



Cette formation est
cofinancée par l'Union
européenne

Les facteurs psychosociaux de risques au travail et la santé : une approche par genre des données statistiques nationales



Introduction	3
1. Genre, santé et travail : des objets complexes	4
1.1. Du sexe au genre	4
1.2. Santé : le biologique, la clinique et la statistique	6
1.3. Santé et travail : de multiples solutions de continuité	8
1.3.1. Le hiatus entre les données de santé et du travail	8
1.3.2. Genre et travail : de nombreuses zones d'ombres	10
1.3.3. Les facteurs de «risques psychosociaux» au travail	15
2. Les troubles de santé - perçus, déclarés, reconnus	19
2.1. Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé	20
2.2. La santé mentale des femmes et des hommes	22
2.2.1. Les consultations et consommations médicales	22
2.2.2. Les données statistiques relatives aux troubles de santé mentale	23
2.2.3. Les suicides et tentatives de suicide	24
2.3. La santé au travail	26
2.3.1. Les accidents du travail et maladies professionnelles	26
2.3.2. Les autres dispositifs de suivi des troubles de santé mentale en lien avec le travail	29
3. Les relations entre santé et facteurs de RPS au travail	35
3.1. Les effets du travail sur la durée de vie	36
3.2. Les effets du travail sur l'espérance de vie en santé	38
3.3. Les effets du travail sur la santé en fin de vie professionnelle	39
3.4. Les effets de la santé sur la cessation d'activité	40
3.5. Les effets du travail sur la santé au fil de la vie professionnelle	42
3.6. Les effets de la santé sur le déroulement de la vie de travail	44
3.7. L'activité de travail comme médiatrice des relations santé-travail	46
4. Les facteurs psychosociaux de risques au travail	49
4.1. Axe 1 : l'intensité du travail et le temps de travail	50
4.1.1. Intensité au travail	50
4.1.2. Temps de travail	52
4.3. Axe 3 : l'autonomie	60
4.4. Axe 4 : les rapports sociaux au travail	64
4.5. Axe 5 : les conflits de valeurs	69
4.6. Axe 6 : l'insécurité de la situation de travail	70
4.7. Une typologie des configurations d'expositions	71
Conclusion	77
Annexe 1 : Définition des pathologies psychologiques recensée par le questionnaire mini	80
Annexe 2 : Sources de données utilisées dans le document	82
Liste des publications de l'ANACT sur les questions de conditions de travail au regard du genre	89
Bibliographie	90
Autres sources	98

Introduction

Les travaux récents conduits par l'Anact sur les questions de conditions de travail au regard du genre ont montré que la sinistralité Accidents du Travail et Maladies Professionnelles (AT/MP) évolue de manière assez défavorable aux femmes sur les dix dernières années. Par ailleurs, les interventions réalisées par le réseau Anact-Aract dans des entreprises ont permis de mettre en évidence un certain nombre de processus qui tendent à fragiliser la position de certains groupes de femmes par rapport au travail et à la santé au travail, à court ou moyen terme. Un lien apparaissait donc entre ces deux niveaux d'analyse, celui du niveau très global de la sinistralité AT/MP et celui très singulier de l'intervention en entreprise sur des situations de travail (généralement dans un atelier ou un nombre limité d'unités de travail).

Dans un certain nombre de cas, les intervenants du réseau Anact-Aract étaient aussi interpellés par les entreprises sur certaines « spécificités des femmes » par rapport aux troubles de santé psychique.

Aussi, pour tenter de mieux comprendre les liens entre ces différentes questions et registres d'observation, l'Anact a décidé d'engager un travail exploratoire sur ce que les données statistiques nationales permettent d'établir comme liens entre les facteurs psychosociaux de risques au travail, d'une part, et la santé des femmes et des hommes, d'autre part.

A priori, la question pourrait paraître assez simple, étant donné l'ampleur des sources statistiques sur le travail et la santé disponibles en France : Cristofari (2005) recense près de 70 sources différentes dans le domaine (enquêtes, bases de données, etc. représentatives d'une population générale en France). Mais cette diversité ouvre d'emblée des questions méthodologiques essentielles car les sources sont construites sur des bases parfois très différentes qui rendent les rapprochements très difficiles, voire impossibles. Ainsi, par exemple, en matière de santé, la situation comparée des femmes et des hommes pourra donner des résultats très contrastés selon les catégories mobilisées (mortalité, pathologies, pathologies reconnues dans le système AT/MP, troubles infra-pathologiques, symptômes, etc.). Et, du point de vue d'une analyse par genre, ces différences ne peuvent pas simplement être contournées en choisissant un type de données plutôt qu'un autre. Elles font partie de la définition de la question.

Développer une approche par genre des facteurs psychosociaux de risques au travail et leurs liens avec la santé, sous une apparence anodine, pose donc de nombreuses questions méthodologiques essentielles, sur chacun des termes de l'analyse. Ces questions méthodologiques feront l'objet d'une présentation détaillée dans le chapitre 1. Ensuite, étant donné les questions méthodologiques indiquées ci-dessus, nous avons choisi de présenter les données statistiques en trois chapitres consacrés successivement à ce que ces données permettent de voir et comprendre de la situation respective des femmes et des hommes vis-à-vis de la santé (chapitre 2), des relations entre santé et travail (chapitre 3) et de l'exposition aux facteurs psychosociaux de risques au travail (chapitre 4).

1.1. Du sexe au genre

Le sens d'une approche par genre est souvent mal compris. Il se trouve généralement réduit à l'idée qu'il s'agit de « s'occuper des problèmes des femmes ».

Traduit de l'anglais *gender*, le concept de genre permet d'opérer une distinction entre le sexe (biologique) et le « sexe social ». Dans le champ de la santé, les deux notions (et les modèles qui s'y rapportent) peuvent avoir leur pertinence. Par exemple, dans les travaux sur l'alcool, les approches biologiques (sur le sexe) montrent qu'un homme et une femme de même âge et de même poids ne présentent pas le même taux d'éthanol dans le sang quand ils et elles consomment tous deux une même quantité d'alcool. Dans ce cas, les études porteront sur les différences dans les processus métaboliques entre les deux sexes. Les approches par genre, elles, vont s'intéresser aux comportements des femmes et des hommes, dans un groupe social défini¹, par rapport à la consommation d'alcool (contextes et modes de consommation, quantités, etc.).

Les études de genre ont ainsi permis de mettre en évidence que ce qui définit un homme et une femme (comportements prescrits, permis ou proscrits, rôles sociaux, etc.), ce n'est pas un ensemble de données intangibles et immuables. Ce sont, pour une large part, des construits sociaux, variables dans le temps et dans l'espace (entre différentes sociétés contemporaines). Le genre, en tant que construction sociale, intègre (et croise) de nombreuses autres dimensions de la socialisation (notamment les origines sociales des femmes et des hommes).

C'est avec ce type d'analyse, par exemple, que Soares (2000) montre que la culture et la socialisation jouent un rôle crucial dans la détermination de qui peut pleurer, où et pourquoi : « *Si la raison des différences entre les larmes des hommes et celles des femmes est le résultat de la présence ou de l'absence d'une certaine hormone, comment peut-on expliquer par exemple, qu'au XVII^e siècle les hommes pouvaient pleurer en public et qu'au XVIII^e siècle, les hommes et les femmes pouvaient être vus lorsqu'ils pleuraient. Les hommes pleuraient d'admiration, d'attendrissement, de joie et ils aimaient se faire remarquer par leurs larmes. À cette époque, il n'y avait pas de lien entre pleurer et la féminité. Cela surviendra seulement à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, alors que les larmes deviendront un emblème de la féminité, de l'immaturité et de la faiblesse* ».

Mais, les rapports entre sexe et genre sont complexes et souvent source de confusion et de débats. L'un des points de discussion les plus sensibles porte sur le « point de passage » du sexe au genre, avec notamment la question de « l'essentialisme » : des différences qui relèvent de comportements socialement acquis se voient attribuer un statut de donnée biologique (ce qui, au passage, permet d'éviter la remise en cause des positions sociales liées à ces différences).

¹ Le « groupe social » peut être défini à l'échelle d'une nation, d'une région, ou de groupes sociaux plus spécifiques (métier, classe d'âge, classe sociale, etc.).

Il existe ainsi plusieurs manières de penser le rapport entre sexe et genre.

- Certains pensent qu'il existe un substrat naturel – la différence des sexes – dans laquelle s'enracinent des façons de penser ou de sentir irréductiblement différentes. Le genre est alors compris comme une sorte de variation culturelle sur un schéma relativement fixe dicté par la nature. Ce schéma a pour caractéristique de mettre au centre une « nature féminine » en lien avec la maternité, en opposition avec une nature « masculine » plus agressive et prédatrice. C'est, en fait, le schéma implicite dominant dans nos sociétés contemporaines, véhiculé tant par l'éducation et le travail que les loisirs et les médias. C'est donc sur ce schéma que se construit pour une large part l'identité de genre des individus, hommes ou femmes. Et, quand une personne adopte un comportement qui s'éloigne sensiblement de ce schéma, on parle de « transgression » de genre.
- La psychanalyse a forgé la notion de bisexualité psychique pour rendre compte qu'il peut y avoir, notamment, une agressivité féminine ou une tendresse masculine non pathologiques. Il n'en reste pas moins que le pôle féminin de la psyché est censé l'emporter chez les femmes et le pôle masculin chez les hommes.
- Dans une perspective sociologique, le genre désigne les constructions matérielles et idéelles qui inscrivent les sexes dans un système social fondé sur une certaine division du travail (rémunéré et non rémunéré) combinée avec une hiérarchisation des activités. En d'autres termes, Les rapports entre les hommes et les femmes sont sous-tendus par des représentations du masculin et du féminin qui font l'objet de constructions sociales culturelles, dans la sphère privée comme dans la sphère publique, et qui impliquent un rapport hiérarchique (le masculin a plus ou moins de valeur que le féminin). Il s'agit alors de s'intéresser aux *rapports sociaux de genre*. Les tenants de cette approche (cf. Kergoat, 2000) distinguent entre les relations sociales qui se réfèrent à ce qui se passe entre des individus concrets et les rapports sociaux qui sont, eux, abstraits et opposent des groupes sociaux (à travers les productions matérielles et idéelles) autour d'un enjeu.

Dans la perspective qui nous intéresse ici, il ne s'agit pas de reprendre et développer l'une ou l'autre de ces positions. Pour nous, l'intérêt d'une approche par genre réside surtout dans la déconstruction de l'artéfact " homme " (= humain), asexué ou assimilé à l'individu de sexe masculin, le féminin n'étant qu'une variante, un cas particulier. Car, c'est dans la mesure où la femme existe " aussi " comme sujet anthropologique, que le masculin peut être considéré dans la singularité de son expérience. Mais, comme nous allons le voir, la question du développement de la connaissance en santé au travail, de manière à refléter correctement les questions de genre, n'est pas simple du tout. Car, il ne suffit pas d'avoir une part significative de femmes dans la population étudiée, ni même de présenter des résultats permettant d'identifier deux groupes (hommes et femmes) pour comprendre les dynamiques de santé des un-e-s et des autres. Surtout si ces résultats restent à un certain niveau de généralité (comme c'est souvent le cas). En effet, les questions de genre constituent une des dimensions sociales en jeu dans le travail, et à ne considérer l'ensemble des situations qu'à partir de ce seul prisme, et de données agrégées par

sexe, il y a un risque de réintroduire une forme d'essentialisme dans l'analyse.

1.2. Santé : le biologique, la clinique et la statistique

Nous disposons de nombreuses données qui permettent de décrire de manière relativement précise l'état de santé de la population française, y compris par sexe. Le Rapport 2011 sur L'état de santé de la population en France indique ainsi², par exemple, que « *en 2008, le nombre de décès prématurés (survenus avant 65 ans) s'élevait à 108.825 pour la France métropolitaine, ce qui représente 20 % de l'ensemble des décès. Ces décès concernaient majoritairement des hommes : 3 décès sur 4 sont masculins.* » À l'inverse, quel que soit l'âge, les femmes déclarent en moyenne plus de maladies ou de troubles de santé que les hommes.

La question du genre (masculin ou féminin) se présente donc d'emblée comme une dimension significative dans les données de santé publique. Mais, cette question du genre, qui semble si évidente dans les données descriptives de l'état de santé, s'avère beaucoup plus complexe quand il s'agit de mieux comprendre les processus sous-jacents à cette situation – sauf à considérer que c'est une réalité entièrement réductible à la réalité biologique de la différence des sexes.

En premier lieu, comme l'a bien souligné Aïach (2001), la situation respective des femmes et des hommes par rapport à la santé présente un double paradoxe :

- les hommes présentent un taux de mortalité prématurée bien plus élevé que les femmes alors que leur taux de morbidité est significativement plus faible ;
- bien qu'il existe, entre les hommes et les femmes, un rapport de domination se traduisant par de multiples discriminations dont les femmes sont victimes, ce sont les hommes qui ont une espérance de vie moins élevée que les femmes ; c'est le seul cas où un groupe dominé se trouve en position favorable par rapport au groupe dominant face à la mort.

En second lieu, si la dimension du sexe (différences biologiques) est plutôt bien appréhendée dans les modèles étiologiques, la dimension du genre (le sujet social féminin ou masculin, cf. supra) est beaucoup plus difficile à intégrer, alors qu'elle joue un rôle majeur dans ces écarts - en 2008, avant 65 ans, les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à décéder de tumeurs malignes des voies aériennes (larynx, trachée, bronches, poumons), principalement liées à la consommation de tabac, par exemple.

Car cette dimension du genre introduit un certain trouble dans un modèle de la santé et de la maladie qui a connu de réels succès depuis 200 ans (éradication des grandes maladies infectieuses, réduction massive de la mortalité infantile, augmentation significative de l'espérance de vie). En effet, la médecine occidentale moderne est fondée sur un modèle dans lequel la santé et la maladie relèvent de processus qui doivent pouvoir être décrits de manière objective, déterministe et généralisable. La biologie répond donc bien à cet objectif. Et, les critères de validation des modèles en épidémiologie (force de l'association entre cause et effet, relation dose-effet, spécificité de l'association, plausibilité et cohérence biologique, etc.) sont construits exactement sur les mêmes principes.

² L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – rapport 2011, p. 105.

Mais, entre les paramètres biologiques et physiologiques d'une part, et la santé et la maladie d'autre part, il y a un changement de registre fondamental : la définition de la santé et de la maladie repose essentiellement sur le vécu (comme santé, mal-être, maladie, etc.) d'un sujet³. Et ce changement de registre pose de nombreuses difficultés de diverse nature, qu'il n'est pas possible de développer ici, si ce n'est pour signaler certains problèmes spécifiques à la dimension de genre.

De fait, dans les modèles de santé (et les études épidémiologiques qui les sous-tendent), on peut observer, bien souvent, que le genre (de par son caractère relevant à la fois du biologique et du social) est une dimension :

- soit ignorée (comme beaucoup de dimensions sociales) : un groupe est utilisé comme référence dans les modèles ; c'est le principe du « masculin neutre », largement pratiqué en santé au travail pendant de nombreuses années (cf. infra) ;
- soit évacuée : les deux groupes sont traités de manière séparée, avec leurs propres normes, sans aucune dimension commune pour pouvoir les comparer ; par exemple, dans certains outils psychométriques (en santé mentale), les seuils (entre « normal » et « pathologique ») sont différents pour les hommes et les femmes (par exemple l'échelle Ces-d) ;
- soit naturalisée (et donc réduite à son caractère biologique) : les écarts sont expliqués par l'appartenance elle-même à un groupe ou un autre ; par exemple, il peut y avoir une tendance à considérer le sexe comme un facteur aggravant de risque de TMS dans la mesure où les femmes déclarent plus de TMS alors qu'elles ne sont (a priori) pas dans les CSP les plus exposées (cf. infra).

Ainsi, pendant longtemps, la médecine a été pensée au « masculin neutre ». Et, les problèmes de santé rapportés par les femmes ont été traités sur un mode assez péjorant. Comme le montre Loriol (2003), les revues médicales du XIX^e siècle sont pleines d'étiquettes de maladies (souvent strictement féminines) aujourd'hui disparues : neurasthénie, fibrosite, etc.

Cette production de catégories pour penser la santé et la maladie continue encore jusqu'à aujourd'hui, notamment dans le domaine de la santé mentale. Et cela suscite parfois des débats virulents, comme ceux qui ont animé la communauté scientifique lors de la publication de la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM 5) au printemps 2013. Ce manuel constitue jusqu'à présent une référence internationale pour les recherches sur les pathologies mentales (notamment les études épidémiologiques et les enquêtes statistiques en santé), directement ou par le biais d'autres outils comme la Classification Internationale des Maladies (CIM 10 actuellement). Le principal reproche fait à la nouvelle version du DSM (comme aux précédentes, d'ailleurs), c'est de « rendre pathologiques des comportements que l'on considérait autrefois comme normaux⁴ ». Ainsi, par exemple, « lorsqu'en 1994, le DSM IV considère les femmes ayant des troubles de l'humeur avant leurs règles comme atteintes de

³ « La pathologie (...) analyse pour mieux connaître, mais elle ne peut se savoir pathologie, c'est-à-dire études des mécanismes de la maladie, que parce qu'elle reçoit de la clinique cette notion de maladie dont l'origine doit être cherchée dans l'expérience qu'ont les hommes de leurs rapports d'ensemble avec le milieu. » (Canguilhem, 1943)

⁴ R. Gori, dans une interview avec Le Monde (13/05/2013), qui signale aussi que le mouvement peut-être inverse comme, par exemple, quand l'homosexualité a été retirée de la nomenclature au début des années 1980.

dysphorie prémenstruelle, on se retrouve (...) avec des millions de patients en plus⁵. » Ces débats mettent surtout en évidence que la définition de la frontière entre le « normal » et le « pathologique » dans des dispositifs institutionnels de santé (et de suivi statistique) résulte, pour une large part, de constructions sociales.

Les données par sexe dans le domaine de la santé, et plus encore de la santé mentale, sont donc tout sauf « données » : elles sont fondées sur des constructions scientifiques et sociales complexes encore en débat et en réélaboration (notamment pour tenir compte des limites ici indiquées).

Pour développer une approche par genre des enjeux de santé (en lien avec les facteurs de risques psychosociaux au travail), il est donc nécessaire à la fois de s'appuyer sur ces « données », et de tenir compte de leur caractère « artificiel⁶ », pour éviter de leur conférer une valeur de « réalité » excessive, ou de surinterpréter le moindre écart entre hommes et femmes (avec tous les problèmes que cela pose quand deux sources de « données » fournissent des résultats différents).

1.3. Santé et travail : de multiples solutions de continuité

1.3.1. Le hiatus entre les données de santé et du travail

Les champs du travail et de la santé au travail sont couverts par deux grands types de données issues de sources différentes et conçues selon logiques différentes tant par leurs disciplines de référence que par les objectifs poursuivis et les dimensions explorées.

- Les enquêtes du ministère du Travail sur les conditions de travail (CT) et les expositions aux risques (SUMER) cherchent prioritairement à décrire les conditions dans lesquelles se déroule l'activité professionnelle, notamment en termes d'organisation et d'expositions à différents risques⁷. Elles ne comportent pas directement d'évaluation de la santé des travailleurs, et encore moins de liens entre les conditions de travail et d'éventuelles pathologies identifiées⁸.
- Les données en santé au travail sont essentiellement issues de la CNAM-TS. Elles recensent les maladies professionnelles (MP) et les accidents du travail (AT) déclarés (et reconnus comme tels), mais sans éléments sur les conditions de travail autres que les critères des tableaux (pour les MP) et les caractéristiques générales de l'entreprise (taille, secteur, etc.).

Pour ce dernier type de données, la question des modèles de santé se pose de manière encore plus marquée que dans le domaine de la santé publique. En effet, aux questions présentées plus haut viennent s'ajouter ici des questions politiques et sociales de constructions de catégories

⁵ Idem. Au-delà de l'exemple donné ici, les critiques faites au DSM 5 portent sur de multiples questions, plus ou moins marquées par les dimensions de genre.

⁶ Notamment, en précisant autant que possible la manière dont elles sont construites.

⁷ Cette description est assez détaillée dans SUMER, dont le questionnaire principal est rempli par le médecin du travail.

⁸ Avec la place grandissante des enjeux psychosociaux au travail, un premier questionnaire d'auto-évaluation des symptômes dépressifs et anxieux a été ajouté dans la dernière version de l'enquête SUMER, mais son utilisation pose pour l'instant quelques problèmes méthodologiques.

juridiques spécifiques : maladies professionnelles, « pénibilité » ouvrant des droits spécifiques, etc.⁹

Et, les conditions sociales d'élaboration des indicateurs et des connaissances focalisent l'attention sur un certain nombre de risques tandis que d'autres restent négligés ou ignorés. Il est, par exemple, aujourd'hui avéré que le système de tableau des maladies professionnelles se traduit par une sous-estimation massive de l'incidence des cancers professionnels, particulièrement sur certaines localisations¹⁰. C'est d'ailleurs pour tenir compte de la sous-estimation massive des maladies professionnelles dans le système actuel que l'article L 176-2 du Code de la Sécurité sociale a institué une commission¹¹ dont le rôle est d'évaluer périodiquement le montant des versements annuels de la branche AT/MP à la branche maladie, invalidité, décès du régime général, « *pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV* »¹².

Pour ce qui concerne les enjeux de santé mentale, aucune pathologie de ce type ne fait actuellement l'objet d'une reconnaissance dans le système des tableaux de MP. Les sources de données en santé sont donc celles de la santé publique, et celles de quelques dispositifs complémentaires (cf. chapitre 2).

Mais, comme le soulignent Cavalin et Célérier (2012-b), l'approche dominante dans le champ des statistiques du travail (fondée sur la notion d'exposition à des contraintes, ou à des risques) produit des « mesures incommensurables » avec les approches en santé (publique), qui elles partent des pathologies (avec un champ beaucoup plus large que celui de la santé au travail) et cherchent à mieux identifier les facteurs de risques¹³ et les sous-groupes de population les plus concernés : « *La santé que menacent les conditions de travail n'est pas la même que la santé dégradée dont on cherche à comprendre les causes.* » (Cavalin et Célérier, op. cit.). Les travaux partant de la santé pour aller vers le travail sont fortement marqués par les logiques de causalité déterministe et univoque (cf. supra) et l'outillage méthodologique qui les supportent (place centrale de l'épidémiologie et de ses méthodes de validation, dispositifs de « veille sanitaire », recherche de « fraction attribuable », etc.)¹⁴, alors que les données sur les conditions de travail ont été conçues pour être utilisées en complément d'autres sources d'informations, notamment qualitatives¹⁵.

Comme nous le verrons plus bas, un certain nombre de développements récents dans la production des données visent à mieux comprendre les dynamiques entre santé et travail. Ces travaux étant très récents, il y a encore peu de données et analyses. Mais celles-ci tendent à

⁹ Sur ce sujet, cf. Bruno, Geerkens, Hatzfeld, Omnès (2011).

¹⁰ Cf. Kasbi-Benassouli V., Imernon H., Iwatsubo Y., Buisson C., Goldberg M. (2005).

¹¹ Généralement désignée sous le nom de son principal rapporteur (« commission Diriq »).

¹² Il est à noter que ces versements (790 millions d'euros en 2012) se situent à un niveau global, et n'apportent donc aucune compensation au niveau des personnes concernées par cette « invisibilité » (« maladie » et « maladie professionnelle » n'ouvrent pas aux mêmes droits, surtout en cas d'incapacité).

¹³ Dans cette approche, la même logique prévaut pour chercher à identifier comment et pour quelle part le travail peut être un facteur de risque psychosocial, que dans l'identification du tabac comme facteur de risque de cancer des voies aériennes, par exemple.

¹⁴ Dans cette approche, c'est cet outillage qui doit permettre « d'identifier la responsabilité du travail dans la prévalence des pathologies mentales » et de la confronter à d'autres causes possibles (comme les « facteurs personnels »), pour ensuite développer des campagnes de prévention.

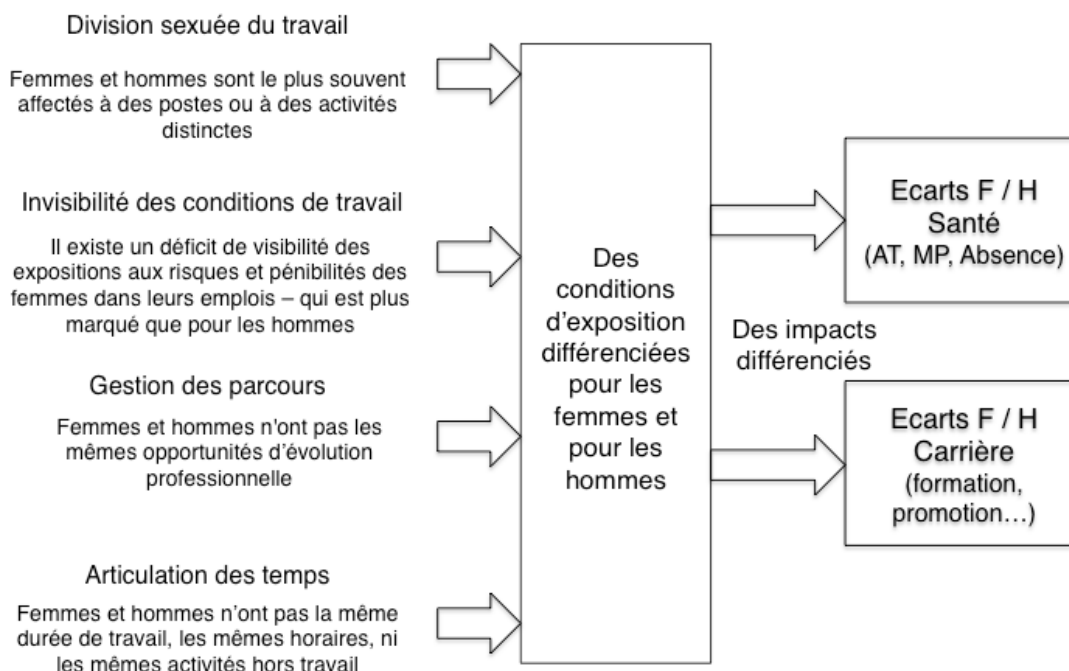
¹⁵ Comme le soulignent Volkoff et Moliné (1982) à propos de la première enquête CT qu'ils avaient coordonnée, « (...) Il faut à tout prix éviter de conférer aux chiffres une quelconque réputation d'autorité : il s'agit d'un mode d'évaluation parmi d'autres (...) »

confirmer le très haut degré de complexité de cette dynamique (qui ne peut donc se voir réduite à un modèle causaliste univoque).

1.3.2. Genre et travail : de nombreuses zones d'ombre

Si les questions de genre et travail ont donné lieu à un certain nombre d'études qualitatives (comme nous le verrons aux chapitres suivants), la production des données dans ce champ se limite encore (au mieux¹⁶) à la présentation de données par sexe. Or le développement d'une approche par genre nécessite de prendre en compte certaines dimensions structurantes de la construction sociale des genres et leur incidence sur la situation respective des femmes et des hommes par rapport au travail. Celles-ci peuvent être envisagées à partir des quatre axes d'analyse développés par le réseau Anact-Aract pour introduire les questions de genre dans les interventions sur les conditions de travail. Ce sont ces quatre axes qui sont repris ici¹⁷.

Modèle genre Anact: 4 axes d'analyse



¹⁶ Nous précisons « au mieux », dans le sens où ce n'est pas toujours le cas : les statistiques des AT/MP ne faisaient jusqu'à présent pas l'objet d'une présentation par sexe.

¹⁷ Pour une présentation détaillée de ces hypothèses et des travaux qui la sous-tendent, cf. Chappert 2013.

1.3.2.1. Invisibilités

Les questions de genre sont pendant longtemps restées un point aveugle des disciplines contribuant au développement de la connaissance en santé au travail. Ainsi, par exemple, Niedhammer et al. (2000) ont réalisé une revue de littérature épidémiologique (les 54 numéros de 6 revues internationales traitant de santé au travail parus en 1997¹⁸), dans laquelle il est apparu que seulement 51 % des articles portaient sur une population mixte (11 % n'indiquaient pas le sexe, 31 % ne portaient que sur des hommes et les 7 % restants ne portaient que sur des femmes). Pour les auteurs, trois raisons expliquent cette situation : les hommes sont plus exposés que les femmes à des risques professionnels graves (mort, maladies graves) ; les épidémiologistes ont besoin de larges échantillons de populations bien identifiables (dans les services, à part dans les hôpitaux, les emplois sont beaucoup plus disséminés) ; les hommes sont considérés comme représentant correctement l'ensemble de la population salariée (les femmes ne sont étudiées en tant que telles que sur des sujets spécifiques, comme la santé reproductive, par exemple).

Il y a donc un déficit important de visibilité de certains risques. Au-delà des carences du système des tableaux des maladies professionnelles, indiquées plus haut, c'est l'ensemble du modèle étiologique¹⁹ et son mode de validation qui aboutissent à cette invisibilité : recours à des notions de seuil (dont la validité scientifique n'est pas toujours établie), difficulté à appréhender les effets de synergie (entre plusieurs expositions), absence d'études sur certains risques, délais de prise en compte des « nouveaux risques » (catégorie qui inclut les RPS), etc.

Ainsi, les travaux du GISCOP 93 sur les cancers professionnels ont montré le manque de connaissances scientifique sur les effets des multiples expositions, à des doses parfois faibles (et souvent inconnues par les employeurs, les salariés et les médecins du travail). Ainsi, alors qu'il n'existe pas d'études épidémiologiques sur les agents cancérigènes dans le nettoyage, le bilan du chariot d'une nettoyeuse de bureau a révélé l'existence de 14 agents cancérigènes (utilisés sans information ni protection particulière).

Ce déficit de visibilité concerne les hommes comme les femmes. Mais il apparaît plus marqué dans les métiers féminins, comme l'ont montré les travaux de K. Messing (cf. notamment 1999, 2009, 2011, 2013).

En effet, les conditions de travail les plus formalisables, et sur lesquelles le droit du travail intervient (les horaires de nuit, les poids qui se pèsent, les températures que l'on peut évaluer avec des thermomètres, les bruits qu'on peut évaluer avec des sonomètres, etc.) sont assez largement masculines. Et les difficultés, les formes de pénibilités, de mal-vivre dans le travail qui sont liées à l'assujettissement, au manque de marges de manœuvre, à la pression temporelle, aux difficultés dans les relations de service avec des gens, mais aussi à certaines expositions à des

¹⁸ Dernière année de parution complète au moment de l'étude.

¹⁹ Modèle de causalité linéaire simple (une cause associée à un effet, relation dose-effet, etc.).

risques chimiques (ou d'autres formes de pénibilités physiques²⁰) sont relativement plus présentes dans les métiers exercés par les femmes²¹.

Cependant, les grandes enquêtes sur les conditions de travail et la santé (Enquête Conditions de travail et SUMER, en particulier) ont fortement évolué au cours de 30 dernières années pour tenir compte de l'évolution générale du travail et des conditions de sa réalisation, et pour couvrir au mieux l'ensemble de la population au travail. Ainsi, dans SUMER 2003, un nouveau questionnaire a été introduit pour appréhender les facteurs de risques psychosociaux au travail (questionnaire repris et enrichi dans SUMER 2010). Combinées avec les questions relatives à l'organisation du travail, et avec l'élargissement du champ²², ces évolutions offrent aujourd'hui une représentation plus complète et plus nuancée des conditions de travail des hommes et des femmes : à côté des pénibilités physiques des ouvriers du bâtiment, apparaissent aussi les contraintes organisationnelles et les risques psychosociaux des personnels administratifs, des soignants et des employés de commerce (par exemple).

