
Genre, conditions de travail et santé. Qu'est-ce qui a changé ?

Sous la direction de
Christelle Casse et Marianne De Troyer

Rapport 143

etui.

Genre, conditions de travail et santé. Qu'est-ce qui a changé ?

—
Sous la direction de
Christelle Casse et Marianne De Troyer

Rapport 143
Institut syndical européen

Les publications de l'ETUI sont produites dans le but de susciter des commentaires et d'encourager le débat. Les opinions qui y sont exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions de l'ETUI ni celles des membres de son Assemblée générale.

© European Trade Union Institute, Bruxelles, 2020
Tous droits réservés
Imprimé sur les presses de l'ETUI à Bruxelles

D/2020/10.574/21
ISBN: 978-2-87452-571-1 (version imprimée)
ISBN: 978-2-87452-572-8 (version électronique)



L'ETUI bénéficie du soutien financier de l'Union européenne. L'Union européenne ne peut être tenue responsable de l'utilisation qui pourrait être faite de l'information contenue dans cette publication.

Table des matières

Christelle Casse et Marianne De Troyer Introduction générale Elles et ils au travail et face aux risques professionnels : questions de justice sociale et de santé	5
Partie 1 Conditions de travail différenciées pour les femmes et les hommes	13
Colette Fagan et Helen Norman Genre, conditions de travail et santé. Les grandes lignes de l'Enquête européenne sur les conditions de travail	15
Lucía Artazcoz Inégalités de genre en matière de temps de travail et conséquences sur la santé en Europe	30
Sandrine Caroly, Melissa K. Bohórquez et Aurélie Fortune Les effets de l'organisation du travail sur la division sexuelle du travail et les troubles musculosquelettiques dans le secteur agricole	46
Dominique Cau-Bareille et Catherine Teiger Les enseignant.e.s à temps partiels font-ils.elles l'objet de discriminations dans les établissements du second degré en France?	52
María del Mar Maira Vidal La discrimination et le harcèlement sexistes ou sexuels dans les professions masculinisées : le cas des femmes mécaniciennes en Espagne	63
Linda Clarke Les femmes dans le secteur de la construction	69
Katharina von Rymon Lipinski, Patrick Serafin et André Klußmann Genres et agriculture : exigences en matière de force d'actionnement des machines (agricoles)	76

Partie 2	Impacts sur la santé : comment rendre visibles les différences liées au genre ?	83
	Gérard Valenduc et Patricia Vendramin	
	Genre, âge et conditions de travail	85
	Katherine Lippel	
	Rendre visibles les lésions professionnelles des travailleuses : deux pas en avant, un pas en arrière	95
	Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller	
	Santé mentale au travail et genre. Intérêt et limites d'une approche statistique au travers de l'enquête Sumer en France	104
	Silvana Salerno	
	Inégalités relatives au genre et à la condition d'immigrée : le cas des maladies musculosquelettiques liées au travail en Italie	116
	Eloïse Galioot	
	Femmes dans l'agroalimentaire et troubles musculosquelettiques	123
Partie 3	Politiques et interventions. Que fait-on concrètement des connaissances produites ?	129
	Florence Chappert	
	L'expérience du réseau Anact-Aract en France : mobiliser des données sexuées en santé au travail pour améliorer l'organisation du travail pour toutes et tous	131
	Margaret M. Keith, James T. Brophy et Michael Hurley	
	Violences contre le personnel de santé : aperçu de la situation au Canada	143
	James T. Brophy, Margaret M. Keith et Jane E. McArthur	
	Cancer du sein et travail : l'urgence d'une mobilisation sociale internationale	151
	Dimitra Penidis	
	Les coiffeuses, victimes ignorées des produits cosmétiques. De quoi se faire des cheveux blancs	159
	Karen Messing	
	Conclusion	
	La santé des travailleuses : la science est-elle toujours « borgne » ?	164

Introduction générale

Elles et ils au travail et face aux risques professionnels : questions de justice sociale et de santé

Christelle Casse, ETUI
Marianne De Troyer, ergonome

Présentation générale de la thématique

En Espagne en 1994, des femmes travaillant dans un laboratoire de microbiologie dans un hôpital de Barcelone se sont vu traiter de « personnes nerveuses, hypersensibles » et même « hystériques », alors qu'elles se plaignaient auprès de leur responsable de service de « sensations locales d'irritation des yeux, du nez, de la gorge, ainsi que d'une toux irritante », suite à une opération de désinsectisation dans leur local de travail. L'enquête menée par le syndicat espagnol *Confederación sindical de comisiones obreras* (CCOO) [confédération syndicale des commissions ouvrières] et les médecins du Centre national des conditions de travail espagnol suite à ce cas révélera que ces femmes étaient en fait empoisonnées par des produits de haute toxicité. La conséquence de l'empoisonnement a été la reconnaissance de l'incapacité professionnelle de sept femmes dont deux très sévèrement touchées. Ce cas illustre à la fois le manque de crédibilité accordé aux femmes lorsqu'elles expriment des plaintes liées à leurs conditions de travail, et la difficulté réelle qu'elles rencontrent pour faire reconnaître les atteintes à leur santé liées à leur activité professionnelle. Cette difficulté s'exprime clairement dans le pourcentage beaucoup moins important de reconnaissance de maladies d'origine professionnelle accordé aux femmes par rapport aux hommes dans tous les pays européens.

En Europe, malgré les lois sur l'égalité de traitement qui concernent essentiellement les salaires et la non-discrimination entre individus, la division sexuée du travail est toujours présente : les hommes et les femmes n'occupent pas les mêmes professions et, lorsqu'ils exercent des métiers similaires, leur activité de travail, leurs expériences de travail, leurs chances de promotion professionnelle et leur rémunération ne sont pas identiques. Une des justifications données aux inégalités collectives observées entre hommes et femmes sur les lieux de travail est le stéréotype suivant lequel les femmes seraient généralement assignées à des tâches moins dangereuses et moins pénibles. Les politiques de santé au travail et les pratiques de prévention continuent aussi à être construites sur un modèle de neutralité de genre de « travailleurs » dont le référent implicite est le travailleur masculin. C'est pourquoi, il est utile d'analyser les obstacles et les résistances qui s'opposent à une prise en compte de la dimension de genre en santé au travail, de produire des données et des études pour enrichir les connaissances sur les différences de conditions de travail entre les hommes et les femmes et leurs impacts sur leur santé et de proposer des exemples et alternatives intéressantes. Tels sont les objectifs de cet ouvrage.

Montrer aux acteurs de la prévention (représentants des travailleurs en santé et sécurité au travail, chercheurs, conseillers en prévention, inspecteurs du travail, etc.) l'apport de l'analyse différenciée du genre pour comprendre et faire évoluer les conditions de travail et la santé au travail est indispensable. Cette analyse permet de mettre en lumière des mécanismes d'injustice sociale dont les hommes comme les femmes peuvent être victimes et de les enrayer. Elle peut servir de base pour alimenter les échanges et les débats entre l'ensemble des acteurs de la prévention sur ces sujets et faciliter la diffusion des connaissances auprès de tous. Elle peut aussi ouvrir de nouvelles perspectives d'études qui articulent l'égalité de traitement entre hommes et femmes sur le marché du travail et les questions d'amélioration des conditions de travail et de santé au travail.

Ce qui a été fait par le passé et qui a conduit à la réalisation de cet ouvrage

Depuis une trentaine d'années, différents congrès internationaux (Barcelone, 1996 ; Rio de Janeiro, 1999 ; Stockholm, 2002 ; New Delhi, 2005 ; Zacatecas-Mexique, 2009, entre autres) se sont succédé en vue de favoriser les échanges de connaissances et d'expériences concernant la dimension de genre dans le travail et son impact sur la santé, apportant des leviers de compréhension et de transformation du travail des femmes. Le principal intérêt de ces congrès est de développer la coopération entre le monde académique, les syndicats de travailleur.se.s et les mouvements de femmes. En parallèle ou plus récemment, d'autres initiatives se sont également développées aux niveaux européen et national. Ainsi, l'Agence européenne pour la santé et la sécurité (EU-OSHA¹) a publié plusieurs études concernant les questions de genre en lien avec les questions de santé au travail. Le groupe Genre-Activité-Santé² (GAS) réunissant des spécialistes de l'ergonomie et de la santé au travail de différentes universités européennes et d'instituts syndicaux de recherche (de Belgique, France, Italie, Portugal, Suisse) mène également des études et organise des événements sur ce sujet depuis plusieurs années.

La Confédération européenne des syndicats (CES) s'intéresse elle aussi de plus en plus à la dimension de genre dans les conditions de travail et de traitement entre les hommes et les femmes sur le marché du travail et dans les entreprises. Participant de longue date à ces initiatives et recherches, l'Institut syndical européen (*European Trade Union Institute* - ETUI) a publié de nombreux ouvrages, rapports et articles sur la question³ et/ou organisé des

1. <https://osha.europa.eu/fr/themes/women-and-health-work>
2. Le Groupe Genre-Activité-Santé (GAS) fait partie du Comité technique « *Gender and Work* » [Genre et travail] de l'*International ergonomics association* (IEA) [l'association internationale d'ergonomie].
3. Messing K. (1999) *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*, Bruxelles, ETUI ; Vogel L. (2003) *La santé des femmes au travail en Europe : des inégalités non reconnues*, Bruxelles, ETUI ; Vendramin P. et Valenduc G. (2014) *La perspective de genre sur l'emploi et les conditions de travail des seniors*, Working Paper 2014.03, Bruxelles, ETUI. HesaMag,

événements⁴ relatifs à ce thème. Ainsi il organisait en janvier 2012, en collaboration avec l'Institut belge pour l'égalité des femmes et des hommes, une journée d'étude intitulée « Inégalités de genre et maladies professionnelles » ; suivie de deux séminaires en 2014 et 2017. Le premier, en 2014, fruit d'un partenariat avec la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Porto, visait une diffusion des connaissances et des recherches basées sur les fondements de la réflexion sur la dimension de genre en lien avec la santé au travail, à savoir la division sexuée du travail, les politiques de santé au travail et les pratiques de prévention en entreprise. Le second, en 2017, s'est déroulé à Bruxelles et a approfondi la question du genre en lien avec des risques professionnels spécifiques (cancers, troubles musculosquelettiques) et la manière dont les travailleur.se.s sont susceptibles — ou pas — de se réapproprier leur retour au travail ou leur réintégration professionnelle en cas de maladie professionnelle. La conférence de 2015 intitulée « Femmes, santé et travail. Partager connaissances et expériences pour améliorer les conditions de travail des femmes et renforcer l'égalité » a complété le tableau. Elle sert de base au présent ouvrage.

Au niveau des États membres, la France a développé par le biais de son Agence nationale pour l'amélioration des conditions de Travail (ANACT) une méthode d'évaluation des risques qui permet à ses collaborateurs, lors de leurs interventions en entreprises, de mener des évaluations des risques en tenant compte de la dimension du genre en santé au travail. Les organisations syndicales ne sont pas en reste sur le sujet : en Espagne, le syndicat *Confederación sindical de comisioneras obreras* (CCOO) [confédération syndicale des commissions ouvrières] a développé il y a plusieurs années une méthode d'évaluation des risques pour ses délégués en prévention permettant de tenir compte de la question du genre. Il en est de même pour le *Trades Union Congress* (TUC) [congrès des syndicats] au Royaume-Uni. Ces exemples ne sont évidemment pas exhaustifs.

Pourquoi est-il pertinent et nécessaire de continuer à travailler sur ce thème ?

Les études et actions lancées par les chercheurs, les syndicats et les institutions aux niveaux national ou européen ont beau se développer, le constat actuel est qu'elles sont insuffisantes pour transformer en profondeur les politiques de santé au travail, de reconnaissance et d'indemnisation des organismes nationaux d'accidents du travail et de maladies professionnelles afin de prendre en

le magazine bi-annuel de l'ETUI consacré à la santé et à la sécurité, aborde aussi régulièrement cette thématique et son numéro 12 de 2015 y a consacré son dossier spécial « Femmes au travail : en quête de reconnaissance ». Toutes ces publications et d'autres peuvent être téléchargées gratuitement sur le site de l'ETUI, www.etui.org, dans la rubrique « Publications ».

4. Ces événements et le contenu de la plupart des interventions sont en libre accès sur le site de l'ETUI dans la rubrique « Événements passés ».

compte la dimension de genre. À ce jour, notamment, malgré le développement des connaissances sur le sujet, le caractère discriminatoire des systèmes de déclaration et de reconnaissance des maladies professionnelles à l'égard des femmes reste bien ancré.

Pourtant, en ce qui concerne les interventions en entreprise visant l'amélioration des conditions de travail, l'expérience montre que la prise en compte du genre transforme les objectifs et le sens de l'intervention à réaliser, et influence son déroulement même. Chausser les lunettes du genre permet de déplacer le regard et de mettre l'accent sur des enjeux sous-jacents importants, peu visibles jusque-là, relatifs à l'organisation du travail (mixité, polyvalence...), le temps de travail (horaires, cumul), l'articulation vie professionnelle/vie privée, la pénibilité du travail et les risques professionnels (cadences, stress, violences, expositions chimiques différenciées, etc.), les compétences et l'évolution professionnelle (valorisation de l'expérience, parcours et/ou mobilité professionnelle). Cela ouvre ainsi des perspectives d'amélioration des conditions de travail et de vie pour tous, femmes et hommes.

Cependant, malgré ces potentiels indéniables, les évaluations *a posteriori* de certaines interventions menées dans ce domaine révèlent aussi malheureusement des effets contre-productifs inattendus. Par exemple, une intervention réalisée au Québec sur les conditions de travail et la santé d'agents de nettoyage dans un hôpital a mis en lumière des inégalités de traitement entre les femmes et les hommes en termes de conditions de travail, de salaire et d'impact sur la santé en défaveur des femmes, et a abouti à la suppression des inégalités en unifiant la dénomination des fonctions, le contenu du travail et les salaires des hommes et des femmes. Mais l'évaluation *a posteriori* a montré qu'une des conséquences indirectes de l'intervention a été d'écarter les femmes de la fonction d'agent de nettoyage. Les changements de dénomination et de salaire ont en effet conduit par des mécanismes non anticipés par les chercheurs à dissuader les femmes de se porter candidates à ces postes. Cet exemple est un indicateur des difficultés de maîtriser les conséquences des interventions dans ce domaine et d'inverser les mécanismes inégalitaires dans des sociétés structurées sur les différences de genre, dans la pratique comme dans les représentations.

Nous restons cependant convaincues qu'introduire la dimension « femmes-santé-travail » contribue à enrichir les approches et les démarches de l'ensemble des acteurs de la prévention au travail, qu'ils travaillent aux niveaux « macro » ou « micro », ainsi que l'approche des organisations syndicales sur les questions d'égalité et de santé au travail, pour une amélioration globale et durable des conditions de travail pour tous, femmes et hommes.

Contenu du présent ouvrage

Dans le cadre de cet ouvrage, nous examinons ce que travailler la dimension du genre veut dire lorsqu'on examine des données épidémiologiques ou de santé au travail, des interventions ergonomiques en entreprise ou des actions de certains acteurs de la prévention. Ainsi, au cours des dernières années, les

inspections du travail ont contribué à l'élaboration de méthodes d'inspection, de lignes directrices et d'interventions axées à la fois sur la promotion de l'égalité d'accès des hommes et des femmes à tous les emplois et à un niveau efficace de protection de leur santé et de leur sécurité. Cette action soutient sans aucun doute celle des représentants des travailleurs et d'autres acteurs de la prévention.

L'idée de cet ouvrage est née à la suite de la conférence de 2015 organisée par l'Institut syndical européen (ETUI) sur le thème « Femmes, santé et travail. Partager connaissances et expériences pour améliorer les conditions de travail des femmes et renforcer l'égalité ». Pour mener à bien ce projet, nous avons lancé un appel à des contributeurs.trices issu.es de différents horizons, chercheurs, représentants institutionnels ou syndicaux — certains ayant participé à la conférence de 2015 et d'autres non — afin de synthétiser des résultats d'études et des retours d'expérience dans différents secteurs et pays, et de faire avancer les connaissances dans ce domaine. Malgré une réelle mobilisation des auteurs.trices et des équipes de l'ETUI sur ce projet, le travail d'édition de l'ouvrage a malheureusement dû être interrompu jusqu'en 2019. Étant donné la qualité et l'originalité des contributions, nous avons cependant choisi de faire aboutir ce projet de publication. Nous avons fait un travail de mise à jour de certaines données chiffrées, en cohérence avec le contenu des articles, lorsque cela était possible et pertinent. Nous remercions les contributeurs.trices pour leur investissement et leur patience.

L'ouvrage comprend trois parties complémentaires. La première partie est centrée sur les conditions de travail différenciées des femmes et des hommes. Colette Fagan et Helen Norman s'appuient sur les résultats de l'enquête européenne sur les conditions de travail pour dresser un tableau détaillé des liens entre genre, conditions de travail et santé en Europe. Elles montrent que les femmes et les hommes sont exposés à des types de risques professionnels différents et que le travail a un impact plus néfaste sur la santé des femmes que sur celle des hommes, du fait d'une combinaison de facteurs situationnels. Lucía Artazcoz va plus loin en mettant en lumière les inégalités dans la répartition du temps de travail entre les sexes en Europe, notamment les longues journées et semaines de travail rémunéré des hommes contre les doubles journées des femmes partagées entre travail rémunéré, travaux domestiques et de soin. Elle insiste sur l'influence structurelle des politiques d'emploi, sociales et familiales des différents pays sur les inégalités observées. Les chapitres suivants, plus courts, apportent des éclairages spécifiques sur des secteurs ou professions particulières. Sandrine Caroly, Melissa Bohórquez et Aurélie Fortune s'intéressent spécifiquement à la division sexuelle du travail dans le secteur agricole en France à travers l'analyse du fonctionnement d'une exploitation familiale et posent des hypothèses quant aux expositions différenciées aux risques de troubles musculosquelettiques. Dominique Cau-Bareille et Catherine Teiger présentent les résultats d'une étude sur le temps partiel des enseignant.e.s du second degré en France, et sur les discriminations qu'il peut engendrer, notamment pour les femmes. Analysant respectivement la situation des mécaniciennes en Espagne et celles des femmes dans le secteur de la construction en Europe, María del Mar Maira Vidal et Linda Clarke abordent chacune la ques-

tion des discriminations dont sont l'objet les femmes qui choisissent des professions essentiellement exercées par des hommes. Elles s'interrogent ainsi l'une à l'échelle locale, l'autre européenne, sur les freins à leur intégration, les difficultés qu'elles rencontrent, notamment en termes de harcèlement, et sur les moyens de les dépasser. Enfin, Katharina von Rymon Lipinski, Patrick Sérafin et André Klußmann terminent cette partie en partageant les résultats d'une étude réalisée dans le domaine des machines agricoles en Allemagne visant à améliorer la prise en compte des différences liées au genre ainsi que des conditions réelles de travail dans la définition des exigences en matière de force d'actionnement dans les normes nationales et européennes.

La deuxième partie est centrée sur les impacts sur la santé des conditions de travail différenciées des femmes et des hommes et sur la mise en visibilité de ces impacts. Gérard Valenduc et Patricia Vendramin introduisent cette partie en nous présentant les résultats d'une étude basée sur l'EWCS, qui analyse au prisme du genre les conditions d'emploi, de travail et de santé des travailleurs et travailleuses vieillissants.es. Katherine Lippel partage une analyse réflexive mitigée sur l'histoire et l'évolution de la reconnaissance des problèmes de santé au travail des femmes au Canada. De même, Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller proposent une analyse critique des approches statistiques utilisées en France pour étudier l'exposition aux risques psychosociaux (RPS) et les problèmes de santé mentale dus au travail. Ils révèlent la surexposition des femmes aux RPS, quelle que soit la profession, et l'impact plus important sur leur santé. Les deux derniers chapitres ciblent plus spécifiquement les troubles musculosquelettiques (TMS), qui touchent particulièrement les femmes dans tous les pays d'Europe alors qu'elles sont sous-représentées dans les dispositifs institutionnels de reconnaissance et d'indemnisation nationaux. Silvana Salerno met notamment en lumière les inégalités en matière de déclarations, de reconnaissance et de prise en charge des TMS subies par les femmes en Italie et, en particulier, par les femmes immigrées qui exercent des métiers d'aide ou de soins aux personnes. Dans le monde industriel, Élise Galioot expose des situations similaires d'invisibilité des TMS concernant les femmes ouvrières dans le secteur de l'agroalimentaire en France.

La troisième partie ouvre sur les modes d'interventions et les politiques à mettre en œuvre pour enrayer les inégalités de genre au travail et réduire leur impact néfaste sur la santé. Florence Chappert analyse pour nous l'expérience du réseau des Agences nationale et régionales pour l'Amélioration des conditions de travail (Anact-Aract) en France, qui a développé et diffusé une méthode d'intervention dans les entreprises qui mobilise des données sexuées pour améliorer l'organisation et les conditions de travail des travailleurs et travailleuses. Margaret M. Keith, James T. Brophy et Michael Hurley analysent ensuite l'évolution des violences contre le personnel de santé, en majorité féminin, au Canada et envisagent les moyens de faire face et d'enrayer ce phénomène inquiétant pour les soignant.e.s, générateur de RPS. Les mêmes auteurs se penchent ensuite sur les problèmes de dépistage et de reconnaissance des cancers du sein d'origine professionnelle et analysent les prémices d'une prise de conscience et de mobilisations sociales à l'échelle mondiale. Dimitra Penedis, s'appuyant sur le cas belge, nous alerte sur les risques

toxiques auxquels sont exposé.e.s les coiffeuses.rs, et sur les difficultés de faire reconnaître les maladies professionnelles qui y sont liées dans la réglementation.

En guise de conclusion, Karen Messing revient sur l'émergence et le développement des études sur la santé au travail au prisme du genre depuis la fin du XX^e siècle et nous rappelle à la fois le chemin parcouru, mais aussi l'étendue de ce qui reste à faire pour rendre visibles les souffrances des femmes au travail et agir sur leurs causes. « Les études actuelles révèlent de plus en plus une ségrégation hommes/femmes non seulement dans les professions, mais aussi dans les tâches, les expositions », et la manière dont ces expositions impactent la santé et vont continuer à l'impacter dans le temps. Elle souligne que la prise en compte de la spécificité biologique des femmes et l'analyse de leurs besoins comme des enjeux pour l'amélioration de la prévention peuvent ouvrir des perspectives scientifiques et politiques importantes à la fois pour la santé des hommes et des femmes.

L'ouvrage ne développe pas certaines questions telles que la formation à la dimension du genre des acteurs de la santé au travail et des militants syndicaux. En ce qui concerne la formation à la dimension de genre des délégués syndicaux au niveau européen, force est de constater qu'elle occupe une place très marginale. Certaines organisations syndicales font cependant exception et ont réalisé des initiatives progressistes en la matière (CCOO, TUC). Pourtant, si les luttes menées par les organisations syndicales doivent viser l'amélioration des conditions de travail et de vie, le progrès social et la pleine citoyenneté ; englober les questions de genre dans une perspective intégrée constitue un défi et une ambition auxquels elles doivent s'atteler d'urgence.

Partie 1

Conditions de travail différenciées pour les femmes et les hommes

Genre, conditions de travail et santé.

Les grandes lignes de l'Enquête européenne sur les conditions de travail

Colette Fagan* et Helen Norman**

*Professeure, doyenne adjointe (et doyenne associée pour la recherche),
Faculté des sciences humaines, Université de Manchester

**Docteure, chercheuse associée et assistante de la professeure Colette Fagan,
École des sciences sociales, Université de Manchester

Introduction

Les différences de genre dans l'emploi et les conditions de travail ont des incidences sur la santé en raison de quatre circonstances associées :

- *la ségrégation professionnelle* : les femmes et les hommes occupent des emplois différents et la qualité de l'emploi a des effets sur la santé et le bien-être ;
- *le temps de travail* : les hommes consacrent plus de temps au travail rémunéré pendant la semaine et globalement durant la vie active, et la qualité du temps de travail a un impact sur la santé et sur la qualité de l'adéquation entre emploi, vie de famille et autres activités (conciliation travail-vie personnelle) ;
- *la répartition du travail domestique au sein du ménage* : les femmes ont une « deuxième journée », plus coûteuse, de travail ménager et de travail de soins en plus de leur emploi et, par conséquent, le temps de travail total d'une femme en emploi dépasse souvent celui d'un homme ;
- *le sexisme, le harcèlement sexuel et la discrimination* : les femmes sont plus exposées à ce type d'environnement et de comportement, ce qui a une influence négative sur leur santé et leur bien-être.

Nous illustrons les différences de genre dans les conditions de travail et leur impact sur la santé, le bien-être et l'équilibre travail-famille, en utilisant les résultats de l'enquête européenne d'Eurofound sur les conditions de travail de 2010 et 2015 (Eurofound 2012, 2013, 2017 ; Burchell *et al.* 2007 ; Fagan et Burchell 2002). Nous donnons un aperçu des différences professionnelles et sectorielles dans les types d'emplois exercés par les hommes et les femmes, et les différences entre les sexes dans le temps de travail, avant d'examiner les différences professionnelles et les différences entre les sexes dans l'exposition à une série de conditions de travail dangereuses. La santé et les résultats en matière de bien-être résultant de ces conditions de travail sont ensuite comparées, et les différences entre les sexes identifiées et analysées.

Écarts hommes-femmes dans l'emploi et les conditions de travail

Il existe des écarts hommes-femmes dans l'emploi et les conditions de travail dans toute l'Union européenne (voir le tableau 1). Les femmes ont un taux d'emploi inférieur à celui des hommes en 2010 comme en 2015. Lorsque les femmes sont en emploi, elles sont moins susceptibles que les hommes d'être indépendantes mais plus susceptibles d'être salariées à temps partiel, d'avoir un contrat à durée déterminée ou un contrat temporaire. Une proportion similaire de travailleuses et de travailleurs a plus d'un emploi.

La ségrégation professionnelle est une caractéristique persistante des marchés européens de l'emploi (voir le tableau 2) qui a un effet sur la qualité de l'emploi, le temps de travail et le bien-être (Bettio et Verashchagina 2009; Fagan et Burchell 2002; Burchell *et al.* 2007; Eurofound 2013). De nombreuses fonctions sont dominées par les hommes, y compris les fonctions d'encadrement, la plupart des métiers d'ingénierie, les techniciens informatiques, l'artisanat, les agents des transports et des postes, les pompiers et les militaires (voir le tableau 2). Les femmes prédominent dans les activités professionnelles où elles ont traditionnellement été concentrées telles que l'enseignement, les métiers de soin (infirmières, aides-soignantes notamment), la sécurité sociale et le travail social, ainsi que dans la plupart des emplois de bureau et des emplois de service mal rémunérés.

De nombreuses femmes et de nombreux hommes occupent des emplois qui sont principalement effectués par des travailleurs du même sexe. Cinquante-huit pourcents des hommes et cinquante-quatre pourcents des femmes en emploi dans l'UE des 27 travaillent dans des emplois où la main-d'œuvre est majoritairement composée de personnes du même sexe. Seuls vingt-deux pourcents des femmes et dix-neufs pourcents des hommes travaillent dans des emplois qui sont équilibrés du point de vue du genre (Eurofound 2017).

