

Maternité et pratique de la pharmacie : cadre juridique, programme et enjeux

Jean-François Bussièrès^{1,2}, B.Pharm., M.Sc., MBA, FCSHP, Alexia Janes³, D.Pharm., Céline Poupeau⁴, Iciar Piaget⁵, B.Sc. Biologie, René-Claude Bernier⁶, B. Relations Industrielles, Suzanne Atkinson⁷, B.Pharm., M.Sc.

¹Pharmacien, Chef du département de pharmacie et de l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada;

²Professeur titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada;

³Au moment de la rédaction de cet article, Assistante de recherche, Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada;

⁴Candidate au Doctorat de premier cycle en pharmacie, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada;

⁵Adjointe administrative au chef du département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada;

⁶Chef, Direction des ressources humaines, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada;

⁷Pharmacienne, Chef adjointe du département de pharmacie, Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada

Reçu le 23 octobre 2015; Accepté après révision le 7 décembre 2015

Résumé

Objectif : L'objectif principal est de présenter le programme « Pour une maternité sans danger » qui assure une réaffectation ou un retrait préventif du travail des travailleuses enceintes ou qui allaitent, ainsi que la mise en œuvre de ce programme en pharmacie hospitalière.

Description de la problématique : Un examen de la documentation scientifique a été réalisé avec les termes suivants : maternité, congé de maternité, employées enceintes, santé et sécurité au travail, *maternity*, *maternity leave*, *pregnant employee* et *occupational safety and health*. Les références pertinentes ont été relevées sur Google, Google Scholar et PubMed. Cet état des lieux du programme a servi de base de réflexion pour son application en pharmacie.

Résolution de la problématique : En 2014, la Direction de la santé publique de Montréal a reçu 9 490 demandes d'étude de dossier, dont 0,4 % issues du milieu pharmaceutique. Selon l'étude de poste standardisée, des mesures de prévention étaient nécessaires et pouvaient mener à une réaffectation pour 4 des 5 catégories de risque, à savoir le risque ergonomique, physique, chimique ou biologique (aucune recommandation n'était émise pour la catégorie psychosociale). En pharmacie, nous avons considéré qu'une majorité des travailleuses pouvait être réaffectée sans qu'un retrait préventif soit requis, en raison de la diversité du travail. Douze recommandations sont proposées, telles qu'une réaffectation hors de la zone de préparation de médicaments dangereux ou le maintien à la prestation de soins en clinique si des mesures de protection sont prises.

Conclusion : Le personnel de pharmacie a relativement peu recours au programme de retrait préventif du travail. Les nombreuses possibilités de réaffectation en pharmacie hospitalière peuvent expliquer ce constat. Chaque département de pharmacie devrait se doter d'une politique de réaffectation pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent.

Mots clés : Maternité, programme de maternité sans danger, réaffectation, retrait préventif

Introduction

D'après l'Institut national d'études démographiques, la population mondiale s'élèverait actuellement à 7,3 milliards d'habitants, soit près de trois fois plus qu'au début des années 1950, et elle devrait atteindre plus de 11 milliards d'habitants en 2100^{1,2}. En dépit de ces nombres impressionnants, la croissance démographique connaît un ralentissement du fait de la stabilisation du taux de fécondité, le nombre moyen d'enfants par femme étant maintenant de 2,47³.

Au Canada, l'indice de fécondité a atteint un maximum de 3,94 enfants par femme en 1959 avant de chuter pour se stabiliser à 1,62 au début des années 1980⁴. Cette tendance est assez similaire au Québec, où l'indice de fécondité est passé sous le seuil de remplacement des générations en 1970⁵. La décroissance enregistrée a atteint son niveau le plus faible en 1987, avec un nombre moyen d'enfants par femme égal à 1,36. Ce petit nombre s'est maintenu jusqu'en 2000, avant de remonter à 1,73 en 2009⁵. Depuis, la légère baisse de l'indice de fécondité n'a pas affecté le nombre de naissances, qui est resté relativement stable du fait de l'augmentation

du nombre de femmes en âge de procréer⁶. On constate en effet une augmentation de l'âge médian des Québécoises et de l'âge moyen à la maternité, lequel a pour la première fois franchi le seuil des 30 ans en 2011⁷. La population féminine est majoritaire au Québec (50,3 % en 2014⁷), et 60 % des femmes se situent dans la tranche d'âge de la population active (20 à 64 ans), avec un âge médian de 42,8 ans⁷. Il est important de souligner qu'en 2013, les Québécoises de 30 à 34 ans furent pour la première fois plus fécondes que celles de 25 à 29 ans⁷.

D'après les données de l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2011, 68,2 % des pharmaciens canadiens étaient de sexe féminin⁸. Au Québec, l'Ordre des Pharmaciens du Québec fait partie des 20 ordres professionnels à dominante féminine⁹. Sa part d'effectif masculin chute depuis les années 90 : elle est passée de 47 % en 1995-1996 à 34 % en 2013-2014¹⁰. Il y a donc une féminisation accentuée de la profession avec une population majoritairement en âge de procréer. Afin de protéger les travailleuses des dangers réels que le milieu professionnel peut présenter pour la grossesse, le fœtus ou le bébé allaité, le Québec s'est doté en 1981 du programme « Pour une maternité sans danger » (PMSD), mis en œuvre par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de sécurité du travail (CNESST)¹¹. Depuis janvier 2016, cet organisme intègre notamment l'ancienne Commission sur la santé et la sécurité au travail (CSST).