Toutefois, l'interprétation de ces données (quand elles sont présentées par sexe) peut s'avérer délicate en raison d'effets de « structure » liés à la division genrée du travail, et du caractère strictement descriptif d'une situation à un moment donné des enquêtes transversales. Ces deux points sont très importants dans une approche par genre des questions de santé au travail et méritent donc quelques développements ici.

²⁰ Jusqu'aux mouvements sociaux du début des années 1990 chez les infirmières, les statistiques ne faisaient pas ressortir que c'était un métier exposé au « port de charge » (dans les enquêtes conditions de travail ultérieures, des précisions ont été apportées à la formulation « port de charge » pour préciser que cela ne se limitait pas à des objets inertes).

²¹ Sans qu'il soit possible de développer complètement ce point ici, on peut cependant noter que l'augmentation des taux d'activités féminines depuis 50 ans s'est faite de manière concomitante au déclin massif de la syndicalisation en France (et dans les secteurs des services, qui n'ont pas les mêmes traditions syndicales que l'industrie). Par ailleurs, sur cette période, les syndicats français ont assez peu relayé certaines revendications à caractère plus « féministe » (comme, par exemple, le développement des temps partiels longs « choisis » pour les hommes et les femmes aux Pays-Bas).

²² En 1994, SUMER ne couvrait que les salariés du secteur privé. En 2003, elle a intégré la fonction publique hospitalière et, en 2010, la fonction publique territoriale et une partie de la fonction publique d'État.

1.3.2.2. La division sexuelle du travail

La division sexuelle du travail reste un fait massif et résistant aux évolutions sociales : *les six professions les plus féminisées en 2012 sont les mêmes que celles qui l'étaient en 1962*. Alors que sur la même période, le taux d'activité des femmes a doublé, passant de 40 – 45 % à plus de 80 %.

Ainsi, selon l'Enquête Emploi, les femmes représentent entre 80 % et 99 % des effectifs dans les métiers suivants :

- caissier-e-s, employé-e-s libre-service ;
- coiffeurs, esthéticien-e-s ;
- infirmier-e-s, sages-femmes ;
- aides-soignant-e-s ;
- secrétaires et secrétaires de direction ;
- employé-e-s de maison ;
- aides à domicile ;
- assistant-e-s maternelles.

Inversement, les hommes représentent plus de 80 % des cadres du BTP (et de nombreux métiers techniques et opérationnels du BTP), des conducteurs de véhicules, des effectifs de l'armée, police, pompiers.

Par conséquent, les chiffres globaux par sexe sur l'exposition à un indicateur de conditions de travail s'avèrent très insuffisants pour ébaucher une quelconque interprétation car ils neutralisent souvent des écarts très importants (entre secteurs, entre CSP). Ainsi, par exemple, si (en moyenne globale) les femmes sont sensiblement plus nombreuses que les hommes à avoir été victimes d'une agression verbale de la part du public (18 % contre 13 % selon SUMER 2010), cette situation est inversée dans la fonction publique, et particulièrement la fonction publique territoriale (28 % des hommes contre 17 % des femmes).

Les données statistiques globales ouvrent donc souvent plus de questions qu'elles n'apportent de réponses. Des analyses plus fines, sur des nomenclatures plus détaillées peuvent apporter des réponses. Mais celles-ci restent malgré tout limitées car, comme l'ont montré un certain nombre de travaux (cf. cas du réseau Anact-Aract notamment), la division du travail entre hommes et femmes se situe aussi à un niveau inaccessible par des approches quantitatives : dans un même métier, un même atelier, une même équipe, le travail des femmes est souvent très différent de celui des hommes. On demande plus souvent aux hommes des efforts brefs et intenses et aux femmes de la minutie, de la rapidité, de l'acuité visuelle et de la concentration. Ces tâches sont fréquemment étiquetées « lourdes » pour les hommes et « légères » pour les femmes. Ainsi, les hommes nettoyeurs conduisent les machines (17 % contre 2 % de leurs homologues féminines) et portent les sacs (15 % contre 4 %), tandis que les femmes lavent les toilettes et passent le chiffon (Guignon, 2008).

Au-delà de la description des situations globales, pour comprendre ce qui se joue en termes de conditions de travail et d'incidences sur la santé des femmes et des hommes, il est donc nécessaire d'aller au plus près des situations de travail par des études qualitatives.

1.3.2.3. Conciliation des temps

Pour mieux appréhender les questions de conciliation des temps (et donc prendre en compte des contraintes a priori très « genrées »), certaines enquêtes sur les conditions de travail²³ ont intégré ces dernières années une question sur la conciliation travail – hors travail. Les résultats à cette question se révèlent surprenants. Car ce sont les hommes qui sont les plus nombreux à déclarer des difficultés de conciliation. Ainsi, dans l'enquête européenne (Eurofound 2012) 23 % des hommes âgés de 35 à 49 ans déclarent que leurs horaires de travail ne s'accordent pas très bien ou pas bien du tout avec leurs engagements sociaux et familiaux, contre 17 % des femmes de la même tranche d'âge.

Ce résultat apparaît effectivement comme surprenant, voire paradoxal, compte tenu de ce que l'on sait par ailleurs quant à la répartition des tâches domestiques entre les hommes et les femmes (par exemple, selon l'enquête Emploi du Temps, en France, les femmes salariées consacrent en moyenne 24h par semaine aux tâches domestiques contre 14h pour les hommes salariés).

Mais ce résultat montre surtout les limites des enquêtes transversales pour appréhender un certain nombre de phénomènes qui jouent un rôle important dans une analyse des enjeux de santé au travail - qui plus est par genre. En effet, il est évident que les questions de conciliation travail-hors travail influent de manière invisible (et pour une part difficile à évaluer) sur tout un ensemble d'autres dimensions : taux d'activité, temps partiels, critères de choix d'un emploi (avec toutes les conséquences en termes de conditions de travail et de vécu quand il faut faire carrière dans un emploi différent de celui qui aurait été occupé si les questions de conciliation s'étaient posées dans d'autres termes), etc.

1.3.2.4. Parcours professionnel

Ce qui est mesuré à un moment donné n'est donc que le résultat d'un processus complexe « d'ajustements » de divers ordres (y compris l'auto-exclusion, la sélection, etc.). Et ces ajustements peuvent eux-mêmes avoir des conséquences sur les conditions de travail et/ou la santé des personnes concernées. Dans l'analyse des liens entre santé et conditions de travail, les difficultés méthodologiques liées à l'analyse de ces résultats sont connues notamment au travers de la notion « d'effet travailleur sain²⁴ ».

Plus globalement, dans le domaine de la santé, la question temporelle (notamment celle du délai, parfois très long, entre une exposition et le développement d'une pathologie) constitue une difficulté méthodologique majeure au développement des modèles de compréhension du lien entre travail et santé. Et, c'est pour mieux comprendre ces multiples phénomènes, et les liens de causalité entre eux, que des enquêtes longitudinales²⁵ dans le champ de la santé au travail

²³ Enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS 2010) et Santé et Itinéraire Professionnel (SIP) 2007, notamment.

²⁴ Les personnes occupant des postes présentant de nombreuses pénibilités peuvent néanmoins afficher une meilleure santé que les autres car il y a une forme de sélection par la santé dans l'accès à ces postes (seules les personnes en très bonne santé sont en mesure de les occuper).

²⁵ Enquêtes comportant un échantillon enquêté au moins deux fois.

commencent à être développées. Mais, elles sont pour l'instant peu nombreuses²⁶ et relativement récentes. Il est donc nécessaire de mobiliser différentes sources qualitatives et quantitatives pour dépasser les données descriptives (par sexe) et pour comprendre les dynamiques sociales et de santé sous-jacentes – ce qui dépasse donc en partie l'objet de ce document, dans la mesure où il ne porte que sur les sources quantitatives.

En effet, comme le précise Vogel (2003), tant qu'on en reste à des données d'exposition par sexe, « *on ne s'interroge pas sur les raisons qui font que ce sont des femmes qui sont infirmières, caissières, etc. et les hommes ouvriers du bâtiment, policiers, etc. : la division sexuelle du travail est une donnée, neutre quant à son impact sur la santé. Dans une telle vision, l'impact du travail sur la santé s'analyse principalement en fonction de risques déterminés. (...) Mais la santé ne se construit pas comme une simple réponse à diverses agressions. Elle naît d'une dynamique où s'affrontent des facteurs de nocivité et des mécanismes de défense. Ces mécanismes de défense se construisent autant sur la base de réaction aux risques que sur les attentes des individus qui sont elles-mêmes socialement construites. La pathologie surgit lorsque qu'un déséquilibre brutal et important se produit, lorsque la personne ne parvient pas à mobiliser les ressources nécessaires pour retrouver cet équilibre dynamique qu'est la construction de la santé. Dans une telle optique, le fait que les femmes sont plus souvent caissières qu'ouvrières du bâtiment a une signification qui dépasse le simple constat d'une exposition différente à des risques déterminés par la profession.* »

1.3.3. Les facteurs de « risques psychosociaux » au travail

Comme nous l'indiquons plus haut, jusqu'au début des années 2000, les facteurs de RPS étaient peu présents, en tant que tels, dans les questionnaires des enquêtes nationales sur les conditions de travail et la santé au travail. Les questions de santé psychique étaient surtout traitées au travers d'enquêtes en santé publique - qui comportaient quelques éléments d'informations sur l'emploi des personnes (statut d'emploi, CSP mais rien sur leurs conditions de travail). Toutefois, depuis une dizaine d'années, le « stress au travail » et les « RPS » occupent une place de premier plan dans les débats sociaux (et plus encore médiatiques) sur le travail²⁷.

Il n'en reste pas moins qu'aucun trouble de santé mentale (et aucun facteur RPS²⁸) n'est actuellement pris en compte dans le système des tableaux de maladies professionnelles. Toute

²⁶ Il n'y a actuellement que l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel, dont on dispose aujourd'hui de 2 vagues (2007 et 2010) à permettre cette vue longitudinale (cf. Bahu et al., 2012). La future enquête RPS devrait elle aussi comporter un suivi de cohorte ou de panel.

²⁷ Le 2 juillet 2008, les partenaires sociaux ont signé un accord national interprofessionnel sur « le stress », quelques mois après la remise du « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » de Philippe Nasse et Patrick Légeron. Consécutivement à ce rapport, un collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail a été mis en place fin 2008. Il a remis son rapport final le 11 avril 2011, dans lequel il préconise la réalisation régulière d'enquêtes nationales sur les facteurs de RPS au travail.

²⁸ Pour mémoire, des recherches de grande envergure ont montré le pouvoir prédictif du « modèle de Karasek » (principal outil utilisé dans l'évaluation des facteurs RPS au travail) sur la détresse psychologique et les maladies cardio-vasculaires.

affection de cette nature ne peut donc être reconnue que dans le cadre particulier (et restrictif) des maladies hors tableau (ou des accidents du travail).

Par ailleurs, comme le souligne le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, « *il n'y a pas (...), en l'état actuel de l'art, de consensus dans le monde scientifique sur la façon de concevoir et de traiter les risques psychosociaux au travail. Il existe encore moins une théorie unifiée et consensuelle au sujet de ces risques.* » Cependant, la méthode suivie par ce Collège (en examinant systématiquement la façon dont les différentes disciplines scientifiques abordent la question), a permis de dégager une conception qui fait aujourd'hui référence dans le domaine, en France comme à l'étranger.

Par conséquent, dans ce document, nous reprendrons la définition des risques psychosociaux au travail donnée par le Collège d'expertise, à savoir que ce sont « *les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.* » De même, la partie consacrée aux indicateurs de facteurs RPS sera organisée en reprenant les axes identifiés par le Collège d'expertise, et les indicateurs correspondants (dans la mesure où des données fiables sont disponibles, car ce rapport a justement pour objectif de contribuer à faire évoluer le dispositif statistique sur les conditions de travail pour mieux y couvrir les enjeux psychosociaux).

Ici aussi, une certaine prudence reste de rigueur pour ne pas interpréter trop vite des données descriptives des conditions de travail en termes d'incidence sur la santé des salarié-e-s, malgré la production récentes de données qui proposent d'établir des liens assez directs entre ces deux dimensions du travail et de la santé. Les principaux « modèles » de référence dans le champ des facteurs de RPS au travail²⁹ ont certes fondé leur légitimité sur leur validité externe, c'est-à-dire la solidité (statistique) des liens prédictifs entre les facteurs de risques et les dimensions de la santé *retenus dans le modèle*. En d'autres termes, la validation des liens porte exclusivement sur les facteurs et les effets pris en compte le modèle - toutes les autres dimensions sont hors champ (et constituent éventuellement des « facteurs de confusion »)³⁰.

²⁹ Modèles dits de « Karasek » (ou Job Content Questionnaire, JCQ) et de « Siegrist » (ou Effort Reward Imbalance Questionnaire, ERIQ), notamment.

³⁰ Ce « hors champ » s'avère suffisamment problématique pour que les deux modèles cités ci-dessus fassent l'objet de travaux pour développer de nouvelles versions, enrichies par des dimensions absentes.

Et, si cette validation permet de mesurer la force du lien statistique entre des facteurs et des effets, elle ne propose pas un modèle de causalité (simple ou complexe).

Ainsi, comme le soulignent Cavalin et Célrier (2012b) à propos du développement récent des études épidémiologiques sur les facteurs de RPS au travail, « *la démarche relève d'une métrologie intense et évolutive, alors même que le phénomène mesuré reste particulièrement ombreux, autant qu'est incertaine sa définition. On ne sait pas précisément ce qu'on mesure, mais on le mesure de plus en plus précisément ! Cette précision nouvelle s'obtient du rapprochement de deux démarches restées longtemps parallèles, par une sorte de fusion-juxtaposition des notions d'exposition à un risque et de facteur de risque que constitue le travail pour la santé des travailleurs* ».

Il va sans dire que développer une approche par genre des facteurs de RPS au travail et de leurs liens éventuels avec la santé des femmes et des hommes s'avère encore plus hasardeux, et ce n'est pas l'objet de ce document (ce serait un objet impossible, comme nous aurons l'occasion de le souligner à différentes reprises).

L'objet de ce document est de faire un point aussi complet que possible sur ce que les principales sources statistiques permettent de décrire de la situation respective des femmes et des hommes par rapport au travail et à la santé.

Les analyses ici développées ne peuvent donc pas prétendre couvrir exhaustivement l'ensemble des enjeux, ni l'ensemble des situations de travail. Il s'agit plutôt d'ouvrir des pistes de réflexion sur les « effets de genre » dans les différents registres de l'activité de travail et de la mobilisation des ressources psychosociales des salarié-e-s. Les analyses ont encore moins la prétention de traiter de l'ensemble des enjeux de RPS au travail : il s'agit ici de s'intéresser aux aspects sur lesquels un « effet de genre » significatif peut être observé.

Résumé

Engager une approche par genre des données statistiques nationales sur les facteurs psychosociaux de risques au travail et la santé requiert quelques précautions méthodologiques afin de ne pas faire dire aux chiffres plus (ou autre chose) que ce qu'ils disent.

En effet, l'ensemble des catégories mobilisées dans ces analyses (genre, facteurs psychosociaux de risques, santé) sont le produit d'élaborations scientifiques et sociales complexes. Il est donc important de préciser leur définition, ce qu'elles visent à étudier, et leurs limites.

Ainsi, l'approche par genre se distingue assez clairement d'une approche par sexe (notamment dans le domaine de la santé). Ici, il ne s'agit pas tant de s'intéresser aux différences biologiques entre les hommes et les femmes qu'aux constructions sociales qui, sur cette base, définissent les rôles sociaux, les comportements prescrits, permis ou proscrits assignés aux un-e-s et aux autres. Pour comprendre comment cette dimension de genre joue dans le travail et dans la santé au travail, les données par sexe sont utiles dans la mesure où elles sont utilisées avec certaines précautions. En effet, d'une part, ces données décrivent un état à un moment donné mais reflètent assez mal les processus dynamiques d'assignation des rôles et des comportements (alors que l'essentiel se joue à ce niveau). D'autre part, les résultats synthétiques présentent l'inconvénient, soit d'agréger des situations parfois fort différentes, soit de maintenir une certaine confusion entre deux dimensions (par exemple, en raison de la division du travail, certains éléments descriptifs des conditions de travail des femmes sont en fait des éléments descriptifs des principales familles d'emplois féminins).

En matière de santé, les données statistiques sont surtout caractérisées par un paradoxe : les femmes déclarent plus de troubles de santé, mais leur espérance de vie est supérieure à celle des hommes. Ce paradoxe est souvent mobilisé dans les analyses des résultats d'enquête (y compris sur les facteurs RPS au travail) pour ne pas interpréter les résultats des hommes comme ceux des femmes. Mais il s'agit là d'un moyen pour contourner des questions essentielles sur la définition des catégories en santé et, plus encore, sur les dynamiques de construction ou d'altération de la santé (et ses liens avec les dimensions de genre dans l'identité sociale des individus).

Le champ de la santé au travail est, quant à lui, resté longtemps pensé au « masculin – neutre ». Les pénibilités et risques autres que ceux du travail ouvrier industriel commencent progressivement à être mieux mis en visibilité (sauf dans les catégories juridiques comme les maladies professionnelles ou les droits à une retraite anticipée). Mais les liens entre les dynamiques de santé au travail et construction sociale des identités de genre reste encore largement à explorer. L'objet de ce document est de recenser ce que les sources statistiques nationales permettent de commencer à explorer sur ces questions.

Comme nous l'indiquons plus haut (chapitre 1), la compréhension des liens entre santé et travail nécessite de s'intéresser à des processus complexes dans lesquels de nombreux facteurs de nature diverse interviennent et se combinent pour se renforcer (ou au contraire se neutraliser), et où la temporalité est souvent de très long terme. Comme nous l'indiquons aussi, il n'y a pas aujourd'hui de modèle scientifique permettant d'établir des liens indiscutables entre le travail (et notamment les dimensions psychosociales du travail) et la santé.

Néanmoins, il existe un certain consensus (notamment à partir des modèles « validés » dans le champ des RPS) pour considérer que les effets des RPS au travail ne se traduisent pas par des troubles de santé physique, psychique ou sociale spécifiques et clairement identifiables. Le champ des troubles concerne donc potentiellement toutes les données de santé (et même au-delà).

Sans prétendre à l'exhaustivité, il nous paraît donc nécessaire, dans ce chapitre, de faire au moins le point sur les données disponibles concernant :

- l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé pour les hommes et les femmes (données de santé publique portant sur la santé physique et mentale) ;
- les principales données de santé publique relatives à la santé mentale des femmes et des hommes ;
- les données générales de santé au travail (accidents du travail et maladies professionnelles en particulier) ;
- les éléments disponibles concernant les troubles de santé mentale attribuables au travail.

En effet, se limiter au dernier point ne donnerait qu'un aperçu très limité des enjeux de santé liés aux RPS, ceux qui concernent directement la santé psychique et sociale, à l'exclusion de la santé physique. Il n'en reste pas moins, comme nous le verrons, que les programmes actuels de suivi épidémiologiques en santé au travail portent plutôt sur les liens entre les facteurs RPS au travail et la santé mentale.

Dans ce chapitre, nous nous limiterons à la présentation de données statistiques descriptives de la situation des femmes et des hommes par rapport à la santé, sans proposer³¹ d'éléments qualitatifs d'analyse genrés (permettant de comprendre certaines des dynamiques sociales qui sous-tendent les différences de situations entre les hommes et les femmes).

³¹ À l'exception des données relatives aux suicides et tentatives de suicide.

2.1. Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé

En 2012, en France l'espérance de vie à la naissance atteint 78 ans chez les hommes et 85 ans chez les femmes³². Depuis les années 1980, la progression régulière de l'espérance de vie est principalement liée à la baisse de la mortalité aux âges élevés (après 65 ans).

Aussi, pour comprendre si ces années de vie gagnée sont des années à vivre en bonne santé (ou inversement avec des maladies, handicaps, dépendance), des indicateurs de vie en santé ont été développés³³. Ils portent généralement sur des mesures de santé fonctionnelle, ou incapacités, et sont donc désignés comme espérance de vie sans incapacité (EVSI). Trois grands types d'indicateurs sont généralement produits :

- les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles sans gêne sur les activités du quotidien (difficulté à voir, entendre, marcher, monter et descendre les escaliers, etc.) ;
- les problèmes fonctionnels qui gênent la réalisation d'activités courantes et constituent une difficulté pour accomplir un « rôle normal » (en rapport avec l'âge, le sexe, et les autres facteurs sociaux et culturels) ;
- les difficultés dans les activités de soins personnels qui reflètent dans la quasi totalité des cas des situations de dépendance ou de quasi-dépendance (difficulté ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, etc.).

Comme pour l'espérance de vie, ces indicateurs peuvent être calculés à différents âges³⁴.

Les dernières données disponibles (Sieurin et al. 2011) montrent que l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes ne se retrouve pas au niveau de l'espérance de vie sans incapacité : les difficultés dans les activités domestiques ou générales du quotidien débutent à approximativement au même âge pour les hommes et pour les femmes, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Espérance de vie sans incapacité à 50 ans en France Métropolitaine en 2008

	Hommes (50 ans)			Femmes (50 ans)		
Espérance de vie	30,1 ans			35,9 ans		
Restrictions d'activités ou limitations fonctionnelles	EVSI (années)	EVSI/ EV	EVI (années)	EVSI (années)	EVSI/ EV (%)	EVI (années)
Limitations fonctionnelles	13,9	46 %	16,2	13,5	38 %	22,4
Gêne dans la réalisation d'activités courantes	17,4	58 %	12,7	18,5	52 %	17,3
Dépendance	27,3	90 %	2,9	31	87 %	4,8

³² Source INSEE, chiffre provisoire.

³³ Et sont inscrits depuis 2003 dans la liste des indicateurs structurels de l'Union européenne (Healthy Life Years ou HLY).

³⁴ Pour plus de détails sur les modalités de calcul des EVSI, cf. Sieurin et al. 2011.

Lecture : à 50 ans les hommes peuvent espérer vivre 13,9 années sans limitation fonctionnelle, soit 46 % de leur espérance de vie totale. Il restera donc 16,2 années à vivre avec incapacité.

Extrait d'un tableau de Sieurin et al. (2011), données de l'enquête Handicap – Santé en Ménages (HSM) 2008.

Jusqu'au début des années 2000 les espérances de vie en bonne santé progressaient parallèlement à l'espérance de vie pour les hommes et les femmes. En revanche, sur les dernières données, la tendance est un peu différente et moins favorable pour les femmes. En effet, alors que pour les hommes l'espérance de vie sans dépendance et sans gêne dans la réalisation d'activités courantes continue de progresser, pour les femmes, elle stagne. L'évolution est encore plus défavorable pour l'espérance de vie sans limitations fonctionnelles, qui progresse très faiblement pour les hommes et diminue pour les femmes.

Il ne s'agit ici que de premières tendances qu'il ne faudrait pas sur-interpréter (notamment en raison des questions méthodologiques³⁵). Mais il est cependant possible de noter qu'une évolution identique est observée dans d'autres pays d'Europe, notamment en Suède, ainsi qu'aux États-Unis. Selon Sieurin et al. (2011), la tendance récente pourrait « *s'expliquer par la perception d'un état de santé fonctionnel plus dégradé dans les générations de femmes qui ont été plus nombreuses à travailler et qui sont aujourd'hui en fin de vie active ou jeunes retraitées. Ainsi, elle pourrait être le résultat de nouvelles formes d'organisation sociale induisant de plus grandes difficultés pour certains de gérer certaines situations du quotidien.* »

Il est possible de noter que, pour les hommes comme pour les femmes, l'espérance de vie (à 50 ans) sans limitation fonctionnelle est proche de celle de l'âge légal de la retraite (respectivement 63,5 et 63,9 ans) et que l'espérance de vie sans gêne dans la réalisation d'activités courantes (67,4 et 68,5 ans) est proche de l'âge de la retraite à taux plein garanti quel que soit le nombre de trimestres cotisés (âge jusqu'auquel beaucoup de femmes seront contraintes de travailler pour avoir une retraite complète, du fait de leurs interruptions de carrière).

Par ailleurs, une analyse secondaire de l'enquête Evénements de Vie et Santé (Cavalin et Célérier, 2012a) met en évidence que la santé mentale n'évolue pas comme la santé physique en fonction de l'âge. En effet, les scores moyens de santé physique baissent régulièrement et significativement de la première classe d'âge (18 – 25 ans) à la dernière (70 – 75 ans). La baisse est plus marquée pour les femmes (-17,6 points) que pour les hommes (-13,6 points). En revanche, pour la santé mentale, les scores moyens des premières et des dernières classes d'âge sont très proches, et c'est sur la période intermédiaire (25-50 ans) que les valeurs sont plus faibles.

Les auteurs précisent que, dans l'enquête EVS, on retrouve les différences connues entre les hommes et les femmes mais « *de façon moins nette qu'on ne l'observe en général dans la littérature sur le sujet. Ces différences sont ici insignifiantes entre 25 et 29 et les femmes se déclarent en meilleure santé que les hommes de 30 à 39 ans. Dans cette dernière tranche d'âge, leur score moyen de santé physique est même supérieur à celui des hommes. La différence semble ici surtout porter sur le lien de l'âge à la santé. Les déclarations de bonne santé des femmes décrivent en effet trois grands paliers bien distincts à 40 – 44 ans, 50 – 54 ans et 70 – 75 ans, tandis que la baisse des scores enregistrés par les hommes se fait plus*

³⁵ Dimensions suivies par plusieurs enquêtes utilisant des questionnaires et indicateurs différents et évolution des questionnaires entre deux vagues d'enquête.

progressive. Pour la santé mentale en revanche, les scores des femmes restent inférieurs à ceux des hommes quel que soit l'âge » (Cavalin et Célérier, 2012a).

2.2. La santé mentale des femmes et des hommes

2.2.1 Les consultations et consommations médicales

Selon les données de l'Enquête Permanente sur la Prescription Médicale,

- Les troubles mentaux représentent la première cause de consultation entre 40 et 49 ans chez les femmes comme chez les hommes (et l'un des trois principaux motifs de consultation chez les femmes entre 30 et 59 ans et chez les hommes entre 20 et 49 ans).
- Les troubles névrotiques, de la personnalité ou du comportement concernent 9 % des consultations chez les femmes entre 15 et 45 ans et la dépression³⁶ 5,5 %. Entre 45 et 74 ans, ces proportions passent respectivement à 6,4 % et 9 %.
- Les femmes consomment deux fois plus souvent des psychotropes que les hommes (9,7 % contre 4,7 %).

Selon le Baromètre Santé 2010, la consommation de psychotropes s'intensifie avec l'âge des personnes interrogées parmi les femmes, alors qu'on observe un pic chez les hommes de 45-54 ans.

En prenant en compte les diverses sources de données, on observe qu'environ un homme sur deux souffrant d'un épisode dépressif déclare ne pas avoir consommé de médicaments ni rencontré un professionnel de la santé ou séjourné dans une structure de soins. Ces proportions sont plus faibles chez les femmes (3 à 4 femmes sur 10). Ainsi, il apparaît que la prise en charge des troubles dépressifs est plus courante pour ces dernières.

En 2007, les affections psychiatriques de longue durée représentent la quatrième cause d'admission en ALD. Elles concernent 0,9 million (1,6%) de bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie dont 54,9% de femmes. Les épisodes dépressifs, les troubles affectifs bipolaires et les troubles anxieux concernent majoritairement des femmes (autour de 70 % pour ces pathologies). À l'inverse, les personnes inscrites en ALD avec un diagnostic de schizophrénie sont plus fréquemment des hommes (37,1% de femmes).

³⁶ Et autres troubles de l'humeur, selon la classification de la CIM 10.

2.2.2. Les données statistiques relatives aux troubles de santé mentale

La fréquence des troubles de santé mentale relevés dans les enquêtes varie en fonction des instruments de mesure³⁷ et des définitions sur lesquels elles s'appuient.

Selon l'Enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG³⁸), les prévalences des troubles de santé mentale sont les suivants :

Prévalence des troubles repérés par l'enquête SMPG (questionnaire Mini)

Troubles	Parmi les hommes	Parmi les femmes	Ensemble
Troubles de l'humeur			
- Épisode dépressif	8,9	13	11
- Dont trouble dépressif récurrent (vie entière)	4,5	6,7	5,6
- Dysthymie	1,7	3,1	2,4
- Épisode maniaque (vie entière)	2	1,2	1,6
Troubles anxieux			
- Anxiété généralisée	10,9	14,6	12,8
- Phobie sociale (actuelle)	3,2	5,3	4,3
- Trouble panique (actuel)	3,1	5,2	4,2
- Agoraphobie (actuelle)	1,4	2,7	2,1
- État de stress post-traumatique (actuel)	0,7	0,7	0,7
Syndromes d'allure psychotique (vie entière)	3,1	2,5	2,8
Dont			
- Syndrome psychotique récurrent actuel	1,3	1,2	1,2
- Syndrome psychotique récurrent passé			
- Syndrome psychotique isolé actuel			
- Syndrome psychotique isolé passé	1	0,7	0,8
	0,2	0,1	0,2
	0,6	0,5	0,6

Champ : France métropolitaine – personnes âgées de 18 ans et plus

Source : Enquête SMPG, résultats présentés dans Bellamy et al. (2004)

³⁷ Les principaux types de questionnaires utilisés sont soit des auto-questionnaires qui évaluent des symptômes, soit des questionnaires de diagnostic (remplis par un professionnel) et qui évaluent les troubles pathologiques. Selon le niveau de trouble auquel on s'intéresse (symptômes, troubles infra-pathologiques, pathologies) les pourcentages de population concernée varient considérablement. Pour plus de détails, cf. Bellamy et al. 2004.

³⁸ L'enquête SMPG utilise le questionnaire MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) en 120 questions, qui permet d'explorer 17 pathologies psychiatriques sur la base du DSM IV (*Diagnostic and statistical manual*, 4th revision) et de la CIM 10 (classification internationale des maladies, 10^e révision). Pour plus de détails, cf. Bellamy et al. 2004.

Ces données confirment que les troubles mentaux sont souvent caractérisés par une forte prévalence féminine ou masculine : avec les mêmes caractéristiques démographiques (âge, situation d'emploi, niveau d'étude, situation matrimoniale), le risque d'avoir un épisode dépressif ou de manifester une anxiété généralisée est multiplié par 1,4 chez les femmes (par rapport aux hommes). Pour la phobie sociale et les troubles paniques, le risque est même multiplié par 1,8. En revanche, les hommes présentent un risque plus élevé d'épisodes maniaques ou de syndromes d'allure psychotique.

Il est à noter que les niveaux de prévalence des troubles et les écarts entre les hommes et les femmes peuvent varier sensiblement selon les enquêtes, principalement pour des raisons méthodologiques (questionnaire utilisé, classification et période de référence, mode de recueil, etc.). Ainsi, par exemple, pour les épisodes dépressifs, une autre enquête française³⁹ aboutit à une prévalence de 16 % chez les femmes et 7 % chez les hommes, quand une enquête européenne⁴⁰ aboutit, elle, à des taux respectivement de 7,2 % et 4,2 %. L'interprétation des résultats des enquêtes entre termes de genre dans ce domaine (même quand les protocoles sont des plus rigoureux) nécessite donc une certaine prudence. Les résultats concernant le risque suicidaire en sont une bonne illustration (cf. infra).