Tableau 1 Comparaison des écarts entre les sexes dans l'emploi et les conditions de travail dans l'UE des 27 (%) – 2010/2015

Année EWCS	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Écart entre les sexes (F-H)	
	2010		2015		2010	2015
Taux d'emploi	60	70	60	71	-10	-11
% de travailleur.s.es indépendant.s.es	10	18	11	18	- 8	- 7
% de travailleur.s.es à temps partiel	33	9	33	10	+ 24	+ 23
% de travailleur.s.es en contrat à durée déterminée/temporaire	14	12	12	11	+2	+1
% de travailleur.s.es qui ont plus d'un emploi	7	7	8	8	0	0

Source : Données des 5^e et 6^e enquêtes européennes sur les conditions de travail (Eurofound 2010, 2015)

Tableau 2 Comparaison de la ségrégation professionnelle des travailleurs et travailleuses par groupe professionnel, UE-27 – 2010/2015

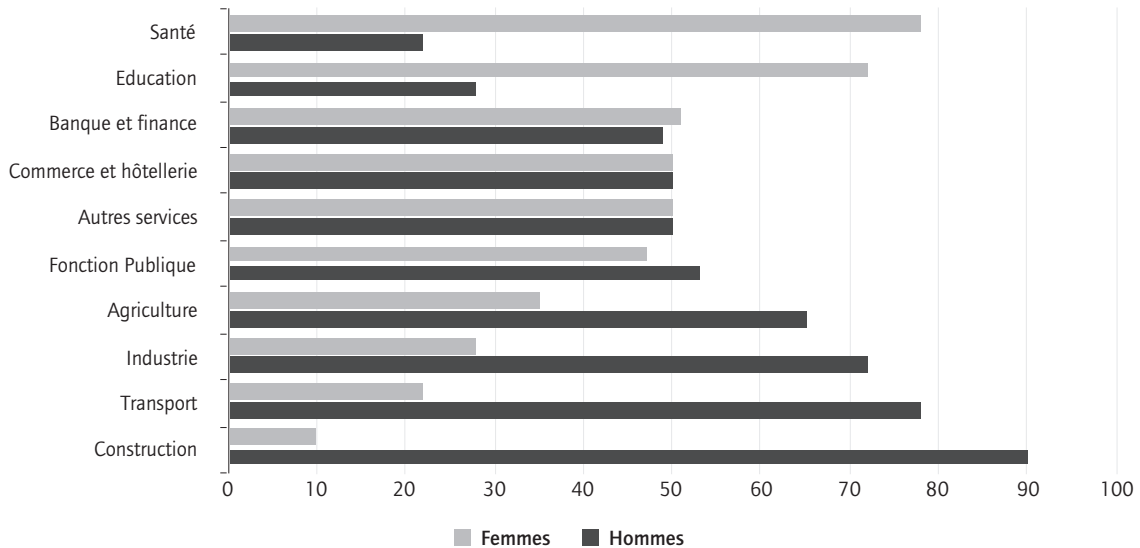
Groupe professionnel (classification ISCO 1-chiffre)		% profil selon le sexe du groupe professionnel			
		Hommes		Femmes	
Année EWCS		2010	2015	2010	2015
1	Dirigeants	69	67	31	33
2	Cadres supérieurs	46	48	54	52
3	Techniciens et professionnels associés	50	50	50	50
4	Employés de bureau	33	33	67	67
5	Employés de la vente et des services	33	36	67	64
6	Agriculteurs	65	69	35	33
7	Artisans et autres métiers de l'artisanat	88	89	13	11
8	Ouvriers qualifiés	85	82	15	18
9	Ouvriers non qualifiés	51	45	49	55
Total		58	58	42	43

Source : Données des 5^e et 6^e enquêtes européennes sur les conditions de travail (Eurofound 2010, 2015)

Au sein des échelles de carrière professionnelle et d'encadrement, la ségrégation verticale est omniprésente et les femmes sont sous-représentées dans les niveaux hiérarchiques supérieurs ou les mieux payés et dans les fonctions qualifiées les plus prestigieuses et les mieux payées, y compris au niveau des Conseils d'administration (Fagan *et al.* 2012a ; Eurofound 2017). Les possibilités de progression de carrière dans les postes supérieurs sont par ailleurs plus limitées pour les femmes ayant un emploi à temps partiel que pour celles qui poursuivent une carrière à temps plein (Anxo *et al.* 2007 ; Fagan et Walthery 2011 ; Fagan *et al.* 2014). On voit cependant, en 2015 par rapport à 2010, une légère progression des femmes dans les fonctions de direction et les fonctions d'opérateurs machines et dans les emplois élémentaires, alors que leur nombre baisse dans la vente et les services.

Le marché européen de l'emploi est aussi divisé selon le secteur industriel (voir le graphique 1) et la taille des entreprises. Les hommes occupent plus de 60 % des emplois dans l'agriculture, l'industrie, les transports, et la construction. Les femmes occupent plus de 60 % des emplois dans le secteur de la santé, du travail social et de l'éducation. Les autres secteurs présentent des proportions relativement équilibrées d'hommes et de femmes, cependant le secteur « autres services » regroupe des activités très variées, masquant de forts contrastes en termes de composition genrée de la main-d'œuvre. Ils intègrent notamment les services privés d'aide à domicile incluant le nettoyage et les soins pour les enfants et les personnes âgées, qui sont très fortement féminins. Ces activités de service sont une partie du marché de l'emploi particulièrement mal régulée.

Graphique 1 Division sexuelle des emplois par secteur industriel (2015) EU-27 (%)



Source : Eurofound (2017)

Les femmes sont fortement concentrées dans le secteur public et donc plus exposées à l'impact sur l'emploi des coupes budgétaires dans ce secteur, qui ont été appliquées dans la plupart des pays européens en réponse à la crise financière (Bettio et Verashchagina 2013; Smith *et al.* 2009; Eurofound 2013: 54-55). Elles sont aussi plus fortement concentrées dans les petites et moyennes entreprises (PME) et sont donc moins susceptibles d'être représentées par un syndicat ou d'avoir accès à un département spécialisé des ressources humaines.

Les formes d'emploi marquées par une ségrégation entre les sexes, combinées avec une sous-évaluation persistante des emplois des femmes en dépit de la législation sur un salaire égal pour un travail (de valeur) égal(e), aboutissent au fait que les femmes sont moins payées que les hommes (Grimshaw et Rubery 2007; Rubery 2003). Cette division du travail en fonction du sexe est alimentée par le partage inégal des responsabilités familiales. Ce sont principalement les femmes qui interrompent une carrière ou réduisent leurs heures de travail pour prendre soin des enfants ou de parents âgés, ce qui a un impact négatif sur leurs possibilités de promotion dans des emplois mieux payés. Les données relatives à l'UE des 27 montrent un écart non ajusté de rémunération entre les sexes de 16,2 % en 2014 et, au cours de cette même année, les femmes étaient davantage exposées au risque de percevoir un faible salaire et au risque de pauvreté (25,3 %) que les hommes (23,6 %) (base de données Eurostat 2016).

Genre, temps de travail et conciliation travail-vie personnelle

Le volume d'heures travaillées est la principale dimension du temps de travail qui a un impact sur la santé et sur la conciliation travail-vie personnelle (à savoir la qualité de l'adéquation entre emploi, vie de famille et autres activités). Les longues journées de travail ont un impact négatif prononcé sur l'auto-évaluation par les hommes et les femmes de la qualité de leur temps de travail, de leur équilibre travail-vie personnelle et sur les incidences en matière de santé (Tucker et Folkard 2012; Fagan *et al.* 2012b, 2014; Eurofound 2017). Les longues journées de travail sont associées à des niveaux d'intensité du travail supérieurs à la moyenne (Eurofound 2012). L'intensité du travail, liée à des charges de travail importantes, à des délais serrés et à des environnements de travail sous pression, peut créer une pression entre les exigences du travail et de la vie privée, aggravant la fatigue causée par ces longues journées.

Les horaires réguliers pendant les heures de bureau en semaine permettent généralement aux travailleur.s.es de planifier et de coordonner leur emploi et leur vie privée. Il en va de même pour les organisations qui donnent aux travailleur.s.es une certaine autonomie, c'est-à-dire la faculté et le pouvoir de décider quand et où ils effectuent leur travail. Les travailleur.s.es sont plus susceptibles de faire état d'un mauvais équilibre en termes de conciliation travail-vie personnelle s'ils ont des horaires de travail atypiques (le soir, la nuit, en début de matinée ou les week-ends) ou si leur employeur modifie leurs horaires de travail dans un délai très court (Amuedo-Dorantes et De la Rica 2009; Barnes *et al.* 2006; Eurofound 2012; Fagan *et al.* 2012b; Fagnani et Letablier 2004; Ingre *et al.* 2012; La Valle *et al.* 2002; Nijp *et al.* 2012). Lorsque les travailleurs ont une certaine autonomie concernant leurs heures de départ et d'arrivée ou le lieu où ils effectuent leur travail, cela réduit les effets négatifs des longues journées et des horaires atypiques, mais cela ne les éradique pas (Fagan et Burchell 2002; Burchell *et al.* 2007).

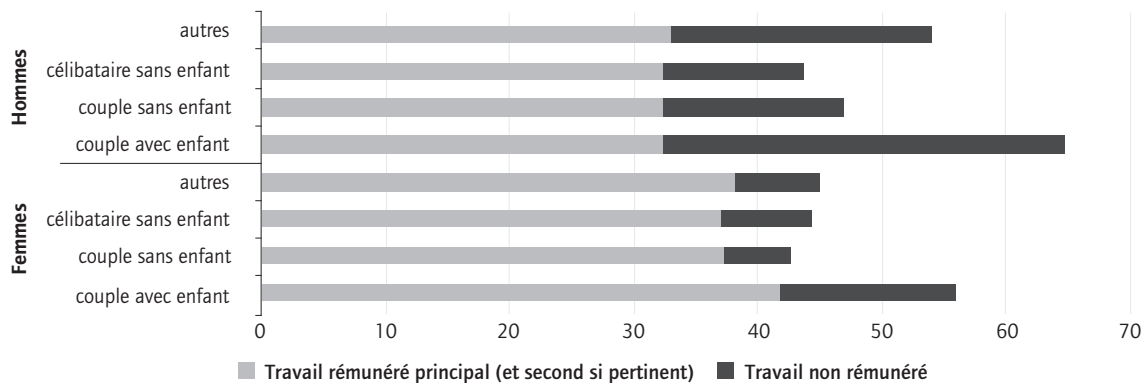
Les hommes sont davantage exposés que les femmes aux horaires de travail qui portent atteinte à la santé et à la conciliation travail-vie personnelle. En 2010 comme en 2015, plus d'un cinquième des travailleurs (21 %) et 10 % des travailleuses travaillent plus de 48 heures par semaine dans l'UE des 27 (données Eurofound 2010, 2015). Par contre, près de 40 % des femmes et seulement près de 15 % des hommes travaillent moins de 34 heures par semaine. Les travailleurs sont plus susceptibles de travailler de longues journées de dix heures ou plus, la nuit, les week-ends (Fagan et Vermeylen 2016) et en équipe de quarts (y compris les nuits) (Fagan et Burchell 2002; Eurofound 2017). Alors que les femmes sont globalement moins exposées que les hommes à des horaires de travail non-standards, ces types d'horaires sont cependant courants dans certaines professions et secteurs fortement féminisés; notamment les infirmières et autres professions de services dans les secteurs de la santé, l'hôtellerie, la restauration et le commerce de détail.

Les hommes et les femmes qui combinent un emploi avec l'éducation des enfants, la prise en charge de parents âgés ou d'autres adultes dépendants ont

des exigences supplémentaires en termes d'emploi du temps. Les hommes et les femmes qui travaillent à temps plein sont plus susceptibles de faire état d'une mauvaise conciliation travail-vie personnelle s'ils ont des responsabilités de soin. Dans certains pays, il est fréquent que les femmes réduisent leur temps de travail, y compris en passant à temps partiel lorsqu'elles deviennent mères ou assument d'autres obligations familiales. Les travailleurs à temps partiel sont plus susceptibles que les travailleurs à temps plein de faire état d'une bonne conciliation travail-vie personnelle mais ils sont moins susceptibles de considérer qu'ils ont de bonnes perspectives de carrière (Eurofound 2012, 2017 ; Fagan *et al.* 2014). Le travail à temps partiel est pénalisé par un salaire horaire moins élevé et des retraites réduites (Grimshaw et Rubery 2007 ; Rubery 2003).

Le déséquilibre entre les sexes en matière de temps de travail change lorsqu'on examine le temps de travail total payé et impayé (voir le graphique 2). Les parents font davantage de travail impayé que ceux qui n'ont pas d'enfants dépendants à domicile, mais dans chaque type de ménage, les femmes font davantage de travail non payé et ont une semaine de travail totale plus longue que les hommes.

Graphique 2 Temps de travail rémunéré et non rémunéré en fonction du type de ménage et du sexe (2015) EU 28



Source : Eurofound (2017)

Cette « double journée » des femmes porte préjudice à leur santé et interagit avec les conséquences négatives sur la santé des conditions de travail dangereuses rencontrées dans certains métiers. En outre, il est important de noter que les tâches ménagères et de soin engendrent aussi des risques pour la santé et la sécurité liés aux exigences physiques (telles que lever des objets lourds, porter des enfants, aider des parents plus âgés à se déplacer), aux substances chimiques contenues dans certains produits de nettoyage et aux accidents potentiels pouvant générer des blessures (telles que chutes, brûlures, etc.).

Genre et conditions de travail dangereuses

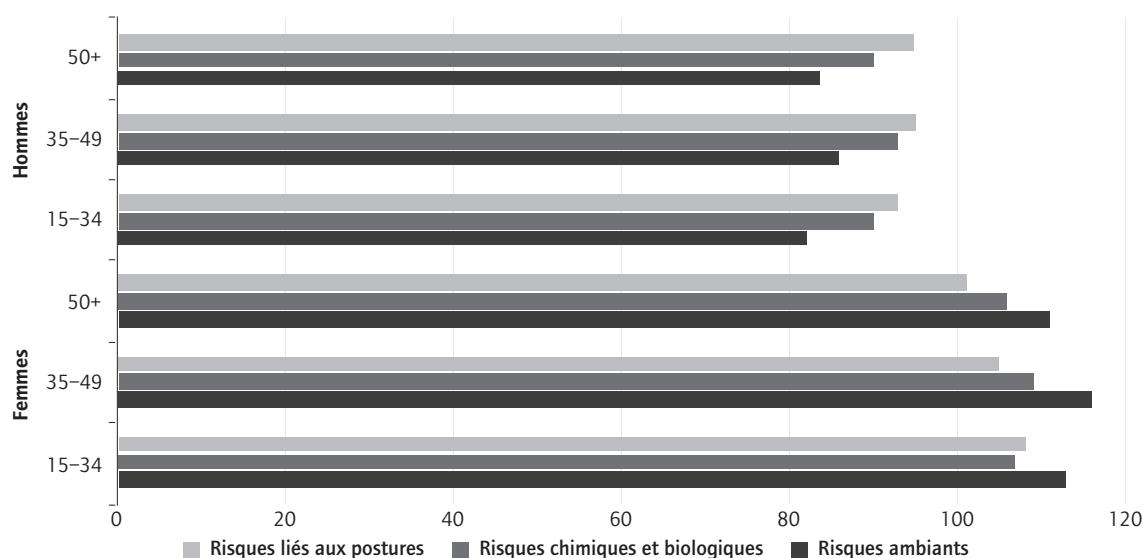
Nous illustrons les différences entre les sexes dans l'expérience de conditions de travail dangereuses qui portent atteinte à la santé en examinant quatre types de risques professionnels : les risques physiques ; l'intensité du travail ; le travail exigeant sur le plan émotionnel ; l'intimidation, le harcèlement et la discrimination.

Risques physiques

Les travailleurs sont plus exposés que les travailleuses aux risques physiques liés au travail, qu'il s'agisse de risques biologiques, chimiques, ambiants ou liés aux postures (voir le graphique 3). Non seulement les hommes sont plus susceptibles d'être exposés à ces risques que les femmes, mais le degré d'exposition est généralement plus élevé en raison de leur journée de travail moyenne plus longue.

Cette différence entre les hommes et les femmes en termes d'exposition aux risques physiques s'applique aux travailleurs les plus jeunes, ceux ayant accompli la moitié de leur vie professionnelle, et les plus âgés. Cependant, l'écart entre les sexes se réduit pour les travailleurs plus âgés parce que les travailleurs dans ce groupe d'âge sont légèrement moins exposés aux risques physiques que les hommes employés plus jeunes.

Graphique 3 Exposition aux risques physiques combinés par genre et âge (2010), EU-27



Source : Eurofound (2012), Graphique 21, p. 49

Les travailleurs occupant des emplois manuels dits « à col bleu » (métiers de l'artisanat et associés, ouvriers agricoles, opérateurs d'installations et de machines, et ouvriers non qualifiés) sont les plus exposés aux risques physiques (Eurofound 2012 : graphique 23). Les femmes dans ces emplois sont plus exposées aux risques physiques que les employées et employés des services, des bureaux ou l'encadrement (Fagan et Burchell 2002 : tableau 25). En moyenne, les travailleurs à temps partiel sont légèrement moins exposés et ceci est valable pour les catégories d'emploi « cols bleus » et « cols blancs » (Fagan et Burchell 2002 : tableau 22).

Le danger le plus fréquent pour les hommes est celui lié aux risques ambiants ; pour les femmes, ce sont les risques liés aux postures. Ces derniers sont supérieurs à la moyenne de la main-d'œuvre européenne dans les secteurs des services et de la vente, dans lesquels les femmes sont sur-représentées. Les emplois dans ces secteurs sont souvent associés au maintien de la posture debout de façon prolongée et à des mouvements répétitifs, tels que servir des aliments ou scanner des produits à une caisse enregistreuse. Alors que les femmes sont moins exposées au risque lié aux ports de charges lourdes que les hommes, elles sont cependant plus susceptibles d'être confrontées à des tâches de levage et de déplacement manuel de personnes (Eurofound 2017 : graphique 36), du fait notamment de leur sur-représentation dans les professions de santé, de soin et d'aide à la personne (Burchell *et al.* 2007). Les risques liés aux postures dans des emplois de bureau, d'encadrement et de direction généralement associés au travail bureautique prolongé peuvent générer des troubles musculo-squelettiques (TMS) et de la fatigue oculaire.

Intensité de travail

Entre 1980 et 2000, on a observé une augmentation globale de l'intensité de travail (travail à cadence élevée, délais très serrés, manque de temps pour finir le travail) dans toute l'Union européenne, bien que cette augmentation semble s'être ralentie depuis 2005 (Eurofound 2012 ; 2017). L'intensité de travail peut porter préjudice à la santé en étant physiquement coûteuse et en générant du stress. Lorsque les travailleurs ont le sentiment de ne pas être capables de répondre aux exigences de leur emploi sans que cela n'impacte sur leur vie personnelle et familiale, la tension induite peut contribuer à une mauvaise santé et avoir un impact négatif sur leur évaluation de la qualité de leur équilibre travail-vie personnelle.

Dans l'ensemble, une proportion plus élevée d'hommes que de femmes rapporte que l'intensité au travail est une caractéristique de leur emploi (Eurofound 2012 : tableau 12). Cependant, parmi les cadres et les professions qualifiées, ce sont les femmes qui sont le plus confrontées à l'intensité du travail (Eurofound 2013). Les travailleurs à temps partiel sont moins susceptibles d'occuper des emplois qui ont un niveau élevé d'intensité de travail (Fagan et Burchell 2002 : tableau 29).

Travail émotionnellement exigeant

Les exigences émotionnelles excessives peuvent aboutir au burn-out (Maslach *et al.* 1996 cités dans Eurofound 2012) et sont aussi liées à l'apparition de troubles musculosquelettiques et à une pression sanguine élevée (Molinier et Flottes 2010 cités dans Eurofound 2012 ; Roquelaure 2018).

Les femmes sont légèrement plus exposées que les hommes au stress émotionnel lié à la confrontation avec des clients en colère ou émotionnellement exigeants (une situation vécue par environ 7 % des travailleuses) (Eurofound 2013).

Intimidation, harcèlement et discrimination

Le harcèlement et l'intimidation sur le lieu de travail augmentent le risque de problèmes de santé mentale (Leymann 1990 cité dans Eurofound 2012). Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de faire l'objet d'un harcèlement sexuel au cours d'une période de 12 mois ; mais il n'y a pas de différence entre les sexes dans l'expérience d'autres formes d'intimidation et de harcèlement ou de violence physique (Eurofound 2012 ; 2017). Des différences sectorielles notables existent en termes de risques de « comportement social négatif » ou d'intimidation : tandis que les femmes courent davantage de risques de ce type dans les services financiers, le commerce de détail, l'hôtellerie, la restauration, les transports et l'agriculture ; les hommes sont plus touchés dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'administration publique (Eurofound 2012 : graphique 31). Par ailleurs, les femmes expriment plus fréquemment être victimes de discrimination.

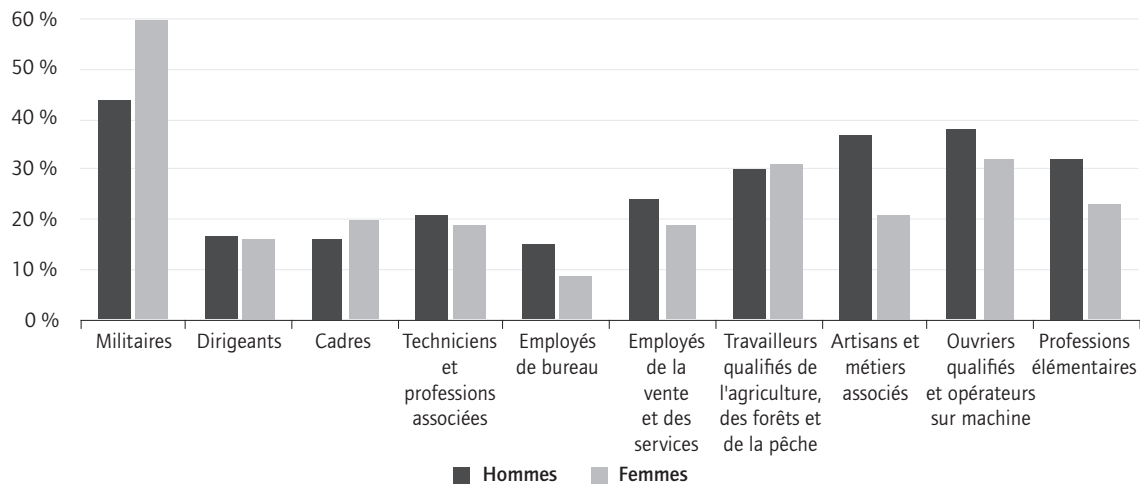
Genre, conditions de travail et incidences sur la santé

Les travailleurs exerçant des tâches manuelles de « cols bleus » sont non seulement les plus susceptibles d'être exposés à des risques physiques, comme on l'a vu dans la section précédente, mais ils sont aussi les plus susceptibles de déclarer que leur travail met leur santé et leur sécurité en jeu (voir le graphique 4) et qu'ils ont une mauvaise santé générale (voir le graphique 5).

Les travailleurs sont plus susceptibles que les travailleuses d'affirmer que leur emploi met leur santé et leur sécurité en danger. Cela s'applique à chaque groupe professionnel, sauf les professions qualifiées. Un peu plus de 20 % des femmes ayant des fonctions d'encadrement considèrent que leur travail met leur santé et leur sécurité en danger, soit un peu plus que le taux indiqué par les hommes qui exercent le même type de fonctions. Cependant, les travailleuses sont plus susceptibles de faire état d'une mauvaise santé générale dans chaque groupe professionnel à l'exception du travail de bureau (voir le graphique 5). Les déclarations de mauvaise santé générale sont plus élevées pour les femmes occupant des emplois manuels de « cols bleus », suivies par les hommes occupant ces mêmes catégories professionnelles. Elles sont moins éle-

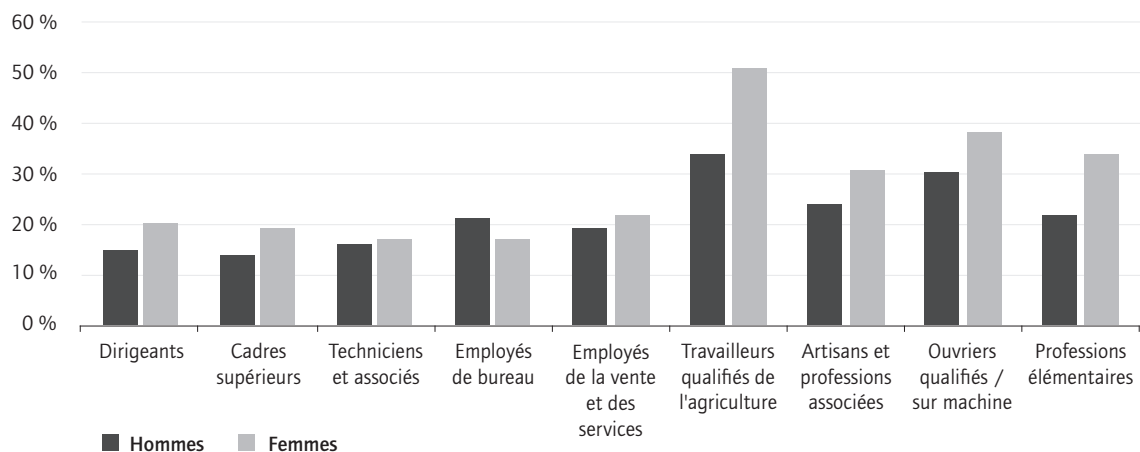
vées pour les hommes occupant des postes d'encadrement et des emplois qualifiés. Les travailleurs à temps partiel sont moins susceptibles que ceux à temps plein de déclarer que leur travail a un effet négatif sur leur santé ou les expose à des risques pour leur santé et leur sécurité (Fagan et Burchell 2002 : tableau 53).

Graphique 4 Pourcentage de travailleurs pensant que leur travail présente des risques pour leur santé ou leur sécurité par profession et sexe (2015), EU-27 (%)



Source : Données de la 6^e enquête européenne sur les conditions de travail (Eurofound 2015)

Graphique 5 Pourcentage de travailleurs déclarant être en mauvaise santé par profession et sexe (2010), EU-27 (%)



Note : nous n'avons pas pu actualiser les données pour 2015
 Source : Eurofound (2012), d'après le tableau 21

Les hommes et les femmes en emploi font état de problèmes de santé liés au travail globalement comparables, excepté que les femmes sont plus susceptibles de déclarer avoir des douleurs liées aux membres supérieurs, des maux de tête et/ou de la fatigue visuelle, alors que les hommes sont plus susceptibles de faire état d'un accident du travail (voir le tableau 3). Il a été montré que les évaluations de santé auto-déclarées sont un bon indicateur de l'état réel de la santé dans les études de validation (Eurofound 2012 : 116).

