citizenship, and the international regulation of precarious employment*. Oxford University Press.

Walters, D., Johnstone, R., Frick, K., Quinlan, M., Baril-Gingras, G., et Thébaud-Mony, A. (2011). *Regulating workplace risks: A comparative study of inspection regimes in times of change*. Edward Elgar.

Wei, S. Q., Bilodeau-Bertrand, M., Liu, S., et Auger, N. (2021). The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, *193*(16), E540-E548. https://doi.org/10.1503/cmaj.202604

Yerochewski, C. (2014). *Quand travailler enferme dans la pauvreté et la précarité : Travailleuses et travailleurs pauvres au Québec et dans le monde*. Presses de l'Université du Québec.

Zhang, J. M., et An, J. (2007). Cytokines, inflammation, and pain. *International anesthesiology clinics*, *45*(2), 27–37. https://doi.org/10.1097/AIA.0b013e318034194e

Annexes

Annexe 1 : Certificat éthique UQO

Le 30 mai 2025

À l'attention de :
Ève Breton
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2025-3961
Titre du projet de recherche : ACCÈS AU RETRAIT PRÉVENTIF POUR LES TRAVAILLEUSES ENCEINTES ET QUI ALLAITENT ISSUES DE L'IMMIGRATION RÉCENTE DANS L'INDUSTRIE DE L'HÔTELLERIE ET LA RESTAURATION AU QUÉBEC : UNE ANALYSE INTERSECTIONNELLE

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 30 mai 2025. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

30 mai 2026.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final.*

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2025-3961

Titre du projet de recherche : ACCÈS AU RETRAIT PRÉVENTIF POUR LES TRAVAILLEUSES ENCEINTES ET QUI ALLAITENT ISSUES DE L'IMMIGRATION RÉCENTE DANS L'INDUSTRIE DE L'HÔTELLERIE ET LA RESTAURATION AU QUÉBEC : UNE ANALYSE INTERSECTIONNELLE

Chercheure principale :
Ève Breton
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Cochercheur(e)s :
Valérie Lederer; Anne Renée Gravel

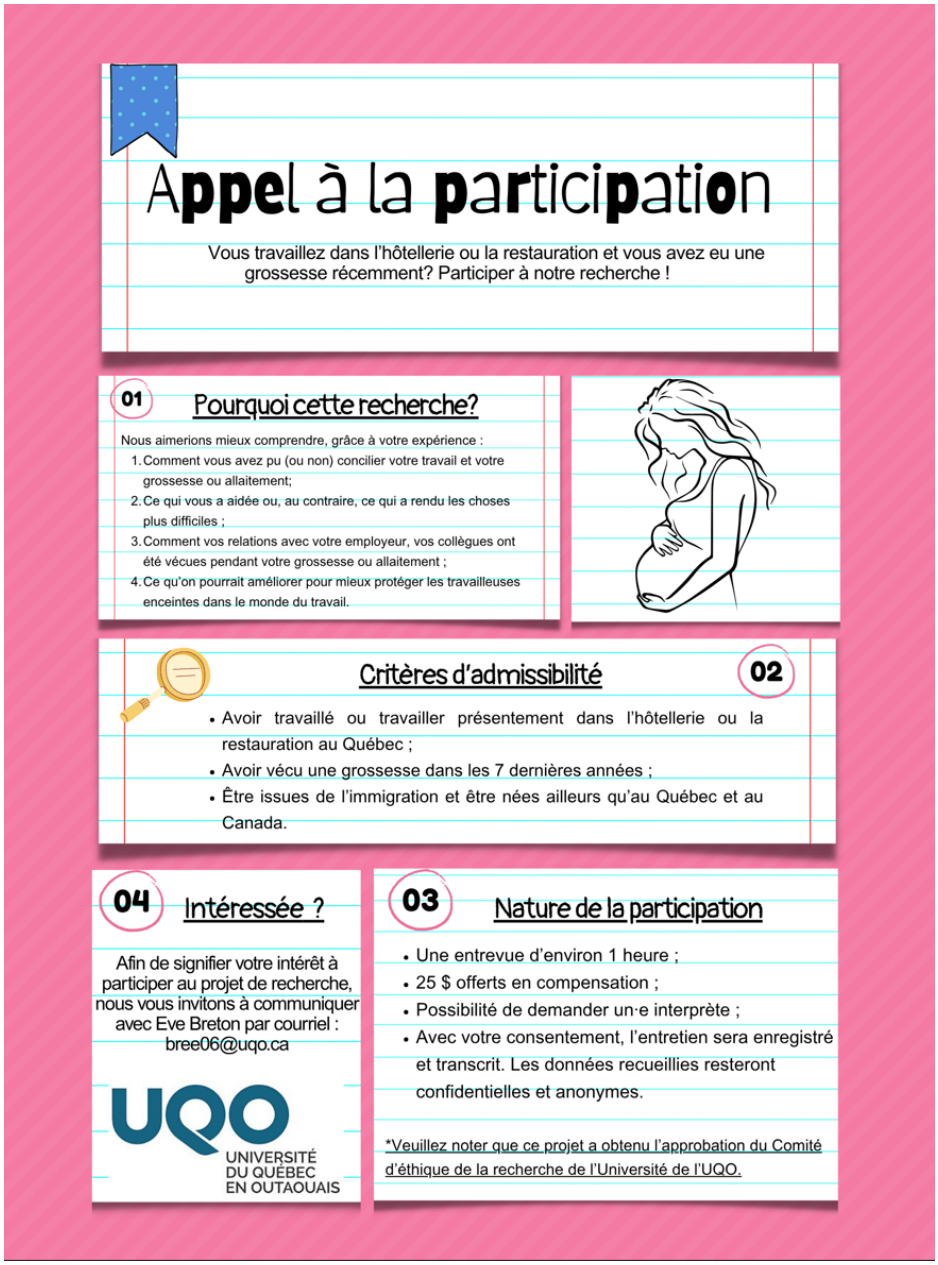
Directrice et codirectrice de recherche :
Valérie Lederer; Anne Renée Gravel
Professeure, Université du Québec en Outaouais