Selon les résultats de cette enquête, c'est aux âges élevés (après 75 ans) que l'écart entre les hommes et les femmes est le plus marqué pour la prévalence des épisodes dépressifs (écart de 6,7 points) alors qu'il est quasiment nul entre 35 et 39 ans.

Par ailleurs, les résultats de cette enquête montrent aussi que certaines pathologies sont souvent associées : plus d'un quart des personnes identifiées par le Mini comme manifestant des symptômes d'anxiété généralisée⁴¹ ont également connu un épisode dépressif (dans les deux semaines précédant l'enquête). Et 30 % des personnes présentant un épisode dépressif présentent aussi un trouble anxieux généralisé. Sans pouvoir en déduire un modèle de causalité, l'enquête permet donc d'observer une forte comorbidité entre épisode dépressif et anxiété.

2.2.3. Les suicides et tentatives de suicide

Selon le Baromètre Santé 2010, 3,9 % des personnes interrogées ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont en proportion plus nombreuses (4,4%) que les hommes (3,4%) à déclarer avoir eu des **pensées suicidaires** au cours de l'année. Les différences entre hommes et femmes ne sont observées que dans les tranches d'âge les plus jeunes ou les plus élevées : aux âges actifs, entre 26 et 54 ans, les niveaux de pensées suicidaires sont relativement proches entre hommes et femmes. C'est entre 45 et 54 ans que l'on observe la plus forte prévalence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (5,1% chez les hommes et 5,2% chez les femmes). Les facteurs les plus fortement liés à

³⁹ L'enquête Santé et Protection Sociale 1996-1997 de l'IRDES, utilisant le questionnaire Mini avec évaluation de la prévalence sur le mois écoulé.

⁴⁰ ESEMeD, utilisant le WMH-CIDI (Composite International Diagnostic Interview, version 2000) qui repère les épisodes dépressifs majeurs (définition DSM IV) sur les 12 derniers mois. Les résultats sont ici donnés à l'échelle nationale française.

⁴¹ Et 30 % des personnes manifestant une phobie sociale, 42 % des personnes présentant un trouble panique.

la présence d'idées suicidaires diffèrent peu selon le sexe. Néanmoins, le fait de vivre seul est significativement associé à la survenue de pensées suicidaires seulement chez les hommes et la consommation d'alcool à risque chronique est associée à la survenue de pensées suicidaires seulement chez les femmes. Sans entrer dans le détail des explications psychologiques ou sociologiques de ces spécificités, on peut noter que les significations de ces deux situations d'isolement et d'alcoolisation à risque peuvent différer fortement selon le genre.

En 2010, 5,5% des 15-85 ans déclarent avoir **tenté de se suicider** au cours de leur vie (7,6% des femmes et 3,2% des hommes) et 0,5% au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont en proportion plus nombreuses (0,7%) que les hommes (0,3%) à déclarer avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

Les estimations pour l'année 2002 faisaient état d'environ 195 000 TS en contact avec le système de soins, dont 105 000 hospitalisations dans des établissements non spécialisés en soins psychiatriques et 64 000 en psychiatrie (données PMSI-MCO). Les séjours féminins représentaient 64,8% de l'ensemble des séjours pour TS. Ainsi, les taux d'hospitalisation pour TS étaient de 12,4 pour 10 000 hommes et 21,2 pour 10 000 femmes. Aux âges actifs (entre 19 et 75 ans), le taux d'hospitalisation est maximum chez les femmes entre 40 et 49 ans (31 pour 10 000) et entre 35 et 39 ans pour les hommes (21 pour 10 000).

Si l'on considère les données de mortalité du CépiciDC-Inserm, la tendance est très différente : le suicide est majoritairement masculin avec 7 593 hommes et 2 830 femmes⁴², et le taux de mortalité par suicide augmente globalement (mais pas de manière linéaire) avec l'avancée en âge.

Sur le plan épidémiologique, la différence principale observée pour les suicides et les TS est liée au sexe : la tentative de suicide est majoritairement féminine et la mort par suicide majoritairement masculine. Cette réalité s'observe depuis que les statistiques existent sur le fait suicidaire, elle est retrouvée dans la quasi totalité des pays.

Dans une étude menée à St Etienne⁴³ partant des renseignements retrouvés de façon anonymisée dans les dossiers de Sécurité Sociale, les femmes décédées sont toutes en traitement psychotrope (parfois lourd) et leur suicide s'inscrit dans une pathologie repérable et prise en charge. Par contre pour les hommes on retrouve deux groupes différenciés : celui des hommes soignés qui rejoignent en nombre absolu les morts féminines et celui chez qui la mort survient sans qu'il y ait eu de soins ou de médications préalables, ce qui peut expliquer la "surmortalité masculine".

Il paraît donc légitime d'envisager deux grandes situations suicidaires mortelles :

- Celle qui s'inscrit, chez l'homme comme chez la femme, dans une histoire clinique prise en charge sur une durée plus ou moins longue souvent avec une prédominance dépressive mais où l'on retrouve d'autres pathologies.

⁴² Respectivement 8250 et 3254 après correction des sous-estimations (cf. Aboua et al. 2011).

⁴³ Thèse de Mme Martorana : « Recherche des antécédents médicaux chez les personnes suicidées », citée dans Debout (2003).

- Celle, essentiellement masculine, où le passage à l'acte violent (entraînant parfois d'autres morts dans l'entourage) n'a pas été précédé par une prise en charge même si des signes d'alertes – difficiles à repérer dans "l'avant coup" – ont pu être donnés. La question de la relation de l'homme avec sa pathologie, sa souffrance se trouve ainsi posée. Les hommes ont plus de difficultés à se soigner, plus de difficultés que les femmes à se reconnaître en mal-être, dépressifs et donc à consulter psychologues et psychiatres.

L'hypothèse est donc d'expliquer cette surmortalité masculine par une résistance de l'homme à se dire malade. Résistance inappropriée et inefficace enfermant le sujet dans sa souffrance mais aussi résistance conforme au mode de socialisation genré depuis la petite enfance, comme le montre par exemple Aïach (2001) sur le rapport des femmes et des hommes à leur santé : « *La différence entre les hommes et les femmes (...) résulte d'un conditionnement social très marqué par le genre pour tout ce qui touche aux questions corporelles, en particulier pour tout ce qu'il est permis de faire et de ne pas faire, d'exprimer ou non quand il s'agit de plaintes et de sentiments marqués par la crainte, la peur et la faiblesse. Un garçon ne pourra pas avoir peur, ou pleurer s'il s'est fait mal, au risque d'être ridiculisé et d'être l'objet de moqueries. Il sera encouragé à être un homme, c'est-à-dire à se montrer fort, courageux, brave, dur au mal, sourcilleux en matière d'honneur et porté vers l'exploit physique. S'écarter de ce modèle de virilité peut être interprété comme un signe de faiblesse et, insulte suprême, apparaître comme un signe de féminité. (...) Tous les univers où circule l'enfant puis l'adolescent et l'adulte sont là pour indiquer, fortement et en permanence, le code de bonne conduite et les valeurs viriles qu'il intériorise sans même s'en apercevoir. Cette incorporation de la virilité va se traduire par un rejet de tout ce qui n'y entre pas, notamment les signes de faiblesse dont la maladie fait partie, l'écoute de soi lorsqu'elle peut déboucher sur une plainte, une trop grande attention portée au fonctionnement du corps et de l'esprit, qui peut parasiter l'action efficace et conduire à des attitudes perçues comme trop marginales dans un milieu d'hommes où priment la franche camaraderie et la participation active à des actions physiques collectives (...).* »

2.3. La santé au travail

2.3.1. les accidents du travail et les maladies professionnelles

Les principales données nationales relatives à la santé au travail sont les accidents du travail et les maladies professionnelles déclarés et reconnus par la CNAMTS⁴⁴. Les données brutes sont publiées chaque année, mais sans identifier séparément les hommes et les femmes.

⁴⁴ Les nombreuses limites des données AT/MP pour appréhender les questions de santé liées au travail sont assez bien résumées par Flourey et Guignon (2004), qui en concluent que « *les statistiques officielles des maladies professionnelles sont autant le reflet du dispositif de leur reconnaissance que de leur réalité* ».

2.3.1.1. Les données brutes AT/MP par sexe et leur évolution

En 2012, l'Anact a publié une analyse par sexe de ces données brutes, et de leur évolution sur la période 2001-2011 :

- En 2011, 68,6% des accidents du travail enregistrés par la CNAMTS touchent les hommes (soit 459 495 accidents du travail) et 31,4% les femmes (soit 210 419 accidents du travail).
- Entre 2001 et 2011, le nombre des accidents du travail a globalement baissé de 9,2% (tous salariés confondus), avec une baisse de 18,6% pour les hommes et une hausse de 21,8% pour les femmes.
- Pour 2011, la CNAMTS a enregistré 51 493 accidents de trajet concernant des femmes et 46 015 accidents de trajet concernant des hommes ; entre 2001 et 2011, le nombre d'accidents de trajet des hommes stagne avec une baisse de 0,15% tandis que celui des femmes augmente de 28,5%.
- En 2011, les maladies professionnelles reconnues concernent autant les femmes (49,7%) que les hommes (50,3%) : la CNAMTS a recensé, en 2011, 27 676 maladies professionnelles pour des hommes et 27 381 pour des femmes.
- L'évolution du nombre des maladies professionnelles est à la hausse entre 2001 et 2011 pour les salariés d'après la CNAMTS (+127,3%) ; cette progression du nombre des maladies professionnelles est deux fois plus importante pour les femmes que pour les hommes dans cette période : +179,5% contre + 91,9%

2.3.1.2. Les taux de fréquence par sexe des AT/MP

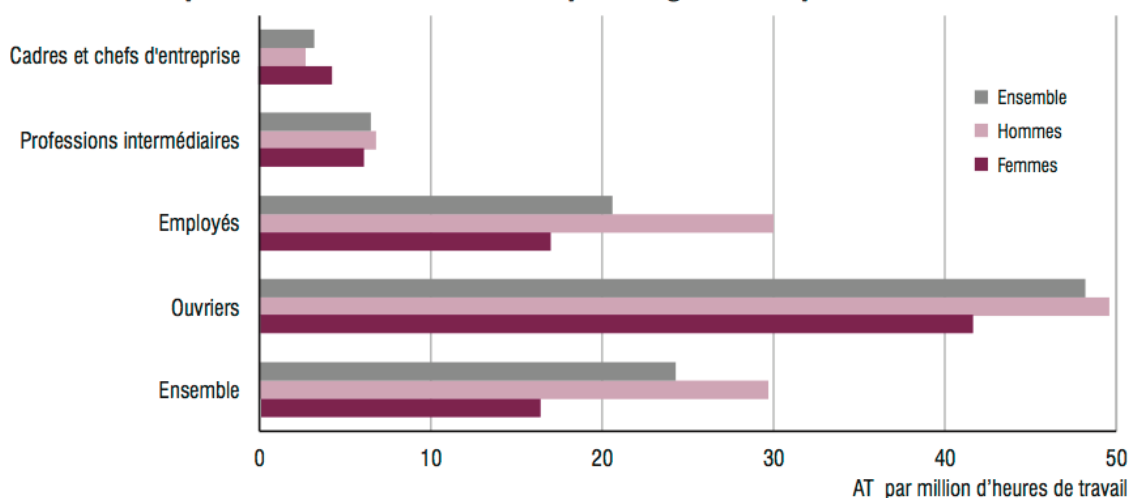
Les données brutes concernant les AT/MP ne permettent pas de tenir compte des effets de structure des emplois (taux d'activité, répartition par secteur, taux de temps partiel et d'heures supplémentaires) alors que ceux-ci sont fortement marqués par les dimensions de genre (cf. ch. 1) C'est pourquoi il est intéressant de compléter ces données par des analyses en taux de fréquence (nombre d'AT/MP rapporté au nombre d'heures travaillées). Pour différentes raisons techniques (définitions, périmètre des secteurs d'activité, etc.) ces analyses nécessitent un traitement statistique assez complexe. La dernière analyse de ce type a été réalisée par la DARES en croisant les données de la CNAMTS avec les DADS de l'INSEE sur 2007 (cf. EUZENAT D. 2009 et 2010).

De ces analyses, il ressort que, en 2007, le taux de fréquence des accidents du travail était de 29,7 (par million d'heures travaillées) pour les hommes contre 16,3 pour les femmes.

À durée égale d'exposition, les hommes subissent près de deux fois plus d'AT que les femmes. Cet écart ne s'explique pas seulement par le fait qu'ils occupent plus fréquemment des postes d'ouvriers. À l'exception des cadres et chefs d'entreprise, la fréquence des AT des hommes reste supérieure à celle des femmes au sein d'une même catégorie socioprofessionnelle. C'est particulièrement le cas parmi les employés.

Les secteurs d'activité où les femmes sont le plus touchées sont les hôtels et restaurants, les industries agricoles et alimentaires et le secteur des postes et télécommunications.

3. Taux de fréquence des accidents du travail par catégorie socioprofessionnelle en 2007



Champ : France, salariés du régime général de Sécurité sociale.

Lecture : en 2007, pour un million d'heures de travail, les hommes cadres ou chefs d'entreprise ont connu 2,7 accidents du travail.

Sources : Cnam-TS ; Insee, DADS ; calcul Dares.

Les femmes ont en revanche plus de maladies professionnelles : le taux de fréquence (pour 10 millions d'heures travaillées) est de 16,5, contre 13,5 pour les hommes. Elles souffrent principalement de TMS, alors que les hommes sont plus touchés par les cancers.

Toutes catégories socioprofessionnelles confondues, les femmes encourent plus de risque de TMS que les hommes. Les ouvrières sont de loin les plus vulnérables. Pour dix millions d'heures de travail, elles se sont vu reconnaître 66 TMS, contre 17 pour les ouvriers hommes. Cela vient d'abord du fait que les ouvrières sont particulièrement concentrées dans les activités les plus à risque : 17 % des ouvrières travaillent dans les activités où le taux de fréquence des TMS est le plus élevé (supérieur à 30), contre 6 % des ouvriers. Mais, à secteur d'activité donné, les ouvrières ont toujours plus de risque de TMS que les ouvriers. Le risque accru de TMS pour les ouvrières provient pour partie du fait que leur travail est plus répétitif, et qu'elles disposent d'une latitude décisionnelle plus faible pour le mener à bien. Les facteurs accrus de risque ici ne sont donc plus tant biomécaniques que de nature psychosociale.

2.3.1.3. Les troubles de santé liés aux RPS au travail

Il est à noter que les troubles de santé mentale⁴⁵ ne sont pas identifiés dans les tableaux des maladies professionnelles (cf. ch. 1). Les maladies liées à des risques psychosociaux ne peuvent actuellement être reconnues comme étant d'origine professionnelle qu'au titre du système complémentaire, par les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Un recensement de la CNAMTS a fait apparaître que de 2003 à 2008, 409 dossiers ont été transmis par les caisses aux CRRMP ; ceux-ci ont rendu dans 44 % des cas un avis favorable (soit

⁴⁵ Ainsi que beaucoup d'autres pathologies en relation avec les facteurs de RPS au travail, y compris les maladies cardio-vasculaires.

pour 179 dossiers). Le nombre de dossiers relatifs aux psychopathologies transmis aux CRRMP est passé de 86 en 2008 à 142 en 2009 et à 136 en 2010, le taux d'avis favorable étant de plus de 42% en 2008, de 51% en 2009 et de 46% en 2010. La reconnaissance de ces pathologies dans le cadre du CRRMP est donc très faible au regard du phénomène réel. Les pathologies le plus fréquemment mentionnées sont le syndrome anxio-dépressif ou la dépression (81% des cas reconnus).

2.3.2. Les autres dispositifs de suivi des troubles de santé mentale en lien avec le travail

2.3.2.1. Suivi des psychopathologies d'origine professionnelle

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) regroupe 32 Centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) de France métropolitaine et a vocation à rassembler les données de chaque consultation (données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession) au sein d'une base pérenne de données nationales sur les pathologies professionnelles.

Le nombre de cas de troubles mentaux et du comportement enregistré par le réseau a augmenté de manière sensible à compter de 2005, pour devenir la principale pathologie répertoriée entre 2005 et 2007.

Un total de 10 574 psychopathologies professionnelles a été enregistré au sein du RNV3P pour la période 2001-2009. Il s'agit plus précisément des pathologies codées «Troubles mentaux et du comportement» (CIM 10) par les experts des Centres de consultation en pathologie professionnelle (CCPP), avec attribution en pathologie professionnelle possible, probable ou certaine. Le graphique ci-dessous présente l'évolution des cas enregistrés sur la période 2001-2009, pour chacune de ces catégories.

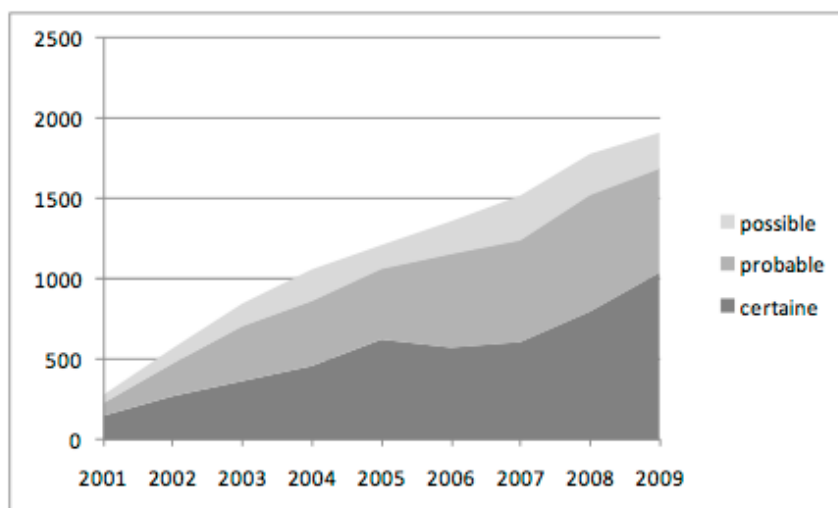


Figure 35 : Troubles mentaux et du comportement d'origine professionnelle possible, probable et certaine enregistrés au sein du rnv3p pour la période 2001-2009

On constate notamment que, parmi les psychopathologies adressées dans les CCPP, celles qui revêtent une origine professionnelle de façon certaine selon les

spécialistes cliniciens sont en augmentation rapide, passant d'une centaine en 2001 à un millier en 2009. Selon les termes du Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité sociale (ou Rapport Diricq 2011) « *les données présentées (par le RNV3P) constituent un minimum certain des psychopathologies attribuables au travail en France* ».

Sur la totalité de la période 2001-2009, les pathologies le plus souvent enregistrées par le RNV3P chez les femmes sont les troubles mentaux et du comportement (36,4 %).

Chez les hommes, ces pathologies ne se situent qu'en 4^e position, après les maladies respiratoires (29,3 %), les TMS (14,4 %) et les maladies de la peau (14,3 %).

Les graphiques ci-dessous illustrent les écarts entre les hommes et les femmes en termes de prévalence des pathologies, et leurs évolutions sur les 10 dernières années.

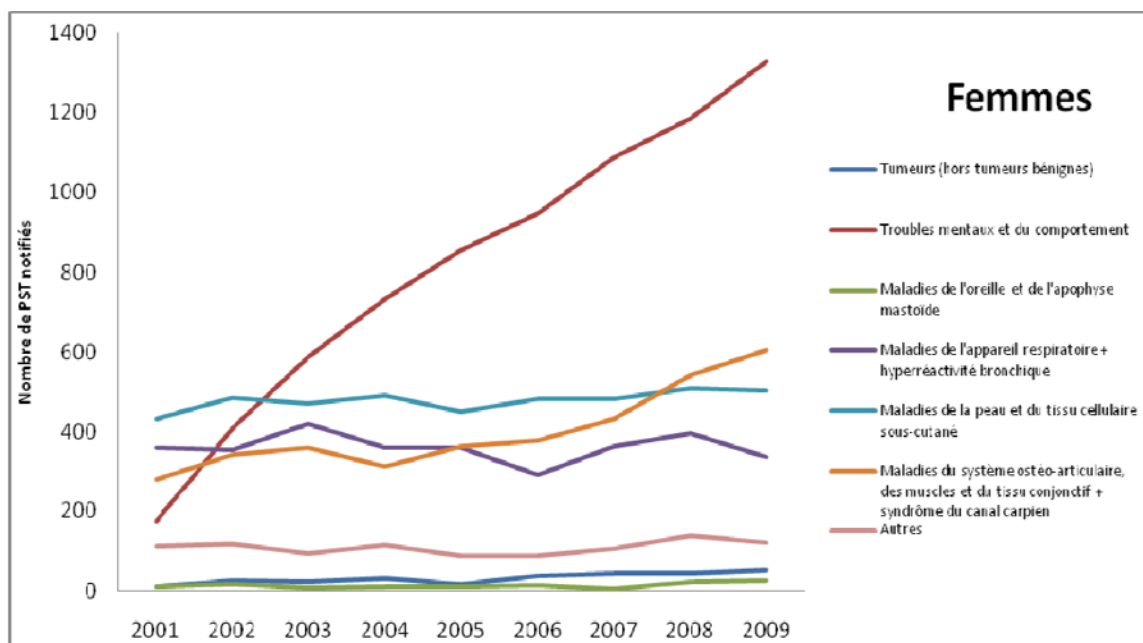


Figure 17 : Evolution des différents types de pathologies en relation avec le travail observées chez les femmes au sein des CCPP entre 2001 et 2009, et signalées auprès du rnv3p

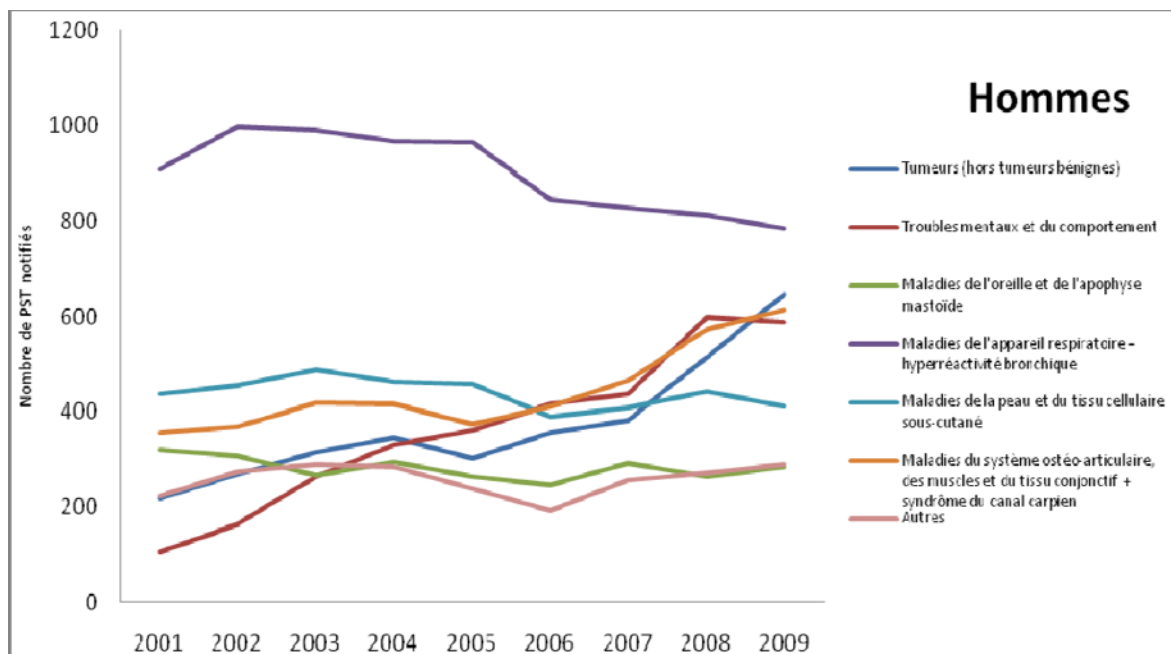


Figure 18 : Evolution des différents types de pathologies en relation avec le travail observées chez les hommes au sein des CCPP entre 2001 et 2009, et signalées auprès du rnv3p

Au-delà de ces données, les psychopathologies représentaient 27 % des mises en invalidité et des causes d'inaptitude au travail en 2008. Une étude de la CNAMTS de mai 2011 sur l'évolution des arrêts de travail fait apparaître que les troubles mentaux représentent 25,8 % des arrêts maladie supérieurs à 180 jours (ils se situent avant les pathologies ostéo-articulaires qui représentent 23,9 % de ces arrêts de travail).

2.3.2.2. Troubles pathologiques et infra-pathologiques

De son côté, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) suit l'évolution des psychopathologies liées au travail à travers deux programmes : Samotrace et Maladies à caractère professionnel.

Dans le programme Samotrace, la santé mentale est décrite au moyen du General Health Questionnaire en 28 questions (GHQ 28, auto-administré) et de variables complémentaires.

Sur la base des réponses au GHQ 28, 24,5 % des hommes et 37,1 % des femmes sont en situation de souffrance psychique. Ces chiffres peuvent paraître très élevés, comparés à ceux qui ressortent des enquêtes citées plus haut concernant les troubles de santé mentale. Cela tient au fait que les phénomènes mesurés ne sont pas les mêmes : les chiffres de l'enquête SMPG sont basés sur un questionnaire diagnostique et portent sur les pathologies alors que les résultats du programme Samotrace résultent d'un questionnaire sur les symptômes et incluent, au-delà des situations pathologiques, les situations et problèmes « infra-pathologiques ».

Sur l'ensemble des marqueurs de santé mentale suivis par le programme Samotrace, on observe des différences significatives selon le sexe, les femmes présentant les prévalences de troubles les plus élevées, sauf pour la consommation excessive d'alcool et le statut tabagique qui sont significativement plus élevés pour les hommes.

Indicateurs de santé mentale issus du GHQ 28 (prévalence des troubles en %)

	Hommes	Femme
Souffrance psychique (GHQ 28 > 4)	24,53	37,05
Symptômes anxieux	30,21	40,68
Dysfonctionnement social	12,58	20,62
Symptômes somatiques	25,57	38,50
Symptômes dépressifs	6,53	10,82
Traitement psychotrope (déclaré au médecin)	5,71	11,64
Consommation excessive d'alcool	10,52	2,32
Statut tabagique (fumeur actuel)	35,60	27,19

Source : programme Samotrace, données présentées dans Murcia 2011.

Lecture : 24,53 % des hommes et 37,05 % des femmes sont en souffrance psychique (GHQ 28 > 4).

Les comparaisons entre le programme Samotrace et le programme MCP font ressortir un certain nombre d'écarts dans les résultats (Cohidon et al. 2012). Ces écarts semblent principalement attribuables au mode de collecte des données (type de questionnaire, mode d'administration), et au modèle de santé au travail sous-jacent.

Dans Samotrace, en reprenant les résultats au GHQ 28, et en calculant la « fraction attribuable au travail » au moyen des réponses au questionnaire de « Karasek » (situations de « tension » au travail), on obtient une prévalence de la souffrance mentale imputable au travail de 5,2 % pour les femmes et de 2,5 % pour les hommes.

Dans MCP, c'était le diagnostic du médecin du travail (établi sur la base de la classification internationale CIM 10) qui était retenu. Dans ce cas la prévalence de la souffrance mentale était de 1,8 % pour les femmes et 1,3 % pour les hommes.

Concernant le gradient social (CSP), les résultats des deux programmes se rejoignent partiellement chez les hommes, avec une souffrance mentale liée au travail plus fréquente parmi les professions intermédiaires et les employés. Chez les femmes, les tendances observées dans les deux programmes sont en opposition (gradient descendant des cadres vers les ouvrières de la souffrance mentale au travail dans MCP et l'inverse dans Samotrace).

Les divergences dans les résultats de ces deux programmes montrent bien les difficultés méthodologiques actuellement rencontrées dans l'évaluation des questions de santé mentale en lien avec le travail, et la prudence nécessaire dans l'interprétation des « données » chiffrées dans ce domaine (*a fortiori* quand ces relations sont considérées au regard de dimensions sociales comme le genre et/ou la CSP, par exemple).

Résumé

Dans la mesure où les RPS au travail ne se traduisent pas par des troubles de santé physique ou psychique spécifiques clairement identifiables, pour analyser les enjeux de santé liés à ces facteurs, il est nécessaire de se donner une vue globale de la situation des femmes et des hommes par rapport à la santé.

Les femmes ont en moyenne une espérance de vie plus élevée que les hommes. Mais il n'en est pas de même pour l'« espérance de vie sans incapacité » : les difficultés dans les activités domestiques ou générales du quotidien commencent à peu près au même âge pour les hommes et les femmes. Et sur les dernières années, cet indicateur évolue plutôt moins favorablement pour les femmes que pour les hommes.

Concernant plus spécifiquement la santé mentale, les données de consultation et de consommation font apparaître des différences sensibles entre les hommes et les femmes. Les épisodes dépressifs et les troubles anxieux généralisés concernent majoritairement les femmes alors que les hommes présentent un risque plus élevé de syndromes d'allure psychotique. Mais surtout, les comportements face aux troubles ne sont pas les mêmes : les femmes consomment deux fois plus souvent des psychotropes que les hommes ; inversement, la moitié des hommes souffrant d'un épisode dépressif n'a ni pris de médicament, ni consulté un professionnel de santé ou une structure de soin. Cette différence d'attitude face aux troubles psychologiques pourrait expliquer les données « paradoxales » sur les suicides : si les tentatives de suicide sont deux fois plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, ceux-ci sont en revanche près de trois fois plus nombreux à mourir par suicide. En effet, certains travaux montrent que le différentiel entre les hommes et les femmes concerne principalement des cas où le passage à l'acte n'a pas été précédé par une déclaration et une prise en charge de la souffrance.

Dans le domaine de la santé au travail, les données des accidents du travail (AT) et des maladies professionnelles (MP) reconnus par la CNAMTS sont publiées chaque année, mais sans identifier séparément les hommes et les femmes. L'analyse par sexe des données brutes montrent que les AT touchent plus les hommes que les femmes, même si l'évolution est moins favorable pour ces dernières (notamment en matière d'accidents de trajet) et que les MP concernent de manière équivalente les hommes et les femmes (avec, ici aussi, une évolution nettement plus défavorable pour les femmes que pour les hommes). Les troubles de santé liés aux RPS ne faisant l'objet d'aucune reconnaissance dans le système des tableaux de MP, le nombre de cas identifiés à travers ces sources s'avère sans proportion avec l'ampleur réelle du phénomène. Plus largement, les psychopathologies représentaient 27 % des

prises en invalidité et causes d'inaptitudes au travail en 2008, et 26 % des arrêts maladie supérieurs à 180 jours.

Le programme de suivi de la santé mentale au travail mis en place par l'InVS (Samotrace) présente des résultats complémentaires parfois délicats à utiliser en raison de questions méthodologiques (types de questionnaires, mode d'administration, etc.).