Tableau 3 Problèmes de santé au cours des 12 derniers mois par sexe (2010, 2015), UE-27 (%)

	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Écart entre les sexes (F-H)	
	2010		2015		2010	2015
Maux de dos	47	46	45	42	+1	+3
Douleurs musculaires dans les épaules, le cou et/ou les membres supérieurs	45	41	44	39	+4	+5
Maux de tête/fatigue visuelle	46	33	42	30	+13	+12
Fatigue générale	39	37	33	32	+2	+1
Douleurs musculaires dans les membres inférieurs	30	30	30	29	0	+1
Insomnie ou troubles généraux du sommeil	21	16	*	*	+5	
Anxiété	10	18	7	13	+3	+5
Maux d'estomac	15	12	*	*	+3	
Blessure	6	11	6	10	-5	-4
Problèmes d'audition	5	5	7	7	0	0

*Données non trouvées dans la 6^e enquête européenne sur les conditions de travail de 2015
Source : Données de la 5^e et 6^e enquêtes européennes sur les conditions de travail (2010, 2015)

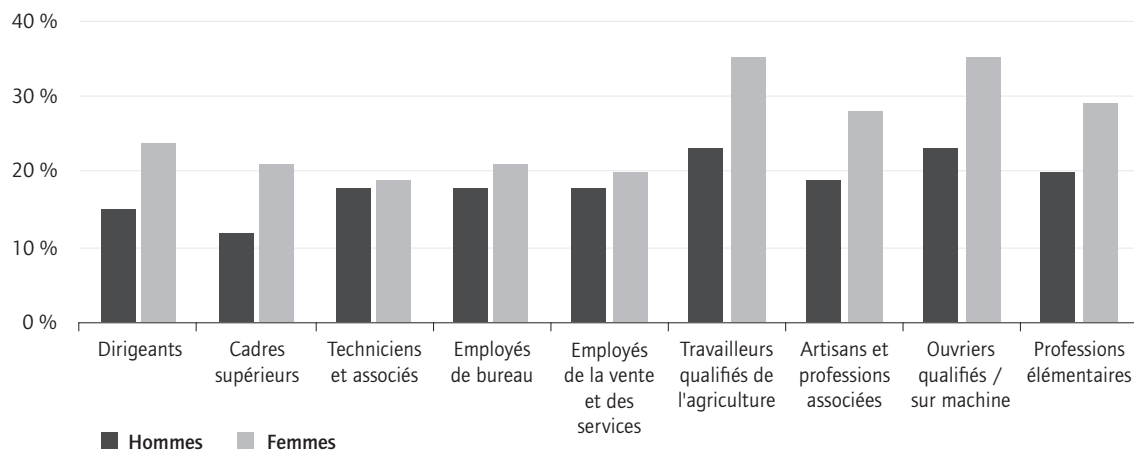
L'analyse de plusieurs variables combinées révèle que les travailleuses et les travailleurs sont plus susceptibles de faire état d'une mauvaise santé liée au travail s'ils ont des conditions de travail physiquement exigeantes, de longues journées de travail, un horaire peu adapté à la vie de famille (conciliation travail-vie personnelle), qu'ils subissent de l'insécurité professionnelle et ont de faibles revenus (Eurofound 2012 : 121-3 ; 2019).

Toutefois, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de faire état d'une mauvaise santé liée au travail (voir le tableau 3) (Fagan et Burchell 2002 ; Burchell *et al.* 2007). Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation. Il est possible que les sondages standards ne donnent pas une image complète des conditions de travail dans les emplois occupés par des femmes. Les femmes peuvent être moins résistantes à l'impact des risques sanitaires liés à l'emploi, peut-être parce qu'elles ont une moins bonne santé que les hommes en général (ce qui renvoie à la vieille notion sexiste des femmes présentées comme étant le « sexe faible ») ; ou, de manière plus plausible, la charge de travail domestique supplémentaire qu'ont de nombreuses femmes a un impact négatif sur leur santé parce qu'elle s'ajoute au nombre d'heures travaillées et engendre le stress supplémentaire de la coordination de l'emploi avec la garde d'enfants, etc. La santé des femmes est certainement plus sensible aux effets négatifs des

contraintes temporelles, des horaires asociaux et des heures variables (Fagan et Burchell 2002 ; Burchell *et al.* 2007).

Les femmes encourent également davantage de risques de mauvaise santé mentale dans chaque catégorie professionnelle, les risques les plus élevés apparaissant chez les femmes qui occupent des emplois manuels « en col bleu », suivis par les postes de direction (voir le graphique 6). Les hommes occupant des emplois de cadre courent le moins de risques de mauvaise santé mentale. Examinés d'un point de vue différent, les hommes ont des échelles de bien-être plus élevées dans chaque groupe professionnel, culminant pour les hommes occupant des postes d'encadrement et des postes qualifiés (Eurofound 2013 : 67, Graphique 30). Le bien-être est aussi plus élevé dans les emplois sexuellement mixtes (Eurofound 2013). Il y a peu de différences entre les travailleurs à temps plein et ceux à temps partiel.

Graphique 6 Exposition aux risques psychosociaux (WHO-5), par profession et sexe (2010), EU-27 (%)



Source : Eurofound (2012) : adapté du tableau 21

Il y a plusieurs explications possibles au fait que les femmes en emploi encourent davantage de risques de mauvaise santé mentale et ont des niveaux inférieurs de bien-être que les hommes. Il est possible que les femmes soient plus sensibles au stress et soient davantage prédisposées à la dépression (Weissman *et al.* 1996). Les femmes peuvent aussi connaître des expériences plus stressantes, ou plus intenses, que les hommes. Ce constat est plausible car des conditions de travail négatives, telles que des volumes de travail excessifs sur lesquels les gens estiment avoir peu de contrôle ou de mauvaises relations sur le lieu de travail, sont associées à des niveaux accrus de stress (Spector *et al.* 2000). Il est possible que les femmes aient moins de temps pour se détendre et se relaxer en raison de leur charge de travail domestique moyenne supérieure. Le bien-être des femmes perd encore de sa valeur en raison de leur statut inférieur dans la société (Tesch-Romer *et al.* 2008 cités dans Eurofound 2013).

Conclusions

« Dans chaque pays où des données sur la santé sont collectées, les taux de morbidité et de mortalité sont plus élevés pour les personnes qui ont un niveau d'instruction, une situation professionnelle ou un revenu moins élevés. » (Eurofound 2012 : 116).

La qualité de l'emploi est associée de manière significative et positive aux effets sur la santé et le bien-être (Eurofound 2012b ; 2017 ; 2019). Les personnes qui occupent des emplois de bonne qualité, bien payés, ont moins de problèmes de santé liés à l'emploi, une meilleure santé générale et une auto-évaluation plus élevée de leur bien-être et de la conciliation travail-vie personnelle que d'autres travailleurs.

La qualité de l'emploi d'un individu a aussi un impact sur la santé et le bien-être d'autres membres du ménage. À titre d'exemple, l'insécurité de l'emploi — la peur de perdre un emploi — peut avoir de graves conséquences négatives sur la santé et le bien-être du travailleur et des membres de la famille (Wichert 2002 cité dans Eurofound 2012). De même, les bas revenus, le temps de travail de mauvaise qualité et une mauvaise conciliation travail-vie personnelle ont des impacts négatifs sur les membres de la famille et le travailleur.

Dans ce document, nous avons montré que les hommes sont davantage exposés à un certain nombre de conditions de travail qui sont associées à des incidences négatives sur la santé : les risques physiques, les longues journées de travail, les horaires de travail qui cadrent mal avec la vie de famille et l'intensité du travail. Cela s'applique particulièrement aux hommes qui occupent des emplois manuels de « cols bleus ».

L'exposition des femmes à ces conditions de travail est généralement plus faible mais il faut noter quelques points essentiels. Premièrement, les femmes font davantage de travail impayé, ce qui signifie que les femmes salariées ont, en moyenne, une semaine de travail totale plus longue que les hommes salariés. Deuxièmement, les femmes dans des emplois manuels de « cols bleus » sont plus exposées aux risques physiques que les hommes ou les femmes occupant des emplois non manuels de « cols blancs ». Troisièmement, parmi les travailleurs non manuels, les femmes sont plus exposées à un travail intense que leurs homologues masculins. Quatrièmement, les femmes sont plus exposées à la discrimination et au harcèlement sexuel ; et un peu plus susceptibles de travailler avec des clients et des utilisateurs de service exigeants sur un plan émotionnel. Enfin, les risques liés aux postures sont les plus fréquents pour les femmes, alors que pour les hommes il s'agit des risques liés à l'environnement de travail.

Les femmes sont moins susceptibles de penser que leur emploi met leur santé et leur sécurité en danger, mais dans chaque groupe professionnel, elles sont plus susceptibles de déclarer une mauvaise santé générale, d'être plus vulnérables à une mauvaise santé mentale et d'avoir des niveaux inférieurs de bien-être à ceux de leurs homologues masculins ayant un emploi. Bien qu'il existe

plusieurs raisons possibles à la moins bonne santé des femmes liée au travail, nous affirmons qu'il s'agit du résultat d'une combinaison de facteurs situationnels plutôt que d'une prédisposition en soi. Ceux-ci incluent les plus longues journées de travail des femmes lorsqu'on tient compte du travail domestique impayé, les contraintes temporelles liées à la coordination de l'emploi avec les horaires de garderie, le statut social inférieur des femmes dans une société inégale entre les sexes et les pressions visant à se conformer aux attentes sociales qui bénéficient en grande partie aux hommes (qui se manifeste, par exemple, par une plus grande exposition à la discrimination et à une attention sexuelle non désirée sur le lieu de travail).

Enfin, il convient de noter que les travailleurs à temps partiel sont un peu moins susceptibles d'être exposés aux risques physiques ou à un travail intense et moins susceptibles de penser que leur emploi a un impact négatif sur leur santé. Ils sont aussi plus susceptibles de faire état d'une bonne conciliation entre le travail et la vie personnelle. Par conséquent, l'emploi à temps partiel offre une certaine protection contre les problèmes de santé liés à l'emploi, mais cela a un prix. Les travailleuses à temps partiel ont des perspectives de carrière inférieures, et des revenus et des retraites moins élevés en raison des périodes d'emploi à temps partiel.

Références

- Amuedo-Dorantes C. et De La Rica S. (2009) The timing of work and work-family conflicts in Spain: who has a split work schedule and why?, IZA Discussion Paper 4542, Bonn, Institute for the Study of Labor.
- Anxo D., Flood L., Mencarini L., Pailhé A., Solaz A. et Tanturri M.L. (2007) Time allocation between work and family over the life-cycle: a comparative gender analysis of Italy, France, Sweden and the United States, IZA Discussion Paper 3193, Bonn, Institute for the Study of Labor.
- Barnes M., Bryson C. et Smith R. (2006) Working atypical hours: what happens to 'family life?', London, National Centre for Social Research.
- Bettio F. et Verashchagina A. (dir.) (2009) Gender segregation in the labour market: root causes, implications and policy responses in the EU, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Burchell B., Fagan C., O'Brien C. et Smith M. (2007) Working conditions in the European Union: the gender perspective, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Eurofound (2012) Fifth European Working Conditions Survey: overview report. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Eurofound (2013) Working time and work-life balance in a life course perspective: a report based on the Fifth European Working Conditions Survey, Dublin, Eurofound.
- Eurofound (2017) Sixth European Working Conditions Survey: overview report (2017 update), Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Eurofound (2019) Working conditions and workers' health, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Fagan C. et Burchell B. (2002) Gender, jobs and working conditions in the European Union, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

- Fagan C. et Walthery P. (2011) Individual working-time adjustments between full-time and part-time working in European firms, *Social Politics*, 18 (2), 269-299.
- Fagan C., Lyonette C., Smith M. et Saldaña-Tejeda A. (2012a) The influence of working time arrangements on work-life integration or 'balance': a review of the international evidence, Geneva, International Labour Organization.
- Fagan C., Menéndez M.G. et Ansón S.G. (2012b) Women on corporate boards and in top management: European trends and policy, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Fagan C., Norman H., Smith M. et González Menéndez M. (2014) In search of good quality part-time employment, Geneva, International Labour Organization.
- Fagan C. et Vermeulen G. (2016) Working time trends and work-life balance in Europe since the onset of the great recession, in Lewis S. *et al.* (dir.) *Work-life balance in times of recession, austerity and beyond*, London, Routledge, 21-42.
- Fagnani J. et Letablier M.T. (2004) Work and family life balance: the impact of the 35-hour laws in France, *Work, Employment and Society*, 18 (3), 551-572.
- Grimshaw D. et Rubery J. (2007) Undervaluing women's work, Manchester, Equal Opportunities Commission.
- Ingre M., Åkerstedt T., Ekstedt M. et Kecklund L.G. (2012) Periodic self-rostering in shift work: correspondence between objective work hours, work hour preferences (personal fit), and work schedule satisfaction, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 38 (4), 327-336.
- La Valle *et al.* (2002) *Happy families? Atypical work and its influence on family life*, Bristol, Policy Press.
- Nijp H.H., Beckers D.G., Geurts S.A., Tucker P.T. et Kompier M.A. (2012) Systematic review on the association between employee worktime control and work-non-work balance, health and well-being, and job-related outcomes, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 38 (4), 299-313.
- Roquelaure Y. (2018) *Troubles musculo-squelettiques et facteurs psychosociaux au travail*, Rapport 142, Bruxelles, ETUI.
- Rubery J. (2003) *Pay equity, minimum wage and equality at work*, Geneva, International Labour Organization.
- Smith M., Bauer F., Certe G. et Delsen L. (2009) *Comparative analyses of operating hours and working times in the European Union*, Heidelberg, Physica-Verlag.
- Tucker P. et Folkard S. (2012) *Working time, health and safety: a research synthesis paper*, Geneva, International Labour Organization.

Inégalités de genre en matière de temps de travail et conséquences sur la santé en Europe

Lucía Artazcoz

Agence de santé publique de Barcelone

Introduction

La division sexuelle du travail, présente dans toutes les sociétés, implique des tâches, des responsabilités ainsi que des droits différenciés pour les femmes et les hommes. Bien que sa définition précise varie selon les pays, cette division des tâches selon le genre est en cohérence avec les définitions des tâches dites « féminines », qui concernent essentiellement les tâches ménagères et domestiques, et celles définies comme « masculines », qui jouent un rôle essentiel dans le travail rémunéré (Doyal 2000).

Cette division sexuelle du travail génère des inégalités de genre en termes de santé. Elle est plus ou moins marquée selon les pays. Elle est étroitement liée aux modèles familiaux et à la répartition sexuelle des rôles de soutien de famille et d'aidant dans les familles développée dans chaque pays (Artazcoz, Borrell *et al.* 2007). Elle dépend aussi en grande partie des politiques mises en place en matière d'emploi, de famille et d'égalité des sexes et du type de régime d'État providence (Pfau-Effinger 2004 ; Pfau-Effinger 2005).

Les objectifs de ce chapitre sont triples : 1) Faire un état des lieux de la division du travail selon le sexe en Europe ; 2) Analyser l'interaction entre l'emploi et la sphère familiale dans l'association entre le travail et l'état de santé ; et 3) Examiner l'intersection entre le genre et d'autres axes des inégalités en matière de santé, tant au plan individuel (classe sociale) que contextuel (régimes d'État providence).

Les inégalités de genre dans l'accès à l'emploi et le temps de travail en Europe

En Europe, le taux de participation des femmes à la main-d'œuvre est partout plus faible que celui des hommes, cependant il diffère considérablement selon les politiques familiales et sociales en place. Ceux qui ont des politiques plus conservatrices en matière familiale et d'égalité entre les hommes et les femmes, tels que les pays méditerranéens, présentent un taux d'activité féminin moins élevé que dans les autres pays et une proportion importante de femmes travaillant à temps plein. Par contre, les pays nordiques, qui encouragent les modèles « double salarié-double aidant » dans la famille, avec des ressources publiques généreuses pour la prise en charge des enfants, présentent les diffé-

rences de genre les moins marquées en termes de participation à la main-d'œuvre (tableau 1).

Tableau 1 Participation à la main-d'œuvre des 20-64 ans dans l'UE par pays et par sexe (%)

	Femmes	Hommes	Différence (Hommes-femmes)
UE - 28 pays	67,4	79	11,6
Belgique	65,5	73,9	8,4
Bulgarie	68,3	76,5	8,2
Tchéquie	72,2	87,4	15,2
Danemark	74,8	81,5	6,7
Allemagne	75,8	83,9	8,1
Estonie	75,6	83,4	7,8
Irlande	68,1	80,3	12,2
Grèce	49,1	70,1	21,0
Espagne	61	73,1	12,1
France	67,6	75,2	7,6
Croatie	60,1	70,3	10,2
Italie	53,1	72,9	19,8
Chypre	68,9	79,3	10,4
Lettonie	74,8	79	4,2
Lituanie	76,7	79	2,3
Luxembourg	68	76	8,0
Hongrie	66,8	82,1	15,3
Malte	63,4	85,7	22,3
Pays-Bas	74,2	84,3	10,1
Autriche	71,7	80,7	9,0
Pologne	65	79,4	14,4
Portugal	72,1	78,9	6,8
Roumanie	60,6	78,9	18,3
Slovénie	71,7	79	7,3
Slovaquie	65,5	79,2	13,7
Finlande	74,5	78,2	3,7
Suède	80,4	84,7	4,3
Royaume-Uni	73,8	83,7	9,9
Islande	83,2	89,5	6,3
Norvège	76,5	81,7	5,2
Suisse	77,9	87	9,1
Monténégro	52,9	66,7	13,8
Macédoine du Nord	45,2	66,6	21,4
Serbie	55,8	70,5	14,7
Turquie	35,2	76	40,8

Source : Eurostat, Enquête sur les forces de travail, 2018

Croissance du travail à temps partiel féminin avec des contrastes nationaux

La proportion de travailleurs à temps partiel dans la main-d'œuvre totale a sensiblement augmenté au cours des 15 dernières années dans la plupart des pays de l'Union européenne (UE). Cependant les études montrent que le temps partiel est beaucoup plus fréquent chez les femmes. Bien que leur participation au marché du travail ait constamment augmenté dans toute l'UE, et en particulier en ce qui concerne les femmes mariées, une proportion élevée d'entre elles travaille à temps partiel, avec une fois de plus des différences importantes entre les pays (tableau 2, p. 33). Alors que les Pays-Bas comptent la proportion la plus élevée de femmes et d'hommes travaillant à temps partiel — avec près des trois quarts des femmes occupant des emplois à temps partiel — les proportions sont beaucoup moins élevées dans les pays d'Europe du Sud et dans certains pays d'Europe de l'Est. Il convient de noter que, pour de plus en plus de travailleurs et travailleuses, particulièrement dans un contexte de crise économique, le travail à temps partiel est une option imposée ; cela est d'autant plus vrai concernant les femmes.

Une étude des modes de travail et des préférences dans l'UE des 15 a révélé que les pays où la proportion de mères travaillant à temps partiel est supérieure à la proportion de mères travaillant à temps plein (35+ heures) sont l'Autriche, la Belgique, l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Irlande et les Pays-Bas (Lewis *et al.* 2008). Le constat est différent pour le travail à temps partiel des hommes dont les déterminants ne varient pas sensiblement par pays (Buddelmeyer *et al.* 2005). Il semble ainsi que des facteurs d'ordre culturel ainsi que des différences nationales en matière de régulation du marché du travail et de politique familiale influencent les décisions des femmes de travailler à temps partiel.

Inégalités dans le partage des tâches domestiques et familiales

La participation des femmes à la main-d'œuvre est liée notamment à la répartition des tâches domestiques et familiales entre femme et homme dans les familles. Il y a plusieurs explications aux inégalités constatées entre les sexes en matière de partage des tâches domestiques et familiales et, par conséquent, de temps consacré au travail. L'affirmation relative au niveau de revenus — à savoir que les personnes aux revenus relativement élevés consacrent moins de temps au travail ménager — se confirme de façon constante, pour les hommes comme pour les femmes. Généralement, plus les différences entre les revenus des époux sont faibles, plus les divisions en matière de travail domestique sont équitables. Mais ce résultat n'est pas toujours confirmé, et le modèle n'est pas applicable universellement (Greenstein 2000 ; Kroska 2004). L'impact considérable que la parentalité a sur le temps que les femmes consacrent au travail domestique contraste fortement avec l'impact minimal qu'il a sur les hommes, pour lesquels on observe une stabilité surprenante de ce temps de travail domestique, quelles que soient les formes d'évolution dans la structure familiale (Baxter *et al.* 2008). Le partage équitable des tâches domestiques par les deux partenaires est rare dans les pays à modèles familiaux traditionnels, quelles

Tableau 2 **Emploi à temps partiel des 20-64 ans en pourcentage de l'emploi total, par sexe et pays**

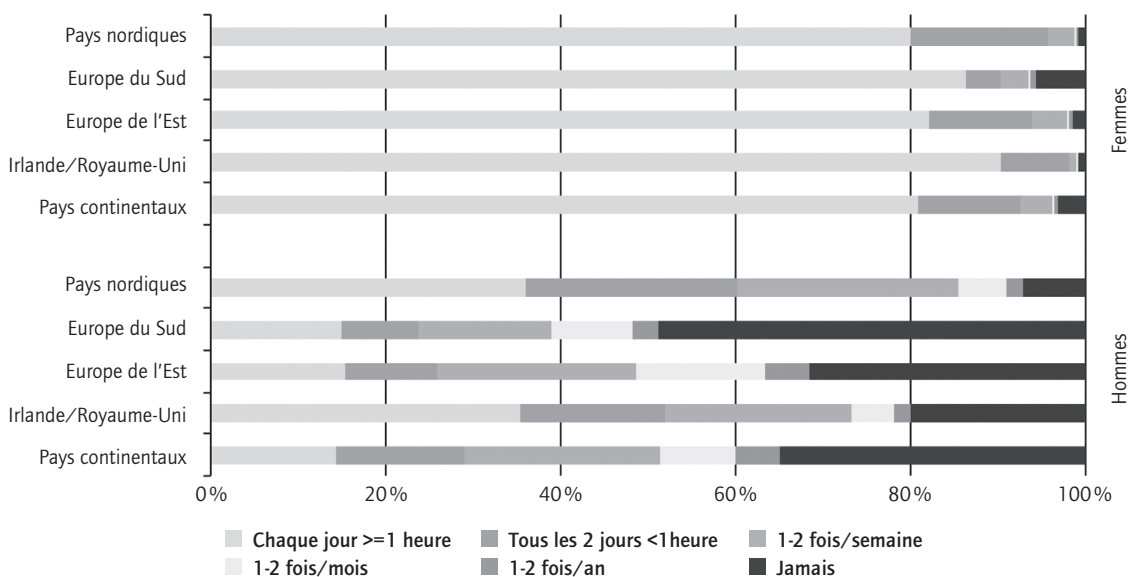
	Femmes	Hommes	Différence (Hommes-femmes)
UE - 28 pays	30,8	8,0	22,8
Belgique	40,5	9,4	31,1
Bulgarie	2,0	1,6	0,4
Tchéquie	10,8	2,5	8,3
Danemark	31,0	12,1	18,9
Allemagne	46,7	9,3	37,4
Estonie	14,7	6,8	7,9
Irlande	28,5	9,1	19,4
Grèce	13,2	6,0	7,2
Espagne	23,6	6,4	17,2
France	28,7	7,6	21,1
France (métropolitaine)	28,7	7,5	21,2
Croatie	6,6	3,5	3,1
Italie	32,4	7,9	24,5
Chypre	14,2	7,4	6,8
Lettonie	9,6	4,5	5,1
Lituanie	8,7	5,1	3,6
Luxembourg	31,4	5,3	26,1
Hongrie	6,2	2,5	3,7
Malte	21,7	6,0	15,7
Pays-Bas	73,8	23,0	50,8
Autriche	47,6	9,9	37,7
Pologne	9,5	3,6	5,9
Portugal	10,2	5,4	4,8
Roumanie	6,6	6,0	0,6
Slovénie	13,6	5,3	8,3
Slovaquie	6,9	3,1	3,8
Finlande	18,8	8,8	10,0
Suède	31,7	11,9	19,8
Royaume-Uni	38,6	9,6	29,0
Islande	30,5	8,1	22,4
Norvège	35,6	13,3	22,3
Suisse	63,0	17,0	46,0
Monténégro	4,0	5,1	-1,1
Macédoine du Nord	3,4	3,3	0,1
Serbie	10,0	8,4	1,6
Turquie	17,8	5,6	12,2

Source : Eurostat, Enquête sur les forces de travail, 2018

que soient leurs ressources relatives, leur temps disponible et leur idéologie du genre, ce qui suggère que la répartition du travail à la maison est non seulement négociée par les deux partenaires, mais aussi façonnée par des facteurs contextuels liés au marché du travail et aux modèles familiaux ainsi qu'aux politiques d'égalité des sexes (Geist 2005).

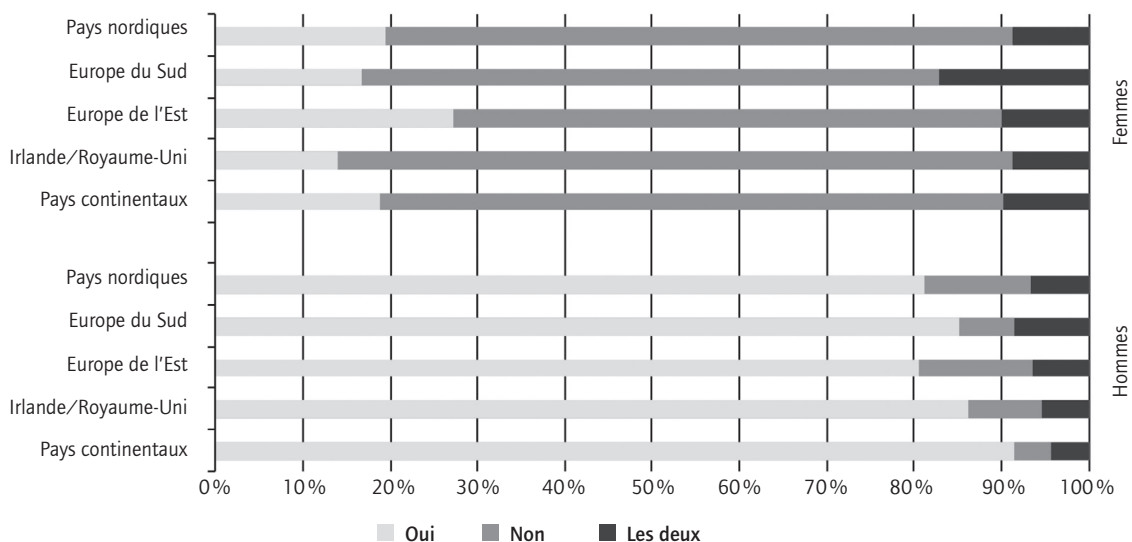
En outre, des études révèlent des différences entre les sexes en termes d'heures de travail domestique flexible et inflexible, selon les modèles de politique sociale et de droit du travail des pays (Pfau-Effinger 2005 ; Pfau-Effinger 2004). Les hommes font moins de travail ménager et les femmes en font davantage dans les pays où les journées de travail et le congé parental sont longs. Les femmes consacrent moins de temps au travail domestique lorsqu'il y a davantage de services publics de garde d'enfants et que les hommes ont le droit de prendre un congé parental (Hook 2010). Cependant, dans tous les types de pays européens, il existe une division liée au genre, plus ou moins marquée, des rôles de soutien de famille et d'aidant (figures 1 et 2).

Figure 1 Temps consacré au travail domestique parmi les travailleurs européens mariés ou cohabitant



Source : 5^e Enquête européenne sur les conditions de travail, 2010

Figure 2 Personne qui contribue le plus au revenu du ménage parmi les travailleurs européens



Source : 5^e Enquête européenne sur les conditions de travail, 2010

Impact différencié des longues journées de travail sur l'emploi des femmes et des hommes

Conformément à la division des tâches selon le sexe, en Europe les longues journées de travail concernent majoritairement les hommes. Dans les pays d'Europe occidentale, c'est au Royaume-Uni que les hommes travaillent le plus grand nombre d'heures, et c'est aussi le pays où le travail à temps partiel des femmes est le plus développé, et en particulier des mères. L'emploi à temps partiel des femmes semble ainsi souvent être une réponse aux contraintes imposées par les longues journées de travail de leurs partenaires associé à un manque de soutien institutionnel en matière d'articulation entre le travail et la vie de famille (Tang et Cousins 2005).

La durée du travail pour les femmes et les hommes varie de façon différenciée en fonction de la présence d'enfants et aussi du type de modèle familial. Au moins un tiers des hommes ayant des enfants déclarent travailler plus de 46 heures par semaine en Autriche, en Belgique, en Allemagne, en Grèce, au Royaume-Uni, en Irlande et en Espagne, autant de pays à modèles familiaux traditionnels et où les femmes sont plus nombreuses à travailler à temps partiel qu'à temps plein. Néanmoins, même dans les pays nordiques, où les modèles familiaux et la répartition des tâches sont plus équilibrés, près d'un quart des pères affirment avoir de longues journées de travail. Dans les pays du sud de l'Europe, les femmes sont aussi concernées par cette problématique des longues journées de travail. Les longues journées travaillées par un tiers des femmes grecques ayant des enfants et respectivement 13 et 19 % des mères espagnoles et portugaises en attestent et confirment la culture des longues journées de travail dans cette partie de l'UE. Conjointement au manque relatif de

possibilités de travail à temps partiel et à la rareté des services publics de soins aux enfants, ces données concernant la durée du travail journalier contribuent à expliquer les plus faibles taux d'emploi des femmes dans ces pays. Dans de nombreux cas, l'option la plus simple pour réguler les charges de travail domestique, familial et particulièrement de soin des enfants, semble être que les femmes renoncent au travail rémunéré.