Date d'approbation du projet : 30 mai 2025
Date d'entrée en vigueur du certificat : 30 mai 2025
Date d'échéance du certificat : 30 mai 2026

Caroline Tardif
Attachée d'administration, CÉR
pour André Durivage, Président du CÉR

Signé le 2025-05-30 à 08:49

Annexe 2 : Affiche de recrutement pour les travailleuses



Annexe 3 : Grilles d'entretien

Canevas d'entretien pour les INTERVENANTS

1. Parcours professionnel et contexte d'intervention

Q1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel et du rôle que vous occupez actuellement ?

Q2 : Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de travailleuses issues de l'immigration ?

Dans quel contexte rencontrez-vous ces femmes (milieu communautaire, syndical, santé, emploi…) ?

2. Avant la grossesse/Intégration au travail

Q3 : Selon votre expérience, comment se déroule généralement l'intégration des travailleuses immigrantes dans leurs milieux de travail ?

Q4 : Ces travailleuses reçoivent-elles habituellement de la formation sur :

- Les normes du travail au Québec ?
- La santé et la sécurité au travail ?

Q5 : Ces formations sont-elles adaptées à leur niveau de compréhension linguistique et à leur réalité professionnelle ?

Q6 : Quels sont, selon vous, les obstacles qui nuisent à leur compréhension ou à l'application de ces droits ?

3. Pendant la grossesse – Identification et reconnaissance des risques

Q7 : Comment les travailleuses que vous accompagnez découvrent-elles qu'elles sont exposées à des risques pour leur grossesse ?

Q8 : Qui initie généralement la démarche de reconnaissance du risque ou du retrait préventif (travailleuse, médecin, employeur, syndicat, vous-même…) ?

Q9 : Avez-vous observé des difficultés pour obtenir un certificat médical ou faire reconnaître le lien entre les tâches et les risques ?

Q10 : Comment les différents acteurs (employeur, syndicat, médecin, CNESST) réagissent-ils habituellement lorsqu'un risque est identifié ?

Q11 : Dans quels cas les travailleuses ont-elles accès au programme Pour une maternité sans danger (PMSD) ? Qu'est-ce qui facilite ou freine l'accès ?

4. Après le certificat – Démarches et réactions

Q12 : Quels types de réactions observez-vous chez les employeurs, collègues ou syndicats lorsque la grossesse est annoncée ou qu'une demande de retrait est faite ?