En dehors des travaux de validation des modèles épidémiologiques (JCQ, ERIQ), il y a assez peu de données disponibles permettant d'établir des corrélations (et encore moins des liens de causalité) entre des expositions à des facteurs de risques psychosociaux au travail et une affection de la santé. Cela tient, pour une large partie, à la complexité des mécanismes en jeu dans les dynamiques de santé. D'une part, les effets de ces facteurs sur la santé ne sont pas spécifiques : il n'y a guère de trouble de santé dont un facteur psychosocial, ou même les facteurs psychosociaux relatifs au travail en général, soient l'unique cause possible. Ensuite, plusieurs causes, relatives ou non au travail, peuvent interférer. D'autre part, les effets des facteurs psychosociaux peuvent être différents à court et à long terme. La mesure est d'autant plus délicate que la santé joue aussi, en retour, sur la participation au marché du travail et sur les conditions de travail dans l'emploi occupé.

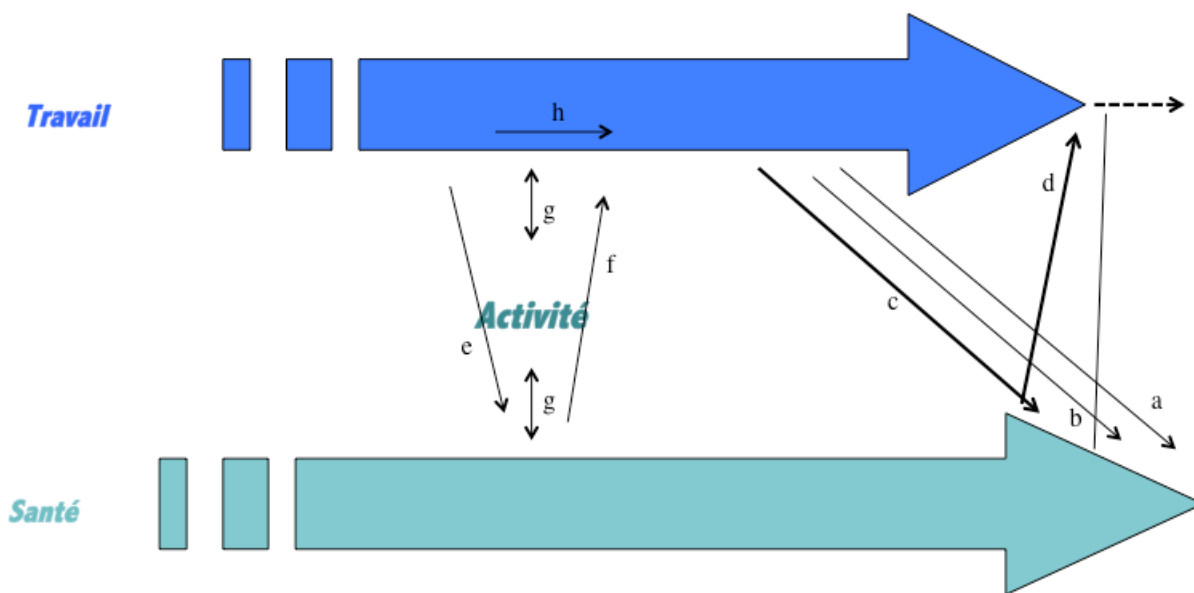
Les liens entre les facteurs de risques psychosociaux au travail (et plus globalement les conditions de travail) et la santé étant hautement complexes, ils n'ont jusqu'à présent fait l'objet que d'éclairages très partiels. En outre, au niveau des données statistiques nationales, jusqu'à la mise en place de l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (SIP), les sources disponibles n'abordaient que rarement⁴⁶ de façon combinée, les conditions de travail et l'état de santé des personnes interrogées. L'enquête SIP a donc été mise en place pour répondre à ce besoin d'une enquête longitudinale en population générale permettant de mieux comprendre les interactions dynamiques entre le travail, l'emploi et la construction ou l'altération de la santé.

En effet, les relations entre santé et travail s'inscrivent toujours dans des perspectives temporelles à moyen et long terme. Comme l'a montré Daubas-Letourneux (2005), même les « événements » qui pourraient être perçus comme « soudains » (les accidents du travail, par exemple) sont toujours pris dans une histoire des systèmes de production et des parcours professionnels à plus long terme. Et, à leur tour, ces « événements » ont des impacts (plus ou moins importants) sur l'itinéraire de travail ou de santé. Les questions de liens entre conditions de travail (y compris les facteurs psychosociaux de risques) et santé nécessitent donc de combiner plusieurs perspectives temporelles, et de prendre en compte l'étroite intrication des liens de causalité.

Pour tenter d'explorer ces relations dans une perspective de genre (*et sans prétendre tenir intégralement l'ensemble de la question*), nous nous appuyons ici sur le schéma proposé par Molinié et Pueyo (2012), construit à partir de deux axes (le travail et la santé) et des relations de type causaliste qu'il est possible d'identifier entre eux.

⁴⁶ Et que très partiellement (tant par le champ des enquêtes que par les aspects de conditions de travail ou de santé abordés, que par l'absence de suivi longitudinal).

Un schéma général des relations entre travail et santé au fil de l'existence (Source : Moliné et Pueyo 2012)



Les flèches représentées sur le schéma correspondent à :

- les effets du travail sur la durée de vie ;
- les effets du travail sur l'espérance de vie en santé ;
- les effets du travail sur la santé en fin de vie professionnelle ;
- les effets de la santé sur la date et les modalités de cessation d'activité et plus largement sur l'emploi ;
- les effets du travail sur la santé au fil de la vie professionnelle ;
- les effets de la santé sur le déroulement de la vie de travail ;
- l'activité de travail comme médiatrice des relations santé-travail.

Ce sont ces différents types de liens qui structurent donc la présentation ci-dessous d'un éclairage par genre des liens entre travail et santé, à partir des données disponibles sur le sujet.

3.1. Les effets du travail sur la durée de vie

Les chiffres de morts prématurées donnent une première lecture, assez concrète, des inégalités sociales de durée de vie : entre 36 et 60 ans, 14 % des hommes ouvriers et employés non qualifiés décèdent, contre 8,8 % des professions intermédiaires et 6,7 % des cadres et chefs d'entreprise. Pour les femmes, ces chiffres sont respectivement de 5,3 %, 5,1 % et 3,9 %. Le taux de mortalité précoce des femmes est donc sensiblement plus faible que celui des hommes, et les écarts sociaux sont moins marqués. Cependant, comme le souligne l'auteur de l'étude (Bouhia 2008), ces chiffres portent sur une population née entre 1940 et 1946, c'est-à-dire une génération marquée par une forte inactivité des femmes sur cette tranche d'âge.

En termes statistiques plus généraux, les écarts d'espérance de vie à 35 ans sont marqués par un fort gradient social, surtout pour les hommes. Et l'allongement général de l'espérance de vie ne s'est pas accompagné d'une diminution de ces écarts : ils ont au contraire augmenté : légèrement pour les hommes, et plus sensiblement pour les femmes (Cambois et Laborde 2011). Avec l'augmentation du taux d'activité des femmes, les gradients sociaux d'espérance de vie féminins tendent donc à se rapprocher de ceux des hommes.

Espérance de vie des femmes et des hommes à 35 ans, par période et catégorie socioprofessionnelle (en années)

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble
Hommes								
1976-1984	41,5	40,5	40,5	39,5	37,0	35,5	27,5	38,0
1983-1991	43,5	41,5	41,5	41,0	38,5	37,5	27,5	39,0
1991-1999	46,0	43,0	43,5	43,0	40,0	39,0	28,5	41,0
2000-2008	47,2	45,1	44,6	44,8	42,3	40,9	30,4	42,8
Femmes								
1976-1984	47,5	46,5	45,5	46,0	45,5	44,5	44,5	45,0
1983-1991	49,5	48,0	47,0	47,5	47,5	46,5	45,5	46,5
1991-1999	50,0	49,5	48,5	49,0	48,5	47,0	47,0	48,0
2000-2008	51,7	51,2	49,6	50,3	49,9	48,7	47,0	49,4

Champ : France entière.

Sources : INSEE, échantillon démographique permanent et état civil.

Pour comprendre les liens entre travail et santé, la CSP reste une catégorie très large qui agrège des personnes dont les conditions de travail et les types d'expositions professionnelles sont très différents. Ainsi, avec une maille plus fine, l'étude de Bouhia (2008) permet d'identifier que le taux de mortalité entre 36 et 60 ans est de 15,7 % pour les ouvriers non qualifiés de type artisanal contre 13,8 % pour les ouvriers non qualifiés de type industriel.

Mais ces catégories restent encore très larges. Notamment, les inégalités sociales mesurées à travers la CSP ne relèvent pas uniquement des conditions de travail : de nombreuses autres dimensions interviennent aussi (différences d'accès au logement, transports, alimentation, soins de santé...). C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles, les gradients sociaux d'espérance de vie chez les femmes étaient plus resserrés quand leur taux d'activité était plus faible : leur CSP d'appartenance était moins représentative de leurs conditions de vie effective que celle de leur conjoint. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà indiqué, CSP, secteurs, etc. sont des catégories qui agrègent des populations confrontées à des conditions de travail et des expositions très différentes. Ainsi, par exemple, une étude (Teiger et al., 1981) sur les ouvriers de l'imprimerie de presse quotidienne a montré de nettes différences d'espérance de vie entre correcteurs, compositeurs, clicheurs et rotativistes en lien avec des différences de conditions de travail (travail de nuit, exposition aux produits toxiques...).

3.2. Les effets du travail sur l'espérance de vie en santé

Les analyses des indicateurs d'EVSI⁴⁷ par CSP⁴⁸ montrent que, à 35 ans, un homme cadre supérieur a une espérance de vivre dix années de plus sans limitations fonctionnelles qu'un ouvrier (et huit années de plus sans gêne dans les activités quotidiennes, sept ans de plus sans dépendance). Ces écarts, très marqués chez les hommes, se retrouvent aussi chez les femmes, mais de manière moins nette (respectivement 8 années et demie, 5 années et demie, 4 années et demie). Pour les auteurs du rapport « *ces moindres écarts s'expliquent en partie par le fait que la catégorie socioprofessionnelle des femmes est moins représentative de leurs conditions de vie que celle des hommes*⁴⁹ ». Quoiqu'il en soit, sur l'ensemble de ces indicateurs, pour les hommes comme pour les femmes, le gradient social est encore plus grand que pour l'espérance de vie. Il est donc possible de reprendre le titre d'un article de Cambois et al. (2008) en le spécifiant sur le genre : « *La double peine des ouvriers (et des ouvrières) : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte.* »

C'est l'EVSI qui a été retenue dans le rapport Struillou (2003) pour définir les « pénibilités » pouvant ouvrir des droits à compensation dans le système des retraites. Les principes retenus pour définir le champ de ces « pénibilités » ont abouti à écarter les facteurs psychosociaux de risques (malgré l'existence d'études épidémiologiques validées démontrant des liens entre exposition et pathologies) et ne retenir que les contraintes de rythme (travail de nuit, en équipes alternantes, répétitif), les contraintes physiques (manutention manuelle de charge, postures pénibles, vibrations mécaniques) et l'environnement agressif, avec des seuils d'expositions unitaires élevés. Ces choix aboutissent de fait à exclure de ce dispositif la très grande majorité des expositions dans les métiers féminins⁵⁰.

Comme le précisent Molinié et Pueyo (2012), les études utilisant une maille plus fine que la CSP montrent que, au sein d'une même catégorie, il existe aussi des inégalités importantes en fonction notamment des conditions de travail. Ainsi, par exemple, Vézina, Brisson et Vinet (1989) ont observé que, chez les ouvrières retraitées de la confection, les incapacités s'élevaient en fonction du nombre d'années qu'elles avaient passées en étant payées au rendement.

⁴⁷ Cf. ch.2.

⁴⁸ Article *Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population* in *L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2011* (p. 117-123).

⁴⁹ Notamment du fait que leur niveau de vie est plus souvent déterminé par la profession du conjoint que pour les hommes.

⁵⁰ Par exemple, l'exposition aux produits chimiques dans les métiers de l'entretien (les quantités manipulées sont trop faibles, et les effets de cumul, synergie, etc. ne sont pas pris en compte).

3.3. Les effets du travail sur la santé en fin de vie professionnelle

Comme le précisent Molinié et Pueyo (2012), « *le travail intervient ici à un double titre. D'une part, un travailleur vieillissant porte les traces des contraintes précédemment vécues (...). D'autre part, ces troubles peuvent s'avérer problématiques s'il doit effectuer une tâche pour laquelle ses déficiences constituent un handicap. Le trouble se transforme en gêne et prend un autre statut. Il marque la rupture de la sécurité et de la confiance en l'avenir que confère la santé selon Canguilhem⁵¹. Et, cette entrave souvent mal vécue constitue à son tour une composante de l'altération de la santé.* »

Selon les résultats de l'enquête SIP, « *parmi les personnes de 50 à 59 ans ayant travaillé au moins 10 ans, celles qui ont été exposées à au moins un des facteurs de risques étudiés - travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant, produits nocifs – se déclarent plus souvent limitées dans les activités quotidiennes (23 %) que celles qui n'ont jamais été exposées (14 %). Cet écart est d'environ 10 points pour chaque type d'exposition pris isolément* » (Bahu, Mermillod et Volkoff, 2011).

Chez les femmes, ces limitations sont particulièrement associées au travail de nuit, comme le montre le tableau ci-dessous.

Limitations d'activité en fonction de l'existence d'une exposition (analyse logistique)

Existence d'une exposition	Une exposition au moins		Travail de nuit		Travail répétitif		Travail physiquement exigeant		Produits nocifs	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Jamais exposé	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Exposé quelle que soit la durée	1,8	1,6	1,3	1,9	1,4	1,6	1,7	1,6	1,5	1,4

Lecture : les hommes soumis à une exposition au moins une fois dans leur carrière déclarent 1,8 fois plus souvent des limitations dans leurs activités habituelles que ceux qui n'ont jamais été exposés.

Champ : ensemble des personnes de 50 à 74 ans ayant au moins 10 ans d'emploi.

Source : SIP 2006.

⁵¹ La santé « *c'est une assurance vécue au double sens d'assurance contre le risque et d'audace pour le courir. C'est le sentiment d'une capacité de dépassement des capacités initiales, capacité de faire faire au corps ce qu'il ne semblait pas promettre d'abord.* » (Canguilhem 1988, repris dans Canguilhem 2002, p. 61) – note des auteures.

3.4. Les effets de la santé sur la cessation d'activité

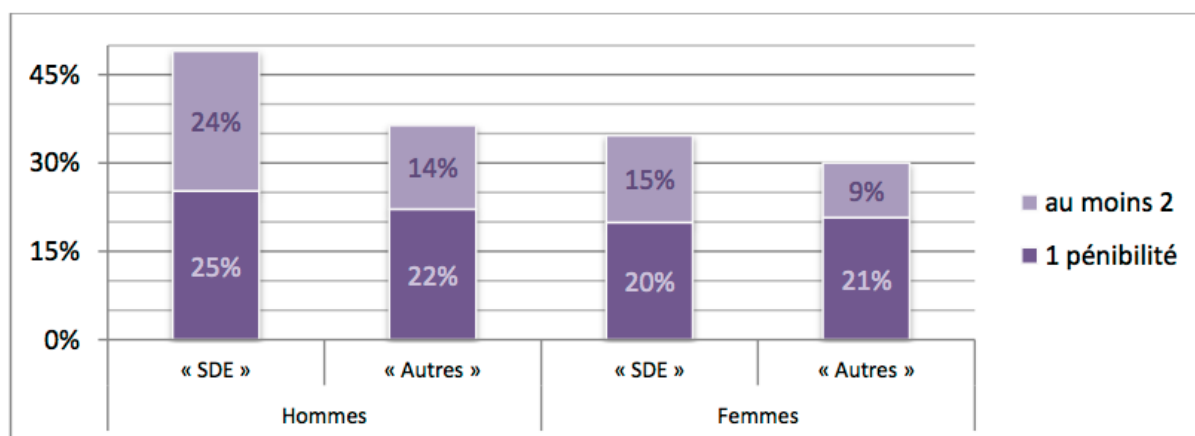
Ici, le sens de la relation causale est inversé : c'est la santé qui impacte le travail et l'emploi.

En France, l'âge de la sortie définitive de l'emploi est longtemps resté stable, autour de 58,5 ans pour les hommes comme pour les femmes, soit un écart avec l'âge de liquidation des droits à la retraite compris entre deux et trois ans. Au niveau des individus, ces décisions intègrent à la fois une forte dimension financière, des considérations d'ordre personnel, mais aussi, et de manière cruciale, les caractéristiques de l'emploi occupé et de l'état de santé en fin de carrière. Or, selon les résultats de l'enquête SHARE, en 2006, sur l'état de santé des 50-59 ans : « *la France occupe le plus souvent une position moyenne dans le cas de la santé perçue ou de la force de préhension, voire défavorable dans le cas des symptômes physiques où elle rejoint le groupe des cinq pays (Danemark, Autriche, Belgique, République tchèque, Pologne) pour lesquels la prévalence est la plus forte et dans celui des symptômes dépressifs, où seule la Pologne affiche des taux de prévalence corrigés supérieurs à la France* » (Sirven et Sermet 2009).

Une analyse secondaire de l'enquête SIP (Collet et al. 2013) a permis de comparer les trajectoires professionnelles et de santé des personnes sorties définitivement de l'emploi avant 60 ans (« SDE » : 51 % des femmes et des hommes du panel) à celle des personnes âgées de 60 ans ou plus en emploi au moment de l'enquête (désignées comme « Autres » ci-dessous).

Concernant la santé, il ressort de cette analyse que c'est sur la durée d'exposition à au moins deux pénibilités⁵² que les « SDE » se distinguent des « Autres », comme le montre le tableau ci-dessous.

Part des années passées dans un emploi physiquement exposé entre 15 et 49 ans



Lecture : les hommes sortis de l'emploi avant 60 ans ont passé 25 % de leurs années en emploi exposés à une seule pénibilité et 24 % à au moins deux pénibilités entre leurs 15 et 49 ans. Pour les « Autres », ce taux est respectivement de 22 % et 14 %.

Champ : 60 ans ou plus en 2010 ayant au moins 10 ans d'emploi.

Source : enquête SIP 2010, calculs DREES.

⁵² Au sens défini par Struillou (cf. supra).

Les hommes « SDE » ont été surtout très exposés au travail de nuit et aux efforts répétitifs, alors que les femmes « SDE » ont été principalement exposées au travail répétitif.

Pour les hommes comme pour les femmes, plus les individus se sont retirés tôt de l'emploi et plus la part relative du temps passé à exercer un emploi avec de multiples pénibilités physiques s'avère importante. Et, les « SDE » sont restés davantage soumis à chacun des grands types de pénibilité physique⁵³ dans leur dernier emploi, dans les mêmes proportions que dans les emplois précédents.

Concernant la santé, plus l'individu est sorti prématurément de l'emploi, plus le nombre d'années déclarées avec plusieurs événements de santé est important.

A partir d'une déclaration rétrospective des états de santé en 2006, les auteurs de l'étude ont pu établir que, chez les hommes, les écarts de santé entre les « SDE » et les « Autres » apparaissent à partir de 40 ans et s'accroissent fortement autour de 50 ans. Chez les femmes, ces écarts apparaissent très tôt (vers 30 ans) et s'accroissent légèrement mais continuellement pour atteindre un plateau vers 45 ans (l'écart reste identique jusqu'à 60 ans).

Un quart des femmes et des hommes « SDE » indiquent que leur santé a joué un rôle dans la fin du dernier emploi, contre, respectivement, 15 % et 18 % des « Autres ». Les auteurs soulignent d'ailleurs que « *si un état de santé dégradé à partir de 40 ans est associé à une sortie précoce de l'emploi pour l'ensemble des groupes sociaux, il s'avère plus marqué pour les ouvriers, les agriculteurs et les artisans-commerçants que pour les cadres (notamment pour les femmes). Ce constat invite à essayer de mieux comprendre d'une part, les mécanismes de construction de la santé au travail, et d'autre part, la façon dont les environnements de travail sont (rendus) compatibles avec des problèmes de santé (...)* » (Collet et al., op. cit.). Ce qui confirme le caractère étroitement imbriqué des relations entre conditions de travail et santé.

Concernant les facteurs psychosociaux au travail, les « SDE » (hommes et femmes) sont deux fois plus nombreux que les « Autres » à déclarer un manque de reconnaissance et une non utilisation de leurs compétences personnelles, trois fois plus nombreux à déclarer des tensions avec le public, et presque deux fois plus nombreux à travailler sous pression.

Ces résultats montrent donc que de nombreuses sorties définitives de l'emploi avant l'âge de la retraite sont liées à des raisons de santé ne font l'objet d'aucune prise en compte dans les divers dispositifs prévus à cet effet (inaptitude, invalidité, Cats...). Cela tient en partie à la définition des troubles et pathologies reconnus au travers de ces dispositifs (actuellement, aucun facteur psychosocial de risque au travail n'est pris en compte, ni dans les tableaux des maladies professionnelles ni dans le champ de la « pénibilité » ouvrant droit à une retraite plus précoce).

⁵³ Hormis le travail de nuit pour les femmes.

3.5. Les effets du travail sur la santé au fil de la vie professionnelle

Une analyse secondaire des résultats de l'enquête SIP (Mette et al. 2013) sur l'évolution de la situation d'emploi, des conditions de travail et de la santé entre 2006 et 2010 a permis d'identifier six grands types de trajectoires⁵⁴. Certains résultats (groupes 4, 5, 6 ci-dessous) font apparaître une corrélation assez nette entre certaines conditions de travail et santé mentale à court terme⁵⁵.

Le premier groupe (les « abrités », 38 % du panel, 49 % de femmes) est constitué de personnes n'ayant pas connu de chômage sur la période et dont les conditions de travail sont relativement bonnes. La moitié d'entre eux sont cadres ou de professions intermédiaires. Seulement 7 % des personnes de ce groupe déclarent une santé altérée en 2010, contre 25 % pour l'ensemble du panel.

Le second groupe (les « instables », 13 % du panel, 71 % de femmes) est constitué de personnes qui sont souvent au chômage ou inactives : 82 % sont hors-emploi en 2006 (16 % pour le panel) et 52 % en 2010 (12 % du panel). C'est une classe plus jeune que la moyenne. 10 % des hommes et 30 % des femmes de cette classe ont été continûment sans emploi sur la période (et 75 % d'entre celles-ci se sont déclarées « au foyer » en 2010). Quand ils ou elles sont en emploi, leurs conditions de travail sont intermédiaires entre celles des « abrités » et celles de l'ensemble du panel. Leur santé est légèrement meilleure que celle de l'ensemble du panel (19 % déclarent une santé altérée).

Les personnes du troisième groupe (les « exposés peu affectés », 28 % du panel, 37 % de femmes) ne sont pas touchées par le chômage et l'inactivité, mais elles sont exposées (dans près de 9 cas sur 10) à de mauvaises conditions de travail (notamment contraintes horaires et travail physiquement exigeant). Leur santé n'est pas mauvaise en 2006, notamment en termes psychosociaux : elles ne déclarent pas de trouble anxieux généralisé (TAG) ni de syndrome dépressif majeur (SDM). Mais leur santé se dégrade plus vite que le vieillissement naturel sur la période, particulièrement sur les limitations fonctionnelles et les limitations d'activités.

Le quatrième groupe (les « exposés en bonne voie », 8 % du panel, 62 % de femmes) est constitué de personnes qui connaissent les conditions de travail initiales les plus mauvaises sur les dimensions « exigences du travail » et autres contraintes organisationnelles. L'évolution favorable de leurs conditions de travail s'accompagne d'une amélioration de leur santé, particulièrement sur le plan mental : la part des personnes déclarant un TAG ou un SDM, très élevée en 2006 (respectivement 66 % et 64 %) est divisée par deux en 2010. Les troubles du sommeil se réduisent aussi.

Les personnes du cinquième groupe (les « exposés en mauvaise voie », 7 % du panel, 59 % de femmes) voient leur niveau d'exposition aux risques professionnels, déjà élevée en 2006, augmenter sensiblement sur la période (+ 37 % contre 8 % pour l'ensemble du panel). Cette augmentation touche davantage les hommes que les femmes, et s'explique surtout par un durcissement des exigences du travail et autres contraintes organisationnelles. Ils et elles connaissent aussi une dégradation de leur situation sur le marché du travail (24 % de personnes au chômage ou inactives en 2010 contre 17 % en 2006). Cette évolution s'accompagne d'une

⁵⁴ L'analyse porte sur les personnes âgées de 30 à 50 ans en 2006, qui ont répondu aux deux vagues de l'enquête et qui ont travaillé au moins un an avant 2010, soit 4600 répondants.

⁵⁵ D'autres travaux à partir de l'enquête SIP (cf. § 47) font aussi apparaître ce type de corrélation.

nette dégradation de l'ensemble des indicateurs de santé, et particulièrement de santé mentale : la part des personnes déclarant un TAG passe de 8 % à 64 % entre 2006 et 2010.

Le dernier groupe (les « usés », 7 % des personnes du panel, 54 % de femmes) est en moyenne un peu plus exposé aux mauvaises conditions de travail que l'ensemble du panel. L'âge moyen est aussi plus élevé, et ce sont des personnes qui, en moyenne, ont passé la moitié de leur carrière exposées à des pénibilités physiques. Environ trois sur quatre déclarent une santé altérée en 2006 et 2010. Les niveaux de limitations fonctionnelles et de limitations d'activité sont aussi très élevés. Leur santé mentale, un peu moins bonne que la moyenne en 2006, s'améliore en 2010, parallèlement à un gain d'autonomie dans le travail.

Ces résultats confirment donc que les liens entre santé et travail ne sont pas simples et univoques, même quand ils sont considérés à travers un suivi longitudinal. En effet, il apparaît bien que les conditions de travail (et particulièrement les facteurs psychosociaux de risques) peuvent avoir un impact sur la santé à court terme (comme le montrent les résultats des groupes 4, 5 et 6) et que cet impact peut aller tout autant dans le sens d'une dégradation que d'une amélioration de l'état de santé (au moins sur certaines dimensions). En outre, certaines populations très exposées à certains risques ne présentent pas nécessairement un état de santé plus dégradé que la moyenne, du moins à court terme. Cela tient en grande partie aux effets de temporalités (les effets de certaines expositions sur la santé n'apparaissent qu'à long terme), à certains processus de sélection par la santé (cf. § 36), et sans doute aussi à certains phénomènes qui se traduisent plutôt par une sous-estimation des problèmes de santé en lien avec le travail⁵⁶ (Guiho-Bailly et al. 2013).

Les effets des conditions de travail sur la santé ne sont donc ni uniformes, ni simultanés, ni univoques au sein d'un ensemble des salarié-e-s, notamment en raison du rôle médiatisant de l'activité de travail (cf. § 37). Néanmoins, comme le précise Volkoff (2008) « *l'intensification du travail peut compromettre des modes opératoires souvent indispensables à la préservation de la santé de tous, par des voies propres à chacun* ». Ainsi, par exemple, Buisset et al. (2001) ont réalisé une analyse de la consommation de somnifères et tranquillisants chez les femmes en emplois administratifs à partir de l'enquête ESTEV. Celle-ci a montré que, chez les plus jeunes (37 – 42 ans), aucun lien statistique n'apparaît entre l'urgence au travail et la consommation de psychotropes⁵⁷ alors que, ensuite, il est très net : l'urgence au travail accroît fortement (jusqu'à un triplement chez les quinquagénaires) la proportion de consommatrices.

⁵⁶ Il s'agit notamment des formes de déni identifiées par la psychodynamique du travail comme « virilité défensive » ou « parade virile ». Cependant, comme le précisent Testenoire et Trancart (2011), ces formes de déni ne sont pas l'apanage des hommes : « *Des salarié-es en CDI évoquent avec fierté le fait de n'avoir quasiment jamais eu d'arrêt de travail en 25 ans de carrière et d'avoir su « tenir » en dépit d'incidents de santé parfois graves.* »

⁵⁷ Dans cette tranche d'âge, c'est plutôt la monotonie qui accroît la consommation de psychotropes.

3.6. Les effets de la santé sur le déroulement de la vie de travail

À partir de l'enquête SIP (vague 2006) Barnay et Legendre (2012) ont établi qu'un bon état de santé facilite l'insertion professionnelle, et que celle-ci en retour favorise le maintien d'un bon état de santé.

Les phénomènes de sélection par la santé peuvent se traduire par des résultats paradoxaux dans les enquêtes transversales, comme l'a bien souligné Lasfargue (2005), citant une enquête où « *les ouvriers de 40 à 64 ans soumis aux conditions de travail les plus dures apparaissaient comme en meilleure santé que l'ensemble des hommes de leur âge.* » En effet, ces chiffres ne reflètent que les effets d'éviction des salariés dont la santé ne permettait pas de rester durablement sur ces postes. Le véritable effet sur la santé apparaît en fait plutôt dans la catégorie des salariés anciennement exposés (quand elle peut être identifiée).

À partir des données de l'Enquête Santé et Protection Sociale⁵⁸, Jusot et al. (2007) observent que pour une personne en emploi, le risque d'être inactive à court terme (4 ans plus tard) est multiplié par 4 si elle souffre d'une affection de longue durée et par 1,5 pour les personnes atteintes de maladies incapacitantes. Le risque de chômage est deux fois plus élevé pour les personnes (en emploi) qui se considèrent en mauvaise santé (par rapport à celles qui se considèrent en bonne santé), comme le montre le tableau ci-dessous.

Proportion de personnes sorties de l'emploi en fonction de leur état de santé quand elles étaient encore en emploi quatre ans auparavant (en %)

État de santé quand les personnes étaient en emploi	Situation d'emploi en 1996-98 des individus en emploi en 1992-95			Situation d'emploi en 2000-02 des individus en emploi en 1996-98		
	Sans emploi *	Inactif	Chômeur	Sans emploi	Inactif	Chômeur
Mauvaise santé	15,5	6,7	9,4	14,6	8,4	6,8
Bonne santé	8,4	3,2	5,3	5,7	2,7	3,1
Au moins une maladie incapacitante	13,9	6,6	7,8	11	6,2	5,1
Pas de maladie incapacitante	9	3,3	5,9	6,2	3	3,3
Affection de Longue Durée	29,3	18,8	13	18,4	13,4	5,7
Pas d'ALD	10,1	3,8	6,5	7,4	3,7	5,7
% dans l'ensemble de l'échantillon	10,7	4,2	6,7	7,8	4	4

* La catégorie "sans emploi" inclut les deux autres (inactifs et chômeurs).

Lecture : 15,5 % des personnes en emploi en 1992-95 et déclarant une mauvaise santé étaient sans emploi 4 ans plus tard (1996-98), contre 8,4 % des personnes en emploi déclarant une bonne santé.

Source : Jusot et al. 2007.

⁵⁸ Sur un échantillon de 4523 personnes observées sur trois périodes : 1992-95, 1996-98 et 2000-2002.

Dans cette enquête, les individus devenus inactifs sont à 40 % « au foyer », à 30 – 35 % préretraités et à 20 % invalides. « À état de santé comparable, les femmes ont trois fois plus de chances de devenir inactives, et une fois et demi plus de chances de devenir chômeuses, que les hommes » (Jusot et al. 2007).