Ainsi, en Europe, où un grand nombre de mères travaillent à temps partiel et où le taux d'emploi des mères dans certains pays est peu élevé, un grand nombre de pères ont tendance à travailler de longues journées. Une logique de régulation à la fois sociale, économique et familiale se révèle, qui s'accompagne d'un engagement moindre des femmes dans le monde du travail rémunéré contrairement à un investissement élevé des hommes. Néanmoins, aux Pays-Bas, où les femmes ont tendance à travailler de très courtes journées à temps partiel, la proportion d'hommes travaillant de longues journées est aussi relativement faible (Lewis *et al.* 2008).

L'impact sur la santé de la combinaison emploi-exigences familiales : des inégalités de genre liées à des déterminants économiques et sociaux

Dans cette section, nous abordons principalement l'impact sur l'état de santé des individus de la nécessité de combiner un emploi et une vie de famille. Nous commençons avec la proposition d'un cadre conceptuel permettant la compréhension des différentes variables qui structurent la relation entre travail et exigences familiales et son impact sur la santé. Nous présentons ensuite la situation de l'Espagne, à travers l'analyse de deux études qui examinent l'intersection entre le genre, le modèle familial, la situation socio-économique des familles et le type de travail réalisé et pour analyser leurs impacts sur la santé. Par la suite, nous nous intéressons plus précisément à comment les régimes politiques et économiques des États et les modèles familiaux interagissent sur la combinaison travail-exigences familiales et sur la santé des individus dans un contexte de crise économique en Europe. Notre analyse se poursuit avec l'analyse du lien entre le travail à temps partiel, l'emploi, les conditions de travail et l'état de santé et s'achève avec la relation entre les longues journées de travail et l'état de santé. Nous abordons ces différents points au prisme du genre.

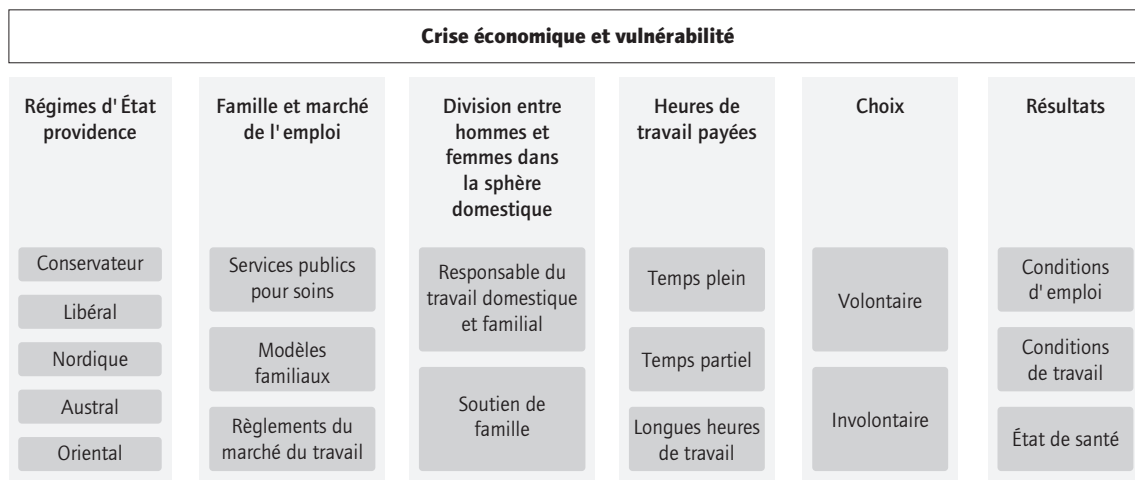
Il convient de noter que, depuis le début de la crise économique, de nombreux pays européens ont pris une série de mesures destinées à déréguler les marchés du travail et à encourager la flexibilité des entreprises, y compris l'augmentation de l'emploi à temps partiel, les options en matière d'heures supplémentaires ou l'extension de la période de référence pour le calcul du temps de travail (Clauwaert et Schömann 2012 ; Robert *et al.* 2014).

Un cadre conceptuel pour synthétiser les déterminants des inégalités de genre

La Figure 3 présente un cadre conceptuel permettant de présenter les différentes variables qui impactent les conditions de vie, de travail et la santé des individus, telles que le type de régimes d'État Providence, le cadre institutionnel et législatif du travail et de la famille, la durée du travail, la division des tâches domestiques entre les sexes, et la capacité de choisir sa situation.

La durée du travail individuelle est définie non seulement par les choix individuels et les caractéristiques de l'emploi, mais aussi par la structure sociale globale (limites réglementaires sur les heures à temps plein ou disponibilité de services de garde d'enfants, par exemple). Il existe de grandes différences transnationales dans la quantité de temps consacrée au travail et les pays diffèrent sensiblement en termes de régulation stricte des heures, de préférences en termes de temps de travail et de nature des politiques familiales prévues. Parmi les principaux facteurs au niveau macro figurent la répartition du travail entre les hommes et les femmes liée aux modèles familiaux — traditionnelle, avec les hommes comme soutiens de famille et les femmes comme aidants naturels, ou avec des rôles plus égalitaires entre les hommes et les femmes —, et les réglementations du marché de l'emploi, qui sont associées aux régimes d'État providence (Korpi *et al.* 2009).

Figure 3 Cadre conceptuel concernant la relation entre la répartition du temps de travail selon le sexe et les inégalités entre les sexes dans les résultats en matière de santé



Des modèles nationaux très différents

Les pays nordiques sont caractérisés par des marchés de l'emploi équitement régulés, des politiques sociales jouant un rôle majeur dans la promotion de l'emploi maximum pour les femmes et des modèles familiaux double revenu/double carrière, avec le travail de reproduction activement attribué à

l'État. Par ailleurs, dans ces pays, de véritables politiques de promotion de la participation des femmes au marché du travail et de la participation des hommes au travail domestique ont été mises en place. Les pays libéraux (Royaume-Uni et Irlande) sont caractérisés par des marchés du travail dérégulés, de puissants modèles de soutien de famille masculin et la domination du marché dans les prestations de services. Les pays d'Europe continentale et du sud ont de puissantes réglementations en matière de marché du travail, des modèles familiaux où l'homme est le soutien de famille, de faibles niveaux de soutien pour la participation des femmes à la main-d'œuvre ; les principales responsabilités en matière de bien-être incombent à la famille et les politiques qui contribuent à concilier maternité et carrières sont relativement sous-développées en Europe du Sud (Ferrera 1996). Les pays d'Europe de l'Est combinent les familles à double revenu avec une répartition traditionnelle des tâches domestiques et de la protection sociale pour les trois à six ans (Aidukaite 2009).

Combiner emploi et exigences familiales : la situation des femmes et des hommes en Europe

La combinaison d'un emploi avec les exigences d'une vie familiale en Europe a un impact différent selon son genre, sa profession et le pays où l'on vit.

Des études menées en Espagne avant la crise économique ont révélé, comme attendu, un impact exclusif de la combinaison emploi-exigences familiales sur la santé des femmes (Artazcoz *et al.* 2001 ; Artazcoz *et al.* 2004). Cependant, une autre étude réalisée juste avant la crise, basée sur l'Enquête nationale de 2006 relative à la santé en Espagne, examinant quatre résultats en matière de santé, a révélé une association cohérente entre la mauvaise santé et les exigences familiales parmi les travailleurs manuels, femmes ou hommes, mais pas parmi les travailleurs non manuels (Arcas *et al.* 2013). Ce changement de modèle en une décennie était expliqué par des mécanismes de genre et de classe sociale, ainsi que des facteurs contextuels. Alors que l'association entre les exigences familiales et le mauvais état de santé chez les femmes ayant un travail manuel pourrait être liée aux grandes exigences qui leur sont imposées en termes de tâches ménagères et de soins par rapport aux hommes, chez ces derniers, compte tenu de leur rôle de principal soutien de famille au sein du foyer, il pourrait être dû à des problèmes financiers. Il convient de noter qu'entre 2002 et 2005, en Espagne, la contrainte financière dans les familles avait sensiblement augmenté, essentiellement en raison de la forte augmentation des prix des logements au cours de la dernière décennie et du paiement d'hypothèques (Banco de España. Dirección General de Servicios de Estudios 2005).

Une étude de la relation entre la combinaison emploi-exigences familiales et les problèmes de santé à l'échelle de l'Europe, basée sur l'Enquête européenne de 2010 sur les conditions de travail, a révélé des différences selon le genre nuancées selon les pays et leur régime d'État providence (Artazcoz *et al.* 2014).

Cette combinaison a été largement dissociée de l'état de santé dans les pays à modèles de politique familiale à double revenu, mais a été associée aux moins bons résultats en matière de santé dans les pays libéraux, le Royaume-Uni et l'Irlande, surtout chez les hommes. L'association cohérente observée entre le nombre d'enfants et le mauvais état de santé des hommes dans les pays où le modèle de l'homme en tant que soutien de famille est prononcé pourrait être principalement liée au stress financier familial associé au nombre d'enfants avec lesquels ils vivent. Dans le reste de l'Europe, l'association était plus cohérente chez les femmes dans les pays à modèles traditionnels, où les hommes étaient les soutiens de famille et les femmes étaient responsables du travail domestique et des soins. Afin de comprendre ce constat, il convient de noter que, durant la crise économique qui a débuté en 2007, les femmes vivant en couple, qui étaient des ménagères à plein temps, sont entrées sur le marché de l'emploi ou ont presté davantage d'heures afin de compenser la baisse de revenus du partenaire masculin (Culleton et Dilworth 2011 ; Leschke et Jepsen 2011). À domicile, elles sont probablement les principales responsables du travail ménager (Kroska 2004).

Le travail à temps partiel : pénalisant pour les conditions de travail, la carrière et la santé des femmes

Alors que le travail à temps partiel a augmenté dans de nombreux pays, on observe des différences nationales liées, d'une part, aux politiques gouvernementales vis-à-vis de la promotion du travail à temps partiel en tant que tel et, d'autre part, à la nature des emplois proposés (Fagan *et al.* 2014). Le temps partiel est traditionnellement le moyen par lequel les femmes d'Europe occidentale combinent les soins informels accordés à leurs enfants avec l'emploi. La plupart de ces femmes ont « choisi » de travailler à temps partiel afin de tenter de concilier le travail et la vie de famille. Cependant, devant l'impossibilité d'obtenir leur préférence en matière de journées de travail plus longues, certaines femmes sont involontairement devenues des travailleuses à temps partiel (Fagan et Warren 2001). Toutefois, d'autres se limitent à prendre des emplois avec des temps partiels atypiques, en soirée, les week-ends ou avec des périodes fragmentées durant la journée de classe, parce qu'elles dépendent d'autres membres de la famille offrant des services de garde informels ou parce qu'elles doivent coordonner leurs horaires de travail avec la disponibilité des services officiels de garde d'enfants. Cette situation est due au fait que ce sont encore en grande partie les femmes qui adaptent leurs horaires de travail pour prendre soin des enfants ou de membres de la famille plus âgés, alors que seule une minorité d'hommes passe au temps partiel ou prend un congé parental à cette fin (Anxo *et al.* 2007 ; Fagan et Hebson 2006 ; Plantenga et Remery 2005).

De plus, le nombre et la qualité des emplois disponibles dépendent en grande partie de la manière dont les employeurs utilisent le travail à temps partiel dans leurs politiques du personnel et du temps de travail, dans le contexte des cadres politiques nationaux. Là où l'emploi à temps partiel est marginalisé en

tant que forme secondaire d'emploi, des pénalités sont infligées sous la forme de salaires horaires inférieurs et de moindre protection sociale ou possibilités de progression tout au long de la vie professionnelle. Par contre, il peut être considéré comme intégré à côté de l'emploi à temps plein lorsque la différence est simplement celle d'heures de travail réduites. C'est ce dernier scénario d'intégration qui offre généralement les meilleures perspectives de travail à temps partiel de bonne qualité (Palier et Thelen 2010).

On observe des différences nationales importantes en matière de qualité de l'emploi à temps partiel, avec des situations extrêmes allant du temps partiel britannique — essentiellement assumé par les mères, impliquant peu d'heures travaillées, un faible salaire et l'insécurité des emplois de bureau routiniers — à des emplois à temps partiel de qualité dans des pays comme les Pays-Bas ou la Suède. En dépit de ces différences nationales, on constate en moyenne que le temps partiel donne lieu à des pénalités en termes de sécurité de l'emploi, de salaires horaires moyens et de possibilités de formation et de promotion. Et même là où les travailleurs à temps partiel reçoivent un traitement égal, en termes de salaires horaires actuels et d'autres éléments contractuels, dans la plupart des pays cette forme d'emploi a un effet néfaste sur la place ultérieure sur le marché du travail et la progression professionnelle. Les travailleurs à temps partiel ont aussi moins accès aux allocations de chômage et aux programmes d'aide de recherche d'emploi s'ils perdent leur emploi. Ils sont également davantage menacés par la pauvreté, non seulement en raison de leur salaire hebdomadaire inférieur dû à une journée de travail plus courte, mais aussi parce que leurs emplois sont moins stables et qu'ils sont moins susceptibles d'être couverts par des systèmes d'assurance chômage. Le travail à temps partiel présente cependant certains avantages, tels qu'une meilleure qualité du temps de travail et une exposition réduite aux conditions de travail dangereuses et au stress lié au travail (Fagan *et al.* 2014).

Au Royaume-Uni par exemple, où les emplois à temps partiel sont concentrés dans les emplois peu qualifiés, le travail à temps partiel est synonyme de déclasserement professionnel (Connolly et Gregory 2008). Lorsque des femmes (ou des hommes) hautement qualifiées ou très compétentes, souvent en raison de leurs responsabilités familiales, « choisissent » de réduire leurs horaires de travail, elles sont quasi systématiquement pénalisées. En raison de la limitation des options disponibles en matière de temps partiel dans les emplois hautement qualifiés, elles doivent accepter des compromis en occupant des emplois de niveau inférieur, et sont ensuite bloquées, avec peu de possibilités de promotion. Le déclasserement touche jusqu'à 29 % de femmes occupant des emplois qualifiés et de gestion des entreprises, et jusqu'à 40 % des emplois de niveau intermédiaire. Les femmes les plus susceptibles d'être déclassées sont celles qui occupent des postes d'encadrement de premier niveau (par ex. : dans les restaurants, les salons et les magasins), avec près de la moitié qui renonce à ses responsabilités d'encadrement et revient à un service normalisé ou à un emploi de vendeuse lorsqu'elle passe à temps partiel. 51 % de l'ensemble des travailleurs à temps partiel, hommes et femmes, se définissent comme travaillant au-dessous de leur potentiel. On estime ainsi que 69 % des « déclassées » à temps partiel, soit environ 1,25 million de femmes au Royaume-Uni, âgées

de 25 à 54 ans, sont « bloquées » dans des emplois inférieurs à leurs compétences et leur expérience (Lyonette *et al.* 2010).

Les mécanismes associés au travail à temps partiel, observés dans les pays d'Europe, tels que le déclassement, la faible rémunération, l'absence d'évolution professionnelle, constituent des facteurs de risque pour la santé psychique qui concernent quasi exclusivement les femmes.

Longues journées de travail et impact sur la santé : des mécanismes différents selon le genre

Bien que ces dernières années l'intérêt pour les problèmes de santé liés aux longues journées de travail ait augmenté, les études ciblées restent rares et les lacunes en matière de recherche portant sur cette relation et les mécanismes impliqués persistent (Virtanen *et al.* 2008 ; Virtanen, Heikkilä *et al.* 2012 ; Virtanen, Stansfeld *et al.* 2012 ; Kroenke *et al.* 2007 ; Kivimäki *et al.* 2015 ; Bannai et Tamakoshi 2014). De plus, la plupart des études ont exclusivement axé l'analyse sur les conditions de travail, sans prendre en compte, d'une part, les raisons individuelles et contextuelles qui peuvent conduire à choisir ou préférer de longues journées de travail ni, d'autre part, s'intéresser à la nature du travail et ses conséquences sur la santé.

Or l'impact du temps de travail sur la santé est aussi lié à des caractéristiques individuelles et nationales. Au plan individuel, certaines études concernant l'impact des longues journées de travail sur la santé et le bien-être des personnes ont mis en lumière l'importance de la liberté de choix dans ce processus (Beckers *et al.* 2008 ; Drago *et al.* 2009 ; Golden et Wiens-Tuers 2006). L'importance du stress financier familial, très fréquent en Europe dans la crise économique actuelle, a été identifiée comme un des facteurs expliquant les longues journées obligatoires qui peuvent conduire à des problèmes de santé (Artazcoz *et al.* 2013 ; Artazcoz *et al.* 2009 ; Artazcoz, Cortès *et al.* 2007). De nombreux travailleurs, essentiellement des soutiens de famille, sont obligés d'accepter des conditions de travail difficiles simplement pour combler leur dette familiale (Artazcoz *et coll.* 2005 ; Pollert & Charlwood 2009). À titre d'exemple, une étude sur les longues journées de travail au Royaume-Uni signale que les personnes qui travaillent davantage d'heures sont plus susceptibles d'être des hommes avec enfants, ayant des hypothèques importantes ou subissant un coût de la vie élevé et vivant le plus souvent avec une partenaire qui, soit ne travaillait pas du tout, soit ne travaillait pas à temps plein (Kodz *et al.* 2003). Les considérations en matière de pouvoir de négociation indiquent que, lorsque les employeurs ont davantage d'influence sur les employés, comme dans le cas de lieux de travail non syndiqués, utilisant des contrats temporaires, peu payés, ou dans des situations de vulnérabilité économique, les travailleurs sont plus susceptibles d'être contraints de travailler de longues journées (Stier et Lewin-Epstein 2003).

Des études menées en Espagne ont révélé une association constante des longues semaines de travail — 41 à 60 heures contre 30 à 40 heures par semaine — avec un faible bien-être psychologique, de l'insatisfaction professionnelle, la consommation de tabac, une faible activité physique durant les temps de loisir et des heures de sommeil insuffisantes, particulièrement notables lorsque ces durées sont imposées par un stress financier familial ou un faible pouvoir de négociation (Artazcoz, Cortès *et al.* 2007; Artazcoz *et al.* 2009).

Une étude basée sur l'Enquête européenne de 2005 sur les conditions de travail signalait qu'à l'exception des femmes de pays continentaux, le fait de travailler de longues journées était associé à un mauvais état de santé pour les femmes comme pour les hommes; et cette association était plus forte et plus cohérente chez les hommes venant de pays anglo-saxons. Enfin, l'association entre les longues journées de travail et la santé est plus forte chez les hommes que chez les femmes dans les pays avec un modèle du soutien de famille masculin, alors qu'elle est équivalente pour les hommes et les femmes dans les pays nordiques où le travail et les tâches domestiques sont partagés et plus forte chez les femmes par rapport aux hommes dans les pays d'Europe de l'Est (Artazcoz *et al.* 2013).

Conclusion

La vie professionnelle est probablement un des principaux domaines d'action pour l'amélioration de l'état de santé des Européens en général et la réduction des inégalités entre les sexes en matière de santé en particulier. Le travail rémunéré ainsi que le travail domestique et familial non payé sont des déterminants sociaux de la santé et des facteurs majeurs d'inégalités entre les sexes en matière de santé.

Les inégalités entre les sexes en matière de temps de travail sont beaucoup plus qu'une simple question de temps, il s'agit aussi d'un déterminant structurel de l'état de santé et des inégalités entre les sexes en matière de santé. Par conséquent, les politiques concernant les temps de travail devraient dépasser les postures traditionnelles nationales et s'attaquer aux réels déterminants du temps de travail liés aux conditions du marché du travail et de la sphère privée. De plus, les politiques en matière d'emploi, de famille et de genre dans toute l'Europe devraient systématiquement prendre en considération leur impact sur la santé et les inégalités entre les sexes en matière de santé.

Références

- Aidukaite J. (2009) Old welfare state theories and new welfare regimes in Eastern Europe: challenges and implications, *Communist and Post-Communist Studies*, 42 (1), 23–39.
- Anxo D. *et al.* (2007) Parental leave in European companies: establishment survey on working time 2004-2005, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

- Arcas M., Novoa A. et Artazcoz L. (2013) Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers, *European journal of public health*, 23 (5), 883–888.
- Artazcoz L. *et al.* (2001) Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada [Housework, gender and health in the working population], *Gaceta Sanitaria*, 15 (2), 150–153.
- Artazcoz L. *et al.* (2004) Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women?, *European journal of public health*, 14 (1), 43–48.
- Artazcoz L. *et al.* (2005) Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (9), 761–767.
- Artazcoz L. *et al.* (2007a) Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 33 (5), 344–350.
- Artazcoz L. *et al.* (2007b) Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (Suppl 2), 39–45.
- Artazcoz L. *et al.* (2013) Long working hours and health among employees in Europe: between-country differences, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 39 (4), 369–378.
- Artazcoz L. *et al.* (2014) Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health, *European Journal of Public Health*, 24 (4), 649–655.
- Artazcoz L. *et al.* (2009) Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63 (7), 521–527.
- Banco de España (2005) Encuesta Financiera de las Familias (EFF) : métodos, resultados y cambios entre 2002 y 2005, Madrid, Banco de España, Dirección General de Servicios de Estudios
- Bannai A. et Tamakoshi A. (2014) The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 40 (1), 5-18.
- Baxter J., Hewitt B. et Haynes M. (2008) Life course transitions and housework: marriage, and time on housework parenthood, *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 259–272.
- Beckers D.G.J. *et al.* (2008) Voluntary or involuntary? Control over overtime and rewards for overtime in relation to fatigue and work satisfaction, *Work and Stress*, 22 (1), 33–50.
- Buddelmeyer H., Mourre G. et Ward-Warmedinger M. (2005) Part-time work in EU countries: labour market mobility, entry and exit, Frankfurt am Main, European Central Bank.
- Clauwaert S. et Schömann I. (2012) The crisis and national labour law reforms: a mapping exercise, Brussels, ETUI.
- Connolly S. et Gregory M. (2008) Moving down: women's part time work and occupational change in Britain 1991-2001, *Economic Journal*, 118 (526), 52–76.
- Culleton J. et Dilworth M. (2011) Conceptions of crisis and the effects of recession on the 'detraditionalization' of gender roles in Ireland and Belgium, in Calvo A., Fornengo G., Raus R. et Zucco F. (dir.) *World wide women: globalizzazione, generi, linguaggi*, Torino, Università degli Studi di Torino, 57–66.

- Doyal L. (2000) Gender equity in health: debates and dilemmas, *Social Science and Medicine*, 51 (6), 931–939.
- Drago R., Wooden M. et Black D. (2009) Long work hours: volunteers and conscripts, *British Journal of Industrial Relations*, 47 (3), 571–600.
- Fagan C. *et al.* (2014) In search of good quality part-time employment, Geneva, International Labour Organization.
- Fagan C. et Warren T. (2001) Gender, employment and working time preferences in Europe, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Fagan C. et Hebson G. (dir.) (2006) 'Making work pay' debates from a gender perspective: a comparative review of some recent policy reforms in thirty European countries, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Ferrera M. (1996) The 'southern model' of welfare in social Europe, *Journal of European Social Policy*, 6 (1), 17–37.
- Geist C. (2005) The welfare state and the home: regime differences in the domestic division of labour, *European Sociological Review*, 21 (1), 23–41.
- Golden L. et Wiens-Tuers B. (2006) To your happiness? Extra hours of labor supply and worker well-being, *Journal of Socio-Economics*, 35 (2), 382–397.
- Greenstein T.N. (2000) Economic dependence, gender, and the division of labor in the home: a replication and extension, *Journal of Marriage and Family*, 62 (2), 322–335.
- Hook J. (2010) Gender inequality in the welfare state: sex segregation in housework, 1965–2003, *American Journal of Sociology*, 115 (5), 1480–523.
- Kivimäki M. *et al.* (2015) Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals, *The Lancet*, 6736 (15), 1–8.
- Kodz J. *et al.* (2003) Working long hours: a review of the evidence. Volume 1: main report, London, Department of Trade and Industry.
- Korpi W., Ferrarini T. et Englund S. (2009) Egalitarian gender paradise lost? Re-examining gender inequalities in different types of welfare states, Swedish Institute for Social Research.
- Kronke C. *et al.* (2007) Work characteristics and incidence of type 2 diabetes in women, *American Journal of Epidemiology*, 165 (2), 175–183.
- Kroska A. (2004) Divisions of domestic work: revising and expanding the theoretical explanations, *Journal of Family Issues*, 25 (7), 900–932.
- Leschke J. et Jepsen M. (2011) The economic crisis: challenge or opportunity for gender equality in social policy outcomes? A comparison of Denmark, Germany and the UK, Brussels, ETUI.
- Lewis J., Campbell M. et Huerta C. (2008) Patterns of paid and unpaid work in Western Europe: gender, commodification, preferences and the implications for policy, *Journal of European Social Policy*, 18 (1), 21–37.
- Lyonette C., Baldauf B. et Behle H. (2010) «Quality» part-time work: a review of the evidence, Warwick, Institute for Employment Research, University of Warwick.
- Palier B. et Thelen K. (2010) Institutionalizing dualism: complementarities and change in France and Germany, *Politics & Society*, 38 (1), 119–148.
- Pfau-Effinger B. (2004) Socio-historical paths of the male breadwinner model: an explanation of cross-national differences, *British Journal of Sociology*, 55 (3), 377–399.

- Pfau-Effinger B. (2005) Welfare state policies and the developments of care arrangements, *European Societies*, 7(2), 321–347.
- Plantenga J. et Remery C. (dir.) (2005) Reconciliation of work and private life: a comparative review of thirty European countries, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Pollert A. et Charlwood A. (2009) The vulnerable worker in Britain and problems at work, *Work, Employment & Society*, 23 (2), 343–362.
- Robert G. *et al.* (2014) From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health, *European Journal of Public Health*, 24 (3), 404–409.
- Stier H. et Lewin-Epstein N. (2003) Time to work: a comparative analysis of preferences for working hours, *Work and Occupations*, 30 (3), 302–326.
- Tang N. et Cousins C. (2005) Working time, gender and family: an East-West European comparison, *Gender, Work and Organization*, 12 (6), 527–550.
- Virtanen M. *et al.* (2008) Long working hours and cognitive function: the Whitehall II Study, *American Journal of Epidemiology*, 169 (5), 596–605.
- Virtanen M. *et al.* (2012a) Long working hours and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis, *American Journal of Epidemiology*, 176 (7), 586–596.
- Virtanen M. *et al.* (2012b) Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II study, *PLoS ONE*, 7(1).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030719>

Les effets de l'organisation du travail sur la division sexuelle du travail et les troubles musculosquelettiques dans le secteur agricole

Sandrine Caroly*, Melissa K. Bohórquez* et Aurélie Fortune**

*Laboratoire PACTE – Université de Grenoble, France

**Service prévention des risques professionnels – Mutualité sociale agricole, Alpes du Nord, Grenoble, France

Introduction

L'objectif de cette étude est de regarder l'organisation du travail avec une approche sur le genre afin de comprendre la division du travail entre les hommes et les femmes dans le secteur d'élevage des animaux et d'améliorer les démarches de prévention des risques de troubles musculosquelettiques (TMS). Le terrain d'étude porte sur des exploitations de bovins dans la région Rhône-Alpes. La répartition des tâches entre les hommes et les femmes sur l'exploitation agricole se définit par une organisation du travail selon le sexe/genre. En effet, les hommes et les femmes ne sont pas exposés aux mêmes contraintes, et les expositions aux risques sont différentes avec pour conséquence des effets différents sur leur santé. Nous montrerons, à partir de données qualitatives de terrain dans une exploitation agricole, les facteurs qui peuvent jouer sur l'organisation du travail et les effets de la division sexuelle du travail sur la santé des agriculteurs et agricultrices : le parcours de travail, le sens du travail, la saisonnalité et l'équilibre entre la vie au travail et la vie hors travail.