En établissement de santé, le circuit du médicament est de plus en plus complexe et la majorité des pharmaciens et des assistants techniques en pharmacie doit se spécialiser. Cette spécialisation peut limiter la polyvalence¹². Dans le contexte que nous venons de décrire, cela peut entraîner une complexification de la gestion des maternités au sein de l'équipe pharmaceutique. Ainsi, il est plus que jamais nécessaire pour les chefs de départements de pharmacie et les équipes de gestion des ressources humaines de prévenir et d'encadrer les risques relatifs à la grossesse dans les équipes.

L'objectif principal de cet article est d'établir un état des lieux du programme PMSD mis en œuvre par la CNESST au Québec et de montrer de quelle façon ce programme s'applique au domaine de la pharmacie.

Description de la problématique

Il s'agit d'une revue documentaire. La stratégie de recherche utilise les termes suivants : maternité, congé de maternité, employées enceintes, santé et sécurité au travail, *maternity*, *maternity leave*, *pregnant employee* et *occupational safety and health*. Nous avons utilisé les moteurs de recherche Google, Google Scholar et PubMed pour cerner les références pertinentes. Un article a été jugé pertinent si son titre ou son résumé montrait qu'il était applicable au contexte de la pratique pharmaceutique et s'il contribuait à décrire la situation. Nous avons ensuite affiné notre recherche en ciblant les sites Web et les documents relatifs à ce programme depuis sa mise en place. En outre, nous avons contacté un représentant du programme PMSD afin d'obtenir des données complémentaires sur l'utilisation du programme. Nous avons également recueilli des renseignements concernant le cadre juridique, l'organisme CSST, le programme PMSD et son utilisation.

Afin de commenter la façon dont le programme est pris en compte dans la gestion des maternités à la pharmacie, nous nous sommes attelés à la détermination des facteurs de risque relatifs à la santé des travailleuses enceintes afin de distinguer les tâches à éviter de celles autorisées. Nous avons également évalué les enjeux du programme et précisé plusieurs pistes d'action. Seules des données descriptives ont été recueillies. Aucune analyse statistique n'a été réalisée.

Résolution de la problématique

État des lieux du programme « Pour une maternité sans danger »

Cadre juridique

Au Canada, bien que la santé est principalement du ressort de la compétence provinciale, la propriété intellectuelle et la mise sur le marché relèvent du gouvernement fédéral. Ainsi, la *Loi sur les aliments et drogues* définit notamment les produits thérapeutiques et les drogues (médicaments)¹³. Toutefois, le terme de médicament dangereux proposé par le *National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)* n'a pas encore d'assise juridique au Canada; l'ordre des pharmaciens du Québec a cependant intégré la définition de médicaments dangereux dans ses lignes directrices et le gouvernement du Québec définit également le terme produit dangereux dans sa *Loi sur la santé et la sécurité du travail*^{14,15}.

Le NIOSH actualise tous les deux ans sa liste des médicaments dangereux. Dans la version préliminaire de celle à paraître en 2016, on a recensé 220 médicaments dangereux, dont 114 antinéoplasiques. Des formes orales solides sont disponibles pour 59 % (129/220) des médicaments dangereux de cette liste¹⁶. Rappelons qu'un médicament dangereux est un médicament pouvant être cancérigène, mutagène, tératogène ou toxique pour un organe ou pour la reproduction¹⁶.

En vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, les articles 32 à 39 balisent le concept de retrait préventif¹⁵. Ainsi :

« Un travailleur qui fournit à l'employeur un certificat attestant que son exposition à un contaminant comporte pour lui des dangers, eu égard au fait que sa santé présente des signes d'altération, peut demander d'être affecté à des tâches ne comportant pas une telle exposition et qu'il est raisonnablement en mesure d'accomplir, jusqu'à ce que son état de santé lui permette de réintégrer ses fonctions antérieures et que les conditions de son travail soient conformes aux normes établies par règlement pour ce contaminant. »

De plus, les articles 40 à 49 encadrent le retrait préventif de la travailleuse enceinte¹⁵.

« Une travailleuse enceinte qui fournit à l'employeur un certificat attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, peut demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir. La forme et la teneur de ce certificat sont déterminées par règlement et l'article 33 s'applique à sa délivrance. [...] Si l'affectation demandée n'est pas effectuée immédiatement, la travailleuse peut cesser

de travailler jusqu'à ce que l'affectation soit faite ou jusqu'à la date de son accouchement. On entend par « accouchement » la fin d'une grossesse par la mise au monde d'un enfant viable ou non, naturellement ou par provocation médicale légale. »

De plus, l'article 49 précise qu'un travailleur doit¹⁵ :

« 1° prendre connaissance du programme de prévention qui lui est applicable; 2° prendre les mesures nécessaires pour protéger sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique; 3° veiller à ne pas mettre en danger la santé, la sécurité ou l'intégrité physique des autres personnes qui se trouvent sur les lieux de travail ou à proximité des lieux de travail; 4° se soumettre aux examens de santé exigés pour l'application de la présente loi et des règlements; 5° participer à l'identification et à l'élimination des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles sur le lieu de travail; 6° collaborer avec le comité de santé et de sécurité et, le cas échéant, avec le comité de chantier ainsi qu'avec toute personne chargée de l'application de la présente loi et des règlements. »