Les travaux de Testenoire et Trancart (2011) à partir de l'enquête SIP 2006 et une post-enquête qualitative montrent que « les trajectoires féminines d'inactivité n'ont pas le même sens selon les phases de la trajectoire : en début de période, l'inactivité est liée à l'éducation des enfants et, après 40 ans, la sortie est due aux conditions de travail ou à une maladie grave. »

Concernant la santé mentale, les analyses économétriques de Barnay et Defebvre (2014) à partir des résultats de SIP 2006 et 2010, donnent des résultats sensiblement différents quant à l'incidence des troubles de santé (mentale uniquement ici) sur l'emploi des femmes et des hommes. Ils montrent en effet « qu'une dégradation de l'état de santé mentale auto-déclaré impacte directement la capacité des hommes à se maintenir en emploi quatre ans plus tard, et ce après contrôle des caractéristiques socio-économiques, d'emploi, de santé physique, de comportements à risque et d'itinéraire professionnel passé. Concernant la population féminine, il semble que leur état de santé physique reste prédominant quant à leur trajectoire sur le marché du travail et qu'il n'y ait pas d'effet propre de la santé mentale. » La plus forte déclaration de troubles de santé mentale par les femmes serait donc « compensée » (du point de vue de l'emploi, tout au moins) par le faible impact de ceux-ci sur leur situation d'emploi⁵⁹.

Les effets de la santé sur la trajectoire professionnelle ne se limitent pas seulement aux transitions vers le chômage et l'inactivité. Ils portent aussi sur de nombreux autres aspects de la trajectoire professionnelle : changement de postes, absence d'évolution, déclassement, etc. Mais, les données statistiques actuellement disponibles ne permettent pas d'appréhender ces phénomènes. En effet, l'enquête la plus complète sur ces questions de lien entre santé et itinéraire professionnel (SIP) ne porte que sur les effets de sélection quand ils se manifestent par des transitions professionnelles hors de l'emploi (chômage, inactivité). « Les effets de sélection (...) sont en revanche peu visibles par les items de l'enquête quantitative lorsqu'il s'agit de mobilité vécue par les salariés comme un déclassement sans que cela se traduise par des changements aisément objectivables⁶⁰ » (Testenoire et Trancart, 2011).

⁵⁹ Il est à noter que ces analyses ne portent que sur la situation « en emploi » ou « hors-emploi » 4 ans après la déclaration d'un trouble mental.

⁶⁰ Cette remarque va dans le sens des résultats de la post-enquête de Guiho-Bailly et Roquelaure (2013) sur le caractère invisible de « ce qui n'a pas eu lieu » dans l'enquête quantitative, malgré son importance « dans le vécu subjectif de l'itinéraire professionnel et dans son impact sur la santé perçue. »

3.7. L'activité de travail comme médiatrice des relations santé-travail

Les types de relations identifiées ci-dessus correspondent à un raisonnement causaliste dans lequel l'activité du sujet au travail est absente. Or, celle-ci joue un rôle central dans les dynamiques de santé en lien avec le travail. Ces liens ont été largement mis en évidence par différents modèles, en définissant l'activité soit a minima comme espace de régulation des contraintes et des variations, soit comme quasi synonyme de santé, dans les travaux en psychologie du travail notamment (Clot 2010⁶¹).

Ici, l'activité est à entendre au sens fort, comme le précise, par exemple, Tosquelles (2009) : « *Il ne faut pas confondre le concept d'activité avec la simple prestation de mouvement, voire d'efforts consentants d'application et d'endurance, soumis au désir (...) du maître d'œuvre (...). Activité veut dire propre : activité qui part et qui s'enracine dans le sujet actif pour s'épanouir, le cas échéant, dans un contexte social.* » En d'autres termes, l'activité est orientée non seulement vers la tâche à réaliser, mais aussi vers les autres et vers soi-même. Et, les tensions (voire les conflits) entre ces différents « destinataires » de l'activité sont à l'origine d'une dynamique psychique dont le devenir n'est jamais neutre : « *L'activité — pratique et psychique — est toujours le siège d'investissements vitaux : elle transforme les objets du monde en moyens de vivre ou échoue à le faire* » (Clot, 2008).

Il s'agit donc d'un modèle éminemment dynamique de la santé. Mais plutôt dans une perspective synchronique que diachronique (les études qualitatives sur lesquelles s'appuie ce modèle portent rarement sur une échelle temporelle supérieure à quelques mois, voire un ou deux ans). Cependant, un certain nombre de travaux sur les stratégies permettant aux salariés vieillissants de compenser certaines pertes fonctionnelles (physiques ou cognitives) ont mis en évidence que ces stratégies ne se limitent pas à « compenser », à tenter de « tenir » (d'agir aux limites d'une zone de tolérance). Elles visent également à reconquérir des zones d'initiative et d'autonomie, à recomposer les normes⁶², individuellement mais aussi collectivement. « *Il semblerait donc que dans la rencontre entre les sujets et la situation de travail, les salariés au fil de l'âge déploient, quand cela est possible, des stratégies « intégratrices », c'est-à-dire des stratégies qui permettent de conformer, de maîtriser la situation, de manière à ce qu'elle soit plus « à leur main », et de gagner en efficacité. (...) Ce qui est visé, c'est l'intégration accrue d'éléments relatifs à soi-même, à ses caractéristiques propres, à ses ressources et lacunes. Comme si la dimension constructive de l'activité prenait une importance grandissante* » (Molinié et Pueyo, op. cit.).

Toutefois, de nombreux travaux en ergonomie, notamment dans le champ de la prévention des TMS⁶³ ont mis en évidence que ces stratégies n'ont rien d'automatique ni de naturel, qu'elles reposent en large partie sur l'existence de collectifs de travail ayant développé des « gestes de métier » (gestes qui permettent d'être efficaces et de préserver sa santé) et qui soient en mesure de transmettre ces gestes aux nouveaux entrants. Ces mêmes travaux montrent qu'un certain nombre d'évolutions dans l'organisation du travail tendent plutôt à fragiliser les conditions de développement et de transmission de ces stratégies.

⁶¹ En reprenant la définition de la santé par Canguilhem (2002) : « *Je me porte bien, dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence, et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi.* »

⁶² « *Être sain, c'est non seulement être normal dans une situation donnée, mais aussi être normatif dans cette situation et dans d'autres situations éventuelles* » (Canguilhem, 2007).

⁶³ Cf. Bourgeois et al. (2006) et Daniellou et al. (2008), entre autres.

Même si elles visent à s'approcher au plus près de l'activité de travail et des conditions de son développement, les méthodes quantitatives d'enquêtes ne permettent pas de bien appréhender cette question. C'est d'ailleurs pourquoi les concepteurs de ces dispositifs ont toujours recommandé de compléter les données statistiques par des travaux qualitatifs (cf. Volkoff et Moliné 1982, Gollac 1997, rapport du Collège d'expertise sur les risques psychosociaux au travail).

Résumé

Comme nous l'indiquions au chapitre 1, les phénomènes en jeu dans les dynamiques (positives ou négatives) de santé sont très complexes et il n'existe pas de modèle étiologique (ou épidémiologique) général permettant de relier les conditions de travail (notamment en termes de facteurs psychosociaux de risques) et l'état de santé des personnes. Les connaissances actuelles dans le champ de la santé au travail permettent cependant d'identifier un certain nombre de relations entre santé et travail.

Ainsi, les données statistiques nationales montrent un fort gradient social en matière d'espérance de vie et d'espérance de vie en bonne santé : la situation des ouvrier-e-s est caractérisée par une vie plus courte, avec plus d'années en incapacité. Ces données étant calculées sur des cohortes où le taux d'activité des femmes était moins élevé qu'aujourd'hui, le gradient social des femmes était moins marqué que celui des hommes.

Les données statistiques disponibles font aussi apparaître que les hommes et les femmes exposés au cumul de plusieurs pénibilités, et plus encore à des facteurs psychosociaux de risques, sont plus souvent sortis de l'emploi avant 60 ans (souvent hors de tout dispositif de retraite anticipée) que les autres.

Les effets du travail sur la santé peuvent aussi apparaître pendant la vie professionnelle. Une analyse secondaire de l'enquête SIP permet ainsi d'identifier différents groupes (avec des proportions de femmes et d'hommes assez différentes). Il y apparaît notamment que les conditions de travail (et particulièrement les facteurs psychosociaux) peuvent avoir un impact sur la santé à court terme, mais aussi que certaines populations très exposées à des risques ou pénibilités ne présentent pas nécessairement un état de santé plus dégradé, au moins à court terme.

Les relations entre travail et santé se font aussi en termes de conséquence de la santé sur le travail. Les données actuelles permettent surtout d'explorer les relations entre santé et emploi. Ici, il apparaît que, à état de santé comparable, les femmes ont une probabilité beaucoup plus élevée que les hommes de devenir inactives (et si, en début de carrière, l'inactivité est liée à la maternité, après 40 ans, elle est surtout liée à des problèmes de santé).

Pour comprendre les relations dynamiques entre travail et santé, il est d'autant plus nécessaire de compléter les données statistiques par des études qualitatives que, d'une part, ces données sont construites sur des catégories assez larges qui agrègent des situations de travail très différentes, et d'autre part, que l'activité du sujet au travail joue un rôle central dans ces dynamiques.

Comme nous l'avons déjà indiqué aux chapitres 1 et 2, les facteurs de risques psychosociaux au travail présentent une configuration assez particulière aujourd'hui dans le champ de la santé au travail en France. Ce sont des risques en augmentation rapide (cf. § 23), pour la prévention desquels les pouvoirs publics et les entreprises ont engagé des moyens importants, mais qui ne font (pour l'instant) l'objet d'aucune reconnaissance dans le système des tableaux de maladies professionnelles⁶⁴, ni dans les dispositifs sur la pénibilité.

Comme nous l'indiquons au chapitre 1, les champs disciplinaires concernés par l'étude de ces risques sont encore traversés par de nombreuses controverses : aucune modélisation des liens entre les conditions de réalisation du travail et la santé des individus ne fait aujourd'hui l'objet d'un consensus général. Seuls quelques modèles épidémiologiques⁶⁵ font à ce jour l'objet d'une large reconnaissance (le *Job Content Questionnaire* de Karasek et le *Effort Reward Imbalance* de Siegrist, principalement). Mais, leurs limites sont reconnues par leurs auteurs eux-mêmes qui travaillent à de nouvelles versions de leurs questionnaires permettant d'intégrer de nouvelles dimensions.

Le suivi de ces questions dans les enquêtes nationales françaises sur les conditions de travail est resté extrêmement limité jusqu'à l'introduction d'un « auto-questionnaire⁶⁶ » dans l'enquête SUMER 2003 (sur un échantillon de 25.000 salariés). En novembre 2007, à la suite de la conférence sur les conditions de travail d'octobre, le ministre en charge du Travail, avait demandé un rapport sur la façon d'identifier, de quantifier et de suivre ces risques. Le « rapport Nasse-Légeron » recommandait notamment la mise en place d'une enquête spécifiquement consacrée aux risques psychosociaux au travail, enquête qui viendrait « [s]'ajouter à l'ensemble des enquêtes existantes, sans supprimer aucune d'elles ». Il préconisait que « l'INSEE exerce sa responsabilité de garant de la fiabilité sociale de l'enquête en se faisant aider (...) par un Collège d'expertise collective, fonctionnant selon une méthodologie reconnue et validée (...) impliquant en particulier : la pluridisciplinarité, la diversité des points de vue, la traçabilité de leur expression, la qualité scientifique des membres attestée par la liste de leurs publications, une déclaration publique des intérêts qu'ils détiennent ». Ce Collège d'expertise a été constitué fin 2008 par l'INSEE. Il a remis son rapport final le 11 avril 2011.

⁶⁴ Plus précisément, certaines psychopathologies sont identifiées dans les tableaux des MP. Par exemple, « l'anxiété pantophobique » est une maladie reconnue au tableau 26 du régime général (« intoxications professionnelles par le bromure de méthyle ») et la dépression (sous différentes formes) aux tableaux 22 (« brucellose professionnelle »), 24 (« sulfocarbonisme professionnel ») et 26 du régime général. Mais les facteurs psychosociaux de risque, quant à eux, ne sont pas reconnus comme cause de maladie professionnelle.

⁶⁵ Ces modèles établissent un lien statistique entre des conditions de travail et des pathologies (et/ou symptômes infra-pathologiques).

⁶⁶ Celui-ci reprenait, notamment, la version française du *Job Content Questionnaire*.

Dans ce rapport, le Collège d'expertise a procédé à un repérage de l'ensemble des conditions de travail qui présentent des enjeux psychosociaux importants, et peuvent de ce fait constituer des facteurs potentiels de risques qu'il a regroupés en six axes. Pour chacun de ces axes, le collège a identifié des dimensions à suivre en priorité (priorité 1 ou 2) sous forme d'indicateurs dans le cadre d'une enquête statistique nationale, ainsi que des questions devant faire l'objet d'études qualitatives complémentaires en vue de mieux pouvoir les prendre en compte dans les évolutions futures du dispositif statistique. Une large part des indicateurs retenus par le collège est déjà couverte par les enquêtes nationales (dans la formulation proposée par le collège, ou une formulation proche). Ce sont les données correspondant à ces indicateurs (de priorité 1) que nous reprenons ici, en retenant la source la plus récente (enquêtes CT 2005 ou 2013, SIP 2007, SUMER 2010, Enquête Emploi de l'INSEE), et en les regroupant dans les six axes définis par le collège d'expertise.

4.1. Axe 1 : l'intensité du travail et le temps de travail

Le caractère exigeant du travail peut provenir du temps qu'il occupe ou de son intensité. Les exigences temporelles sont liées à la durée du travail et à l'organisation du temps de travail. L'intensité du travail se traduit en termes de facteurs psychosociaux de risque à travers des concepts tels que ceux de « demande psychologique » (Karasek, 1979) ou « d'efforts » (Siegrist et al., 2004) : ils se rapportent aux exigences associées à l'exécution du travail en termes quantitatifs (contraintes de temps, quantité de travail excessive, etc.), mais aussi qualitatifs (complexité mal maîtrisée des tâches, concentration, demandes contradictoires, responsabilités, etc.).

Cet axe est celui pour lequel les données existantes dans les enquêtes sont les plus proches des recommandations du Collège d'expertise.

4.1.1. Intensité au travail

Comme le montre le tableau ci-après, ces données font apparaître que les hommes sont plus exposés que les femmes sur la plupart des indicateurs d'intensité du travail (avec des écarts parfois très importants, notamment sur les conséquences d'erreurs dans le travail).

Indicateurs	Sources	Femmes	Hommes	Ensemble
Subir au moins 3 contraintes de rythme	CT 2013	29	41,3	35,2
Avoir un rythme de travail imposé par un contrôle ou un suivi informatisé	CT 2013	33,4	37,2	35,3
Ne pas pouvoir quitter son travail des yeux	CT 2013	36,1	41,9	39
Recevoir des instructions contradictoires	CT 2005	39,3	43,7	41,7
Devoir fréquemment abandonner une tâche pour une autre plus urgente	CT 2013	65,1	63,5	64,3
Changer de poste en fonction des besoins de l'entreprise	CT 2013	20,2	26	23,1
Devoir atteindre des objectifs chiffrés précis	SUMER 2010	31,1	36,6	34,1
Suivre des procédures qualité strictes	SUMER 2010	40,6	51,8	46,7
Une erreur dans le travail pourrait entraîner des conséquences graves pour la qualité du produit ou du service	SUMER 2010	58,6	73,5	66,7
Une erreur dans le travail pourrait entraîner des coûts financiers importants pour l'entreprise	SUMER 2010	41,5	67,4	55,7
Une erreur dans le travail pourrait entraîner des conséquences dangereuses pour votre sécurité ou celle d'autres personnes	SUMER 2010	27,7	49,1	39,4
Une erreur dans le travail pourrait entraîner des sanctions à votre égard	SUMER 2010	44,3	52,5	48,8
Devoir toujours ou souvent se dépêcher	CT 2013	49,2	43,5	46,4
Manutention manuelle de charge 10h ou plus par semaine	SUMER 2010	7,5	12,3	10,1
Position debout ou piétinement 20h ou plus par semaine	SUMER 2010	19,9	24,3	22,3
Autres contraintes posturales (position à genoux, maintien de bras en l'air, posture accroupie, en torsion, etc.) 2 heures ou plus par semaine	SUMER 2010	16,7	22,7	20
Répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à cadence élevée 20h ou plus par semaine	SUMER 2010	9,2	7,6	8,3
Travail sur écran 20h ou plus par semaine	SUMER 2010	27,3	18,4	22,4

Les données de SUMER 2010 par grands secteurs⁶⁷ publiées par la DARES font apparaître que l'intensité du travail liée aux conséquences d'erreurs s'avère particulièrement élevée dans l'industrie et la fonction publique hospitalière (FPH). Mais, dans la FPH, il y a peu d'écart entre les hommes et les femmes : 74,2 % des femmes et 76,3 % des hommes déclarent qu'une erreur dans le travail pourrait entraîner des conséquences graves pour la qualité du produit ou du service (contre respectivement 83,2 % et 63,1 % dans l'industrie).

Le travail des femmes apparaît quant à lui plus marqué par un caractère répétitif ou bousculé (devoir interrompre une tâche, devoir se dépêcher). Si le caractère répétitif du travail se rencontre plutôt dans les secteurs privés de l'agriculture et de l'industrie, le caractère bousculé est, quant à lui, particulièrement élevé dans la FPH : 66,9 % des femmes (et 58,4 % des hommes) y déclarent devoir fréquemment interrompre une tâche pour une autre non prévue, et 47,8 % des femmes (41,6 % des hommes) y sont obligés de se dépêcher toujours ou souvent pour faire leur travail.

Au-delà de ces données transversales, l'analyse de résultats des vagues successives d'enquêtes fait apparaître une hausse sensible de l'intensité du travail : le pourcentage de salariés subissant au moins trois contraintes de rythme était de 4,4 % pour les femmes et 6,8 % pour les hommes en 1984 (cf. Algava et al. 2014). Cette augmentation résulte en large part de la diffusion des contraintes « industrielles » dans les services (standards de temps pour réaliser une prestation, etc.) et des contraintes « marchandes » dans l'industrie (juste-à-temps, etc.).

4.1.2. Temps de travail

Sur la dimension du temps de travail, il apparaît que les hommes sont en moyenne plus exposés à des durées de travail longues, au travail du soir et de nuit, à l'imprévisibilité des horaires de travail, et aux astreintes. Les femmes sont, quant à elles, plus exposées à l'absence de repos de 48h consécutives. Néanmoins, en ce qui concerne les différences de genre sur cet axe des facteurs de RPS, il apparaît nécessaire d'aller au-delà des données d'indicateurs pour mieux comprendre ce qui se joue dans ce domaine (et ne pas faire d'erreur d'analyse, notamment sur les réponses à la question sur les difficultés de conciliation travail – hors travail).

⁶⁷ Agriculture, industrie, construction, commerce-transport et autres services du secteur privé, et fonction publique hospitalière (FPH), fonction publique d'État (FPE) et fonction publique territoriale (FPT).

Indicateur	Sources	Femmes	Hommes	Ensemble
Durée du travail – avoir travaillé plus de 40h la semaine précédant l'enquête	SUMER 2010	10,5	19,8	17,5
Travail de nuit (entre 0h et 5h) même occasionnellement	CT 2013	9,4	21,6	15,5
Travail posté	SUMER 2010	14,8	16,7	15,8
Travail du soir	Enquête Emploi 2010	27	38	32,5
Travail le dimanche même occasionnellement	CT 2013	26,7	29,9	28,3
Travail du samedi même occasionnellement	CT 2013	44,7	50,9	47,8
Pas de repos hebdomadaire de 48h consécutives	CT 2013	17,3	15,3	16,3
Incertitude et adaptation improvisée des horaires – Ne pas connaître les horaires de la semaine suivante	SUMER 2010	7	13,2	10,4
Effectuer des astreintes	SUMER 2010	6,2	13,2	10
Ne pas avoir les mêmes horaires tous les jours	SUMER 2010	23,5	22	22,7
Difficultés de conciliation travail – hors travail : toujours, souvent	SIP 2007	9,8	11,1	10,5

Les effets de la division du travail sur les contraintes horaires

Une part significative de ces écarts résulte directement de la division genrée du travail : même à un niveau très agrégé de nomenclature⁶⁸, les contraintes horaires apparaissent très contrastées en fonction des secteurs : 35,3 % des femmes et 24,2 % des hommes du secteur du commerce–transport ne disposent pas d'un repos hebdomadaire de 48h consécutives, contre 8,4 % des femmes et 6,9 % des hommes dans l'industrie. Cependant, certains secteurs largement féminisés comme la FPH, présentent un profil de contraintes horaires correspondant plutôt à celui des hommes (en moyenne générale). En effet, dans la FPH, 25,4 % des femmes (et 31,1 % des hommes) travaillent de nuit, 64,1 % (h : 55 %) travaillent le dimanche, 49,3 % (h : 26,1 %) travaillent en équipe. En revanche, dans ce secteur, les horaires sont largement plus prévisibles que pour l'ensemble des salariés (4,5 % des femmes et 3,7 % des hommes ne connaissent pas leurs horaires pour la semaine suivante).

⁶⁸ Regroupant l'ensemble des salariés du privé en cinq secteurs : agriculture, industrie, construction, commerce–transport (qui regroupe 25 % des hommes, 23 % des femmes salarié-e-s du privé) et autre tertiaire (qui représente 26 % des hommes et 43 % des femmes salarié-e-s du privé).

Les configurations horaires des femmes et des hommes sont donc très différenciées (entre hommes et femmes, certes, mais aussi par secteur, activité, etc.). Les chiffres globaux ne permettent donc qu'une toute première esquisse des différences de situations par genre par rapport aux contraintes horaires, où on voit se dessiner un travail féminin aux horaires moins longs, plus prévisibles, marqués par l'interdiction historique⁶⁹ du travail de nuit des femmes, mais impliquant quand même souvent l'absence d'un repos de 48h consécutives.

Le temps partiel

Ces données laissent dans l'ombre une dimension du temps de travail dont le rapport Gollac a mentionné l'importance : « *Le lien entre nombre d'heures travaillées et santé est susceptible d'être sujet à des effets de seuil, voire d'être non monotone : au-dessous d'un certain nombre d'heures, travailler un peu plus n'aurait pas d'impact négatif notable, voire aurait un impact positif, tandis qu'au-dessus, les conséquences d'un allongement de la durée du travail pourraient être très dommageables.* »

Dans une perspective de genre, la question du temps de travail ouvre immédiatement la question du temps partiel, et de son caractère plus ou moins choisi. En 2010, plus de 4 millions de salariés travaillent à temps partiel. 82 % des emplois à temps partiel sont occupés par des femmes.

D'après un rapport du Conseil économique, social et environnemental : « *L'essentiel de la hausse de l'emploi*

des femmes durant la période 1983-2002 est dû à celle

de l'emploi à temps partiel. » Alors que 30,1 % des femmes salariées travaillent à temps partiel, en 2010, seuls 6,7 %

des hommes salariés sont dans cette situation. De 1980 à 2010, parmi les femmes ayant un emploi, la part de celles qui travaillent à temps partiel a doublé, passant de 15 % à 30,1 %. Cette progression du temps partiel et, dans une moindre mesure, du chômage sur la période relativise quelque peu la progression de l'activité féminine : mesuré en équivalent-temps plein, l'emploi féminin a progressé plus lentement sur vingt ans et surtout, à âge donné, il a cessé de progresser depuis la génération née en 1955⁷⁰ » (Afsa, Buffeteau 2006).

Le temps partiel est nettement plus fréquent parmi les professions moins qualifiées. Seules 17 % des femmes cadres sont à temps partiel contre 37 % des employées (46 % des employées non qualifiées) et 30 % des ouvrières. Et l'on observe une segmentation croissante : entre 2003 et 2010, le temps partiel se raréfie chez les femmes cadres, alors qu'il devient plus prégnant chez les ouvrières et les employées, surtout après 2008.

Le temps partiel est aussi souvent associé à la précarité : en 2010, 37 % des CDD (45 % des femmes, 26 % des hommes) sont à temps partiel, contre 17 % pour les CDI (29 % des femmes, 5 % des hommes). Aussi, pour les femmes, près de 1 CDD sur 2 est à temps partiel (contre 1 sur 4 pour les hommes).

Mais le temps partiel est surtout associé au sous-emploi : en 2011 7,9 % des femmes salariées⁷¹ (soit un peu moins d'un million) déclarent vouloir travailler plus et être disponibles pour le faire, contre 2,6 % pour les hommes.

⁶⁹ Interdiction levée en 2001 (un certain nombre de dérogations existaient antérieurement).

⁷⁰ En passant du taux d'activité au taux d'emploi en équivalent temps plein, la diminution est de l'ordre de 20 points.

⁷¹ Ce chiffre s'élève même à 20 – 25 % chez les employés de maison, les aides à domicile et les agents d'entretien (Minni 2012).

Le caractère très diversifié des situations de temps partiel a conduit la DARES à identifier « six figures de l'emploi à temps partiel » dans une analyse secondaire de l'Enquête Emploi 2005 (Ulrich, Zilberman 2007).

- La première classe regroupe des salariés qui ont fait le choix du temps partiel pour s'occuper de leurs enfants. Les emplois sont stables et les horaires longs. On les trouve surtout dans la fonction publique et dans les banques.
- La deuxième regroupe, là encore, des emplois stables aux horaires longs, mais aux rythmes plus irréguliers. Ils s'exercent le plus souvent dans la santé, l'éducation ou le commerce.
- La troisième classe est constituée d'emplois de service aux particuliers, de faible durée mais avec des horaires réguliers.
- La quatrième réunit des salariés qui travaillent souvent six jours par semaine, chez plusieurs employeurs, sur des emplois non qualifiés.
- La cinquième classe regroupe des jeunes salariés occupant un emploi de courte durée, avec des horaires irréguliers.
- Enfin, la dernière classe est constituée de contrats aidés.

Il apparaît clairement que le temps de travail et les contraintes horaires associées n'ont pas du tout la même incidence en termes de RPS selon les classes ainsi définies.

Lorsqu'elles sont salariées, les femmes en couple travaillent plus souvent à temps partiel que les femmes sans conjoint : c'est le cas de 34 % d'entre elles entre 30 et 54 ans, contre 23 % des salariées sans conjoint. La différence persiste lorsqu'on compare uniquement les mères de famille entre elles. En effet, dans un couple, la présence de jeunes enfants s'accompagne souvent d'une réduction de la durée hebdomadaire de travail de la mère, essentiellement par le recours au temps partiel, cette réduction étant souvent compensée par l'allongement du temps de travail du père.

Du fait des ressources apportées par leur conjoint, le temps partiel est davantage un temps partiel choisi pour les femmes en couple : c'est le cas pour près de 80 % des femmes en couple travaillant à temps partiel, contre près de 60 % des femmes sans conjoint. L'écart reste du même ordre en présence d'enfants (Biausque et Govillot 2012). Ces données donnent donc à voir un phénomène formation de « nouvelles inégalités », comme le souligne G. Esping-Andersen (2009), où les bas salaires et le sous-emploi se combinent avec « l'homogamie sociale⁷² » pour aboutir à une augmentation des écarts de revenus entre les ménages sur les trente dernières années (écarts qui se transmettent, en outre, aux générations suivantes à travers les ressources mobilisables pour l'éducation des enfants).

L'anticipation des problèmes de conciliation : considérer les transitions

Ces différents éléments relatifs au temps de travail permettent de mieux comprendre le résultat *a priori* paradoxal sur les difficultés de conciliation entre travail et hors travail (les hommes étant plus nombreux à exprimer des difficultés) : une large part des contraintes de conciliation a été anticipée dans les choix de postes et d'horaires (ou d'interruption d'activité) afin de limiter les problèmes de conciliation. Les résultats de l'enquête Familles et Employeurs montrent que près de quatre femmes en emploi sur 10 connaissent une modification de leur activité professionnelle après une première naissance, et elles sont plus de 6 sur 10 au troisième enfant (dont 43 % sous la forme d'une sortie de l'emploi, notamment au moyen du congé parental). Pour les hommes, au contraire, l'impact des naissances sur la situation professionnelle est faible et varie peu au fil des naissances (cf. tableau ci-dessous).

⁷² Les couples sont très majoritairement formés d'hommes et de femmes appartenant au même décile de revenus.

Type de transition professionnelle un an après une naissance, selon le sexe et le rang de naissance (en %)

	Femmes				Hommes			
	Total	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Total	Rang 1	Rang 2	Rang 3
Pas de changement	50,2	65,9	57,7	37,1	79,6	77,7	83,1	81,7
Sortie (inactivité, congé parental, chômage)	26,1	12,1	18,4	43	2,6	2,8	2,1	2,6
Activité ou responsabilités réduites	4,1	2,3	3,7	2,8	1,1	0,3	0,7	1,3
Baisse du temps de travail	8,9	6,5	12,5	10,3	0,5	0,1	0,4	0,6
Modification d'horaires sans variation de durée	3,2	2,1	1,6	1,9	2,8	1,7	1,8	2,3
Changement de poste/ d'emploi sans variation d'activité	5,2	9,3	4,8	3,5	8,3	12,2	7	7,1
Activité ou responsabilités accrues	2,4	1,8	1,3	1,5	5,2	5,4	4,8	4,4

Champ : France métropolitaine : pères et mères des générations 1955-1985 (âgés de 20 à 49 ans à l'enquête) en emploi avant la naissance.

Sources : Enquête Familles et employeurs, Ined 2004-2005.

Une étude sur l'activité des femmes et des hommes par rang de l'enfant (Erhel 2012) a permis d'observer une plus grande implication des hommes dans l'emploi dans la phase du « *time squeeze*⁷³ ». Sur le marché du travail, ils ont des opportunités professionnelles qui font qu'ils sont plus investis dans l'emploi pendant que leur conjointe est en congé de maternité ou lève un petit peu le pied. Il y a donc le cumul de deux effets : l'effet direct de la naissance des enfants, qui fait que les femmes s'investissent un peu moins ; et, l'effet du « coût d'opportunité » lié au fait que, pendant qu'elles sont moins investies, les hommes peuvent faire carrière et s'investissent plus dans l'emploi.

Cette étude montre également que, dans le choix d'un emploi, les femmes accordent plus d'importance à la commodité des horaires (26 % des femmes contre 10 % des hommes) ; elles donnent la préférence aux emplois qui offrent une compatibilité des horaires avec ceux des modes de garde ou de l'école. Les hommes privilégient plus le salaire et la perspective de carrière (80 % des hommes et 64 % des femmes). Il n'est pas impossible que ces choix des femmes et des hommes relèvent, pour une large part, d'arbitrages faits en commun dans le ménage.

Les études du Céreq sur les jeunes pendant leurs sept premières années d'activité montrent que ces schémas sont pleinement à l'œuvre dans les jeunes générations (Couppié, Epiphane 2007). Et, les difficultés d'insertion professionnelle rencontrées par les femmes les moins diplômées renforcent les rôles sociaux qu'hommes et femmes ont très tôt intériorisés, à savoir un positionnement de ces dernières sur la sphère domestique.

Les problèmes d'articulation des temps se posent aussi pour l'accès à la formation continue. Les femmes doivent réorganiser deux fois plus souvent que les hommes leur vie personnelle pour pouvoir suivre une formation, qu'elles aient ou non des enfants.

⁷³ « Time squeeze » (≈ « compression des temps ») est un terme utilisé par l'ODCE pour qualifier la période médiane du cycle de vie (25 – 50 ans) où les taux d'emploi et les durées du travail sont les plus élevés, et qui s'avère donc cruciale dans une évolution de carrière, mais qui est aussi la période pour avoir des enfants et les élever (et, éventuellement aussi, s'occuper de ses ascendants).