Le contexte

En 2013, en France, 27 % des exploitations concernent le secteur des bovins. Le secteur agricole en France comprend environ 1,1 million de salariés en 2015, dont 465 milliers d'exploitants agricoles. Cette population salariée est répartie selon le sexe : 71 % de salariés sont des hommes et 29 % sont des femmes. Depuis plusieurs décennies, dans le milieu de l'élevage bovin-lait, le nombre d'exploitations a diminué : elles étaient 70,8 milliers en 2000 alors qu'elles ne sont plus que 23,6 milliers en 2013. Deux phénomènes expliquent cette diminution : la disparition de petites exploitations et l'augmentation du nombre de vaches par troupeau.

Dans ce milieu, les TMS représentent 92 % des maladies professionnelles reconnues pour les salariés du régime agricole. Les trois domaines les plus touchés correspondent à la viticulture, l'élevage spécialisé et la culture spécialisée. Les données sur les TMS montrent que les personnes les plus touchées ont plus de 41 ans. Les pathologies les plus élevées sont les TMS des membres supérieurs. Sur un même nombre de personnes ayant des TMS reconnus, les

femmes sont plus touchées que les hommes (3,5 femmes sur 1 000 femmes et 2,5 hommes sur 1 000 hommes) (CCSMA 2012).

La demande

Dans le cadre d'un projet de la région Rhône-Alpes « Promouvoir l'égalité hommes/femmes en agriculture et en milieu rural », la Mutualité sociale agricole (MSA) des Alpes du Nord nous demande de réaliser une intervention ergonomique dans le milieu de l'élevage-bovin pour avoir une approche de la situation réelle du travail des éleveurs laitier homme et femme selon le contexte de l'organisation de l'exploitation. La finalité est d'intégrer les résultats de cette recherche dans les démarches de prévention des risques de la MSA, notamment par l'élaboration d'outils et de supports de formation concernant l'évaluation et la gestion des risques professionnels, différenciée selon le sexe.

En regardant le travail avec les lunettes du genre nous cherchons à mieux comprendre l'organisation du travail entre deux saisons (hiver-été) des éleveurs (homme/femme) en comprenant les liens entre le travail et le hors travail imbriqués dans la vie agricole.

Construction de la problématique

Le travail a-t-il un genre ?

Dans le monde du travail, les hommes et les femmes n'occupent pas les mêmes postes. S'ils ont un même intitulé du poste, ils ne font pas les mêmes tâches (Messing 2000). Ainsi, ils sont exposés de différentes manières aux facteurs de risques de TMS. Pour les hommes, les contraintes sont visibles : vibration, chaleur, froid, charge lourde, entre autres. Pour les femmes, elles sont davantage invisibles (Messing 2000) : la répétitivité, les faibles marges de manœuvre, les horaires de travail à temps partiel. En conséquence, les effets du travail sur leur santé sont différents selon les hommes et les femmes (Caroly *et al.* 2013).

L'élevage des animaux et la saisonnalité

Dans le milieu de l'élevage bovin, la saison est un facteur qui détermine les activités agricoles. En été, les vaches sortent et des travaux agricoles se font dans les champs. En hiver, les vaches restent dans l'étable et les travaux se réalisent dans les bâtiments agricoles. Seule la traite est une activité partagée entre l'homme et la femme en été et en hiver. Le déroulement des activités est déterminé par le type de bâtiments, les équipements, la salle de traite (Chambres d'agriculture et des associations Emploi Formation de Bretagne 2014).

Problématique

Notre problématique porte sur les effets de la division sexuée du travail sur la santé. Cette division, souvent imposée par une répartition des rôles de l'homme et de la femme dans l'exploitation, ne tient pas en compte des stratégies possibles de préservation de la santé selon le sexe. La saisonnalité redéfinit l'organisation du travail avec une nouvelle distribution des tâches qui augmente cette division entre les hommes et les femmes. Quels sont les effets de l'organisation du travail saisonnier sur la division sexuelle du travail et, par conséquent, sur l'exposition différenciée des sexes et des genres aux risques, avec des atteintes possibles à la santé ?

Méthodologie

Afin d'obtenir des données qualitatives sur le lien organisation du travail, genre et santé, nos méthodes portent principalement sur l'analyse de l'activité sur le terrain grâce à des observations et des entretiens avec des agriculteurs et des agricultrices.

Quatre exploitations agricoles ont fait l'objet d'une analyse approfondie. Nous avons choisi de décrire ici seulement une exploitation parmi les quatre pour présenter des données de terrain plus approfondies. On relève dans cette exploitation de fortes contraintes posturales et gestuelles du fait d'une traite en travée (pas de salle de traite avec les vaches surélevées pour diminuer les postures pénibles). L'analyse de l'activité du couple, installé depuis 2005 dans cette exploitation, permet de mieux comprendre la répartition des tâches entre l'homme et la femme. Cette exploitation est située en moyenne montagne. Le lait produit est vendu à des industriels. Elle se distingue des autres exploitations car les exploitants préfèrent conserver le même nombre de vaches et s'orienter vers un produit BIO.

Résultats

Poids du parcours et de la tradition sur l'organisation du travail

L'exploitation a été reprise par l'homme en 1993 à la suite d'un héritage. Il a participé aux activités agricoles avec ses parents depuis son plus jeune âge. La femme, provenant du milieu professionnel non agricole, faisait des études d'avocat. Elle a quitté son métier pour suivre son mari. Elle aidait au travail administratif de l'exploitation avant de s'installer. Pour devenir co-exploitante, elle a fait une formation agricole et a obtenu son statut d'exploitante en formalisant l'intention de rendre l'exploitation BIO, en accord avec son mari.

Des changements organisationnels et dans les manières de faire ont pu s'effectuer seulement à la suite du décès de son beau-père, ancien propriétaire. L'instauration des jours de repos (un week-end par mois) leur permet de sortir du quotidien et de partir ailleurs.

Le couple a adopté ensemble une nouvelle stratégie pour faire entrer les vaches dans l'étable. Avant ils plaçaient chaque vache à un endroit précis dans l'étable, ce qui pouvait occasionner de l'agressivité chez les animaux et les éleveurs (coups de pattes des vaches, usage du bâton ou du chien). Un jour, à la suite d'un incident du mari, la femme a dû faire entrer seule les vaches. Elle les a laissées rentrer seules dans l'étable. Les vaches ont semblé moins stressées, rendant plus faciles la traite. Depuis ce jour-là, le couple laisse les vaches rentrer seules dans l'étable sans les placer. Ce changement de pratique leur a permis d'améliorer leurs conditions de travail.

Expositions aux risques TMS et stratégies gestuelles et posturales selon le sexe

Dans ce type de bâtiment, la traite expose l'agriculteur et l'agricultrice à des gestes et postures contraignants (répétition du geste des mains, posture accroupie, flexion et inclinaison du cou) et aux coups de pied des vaches. L'homme et la femme adoptent des stratégies différentes dans le but de préserver leur santé. L'homme a développé notamment des stratégies gestuelles (il utilise les deux mains) et posturales (il balance son poids d'une jambe à l'autre). La femme utilise des stratégies d'anticipation verbale et visuelle avec les vaches (elle leur parle et les observe juste avant de les traire pour prévenir un coup de pied).

La traite se réalise à deux pour diminuer la pénibilité du travail (1 h 30 au lieu de 3 heures en étant seul). Cependant, on observe pour cette même tâche, une division du travail selon le sexe et le genre. L'étable en travée les oblige à faire la traite chacun sur un côté en avançant en sens inverse. La femme commence à gauche au fond de l'étable et remonte progressivement vers la chambre froide, elle explique que c'est plus facile pour elle de porter le matériel lourd au début de la traite (moment où elle est moins fatiguée) et qu'elle peut donner le lait aux veaux situés au fond de l'étable. L'homme commence à droite proche de la chambre froide et avance progressivement vers le fond de l'étable. Ainsi il peut donner les céréales aux veaux à la fin de la traite. Pour donner à manger aux animaux, l'homme conduit le tracteur et prépare la nourriture des vaches tous les jours. C'est lui qui fait l'entretien des équipements et des outils. À la fin de la traite, le nettoyage des chiffons est réalisé par la femme pendant que l'homme conduit le tracteur. Ces choix sont basés sur l'expérience de l'homme en conduite et pour gagner du temps. La femme sait aussi le faire mais elle prendrait plus de temps que lui à conduire le tracteur, alors pour finir en même temps et rentrer ensemble à la maison, elle fait le nettoyage des chiffons et le rinçage des griffes et du sol de la chambre froide. Ainsi dans cette répartition des tâches, l'homme et la femme ne sont pas soumis aux mêmes expositions et contraintes de travail : pour lui ce sont les vibrations, le bruit, la rotation de la tête et du cou du fait de la conduite du tracteur. Pour elle, ce sont les gestes et postures contraignantes pour faire le nettoyage : flexion du tronc sans plier les jambes, gestes répétitifs des mains, soulèvement des épaules.

Par ailleurs, le travail administratif est réalisé par la femme.

Les effets de la saisonnalité sur la division du travail et la santé selon le sexe

En été, d'autres tâches s'ajoutent, les contraintes auxquelles ils sont exposés s'intensifient. En effet, la saison d'été est plus pénible que la saison d'hiver : les agriculteurs réalisent des travaux dans les champs (homme et femme) en plus des tâches de la traite décrites ci-dessus. L'homme fait des travaux dans les champs pour les vaches, il prépare le foin pour l'hiver, il conduit le tracteur sur des durées plus importantes qu'en hiver. Il est donc exposé pendant une plus longue durée aux contraintes : vibrations, bruit, posture statique et torsion du tronc, rotation de la tête et du cou. La femme s'occupe de la culture pour la consommation de la famille, elle prépare les conserves afin d'avoir des provisions pour l'hiver. Elle est donc exposée aux gestes répétitifs et postures contraignantes. La saison d'été a un effet néfaste sur la santé car les contraintes s'accroissent et s'intensifient pour tous les deux. Cependant dans le discours, il semble que ce soit surtout les maux de dos pour l'homme qui soient mis en exergue.

La gestion de la sphère hors travail

Le travail domestique ainsi que les activités associatives et politiques sont également sexués. Le travail domestique est de la responsabilité de la femme, mais l'enfant (12 ans), qui est encore à la maison, participe beaucoup aux tâches ménagères pour aider sa mère. Les activités associatives et les formations que la femme fait lui permettent de sortir du milieu de l'agriculture et d'enrichir ses compétences dans d'autres domaines. Les activités politiques de l'homme lui permettent d'échanger avec d'autres personnes hors du milieu agricole. Ces activités extra-professionnelles nourrissent les discussions entre eux, le soir à la maison, en plus des échanges sur les vaches et l'exploitation agricole.

Enfin, le choix de rester une exploitation BIO et autosuffisante donne du sens à leur travail en milieu agricole et facilite la gestion de la sphère hors travail : possibilité de s'occuper d'autres activités, avoir l'opportunité de rencontrer d'autres personnes, ne pas rester isolés.

Conclusion

La compréhension de la division sexuelle du travail montre que l'homme et la femme ne sont pas soumis aux mêmes contraintes et développent des stratégies différenciées de préservation de la santé. Dans cette exploitation agricole, avec les vaches, l'homme développe des stratégies gestuelles et posturales alors que la femme utilise des stratégies verbales et d'anticipation. La femme aurait des capacités comme l'homme de conduire le tracteur, l'homme pourrait faire le travail administratif. Mais la répartition réelle des tâches relève de stratégies de gestion du temps et de reconnaissance des compétences différentes de l'homme et de la femme. En été, le travail saisonnier dans les champs est plus intense avec une dimension temporelle qui va davantage marquer cette divi-

sion du travail selon le sexe et le genre, et accroître les différentes contraintes pour l'homme et la femme. L'homme travaille pour l'exploitation aux champs avec le tracteur pendant de longues journées, alors que la femme cultive le potager, fait des conserves pour la famille et prend en charge le travail domestique tout en continuant le travail administratif. Les deux ont des activités extérieures à l'exploitation, mais elles sont aussi genrées, la femme ayant des activités associatives en plus de ses responsabilités domestiques et l'homme ayant des activités politiques. Les TMS sont liés à une combinaison de sollicitations biomécaniques et psychosociales en lien avec l'organisation du travail. Pour cette exploitation, les contraintes biomécaniques sont fortes mais en contrepartie la possibilité de prendre des jours de repos, de modifier les façons de faire individuellement ou ensemble, de rester ouverts à d'autres activités non agricoles et de donner du sens au travail à travers le choix d'une exploitation bio semblent préserver leur état de santé.

Références

- Caroly S., Major M.E., Probst I. et Molinié A.F. (2013) Le genre des troubles musculo-squelettiques : interventions ergonomiques en France et au Canada, *Travail, genre et sociétés*, 1 (29), 49-67.
- CCSMA (2012) Observatoire des troubles musculo-squelettiques des actifs agricoles, Paris, Caisse Centrale MSA.
- FranceAgriMer (2013) Les filières de l'élevage français. <http://www.franceagrimer.fr>
- Gonik V., Messing K., Ollagnier E. et Teiger C. (2013) L'émergence de la problématique de genre en ergonomie, Actes du 48^e congrès de la Société d'ergonomie de langue française, Paris, 28-30 août 2013.
- Messing K. (2000) *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle?*, Toulouse, Octarès Editions.

Les enseignant.e.s à temps partiels font-ils.elles l'objet de discriminations dans les établissements du second degré en France ?

Dominique Cau-Bareille* et Catherine Teiger**

*Maître de conférences en ergonomie à l'Institut d'études du travail de Lyon (IETL), Université Lyon 2 ; Laboratoire de recherches Éducation, Cultures et Politiques, Université Lyon 2 ; Centre de Recherches sur l'expérience, l'âge et les populations au Travail (CREAPT – CEE)

**Chargée de recherche au CNRS, Groupe de recherche sur l'histoire du travail et de l'orientation (GRESHTO) du Centre de recherche sur le travail et développement (CRTD) du Centre national des arts et métiers (CNAM)

Introduction

Cet article s'appuie sur les résultats d'une recherche répondant à une demande syndicale du groupe « Femmes » du SNES¹ et du SNEP², deux branches syndicales de l'enseignement regroupées au sein de la Fédération syndicat unitaire (FSU). Constatant des inégalités de carrières, de salaires entre hommes et femmes et des problèmes de harcèlement dans certains établissements touchant plus les femmes que les hommes, les responsables du groupe « Femmes » souhaitent que soit menée une recherche-action sur le quotidien du travail des enseignant.e.s en examinant les enjeux spécifiques des rapports sociaux de sexe sur leurs conditions d'emploi et d'expérience au travail.

Parmi les résultats issus de cette recherche³, s'est dégagée une problématique spécifique des enseignant.e.s à temps partiel que nous abordons ici⁴. En effet, alors que l'on aurait pu penser que leur choix de temps partiel contribuait à améliorer leur qualité de vie au travail et favorisait l'articulation des sphères de vie, ces enseignant.e.s ont évoqué très souvent des problèmes, des pressions, au sein de l'établissement, autour de leur statut. Nous souhaitons développer ces aspects peu documentés mais révélateurs de problèmes organisationnels qu'il nous semble important de sortir de l'invisibilité.

Enseigner à temps partiel en France : un temps de travail « choisi », très marginal

Dans plusieurs pays de l'Union européenne, le temps partiel est la norme d'emploi pour les femmes (80 % des femmes aux Pays-Bas, plus de la moitié au Royaume-Uni, entre 40 et 50 % en Allemagne, en Suède et en Belgique (Vogel

1. Le SNES est le Syndicat national des enseignements du second degré.

2. Le SNEP est le Syndicat national d'éducation physique.

3. L'ensemble de la recherche, avec les deux points de vue disciplinaires, a fait l'objet d'un rapport global : Cau-Bareille et Jarty (2014).

4. Seules les données issues des investigations ergonomiques sont présentées ici.

2012). Il n'en est pas de même en France où il ne représente que 24 % des salariés, hommes et femmes confondus. Le travail à temps partiel y est considéré comme de l'emploi « a-normal » (Maruani et Michon 1998) par rapport à la référence qui reste le temps plein. De fait, il est souvent un temps stigmatisé, dévalorisé. Dans l'imaginaire collectif, il concerne toujours les femmes avant tout et de manière socialement tolérante (Angeloff 2009).

Le secteur de l'enseignement ne déroge pas à cet état de fait. Les temps partiels « choisis » qui sont un cas particulier de temps partiel (voir l'encadré) y sont encore plus faibles : un peu plus d'un enseignant fonctionnaire du second degré sur dix, les femmes y ayant plus recours (15 %) que les hommes (5 %) (Hilary et Louvet 2014), ce qui est très peu comparativement à d'autres pays européens (Siniscalco 2002).

La règle commune du temps partiel dans l'enseignement public français

La règle permet l'exercice à temps partiel pour une fraction du service de 50 %, 60 %, 70 %, 80 % ou 90 %. On distingue cependant deux configurations :

- le temps partiel « de droit » pour élever un enfant de moins de trois ans, pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant. Il est aussi de droit pour raison de santé sur avis du médecin de prévention ;
- le temps partiel « sur autorisation », pour d'autres raisons que les précédentes (préparations d'examens par exemple, désir de s'engager dans des formations ou mener une activité professionnelle en parallèle par exemple). Il peut être refusé en raison des nécessités du service.

Dans tous les cas, les enseignant.e.s peuvent faire le choix de réduire temporairement leur temps de travail avec la possibilité de revenir à temps complet lorsqu'ils le souhaitent.

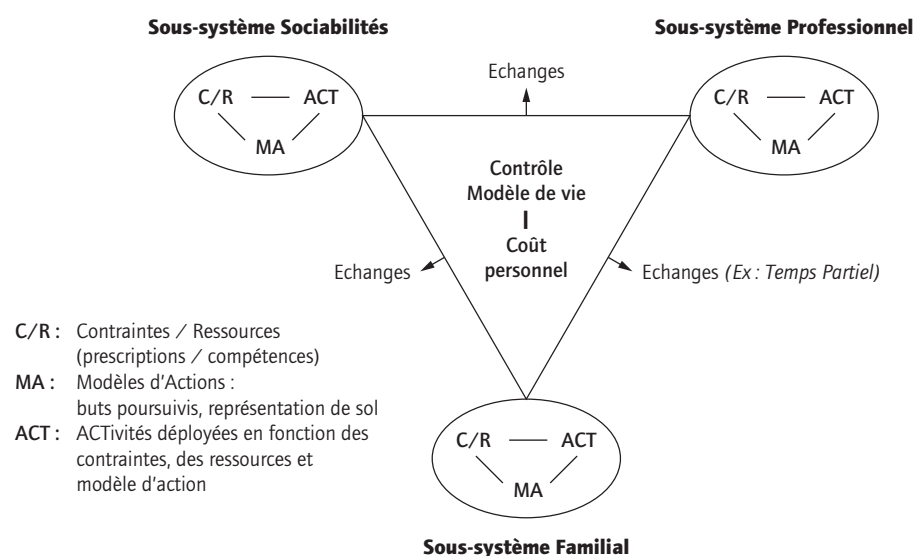
Textes de référence : Loi 84-16 du 11 janvier 1984 (articles 37 à 40). Note de service 2004-065 publiée au Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 18 du 6 mai 2004.

Selon Ernst (2013), les enseignant.e.s titulaires à temps partiel exercent leur métier presque autant à mi-temps qu'autour de 80 % (respectivement 22 % et 25 %). Les temps réduits y culminent à 34 ans, et concernent préférentiellement des femmes avec de jeunes enfants (temps partiel de droit), ce qui laisserait penser que le temps partiel est par excellence un outil d'arbitrage travail/famille permettant de négocier une phase délicate du parcours de vie. Un second pic se situe en toute fin de carrière (temps partiel sur autorisation). Le passage à temps partiel relève alors d'une stratégie pour tenir en santé jusqu'à la retraite, tout en gardant le plaisir de travailler sans être complètement épuisé (Cau-Bareille 2016).

Méthodologie

Cette recherche s'inscrit dans une approche ergonomique permettant de développer à la fois une approche systémique de l'activité des enseignants en la situant dans ses contextes organisationnel et institutionnel, et dans une approche historique de la santé et de l'activité permettant de saisir l'évolution des formes d'engagement dans le travail au vu des modifications qui interviennent du point de vue de la santé et dans les sphères privées. Elle mobilise le modèle du système des Activités développé par Curie (2002). Ce modèle propose une approche synchronique des formes de subjectivité où chacun cherche des stratégies pour articuler au mieux les trois différents domaines de vie dans lesquels il évolue — professionnel, familial, social — et donc les parcours qui s'opèrent en chacun d'eux (voir la figure 1).

Figure 1 Schématisation du modèle du Système des Activités (d'après Curie 2002)



D'un point de vue méthodologique général, cette recherche-action, dont nous ne présentons ici que les résultats portant sur les temps partiels, relève d'une démarche qualitative. Elle s'est déroulée en trois phases : des entretiens individuels menés avec des enseignant.e.s de différents établissements, des entretiens collectifs dans des groupes de travail par discipline enseignée et des entretiens individuels dans le cadre d'une monographie réalisée au sein d'un lycée. Au total, notre échantillon de personnes ayant connu des périodes de temps partiel au fil de leur parcours professionnel est composé de 24 personnes : 18 femmes, 6 hommes.

Tableau 1 Nombre d'enseignant.e.s de notre échantillon ayant pratiqué du temps partiel au cours de leur carrière rencontré.e.s aux différentes étapes de la recherche

	Quotité de temps partiel travaillé	Phase 1 : Entretiens individuels	Phase 2 : Groupes de travail	Phase 3 : Lycée	Total
Hommes	50 %	1		1	2
	De 50 % à 80 %	1	2	1	4
Femmes	50 %	7			7
	De 50 % à 80 %	7		4	11
Total		16	2	6	24

Résultats

Les motifs de la réduction du temps de travail

Tableau 2 Raisons avancées par les enseignant.e.s ayant choisi un temps partiel dans leur parcours professionnel selon le sexe (échantillon de 24 personnes)

Motifs du temps partiel	Hommes	Femmes
S'occuper de jeunes enfants	1/6	14/18
Problèmes de santé ou de fatigue très importante	2/6	9/18
Permettre à un.e collègue de pouvoir faire l'ensemble de son service dans l'établissement		2/18
Pratiquer des activités extraprofessionnelles	2/6	2/18
Désir de se désengager professionnellement du fait d'un traumatisme professionnel	2/6	
Motif pédagogique : mieux faire son travail	1/6	2/18
Préparation de l'agrégation*		1/18

* L'agrégation est en France un concours de recrutement de professeurs soit de l'enseignement secondaire, soit de l'enseignement supérieur.

Deux motifs principaux de la réduction du temps de travail se dégagent nettement des entretiens : « s'occuper de jeunes enfants » et « problèmes de santé/fatigue », les deux arguments pouvant être combinés.

Les temps partiels parentaux⁵ sont majoritaires ; ils sont le fait principalement des femmes ayant de très jeunes enfants (< 3 ans). Il s'agit là de temps partiel « de droit » que l'administration ne peut pas refuser. Ces temps partiels peuvent intervenir dans un contexte de fatigue importante, liée à une difficulté d'articulation travail/gestion de jeunes enfants. Ces résultats sont en concordance avec la littérature sur le temps partiel (Ernst 2013 ; Jarty 2009).

5. Temps partiel légaux accordés aux parents d'enfants de moins de 3 ans.

Deux hommes avancent également cet argument mais cochant systématiquement une autre case : pour l'un « pratiquer une autre activité professionnelle » (39 ans), pour l'autre c'est aussi un motif pédagogique qui est à l'origine de sa décision : « mieux faire son travail d'enseignant » (40 ans). La dimension « prise en charge des enfants » n'est donc pas nécessairement aussi prégnante dans le choix des hommes que dans celui des femmes ; ce qui là aussi est un résultat assez classique (Jarty 2009).

Il existe aussi des temps partiels « sur autorisation » : ils concernent plutôt les enseignant.e.s en fin de carrière ou les personnes ayant des problèmes de santé, moins fréquemment des personnes souhaitant passer des concours ou qui exercent une activité professionnelle en dehors de l'établissement et/ou hors de l'enseignement. Deux hommes en fin de carrière ont également opté pour le temps partiel dans un contexte de « traumatisme professionnel » : l'un a dû affronter un élève qui lui avait craché à la figure et qui l'a désarçonné (60 ans), l'autre a été frappé par un parent d'élève en plein cours (53 ans). Le temps partiel est alors une façon de mettre le travail à distance. Des situations qui ne sont pas rares dans l'enseignement, qui touchent aussi bien des hommes que des femmes, et qui vont nécessairement influencer les choix de se maintenir ou non à plein temps.

Être à temps partiel ne signifie pas pour autant se désengager professionnellement

En grande majorité, les enseignant.e.s rencontré.e.s (90 %) disent profiter du temps libéré pour s'impliquer plus à fond dans la préparation de cours, de projets transversaux ou pour faire des recherches. « Depuis que je suis à temps partiel, je passe beaucoup plus de temps dans la semaine — quand je ne prépare pas mes cours — à faire des recherches, à faire plein de choses ; donc pour moi mon investissement il est intact. Je n'ai pas l'impression d'être différente dans mon boulot. » (F, 49 ans). Pour certains, il s'agit de prendre un temps partiel permettant de mieux faire leur métier, moins dans l'urgence, en articulant un peu mieux les différentes sphères de vie.

Nous avons également constaté que ces temps partiels sont rarement associés à une diminution de la charge de travail. « Moi je trouve que l'Éducation nationale⁶ s'en tire très bien parce que les temps partiels dans l'entreprise, oui, c'est un temps partiel. Mais dans l'enseignement, non ! Quelque part, je me dis oui, j'ai un salaire de temps partiel, mais j'aurai une retraite de temps partiel ; mais j'aurais travaillé toute ma vie à temps complet. Quand on est à 80 %, on revient vite à un temps complet parce qu'on se rend compte qu'à 80 % on est réellement payé moins et on fait un boulot considérable quand même : on fait 100 % de travail ! Le temps partiel c'est un piège. » (F, 41 ans). Cette dimension de piège des temps partiels, déjà soulignée par Vogel (2012 : 21), est rarement abordée et mise en débat, y compris syndicalement. Le problème est que souvent le choix de réduire son temps de travail n'est pas fait en connaissance de

6. Le ministère de l'Éducation nationale français.

cause et suscite beaucoup de déconvenues. Sur ce point, une information sur les risques encourus pourrait être faite par les syndicats.

Les enseignant.e.s à temps partiels n'ont donc pas le sentiment de « démériter du point de vue de leur implication professionnelle » comme l'avait déjà noté Angeloff (2009). Pourtant, ils ont souvent le sentiment d'être considérés par leur chef d'établissement ou les collègues comme des personnes qui se désengagent de leur travail et des préoccupations de l'établissement, alors que les exigences et contraintes institutionnelles sont de plus en plus tendues au fil des réformes qui touchent l'enseignement.

Des temps partiels qui posent problème dans le contexte actuel de réduction des moyens alloués aux établissements scolaires

Au sein du ministère, les réformes qui touchent l'enseignement du second degré depuis plusieurs années contribuent à une densification de l'activité de l'ensemble des acteurs scolaires, enseignants aussi bien que personnels de direction et administratifs.