Q13 : Avez-vous été témoin de situations de discrimination ou de représailles liées à la grossesse ou au retrait préventif ?

Q14 : Les aménagements proposés (affectation, réduction de tâches, congé) sont-ils généralement satisfaisants ou posent-ils problème ?

5. CNESST et procédures administratives

Q15 : Comment se passe, selon vous, la relation entre les travailleuses et la CNESST dans ces situations ?

Q16 : Quelles difficultés rencontrez-vous pour faire reconnaître un retrait préventif (documents manquants, statut d'emploi, type de contrat, interprétation du risque…) ?

6. Dimensions sociales et intersectionnelles

Q17 : Selon vous, en quoi le statut migratoire, le genre, la langue ou le type d'emploi influencent-ils le parcours des travailleuses enceintes ?

Q18 : Comment ces facteurs se combinent-ils pour créer des obstacles ou des inégalités dans l'accès au PMSD ?

Q19 : Avez-vous remarqué des différences entre les travailleuses syndiquées et non syndiquées ?

7. Allaitement et retour au travail

Q20 : Avez-vous accompagné des travailleuses pendantes ou après leur allaitement au travail ?

Q21 : Quels aménagements sont offerts (ou non) par les employeurs ?

Q22 : Comment se passe habituellement le retour au travail après le congé de maternité ? Quelles difficultés reviennent le plus souvent (conciliation, accueil, préjugés…) ?

8. Soutien, ressources et effets de la démarche

Q23 : Quelles sont les ressources les plus mobilisées par les travailleuses (syndicat, CLSC, organismes, CNESST…) ?

Q24 : Quels sont les freins principaux à l'exercice de leurs droits ?

Q25 : Quels effets observez-vous sur la santé physique et psychologique des travailleuses pendant ces démarches ? Et sur leur relation à l'emploi (perte d'emploi, réputation, isolement, désengagement…) ?

9. Pistes d'amélioration et recommandations

Q23 : Quelles améliorations proposeriez-vous pour mieux protéger la maternité au travail, notamment pour les travailleuses immigrantes et précaires ?

Q24 : Quel rôle pourraient jouer les institutions (CNESST, Ministère, employeurs, syndicats, organismes communautaires) ?

Q25 : Y a-t-il des pratiques exemplaires que vous avez observées dans certains milieux ?

Q26 : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Canevas d'entretien pour les TRAVAILLEUSES

1. Parcours migratoire et professionnel

Q1 : Pouvez-vous expliquer votre parcours migratoire ?

Q2 : Qu'est-ce qui vous a amené à travailler dans cet établissement ?

Q3 : Lors de votre intégration dans votre milieu de travail,

1. Avez-vous eu de la formation sur les normes du travail au Québec ?
2. Avez-vous eu de la formation sur la santé et la sécurité au travail ?
    i. Si oui, de quelle nature ?
    ii. Avez-vous bien compris le contenu de ces formations ?

Q4 : J'aimerais que vous me racontiez comment le déroulement de votre dernière grossesse au travail, soit du moment où vous avez appris la nouvelle jusqu'à votre accouchement.

2. Avant la grossesse/Intégration au travail

Origine de la démarche

Q5 : Qu'est-ce qui vous a amené à enclencher le processus en lien avec votre grossesse ?

Risques selon la travailleuse

Q6 : Quels risques présentaient votre activité au regard de votre grossesse ?

Suivi médical

Q7 : Avez-vous pu facilement obtenir un certificat médical ?

Q8 : Comment ont été identifiés les risques par le ou la professionnel(le) de la santé ?

Q9 : Ce dernier indiquait-il des restrictions par rapport à votre poste, lesquelles ?

Q10 : Est-ce que vous avez eu à le présenter à votre employeur, collègues ou syndicat ?

Q 11 : Que s'est-il passé lorsque vous avez présenté le certificat ? Comment les risques liés à la grossesse ont-ils été pris en compte ?

Q12 : À partir de ce certificat, avez-vous pu bénéficier du dispositif du programme Pour une maternité sans danger (PMSD), si oui comment cela s'est déroulé, sinon quels ont été les freins ?

4. Après le certificat – Démarches et réactions

Déroulement de la démarche

Q13 : Avez-vous fait une demande de retrait préventif ?