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

La CNESST est l'organisme auquel le gouvernement a notamment confié la gestion du régime québécois de santé et de sécurité du travail¹⁷. « Elle fait la promotion des droits et des obligations en matière de travail et en assure le respect, tant auprès des travailleurs que des employeurs du Québec. Pour ce faire, elle favorise des relations de travail justes et équilibrées, assure l'implantation et le maintien de l'équité salariale, vise la prise en charge de la santé et de la sécurité par les milieux de travail, indemnise les victimes de lésions professionnelles et veille à leur réadaptation »¹⁸. En vertu du cadre juridique en vigueur, les employeurs et travailleurs doivent assurer une prise en charge de la prévention, de l'élimination des dangers et de la réduction des risques présents dans le milieu de travail. Un travailleur peut refuser d'exécuter une tâche s'il a des motifs raisonnables de croire que cette tâche l'expose, lui ou quelqu'un d'autre, à un danger pour sa santé et sa sécurité. De plus, un employeur reconnu coupable d'infractions en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* peut être poursuivi au niveau pénal par la CNESST et se voir imposer des amendes à la suite de l'émission de constats d'infractions¹⁷. Ainsi, en cas d'accident ou de maladie au travail, le travailleur a droit à la protection du revenu, au retour au travail, à l'assistance médicale et à la réadaptation. Dans son rapport annuel de 2013, on note que la CSST a assuré 3 755 169 travailleurs, qu'elle a géré 88 368 dossiers ouverts et acceptés pour une lésion professionnelle, qu'elle a traité avec 231 159 employeurs et qu'elle a mené 35 907 visites en prévention et inspection. La même année, elle a versé 1 880 792 000 \$ en prestations pour les programmes de réparation. Le taux moyen de cotisation annuelle était de 2,08 \$ par tranche de 100 \$ de masse salariale assurable et le taux moyen de lésions par millier de travailleurs couverts était de 27,4. La CSST a déploré 184 décès causés par un accident du travail ou une maladie professionnelle en 2013¹⁷.

Programme PMSD

Il s'agit d'un « programme de prévention de la CSST. Il a pour objet le maintien en emploi sans danger de la travailleuse enceinte ou qui allaite »¹⁹. En vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*¹⁹ :

« 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 danger et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir. Dans la majorité des cas, il est en effet possible de protéger la santé de la mère et celle de l'enfant, tout en permettant à la première de poursuivre ses activités professionnelles. La responsabilité de l'employeur consiste à prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique de la travailleuse qu'il emploie. Il peut toutefois être impossible pour l'employeur de modifier les tâches ou le poste de travail ou d'affecter temporairement la travailleuse à d'autres tâches. Dans ce cas, le programme prévoit qu'elle a le droit de cesser temporairement de travailler et de recevoir des indemnités de la CSST. Les coûts du programme sont répartis également entre les employeurs. »

Le programme s'adresse à toutes les travailleuses enceintes ou qui allaitent au sens de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*¹⁹ :

« c'est-à-dire une personne qui exécute un travail pour un employeur au Québec [et] dont les conditions de travail présentent des dangers pour elles ou pour l'enfant qu'elles portent ou qu'elles allaitent. Certaines travailleuses ne sont pas admissibles au programme. Il s'agit notamment : des travailleuses autonomes dont l'entreprise n'est pas constituée en personne morale (corporation); des domestiques travaillant chez un particulier; des étudiantes en stage; des bénévoles; des travailleuses au service d'entreprises de compétence fédérale. »

Ainsi, une travailleuse enceinte ou allaitante estimant être exposée à un danger ou à un risque dans le cadre de son travail peut contacter son médecin de famille ou un médecin responsable des services de santé de son établissement. Le médecin responsable doit remplir le certificat concernant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse s'il juge que la femme ou l'enfant né ou à naître est en danger, en précisant les modifications requises au poste de travail et la date visée par ces modifications. Cette évaluation tient compte de la condition médicale de la patiente tout au long de sa grossesse ou de l'allaitement. S'il s'agit du médecin de famille, ce dernier doit consulter un médecin désigné par le Directeur de la santé publique du territoire applicable. Le médecin désigné par le Directeur de la santé publique émet des recommandations, dans un rapport médico-environnemental qu'il transmet au médecin de famille de la travailleuse. Le médecin de famille peut alors modifier les recommandations émises par le médecin désigné en fonction de l'état de santé de sa patiente; il doit ensuite remettre à cette dernière une copie du certificat, la copie destinée à l'employeur ainsi qu'une copie de la troisième partie du *Rapport de consultation médico-environnemental* produit par le médecin désigné. La travailleuse doit remettre une copie du certificat et du rapport médico-environnemental à son employeur. À la réception de ce document, l'employeur

doit éliminer les dangers du milieu de travail décrits dans le certificat. Il doit également convenir des moyens d'action appropriés, notamment l'élimination de la source du danger, la modification des tâches, l'adaptation du poste de travail et l'affectation de la travailleuse à d'autres tâches qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir. L'employeur doit aussi informer la CSST que son employée a exercé son droit au programme. L'affectation peut être immédiate ou ultérieure. L'employée peut contester l'affectation ou toute décision devant la CSST. En cas de désaccord, un appel peut être entendu à la Commission des lésions professionnelles. Si l'employeur n'est pas en mesure de remplir ses obligations, la travailleuse peut cesser de travailler et recevoir une indemnité : il s'agit d'un retrait préventif du travail. Il revient à la CSST d'établir l'admissibilité de la demande et du droit à l'indemnité.