Cette densification multiforme est liée à deux facteurs principaux. Le premier a trait aux moyens humains et financiers donnés aux établissements qui diminuent chaque année (la proportion d'heures supplémentaires dans les dotations horaires globales étant plus importante) et imposent aux enseignants de faire des heures supplémentaires. « Les chefs d'établissements ont vraiment besoin de donner des heures sup [plémentaires]. Il faut savoir que quand on reçoit la dotation en heures globale des établissements, on leur dit : voilà, vous avez tant d'heures. Il y a toujours une part importante d'heures sup, disons entre 8 et 10 %. Ça veut dire que si un établissement a besoin de 100 % d'heures, on ne va pas lui donner 100 heures, on va lui en donner 90. Et puis, les 10 qui sont dues aux élèves, il faut bien que quelqu'un les fasse en heures sup ; ça, c'est imposé. Or, les gens qui sont à temps partiel ne peuvent pas prendre d'heures sup. Donc, ça pose énormément de problèmes aux établissements. » (F, 36 ans).

Le second facteur est lié à une multiplication des évaluations alors que les moyens humains pour faire passer les examens ne sont pas toujours envisagés ou rémunérés. On compte donc sur la bonne volonté et la disponibilité des enseignant.e.s pour les réaliser.

La difficulté pour la hiérarchie est de faire accepter ce travail supplémentaire à des professeurs dont la charge de travail est déjà importante, alors qu'une partie d'entre eux est à temps partiel, c'est-à-dire dans l'impossibilité de faire des heures supplémentaires du fait de ce statut. Cela va donc générer des tensions.

Des conséquences multiples

Faire le choix de réduire son temps de travail va exposer ces professeurs à de multiples conséquences : des tensions avec la direction, avec les collègues de la même discipline qui doivent assurer le complément de service. Ceci peut avoir une incidence sur l'attribution des classes, leur emploi du temps et leur notation.

Tensions avec la direction

Ces professeurs vont souvent rencontrer des difficultés à faire accepter leur temps partiel. Considérés comme ayant plus de temps disponible que leurs collègues à temps plein, ils sont souvent sollicités pour réaliser des tâches supplémentaires : par exemple, être professeur principal, assurer la surveillance d'examens, accompagner des groupes d'élèves hors de l'établissement... « Celui qui demande un temps partiel, c'est quand même qu'il a envie de passer du temps avec sa famille. Il y a beaucoup de chefs d'établissements qui ne comprennent pas ça, c'est-à-dire que le collègue a moins de cours, donc il a du temps, donc on va tout lui demander : les réunions c'est pour sa pomme, les sorties bénévoles c'est pour sa pomme. Une de mes collègues à temps partiel a dit *Non, non, il n'y a pas écrit du con en gros*. Quand on est à 80 % de son temps, on est à 80 % de son salaire, on ne fait que 80 % des réunions après tout et puis on a moins de classes alors on fait 80 % des conseils de classes. Et du coup, ça n'est pas forcément bien vu par le chef d'établissement qui se dit alors : *Oh oui, à elle, on ne peut jamais rien lui demander !* » (F, 36 ans).

Il en découle des formes diverses de « représailles » mentionnées par 90 % des personnes à temps partiel rencontrées : elles se plaignent d'avoir des emplois du temps « pourris » depuis leur passage à temps partiel, d'être considérées comme la variable d'ajustement des directeurs d'école qui complètent ainsi les trous dans les emplois du temps des élèves sans tenir compte de leurs vœux. « Ils ont profité du fait que j'ai été à temps partiel pour se servir de mon emploi du temps de bouche-trou, de faire aussi bouche-trou dans les salles [de cours], parce que comme je n'étais pas là trop souvent, moins que les autres ; je les dépannais bien en faisant le complément de tout ce qui manquait. J'avais l'impression d'être un bouche-trou complètement. Je passais vraiment la dernière parce que c'était plus facile à faire un emploi du temps de mi-temps. » (F, 41 ans). En effet, leur passage à temps partiel ne leur permet pas nécessairement de libérer davantage de jours ou de demi-journées dans la semaine : « Je ne pense pas qu'ils fassent un aussi "bel emploi du temps" à un temps partiel qu'à un temps complet. Le premier jet d'emploi du temps que j'ai eu en septembre, je venais tous les jours, je faisais 2 heures le matin et 2 heures l'après-midi. » (F, 54 ans). Cette modalité de temps de travail ne favorise donc pas nécessairement un meilleur équilibre vie de travail/vie hors travail. « Je me disais tout le temps : *attention, il faut que tu te prépares, il ne faut pas que tu loupes l'heure ! Dans une demi-heure, il faut repartir*. Je savais que ma journée n'était pas finie avec les élèves, c'est ça qui est le plus dur : c'est d'être détendue quand on sait qu'il va falloir encore y retourner. » (F, 41 ans).

Ces enseignant.e.s se trouvent finalement dans des situations paradoxales. L'éclatement des emplois du temps rend l'articulation des sphères de vie et la gestion des temps plus difficiles, alors même que le motif de prise du temps partiel visait au contraire à créer les conditions d'un meilleur équilibre vie de travail/vie hors travail. D'où des pleurs, des moments de détresse à la lecture de l'emploi du temps en début d'année : « Je pense à certaines scènes de début d'année lors de l'assemblée générale de rentrée où justement les temps partiels découvrent des emplois du temps très déséquilibrés ; et les réactions sont à la hauteur... Si à la lecture de l'emploi du temps, il s'avère que les heures sont réparties de façon à ce que le temps partiel ne soit pas perçu, eh bien on a des scènes vraiment de crises de larmes le jour de la pré-rentrée, et moi je l'ai vu cette année encore. Comme par hasard, les femmes qui s'effondrent le plus, ce sont des femmes qui ont un temps partiel et qui se retrouvent avec un emploi du temps réparti sur toute la semaine. Ce qui tend à montrer que ce temps partiel est important pour elles ; et c'est leur réponse au fait de ne pas vouloir prendre plus d'heures ou de choses comme ça. » (F, 56 ans).

Les temps partiels, qui supposent un sacrifice financier, peuvent finalement être coûteux aux parents qui doivent faire garder leurs jeunes enfants tous les jours du fait d'emplois du temps morcelés.

Il en est de même pour l'affectation des responsabilités : les enseignant.e.s rencontré.e.s ont le sentiment qu'elles sont attribuées prioritairement aux temps pleins, à des personnes « sur qui on peut compter » du fait de leur investissement dans l'établissement et leur acceptation de tâches supplémentaires ; le critère temps de présence prenant le pas sur celui des compétences. 90 % des personnes à temps partiels rencontrées expliquent que concomitamment à leur décision de passer à temps partiel, la direction leur a retiré les « bonnes classes », les « classes à examen⁷ », qu'elles ne retrouveront pas nécessairement lorsqu'elles reviendront à temps plein : « J'ai perdu certains cours lorsque j'ai pris mon temps partiel [classes de Brevet technique spécialisé] que je n'ai pas récupérées à mon retour à temps plein. » (F, 42 ans).

Globalement, ces enseignant.e.s estiment être considéré.e.s et apprécié.e.s différemment que dans la période où elles.ils travaillaient à temps plein : « Une des conséquences du temps partiel, c'est la perte de considération de la hiérarchie. » (F, 32 ans). Cela s'est traduit par une diminution de leur note administrative donnée par le directeur d'école lors de leur passage à temps partiel pour trois d'entre eux. « Moi je pense que le fait d'avoir eu des enfants, d'avoir travaillé à mi-temps, a constitué un frein à ma carrière, en particulier au début. D'ailleurs, je n'avais pas de très bonnes appréciations de la part des proviseurs lorsque j'étais à temps partiel parce que je ne m'investissais pas comme ils le souhaitaient. Je me souviens d'une fois où un proviseur avait mis une appréciation dans le sens qu'il avait du mal à m'évaluer parce que je n'étais pas souvent dans l'établissement. Je n'ai pas très bien pris sa remarque ; je suis allée le voir ; il a laissé l'appréciation. Je me disais : le fait d'avoir des enfants, ça m'a pénalisée ! » (F, 43 ans).

7. En France.

Ces traitements différentiels sont à l'origine de mal-être au travail, de rancœurs... et parfois d'un abandon du temps partiel. Ces situations qui s'apparentent aux risques psychosociaux (de l'ordre du harcèlement moral) sont rarement évoquées auprès des collègues ou des syndicats, laissant l'enseignant.e concerné.e seul.e face aux difficultés. En résultent des situations de souffrance réelles, des sentiments d'injustice.

Tensions avec les collègues

La pression des collègues à temps plein autour de l'affectation des classes les plus difficiles est fréquente. Les enseignant.e.s à temps partiel se retrouvent souvent à devoir accepter plus de classes difficiles eu égard à leur disponibilité supplémentaire pour récupérer après les cours. « Dans la négociation des classes, c'est des choses comme : toi tu es à temps partiel, tu as moins d'heures, ça sera sans doute moins dur pour toi si tu as un peu plus les classes de seconde. » (F, 54 ans). Il arrive également que certains collègues posent le problème de la légitimité de leur parole dans les discussions concernant la discipline enseignée : « Mon collègue me reproche assez régulièrement de ne pas être là la moitié de la semaine en gros, parce que moi, c'est ça, je ne suis là que la moitié de la semaine. Et quand il a quelque chose à me reprocher, le truc facile, c'est : de toute façon, toi c'est facile, tu n'es pas là la moitié de la semaine. (...) Oui, ça lui est arrivé de me dire en réunion que de toute façon, vu le temps que j'étais au collège, je n'étais pas concernée ! » (F, 60 ans). On perçoit ici toute la fragilité des collectifs de travail devant assurer des charges de plus en plus lourdes au sein des établissements. Le temps partiel n'est donc pas qu'un enjeu individuel ; il est aussi un enjeu collectif et organisationnel.

Hommes/femmes : les choses se jouent-elles de la même manière ?

Rappelons que les motifs du temps partiel ne sont pas identiques chez les hommes⁸ et les femmes : s'occuper des enfants est majoritaire chez les femmes, minoritaire (mais présent) chez les hommes qui mettent plutôt en avant la pratique d'activités extraprofessionnelles. Par contre, les questions de santé sont évoquées par les deux groupes.

Enfin, si l'on analyse l'impact du sexe sur le vécu du temps partiel, on constate que les problèmes d'emploi du temps, d'affectation des classes se retrouvent aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Mais, si le temps partiel des femmes pour s'occuper de jeunes enfants s'inscrit encore dans des stéréotypes sociaux qui les légitiment, il en va différemment des hommes. « J'ai eu des remarques de la part des collègues de ma discipline d'enseignement... il y avait un peu de surprise, de jalousie : *Oui, financièrement, il peut se permettre de se mettre à temps partiel* ; la surprise aussi qu'un homme dans un foyer se mette à temps partiel. On était quatre dans ma discipline dans l'établissement ; il y en avait deux qui considéraient que ça déstabilisait le fonctionnement du service, et je ressentais pas mal de stress ; ce n'était pas très sain comme cli-

8. Vu le faible nombre d'hommes (6), ces résultats sont indicatifs et à confirmer par une étude plus extensive.

mat. » (H, 39 ans). Souvent leur démarche n'est pas bien comprise et débouche sur des remarques pas toujours très agréables de la part des collègues ou de la direction. De la même façon, le passage à temps partiel pour raison de fatigue, problème de santé, d'épuisement est moins bien admise chez les hommes. « Le temps partiel, il y a deux populations qui le prennent : les femmes en premier et les anciens, et je dis bien anciens parce que les garçons s'y mettent. Les collègues hommes qui prenaient des temps partiels, avant, c'était rarissime, et ils étaient un peu montrés du doigt : *Il prend un temps partiel parce qu'il est fatigué, parce qu'il est usé, qu'il se fait un peu chahuter par les élèves !* ; on disait ça gentiment. C'était presque dévalorisant pour un homme de prendre un temps partiel ; presque ! C'était un peu péjoratif pour nous qui étions plus jeunes. Maintenant ce qui est nouveau, c'est que nous les hommes, on le prend du fait des phénomènes d'usure : on est la première génération à dépasser les 60 ans à travailler par obligation parce qu'on nous oblige maintenant ! » (H, 60 ans).

Conclusion

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, être à temps partiel dans l'Éducation nationale ne s'accompagne pas nécessairement d'une amélioration des conditions de travail et d'une meilleure articulation des sphères de vie. Cela marginalise souvent ces enseignant.e.s dans un système scolaire pensé sur le mode du temps plein et qui connaît une évolution des exigences de présence des professeurs dans les établissements. Dans le huis clos des organisations du travail, des inégalités de traitement existent, pouvant avoir des conséquences sur l'activité même d'enseignement (classes, niveaux scolaires), sur l'organisation temporelle de l'activité (emplois du temps) et sur la santé psychique de ces enseignant.e.s à temps partiel.

Saisir ces éléments suppose d'aller voir le travail de près, d'analyser les évolutions touchant les organisations du travail, de rencontrer les enseignant.e.s, de les amener à s'exprimer sur leurs emplois du temps qui sont un sujet relativement tabou entre collègues et autour desquels se jouent des négociations avec les directions. Sans lieu d'expression de leurs difficultés au sein des établissements, des situations tendues ou abusives échappent aux représentants syndicaux locaux qui ne peuvent pas nécessairement apporter leur soutien aux enseignant.e.s concerné.e.s.

Il nous semble donc important de recréer du dialogue social au sein des écoles non seulement autour des temps de travail, mais également autour de la densification du travail que ces temps partiels révèlent, des critères d'un travail de qualité, de l'évaluation des enseignant.e.s. Cela passe par la sensibilisation des syndicats comme des directeurs d'école à cette question du temps partiel. Comme le suggère Angeloff (2009 : 81), « il importe de mettre en place un accompagnement plus personnalisé des salarié.e.s à temps partiel puisque précisément leur situation les marginalise. Cela suppose plus fondamentalement de considérer enfin le temps partiel comme une catégorie à part entière, en liaison avec la majorité du personnel à temps plein, et non plus comme à part ».

Références

- Angeloff T. (2009) Genre, organisation du travail et temps partiel, in Chappert F. (dir.) Genre et conditions de travail : mixité, organisation du travail, santé et gestion des âges, Lyon, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, 66-84.
- Bué J. (2002) Temps partiel des femmes : entre « choix » et contraintes, Premières synthèses 08.2, Paris, Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques.
- Cau-Bareille D. et Jarty J. (2014) Trajectoires et rapports de genre dans l'enseignement du second degré : rapport final, Paris, Syndicat national des enseignements de second degré.
https://www.snes.edu/IMG/pdf/rapport_final_snes_groupe_femmes.pdf
- Cau-Bareille D. (2016) Les enseignantes et enseignants sont-ils égaux face aux contraintes organisationnelles au sein des établissements du second degré?, Pistes, 18 (2). <https://journals.openedition.org/pistes/4831>
- Conseil de l'Union européenne (1998) Directive 97/81/CE du Conseil du 15 décembre 1997 concernant l'accord-cadre sur le travail à temps partiel conclu par l'UNICE, le CEEP et la CES, Journal officiel des Communautés européennes, L 14, 20 janvier 1998.
- Curie J. (2002) Parcours professionnels et interdépendances des domaines de vie, Éducation permanente, 150, 23-32.
- Ernst E. (2013) En 2010, 5,5 millions de salariés travaillent dans la fonction publique, Insee Première 1442, Paris, Institut national de la statistique et des études économiques.
- Hilary S. et Louvet A. (2014) Enseignants de collège et lycée publics en 2013 : panorama d'un métier exercé par 380 000 personnes, in Guedj H. et Morin T. (dir.) France, portrait social, Paris, Institut national de la statistique et des études économiques, 25-38.
- Jarty J. (2009) Les usages de la flexibilité temporelle chez les enseignantes du secondaire, Temporalités, 9. <https://journals.openedition.org/temporalites/1057>
- Maruani M. et Michon F. (1998) Les normes de la dérégulation : questions sur le travail à temps partiel, Économies et sociétés, Série AB, 20 (3), 125-164.
- Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche, éd. 2013, Paris, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. <http://www.education.gouv.fr/cid57096/reperes-et-references-statistiques.html>
- Siniscalco M.T. (2002) Un profil statistique de la profession d'enseignant, Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.
- Vogel L. (dir.) (2012) Dossier spécial : Arrêts sur le temps de travail, HesaMag, 05, 12-39.

La discrimination et le harcèlement sexistes ou sexuels dans les professions masculinisées : le cas des femmes mécaniciennes en Espagne

María del Mar Maira Vidal

Université de Valladolid, Espagne

Entre 2012 et 2014, une recherche nous a permis d'analyser les parcours professionnels de femmes dans des professions traditionnellement masculines¹. Au travers des récits de vie de femmes, nous avons examiné les facteurs ayant des effets positifs et/ou négatifs sur l'accès à l'emploi et le maintien en emploi dans des secteurs de production donnés. Les parcours professionnels des travailleuses ont été examinés dans cinq professions très masculinisées : celles de mécanicien en atelier de réparation automobile, de peintre en bâtiment, d'informaticien/réparateur de matériel informatique, de pilote d'avion et de machiniste aux chemins de fer. Plus de cinquante entretiens approfondis ont été réalisés auprès de travailleurs, de patrons et d'entrepreneurs hommes et femmes.

Cette contribution est centrée essentiellement sur la profession de mécanicien en atelier de réparation automobile, profession pour laquelle nous avons réalisé douze entretiens approfondis dans la Communauté de Madrid. Nous avons interrogé des femmes mécaniciennes ; une femme propriétaire, gérante et cheffe d'atelier ; une femme cheffe d'atelier ; une femme tôlière et peintre ; une femme représentante commerciale de produits vendus en atelier ; des hommes mécaniciens et des hommes chefs, gérants et propriétaires d'ateliers. Le travail de terrain a été effectué entre décembre 2012 et juillet 2014.

Selon les données du recensement de la population de l'Institut espagnol de statistiques, seuls 4,8 % des mécaniciens et ajusteurs de machines et 3,6 % des chefs d'ateliers automobiles étaient des femmes en Espagne au début du 21^e siècle (2001). Dix ans plus tard en 2011, ce pourcentage était tombé à 3,6 % pour les deux catégories. Il s'agit donc d'un secteur très masculinisé (exception faite des postes administratifs), duquel les femmes sont pratiquement absentes.

« Des femmes pas comme les autres »

Les femmes mécaniciennes correspondent au concept de « token » forgé par Kanter il y a plusieurs décennies (1977). Selon Kanter, les « tokens » (personnes

1. La recherche intitulée *Les femmes dans des mondes d'hommes : barrières à l'entrée et stratégies de surpassement* (REF. MICINN-12-FEM2011-25228) a été subventionnée par le Plan national pour la recherche, le développement et l'innovation du ministère de l'Économie et de la Compétitivité.

de sexe féminin, vues à travers le prisme racial, etc.) sont des minorités qui diffèrent des membres prédominants d'un groupe et présentent pour ces derniers un caractère de nouveauté ou de rareté dans un environnement donné. Généralement, les « tokens » ont des caractéristiques physiques clairement perceptibles et ne sont pas définis uniquement par leur appartenance à une minorité, mais aussi par une série de spécificités très chargées symboliquement qui leur sont attribuées en termes de comportement, de caractère, de facultés, d'aptitudes, etc.

Une des caractéristiques des « tokens » est leur grande visibilité : ils attirent l'attention du groupe de manière disproportionnée dans toutes leurs actions. L'exagération, voire la déformation de leurs différences par rapport aux membres majoritaires ou dominants du groupe est un autre élément caractéristique important (Kanter 1977). Il arrive que les femmes « token » soient victimes de discrimination et de harcèlement sexiste ou sexuel de la part de leurs supérieurs et collègues de travail. Il ne s'agit pas d'attitudes de rejet isolées mais bien des normes comportementales, des traitements négatifs s'inscrivant dans la durée. Ainsi, nous avons détecté différents cas de discrimination et de harcèlement envers les femmes mécaniciennes rapportés soit par les femmes elles-mêmes, soit par un propriétaire, gérant ou chef d'atelier.

D'autre part, il faut noter que les aptitudes des femmes « token » ne sont souvent pas considérées de la même manière que celles des hommes ; elles se voient alors contraintes de réaliser des efforts bien plus importants que les hommes et de déployer davantage d'énergie dans le cadre éducatif, comme professionnel, pour être reconnues dans leur métier. C'est ce que Kanter a appelé « l'effet démonstration » : les femmes doivent étudier ou travailler bien plus que leurs collègues masculins pour faire valoir leurs compétences (Kanter 1977).

Des phénomènes de discrimination et de harcèlement très présents dès la formation...

Il est important de souligner que certaines femmes mécaniciennes faisaient déjà partie de la catégorie sociale « token » au sein du système éducatif avant d'entrer sur le marché de l'emploi.

En 2012-2013, en Espagne, seuls 3,33 % des étudiants inscrits à la formation professionnelle (niveau intermédiaire et supérieur) en entretien et maintenance de véhicules automobiles étaient des femmes, soit à peine 105 étudiantes pour l'ensemble du pays. Sur base des entretiens réalisés, nous avons pu constater que l'existence de « tokens » est très importante dans ces cycles de formation et qu'elles subissaient de la discrimination et des harcèlements sexistes et sexuels émanant tant de certains directeurs de centres de formation que de professeurs et d'autres étudiants. Ces comportements rappellent constamment aux femmes qu'elles ne sont pas à leur place et qu'elles transgressent les frontières sociales établies. Il arrive aussi qu'elles subissent des tentatives de réorientation vers ce

qui est considéré comme « leur voie », ce qui les amène parfois à abandonner les études de mécanique.

Dans les établissements de formation, les femmes « token » sont confrontées à un entourage intimidant, hostile et offensant. Elles sont souvent considérées par leurs pairs masculins comme des objets de moqueries, de rumeurs, de plaisanteries, de commentaires humiliants et d'attention sexuelle, et sont très visibles dans leur condition de femme et leur apparence physique. Elles sont parfois également victimes de harcèlement sexuel de la part de leurs compagnons d'études. Il est cependant très significatif que certaines de ces femmes n'aient pas conscience de subir ce type de harcèlement. Elles en arrivent même quelquefois à dédramatiser les situations difficiles qu'elles subissent en minimisant et en banalisant les actes ou les attitudes des hommes en vertu de leur prétendue nature et d'une sexualité masculine irréfutable.

Les femmes qui étudient la mécanique automobile consacrent donc beaucoup de temps à résoudre des relations ou des interactions problématiques, ce qui occasionne un stress considérable. En conséquence, elles tentent souvent de passer le plus inaperçu possible, ce qui peut affecter négativement leur productivité ou leurs résultats scolaires, leur donner une image d'elles-mêmes dénaturée, en décalage avec la réalité et finalement engendrer un sentiment de frustration les poussant dans certains cas à abandonner leurs études.

Un processus d'isolement progressif des femmes une fois en emploi, qui impacte leur santé et leur carrière

Le choix d'un emploi qui s'écarte des normes sociales et des rôles de genre est sanctionné de différentes manières, allant de la désapprobation des parents ou de l'entourage social à la discrimination et au harcèlement sexiste ou sexuel de la part des supérieurs, des professeurs et/ou des collègues de travail ou compagnons d'études (Dainty *et al.* 2004). Il importe particulièrement de souligner que les hommes créent en partie leur propre identité en opposition au genre féminin et, au même titre que les femmes, sur base de la profession qu'ils exercent. Par conséquent, ils ont quelquefois le sentiment que leur identité est ébranlée et se montrent réticents, voire offensants et violents, lorsque des femmes accèdent à des espaces qu'ils considèrent comme réservés, à des secteurs ou des professions masculinisés (Akerloff et Kranton 2000). En ce sens, la discrimination et le harcèlement sexistes sont des sanctions sociales relativement fréquentes, sur base des déclarations de femmes interrogées : elles ont connu des situations où des collègues et/ou supérieurs les ont isolées socialement sur le lieu de travail et exclues des rassemblements informels organisés en dehors du travail. À titre d'exemples : elles n'ont pas reçu des informations importantes pour exercer leur travail ; elles n'ont pas reçu d'aide ou de soutien ; elles se sont vues refuser la tenue vestimentaire et les outils nécessaires pour exercer leur travail ; elles ont reçu des consignes contradictoires ; elles ont subi des remontrances permanentes mais jamais de compliments pour le travail bien fait ; elles ont été traitées différemment de leurs collègues masculins ; elles

ont été abaissées et sapées dans leur estime d'elles-mêmes jusqu'à souffrir de graves problèmes de santé au travail.

Par conséquent, cet isolement les affecte gravement à bien des égards, tant au niveau psychologique que social et professionnel. Pour ce qui est de ce secteur professionnel, il a une incidence négative sur la possibilité de poursuivre la profession ou d'être promu, sachant que dans ce secteur, en Espagne, l'apprentissage se fait en bonne partie sur le lieu de travail et les apprentis sont formés par leurs collègues de travail (Kanter 1977 ; Dainty *et al.* 2004).

Un aveuglement généralisé vis-à-vis des discriminations liées au genre

Les mécaniciennes n'avaient pas conscience, avant de chercher un emploi, de l'environnement intimidant, dégradant et des barrières auxquelles elles allaient faire face en tentant d'entrer dans le secteur. Aucune, cependant, n'a dénoncé sa situation à l'inspection du travail ou à la sécurité sociale. Les problèmes de santé au travail liés à l'anxiété ou à la dépression se font ainsi de plus en plus présents et il leur devient compliqué de conserver leur emploi.

Selon la septième enquête nationale sur les conditions de travail en Espagne, réalisée en 2011, les symptômes de type psychosomatique se manifestent nettement plus fréquemment chez les travailleurs et travailleuses exposés à des comportements violents au travail que chez ceux qui ne le sont pas. Ces travailleurs se plaignent notamment bien plus souvent de maux de tête (26,4 %), de difficultés à trouver le sommeil (22,9 %), de stress, d'anxiété ou de nervosité (28,2 %) que les autres (12,5 %, 8 % et 14,6 % respectivement) (INSHT 2011).

Il est important d'attirer l'attention sur le faible degré de conscience des travailleurs, des travailleuses et des entreprises espagnoles, de la discrimination sexiste dans l'accès au travail et sur le lieu de travail, ainsi que du harcèlement sexiste ou sexuel. L'Espagne est l'un des États membres de l'Union européenne où la violence et le harcèlement sexuel ou sexiste au travail ne sont pas considérés comme des sujets importants par les pouvoirs publics et dans la société. C'est aussi l'un des pays où les entreprises ont le moins de procédures et de protocoles sur la question et où sont déposées le moins de plaintes pour harcèlement sexuel ou sexiste (Eurofound 2015). L'enquête sur les conditions de travail de 2011 montre aussi que seuls 0,6 % des travailleurs dénoncent une discrimination sexiste et 0,4 % un harcèlement sexuel, tandis que le rapport annuel 2013 de l'inspection du travail et de la sécurité sociale espagnole (organe du ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale) fait état en un an, tous secteurs de production confondus au niveau national, de seulement 372 interventions pour discrimination sexiste dans l'accès à l'emploi, et 1533 pour discrimination sur le lieu de travail (voir le tableau 1), ainsi que de 294 interventions pour harcèlement discriminatoire sexiste et 681 pour harcèlement sexuel. Comme nous le constatons dans le tableau suivant, le nombre

d'infractions et de mises en demeure imposées à des entreprises a été bien moindre (INSHT 2011 ; ITSS 2013).

Tableau 1 **Nombre d'interventions de l'inspection du travail et de la sécurité sociale pour discrimination sexiste, harcèlement discriminatoire sexiste et harcèlement sexuel en 2013**

	Interventions dans tous les secteurs au niveau national	Infractions	Mises en demeure
Discrimination sexiste dans l'accès à l'emploi	372	8	112
Discrimination sexiste au travail	1 533	15	117
Harcèlement discriminatoire sexiste	294	2	54
Harcèlement sexuel	681	8	160

Source : rapport annuel 2013 de l'inspection du travail et de la sécurité sociale

La base de données de l'inspection du travail et de la sécurité sociale contient d'autres données significatives : dans la Communauté de Madrid, où a été effectué le travail de terrain du projet de recherche, seules 56 plaintes pour discrimination sexiste, 36 plaintes pour harcèlement sexuel et 3 plaintes pour harcèlement discriminatoire sexiste ont été déposées en 20 ans entre 1995 et 2005, tous secteurs de production confondus.