La compréhension des liens entre les contraintes horaires de travail et les dynamiques de santé pour les hommes et les femmes nécessite donc de relier entre eux certains indicateurs, de les compléter avec d'autres données, de passer de données générales à des données plus spécifiques, et surtout de développer des approches longitudinales (qui permettraient notamment de mieux voir les transitions des femmes et des hommes à certains moments donnés de leur carrière, et leur incidence à moyen et long terme).

4.2. Axe 2 : les exigences émotionnelles

La notion d'exigence émotionnelle est utile pour mesurer le coût pour la santé de ce que, à la suite des travaux de Hochschild, on appelle « travail émotionnel ». Le travail émotionnel consiste, dans l'interaction avec les bénéficiaires du travail, à maîtriser et façonner ses propres émotions, afin de maîtriser et façonner les émotions des bénéficiaires du travail.

Le travail émotionnel, ainsi défini, désigne des formes de mobilisation de la subjectivité qui sont spécifiques aux activités de services, dans des secteurs comme le commerce, le tourisme, l'accueil dans les services publics ou socioéducatifs, l'enseignement, la santé, etc. Cependant, en raison des évolutions récentes des organisations, il ne se cantonne pas aux activités économiques classées comme services.

Les données actuellement disponibles permettent de couvrir globalement les indicateurs de priorité 1 identifiés par le Collège d'expertise.

	Sources	Femmes	Hommes	Ensemble
Être en contact direct avec le public (de vive voix ou par téléphone)	SUMER 2010	84,4	67,7	75,2
Vivre en permanence ou régulièrement des situations de tension dans les rapports avec le public	SUMER 2010	10,5	7,1	8,6
Contact avec la souffrance - « au cours de votre travail, êtes-vous amené à être en contact avec des personnes en situation de détresse ? »	CT 2005 (CT 2013)	45,2	30,4	37,9 (44,3)
Contact avec la souffrance - « au cours de votre travail, êtes-vous amené à devoir calmer des gens ? »	CT 2005 (CT 2013)	51,8	40,0	46,7 (53,3)
Devoir cacher ses émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur – toujours, souvent	SIP 2007	49,1	36,3	42,2
Avoir peur au travail – toujours, souvent	SIP 2007	29,1	37,6	33,6
Avoir été victime d'au moins une agression verbale de la part du public dans le cadre du travail au cours des 12 derniers mois	SUMER 2010	17,8	12,9	15,1
Avoir été victime d'au moins une agression physique ou sexuelle de la part du public dans le cadre du travail au cours des 12 derniers mois	SUMER 2010	1,7	1,6	1,7

Ces résultats montrent que, hormis la peur au travail, les femmes se déclarent plus exposées aux exigences émotionnelles dans leur travail que les hommes, avec des différences parfois importantes (notamment sur le contact avec la souffrance et la nécessité d'apparaître de bonne humeur). Ils reflètent assez bien un aspect majeur de la division du travail entre hommes et femmes, les uns étant plus exposés aux situations qui suscitent la peur, les autres aux activités de soin (care) ou de relation commerciale.

Il ne s'agit pas d'une situation nouvelle en ce qui concerne les métiers féminins (cf. la distribution métiers féminins au ch. 1). L'évolution récente la plus significative porterait plutôt ici sur les métiers masculins dans la mesure où, dans ceux-ci, il y a de plus en plus de situations de contact avec le public et que, par ailleurs, l'évolution des règles de sécurité au travail vise à diminuer les situations de danger effectif (et ont d'ailleurs abouti à une diminution des accidents du travail).

Sans qu'il soit ici possible de développer plus longuement ces aspects, les travaux en ergonomie et psychologie du travail ont montré que les exigences émotionnelles sont en fait présentes dans toutes les activités de travail, sous une forme ou sous une autre.

L'un des points importants développé par la psychodynamique du travail autour de la notion de « stratégies collectives de défense », c'est qu'une partie importante du « travail émotionnel », de son efficacité, consiste justement à ne plus voir que les émotions sont mises en jeu dans la réalisation de l'activité de travail (ce qui est parfois désigné sous le terme de « déni »). Il n'est donc pas exclu que la réalité des exigences émotionnelles soit très largement sous-estimée dans les réponses aux questions d'enquêtes (sur les écarts entre les réponses à des questions d'enquêtes et à des modes d'entretiens plus qualitatifs dans le domaine de la santé au travail, cf. Testenoire et Tancart 2011).

Les exigences émotionnelles jouent un rôle central dans la division du travail fondée sur le genre (et aussi sur d'autres dimensions sociales, comme l'origine sociale, par exemple), pour plusieurs raisons :

- Les stéréotypes de genre sont très prégnants dans ce domaine (et les modes de socialisation des filles et des garçons renforcent ces stéréotypes) et, dans les métiers très marqués par un certain type d'exigence émotionnelle, les identités professionnelles présentent généralement un caractère très genré.
- La manière d'exprimer ou de dénier les émotions, de les traiter, joue un rôle structurant dans la constitution des collectifs de travail et des identités professionnelles, et dans la possibilité de faire face aux exigences du travail ; les hommes ou les femmes dont le comportement ne se conforme pas à ce modèle ont donc double risque : celui d'être exclu du collectif, et celui de ne pas avoir les ressources adéquates pour faire face aux situations.

4.3. Axe 3 : l'autonomie

L'autonomie désigne la possibilité pour le travailleur d'être acteur, et non passif, vis-à-vis de son travail, de sa participation à la production et de la conduite de sa vie professionnelle. Cette dimension est un des deux axes constitutifs du « modèle de Karasek ». Souvent désignée sous le terme de *latitude décisionnelle (job decision latitude)*, elle est à comprendre dans un sens extensif, incluant non seulement la marge de manœuvre dont dispose le travailleur dans la réalisation de son travail, mais aussi sa participation dans la prise des décisions qui le concernent, l'utilisation et le développement des compétences. L'autonomie au sens de Karasek est donc une autonomie au sens fort, comprenant tous les aspects du travail qui contribuent à l'autonomie de l'individu dans son emploi et sa carrière.

Si les indicateurs existants couvrent globalement bien cet axe, il manque cependant des données concernant la prévisibilité du travail⁷⁴, et l'autonomie dans les buts du travail.

	Sources	Femmes	Hommes	Ensemble
<i>Choisir soi-même les objectifs fixés (*)</i>	CT 2013	79,1	80,7	79,9
<i>Ne pas toujours appliquer les consignes, ou ne pas en recevoir (*)</i>	CT 2013	64,2	68,7	66,5
<i>Ne pas avoir de délais, ou pouvoir faire varier les délais fixés (*)</i>	CT 2013	63,2	63,6	63,4
<i>Régler soi-même les incidents, au moins dans certains cas précis (*)</i>	CT 2013	65,6	72,5	69,1
<i>Apprendre des choses nouvelles (*)</i>	CT 2013	75,3	78,6	76,9
Ne pas pouvoir interrompre momentanément son travail quand on le souhaite	SUMER 2010	18,8	13,1	15,7
Monotonie - « Votre travail consiste-t-il à répéter continuellement une même série de gestes ou d'opérations ? »	CT2005	30,0	25,4	27,5

(*) Les données de l'enquête Conditions de travail 2013 présentent une mesure du niveau d'autonomie (et non d'exposition à l'absence d'autonomie, comme pour les autres résultats repris ici).

Ici, les données globales ne font pas ressortir de différences très significatives entre les hommes et les femmes, si ce n'est quant à la monotonie. Les résultats des enquêtes Conditions de travail sur le moyen terme (cf. Algava et al. 2014) montrent que l'évolution en tendance est la même pour les hommes et les femmes : un recul de l'autonomie sur la dernière période (alors qu'elle avait plutôt augmenté sur les périodes précédentes).

⁷⁴ Il s'agit ici de la prévisibilité du contenu du travail, pas des horaires (qui eux font l'objet d'un indicateur dans l'axe 1).

Les scores dits « de Karasek »

Le modèle de Karasek (et le questionnaire qui s'y rapporte) évalue trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social.

Le questionnaire permet de calculer un score pour chacune des trois dimensions. On calcule ensuite la valeur de la médiane de chacun des scores, c'est-à-dire la valeur qui partage l'ensemble de la population enquêtée en deux parties égales : la moitié des salariés se situe au-dessus de ce score, et l'autre moitié en dessous.

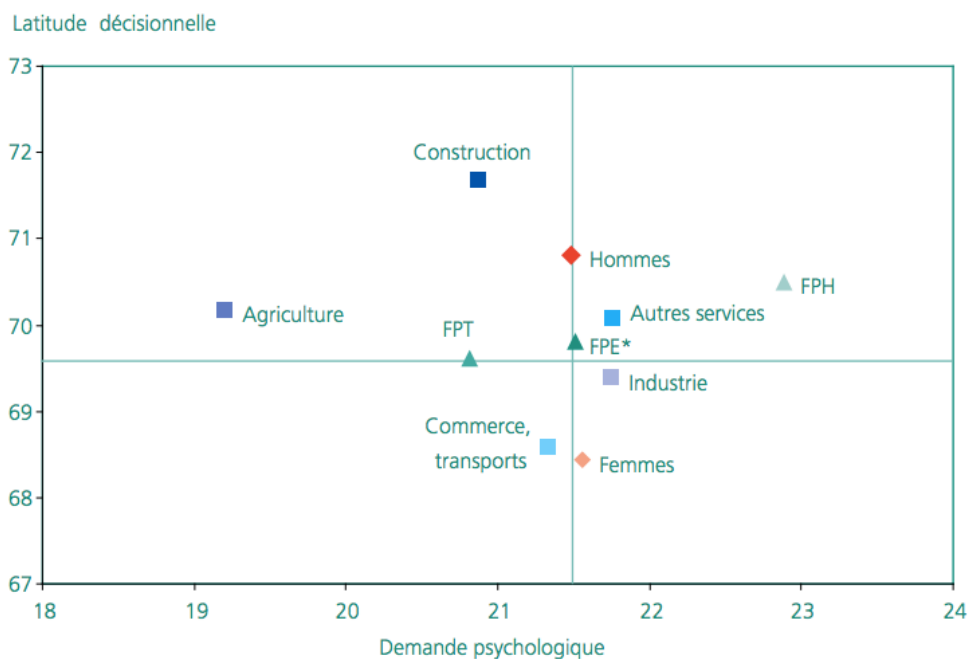
Les scores ainsi calculés permettent de situer les salariés sur un graphique défini selon deux axes : la demande psychologique en ordonnée et la latitude décisionnelle en abscisse. Ce graphique est partagé par des axes correspondant à la valeur médiane de chaque score. À droite du graphique se trouvent les salariés dont le score de demande psychologique est supérieur à la médiane, en bas ceux dont le score de latitude décisionnelle est inférieur à la médiane.

Le cadran où le risque d'avoir des répercussions négatives sur la santé est le plus fort est situé « en bas à droite » car les salariés qui s'y trouvent ont à la fois une demande psychologique relativement élevée et une latitude décisionnelle relativement faible. C'est ce que le modèle de Karasek appelle la situation de « job strain », ou de tension au travail. Le risque est encore aggravé si le salarié bénéficie d'un faible soutien social (« iso-strain »).

Les autres cadrans sont ceux des salariés dits « actifs » (forte demande psychologique et forte latitude décisionnelle), « passifs » (faible demande et faible latitude), et « détendus » (faible demande et forte latitude).

Les analyses secondaires de l'enquête SUMER 2010 font ressortir un niveau de « job strain » plus élevé chez les femmes que chez les hommes, principalement en raison d'un niveau médian de latitude décisionnelle plus bas chez ces dernières (les niveaux médians de « demande psychologique » étant équivalents pour les deux sexes).

Demande psychologique et autonomie selon les résultats de l'enquête SUMER 2010



* FPE : hors ministère de la Justice, ministères sociaux, et enseignants de l'Éducation nationale.

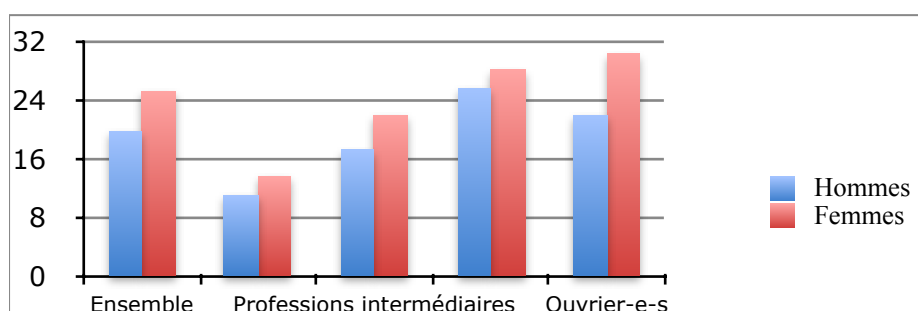
Source : DARES-DGT-DGAFP, enquête SUMER 2010.

Champ : salariés France métropolitaine et La Réunion

Le graphique est structuré par deux axes représentant les valeurs médianes en 2010 de la demande psychologique et de la latitude décisionnelle.

Cet écart de « job strain » se retrouve dans l'ensemble des CSP (cf. graphique ci-dessous).

Proportion de salarié-e-s en situation de « job strain » par sexe et CSP



Source : DARES-DGT-DGAFP, enquête SUMER 2010.

Champ : salariés France métropolitaine et La Réunion.

Cet écart s'avère particulièrement marqué entre les ouvriers et les ouvrières, avec un niveau de tension très élevé pour ces dernières. Les ouvriers étant, quant à eux, moins exposés que les employés. Toutefois, si l'effet de genre est important, l'effet de CSP l'est encore plus : les ouvrières et les ouvriers sont plus de deux fois plus exposés que les cadres et professions intellectuelles supérieures au « job strain » (respectivement 30 % et 22 % pour les ouvrières et les ouvriers contre 13,5 % et 11 % pour les femmes et hommes cadres). Une nomenclature plus fine (en familles professionnelles, par exemple) serait nécessaire pour analyser plus précisément ces différences.

La comparaison des résultats de l'enquête SUMER en 2003 et 2010⁷⁵ fait apparaître que la « demande psychologique » tend à augmenter pour toutes les catégories socioprofessionnelles (+2 % en moyenne pour le score de demande psychologique). Cette hausse s'explique en partie par le recul du nombre de salariés confrontés à une faible demande psychologique, les exigences du travail s'accroissant pour des salariés jusqu'ici relativement épargnés. Dans le même temps, la « latitude décisionnelle » baisse globalement de 1 % entre 2003 et 2010, mais surtout pour les cadres et les professions intermédiaires (-3 %) alors qu'elle augmente légèrement pour les ouvriers (Arnaudo et al. 2012).

⁷⁵ Résultats confirmés par ceux des enquêtes CT 2005 et 2013.

4.4. Axe 4 : les rapports sociaux au travail

Sous cet intitulé sont regroupées toutes les questions relatives aux rapports sociaux entre travailleurs, et aux rapports sociaux entre le travailleur et l'organisation qui l'emploie.

Comme l'indique le Collège d'expertise dans son rapport, « *le contenu de cet axe est en rapport avec les concepts d'intégration (au sens sociologique), de justice (également au sens où les sociologues l'entendent) et de reconnaissance, terme plutôt utilisé en psychologie ou en gestion.* » Et, ces trois dimensions d'intégration, de justice et de reconnaissance sont « *des notions à large portée, complexes et proposant sur des sujets voisins des perspectives voisines mais différentes. Le contenu de cet axe est donc riche et complexe et peut être présenté de différentes manières, qui ont chacune sa pertinence.* » Le point de vue adopté par le Collège est explicitement « *pratique, orienté vers la rédaction de questionnaires et (...) ne correspond pas à une représentation théorique particulière.* »

Cela couvre donc :

- la qualité des relations (qualité des relations interpersonnelles, insertion dans un ou des collectifs, qualité des relations avec les supérieurs, soutien que ces relations et cette insertion apportent) ;
- le style de direction et le degré de justice de l'organisation ;
- la violence éventuelle des relations.

Les dimensions du « soutien social » du modèle de Karasek et du déséquilibre « effort – récompense » sont en large partie abordées dans les indicateurs regroupés sous cet axe.

En raison de l'influence grandissante du modèle de la justice organisationnelle⁷⁶ dans l'analyse des facteurs de RPS au travail, sur cet axe, le Collège d'expertise retient un grand nombre d'indicateurs de priorité 1 qui ne sont actuellement pas couverts par les enquêtes nationales de référence.

Dans ce modèle, la justice organisationnelle est constituée de trois grandes dimensions :

- La justice interactionnelle, qui se décompose elle-même en :
 - o « *justice relationnelle, qui reflète le degré de dignité et de respect avec lequel les employés sont traités par l'autorité* » ;
 - o « *justice informationnelle* », qui représente la présence ou non d'explications fournies par l'autorité managériale sur les raisons des procédures mises en place ».
- La justice distributive, qui « *est atteinte quand un individu calculant un ratio entre ses contributions et ses rétributions l'estime juste, en se comparant à d'autres personnes placées dans la même situation que lui* ».

⁷⁶ Le modèle de la justice organisationnelle repose sur les travaux de John Stacey Adams. Le principal instrument utilisé est un questionnaire dérivé de Moorman R. 1991 (*Relationship between Organizational Justice and Organizational Citizenship Behavior: Do Fairness Perceptions Influence Employee Citizenship*, Journal of Applied Psychology, vol. 76, p. 845-855). Si le modèle est encore émergent et mal stabilisé (existence de plusieurs questionnaires), son utilisation est devenue courante, ce qui permet de commencer à mesurer sa validité externe (prédictibilité d'atteintes à la santé), qui est plutôt très bonne.

- La justice procédurale « caractérise le fait que les procédures relatives à la distribution des charges et des avantages sont appliquées à tout le monde de la même façon ; sont exemptes de préjugés et de biais personnels ; s'appuient sur des informations exactes ; prennent en compte l'ensemble des informations et critères pertinents ; correspondent à l'éthique actuelle de la société. »

Les questions relatives à la justice organisationnelle permettent donc d'identifier des situations plus diffuses et moins facilement caractérisables que celles qui relèvent de la discrimination ou du harcèlement moral tels que définis dans la réglementation, mais qui n'en constituent pas moins de réels risques pour la santé des salarié-e-s.

	Sources	Femmes	Hommes	Ensemble
Bénéficier d'un soutien social satisfaisant dans les situations difficiles - Pas d'accord	SUMER 2010	27,7	30,4	29,2
Équilibre effort-récompense - « Mon travail est reconnu à sa juste valeur » - parfois, jamais	SIP 2007	33,0	32,1	32,6
Recevoir le respect que je mérite de mes collègues – pas d'accord	SUMER 2010	15	15,5	15,3
Recevoir le respect que je mérite de mes supérieurs – pas d'accord	SUMER 2010	28,4	32,9	30,9
Vivre au travail au moins un comportement hostile actuellement	SUMER 2010	22,5	22,2	22,3
Avoir été victime d'au moins une agression verbale de la part des collègues ou des supérieurs dans le cadre du travail au cours des 12 derniers mois	SUMER 2010	11,7	10,2	10,9

Sur l'ensemble des indicateurs pour lesquels nous disposons de données, les écarts entre les hommes et les femmes sont moins significatifs que pour les autres axes. Néanmoins, ces chiffres globaux peuvent neutraliser des différences significatives. Par exemple, les données de SUMER 2010 par grand secteur permettent de voir que 31 % des hommes des la FPH déclarent vivre un comportement hostile (24 % des femmes). Dans les 3 FP, sur cette question, les scores des femmes et des hommes se situent respectivement entre 25 % et 23 %. Dans le privé, seule l'industrie (24 % pour les hommes et les femmes) et, dans une moindre mesure le commerce–transport (23 %) atteignent des niveaux comparables. Les mêmes écarts entre secteurs public et privé se retrouvent sur les agressions verbales de la part des collègues ou de la hiérarchie (18,8 % des femmes travaillant dans la FPH déclarant avoir été victimes d'au moins une agression verbale de la part des collègues ou des supérieurs dans le cadre du travail sur l'année passée).

Cet axe est sans doute celui sur lequel les données quantitatives existantes sont les plus insuffisantes pour engager une analyse par genre des facteurs de RPS au travail. En outre, comme le souligne le rapport du Collège d'expertise, d'autres dimensions des fonctionnements collectifs, comme les stratégies collectives de défense, par exemple, jouent un rôle essentiel dans les dynamiques psychosociales au travail. « Mais il paraît difficile de bien mesurer les stratégies et idéologies défensives en elles-mêmes (...). Le collège ne le recommande pas, mais il recommande d'une part, d'approfondir les études qualitatives (...) d'autre part, de s'efforcer de tenir compte, dans les commentaires des indicateurs, des biais dans

les réponses résultant de ces stratégies et idéologies. »

Les stratégies collectives de défense

Les travaux en psychodynamique du travail ont montré que « *dans le domaine du travail, existent (...) des stratégies défensives construites collectivement par les travailleurs. Ces stratégies collectives de défense portent l’empreinte spécifique des contraintes inhérentes à chaque situation de travail. Grâce à la coopération défensive, il s’agit d’assurer les conditions sociales d’une transformation de la subjectivité qui permette, pour ainsi dire, « d’anesthésier » la souffrance, en conjuguant les efforts de tous pour ne pas penser aux dimensions de l’activité qui font souffrir (...). Les stratégies collectives de défense sont, ainsi, constitutives de formes localisées d’inconscience sociale. Elles ne modifient pas le risque objectif, seule en est transformée la perception. (...). Les stratégies collectives sont centrées sur la construction d’un univers symbolique commun qui tire sa consistance du fait qu’il est organisé par des croyances, des conduites et des attitudes qui ont toutes pour visée de réduire, autant que faire se peut, la perception des réalités susceptibles de générer un état de souffrance. (...) D’un point de vue empirique, le collectif de travail est simultanément collectif de règles et collectif de défense » (P. Molinier 2006)*

En d’autres termes, dans le fonctionnement des collectifs de travail, ce ne sont pas seulement des informations pratiques et des savoir-faire qui s’échangent et viennent enrichir le répertoire collectif, mais aussi des constructions collectives de sens, des valeurs attribuées aux différentes activités, des normes d’action, des manières de désigner les situations qui les orientent vers un certain sens (et en oblitèrent un autre). C’est aussi un moyen de construire un sens collectivement acceptable pour des situations à l’origine des émotions négatives, et donc de pouvoir continuer à travailler « malgré tout ».

Un exemple assez caractéristique de cette « construction de la réalité » du travail est donné dans le film documentaire « *Aucun risque, parole de compagnon* », quand l’un d’entre eux, dans un entretien, indique qu’il n’est « *jamais de (sa) vie passé sous une banche* », « *même en 30 ans de carrière* » et que ensuite, on lui présente des images où on le voit sous une banche, en train de la nettoyer : quand on lui dit que les images sont en contradiction avec ses propos, il conteste cette interprétation en disant qu’il « *ne passe pas sous la banche* », mais « *qu’il la nettoie* » (et qu’il sait les risques, mais qu’il faut la nettoyer et qu’il n’y a pas d’autres moyens pour le faire).

La façon dont la situation est collectivement définie dans un milieu de travail particulier ne sera donc pas sans effet sur le vécu de la souffrance, sur les liens éventuels entre telle ou telle condition de travail et le ressenti que les salariés concernés en auront. Le mode de fonctionnement des collectifs de travail, la façon de gérer les difficultés et la façon de les qualifier, de les nommer sont donc indissociables. Les règles de métier fonctionnant comme des organisateurs partagés et implicites, une partie de la transmission des gestes professionnels n’est possible que lorsque celui ou celle qui entre dans un métier s’approprie des manières de faire qui régulent des manières d’être dans ce métier. Aussi, pour acquérir les « gestes du métier » et être intégré dans un collectif de pairs, les nouveaux doivent « déchiffrer un véritable rébus » où se mêlent le faire, des dire, des fonctions hiérarchiques, des civilités, un système de valeurs. Ce rébus prend la forme de codes, règlements, prescriptions, conventions (plus ou moins explicites), protocoles, rituels, consignes, coutumes... Sans qu’il soit possible de développer ce point plus

longuement ici, nous pouvons noter qu'il s'agit là d'un processus de socialisation assez comparable à celui que les études de genre ont mis en évidence dans la socialisation primaire des filles et des garçons (cf. les travaux de Soares et Aïach cités supra). Et, dans un certain nombre de métiers (notamment quand ils sont peu mixtes comme les ouvrier-e-s du BTP ou les soignant-e-s, par exemple), la construction du collectif de travail et de ses stratégie de défense se fera selon de modalités singulièrement genrées (comme la « parade virile » et le « déni de vulnérabilité » dans les métiers du bâtiment). Ces stratégies de défense, et les modalités d'intégration dans le collectif qui les soutiennent, ont en retour un effet de renforcement de la division du travail (soit *a priori* dans les choix d'orientation des filles et des garçons, soit *a posteriori* dans la difficulté pour les un-e-s ou pour les autres à rester dans des collectifs trop en décalage avec leur identité sociale).

La justice rétributive

À partir des données de l'enquête Emploi, il est possible de rappeler ici que l'écart de salaire entre les hommes et les femmes constitue un facteur général et significatif d'injustice distributive (ou « rétributive »). En 2009, en moyenne, en équivalent temps plein, les femmes salariées du privé touchent 21 400 euros par an, contre 26 790 euros pour les hommes. L'écart moyen représente un gain supplémentaire de 20 % de salaire pour les hommes. Plusieurs facteurs expliquent les écarts de salaire en équivalent temps-plein (secteurs d'activité, catégories socioprofessionnelles, métiers, diplômes, interruptions de carrière). Mais, la prise en compte de tous ces facteurs socio-économiques ne permet toutefois pas d'expliquer la totalité des écarts.

Et, l'enquête Emploi de l'INSEE (Mainguené et Martinelli, 2010) montre que ces écarts persistent pour les jeunes générations. En effet, alors que les jeunes femmes ont un niveau de formation plus élevé que les jeunes hommes, pendant leurs six premières années de vie active, ceux-ci ont des salaires médians supérieurs de 10 % à ceux de leurs homologues féminines.

Sur la longue durée, dans le secteur privé et semi-public, l'écart entre le salaire moyen des femmes et des hommes travaillant à temps complet a peu varié au cours des années 50 et 60 avant de baisser fortement entre le début des années 70 et le début des années 90 (-10 points), en lien avec la montée des qualifications féminines. Il ne diminue que très légèrement depuis (alors que le niveau de qualification des femmes continue à monter). La fin du rapprochement des salaires moyens des femmes et des hommes a été constatée dans de nombreux pays européens ainsi qu'aux États-Unis (Minni 2012).

4.5. Axe 5 : les conflits de valeurs

« Au-delà des dimensions critiques de l'organisation de travail que sont les exigences du travail, la faible autonomie, le manque de soutien, de reconnaissance ou de justice, l'analyse des facteurs à l'origine de la prévalence élevée de détresse psychologique chez certaines catégories de personnel oblige à considérer une autre dimension de la souffrance du personnel, celle de la souffrance éthique. En effet, dans certains secteurs tels que ceux de la santé et de l'action sociale en particulier, les questions mesurant la demande psychologique arrivent mal à identifier les facteurs à l'origine de cet état de mal-être ressenti par le travailleur lorsque ce qu'on lui demande de faire est en opposition avec ses normes professionnelles, sociales ou subjectives, compte tenu de la nature du travail à réaliser ou encore du temps et des moyens dont il dispose. (...) Les conflits de valeur au travail incluent tous les conflits portant sur des choses auxquelles les travailleurs attribuent de la valeur : conflits éthiques, qualité empêchée, sentiment d'inutilité du travail, atteinte à l'image du métier » (Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail).

	Sources	Femmes	Hommes	Ensemble
Conflits éthiques - « Dans mon travail, je dois faire des choses que je désapprouve » - Toujours, souvent, parfois	SIP 2007	30,1	36,5	33,5
Qualité empêchée - « J'ai les moyens de faire un travail de qualité » - Parfois, jamais	SIP 2007	15,8	14,8	15,3
Pour effectuer correctement le travail, ne pas avoir en général des informations claires et suffisantes	SUMER 2010	15,2	14,8	15
Pour effectuer correctement le travail, ne pas avoir en général des moyens matériels adaptés et suffisants	SUMER 2010	17	16,3	16,6
Pour effectuer correctement le travail, ne pas avoir en général une formation suffisante et adaptée	SUMER 2010	17,8	15	16,3
Pour effectuer correctement le travail, ne pas avoir en général un nombre de collègues ou de collaborateurs suffisant	SUMER 2010	20,2	17,8	18,8
Utilité du travail - « Pensez-vous que votre travail est utile aux autres ? »	COI 2006	11,9	7,1	8,7

Selon ces données, les hommes sont plus exposés aux conflits éthiques (à un niveau assez élevé : plus de 1 sur 3) et les femmes au manque de moyens et au sentiment d'inutilité de leur travail. Mais les écarts (sur ces données globales) sont quand même assez faibles. Les écarts entre secteurs s'avèrent en effet beaucoup plus significatifs, avec notamment des niveaux élevés d'insuffisance de moyens dans les 3 fonctions publiques : 25,7 % des femmes et 18,8 % des hommes déclarent manquer d'informations ; dans la FPE (champ SUMER 2010), 27,4 % des femmes et 26,8 % des hommes déclarent manquer de moyen matériels dans la FPH et ils sont respectivement 33,1 % et 30 % à manquer de collègues.

4.6. Axe 6 : l'insécurité de la situation de travail

L'insécurité de la situation de travail comprend l'insécurité socio-économique et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail. L'insécurité socio-économique, concerne à la fois les risques pesant sur la pérennité de l'emploi, sur le maintien du niveau de salaire ou sur le déroulement jugé normal de la carrière.

Les données disponibles ne couvrent que partiellement les indicateurs retenus par le Collège d'expertise sur cet axe, notamment en raison de l'insuffisance de questions sur la perception subjective de l'insécurité de la situation de travail et des perspectives d'évolution de carrière.

	Sources	Femmes	Hommes	Ensemble
Mesures objectives de l'insécurité de l'emploi et de la carrière - CDD	Enquête Emploi 2010	11,6	7,6	9,6
Mesures objectives de l'insécurité de l'emploi et de la carrière - Intérim	Enquête Emploi 2010	1,3	2,8	2,0
Mesures objectives de l'insécurité de l'emploi et de la carrière – sous-emploi	Enquête Emploi 2011	7,9	2,6	5,1
Insécurité subjective de l'emploi - « je travaille avec la peur de perdre mon emploi » - Toujours, souvent, parfois	SIP 2007	21,7	23,8	22,8
Soutenabilité du travail - Ne pas se sentir capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à 60 ans ?	CT 2005	38,8	36,0	37,2
Vivre un changement indésirable	SUMER 2010	27,1	29,2	28,3
Sécurité d'emploi menacée	SUMER 2010	25	30,3	27,9

Ces données montrent un niveau assez élevé d'insécurité de la situation du travail pour les hommes et les femmes, particulièrement en termes de soutenabilité, de vécu de changements indésirables ou de menaces sur la sécurité de l'emploi.

Les données par secteurs de SUMER 2010 permettent d'observer un niveau très élevé de sentiment de menace sur la sécurité de l'emploi pour les hommes et les femmes dans l'industrie (respectivement 39,8 % et 35,7 %). Et, si les salariés des 3 FP sont globalement moins concernés par ce risque, ils sont en revanche massivement concernés par des « changements indésirables » (40 % des femmes et des hommes dans la FPE couverte par l'enquête).

Concernant les situations d'emploi, on observe que les hommes sont plus nombreux en intérim et les femmes en CDD et en sous-emploi (cf. supra § 4112).