D'après le programme et les résultats de l'étude de la documentation scientifique, six catégories de risque ont pu être cernées, à savoir : les risques psychosociaux (p. ex. stress), les risques ergonomiques (p. ex. station debout), les risques biologiques (p. ex. varicelle), les risques chimiques (p. ex. gaz anesthésiants), les risques physiques (p. ex. rayons X) et les risques liés à la sécurité (p. ex. chute).

Rapport d'activités

Dans son rapport, la CSST a annoncé qu'en 2013 elle a reçu²⁰ :

« 35 141 réclamations dans le cadre du programme [PMSD] comparativement à 33 951 en 2010, une hausse de 3,5 %. [...] Le taux d'acceptation moyen des réclamations reçues est en légère baisse depuis 2010 passant de 95,0 % à 94,4 % en 2013. [Au total,] 99,1 % [...] des réclamations reçues et acceptées au cours des années 2010-2013 dans le cadre du programme [PMSD] sont des cas de grossesse, tandis que 0,9 % sont des cas d'allaitement. [...] Le nombre moyen de semaines de grossesse à la date du retrait ou de l'affectation à un autre poste de travail est de 10 semaines pour chacune des années 2010 à 2013. [...] Les réclamations sont regroupées en grands ensembles selon la nature de l'agresseur. Pour 2013, les agresseurs biologiques sont en première position avec 39,9 % des réclamations. [...] Les agresseurs ergonomiques [suivent] de près en deuxième position avec [...] 35,5 % [des réclamations] en 2013. Les agresseurs chimiques prennent la troisième place avec 13,9 % [des réclamations] en 2013. Les agresseurs à la sécurité du travail sont en quatrième position avec 8,0 % des réclamations en 2013. [...] Les professions les plus représentées en 2013 pour l'ensemble des deux catégories sont : les infirmières (20,3 %), les enseignantes (18,0 %), les barmaids (9,3 %), les travailleuses du groupe autre personnel médical (8,1 %), les vendeuses (7,3 %), celles des services personnels (6,4 %) et les caissières (3,8 %). [...] En 2013, plus de 50 % des réclamations reçues et acceptées proviennent de trois grandes régions soit : Île-de-Montréal (23,3 %), la Montérégie (15,2 %) et la Capitale-Nationale (12,1 %). [...] En 2013, 46,5 % des travailleuses bénéficiant du programme [PMSD] sont retirées de leur travail sans être affectées à un autre emploi, une proportion en baisse de 4,0 % par rapport à 2010 (50,5 %). À l'inverse, en 2013, 24,4 % des travailleuses sont affectées à un autre poste de travail sans retrait complet du milieu du travail, une proportion

en hausse de 3,8 % par rapport à 2010 (20,6 %). [...] Pour l'ensemble des réclamations, l'indemnité de remplacement du revenu moyenne a augmenté de 5,6 % passant de 7 778 \$ en 2010 à 8 211 \$ en 2013. »

En janvier 2014, le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale a publié un sommaire des recommandations médicales applicables au programme PMSD²¹. Plus d'une trentaine de recommandations ciblait les risques décrits précédemment. Par exemple, en ce qui concerne l'ergonomie, on recommande notamment d'éviter les positions assise et debout de façon prolongée, les mouvements répétés du tronc ou encore les soulèvements de charges lourdes, d'assurer une cadence appropriée de travail. En ce qui concerne les risques biologiques et chimiques, on vise à éviter les expositions aux vecteurs de contamination. Sur le plan des risques physiques, on vise à limiter l'exposition au bruit, à la chaleur, au froid, aux vibrations et aux radiations. Question sécurité, on vise à prévenir les risques de chutes, d'agression ou d'accidents.

Enfin, notons qu'il n'existe pas de directive concernant le retrait préventif avant la conception. Si certains chefs de départements de pharmacie sont en mesure d'accommoder une travailleuse qui souhaite changer de bancs de travail alors qu'elle planifie une grossesse, ils ne sont pas tenus de le faire sur le plan juridique et il n'existe aucune recommandation de la CSST à ce sujet.

Application du programme PMSD en pharmacie

En 2014, parmi les 9 490 demandes reçues et traitées par le programme PMSD de la Direction de la santé publique de Montréal, 29 provenaient d'assistantes techniques en pharmacie et 11 de pharmaciennes du milieu communautaire et hospitalier²². Ceci ne représente que 0,4 % des demandes.

Dans un souci d'efficacité et d'équité, le programme PMSD de Montréal s'est doté d'études de poste standardisées pour certains titres d'emploi fréquents et bien connus du programme. Ces études, menées par un groupe d'experts comprenant des médecins, des techniciens en hygiène industrielle, des hygiénistes du travail et des infirmières cliniciennes sont mises à jour périodiquement. En pharmacie, il existe depuis 2007 une étude de poste standardisée pour le titre « Pharmaciens/pharmaciennes » (code de Classification nationale des professions 3131)²³. Les données de cette étude sont également utilisées pour le personnel technique exerçant en pharmacie communautaire et hospitalière.