Des mesures de prévention à mettre en place à travers la loi et à tous les niveaux dans la société

Sur la base de l'analyse des cas de discrimination sexiste ou de harcèlement sexiste ou sexuel rencontrés dans les établissements éducatifs et sur les lieux de travail du secteur étudié, nous pouvons affirmer que ces cas constituent actuellement un problème très grave qu'il est nécessaire de prendre à bras le corps le plus rapidement et le plus efficacement possible. Nous devons préciser ici que la loi est indispensable mais pas suffisante, et que l'engagement des institutions publiques et des acteurs de la société est nécessaire pour que soit respecté et garanti le principe d'égalité des chances dans les milieux éducatif et professionnel. En ce sens, il est essentiel de mettre sur pied des politiques et des mesures de prévention et d'intervention en cas de discrimination et/ou de harcèlement. Il ne s'agit pas seulement de sanctionner la discrimination et le harcèlement une fois qu'ils se sont produits, mais aussi d'éviter qu'ils ne surviennent.

Il est donc indispensable d'informer, de former et de sensibiliser les employeurs et leur personnel ainsi que les directions d'établissements scolaires et leurs professeurs de l'obligation de respecter les normes en vigueur en matière d'égalité, afin qu'ils se penchent en profondeur sur les dynamiques de dis-

crimination et de harcèlement, qu'ils acquièrent les connaissances suffisantes pour les identifier, les prévenir et les dénoncer, et qu'ils prennent conscience de la nécessité de les éliminer. Il faut également qu'ils prennent conscience des conséquences terribles qu'ont ces dynamiques sur les étudiantes et les travailleuses et du préjudice qu'elles causent aux entreprises en termes de perte de talent. Les administrations publiques doivent en outre faire appliquer les sanctions prévues par la loi dans les cas où les pratiques de discrimination et de harcèlement ne sont pas évincées.

Par ailleurs, toutes les organisations syndicales et toutes les parties prenantes des conventions collectives doivent prêter une attention plus importante et permanente à la question. Il existe dans ce secteur en Espagne des conventions traitant de l'égalité au travail et de la non-discrimination sexiste, notamment la « Convention collective du secteur des ateliers de réparation automobile » de la Communauté autonome des Asturies, signée en 2013, et la « Convention de l'automobile 2013-2014 » de la Province de Malaga. Ces conventions abordent cependant la question de manière très générale et n'adoptent pas de mesures concrètes. Les conventions doivent intégrer des critères clairs et objectifs en matière d'accès à l'emploi : protocoles de prévention, définition des fautes, sanctions et mesures d'élimination de la discrimination sexiste et du harcèlement sexiste et sexuel. Il est également important, concernant le harcèlement sexuel, d'établir une gradation des fautes et des sanctions, de manière à éviter que seules les agressions sexuelles physiques directes ne soient sanctionnées.

Références

- Akerlof G.A. et Kranton R.E. (2000) Economics and identity, *The Quarterly Journal of Economics*, 115 (3), 715-753.
- Dainty A.R., Ison S.G. et Root D.S. (2004) Bridging the skills gap: a regionally driven strategy for resolving the construction labour market crisis, *Engineering, Construction and Architectural Management*, 11 (4), 275-283.
- Eurofound (2015) Sixth European Working Conditions Survey, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Kanter R.M. (1977) *Men and women of the corporation*, New York, Basic Books.
- INSHT (2011) VII Encuesta nacional de condiciones de trabajo, Madrid, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- ITSS (2013) Informe anual 2013, Madrid, Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

Les femmes dans le secteur de la construction

Linda Clarke
Université de Westminster

Introduction

À quelques exceptions près, en particulier à l'est et en temps de guerre, la participation des femmes est restée extrêmement faible dans la plupart des emplois du secteur de la construction à travers l'Europe. L'égalité entre les femmes et les hommes semble hors de portée. Néanmoins, et malgré les affirmations selon lesquelles les femmes ne sont pas physiquement capables de travailler dans une industrie aussi exigeante, les statistiques révèlent qu'elles y ont toujours été présentes — y compris comme maçons et charpentiers — à l'exception des périodes et des lieux dont elles ont systématiquement été exclues, comme dans l'Allemagne de l'Ouest d'après-guerre. Par ailleurs, dans de nombreux pays européens, on enregistre un nombre systématiquement plus élevé de femmes entreprenant des stages d'enseignement et de formation professionnels dans le métier de la construction que celui des femmes employées dans la construction, ce qui indique que de nombreuses femmes veulent travailler dans le secteur mais ne parviennent pas à y avoir accès. Comment expliquer les mécanismes d'exclusion et comment la participation des femmes dans la construction peut-elle être améliorée ?

Alors que l'emploi de femmes dans l'industrie européenne de la construction, qui occupe 14,8 millions de travailleurs et contribue à 10,4 % du PIB, est relativement faible, avec une participation moyenne de 4-6 %, on note une variation importante entre les pays, de 2 % en Grèce à près de 10 % au Danemark, en France et aux Pays-Bas. Au Royaume-Uni, en 2014 près de 11 % des personnes employées dans ce secteur étaient des femmes, mais seulement 1 % d'entre elles en moyenne étaient dans des activités manuelles, ce qui est légèrement inférieur aux niveaux du 19^e siècle (Clarke et Wall 2014 ; Clarke *et al.* 2015). En Autriche, les femmes représentent 11,9 % de la main-d'œuvre totale de la construction, y compris dans les emplois administratifs, techniques et qualifiés tels que les ingénieurs et les architectes (Schulz 2015). Par contre, 8,5 % de l'ensemble des apprentis du secteur de la construction et de la menuiserie en Autriche sont des femmes, en particulier dans les emplois de la menuiserie et de la peinture.

Ces statistiques masquent une réalité beaucoup plus encourageante sur le plan local, en termes de participation et d'initiatives visant à changer la situation, y compris venant des syndicats de la construction. Celles-ci offrent un aperçu des obstacles liés à l'amélioration de la participation et aux mesures qui peuvent être couronnées de succès. Dans les Midlands anglais, par exemple, le Leicester City Council Building Department emploie depuis longtemps des femmes, avec

123 employées en 2012 sur une main-d'œuvre de 431 personnes et 18 apprenties sur 75 (Craig et Oates 2014). Au Danemark, près de 70 % du nombre total de femmes employées dans l'industrie de la construction au cours de la dernière décennie ont entre 35 et 60 ans et les femmes représentent 27 % des peintres syndiqués, ce qui démontre un sérieux changement (Pedersen 2015).

Les syndicats sont devenus plus actifs dans la promotion des femmes, ce qui représente un écart par rapport aux résultats d'une enquête de 2004 du programme d'égalité des sexes des partenaires sociaux européens de la construction qui, tout en tenant un « discours » d'égalité des sexes, corrobore plus qu'il ne contre l'inertie et le conservatisme dans les politiques, les conventions collectives et les politiques d'intégration des femmes (Clarke *et al.* 2005). Le syndicat britannique Union of Construction, Allied Trades Technicians (UCATT) a, par exemple, créé un Women's Network Forum et publie une newsletter *Women in Construction*. Bien que 3,1 % seulement des quelque 116 000 travailleurs organisés dans le syndicat autrichien de la construction et des menuisiers (GBH) sont des femmes, c'est un des premiers syndicats autrichiens à créer un département des femmes et il organise à présent une conférence des représentantes syndicales des femmes tous les cinq ans, une réunion nationale du comité des femmes au moins deux fois par an, et des comités régionaux des femmes dans quatre des neuf régions. Depuis 2008, des stages de formation spéciaux sont également proposés chaque année pour les comités d'entreprise et les membres féminins concernant les problèmes juridiques et sociaux, le travail en équipe, l'autonomisation personnelle, le stress psychologique, etc. (Schulz 2015). En 2014, à l'initiative du syndicat allemand de la construction, IG-BAU, les membres féminins des syndicats allemand, suisse et autrichien de la construction (IG-BAU, UNIA et GBH) ont intensifié la coopération transnationale entre les départements des femmes lors d'une *Conférence Future*, au cours de laquelle les participants ont élaboré les principes d'un meilleur monde du travail, plus humanisé. Plus tôt, en décembre 2011, le Congrès de la Fédération européenne des travailleurs du bâtiment et du bois (FETBB) a approuvé une résolution reconnaissant l'importance d'un Réseau des femmes et ses priorités, encourageant toutes les organisations affiliées à mettre l'accent sur les questions de genre et l'égalité des chances et à renforcer la participation des travailleuses et des femmes dans les structures et activités de la FETBB (Lorenzini 2015).

Obstacles pour les femmes

Plusieurs travaux de recherche ont abordé les obstacles structurels et culturels à l'intégration des femmes dans l'industrie de la construction, y compris les conditions de travail et d'emploi médiocres et inappropriées, en particulier, les longues journées de travail, l'emploi fragmenté, la persistance des stéréotypes traditionnels et des attitudes sexistes et machistes, les pratiques de recrutement et de sélection discriminatoires basées sur le bouche à oreille plutôt que sur les qualifications et l'absence de possibilités de conciliation travail-vie personnelle (Clarke *et al.* 2004 ; Wall et Clarke 1996 ; Clarke et Gribbling 2008 ; GLA 2007 ; Fielden *et al.* 2000 ; Sang et Powell 2012). On a découvert que l'ab-

sence de réglementation étatique et de responsabilité de l'employeur jouent aussi un rôle important, ainsi que la nature du marché du travail et la formation professionnelle, les difficultés liées au passage de l'école au travail, le désengagement de l'employeur à l'égard de la formation et une baisse des apprentissages dans de nombreux pays (Clarke et Wall 2014).

Les études mettent avant tout l'accent sur l'impact de la nature des emplois comme le souligne, par exemple, l'étude de l'Autorité du Grand Londres (GLA) sur le manque de diversité dans la construction (2007) : « La prévalence du travail indépendant et du travail intérimaire (en particulier concernant les travailleurs migrants) sur des projets de courte durée sur sites, souvent selon des modalités et des conditions différentes, y compris sur le même site et dans le même métier, entrave le développement d'une main-d'œuvre stable avec des voies de recrutement et de progression claires, qu'un réservoir de main-d'œuvre plus vaste, plus diversifié, permet de prendre en considération. » (GLA 2017 : 93-94).

Les longues journées de travail en particulier constituent un obstacle à la participation des femmes, et le produit de leur exclusion historique du monde du travail : « Les journées de travail longues et irrégulières et les temps de déplacement souvent requis dans la construction ont pour effet d'exclure de nombreuses personnes du travail dans le secteur en raison de la difficulté de combiner le travail et les responsabilités familiales et autres. Ces modèles de travail soutiennent la préférence pour l'engagement de travailleurs mobiles... et entravent le développement d'un marché du travail durable. » (GLA 2017 : 94).

L'étude de l'Autorité du Grand Londres sur des projets majeurs, comme le Terminal 5 (T5) d'Heathrow et le stade de Wembley, recommandait la promotion « d'heures de travail stables et de temps de déplacement plus courts, en conformité avec les exigences de la directive sur le temps de travail, des politiques de l'environnement et du transport propre, des procédures et des mesures de santé et de sécurité efficaces, et l'atténuation des perturbations pour le grand public » (GLA 2017 : 60). Il s'agit aussi de considérations importantes pour les hommes et les femmes travaillant dans la construction.

Tentatives d'inclusion des femmes

De par leur taille, leur complexité et leur nature, les grands projets d'infrastructure sont souvent forts réglementés et soumis à un contrôle, ce qui permet une politique d'emploi plus inclusive, ainsi qu'un changement dans la composition des équipes. Un certain nombre de mégaprojets ont entrepris d'utiliser leur taille, leur capacité et leur notoriété pour mener une politique différente en matière d'égalité des sexes et fixer des objectifs et des aspirations ambitieux en guise de préalable à l'action.

Ils mettent l'accent sur des facteurs particuliers, essentiels pour la mise en œuvre d'une plus grande inclusion, tels que :

- l'assurance d'un accord absolu avec toutes les parties prenantes, y compris les contractants, sous-contractants, syndicats, clients, et pouvoirs locaux sur les conditions de travail, l'emploi direct (par ex : Olympic Park - Wright 2013);
- le respect des contrats, incluant des mesures d'égalité et des objectifs d'emploi dans tous les documents d'appel d'offres, grâce à des réunions préalables portant sur la conformité et une surveillance permanente (New York Times Building – Moir 2014);
- le recrutement, la fixation d'objectifs clairs, le recours à une main-d'œuvre qui est le reflet de la population locale, l'application proactive des politiques d'égalité des chances par tous les contractants et sous-contractants;
- la formation, y compris les liens officiels avec les écoles des environs, les placements et l'expérience professionnels (Vancouver Highway, Canada – Griffin Cohen et Braid 2000);
- les conditions de travail, y compris les horaires de travail structurés, des structures de garde des enfants, et le congé de maternité inclusif;
- l'obtention du soutien de l'échelon supérieur et des groupes de femmes et des syndicats dans le respect des objectifs ainsi que la surveillance, et l'organisation de réunions et de conférences.

À la suite de la mise en œuvre d'un certain nombre de ces mesures, les femmes employées par Crossrail à Londres représentaient 29 % des chefs de projet, 12 % des apprentis et 19 % des diplômés (Kitching 2014). Au Canada, les femmes de l'autoroute de Vancouver représentaient 5 % des employés et 10 % des heures de travail effectuées, y compris dans les professions de charpentiers, ouvriers non qualifiés et opérateurs de machine (Calvert et Redlin 2003). De même, aux États-Unis, le New York Times Building (2004-7) avait un taux de participation de femmes de 15 % (Moir 2014).

Une grande attention a été accordée à la mise en œuvre des politiques de Gestion des ressources humaines, incluant la création de réseaux de soutien, le travail flexible et le mentorat dans le secteur. Néanmoins, des recherches ont révélé que ces initiatives n'affectent pas sensiblement les perspectives de carrière globales des femmes, bien qu'elles assurent un environnement de travail plus heureux et plus facile à concilier avec une vie familiale (Francis 2017). En fait, les facteurs qui influencent positivement l'avancement professionnel des femmes dans la construction sont les mêmes que ceux des hommes, c'est-à-dire les organisations pour lesquelles elles ont travaillé, le niveau d'éducation et les qualifications, l'expérience professionnelle et les heures prestées.

Évolutions actuelles du secteur de la construction

Les changements opérés et requis par le secteur ouvrent actuellement la voie à une plus grande inclusivité. En particulier, les impératifs liés à une construction faible en énergie, afin d'augmenter les énergies renouvelables et de réduire les émissions de dioxyde de carbone (CO₂) de 20 % d'ici 2020, le secteur de la construction étant responsable de 40 % des émissions de CO₂ de l'Union eu-

ropéenne (UE). Le programme *Build-up Skills* de l'UE met l'accent sur l'impératif d'améliorer considérablement la qualité globale des stages de formation dans de nombreux pays afin de répondre aux exigences des « bâtiments à consommation d'énergie quasi nulle » (BCQN) et aux objectifs en matière d'énergies renouvelables. Il a révélé le manque de connaissances et de compétences liées à l'exercice de la profession, la coordination insuffisante entre les emplois et le peu de possibilités de formation interdisciplinaire (Cliquot et Gausas 2014 : 26). En termes de qualité, un BCQN est différent du processus de construction traditionnel car il requiert une approche particulière de l'enveloppe du bâtiment par toutes les professions, mettant l'accent sur la continuité de l'isolation, le traitement de ponts thermiques et une étanchéité à l'air ciblée, afin que les métiers sur site aillent au-delà de leur sphère immédiate de responsabilités et comprennent la structure du bâtiment comme un système unifié. Cela suggère une plus grande contribution éducative afin d'aboutir à une bonne compréhension thermique, des profils de qualification plus larges en vue de maîtriser les interfaces entre les activités des métiers différents, un travail d'équipe et une communication intégrés compte tenu des processus de travail complexes impliqués. Les impératifs visant à améliorer l'efficacité énergétique peuvent donc être perçus d'une part comme allant à l'encontre d'un processus de travail souvent caractérisé par des relations contractuelles fragmentées, une vaste sous-traitance, l'utilisation du travail intérimaire et du travail indépendant ; et d'autre part comme offrant de nouvelles opportunités pour ouvrir l'industrie à un plus large éventail de candidats, et simultanément pour transformer le système d'enseignement et de formation professionnelle.

En Europe, de nombreux pays sont aussi confrontés à ce qui pourrait être considéré comme une crise de recrutement dans l'industrie de la construction, marquée par une incapacité à accroître le nombre de candidatures, à attirer des candidats de grande qualité, et par un vieillissement de l'effectif de la construction. Parmi ceux qui entament une formation dans la construction, un grand nombre effectuent des stages à temps plein, ce qui indique un recours accru d'une part au recrutement directement dans les lycées professionnels, où l'on trouve des proportions généralement plus élevées de femmes que sur le marché du travail, et d'autre part à la mise à disposition d'une expérience de travail et de stages. La relation de travail elle-même a également subi une transformation, y compris grâce à l'utilisation d'agences spécialisées, de sorte que le réseau des « anciens », dont dépendait beaucoup le recrutement, s'affaiblit. Les pratiques de recrutement plus formelles, qui accordent une plus grande reconnaissance aux qualifications obtenues et sont plus favorables aux femmes, augmentent également. Enfin, l'UE et la politique de la confédération européenne des syndicats (CES) donnent un élan supplémentaire à l'augmentation de la participation des femmes à la construction, y compris la dimension de genre de la Stratégie 2020 et la politique pour l'égalité des sexes.

Conclusion

Tous ces changements impliquent une transformation du secteur de la construction et une réforme des normes existantes sur le lieu de travail des hommes afin d'englober la construction durable, l'emploi stable, l'éducation et la formation de la main-d'œuvre. Le danger rencontré actuellement dans les efforts visant à accroître la participation des femmes est que l'on compte trop sur les femmes pour changer la situation et que l'on a recours à des arguments purement économiques, en particulier ceux qui sont intégrés dans l'analyse de rentabilité comme les pénuries de main-d'œuvre qualifiée, en écartant ainsi le rôle des hommes dans l'industrie. Ces arguments voilent le vrai problème rencontré, qui est avant tout politique : la nécessité de changer les relations de pouvoir. On ne peut jamais atteindre l'équité grâce uniquement aux efforts des femmes, mais seulement avec le soutien actif des hommes. Enfin, c'est l'industrie de la construction qui doit changer pour répondre aux besoins des femmes, et pas l'inverse, et le moment est propice pour cela, dans l'intérêt des hommes et des femmes.

Références

- Calvert J. et Redlin B. (2003) Achieving public policy objectives through collective agreements: the project agreement model for public construction in British Columbia's transportation sector, *Just Labour*, 2, 1-13.
<https://doi.org/10.25071/1705-1436.171>
- Clarke L. et al. (dir.) (2004) *Women in construction*, Brussels, CLR/Reed Business Information.
- Clarke L. et Gribling M. (2008) Obstacles to diversity in construction: the example of Heathrow Terminal 5, *Construction Management and Economics*, 26 (10), 1055-1065.
- Clarke L. et Wall C. (2014) Are women 'not up to' working in construction – at all times and everywhere?, in Munn M. (dir.) *Building the future: women in construction*, London, Smith Institute, 10-19.
- Clarke L., Pedersen E.F., Michielsens E. et Susman B. (2005) The European construction social partners: gender equality in theory and practice, *European Journal of Industrial Relations*, 11 (2), 151-177.
- Clarke L., Michielsens E., Sniijders S., Dainty A. et Barnard S. (2015) 'No more softly, softly': review of women in the construction workforce, London, University of Westminster.
- Cliquot N. et Gausas S. (2014) *Build up Skills – EU overview report*, Staff working document. https://ec.europa.eu/easme/sites/easme-site/files/overview-report_buildup_skills.pdf
- Craig S. et Oates A. (2014) *Empowering women in construction*, in Munn M. (dir.) *Building the future: women in construction*, London, Smith Institute, 78-86.
- Fielden S.L., Davidson M.J., Gale A.W. et Davey C.L. (2000) Women in construction: the untapped resource, *Construction Management and Economics*, 18 (1), 113-121.
- Francis V. (2017) What influences professional women's career advancement in construction?, *Construction Management and Economics*, 35 (5), 254-275.

- GLA (2007) The construction industry in London and diversity performance, London, Greater London Authority.
- Griffin Cohen M. et Braid K. (2000) Training and equity initiatives on the British Columbia Vancouver Island Highway Project: a model for large-scale construction projects, *Labor Studies Journal*, 25 (3), 70-103.
- Kitching R. (2014) Women in engineering: leading the charge, *New Civil Engineer*, 1 juillet 2014. <https://www.newcivilengineer.com/archive/women-in-engineering-leading-the-charge-01-07-2014/>
- Lorenzini C. (2015) Women in construction. EFBWW's commitments on gender-related issues, *CLR News*, 3, 55-57.
- Moir S. (2014) Gender segregation in the construction trades: lessons from thirty-five years of US policy failures, communication présentée à l'International Labour Process Conference, Londres, 7 avril 2014.
- Pedersen E.F. (2015) Women in construction. A comment of the moment, *CLR News*, 3, 57-60.
- Sang K. et Powell A. (2012) Equality, diversity, inclusion and work-life balance in construction, in Dainty A. et Loosemore M. (dir.) *Human resource management in construction: critical perspectives*, London, Spon Press, 163-196.
- Schulz B. (2015) Women in construction. The importance of employee and trade union involvement: a survey of the Austrian situation, *CLR News*, 3, 43-47.
- Wright T. (2013) Promoting employment equality through public procurement: report of a workshop held by the Centre for Research in Equality and Diversity, Queen Mary, University of London.
- Wall C. et Clarke L. (1996) *Staying power: women in direct labour building teams*, London, London Women and the Manual Trades.

Genres et agriculture : exigences en matière de force d'actionnement des machines (agricoles)

Katharina von Rymon Lipinski*, **Patrick Serafin**** et **André Klußmann****

*Commission pour la santé et la sécurité au travail et la normalisation (KAN) Sankt Augustin, Allemagne

**Institut de médecine du travail, d'ingénierie de sécurité et d'ergonomie (ASER), Wuppertal, Allemagne

Contexte

Le machinisme agricole a beaucoup évolué ces deux dernières décennies, les dimensions devenant plus grandes et le nombre d'éléments technologiques plus important. Sur certaines machines, les manœuvres sont assistées mécaniquement. Cependant, sur un pourcentage appréciable de machines, des opérations complètement manuelles sont encore nécessaires. Les opérateurs des équipements agricoles doivent exercer une certaine force pour manipuler des leviers, ouvrir des trappes, retirer des couvercles, positionner des échelles et les verrouiller, ou pour manipuler d'autres parties mobiles des machines.

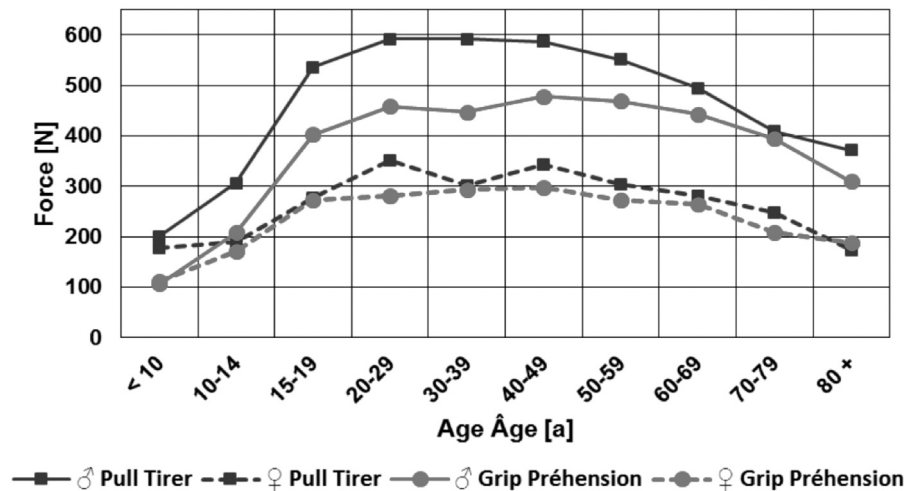
Par exemple :

- sur certaines moissonneuses, le broyeur de paille doit être ajusté manuellement, ce qui requiert beaucoup de force ;
- le réservoir de maïs s'ouvre et se ferme manuellement, ce qui nécessite aussi beaucoup de force ;
- lors de l'entretien de la machine, il faut pouvoir déplacer des échelles, ouvrir et fermer les trappes latérales et actionner des leviers (qui peuvent avoir rouillé avec le temps).

Les normes nationales et internationales sur le matériel agricole (par ex. ISO 4254 (ISO 2013-2019)) fournissent des indications claires quant aux exigences auxquelles sont soumises ces machines. Lors du processus de révision des normes, les experts en santé et sécurité au travail (SST) du comité de normalisation ont constaté que les exigences concernant les forces d'actionnement devaient être revues. Certaines normes stipulent que la force à exercer ne peut excéder 400 Newton (N). Or, les valeurs de 250 N comme force moyenne et 400 N comme force maximale semblent dépasser les capacités physiques de nombreux opérateurs. À titre d'exemple, en moyenne, la majorité des femmes n'est pas capable d'exercer une force de 400 N (voir figure 1). En général, lorsqu'il s'agit de déterminer quelles sont les forces maximales autorisables, il conviendrait de tenir compte de l'impact du sexe de l'opérateur et de son âge sur sa force physique. Une étude réalisée par Serafin *et al.* (2015) démontre qu'en moyenne les femmes atteignent 66 % de la force maximale des hommes. Il convient également de tenir compte du fait que la force diminue avec l'âge. En outre, les valeurs citées dans les normes ne reposent sur aucune base

scientifique (connue). Par ailleurs, à ce jour, aucune méthode de mesure qui permettrait aux fabricants ou aux inspecteurs des gouvernements de mesurer les forces d'actionnement de façon simple, peu coûteuse et néanmoins reproductible n'a été décrite.

Figure 1 Impact de l'âge et du sexe sur les forces de traction et de préhension (n=1,207)



Source : En accord avec Serafin *et al.* 2015

Afin d'établir une base solide qui permettrait de définir le contenu des normes, la Commission pour la sécurité et la santé au travail et la normalisation (KAN) a chargé l'institut de médecine du travail, d'ingénierie de sécurité et d'ergonomie (ASER) de Wuppertal (en Allemagne) de réaliser une étude sur les forces d'actionnement.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude étaient les suivants :

1. Dresser l'état des lieux des bases scientifiques et des technologies employées actuellement pour mesurer les forces d'actionnement ;
2. Développer et évaluer une procédure de mesure réalisable qui permettrait de mesurer des forces d'actionnement sur des machines (agricoles) de façon simple, peu coûteuse et reproductible ; et
3. Examiner si les forces d'actionnement maximales (400 N maximum et 250 N en moyenne), souvent reprises dans les normes ISO concernant les machines agricoles mobiles, sont réalistes (particulièrement selon le sexe de l'opérateur) d'un point de vue ergonomique.

Méthodes

Tout d'abord, l'équipe du projet a étudié plusieurs scénarii incluant des engins agricoles (leviers, trappes, capots, pinces, verrous et autres composantes mobiles). Des procédures de mesure manuelle et automatique ont été développées afin de déterminer les forces d'actionnement (voir figure 2). Les mesures ont été réalisées de plusieurs façons. Dans le cas de la procédure manuelle, plusieurs sujets équipés d'un appareil de mesure portatif ont effectué des contrôles et ont manipulé les parties mobiles des machines dans différentes postures et en exerçant une force dans plusieurs directions. Afin d'évaluer la validité des mesures effectuées manuellement par les sujets, des mesures comparatives ont également été réalisées à l'aide d'un treuil connecté à l'élément mobile à manipuler par le biais d'un transducteur de force (procédure de mesure automatique). Dans l'ensemble, ce sont plus de 700 mesures de différents éléments d'actionnement qui ont été effectuées et répétées, à la fois dans des conditions réelles et en laboratoire, conformément à la norme ISO 5725-2 (ISO 1994) portant sur l'exactitude des méthodes de mesure, leur répétabilité et leur reproductibilité.