Q14 : Avez-vous été retiré du travail, ou affecté à un autre poste ?

- Si affecté, pourriez-vous nous décrire les nouvelles tâches que vous aviez à réaliser ?
- Par rapport à votre ancien poste, qu'est-ce que cela change ? En termes d'activité comme d'exposition aux risques ?

Q15 : Est-ce que cette solution était satisfaisante de votre point de vue ?

Q16 : Avez-vous contesté cette décision, ou auriez-vous souhaité le faire ?

Q17 : Comment a réagi votre employeur ? Le syndicat ? Vos collègues ?

5. CNESST et procédures administratives

Q18 : Comment s'est déroulée la procédure administrative ?

- Avez-vous rencontré des difficultés à faire reconnaître le retrait par la CNESST/à être indemnisé ?
    - Si oui, pour quelles raisons ? (Statut d'emploi, risque, etc. ?)

6. Dimensions sociales et intersectionnelles

Q19 : Est-ce que vous pensez que votre statut social a eu une influence sur votre parcours professionnel dans l'entreprise ?

Q20 : Est-ce que vous pensez que votre statut social a eu un effet sur les expositions aux risques pendant la grossesse, par exemple en raison d'affectation à un poste différent ?

Q21 : Est-ce que vous pensez que votre statut social a eu un effet sur les procédures en lien avec la grossesse ou le retrait préventif ?

7. Allaitement et retour au travail

Q22 : Pourriez-vous me raconter comment s'est déroulé l'allaitement au travail ?

Q23 : Quels aménagements ont été mis en place par votre employeur ?

Q24 : Concernant les risques auxquels vous étiez/êtes exposés ?

Q25 : Comment s'est passé votre retour ? (La conciliation travail-famille notamment et les rapports avec les collègues)

8. Soutien, ressources et effets de la démarche

Q26 : Quelles difficultés avez-vous rencontrées au travail durant votre grossesse ?

Q27 : Qu'avez-vous fait pour faire valoir vos droits ?

Q28 : Avez-vous cherché/obtenu du soutien dans votre démarche ? Par exemple auprès du syndicat.

Q29 : Est-ce que votre employeur a plutôt été une ressource ou un frein dans le cadre de l'obtention du retrait ?

Q30 : Quels ont été les effets de votre demande de retrait préventif sur votre relation avec votre employeur ?

Q31 : Quel a été l'effet de votre grossesse sur votre réputation dans votre milieu professionnel ?

Q32 : Est-ce que la démarche d'accès au PMSD a eu des effets sur votre santé ?

Q33 : Est-ce que vous avez ressenti des douleurs, ou avez-vous eu l'apparition de pathologie suite à votre grossesse ?

Q34 : Comment avez-vous vécu émotionnellement cette période ?

Q35 : Quels ont été les effets de votre grossesse sur vos conditions de travail (rémunération, évolutions de carrières potentielles, etc.) ?

Q36 : Comment le retrait préventif a participé ou affecté votre conciliation travail/grossesse/allaitement ?

9. Pistes d'amélioration et recommandations

Q37 : Auriez-vous des pistes d'améliorations pour la protection de la maternité au travail dans votre milieu ? Comment le gouvernement, la CCQ, votre employeur, le syndicat, vos collègues pourraient améliorer cela ?

Q38 : Avez-vous d'autres éléments que vous souhaiteriez ajouter ?

Q39 : Avez-vous des questions ?

Q40 : Connaissez-vous d'autres femmes qui aimeraient participer ? Coordonnées ?