Le tableau I présente un profil des types de risques, des mesures de prévention proposées, d'exemples de tâches autorisées et à éviter pour les travailleuses enceintes en pharmacie. Il ne constitue pas un relevé exhaustif des situations applicables à la pratique de la pharmacie en établissement de santé, mais plutôt un premier inventaire. Ainsi, compte tenu de la variété des tâches techniques et professionnelles, nous pensons qu'il est possible de réaffecter l'ensemble du personnel avec un minimum de planification et de formation (p. ex. dans la majorité des cas, il existe plusieurs postes de travail en position assise, plusieurs postes de travail ne comportant pas de manipulation de médicaments dangereux ou de charges lourdes, ou ne demandant pas des postures contraignantes).

Les seules absences des travailleuses enceintes en pharmacie seraient dues à des conditions de santé personnelles de ces dernières, qui devraient alors être en congé de maladie.

Tableau I. Types de risques, mesures de prévention et exemples de tâches permises et à éviter pour la travailleuse enceinte ou qui allaite en pharmacie

Type de risque	Mesures générales de prévention	Commentaires applicables en pharmacie
Psychosocial	<ul style="list-style-type: none"> Aucune recommandation 	<ul style="list-style-type: none"> Facteur de risque non retenu par l'étude de poste consultée et les recommandations reçues
Ergonomique	<ul style="list-style-type: none"> Offrir une période de repos de 14 heures entre chaque quart de travail Éviter les horaires rotatifs (p. ex. jour/soir) en alternance régulière Éviter de travailler : <ul style="list-style-type: none"> la nuit entre minuit et 6 h plus de 40 h plus de 35 h après la 24^e semaine de grossesse après 21 h après la 24^e semaine de grossesse plus de 6 h cumulatives en position debout jusqu'à la 22^e semaine de grossesse plus de 4 h cumulatives en position debout après la 22^e semaine de grossesse Ne pas soulever des poids de plus de 20 kg Éviter de soulever des poids de 10 kg plus de 15 fois par jour ou des poids de 15 kg plus de 10 fois par jour Pas de limitation pour les poids de moins de 10 kg 	<ul style="list-style-type: none"> Éviter les quarts de soirs après 21 h après la 24^e semaine de grossesse Éviter la garde hospitalière sur appel Éviter le transport de chariots de transferts de médicaments vers les étages si le poids excède les barèmes établis Évaluer les contraintes ergonomiques relatives à la préparation sous hottes et au remplissage des chariots; en fonction de l'aménagement du poste de travail, du volume de travail et de la fréquence d'activité, ces tâches peuvent nécessiter ou non une réaffectation Sensibiliser le personnel à la valeur des poids et établir une liste des principaux contenants dont le poids excède 10 kg
Biologique	<ul style="list-style-type: none"> Éviter de travailler en présence de patients : <ul style="list-style-type: none"> atteints de tuberculose contagieuse porteurs de varicelle, de zona ou de maladies cutanées vésiculaires dont le diagnostic est inconnu, si la travailleuse n'est pas protégée (p. ex. en l'absence d'antécédents confirmés de varicelle ou d'une sérologie positive) 	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité de continuer la prestation de soins pharmaceutiques à l'étage ou en clinique externe en appliquant les mesures strictes de protection personnelle en cas de contamination Les soins peuvent comprendre les patients en hématologie-oncologie, à condition d'éviter toute présence dans les lieux où se déroule l'administration ou la perfusion de médicaments dangereux Les soins doivent exclure les patients placés en isolation, plus particulièrement ceux atteints de maladies contagieuses par voie respiratoire
Chimique	<ul style="list-style-type: none"> Éviter de préparer, de manipuler ou d'administrer des médicaments antinéoplasiques Éviter de préparer des solutions contenant des agents cytotoxiques ou d'être en contact avec des poussières de ces médicaments Éviter de manipuler des poussières de médicaments fœto- ou embryotoxiques 	<ul style="list-style-type: none"> Réaffecter le personnel technique hors de la pharmacie satellite d'oncologie et de la zone de préparations magistrales de médicaments dangereux dès réception du certificat de grossesse et du rapport médico-environnemental Les pharmaciennes qui ne manipulent pas de médicament dangereux (p. ex. lors de la validation ou de la dispensation de médicaments) et qui se protègent adéquatement selon le type de médicaments dangereux peuvent continuer d'exercer à la pharmacie satellite d'oncologie, à l'extérieur des zones de préparation, ou à la pharmacie centrale, après évaluation du risque par le médecin désigné
Physique	<ul style="list-style-type: none"> Éviter de travailler en présence de patients ayant reçu des dosages thérapeutiques de radio-isotopes 	<ul style="list-style-type: none"> Continuer d'offrir des soins pharmaceutiques à l'étage ou en clinique externe en évitant les patients exposés à des radio-isotopes à des fins thérapeutiques

Ainsi, les absences découlant de situations médicales particulières indépendantes des risques associés à la pharmacie devraient relever des congés de maladie et non des retraits préventifs. De façon générale, les postes de travail comportant davantage de risques comprennent les éléments suivants : manipulation de contenants externes de médicaments dangereux (p. ex. gestion des stocks), ensachage ou préparations magistrales de médicaments dangereux (p. ex. préparations magistrales, stériles ou non, y compris la dilution, la reconstitution, la mise en seringue ou en poche, la purge de tubulures, etc.) et élimination des déchets pharmaceutiques. En outre, il faut noter que l'organisation des postes de travail varie d'un milieu à l'autre. Par exemple, certains départements privilégient des demi-journées par fonction, tandis que d'autres privilégient des journées complètes. Ce fractionnement peut limiter les contraintes ergonomiques, mais accroître les risques d'incidents ou d'accidents médicamenteux en raison de la perte de suivi pour les tâches en continu.