4.7. Une typologie des configurations d'expositions

Comme nous l'avons indiqué par ailleurs, une lecture par sexe des données relatives aux conditions de travail et facteurs psychosociaux de risques ne donne pas beaucoup à voir et à comprendre de la manière dont le genre participe aux processus de construction des situations de travail pour les salarié-e-s (et de leur caractère plus ou moins contraignant, notamment en termes psychosociaux).

En effet, le sexe est une « donnée sociodémographique » et non un déterminant direct de la situation de travail (le fait d'être une femme ne détermine pas directement, exclusivement, et de manière uniforme pour toutes, l'exposition au travail répétitif par exemple). Et le regroupement de toutes les situations de travail masculines et féminines en deux groupes produit un effet d'homogénéité qui occulte des enjeux essentiels pour comprendre les facteurs de RPS.

En outre, une lecture linéaire (indicateur par indicateur, axe par axe) ne donne pas non plus à voir comment les différents aspects des conditions de travail des hommes et des femmes viennent à se combiner pour renforcer (ou au contraire atténuer) le caractère plus ou moins contraignant des situations de travail.

C'est pourquoi, en conclusion de ce chapitre sur les facteurs psychosociaux de risques au travail, il nous apparaît intéressant de reprendre une analyse secondaire de l'enquête SIP 2010 (M. Beque, 2014). Celle-ci⁷⁷ visait à identifier des groupes de salariés en fonction de la configuration de facteurs RPS qui prédomine dans leurs situations de travail. En termes de méthodologie, les regroupements sont donc construits à partir des réponses aux questions sur les conditions de travail (et non à partir de données « sociodémographiques », comme le sexe, l'âge, etc.). Et une fois ces groupes constitués, il est possible de voir la manière dont ces différentes configurations sont plus ou moins associées à un sexe, un type d'emploi, un secteur, etc. L'analyse a permis d'identifier six groupes⁷⁸ :

- « **Faible exposition** » (28 % des salariés) : ne déclarent pas ou peu d'exposition aux facteurs RPS ; sont beaucoup plus nombreux à déclarer une bonne reconnaissance au travail ; les exigences au travail sont relativement réduites pour ces salariés ; les deux tiers travaillent en contact direct avec le public, mais ils sont cinq fois moins nombreux à être victimes d'agression verbale (et moitié moins à « devoir calmer les gens ») ; 52 % sont des hommes, 48 % des femmes ; plus fréquent pour les salariés âgés de 50 ans et plus, les ouvriers qualifiés (construction, BTP) et les professions des services directs aux particuliers ; les contrats stables (CDI, fonction publique) y sont un peu moins fréquents que dans l'ensemble de la population ; se disent faiblement exposés aux pénibilités physiques.
- « **Sans reconnaissance mais sans dommage** » (19 % des salariés) : 80 % des salariés de ce groupe déclarent que leurs « perspectives de promotion ne sont pas satisfaisantes », mais cela ne les dérange « pas du tout » ou « qu'un peu » contre 32 % de la population

⁷⁷ Les soixante indicateurs de RPS de l'enquête SIP 2010 (classés selon les six axes) sont traités au moyen d'une analyse en composante multiple (ACM).

⁷⁸ Sauf pour le sexe (indiqué systématiquement), les données sociodémographiques mentionnées ici pour chacune de ces catégories sont celles qui les distinguent de l'ensemble de la population étudiée.

étudiée ; ils sont aussi relativement peu exposés aux fortes exigences (travailler sous pression, exigences émotionnelles fortes, difficultés de conciliation travail – vie familiale) ; 56 % sont des hommes, 44 % sont des femmes ; plus fréquent dans l'industrie manufacturière, mais n'est pas caractéristique d'une CSP en particulier.

- « **Forte exposition émotionnelle mais du soutien** » (16 % des salariés) : 89 % travaillent en contact avec un public en situation de détresse (40 % dans l'ensemble de la population) ; il sont donc beaucoup plus nombreux à devoir calmer des gens (96 % contre 53 %) et à avoir été victimes d'une agression verbale de la part du public (63 % contre 25 %) ; mais ils peuvent plus souvent parler de leurs problèmes à un représentant du personnel (50 % contre 26 %) ; **58 % sont de femmes** et 42 % sont des hommes ; plus fréquent pour les employés de la fonction publique et des professions intermédiaires de la santé, du travail social, de l'éducation et des professions intellectuelles ou cadres de la fonction publique ; une part importante de ce groupe est aussi exposée à des pénibilités physiques (port de charge, postures pénibles ou fatigantes).
- « **Sous pression** » (15 % des salariés) : font face à de fortes exigences du travail (ils sont deux fois plus nombreux que l'ensemble de la population à « penser à trop de choses à la fois », « travailler sous pression », « devoir se dépêcher ») ; il sont aussi confrontés à des conflits de valeur (« faire trop vite une opération qui demanderait davantage de soin »), des exigences émotionnelles (« devoir cacher ses émotions ») et une insécurité économique ; ils ont aussi des difficultés à concilier travail et famille ; mais leur travail leur permet d'utiliser pleinement leurs compétences et d'apprendre des choses nouvelles ; 57 % sont des hommes et 43 % des femmes ; plus fréquent pour les salariés âgés de 31 à 40 ans, dans le secteur privé, dans les fonctions de cadres d'entreprise et les professions intermédiaires administratives et commerciales.
- « **Sans reconnaissance ni soutien** » (13 % des salariés) : leur situation de travail se caractérise surtout par un manque de reconnaissance, qui les dérange, et un manque de soutien (notamment de la part de leurs supérieurs) ; ils sont aussi nombreux à avoir été victimes d'une agression verbale de la part de leurs collègues ou supérieurs ; 54 % sont des femmes, 46 % sont des hommes ; plus fréquent chez les salariés âgés de 41 à 50 ans, dans les professions intermédiaires de l'enseignement (dont professeurs des écoles), de la santé (dont infirmiers), de la fonction publique ; le secteur public est surreprésenté dans ce groupe.
- « **Surexposition** » (9 % des salariés) : font un travail répétitif et ennuyeux, qui ne permet pas d'apprendre des choses nouvelles, et qui risque de nuire à leur santé ; ils déclarent aussi de mauvaises relations avec leurs collègues, un travail sous pression et un manque de reconnaissance ; 51 % sont des femmes, 49 % des hommes ; plus fréquent pour les jeunes, les ouvriers non qualifiés ou les employés du commerce, de la réparation, du transport, de la poste et des télécommunications, de l'industrie, les salariés en contrats

précaires ; ils sont aussi exposés à de nombreuses pénibilités physiques (port de charge, postures pénibles, bruit, efforts ou vibrations importantes).

L'enquête SIP portant aussi sur l'état de santé des personnes interrogées (notamment la santé psychique au moyen du questionnaire MINI), il apparaît des écarts très significatifs entre les catégories ainsi constituées : la proportion de salariés déclarant un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif majeur passe de 4 % pour les personnes du groupe « faible exposition » à 12 % pour les salariés « sous pression », 15 % pour les personnes « sans reconnaissance ni soutien » et 19 % pour les « surexposés »⁷⁹.

Les résultats de cette analyse peuvent être présentés sous la forme du tableau synthétique suivant⁸⁰.

Typologie des expositions aux facteurs RPS et santé mentale

	Faible exposition	Sans reconnaissance sans dommage	Forte expo. émotionnelle et soutien	Sous pression	Sans reconnaissance ni soutien	Surexposition
Part H/F	52/48	56/44	42/58	57/43	46/54	49/51
Axe 1	--	---		+++		+
Axe 2	-	-	+++			
Axe 3			-	-		+++
Axe 4	---	+/-	--	-	+++	+
Axe 5				+	++	+
Axe 6				+		++
Pénibilités physiques	--	--	+	--	--	+++
Santé mentale	--	--	-	+	++	+++

Source : Beque 2014, enquête SIP.

Lecture : les signes + ou – indiquent le niveau d'exposition aux facteurs des RPS et les atteintes à la santé mentale (par exemple, les « sous pression » sont beaucoup plus exposés que l'ensemble des salariés aux facteurs de l'axe 1, et un peu plus aux facteurs des axes 5 et 6 ; ils sont un peu moins exposés aux facteurs des axes 3 et 4 ; leur santé mentale est un peu moins bonne que l'ensemble des salariés mais ils sont très faiblement exposés aux pénibilités physiques).

Cette analyse à partir des questions descriptives des conditions de travail et des facteurs de RPS met en évidence la diversité des situations de travail (notamment en termes de RPS), y compris au sein des catégories d'analyse habituelles (secteur, CSP, familles professionnelles). Il apparaît ainsi que les salariés d'une même profession peuvent se répartir dans des groupes différents : par exemple, les enseignants et soignants sont nombreux dans les groupes « forte exposition

⁷⁹ Comme il a été indiqué au chapitre 3, les liens entre santé et conditions de travail sont extrêmement complexes, et il est important, notamment ici, de ne pas interpréter ces corrélations comme un lien de causalité simple du travail vers la santé. Néanmoins, 75 % des salariés « surexposés » considèrent que leur travail peut nuire à leur santé dans les années à venir, contre 17 % de ceux du groupe « faible exposition ». Et, les salariés « surexposés » sont aussi beaucoup plus nombreux à déclarer ne pas avoir choisi leur itinéraire professionnel et ne pas en être satisfaits.

⁸⁰ En gardant bien à l'esprit que, si les six axes identifiés par le Collège d'expertise sur les RPS sont couverts par les questions de l'enquête SIP, ils le sont de manière plus ou moins complète selon les axes (cf. supra).

émotionnelle et soutien » et « sans reconnaissance ni soutien ». De même, les personnels des services directs aux particuliers (aides à domicile) constituent une part importante des groupes « faible exposition » et « surexposés ». Cette situation très contrastée des conditions de travail des aides à domicile est aussi observée par ailleurs dans l'étude sur les intervenants au domicile des personnes fragilisées conduite par la DREES en 2008 (cf. Marquier et Nahon 2012).

Résumé

Comme nous l'indiquions au chapitre 1, il n'y a pas actuellement de consensus scientifique sur la manière de définir les « risques psychosociaux » au travail. Mais les travaux du Collège d'expertise sur les RPS ont permis de dégager une conception qui fait aujourd'hui référence, notamment dans le domaine qui nous intéresse ici, celui des données statistiques nationales. Les travaux du Collège ont notamment permis d'identifier l'ensemble des conditions de travail qui présentent un enjeu psychosocial important (et qui doivent donc faire l'objet d'un suivi), et de les regrouper en six axes. En attendant les résultats de la future enquête « RPS », il est possible de s'appuyer sur les résultats des enquêtes existantes pour explorer ces six axes.

L'axe 1 (intensité du travail et temps de travail) est assez bien couvert par les enquêtes actuelles. Les hommes sont en moyenne plus exposés que les femmes à une forte intensité du travail et à des durées longues de travail, au travail du soir et de nuit, à l'imprévisibilité des horaires. Ces différences recourent pour une large part la division genrée du travail, dans la mesure où les contraintes horaires sont très différentes selon les secteurs. Pour mieux comprendre les enjeux psychosociaux liés à cet axe en termes de genre, il est nécessaire de compléter avec des données relatives au temps partiel (selon qu'il est choisi ou non) et aux transitions professionnelles (notamment lors de changements dans la vie personnelle, comme la naissance des enfants).

Sur l'axe 2 (exigences émotionnelles), ce sont les femmes qui apparaissent les plus exposées (sauf pour la peur). Cette situation reflète assez bien la division du travail basée sur des stéréotypes de genre (les activités de « care » pour les femmes, et les métiers dangereux pour les hommes).

En ce qui concerne l'axe 3 (autonomie), les données font apparaître une différence entre les hommes et les femmes quand elles sont combinées avec celles de la « demande psychologique » pour construire les « scores de Karasek » (et les catégories qui s'y rapportent), les femmes étant sensiblement plus exposées au « job strain » (tension au travail) que les hommes.

Pour l'axe 4 (rapports sociaux au travail), une large partie des indicateurs retenus par le Collège ne sont actuellement pas disponibles. Sur les données disponibles, les écarts globaux par sexe sont assez peu significatifs. Mais une analyse par grands secteurs (public, privé) fait par contre apparaître des situations beaucoup plus contrastées (avec notamment des rapports sociaux assez dégradés dans le secteur public, pour les hommes et les femmes).

Sur l'axe 5 (conflits de valeurs), les hommes apparaissent plus exposés aux conflits éthiques et les femmes au manque de moyens et au sentiment d'inutilité. Mais, ici aussi, les écarts entre hommes et femmes sont nettement moins significatifs que les écarts entre secteurs (même avec une nomenclature très agrégée).

Quant à l'axe 6 (insécurité de la situation de travail), les données actuelles font apparaître un niveau élevé d'insécurité pour les hommes et les femmes, et un taux de sous-emploi trois fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes.

Une analyse secondaire de l'enquête SIP permet de voir comment, dans les situations de travail, les différents aspects des conditions de travail et facteurs de RPS viennent à se combiner pour constituer des configurations d'expositions assez spécifiques (et parfois très différentes, y compris pour un même métier).

Conclusion

Les sources statistiques nationales françaises, dans leur richesse et leur diversité, permettent de décrire relativement bien la situation respective des hommes et des femmes par rapport à de nombreuses dimensions du travail et de la santé. Il n'est resté pas moins encore de nombreuses zones d'ombre dans la compréhension des dynamiques de santé en lien avec le travail pour les femmes et les hommes. Et, de nouvelles enquêtes sont régulièrement développées pour mieux appréhender certaines questions, comme les facteurs psychosociaux de risque au travail, et les liens entre travail et santé, par exemple. Hormis quelques rares exceptions, toutes ces données sont systématiquement publiées par sexe.

Comme l'indique Ponthieux (2013) dans son rapport pour la ministre des Droits des femmes sur l'information statistique sexuée dans la statistique publique, « *les études et les analyses existantes, quelle que soit leur question d'entrée, montrent combien (les) processus (qui produisent les inégalités de genre ou contribuent à leur persistance) sont complexes, car ils traversent de multiples aspects de l'activité économique et sociale des individus, au carrefour des sphères privées et professionnelles ou sociales, liant les situations individuelles et la place des femmes et des hommes en général dans la société, la famille, l'entreprise et dans les lieux de pouvoir.* »

Avec les évolutions du marché du travail au cours des trente dernières années, la situation des femmes par rapport au travail, aux conditions de travail et à la santé se sont fortement diversifiées, car les dimensions de genre se combinent avec de nombreuses autres dimensions sociales (CSP, origines sociales, statuts d'emploi, situation familiale, etc.) pour produire des parcours de vie beaucoup moins prédéfinis que dans le contexte social antérieur, pour les femmes mais aussi pour les hommes.

Aussi, pour bien comprendre les relations entre genre, travail et santé, il est nécessaire de dépasser le niveau très agrégé des données par sexe, et même sexe et CSP (ou famille professionnelle ou secteur) pour construire des catégories reflétant au mieux les conditions effectives de travail des hommes et des femmes concernés. C'est d'ailleurs le type de modélisation qui se développe actuellement dans les analyses secondaires des enquêtes dans le champ du travail et de la santé au travail (cf. § 35 et 47, par exemple). Ces modélisations présentent aussi l'intérêt de ne pas se limiter à une analyse indicateur par indicateur, mais de permettre de dessiner des configurations globales dans lesquelles il est possible de voir comment certaines dimensions du travail, de l'emploi, de la santé sont reliées entre elles.

Plus largement, les données d'indicateurs seules ne suffisent pas pour comprendre les dynamiques psychosociales au travail (que ce soit pour une approche par genre ou non). Il est nécessaire de les compléter par des analyses qualitatives du travail. Il ne s'agit pas là d'une démarche « orthogonale » à celle des enquêtes sur les conditions de travail. Bien au contraire, les concepteurs de ces enquêtes ont même rappelé explicitement cette nécessaire complémentarité. Ainsi, par exemple, dans leur article sur la conception de la première enquête Conditions de Travail, Volkoff et Molinié (1982) rappellent que, sur un certain nombre de problèmes sensibles de conditions de travail, « *la statistique, loin d'évacuer les débats en brandissant quelques ratios définitifs, peut au contraire les enrichir. Elle peut contribuer à une sensibilisation sur ces questions,*

et dans le même temps permettre une confrontation critique avec d'autres approches (juridiques, monographiques, expérimentales...) ce qui suppose qu'il faut à tout prix éviter de conférer aux chiffres une quelconque réputation d'autorité : il s'agit d'un mode d'évaluation parmi d'autres, et la modestie de ses objectifs doit apparaître clairement, non seulement dans quelques réserves méthodologiques, mais surtout dans la production des résultats eux-mêmes. »

De même, dans un article de 1997, M. Gollac précise aussi que « *Les divers aspects de (la) situation (de travail), qui font l'objet des questions de l'enquête, ne prennent sens que dans une (...) vision globale.* » Et il précise qu'il n'est pas pertinent d'analyser séparément l'évolution d'indicateurs comme le port de charge ou les contraintes posturales (nous pourrions ici ajouter les résultats par sexe d'un indicateur) car « *ces questions ne peuvent (...) être détachées du travail dans sa globalité.* » Et, c'est la compréhension globale de la situation de travail (au moyen d'autres sources de connaissance que les seules données statistiques) qui permet de dégager une analyse pertinente⁸¹.

Le développement de ces analyses change le statut du chiffre : « *Le chiffre n'a aucun rôle privilégié par rapport à d'autres sources de connaissance comme l'observation clinique réalisée dans l'analyse du travail, et il ne prend sens qu'à travers la construction théorique du travail opérée par l'ergonomie.* » Et il précise un peu plus loin que ce n'est pas seulement une question de débats théoriques, que « *le choix d'un point de vue théorique conditionne aussi l'action. Si nous considérons que l'intensification du travail est un déterminant de nombreuses dimensions des conditions de travail, traiter « la question des charges lourdes » ne peut se réduire à édicter des normes de poids des charges (même si ceci peut être utile)* ». (ibid.)

Ces précautions méthodologiques s'avèrent encore plus importantes quand il s'agit d'aborder des questions aussi complexes que les liens entre genre et facteurs psychosociaux de risques au travail. C'est pourquoi, en complément de ces sources statistiques, il est souhaitable que puissent continuer à se développer des travaux qualitatifs dans le champ du travail et de la santé pour mieux comprendre : comment les dynamiques sociales jouent entre elles pour compenser, affaiblir ou au contraire renforcer des situations marquées par l'assignation d'un individu à un rôle, une place, un genre ; comment ces assignations influent à leur tour sur les dynamiques de santé des personnes concernées ; comment, aussi, les personnes agissent pour construire leur propre devenir dans les environnements dans lesquels elles doivent évoluer.

Il nous semble notamment que les travaux relatifs au fonctionnement des collectifs de travail et aux gestes professionnels comme ressources psychosociales⁸² dans la réalisation de l'activité peuvent être porteurs de développements intéressants. En effet, comme le montrent aussi bien les travaux en psychologie du travail qu'en sociologie du travail, dans le fonctionnement des collectifs de travail, ce ne sont pas seulement des informations pratiques et des savoir-faire qui s'échangent, ce sont aussi des constructions collectives de sens, de valeurs, de normes pour l'action. Et, la façon dont la situation est collectivement définie dans un milieu de travail particulier ne sera pas sans effet sur le vécu de la souffrance

⁸¹ Comme, par exemple, l'analyse qu'il propose sur les résultats contre-intuitifs de l'enquête Conditions de travail 1991 (ceux-ci montraient une augmentation du nombre de salariés déclarant porter des charges lourdes, alors que des outils avaient été introduits dans beaucoup d'entreprises pour réduire cette contrainte) en reliant différents indicateurs et des connaissances issues de sources qualitatives : « *l'intensification du travail a aggravé la question du port de charges lourdes* ».

⁸² Cf. notamment : Clot 1999 (2008), Clot & Lhuillier (2010), Laval (2003), Lorient, Caroly, Boussard (2006 a et b, 2007), Lorient (2009, 2012 a et b), Molinier (2004, 2006, 2008).

Or, comme le montrent les études de genre, celui-ci s'inscrit, comme l'identité de métier, dans un processus de construction psychosociale de la réalité qui oriente la manière de voir, de penser, de sentir, de dire, de se porter et se comporter d'un individu. En d'autres termes, le genre social (féminin ou masculin) et le genre professionnel s'inscrivent dans un processus de constructions psychosociales de la réalité qui façonne les manières de dire, de faire ou de ne pas faire. Cela implique que les différentes dimensions qui constituent les genres masculin et féminin peuvent aussi jouer (de manière plus ou moins significative) dans le fonctionnement des collectifs et dans les ressources psychosociales que l'individu peut mobiliser pour réaliser son activité de travail. Ces questions restent largement à explorer. Mais elles permettront sans doute de mieux comprendre comment le genre joue dans les relations dynamiques entre travail et santé.

Annexe 1 : Définition des pathologies psychologiques recensées par le questionnaire Mini

(Source : Bellamy et al. 2004)

Épisode dépressif (CIM 10 F32)

Trouble de l'humeur caractérisé par la persistance chez un individu de plusieurs symptômes (au moins quatre) durant au moins deux semaines. Les symptômes principaux sont la présence d'une humeur dépressive anormale pour le sujet, d'une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ainsi que d'une réduction de l'énergie ou d'une augmentation de la fatigabilité.

Trouble dépressif récurrent (CIM 10 F33)

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (épisodes qualifiés de manie).

Dysthymie (CIM 10 F34.1)

Abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes de rémission est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent.

Épisode maniaque (CIM10 F30)

Ces troubles sont caractérisés par l'élévation légère mais persistante de l'humeur (hypomanie), voire une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation (manie) qui peut être associée à la présence de symptômes psychotiques : idées délirantes, hallucinations...

Agoraphobie (CIM 10 F40.0)

Groupe de phobies concernant la crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits publics, ou la peur de voyager seul, en train, en autobus ou en avion.

Trouble panique (CIM 10 F41.0)

Attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de paniques) dont la survenue est imprévisible. Les symptômes essentiels concernent la survenue brutale de palpitations, de douleurs thoraciques, de sensations d'étouffement, d'étourdissements et de sentiments d'irréalité.

Phobies sociales (CIM10 F40.1)

Crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Les phobies sociales envahissantes s'accompagnent habituellement d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.

Anxiété généralisée (CIM 10 F41.1)

Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est « flottante »). Le patient se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de « tête vide », de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épigastrique. Par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident.

État de stress post traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus, notamment la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars.

Syndromes psychotiques

Un syndrome psychotique est caractérisé par la présence des symptômes suivants : perte du contact avec la réalité, une désorganisation de la personnalité et la transformation délirante du vécu. Les psychoses chroniques regroupent les délires chroniques, la schizophrénie et les pathologies chroniques apparentées dont le délire paranoïaque et la psychose hallucinatoire chronique. Les psychoses aiguës sont constituées principalement par les bouffées délirantes aiguës et certains états schizophréniques.

Annexe 2 : sources de données utilisées dans le document

Enquête Handicap – Santé, volet en Ménages (HSM)

Réalisée par l'INSEE en partenariat avec la DREES

L'enquête Handicap-Santé - Volet "ménages ordinaires" en 2008 (HSM) a pour objectif de mesurer la prévalence des diverses situations de handicap en s'appuyant notamment sur les nouveaux concepts développés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'estimer le nombre de personnes connaissant des problèmes de santé ou en situation de handicap. L'enquête HSM intègre les modules européens de questionnement élaborés par Eurostat, afin de renforcer la comparabilité des enquêtes à l'échelle européenne. L'enquête HSM renouvelle le travail effectué lors du volet ménage de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance (HID) de 1999.

Thèmes abordés :

- les déficiences et les incapacités (limitations fonctionnelles et restrictions d'activités) ;
- la santé physique, la santé mentale, la prévention, le recours aux soins, la consommation médicale, l'hospitalisation ;
- les différentes formes d'aides reçues : aides techniques, humaines, prestations, aides à l'insertion professionnelle, aides à la scolarité...
- le besoin d'aide, sous toutes ses formes ;
- la situation familiale, la scolarité, l'emploi, les revenus, les loisirs, les vacances, la participation à la vie associative et les discriminations ressenties...

Enquête Evénements de Vie et Santé (EVS)

Réalisée par l'INSEE en partenariat avec la DREES

L'enquête EVS a été menée de novembre 2005 à février 2006 auprès de 9 953 personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine en ménage ordinaire. Elle a pour objectif de recueillir des informations à la fois sur les violences subies par les personnes au cours des 2 années précédant l'enquête et leur état de santé. Outre ces deux dimensions, un questionnaire sur les "événements difficiles traversés au cours de la vie" a été développé. Il s'agit de comprendre dans quels parcours de vie ou quelles conditions de vie les liens observés entre violences et santé prennent forme. L'enquête EVS permet de connaître les atteintes aux biens (vols et tentatives de vols, cambriolages, dégradations de biens) ainsi que les violences interpersonnelles (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques) subies par les personnes interrogées. Elle donne également des informations approfondies sur l'état de santé (physique, mentale, fonctionnelle, sociale) et permet de repérer plusieurs types de difficultés rencontrées au cours de la vie entière : les décès, suicides, tentatives de suicide ou graves maladies des proches, l'alcoolisme ou l'usage de drogues illicites au sein de la famille, les privations matérielles graves, les souffrances ressenties du fait de carences affectives graves, les périodes de chômage des parents, les tentatives de suicide de l'enquêté(e).

Enquête Permanente sur la Prescription Médicale

Réalisée par l'IRDES à partir de données fournies par IMS-Health.

Enquête permanente trimestrielle auprès de l'ensemble des médecins exerçant en pratique libérale en France métropolitaine et réalisant une prescription allopathique. Données recueillies auprès d'un échantillon de médecins (constitué selon leur spécialité, la région d'exercice, la taille de l'unité urbaine et l'âge des médecins) au moyen d'un "carnet de questionnaires séances" rempli par chaque médecin (date, lieu, séance, sexe, âge, profession du patient, diagnostics ou motifs des séances, nouveau ou ancien patient, effet attendu de la prescription) et d'un duplicata de l'ordonnance.

Baromètre Santé 2010

Coordonné par l'INPES.

Les Baromètres santé ont été créés au début des années 1990. Ces enquêtes de surveillance épidémiologique permettent de suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France métropolitaine : tabagisme, alcoolisation et consommation d'autres drogues, pratiques vaccinales, comportement sexuel, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, nutrition, qualité de vie, sommeil, accidents, douleur, consommation de soins, santé mentale... Elles permettent à la fois d'étudier les déterminants de ces différents thèmes et de les envisager eux-mêmes comme des déterminants de l'état de santé de la population. Ils sont en cela des outils très utiles à la mise en œuvre d'actions par les pouvoirs publics ainsi qu'à leur évaluation. Les Baromètres santé ont vocation à être répétés dans le temps, avec la même méthodologie et le même questionnaire, afin de fournir des évolutions des principaux comportements et attitudes en rapport avec la santé.

Enquête Santé Mentale en Population Générale

L'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG) est une recherche-action internationale multicentrique, menée depuis 1997 avec l'appui méthodologique du Centre Collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille).

L'enquête vise notamment à décrire les représentations mentales liées à la "folie", "la maladie mentale", "la dépression" et aux différents modes d'aide et de soins, et estimer la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale âgée de plus de 18 ans.

Enquête Santé et Protection Sociale

Réalisée par l'IRDES, en lien avec les données de la CNAM.

L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) porte sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France. Elle recueille depuis 1988 des données sur l'état de santé, la couverture maladie, la situation sociale et le recours aux soins d'un échantillon de 8 000 ménages ordinaires, soit 22 000 personnes. Elle est représentative d'environ 97 % de la population vivant en France métropolitaine.

L'enquête est un panel. Elle a lieu tous les deux ans et interroge les mêmes ménages tous les quatre ans. L'échantillon a été renouvelé entièrement en 2010. ESPS est aussi appariée avec les données de consommation de soins issues de l'Assurance maladie. Ce lien avec les données de prestations de l'Assurance maladie permet des analyses fines du recours aux services de santé.

PMSI – MCO

Depuis la loi du 31 juillet 1991, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité ». À cette fin, ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge » : c'est la définition même du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Pour les séjours hospitaliers en soins de courte durée — médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) — cette analyse est fondée sur le recueil systématique d'un petit nombre d'informations administratives et médicales, qui constituent le Résumé de Sortie Standardisé (RSS). Les informations recueillies font l'objet d'un traitement automatique aboutissant au classement des RSS en un nombre volontairement limité de groupes cohérents du point de vue médical et des coûts : les groupes homogènes de malades (GHM).

CépiDC-Inserm

Depuis 1968, le CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) de l'Inserm est chargé d'élaborer annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'INSEE (540 000 décès par an). Cette statistique est établie à partir des informations recueillies à partir de deux documents : le certificat médical et le bulletin d'État civil de décès. Le CépiDc gère une base de données comportant actuellement près de 20 millions d'enregistrements (décès depuis 1968).

Données des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles de la CNAMTS

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) édite chaque année des statistiques nationales des accidents du travail et des maladies professionnelles déclarés et reconnus. Ces données concernent uniquement les travailleurs du régime général de la Sécurité sociale (secteur privé). Elles sont disponibles pour la France entière, par grand secteur d'activité (Comité technique national ou CTN) et par numéro de risque (activités).

Le RNV3P

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), créé en 2001, est une émanation des Centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP), structures intégrées dans les CHU. Trente-deux CCPP, répartis sur tout le territoire métropolitain, participent au réseau. Le RNV3P repose sur le concept de Problème de santé au travail (PST).

Un PST est le produit d'un processus qui vise à proposer un lien entre une ou des nuisance(s) liée(s) à l'exposition professionnelle et la pathologie diagnostiquée chez un patient venu consulter dans un CCPP. Ce lien est validé par un médecin référent du CCPP, spécialiste en santé au travail.

Le RNV3P est une modalité essentielle de la veille sanitaire dont les atouts résultent à la fois de la compétence de ses experts, de la pérennité des CCPP et de leur insertion dans le tissu économique et social régional. Ils constituent une modalité complémentaire et réactive dans la surveillance des risques émergents et sont une illustration de la pluralité des modalités de veille sanitaire relative aux risques professionnels.

Le programme Samotrace

Le programme Samotrace (Santé mentale observatoire du travail Rhône-Alpes et Centre), mis en place par le département Santé Travail de l'InVS, associé à l'origine à l'Institut de médecine du travail et à l'université François Rabelais de Tours, permet de décrire les prévalences de différents troubles de santé mentale et d'analyser les liens entre ces troubles et les expositions professionnelles pour un large ensemble de professions et de secteurs d'activité. Samotrace a été implanté dans deux zones géographiques pilotes : en 2006, en régions Centre, Poitou-Charentes et Pays de la Loire puis, en 2007, en région Rhône-Alpes (départements du Rhône et de l'Isère).

Le dispositif comprend trois volets :

- un volet de veille épidémiologique en entreprises, qui permet d'obtenir des prévalences de différents problèmes de santé mentale selon la profession et le secteur d'activité, et des descriptions des expositions professionnelles associées. Il s'appuie sur la participation volontaire des médecins du travail ;
- un volet médico-administratif, qui a pour objectif de décrire les mises en invalidité pour troubles psychiatriques selon les catégories socioprofessionnelles et les secteurs d'activité. Les données sont recueillies auprès du salarié par les médecins-conseils de l'assurance maladie (régime général et MSA) lors de la visite concluant à l'attribution de la pension d'invalidité ;
- un volet de recueil monographique, facultatif, qui consiste en une analyse qualitative détaillée de situations de souffrance mentale ou de décompensation psychopathologique par un réseau de médecins du travail expérimentés dans le domaine de la santé mentale et dans la rédaction de monographies basées sur la clinique médicale du travail.