Annexe 4 : Résumé des décisions de jurisprudence

***Nieni et Madessa Professionnel inc.*, 2024 QCTAT 2789.**

Résumé de la décision

Madame Nieni, travailleuse migrante, travaillant comme « picker-packer » dans un environnement non syndiqué a donné le certificat médical visant le retrait préventif le 15 octobre 2021 à son employeur. Tout comme son médecin, le médecin de la santé publique recommande une affectation immédiate en raison des risques de son emploi sur sa grossesse et de son fœtus. Dans la documentation, il est indiqué par les médecins que l'affectation est nécessaire en raison des risques physiques, ergonomiques, chimiques et biologiques présents dans son emploi. L'employeur a contesté la validité du billet médical ne permettant pas l'affectation immédiatement. La travailleuse a dû continuer de travailler dans son emploi original jusqu'au 21 octobre 2021 où elle se retrouvera en congé de maladie en raison de saignements. Sa demande d'accès au PMSD ainsi qu'au revenu de remplacement est alors refusée par la CNESST étant en congé de maladie, et donc, considérée comme inapte au travail. Le tribunal administratif du travail infirme la décision de la CNESST et confirme que la travailleuse avait le droit au PMSD et au revenu de remplacement. Le TAT explique qu'au moment de la remise du certificat, soit le 15 octobre 2021, la travailleuse était apte au travail et que l'admissibilité au PMSD est évaluée le jour de la remise du certificat. L'arrêt de travail de la travailleuse découle d'une action illégale de l'employeur, c'est-à-dire de refuser l'affectation initialement exigée par les médecins.

***Cruz Coy et Services d'entretien Bromar inc.*, 2021 QCTAT 3842.**

Résumé de la décision

Madame Cruz, travailleuse migrante hispanophone, travaillant comme préposée à l'entretien ménager chez Services d'entretien Bromar inc., dans un environnement non syndiqué, a donné le certificat médical visant le retrait préventif le 29 juin 2019 à son employeur. Le médecin de la travailleuse recommande une affectation immédiate en raison des risques de son emploi sur sa grossesse et de son fœtus. Dans la documentation, il est indiqué par le médecin que la réaffectation est nécessaire en raison des risques ergonomiques et chimiques présents dans son emploi. L'employeur procède ainsi à l'affectation de la travailleuse. La CNESST approuve la demande d'accès au PMSD le 23 août 2019. Le 2 octobre 2019, le médecin de la travailleuse prescrit un arrêt de travail et la CNESST est informée de ce changement au dossier. Conséquemment, la CNESST avise la travailleuse qu'elle n'a pas accès à l'indemnité de remplacement de revenu et c'est ce que la travailleuse conteste devant le TAT. La travailleuse argumente que l'employeur n'a pas respecté les recommandations émises sur son certificat médical, ce dont elle a informé la CNESST le 19 septembre 2019. La CNESST a eu des discussions avec la travailleuse pour lui expliquer qu'elle pouvait contester l'affectation et le processus lui aurait été expliqué. Malheureusement, il est noté qu'en raison des barrières linguistiques de la travailleuse, celle-ci n'a pas formellement contesté son affectation dans les délais selon la LSST. Pour cette raison, le TAT confirme la décision de la CNESST et déclare qu'en date du 2 octobre 2019, madame Cruz n'est plus admissible au PMSD et à l'indemnité du revenu.

***Le et Oishii Restaurant*, 2012 QCCLP 7215.**

<u>Résumé de la décision</u>

Madame Le, travailleuse migrante vietnamienne, travaillant comme cuisinière dans un restaurant de poissons crus, dans un environnement non syndiqué, a fait une demande visant le

retrait préventif en octobre 2011. Le médecin de la santé publique recommande le 24 octobre 2011 une affectation immédiate en raison des risques de son emploi sur sa grossesse et de son fœtus. L'employeur procède ainsi à l'affectation de la travailleuse en modifiant ses tâches. La CNESST approuve la demande d'accès au PMSD le 18 novembre 2011, mais refuse sa demande d'indemnité de remplacement de revenu en raison des tâches modifiées par l'employeur. La travailleuse dépose une plainte à la CNESST le 25 novembre 2011 puisqu'elle indique vivre des représailles de la part de son employeur depuis l'annonce de sa grossesse. Elle allègue avoir vu une réduction de ses heures de travail, avoir été isolée de ses collègues et avoir vécu une pression de la part de son employeur de ne pas contester à la CNESST. Comme ses allégations ont été observées 2 semaines après la demande de la travailleuse d'avoir accès au retrait préventif, le tribunal conclut que la travailleuse a été l'objet d'une mesure disciplinaire en vertu de l'Article 227 de la LSST. Cependant, l'employeur a été en mesure de déterminer que la réduction des heures dont la travailleuse se plaint visait également d'autres employés, conséquemment, l'employeur a rempli son fardeau de démontrer que la mesure impose était pour une autre cause juste et suffisante en vertu de l'article 255 de la LATMP. Pour cette raison, la Commission a rejeté la plainte de la travailleuse et a affirmé la décision de la CNESST.