Discussion

En 2014, le Québec s'est engagé dans une démarche de révision de ses programmes par la mise en place d'une

Commission de révision permanente des programmes²⁴. Bien qu'aucune recommandation ne concerne jusqu'à maintenant le programme PMSD, il est probable que ce programme fasse également l'objet d'une révision.

En 2010, le Conseil du patronat du Québec réagissait à une consultation entourant le programme PMSD. On pouvait y lire que « [le] Québec est le seul État offrant un tel programme qui, à l'origine, devait coûter 8 millions de dollars par année. Il en coûte maintenant près de 250 millions annuellement. Pour la période 1981 à 2009, cela représente une facture globale de 2,9 milliards, payée entièrement par les employeurs québécois »²⁵. En 2015, dans un *Mémoire au ministre des Finances dans le cadre des consultations prébudgétaires 2015*, la Fédération des chambres de commerce du Québec revenait à la charge²⁶. Il est important de souligner que plusieurs variables confondantes peuvent influencer les issues de grossesse (p. ex. tabagisme) et que ces variables ne se manifestent pas toutes à la même fréquence entre les provinces. Des travaux de recherche mettent en évidence des avantages associés à un tel programme, notamment en ce qui concerne les naissances avant terme ou de poids insuffisant^{27,28}. Des analyses complémentaires menées sur l'année 2009 estiment à 1 393 le nombre

de naissances avant terme ou de poids insuffisant pour 70 526 travailleuses enceintes²⁹.

Le programme PMSD est un acquis social important à préserver et nul doute que les établissements de santé et les chefs de pharmacie peuvent contribuer à une utilisation efficiente des fonds mobilisés dans le cadre de ce programme.

En pharmacie, le risque professionnel existe depuis des siècles, les apothicaires ayant été exposés à de nombreuses substances toxiques et infectieuses. Le risque en pharmacie apparaît davantage dans la documentation scientifique durant les années 1980, avec des publications portant sur les mesures de protection en oncologie^{30,31} ou encore la prévention et la prise en charge de l'épuisement professionnel³². On note également qu'on s'intéressait déjà à la maternité des travailleuses de ce milieu professionnel³³.

En 2004, la publication par le NIOSH de l'alerte sur les médicaments dangereux a changé le ton de la prévention, incitant les états à baliser davantage les pratiques professionnelles et contribuant au rehaussement des infrastructures et à la tenue de nombreux audits³⁴. En écho aux chapitres 795 et 797 de la United States Pharmacopeia, un nouveau chapitre 800 portant sur les préparations de médicaments dangereux fait l'objet de consultations³⁵. Contrairement à la publication de seulement quelques articles sur la question durant les années 1980, on compte au minimum une dizaine de publications annuelles au cours des cinq dernières années. Bien que le concept de médicaments dangereux soit bien établi, il est important de souligner qu'il n'existe pas de donnée de qualité établissant un lien clair de causalité entre une exposition aux médicaments dangereux et l'apparition de lésions ou de maladies professionnelles.

À titre d'exemple, une modélisation de Fransman et coll. estime le risque de leucémie à 1,04 par million d'infirmières exposées de façon topique au cyclophosphamide durant 40 ans³⁶. En 2003, l'Institut national de santé publique du Québec a publié un *Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique*. Ce cadre de référence a mis en valeur sept principes généraux : appropriation de ses pouvoirs, équité, ouverture, primauté de la protection de la santé humaine, prudence, rigueur scientifique et transparence³⁷. En vertu de ces principes et de la documentation scientifique disponible, il faut interpréter avec prudence les risques théoriques associés aux médicaments et aux médicaments dangereux pour les travailleurs.

Notre revue documentaire met en évidence une utilisation très limitée du programme PMSD par les pharmaciennes et les assistantes techniques en pharmacie du réseau hospitalier. Nous ne disposons ni des données relatives au personnel exerçant en pharmacie d'officine, ni de celles relatives au personnel exerçant en pharmacie hospitalière à l'extérieur de la région de Montréal. De ces travaux, nous proposons cinq actions concrètes applicables à la pharmacie hospitalière :

- 1) améliorer le contenu du programme PMSD et du retrait préventif dans le cadre du cours de gestion en pharmacie hospitalière du programme de maîtrise en pharmacothérapie avancée;
- 2) adapter localement le tableau de gestion des risques, des mesures préventives et des tâches applicables. Ceci permet de rédiger une politique de réaffectation, qui servira de base pour une discussion interactive entre l'équipe de santé et de sécurité au travail et les travailleuses enceintes;
- 3) mettre à jour la politique et les procédures entourant l'horaire au travail, pour prévoir les modalités et les conséquences d'un horaire en particulier en cas de demande de réaffectation;
- 4) former le personnel de la pharmacie aux mécanismes de réaffectation et de retrait préventif, le cas échéant;
- 5) contribuer à l'évolution des connaissances en partageant les pratiques sécuritaires, les mesures et les outils utilisés dans le but de faciliter la réaffectation des travailleuses enceintes.