Le programme de surveillance des Maladies à Caractère Professionnel (MCP)

Réalisé par l'InVS en partenariat avec l'inspection médicale du travail.

Ce programme de surveillance s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires dans les régions concernées. Ces médecins s'engagent à signaler toutes les MCP rencontrées durant des périodes de deux semaines prédéfinies, baptisées "Quinzaine MCP". Les signalements sont

adressés aux médecins inspecteurs du travail (Mit) de leur région. La fiche de signalement, anonyme, comporte des informations sur la (ou les) pathologie(s) et les agents d'exposition professionnelle suspectés d'être à l'origine de la pathologie signalée, sur l'emploi et le type de contrat du salarié concerné, et sur le secteur d'activité de l'entreprise ; la date de naissance et le sexe du salarié sont également enregistrés. Un tableau de bord de tous les salariés ayant bénéficié d'une visite médicale au cours de la quinzaine (données nécessaires au calcul du dénominateur des taux de prévalence) sont également transmis. De plus, afin de vérifier la représentativité des médecins du travail volontaires et permettre d'éventuels redressements, chacun d'entre eux transmet l'effectif de salariés qui lui est attribué annuellement (par secteur d'activité).

L'enquête Conditions de travail (CT)

Organisées et exploitées par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), les enquêtes Conditions de travail (CT) sont réalisées tous les 7 ans en complément de l'enquête Emploi de l'Insee. Le champ de ces enquêtes est donc celui de l'enquête Emploi. Le questionnaire des enquêtes complémentaires est posé à chaque actif occupé du ménage. Celui-ci doit répondre personnellement. Il s'agit d'une enquête transversale où l'essentiel de l'interrogation porte sur une journée de travail précise.

L'objectif est de décrire les conditions de travail de la population active telles qu'elles sont perçues par les individus eux-mêmes, d'évaluer les évolutions de ces conditions depuis les précédentes enquêtes réalisées avec la même méthodologie, et de comparer ces résultats avec ceux produits par d'autres sources.

L'enquête SUMER

Cette enquête, copilotée par la Dares et la DGT (Inspection médicale du travail), décrit les contraintes organisationnelles, les expositions professionnelles de type physique, biologique et chimique auxquelles sont soumis les salariés.

C'est une enquête transversale qui fournit une évaluation des expositions professionnelles des salariés, de la durée de ces expositions et des protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition. Jusqu'en 1994, les données étaient uniquement recueillies par le médecin du travail lors de l'entretien médico-professionnel au cours de la visite périodique. Il s'appuie sur la connaissance des postes de travail qu'il a acquise au cours de son tiers-temps. Depuis 2003 un auto-questionnaire a été ajouté, que le salarié remplit seul avant la visite. Cet auto-questionnaire aborde de nouveaux thèmes (questionnaires « de Karasek », et « Siegrist », notamment).

L'enquête Santé et Itinéraires Professionnels (SIP)

L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), conçue par la DREES et la DARES et réalisée en deux vagues (2006 et 2010), explore les liens entre les problèmes de santé et les parcours professionnels et conditions de travail.

L'enquête SIP vise d'une part à mieux connaître les déterminants de la santé liés aux conditions de travail et aux parcours professionnels : comment les conditions physiques et organisationnelles du travail, les expositions aux risques, les discontinuités et les ruptures du parcours professionnel contribuent-elles, dans la durée, à construire, à préserver ou à fragiliser leur état de santé ?

L'enquête devrait d'autre part permettre de repérer l'impact de l'état de santé sur le parcours professionnel des personnes, les aléas de carrière ou les discriminations éventuelles qu'elles ont pu rencontrer : en quoi des événements de santé, qu'ils soient déterminés ou non par l'environnement professionnel, induisent-ils des ruptures ou au contraire sont-ils compatibles avec une continuité de l'itinéraire professionnel, en fonction des ressources individuelles et collectives dont disposent les personnes ? Là aussi, il est important de prendre en compte d'éventuels décalages temporels.

Un objectif complémentaire a été fixé pour la vague 2010 : disposer, conformément aux recommandations intermédiaires du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, d'une observation des risques psychosociaux encourus par l'ensemble de la population active occupée au moment de l'enquête.

L'enquête aborde cinq grands thèmes : l'enfance et les études, l'emploi et le travail, les activités sociales, les revenus du ménage et la santé.

L'enquête Emploi

Réalisée par l'INSEE.

Cette enquête vise à observer à la fois de manière structurelle et conjoncturelle la situation des personnes sur le marché du travail. Elle s'inscrit dans le cadre des enquêtes "Forces de travail" défini par l'Union européenne ("Labour Force Survey"). C'est la seule source fournissant une mesure des concepts d'activité, chômage, emploi et inactivité tels qu'ils sont définis par le Bureau international du travail (BIT).

Les questions portent sur l'emploi, le chômage, la formation, l'origine sociale, la situation un an auparavant, et la situation principale mensuelle sur les douze derniers mois.

L'enquête porte sur les personnes de 15 ans et plus. La collecte est trimestrielle. L'enquête est en outre réalisée en continu, toutes les semaines de chaque trimestre. Un même logement est interrogé six fois (les différentes vagues étant espacées exactement d'un trimestre).

Pour un panorama complet des sources statistiques sur le travail et la santé, cf. Cristofari 2005.

Liste des publications de l'Anact sur les questions de conditions de travail au regard du genre

CHAPPERT F. (coordonné par) et al., 09/2009 - "Genre et conditions de travail : mixité, organisation du travail, santé et gestion des âges", Éditions de l'Anact, 184 p (collection Études & Documents)

http://www.anact.fr/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thingIdToShow=6315388

CHAPPERT F. et THERRY P. 03/2013 - « Photographie statistique selon le sexe des accidents de travail, de trajet et maladies professionnelles entre 2001 et 2011 en France » sur www.anact.fr

CHAPPERT F. et THERY L. 08/2013 – « Analyse de la demande des différents partenaires et des données de l'entreprise: quelle transformation du regard? » dans le Symposium « Ergonomie et Genre : agir sur le processus d'intervention » SELF Paris 2013.

CHAPPERT F. 11/2010 Audition sur « Genre, Santé et Conditions de travail » pour la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée Nationale <http://www.assemblee-nationale.fr/13/cr-delf/10-11/c1011004.asp> et dans le Rapport d'information N° 3621, pages 71-80 <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3621.pdf#page=1&zoom=auto,0,680>

CHAPPERT F. et LEVET P. 05/2012 Audition sur « Genre, Santé et Conditions de travail » pour la Délégation aux droits des femmes du Sénat <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20120402/femmes.html> et dans le Rapport d'activité N° 279 « Femmes et Travail : agir pour un nouvel âge de l'émancipation » pages 209-219 <http://www.senat.fr/rap/r12-279/r12-2791.pdf>

CHAPPERT F. et LEVET P. 06/2013 - Audition sur « Les conditions de travail à temps partiel, les effets sur la santé et les alternatives organisationnelles » pour la section du Travail et de l'Emploi du Conseil Economique et Social et Environnemental – dans le cadre de l'étude de MILEWSKI F. 12/2013 sur « Le travail à temps partiel » téléchargeable sur <http://www.lecese.fr/travaux-publies/le-travail-temps-partiel-0>

CHAPPERT F. et LEVET P. 06/2013 - Audition sur « Genre, Santé et Conditions de travail » pour la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée Nationale - Compte-rendu <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cr-delf/12-13/c1213034.asp>

CHAPPERT F., LANOUZIERE H., LEVET P. et PARMENTIER C. 12/2013 - Audition sur « La dimension collective et organisationnelle des discriminations individuelles » pour la Cour de Cassation – dans le cadre du rapport de PECAUT-RIVOLIER L. « Les discriminations collectives en entreprise »

<http://www.justice.gouv.fr/la-garde-des-sceaux-10016/lutter-contre-la-discrimination-au-travail-26461.html>

Bibliographie

AFSA C., BUFFETEAU S., 2006, *L'activité féminine en France, quelles évolutions récentes, quelles tendances pour l'avenir ?*, Économie et Statistiques n°398-399, p. 85-97.

AIACH P., 2001, *Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales*, in AIACH P., CEBE D., CRESSON G., PHILIPPE C., *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Editions ENSP.

ALGAVA E., DAVIE E., LOQUET J., VINCK L., 2014, *Conditions de Travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés*, Dares Analyses n°49, juillet.

ALLONIER C., DOURGNON P., ROCHEREAU T., 2008, *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006*, Rapport IRDES, n° 1701, avril, 238 p.

AMOSSÉ T., DAUBAS-LETOURNEUX V. (Coord.), 2012, *Les accidents du travail et les problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP*, Rapport de recherche, Centre d'Études de l'Emploi, juin.

ARNAUDO B., LEONARD M., SANDRET N., CAVET M., COUTROT T., RIVALIN R., 2012, *L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2012, premiers résultats de l'enquête SUMER*, Dares Analyses n°23, mars.

BAHU M., COUTROT T., MERMILLOD C., ROUXEL C., 2012, *Appréhender les interactions entre santé et travail, et leurs éventuel décalage temporel, premier bilan d'une enquête innovante : SIP*, Document de travail n°35, DREES, septembre

BAHU M., MERMILLOD C., VOLKOFF S., *Conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle et état de santé après 50 ans, L'état de santé de la population en France - suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, Rapport 2011*.

BARNAY T., LEGENDRE F., 2012, *Simultaneous causality between health and employment status within the population aged 30-59 in France*, Working papers, n°13, TEPP.

BARNAY T., DEFEBVRE E., 2014, *L'impact causal de la santé mentale sur le maintien en emploi quatre ans plus tard*, Document de travail n° 01-2014, ERUDITE.

BECK F., GUIGNARD R., DU ROSCOAT E., SAIAS T., 2011, *Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n° 47-48, 13 décembre.

BELLAMY V., ROELANDT J.-L., CARIA A., 2004, *Troubles mentaux et représentation de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale*, Etudes et Résultats n° 347, octobre, DREES.

BENQUET M., 2009, *Nathalie M. : le refus d'encaisser*, Travail, Genre et Société n°21, avril, p. 9-25.

BEQUE M., 2014, *Les risques psychosociaux au travail, un panorama à partir de l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel 2010*, Dares Analyses n°31, avril.

BIAUSQUE V., GOVILLOT S., 2012, *Les couples sur le marché du travail*, Portrait Social, INSEE.

BOUHIA R., 2008, *Mourir avant 60 ans, le destin de 12 % des hommes et 5 % des femmes d'une*

génération de salariés du privé, France, portrait social 2008, INSEE.

BOURGEOIS F., LEMARCHAND C., HUBAULT F., BRUN C., POLIN A., FAUCHEUX J.-M., DOUILLET P., ALBERT E., 2006, *Troubles musculosquelettiques et travail, quand la santé interroge l'organisation*, Éditions de l'Anact.

BRUNO A.-S., GEERKENS E., HATZFELD N., OMNÈS C., 2011, *La santé au travail. Entre savoir et pouvoir (XIX^e, XX^e siècles)*, Presses Universitaires de Rennes.

BUÉ J., SANDRET N., 2007, *Contact avec le public : près d'un salarié sur quatre subit des agressions verbales*, Premières Infos, Premières Synthèses n°15.1.

BUÉ J., SANDRET N., 2008, *Un salarié sur six estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail*, Premières Infos Premières Synthèses n° 22.2

BUISSET C., HIAULT A., LAURENT P., MIGNIEN L., VOLKOFF S., MONFORT C., 2001, *Santé perçues des employées administratives*, in *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*, OCTARÈS.

BUSCATTO M., 2012, « *L'air de rien, c'est assez fatigant au bout d'un moment ...* » : la dimension genrée d'une fatigue artistique, in *Ils et elles : parcours professionnels, travail et santé de femmes et des hommes*, Rapport de recherche n°71, CREAPT-CEE.

CAMBOIS E., LABORDE C., ROBINE J.-M., 2008, *La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte*, Populations et Sociétés n° 441, janvier.

CAMBOIS E., LABORDE C., 2011, *Mobilité socioprofessionnelle et mortalité en France Des liens qui se confirment pour les hommes et qui s'affirment pour les femmes*, Population, 2011/2 Vol. 66, p. 373-400.

CAMUS I., WALTISPERGER D., 2009, *Exposition aux risques professionnels des personnels soignants en 2003*, Premières Infos, Premières Synthèses n°41.4.

CANGUILHEM G., 2002, *Ecrits sur la médecine*, Seuil.

CANGUILHEM G., 2007, *Le normal et le pathologique*, PUF.

CAVALIN C., CÉLÉRIER S., 2012a, *Une mesure de la santé à l'âge du travail*, rapport de recherche n°78, CEE.

CAVALIN C., CÉLÉRIER S., 2012b, *Mesurer les dimensions mentales de la santé au travail – sous quels angles ?* in DESMAREZ P. et al (ed.) *Mesures et démesures du travail*, Presses de l'Université de Bruxelles.

CHAN-CHEE C., JEZEWSKI-SERA D., 2011, *Hospitalisation pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine, Analyse du PMSI-MCO*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n° 47-48, 13 décembre.

CHAPPERT F., 2013, *Mailler santé au travail et égalité professionnelle: comment la prise en compte du genre dans la recherche et l'intervention sur les conditions de travail renouvelle les pratiques en entreprise*, Actes du congrès AGRH.

CINTAS C., 2009, *Pénibilité du travail en hôpital Psychiatrique*, Pistes vol. 11 n°1, mai.

CLOT Y., 1999, *La Fonction psychologique du travail*, PUF.

CLOT Y., 2008, *Travail et pouvoir d'agir*, PUF.

- CLOT Y., LHUILIER D., 2010, *Agir en clinique du travail*, ÉRÈS.
- COHIDON C., 2007, *Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête Santé Mentale en Population Générale : images et réalités*, août, InVS.
- COHIDON C., SANTIN G., 2007, *Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'INSEE*, Rapport InVS.
- COHIDON C., 2008, *Veille nationale en santé mentale au travail : Samotrace et dispositifs non spécifiques*, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, p.174-182.
- COHIDON C., ARNAUDO B., MURCIA M., 2009, *Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n° 25-26, p. 265-269, 9 juin, InVS.
- COHIDON C., RABET G., CAILLET E., IMBERNON E., 2011, *Risque suicidaire et activité professionnelle*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n° 47-48, 13 décembre, InVS.
- COHIDON C., RABET G., PLAINE J., CHUBILLEAU C., VALENTY M., 2012, *Santé mentale et activité professionnelle : comparaison de deux programmes de surveillance, MCP et Samotrace*, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 22-23, 5 juin, InVS.
- COLLET M., DE RICCARDIS N., GONZALEZ L., 2013 *Trajectoires professionnelles et de santé et sorties définitives de l'emploi avant 60 ans*, Dossiers Solidarité et Santé, n°45, DREES.
- COUPPIÉ T., ÉPIPHANE D., 2007, *Vivre en couple et être parents : impacts sur les débuts de carrière*, Bref n°241.
- COUTROT T., WOLFF L., 2006, *L'impact des conditions de travail sur la santé : une expérience méthodologique*, rapport de recherche n°23, Centre d'Études de l'Emploi.
- COUTROT T., ROUXEL C., BAHU M., HERBET J.-B., MERMILLIOD C., 2010a, *Parcours professionnels et état de santé*, Premières Infos, Premières Synthèses n°1.
- COUTROT T., MERMILLIOD C., 2010b, *Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles*, Dares Analyses n°81.
- CRISTOFARI M.-F., 2005, *Les sources statistiques sur le travail et la santé*, in VOLKOFF S., *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges*, OCTARES.
- DANET S., OLIER L., 2009, *La santé des femmes en France*, DREES, La Documentation Française.
- DANIELLOU F. (Coord.), *La prévention durable des TMS, quels freins ? quels leviers d'actions ?* Rapport de recherche-action pour le ministère du Travail.
- DAUBAS-LETOURNEUX V., 2005, *Connaissance des accidents du travail et parcours d'accidentés. Regard sociologique sur les angles morts d'une question de santé publique*. Thèse de sociologie, Université de Nantes.
- DEBOUT M., FAIC T., FACY F., 2003, *Tentative de suicide et mort par suicide selon le sexe*, Rhizome n°11, avril.
- DEMAZIERE D., DUBAR D., 2004, *Analyser les entretiens biographiques*, Presses de l'Université

de Laval.

DUBAR C., 2002, *La Socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin.

ERHEL C., 2012, *Trajectoires de vie, transitions sur le marché du travail et modèles nationaux*, in *Ils et elles : parcours professionnels, travail et santé de femmes et des hommes*, Rapport de recherche n°71, CREAPT-CEE.

ESPING-ANDERSEN G., 2009, *The incomplete revolution – Adapting to women's new role*, Polity.

EUROFOUND, 2012, *Fifth European Working Conditions Survey*, Publication Office of the European Union, Luxembourg.

EUZENAT D., 2009, *L'exposition des salariés aux accidents du travail en 2007*, Premières Infos Premières Synthèses, n°50.2.

EUZENAT D., 2010, *L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007*, Dares Analyses n°56.

FLOURY M.-C., GUIGNON N., 2004, *Santé et travail : le puzzle des enquêtes*, in BUE J. et al. *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, OCTARÈS.

GAINI M., VICARD A., 2012, *Les salariés qui souhaitent travailler davantage y parviennent-ils ?*, Portrait Social, INSEE.

GALTIER B., 1999, *Les temps partiels : entre emplois choisis et emplois « faute de mieux »*, Economie et Statistiques n°321-322, p. 57-77.

GOLLAC M., 1997, *Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques*, in *Revue Française de Sociologie*, 38-1, p. 5-36.

GOURIER-FRERY C., CHAN-CHEE C., LEGER D., 2012, *Insomnie, fatigue et somnolence : prévalence et états de santé associés, déclarés par les plus de 16 ans en France métropolitaine. Données ESPS 2008*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°44-45, 20 novembre, InVS.

GUIGNON N., 2008, *Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ?* in *Regards sur la parité*, INSEE.

GUIGNON N., NIEDHAMMER I., SANDRET N., 2008, *Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003*, Premières Infos Premières Synthèses n°22.1.

GUIHO-BAILLY M.-P., ROQUELAURE Y., 2013, *Une post-enquête qualitative dans la validation technique de l'enquête statistique Santé Itinéraire Professionnel : principes et méthode*, Santé Publique, 2013/3 Vol. 25.

JATRY J., 2009, *Les usages de la flexibilité temporelle chez les enseignantes du secondaire*, Temporalités n°9.

JUSOT F., KHLAT M., ROCHEREAU T., SERMET C., 2007, *Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif*, Questions d'Economie de la Santé, n°125, septembre.

KARASEK R.A., 1979, *Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign*, Administrative Science Quarterly, n° 24, p. 285-308.

- KASBI-BENASSOULI V., IMBERNON H., IWATSUBO Y., BUISSON C., GOLDBERG M., 2005, *Confrontation des cancérogènes avérés en milieu de travail et des tableaux de maladies professionnelles*, InVS.
- KERGOAT D., 2000, *Division du travail et rapports sociaux de sexe*, in HIRATA H. et al., *Dictionnaire critique du féminisme*, PUF.
- LASFARGUE G., 2005, *Départs en retraite et travaux pénibles, l'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé*, CEE rapport de recherche n°19.
- LAVAL C., 2003, *Témoignage de 4 infirmiers à propos de « l'appel en renforts »*, Rhizome n°11, avril p.12.
- LORIOU M., 2003, *La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn-out des infirmières*, Travail et Emploi n° 94, avril, p. 65-73.
- LORIOU M., BOUSSARD V., CAROLY S., JOBARD F., LECLERC C., PLAZA D., BUSCATTO M., WELLER J.-M., 2004, *Construction du stress, psychologisation du social et rapport au public : le cas des infirmières hospitalières, des conducteurs de bus et des policiers*, rapport de recherche, Laboratoire Georges Freidmann, Université Paris I.
- LORIOU M., BOUSSARD V., CAROLY S., 2006 a, *La résistance à la psychologisation des difficultés au travail : Le cas des policiers de voie publique*, Actes de la recherche en sciences sociales, 2006/5 n° 165, p. 106-113.
- LORIOU M., CAROLY S., BOUSSARD V., 2006 b, *Colectivos de trabajo y reglas de oficios. Cooperación entre jóvenes viejos, hombres y mujeres en les brigadas de Policía de socorro*, Laboreal, Volume II n°2.
- LORIOU M., CAROLY S., BOUSSARD V., 2007, *Une féminisation sur fond de segmentation professionnelle genrée : le cas des policières en commissariat*, Sociologies Pratiques 2007/1 n° 14, p. 75-88.
- LORIOU M., 2009, *Discussions informelles au sein des groupes de travail et construction du stress. Le cas des infirmières hospitalières et des policiers de sécurité urbaine*, Communication et Organisation n°36.
- LORIOU M., 2012 a, *Répertoire d'action et travail collectif dans l'activité des brigades de police-secours*, Les mondes du travail n° 11.
- LORIOU M., 2012 b, *Ethique et soins en milieu hospitalier : un regard sociologique*, EPU du Centre Hospitalier de Charleville-Mézières.
- MARC C., 2008, *Qualité des emplois et transition d'activité des femmes*, Travail et Emploi n°113, Janvier-mars, p. 47-57.
- MAINGUENE A., MARTINELLI D., 2010, *Femmes et hommes en début de carrière, les femmes commencent à tirer profit de leur réussite scolaire*, INSEE Première n° 1284, Février.
- MARQUIER R., NAHON S., 2012, *Les conditions de travail des aides à domicile en 2008*, Dossier Solidarité et Santé de la DREES n°30.
- MARTINELLI D., PROST C., 2010, *Le domaine d'études est déterminant pour les débuts de carrière*, INSEE Première n°1313.

- MELCHIOR M. et al., 2008, *The mental health effect of multiple work and family demands : a prospective study of psychiatric sickness absence in the French Gazel study*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol 42(7), July p.573-582.
- MESSING K., 1999, *La pertinence de tenir compte du sexe des « opérateurs » dans les études ergonomiques : bilan de recherches*, PISTES Vol. 1 n°1, novembre.
- MESSING K., 2008, *Les facteurs de risques sont-ils différents pour les femmes ?*, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, Volume 69, numéro 2, mai, p. 114-115.
- MESSING K., 2009, *Santé des femmes au travail et égalité professionnelle : des objectifs conciliables ?*, Travailler n°22.
- MESSING K., 2011, *Si le bruit rend sourd, rend-il nécessairement sourde ? Le défi d'appliquer l'analyse différenciée selon le sexe à la recherche d'informations sur la santé et la sécurité au travail*, REMEST vol. 6 n°2.
- MESSING K., LIPPEL K., 2013, *L'invisible qui fait mal, un partenariat pour le droit à la santé des travailleuses*, Travail, Genre et Société n°29.
- METTE C., RICCARDIS N. de, GONZALEZ L., COUTROT T., 2013, *Emploi, conditions de travail et santé des 30-50 ans : des trajectoires contrastées entre 2006 et 2010*, in France, Portrait social, INSEE.
- MINNI C., MOSCHION J., 2010, *Activité féminine et composition familiale depuis 1975*, Dares Analyses n°27.
- MINNI C., 2012, *Les disparités sur le marché du travail entre les femmes et les hommes : une analyse sur longue période*, Dares Analyses n°15.
- MOLINIE A.-F., 2012, *Toutes choses inégales d'ailleurs : interroger la santé et le travail au fil de l'âge, dans une perspective de genre*, Rapport de recherche n°71, Centre d'Etude de l'Emploi.
- MOLINIE A.-F., PUEYO V., 2012, *Les dynamiques temporelles des relations santé, et le fil de l'âge*, in MOLINIE A.-F., CORINNE G., PUEYO V., *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail*, OCTARES.
- MOLINIER P., 2004, *Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe*, Travail et Emploi n°97, janvier, p. 79-91.
- MOLINIER P., 2006, *Les enjeux psychiques du travail*, Petite Bibliothèque Payot.
- MOLINIER P., 2008, *Interroger la santé au travail dans une perspective de genre*, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, Volume 69, numéro 2, mai, p.111-113.
- MOLINIER P., 2009, *Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ?*, les aléas de la « bonne distance », Temporalités n°9.
- MOSCHION J., MULLER L., 2010, *Interruption de carrière professionnelle et salaires des hommes et des femmes en 2006*, Premières Infos, Premières Synthèses n° 11, février, DARES.
- MULLER L., 2012, *Les écarts de salaire entre les hommes et les femmes en 2009*, Dares Analyses n°16.
- MUNAR SUARD L., LEBEER G., 2005, *Nature et contenu de la relation de sous-traitance dans le*

secteur du nettoyage, Travail Emploi Formation n°6/2005, p. 6 à 31.

MURCIA M. et al., 2011, *Différences sociales dans les troubles de la santé mentale en population salariée : résultats issus de l'enquête Samotrace*, Santé Publique, HS Vol. 23, p. 59-73.

MURCIA M. et al., 2012, *Psychosocial work factors, major depressive and generalised anxiety disorders: Results from the French national SIP study*, Journal of Affective Disorders.

MURCIA M. et al., 2012, *Contribution of occupational factors to social inequalities in self-reported health among French employees*, International Archive of Occupational Environmental Health.

NIEDHAMMER I., SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., PICIOTTI M., BONENFANT S., 2000, *How is sex considered in recent epidemiological publications on occupational risks?*, Occupational Environmental Medicine n°57, p. 521-527.

NIEDHAMMER I., CHASTANG J.-F., DAVID S., 2007, *Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey*, Occupational Medicine.

NIEDHAMMER I. et al. 2008, *Contribution of occupational factors to social inequalities in health : findings from the national French SUMER survey*, Social Science & Medicine.

NIEDHAMMER I., 2009, *Violence psychologique au travail et santé mentale : résultats d'une enquête transversale en population salariée en région PACA, France, 2004*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°25-26 p. 271-275, 9 juin.

NICOT A.-M., ROUX C., 2008, *Pénibilité au travail : une approche par les processus d'usure et les parcours professionnels*, Etudes et Documents ANACT.

PAILHÉ A., 2012, *Répartition des temps des hommes et des femmes selon les étapes du cycle de vie : une comparaison entre Italie, Etats-Unis, France, Suède*, in *Ils et elles : parcours professionnels, travail et santé de femmes et des hommes*, Rapport de recherche n°71, Créapt-CEE.

PINTO J., 2000, *Les secrétaires et la nouvelle économie des bureaux*, Actes de la Recherche en Sciences Sociales. Vol. 134, septembre, pp. 62-65.

PONTHIEUX S., 2013, *L'information statistique sexuée dans la statistique publique : état des lieux et pistes de réflexion*, Rapport pour la Ministre des Droits des Femmes, INSEE.

PRUVOST G., 2007, *Anatomie politique, professionnelle et médiatique des femmes dans la police*, Cahiers du Genre, 2007/1 n° 42, p. 43-60.

PRUVOST G., 2008, *Ordre et désordre dans les coulisses d'une profession. L'exemple de la police nationale*, Sociétés contemporaines, 2008/4 n° 72, p. 81-101.

PUECH I., 2006, *Femmes et immigrées : corvéables à merci*, Travail, genre et sociétés, 2006/2 N° 16, p. 39-51.

RICROCH L., ROUMIER B., 2011, *Depuis 11 ans, moins de tâches ménagères, plus d'internet*, INSEE Première n° 1377.

ROBINE J.-M., 2012, *Dernières données sur l'espérance de vie sans incapacité des 27 pays de l'UE*, Communiqué de presse, INED.

- ROY D., 2012, *Le travail domestique : 60 milliards d'heures en 2010*, INSEE Première n°1423.
- SAUREL M.-J., 2012, *Travail et santé des femmes à diverses étapes de la vie professionnelle*, in *Ils et elles : parcours professionnels, travail et santé de femmes et des hommes*, Rapport de recherche n°71, Créapt-CEE.
- SCHELLER L., 2012, *Les conductrices de bus, les rapports travail / hors travail et les âges de la vie*, in *Ils et elles : parcours professionnels, travail et santé de femmes et des hommes*, Rapport de recherche n°71, Créapt-CEE.
- SIEGRIST J., STARKE D., CHANDOLA T., GODIN I., MARMOT M., NIEDHAMMER I. et AL., 2004, *The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons*, *Social Science and Medicine*, vol. 58, p. 1483-1499.
- SIEURIN A., CAMBOIS E., ROBINE J.-M., 2011, *Les espérances de vie sans incapacité en France, Une tendance récente moins favorable que par le passé*, Documents de travail n°170, INED, janvier.
- SIRVEN N., SERMET C., 2009, *La santé des travailleurs âgés en Europe*, *Retraite et Sociétés* n°59.
- SOARES A., 2003, *Dévoiler les secrets des larmes au travail : ils ont besoin de se raconter*, in FOUCHER R., SAVOIE A., BRUNET L., *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail*, Editions Nouvelles, Montréal.
- STRUILLOU Y., 2003, *Pénibilité et retraite*, rapport remis au Conseil d'Orientation des Retraites.
- TAYLOR SCHELLEY E. et al., 2000, *Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight*, *Psychological Review*, Vol 107(3), July, 411-429.
- TEIGER C., LAVILLE A., LORTIE M., BINDER E., BOUTIN J., 1981, *Travailleurs de nuit permanents : rythmes circadiens et mortalité*, *Le Travail Humain* n°44-1.
- TESTENOIRE A., TRANCART D., 2011, *Parcours professionnels, ruptures et transitions. Inégalité face aux événements de santé*, rapport de recherche CEE, septembre.
- THEBAUD-MONY A., VOLKOFF S., 2000, *Santé au travail : l'inégalité des parcours*, in *Les inégalités sociales en France*, INSERM, La Découverte.
- TOSQUELLES F., 2009, *Le travail thérapeutique en psychiatrie*, ÉRÈS
- ULRICH V., ZILBERMAN S., 2007, *Six figures de l'emploi à temps partiel*, *Premières Infos Premières Synthèses* n°39-4.
- VEZINA N., BRISSON C., VINET A., 1989, *Le vieillissement prématuré associé à la rémunération au rendement dans l'industrie du vêtement*, *Le Travail Humain*, vol. 52 n°3.
- VOGEL L., 2003, *Santé des femmes au travail en Europe*, ETUI.
- VOLKOFF S., MOLINIÉ A.-F., 1982, *Quantifier les conditions de travail ? (L'exemple de l'enquête nationale d'octobre 1978)*, *Travail et Emploi* n°11, Janvier.
- VOLKOFF S., 2008, *L'intensification du travail « disperse » les problèmes de santé* in DE TERSSAC G., SAINT-MARTIN C., THÉBAULT C. (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, OCTARÈS.

Autres sources

Anact, 2012, *Photographie statistique selon le sexe des accidents de travail, de trajet, et des maladies professionnelles entre 2000 et 2010 en France.*

INSEE, 2012, *Les Chiffres clés – L'égalité entre les femmes et les hommes.*

INSEE, 2012, *Femmes et hommes, regards sur la parité ».*

Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, 11 avril 2011.

Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la Sécurité Sociale, juillet 2011.

Rapport scientifique du RNV3P.

L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – rapport 2011.