***Mosad et 175246 Canada inc. (Restaurant McDonald's)*, 2019 QCCNESST 286.**

Résumé de la décision

Madame Mosad, travailleuse migrante s'exprimant en Arabe, travaillant comme caissière et cuisinière dans un restaurant McDonald, dans un environnement non syndiqué, a fait une demande visant le retrait préventif le 29 janvier 2018 alors qu'elle était dans sa période de probation de 90 jours. L'employeur a mis fin à son emploi 3 jours plus tard, soit le 1er février 2018 en raison

des barrières linguistiques marquées dans les 2 langues officielles. La travailleuse dépose alors le 14 février 2018 une plainte à la CNESST en vertu de l'article 227 de la LSST puisqu'elle se dit être victime d'un congédiement illégal. La CNESST a jugé la plainte recevable en se fiant sur les cinq critères constitutifs de l'Article 227 de LSST. Cependant, l'employeur a été en mesure de déterminer que le congédiement de la travailleuse était bien en raison de son incapacité de s'exprimer en français et en anglais dans le cadre de son travail comme exigé par l'employeur. Conséquemment, l'employeur a rempli son fardeau de démontrer que la mesure imposée était pour une autre cause juste et suffisante en vertu de l'article 255 de la LATMP. Pour cette raison, la Commission a rejeté la plainte de la travailleuse.

***Étienne et Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ),* 2017 QCTAT 31.**

Résumé de la décision

Madame Étienne, femme migrante avec un permis de travail renouvelable annuellement parce qu'elle est en attente d'une décision concernant sa demande de statut de réfugiée, travaillait depuis 6 ans comme préposée aux bénéficiaires à la Résidence Berthiaume-Du Tremblay, un environnement syndiqué. Elle vivait une grossesse au travail et elle a été congédiée le 13 mai 2015 en raison d'un problème dans le processus de renouvellement de son permis de travail. Dans cette décision, il n'y a aucune mention au droit de retrait préventif, du PMSD et de la CNESST. Cependant, la décision mentionne que la travailleuse a accouché le 15 juin 2015 et qu'elle a bénéficié du RQAP. La décision est plutôt sur le congédiement de la travailleuse migrante et sur l'absence de soutien du syndicat. En effet, lorsque la travailleuse a communiqué avec son syndicat concernant la lettre de son employeur qui la prévenant qu'en absence d'un permis de travail valide, qu'elle serait congédiée dans 10 jours, la présidente du syndicat aurait répondu qu'elle ne pouvait

rien faire comme elle n'avait plus le droit de travail en raison de l'expiration de son permis de travail. La travailleuse fait donc appel à un avocat spécialisé en matière d'immigration et produit une lettre à l'employeur en date du 28 avril 2015 qui explique « que, comme la plaignante a produit sa demande de renouvellement de son permis de travail avant la date d'expiration de celui-ci, la loi et le règlement prévoient qu'elle bénéficie d'un *statut*
implicite jusqu'à ce qu'une décision soit rendue sur cette demande ». Pour cette raison, le TAT accepte la plainte de la travailleuse et l'autorise de soumettre une réclamation à un arbitre aux frais du Syndicat.

***N'Zi et Coopérative de services à domicile du Cap Diamant*, 2018 QCTAT 306.**

Résumé de la décision

Madame N'Zi, travailleuse migrante de la Côte-d'Ivoire avec un permis de travail étudiant valide du 15 janvier 2013 au 30 septembre 2016, travaillait comme préposée à l'entretien ménager dans l'hôtellerie, dans un environnement syndiqué. Elle a donné le certificat médical visant le retrait préventif le 17 septembre 2015 à son employeur. Le médecin de la travailleuse recommande une affectation immédiate en raison des risques de son emploi sur sa grossesse et de son fœtus. Dans la documentation, il est indiqué par le médecin que l'affectation est nécessaire en raison des risques ergonomiques, physiques et chimiques présents dans son emploi. L'employeur confirme que l'affectation n'est pas possible et madame N'Zi est donc retirée du milieu de travail. Cependant, la CNESST refuse son accès au PMSD et refuse de lui verser l'indemnité de remplacement de revenu, puisque, selon la Commission, madame N'Zi ne respecte pas les conditions émises sur son permis de travail octroyé en 2013, ne la considérant pas ainsi comme une travailleuse au sens de la loi. Concernant les conditions sur son permis de travail étudiant, madame N'Zi s'était informée

avant de commencer son emploi comme préposée à l'entretien ménager auprès de son agent d'immigration, qui lui avait confirmé qu'elle était autorisée à poursuivre dans cet emploi. Le TAT accueille la contestation de madame N'Zi, renverse la décision de la CNESST et confirme que la travaille a droit au retrait préventif et à l'indemnité de remplacement du revenu.