En outre, il serait intéressant de définir plus clairement certaines tâches à risque en collaboration avec les experts du programme PMSD.

Cette revue documentaire comporte des limites. Il ne s'agit pas d'une revue documentaire exhaustive pour tous les types de risques et de pratiques. Une telle revue pourrait constituer une étape future de notre démarche. Nous n'avons pas enquêté auprès des autres départements de pharmacie afin de comparer les mesures préventives et les pratiques de réaffectation des travailleuses enceintes. Un tel inventaire pourrait compléter l'état des lieux proposé.

Conclusion

Nul doute que le programme PMSD est un acquis social à préserver. Pour cela, il convient d'y avoir recours lorsque la protection de la femme enceinte et allaitante ne peut être envisagée. En pharmacie, le personnel recourt relativement peu à ce programme de retrait préventif, probablement en raison des nombreuses possibilités de réaffectation en pharmacie hospitalière. Chaque département de pharmacie devrait anticiper la question et se doter d'une politique de réaffectation discutée et réfléchie. Le tableau proposé dans le présent article peut être un point de départ à une telle réflexion. Il est important de faire la part entre les dangers réels et potentiels dans son service et d'encadrer les gestes en conséquence.

Financement

Aucun financement en relation avec le présent article n'a été déclaré par les auteurs.

Conflits d'intérêts

Tous les auteurs ont rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflits d'intérêts potentiels. Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