***Nkechi Kongue et Centre d'hébergement Jeanne-Crevier,* 2024 QCTAT 3057.**

Résumé de la décision

Madame Nkechi Kongue, travailleuse migrante camerounaise titulaire d'un permis de travail, travaillait comme infirmière auxiliaire dans un centre d'hébergement, un environnement syndiqué. La travailleuse exerce son droit de retrait préventif et demande d'avoir accès au PMSD le 12 novembre 2021. La CNESST refuse son accès au PMSD le 3 février 2022 comme elle n'était pas considérée comme une travailleuse au sens de la LSST. La travailleuse décide alors de contester la décision auprès de la CNESST le 7 mars 2022. Malheureusement, comme la travailleuse n'a pas respecté le délai exigé pour faire une demande de révision de sa demande, soit 30 jours après la décision initialement communiquée, la CNESST a refusé de procéder à l'analyse de sa contestation. La cause se retrouve alors devant le TAT, puisque la travailleuse allègue avoir un motif raisonnable qui justifiait la raison de son délai et qui lui permettrait de relever son défaut (article 358.2 de la LATMP) de respecter le délai établi par l'article 358 de la LATMP. Devant le tribunal, la travailleuse a été en mesure qu'elle n'a pas été en mesure de respecter le délai en raison d'une modification dans la procédure de son pays d'origine pour renouveler son passeport, étape qui devait être complétée avant de compléter le renouvellement de son permis de travail, un autre processus qui a d'ailleurs aussi connu des délais anormalement longs de la part du gouvernement canadien. Le TAT a donc retenu que la travailleuse a été de bonne foi et qu'elle a tenté de faire les

suivis nécessaires pour respecter les délais. Le TAT a affirmé que la travailleuse avait bien le droit au PMSD.

***Kamali et 9283-1270 Québec inc. (Mini Bouchée),* 2020 QCCNESST 17.**

Résumé de la décision

Madame Kamali, travailleuse migrante, travaillait comme cuisinière dans un restaurant de pizza à l'aéroport Montréal-Trudeau, un environnement non syndiqué. La travailleuse remet son certificat de retrait préventif à l'employeur le 10 février 2019. Le médecin de la travailleuse recommande une affectation. L'employeur procède ainsi à la réaffectation de la travailleuse le 22 février 2019 en modifiant ses tâches. Cependant, la travailleuse allègue vivre des représailles et du harcèlement depuis l'annonce de sa grossesse, puisque l'employeur a réduit ses heures de travail et elle pense que l'employeur ne la rémunère pas adéquatement pendant l'affectation. De plus, elle mentionne que l'employeur a brisé la confidentialité de la travailleuse en faisant savoir aux autres employés qu'elle avait déposé une plainte. Avant l'annonce de la grossesse, il y avait également des tensions entre la travailleuse et l'employeur, puisque le conjoint de la travailleuse avait fait une plainte contre le restaurant pour des problèmes de salubrité. Le gérant du restaurant avait écrit un message à texte à la travailleuse le 30 novembre 2018 vers minuit pour la congédier en raison de la situation problématique concernant la plainte de son conjoint. Le gérant se rétracte quelques heures plus tard et l'informe qu'elle est bien à l'emploi. La travailleuse a également témoigné des difficultés qu'elle a vécues avec l'employeur concernant son relevé d'emploi lorsqu'elle a quitté son congé de maternité. L'employeur avait indiqué comme motif de fin d'emploi « départ volontaire » plutôt que « maternité ». Après analyse, la CNESST a jugé la plainte irrecevable en se fiant sur les cinq critères constitutifs de l'Article 227 de LSST, puisque madame Kamali « n'a pas démontré avoir exercé un droit avant la sanction dont elle se plaint ».