Références

1. Institut national d'études démographiques. Combien d'habitants sur terre demain? [en ligne] <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/population-mondiale-demain> (site visité le 20 octobre 2015).
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.241. [en ligne] http://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf (site visité le 20 octobre 2015).
3. Pison G. Sept milliards d'êtres humains aujourd'hui, combien demain? Population & Sociétés, n° 482, Bulletin Mensuel d'Information de l'Institut National d'Études Démographiques (INED), octobre 2011.
4. Statistique Canada. Fécondité : moins d'enfants, mères plus âgées. [en ligne] <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-630-x/11-630-x2014002-fra.htm> (site visité le 20 octobre 2015).
5. Institut de la statistique du Québec. Le bilan démographique du Québec. Édition 2014. [en ligne] <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2014.pdf> (site visité le 20 octobre 2015).
6. Institut de la statistique du Québec. Les naissances et les décès au Québec et dans les régions en 2013. Coup d'œil sociodémographique 2014;32:1-10. [en ligne] <http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/population-demo-graphie/bulletins/coupdoeil-no32.pdf> (site visité le 20 octobre 2015).
7. Emploi et Développement social Canada. Vie familiale – Âge de la mère à la naissance de l'enfant [en ligne] <http://www4.hrsdc.gc.ca/3ndic.1t.4r@-fra.jsp?iid=75> (site visité le 20 octobre 2015).
8. Service Canada, Emploi-Avenir Québec, 3131. Pharmaciens/pharmaciennes. [en ligne] http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3131.shtml (site visité le 20 octobre 2015).
9. Ministère de la Famille et des Aînés. D'égal à égal? Un portrait statistique des femmes et des hommes. Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine. Avril 2007. [en ligne] <http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/egale-a-egal.pdf> (site visité le 20 octobre 2015).
10. Ordre des pharmaciens du Québec. Rapport annuel 2014/2015. [en ligne] http://www.opq.org/cms/Media/2209_38_fr-CA_0_Rapport_annuel_OPQ_2014_2015.pdf (site visité le 20 octobre 2015).
11. Direction de la santé publique de la Montérégie. Guide de formation à l'intention des nouveaux intervenants en santé au travail. Guide 5 : maternité sans danger. 1997. [en ligne] <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothèquevirtuelle/santecom/35567000107638.pdf> (site visité le 20 octobre 2015).
12. Bussièrès JF, Bonnici A, Tanguay C. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique hospitalière 2013-2014. *Pharmactuel* 2015;48(suppl. 2):1-41.
13. Justice Canada. Loi sur les aliments et drogues. [en ligne] <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/f-27/> (site visité le 20 octobre 2015).
14. Ordre des pharmaciens du Québec. Norme 2014.02. Préparations de produits stériles dangereux en pharmacie. [en ligne] http://www.opq.org/cms/Media/1847_38_fr-CA_0_Norme_2014_02.pdf (site visité le 20 octobre 2015).
15. Publications du Québec. Loi sur la santé et la sécurité du travail. Chapitre S-2.1. [en ligne] http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html (site visité le 20 octobre 2015).
16. National Institute for Occupational Safety and Health. List of antineoplastic and other hazardous drugs in healthcare settings: proposed additions to the NIOSH Drug List 2016. [en ligne] <http://www.cdc.gov/niosh/docket/review/docket233a/default.html> (site visité le 20 octobre 2015).
17. Commission de la santé et de la sécurité du travail. Rapport annuel de gestion 2013. [en ligne] http://www.csst.qc.ca/publications/400/Documents/DC400_2032_7web.pdf (site visité le 20 octobre 2015).
18. Commission des normes, de l'équité et de la santé et de la sécurité au travail. Mission. 2016. [en ligne] <http://www.cnesst.gouv.qc.ca/a-propos-de-la-CNESST/Pages/mission.aspx> (site visité le 12 avril 2016).
19. Commission de la santé et la sécurité au travail. Programme Pour une maternité sans danger. [en ligne] http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC200_1024_1web.pdf (site visité le 20 octobre 2015).
20. Commission de la santé et la sécurité au travail. Pour une maternité sans danger : Statistiques 2010-2013. [en ligne] http://www.csst.qc.ca/publications/300/Pages/dc_300_254.aspx (site visité le 20 octobre 2015).
21. Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. Programme Pour une maternité sans danger : Sommaire des recommandations médicales. 2014. [en ligne] <http://www.cssvc.qc.ca/telechargement.php?id=457> (site visité le 20 octobre 2015).
22. Direction de la santé publique de Montréal. Demandes au programme Maternité sans danger pour le personnel travaillant en pharmacie. Communication écrite par courriel. 30 septembre 2015.
23. Direction de la santé publique de Montréal. Étude de poste – pharmacienne 3131. Document fourni sur demande par courriel. 30 septembre 2015.
24. Gouvernement du Québec. Commission de révision permanente des programmes. [en ligne] <http://www.tresor.gouv.qc.ca/ministre-et-secretariat/revision-des-programmes/> (site visité le 11 avril 2016).
25. Conseil du patronat. Le programme Pour une maternité sans danger – Le Conseil du patronat du Québec rappelle certains faits et plaide pour une réforme. [en ligne] <https://www.cpq.qc.ca/salle-de-presse/communiqués-de-presse/archives-2010/le-programme-pour-une-maternite-sans-danger-le-conseil-du-patronat-du-quebec-rappelle-certains-faits-et-plaide-pour-une-reforme> (site visité le 20 octobre 2015).
26. Fédération des chambres de commerce du Québec. [en ligne] Mémoire au ministre des Finances dans le cadre des consultations prébudgétaires 2015. http://www.fccq.ca/pdf/publications/memoires_etudes/2015/02-23-2015-Memoire-Prebudgetaire.pdf (site visité le 20 octobre 2015).
27. Croteau A, Marcoux S, Brisson C. Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of preterm delivery. *Am J Epidemiol* 2007;166:951-65.
28. Croteau A, Marcoux S, Brisson C. Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant. *Am J Public Health* 2006;96:846-55.
29. Croteau A. Le programme Maternité sans danger : une évaluation de l'impact. Communication orale. Institut national de santé publique du Québec. 19 mai 2011.
30. Society of Hospital Pharmacists of Australia's Speciality Practice Committee on Parenteral Services. Guidelines for safe handling of cytotoxic drugs in pharmacy departments and hospital wards. *Hosp Pharm* 1981;16:17-20.
31. Anderson RW, Puckett WH Jr, Dana WJ, Nguyen TV, Theiss JC, Matney TS. Risk of handling injectable antineoplastic agents. *Am J Hosp Pharm* 1982;39:1881-7.
32. Radde PO. Recognizing, reversing, and preventing hospital pharmacist burnout. *Am J Hosp Pharm* 1982;39:1161-9.
33. Schaumburg I, Olsen J. Time to pregnancy among Danish pharmacy assistants. *Scand J Work Environ Health* 1989;15:222-6.
34. National Institute for Occupational Safety and Health. Preventing occupational exposures to antineoplastic and other hazardous drugs in health care settings. 2004. [en ligne] <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-165/pdfs/2004-165.pdf> (site visité le 20 octobre 2015).
35. United States Pharmacopeia. Chapter 800 – Hazardous drugs – Handling in healthcare settings. [en ligne] <http://www.usp.org/usp-nf/notices/general-chapter-hazardous-drugs-handling-healthcare-settings> (site visité le 20 octobre 2015).
36. Fransman W, Kager H, Meijster T, Heederik D, Kromhout H, Portengen L, Blaauboer BJ. Leukemia from dermal exposure to cyclophosphamide among nurses in The Netherlands: quantitative assessment of the risk. *Ann Occup Hyg* 2014;58:271-82.
37. Institut national de santé publique du Québec. Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique. Janvier 2003. [en ligne] https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/163_CadreReferenceGestionRisques.pdf (site visité le 20 octobre 2015).

Abstract

Objective: The primary objective is to present the *Pour une maternité sans danger* (Safe Maternity) program, which provides for the reassignment and/or preventative withdrawal of pregnant workers, and its application in hospital pharmacies.

Problem description: A literature review was conducted with the following terms: *maternity, maternity leave, pregnant employee* and *occupational safety and health*. The relevant references were identified via Google, Google Scholar and PubMed. This review of the program served as a basis for reflection on its application in pharmacies.

Problem resolution: In 2014, the Montreal Public Health Department received 9,490 requests pertaining to the program, 0.4% of which were from the pharmaceutical sector. According to the standardized job analysis, preventive measures were necessary and could lead to a reassignment in four of the five risk categories, i.e., ergonomic, physical, chemical and biological (no recommendation for the psychosocial category). We found that most pregnant pharmacy employees could be reassigned. Preventative withdrawal was not necessary due to the diversity of the work. Twelve recommendations are proposed, such as a reassignment outside the hazardous drug preparation area and maintaining offers of clinical care if protective measures are taken.

Conclusion: Pharmacy staff seldom use the preventative withdrawal program. This can be explained by the numerous reassignment options in hospital pharmacies. Each pharmacy department should adopt a reassignment policy.

Keywords: Maternity, preventative withdrawal, reassignment, safe maternity program