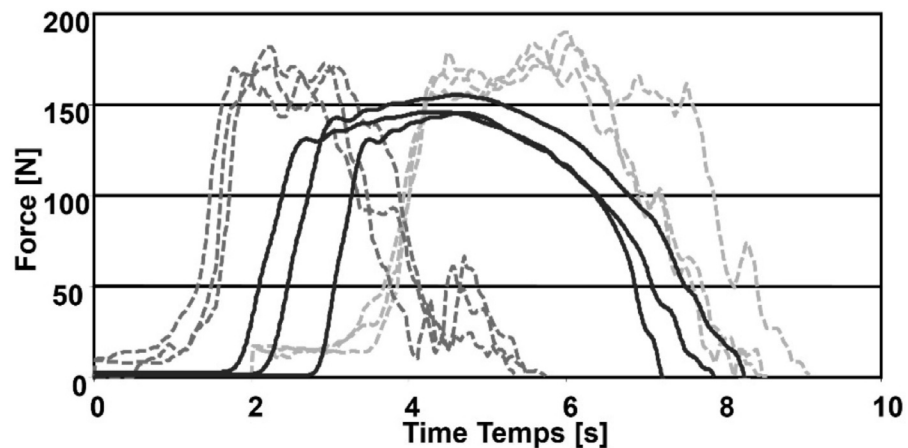
En outre, des mesures tridimensionnelles des forces physiques isométriques maximales dans des positions typiquement adoptées lors de l'actionnement des machines agricoles ont été réalisées par huit sujets (quatre femmes et quatre hommes) dans le but de déterminer quelles seraient les forces d'actionnement maximales réalistes pour des opérateurs hommes et femmes. Trois cas de sollicitations physiques (action d'un levier, ouverture et fermeture de trappes latérales et verrouillage d'une échelle) ont été examinés, chacun dans 3 à 15 positions représentatives des situations de manipulations manuelles, donnant lieu à plus de 3 000 mesures uniques dans 133 positions différentes.

Figure 2 Procédures automatique (haut) et manuelle avec deux examinateurs (bas)



Résultats

Figure 3 Impact de l'âge et du sexe sur les forces de traction et de préhension (n=1,207)



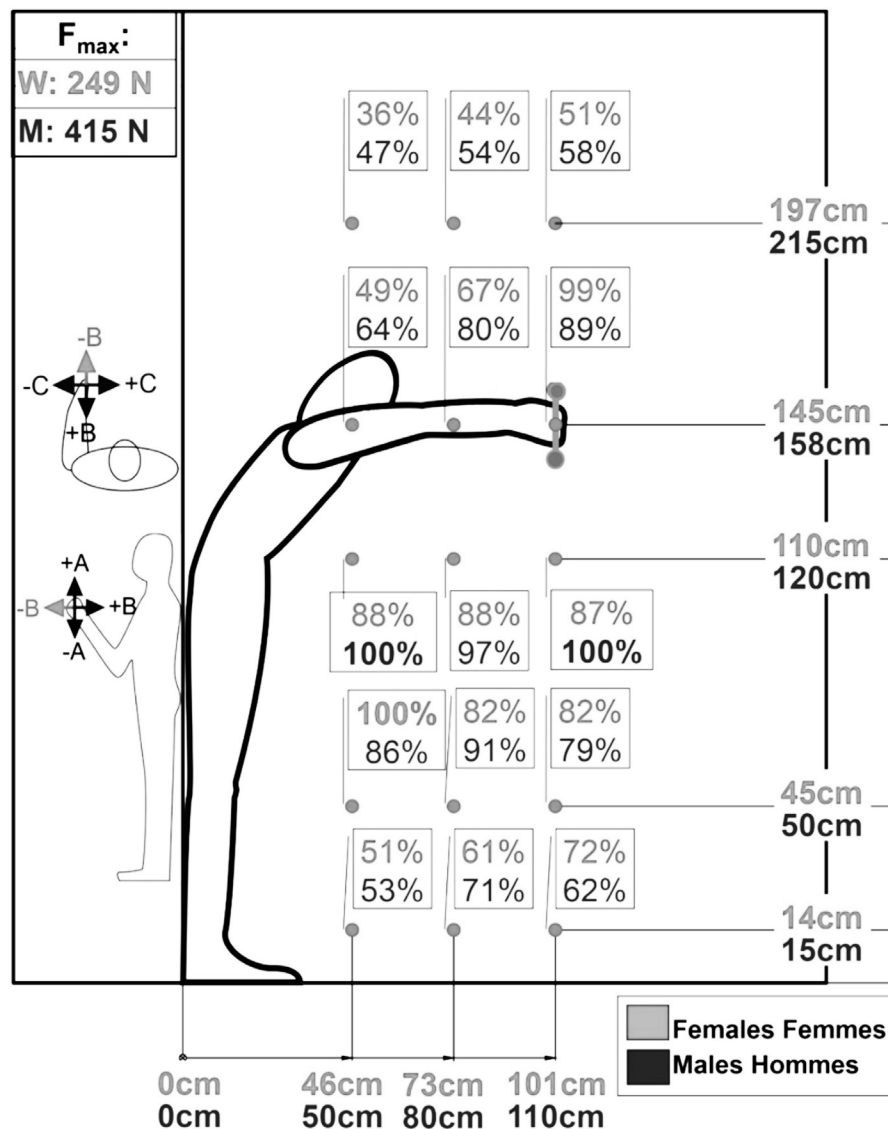
Les résultats moyens de répétabilité et de reproductibilité des mesures effectuées en conditions laboratoires sont repris dans le tableau 1. Les deux méthodes de mesure donnent des résultats généralement comparables. La procédure automatique donne un degré de précision plus élevé, tandis que la procédure manuelle est plus facile à appliquer, tout en fournissant des résultats exploitables et légèrement plus élevés que la procédure automatique. De plus, des tests ont démontré que la procédure manuelle devait impérativement être encadrée par des examinateurs expérimentés afin de donner des résultats précis.

Tableau 1 Moyennes des coefficients de variation (CV), de la répétabilité et de la reproductibilité pour l'ensemble des mesures de forces d'actionnement en laboratoire

	CV répétabilité moyenne	CV reproductibilité moyenne
Procédure automatique	2,8 %	2,9 %
Procédure manuelle	4,4 %	6,6 %

Les forces d'actionnement maximales réalistes pour des opérateurs hommes et femmes sont représentées dans la figure 4. Les résultats montrent que les sujets femmes atteignent une force maximale plus faible que les sujets hommes (environ 60 %). Selon la position physique, la direction de la force à exercer et les caractéristiques personnelles des opérateurs, il apparaît que les forces maximales d'actionnement, telles que citées dans les normes, sont trop élevées pour être exécutées par la plupart des opératrices et une partie des opérateurs hommes.

Figure 4 Résumé des forces de poussée à une seule main dans la zone de manutention humaine pour les sujets femmes et hommes



Note : Les valeurs exprimées en pourcentage correspondent au pourcentage de la force maximale dans la position la plus favorable (en haut à gauche).

Discussion

L'étude a confirmé ce que pressentaient les experts, c'est-à-dire que les valeurs annoncées dans les normes sont beaucoup trop élevées et correspondent à des forces que seule une poignée (minorité) d'individus serait capable d'exercer. Ces valeurs devraient également tenir compte des capacités physiques des femmes et des ouvriers agricoles plus âgés.

Le champ de cette étude ne permettait pas de déterminer quelles valeurs seraient adéquates pour quel scénario particulier et devraient être reprises dans les normes. Au vu de l'ensemble limité de données, les valeurs déterminées ne peuvent servir que de recommandations. Pour pouvoir déterminer des valeurs plus robustes, l'ensemble des données devrait être beaucoup plus important.

Néanmoins, l'étude fournit des recommandations constructives sur les instruments et les méthodes de mesure à employer. Les instruments portatifs connectés à un ordinateur fournissent des mesures fiables. Puisque leur coût n'est pas très élevé, ils pourraient très bien être utilisés par les autorités de surveillance du marché, ainsi que par les assurances accidents et les fabricants. Les résultats de cette étude peuvent aussi être transposés aux engins mobiles utilisés dans d'autres secteurs, comme les machines de chantier.

Conclusions pour la normalisation et la pratique

Les valeurs de force prises en compte dans les normes relatives aux machines agricoles sont trop élevées. La priorité est maintenant de poursuivre le développement de l'approche décrite dans l'étude. L'activité de normalisation exige soit des valeurs robustes fondées sur un ensemble étendu de données, soit elle doit rechercher d'autres solutions permettant de formuler des exigences, même en l'absence de valeurs spécifiques, afin de permettre à tous les utilisateurs de machines agricoles de travailler avec elles de manière sûre et ergonomique.

Le rapport complet de cette étude est disponible sur le site internet de KAN en allemand (Klussmann *et al.* 2013a) et en anglais (Klussmann *et al.* 2013b). Aucune étude n'a été publiée sur le sujet depuis 2013. Les normes publiées après 2013, notamment la norme 15077 2020 relative aux tracteurs et machines agricoles automotrices - Commandes de l'opérateur - forces de manoeuvre, déplacements, emplacements et mode de fonctionnement, ne prennent pas en compte les résultats de cette étude.

Références

- ISO (1994) ISO 5725-2 : 1994. Exactitude (justesse et fidélité) des résultats et méthodes de mesure – Partie 2 : Méthode de base pour la détermination de la répétabilité et de la reproductibilité d'une méthode de mesure normalisée, Genève, Organisation internationale de normalisation.
- ISO (2013-2018) ISO 4254. Matériel agricole – Sécurité - Parties 1 à 16, Genève, Organisation internationale de normalisation.
- Klussmann A., Serafin P., Schaefer A., Keuchel M., Neumann B. et Lang K.H. (2013a) *Betätigungskräfte an Landmaschinen: Analyse und Messung von Handbetätigungskräften und abgeleitete Empfehlungen.*
www.kan.de/fileadmin/Redaktion/Dokumente/KAN-Studie/de/2013_KAN-Studie_Betaetigungskraefte.pdf

- Klussmann A., Serafin P., Schaefer A., Keuchel M., Neumann B. et Lang K.H. (2013b)
Operating forces on agricultural machinery : analysis and measurement of manual
operating forces. [www.kan.de/fileadmin/Redaktion/Dokumente/KAN-
Studie/en/2013_KAN-study_operatingForces-en.pdf](http://www.kan.de/fileadmin/Redaktion/Dokumente/KAN-Studie/en/2013_KAN-study_operatingForces-en.pdf)
- Serafin P., Muehlemeyer C., Levchuk I., Lang K.H., Gebhardt H. et Klussmann A. (2015)
Physical strength of a German population sample: differences in age, gender and
hand preference, *Occupational Ergonomics*, 12 (1-2), 49-59.

Annexe

La Commission pour la sécurité et la santé au travail et la normalisation (KAN) a pour rôle de faire valoir les aspects de sécurité et santé au travail (SST) dans les travaux de normalisation et de veiller à ce que ces aspects de SST soient bien pris en compte.

Les partenaires sociaux, l'État, l'Assurance sociale allemande des accidents du travail et des maladies professionnelles (DGUV) et l'Institut allemand de normalisation (DIN) sont représentés au sein de la KAN. La commission regroupe les points de vue des différentes parties prenantes de SST (sur base consensuelle) et exprime la position résultante par des commentaires et des contributions aux travaux de normalisation en cours et futurs, ainsi que sur des normes existantes par l'intermédiaire de DIN. La KAN représente également le point de vue du monde allemand de la santé et de la sécurité au travail dans les débats sur les politiques de normalisation. Néanmoins, il convient de noter que la KAN n'est pas un organisme de normalisation en tant que tel.

La KAN a été fondée en 1994. La Commission dépend de l'Association pour la promotion de la sécurité au travail en Europe (VFA) et est soutenue financièrement par le ministère fédéral allemand du Travail et des Affaires sociales. Ses membres sont des institutions d'assurance accidents sociales des secteurs commercial, industriel et public.

Depuis 1976, l'**Institut de médecine du travail, d'ingénierie de sécurité et d'ergonomie (ASER)** poursuit des projets de développement et de recherche fondamentale et appliquée dans les domaines des sciences du travail, de la sécurité de l'information et des transports. On retrouve parmi ses domaines de travail traditionnels l'analyse scientifique du travail et l'organisation du travail, ainsi que la recherche fondamentale dans le domaine des sciences du travail et de la sécurité au travail dans le but d'identifier les relations de cause à effet au moyen d'études sur le terrain et en laboratoire. Les projets de recherche et de développement de produits ou de conception de produits sont toujours effectués avec, à l'esprit, la poursuite d'objectifs d'ergonomie, de sécurité et de psychologie du travail. Au début des années 1990, un domaine de travail supplémentaire est apparu : celui du transfert efficace et efficient d'informations et de connaissances en sciences du travail, de la sécurité et du transport. Ce domaine de travail bénéficie aux experts des petites et moyennes entreprises, ainsi qu'aux citoyens, et a rapidement donné lieu à la création d'un réseau de recherche et à des développements de systèmes durables.

Partie 2

Impacts sur la santé : comment rendre visibles les différences liées au genre ?

Genre, âge et conditions de travail

Gérard Valenduc* et Patricia Vendramin**

*Chercheur associ   à l'ETUI et à la Chaire Travail-Université (UCLouvain), professeur retraité de l'UCLouvain et de l'Université de Namur

** Professeure de sociologie à l'UCLouvain, directrice de la Faculté ouverte de politique économique et sociale, titulaire de la Chaire Travail-Université

Dans un environnement économique de plus en plus exigeant, les politiques européennes et nationales en matière de vieillissement actif se sont progressivement réduites à une injonction à l'allongement de la vie professionnelle. Cependant, le maintien en emploi est fortement influencé par l'exposition à des facteurs de pénibilité pendant une longue partie de la carrière, par les conditions de travail en fin de carrière et par l'évolution de l'état de santé. Dans ce domaine, les hommes et les femmes ne suivent pas des parcours similaires. Les disparités de genre face au vieillissement au travail sont liées non seulement à la ségrégation sexuée dans l'emploi mais aussi à l'inégale répartition des rôles de soins.

Ce chapitre aborde les disparités de genre face au vieillissement au travail. Il s'appuie principalement sur les résultats de la cinquième enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS)¹ d'Eurofound (2010). Les deux premières parties de ce chapitre abordent les effets de la pénibilité du travail et de la possibilité de se réaliser au travail avec l'âge. Les deux parties suivantes s'intéressent au poids du travail non rémunéré et à l'insécurité d'emploi et de revenu en fin de carrière.

Les effets différenciés de la pénibilité du travail

La cinquième enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS) (2010) fournit des données sur les liens entre les conditions de travail et la santé des salariées et salariés de 50 ans et plus².

L'enquête demande aux répondants d'évaluer eux-mêmes leur état de santé générale. Les résultats montrent que la proportion de salariés qui déclarent un mauvais état de santé générale augmente avec l'âge, aussi bien pour les femmes que pour les hommes, avec un pic entre 55 et 59 ans (38 %). Entre 50 et 59 ans, les principaux facteurs explicatifs de cette perception d'un mauvais état de santé sont, chez les femmes, les postures pénibles ou fatigantes pendant au moins la moitié du temps et les horaires de travail mal adaptés à la vie hors-

1. European Working Conditions Survey.

2. Ces données ont été analysées dans un Working Paper pour l'ETUI (Vendramin et Valenduc 2014).

La sixième enquête de 2015 ne fournit pas les mêmes données permettant de comparer les variables mobilisées dans ce chapitre au prisme du genre et de l'âge. Cependant sur les variables présentes et dans le rapport sur l'égalité des genres au travail publié par Eurofound (2020), les résultats et tendances sont similaires à celles de cette étude (ndlr).

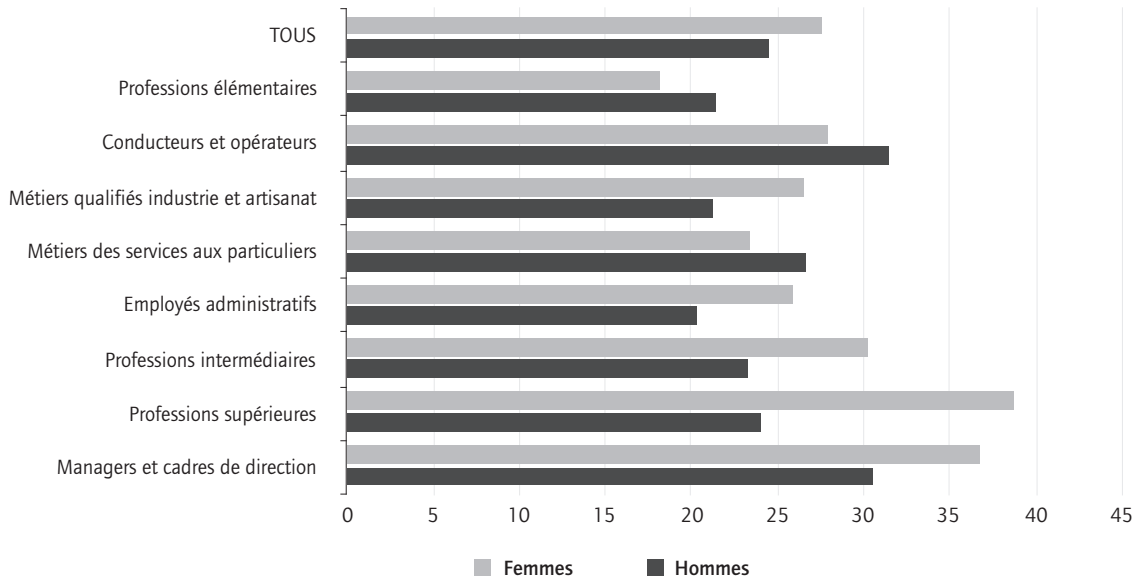
travail. Ces facteurs ont également une influence chez les hommes, mais dans une proportion significativement moindre.

Quant à savoir si c'est le travail qui affecte négativement la santé, 25 % des salariées et 30 % des salariés de 50 à 59 ans estiment que c'est le cas. Les différences principales entre les femmes et les hommes sont liées aux métiers exercés (Eurofound 2013 ; 2020). Chez les 50-59 ans, les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à déclarer que leur travail a un impact négatif sur leur santé dans les professions supérieures, c'est-à-dire les cadres, les professions intellectuelles et les enseignants (31 % contre 22 %) et dans les métiers des services aux particuliers (30 % contre 21 %). Chez les hommes, c'est parmi les travailleurs manuels moyennement qualifiés et parmi les métiers techniques que la perception de ce risque est la plus élevée. Les situations de travail les plus défavorables sont, chez les femmes comme chez les hommes, les postures pénibles ou fatigantes, ainsi que les horaires mal adaptés à la vie hors-travail. Ces constats doivent être mis en relation avec d'autres résultats de recherche, qui soulignent que les femmes et les hommes ne sont pas exposés de la même manière aux risques professionnels (Teiger et Vouillot 2013). Certains risques, plus facilement mesurables et mieux reconnus (par des primes ou des possibilités de départ anticipé à la retraite, par exemple), concernent davantage les hommes : bruit et vibrations, températures excessives, expositions à des produits toxiques, lourdes charges, travail de nuit. Les femmes, en revanche, sont davantage exposées aux gestes répétitifs, à l'impossibilité d'interrompre leur travail, à des marges restreintes d'autonomie (Caroly *et al.* 2013).

Certains troubles de la santé deviennent plus fréquents avec l'âge. Les maux de dos et les troubles musculosquelettiques des membres supérieurs concernent plus d'un salarié sur deux, hommes ou femmes, à partir de la cinquantaine. Avec l'âge, le sentiment de fatigue générale concerne une proportion toujours croissante de femmes, qui atteint son maximum entre 45 et 49 ans (45 %), tandis que pour les hommes, le pic se situe entre 50 et 54 ans (42 %). Quant aux troubles du sommeil, ils concernent un peu plus souvent les femmes que les hommes et augmentent avec l'âge. L'écart entre les hommes et les femmes se creuse à partir de la quarantaine jusqu'au début de la soixantaine. Dans la cinquantaine, plus d'une femme sur quatre déclare souffrir de troubles du sommeil. La double journée des femmes est un facteur explicatif important du sentiment de fatigue et des troubles du sommeil.

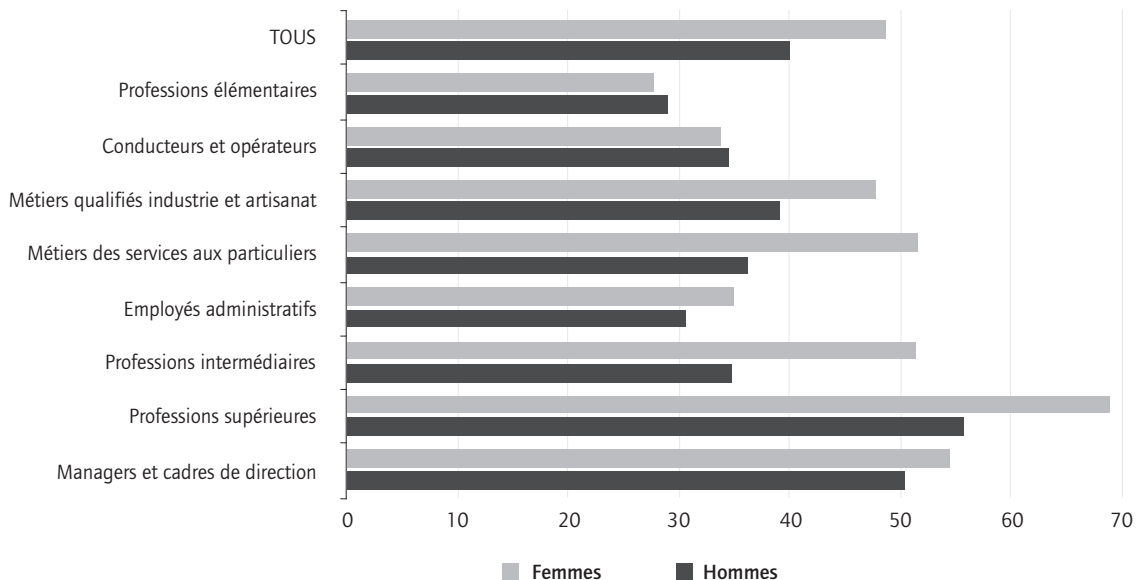
Alors que la capacité à résister au stress diminue généralement avec l'âge, 25 % des salariés et 28 % des salariées âgés de 50 ans et plus sont exposés au stress dans leur travail. Selon les métiers exercés, les différences entre les hommes et les femmes peuvent prendre des proportions importantes. Ainsi, les femmes sont plus nombreuses à être exposées au stress que les hommes dans les professions supérieures et les fonctions d'encadrement et, dans une moindre mesure, dans les fonctions intermédiaires (graphique 1).

Graphique 1 Exposition au stress, selon le groupe de métiers et le sexe (% des salariés âgés de 50 ans et plus EU27, EWCS 2010)



Source : EWCS, 2010

Graphique 2 Exposition au travail émotionnel, selon le groupe de métiers et le sexe (% des salariés âgés de 50 ans et plus, EU27, EWCS 2010)



Source : EWCS, 2010

De même que le stress, le travail comportant une charge émotionnelle importante peut également être un facteur de pénibilité (graphique 2). Ce « travail émotionnel » caractérise les activités en lien avec des personnes (patients, usa-

gers, clients, étudiants) ou des situations particulières qui mobilisent les émotions : faire face à des clients fâchés, devoir cacher ses sentiments, être confronté à la souffrance ou à la détresse, etc. Le travail émotionnel est plus fréquent non seulement dans certains métiers majoritairement féminins, ce qui est une conséquence logique de la ségrégation sexuée dans les métiers du « care », mais aussi chez les femmes dans des professions où elles ne sont pas majoritaires, comme les professions supérieures et intermédiaires. Ceci peut s'expliquer par une concentration plus élevée de femmes dans les tâches relationnelles — ce qui témoigne, ici aussi, de l'existence de « rôles de genre » dans ces métiers.

Dans une analyse des données de l'enquête *Santé et vie professionnelle après 50 ans*, menée en 2003 en France, la pénibilité du travail en fin de carrière est envisagée sous trois aspects (Molinié 2012). Le premier est celui des expositions longues aux exigences physiques du travail, plus fréquentes dans les métiers manuels. Toutefois, les exigences physiques du travail des femmes ne sont pas toujours qualifiées dans les mêmes termes que celles des hommes. Dans le travail des femmes, la proximité de certaines pénibilités avec le travail domestique rend plus difficile, pour les travailleuses âgées, la qualification de « travail physiquement exigeant ». Si les femmes sont moins nombreuses que les hommes à être exposées aux exigences physiques, elles le sont de manière plus durable car les sorties anticipées du travail sont plus fréquentes pour les hommes. Le second aspect est celui de la pénibilité ressentie, qui fait référence aux contraintes de travail vécues comme difficiles à supporter et qui questionne la capacité des organisations à accueillir des salariés vieillissants dans de bonnes conditions, favorables à la fois à leur santé et à leur efficience. Le troisième aspect est celui de l'interaction du travail avec des troubles de santé qui peuvent apparaître avec l'âge et constituer une g ne dans l'activité professionnelle. Si les femmes, compte tenu de leurs carrières morcelées, sont amenées à quitter plus tardivement l'emploi, elles seront davantage concernées.

La possibilité de se réaliser dans son travail

Si le maintien en emploi des salariés âgés est fortement influencé par leurs conditions de travail, le manque de sens au travail (perspectives de carrière, occasions d'apprendre, signes de reconnaissance) renforce encore la difficulté de vieillir au travail (Bertrand *et al.* 2010; Eurofound 2012b). L'enquête EWCS 2010 fournit quelques indicateurs à ce sujet. Un premier indicateur est la capacité de pouvoir se projeter dans un avenir professionnel ou, au contraire, le sentiment de n'avoir que la routine pour horizon. L'enquête montre que les perspectives de carrière décroissent de manière constante avec l'avancée en âge, avec des écarts importants entre les femmes et les hommes selon la profession exercée. Les différences les plus fortes concernent les professions supérieures (55 % de femmes n'ont pas de perspectives de carrière pour 40 % d'hommes), les métiers des services aux particuliers (67 % de femmes sans perspectives de carrière pour 57 % d'hommes) et les professions élémentaires (absence de perspectives de carrière pour 81 % des femmes et 71 % des hommes). Le manque de perspectives de carrière est un des principaux facteurs d'insatisfaction à l'égard des conditions de travail chez les 50-59 ans. D'autres

indicateurs permettent d'approcher plus finement le sentiment d'épanouissement dans le travail. Certains indicateurs obtiennent un bon score chez les 50-59 ans, aussi bien pour les femmes que pour les hommes : le sentiment d'effectuer un travail utile, la sensation d'un travail bien fait, le fait de savoir ce qu'on attend de vous. D'autres obtiennent un moins bon score : la capacité d'influencer les décisions concernant son travail, l'implication dans le changement, la capacité d'appliquer ses propres idées dans son travail. Un indicateur révèle d'importantes différences entre les femmes et les hommes : la question d'une juste rémunération, en particulier chez les salariés les plus qualifiés. Dans les professions supérieures, 59 % des hommes ont le sentiment d'être rémunérés de manière juste par rapport à leur travail, contre 45 % des femmes ; dans les professions intermédiaires, ces chiffres sont respectivement 56 % et 41 %.

Par ailleurs, de nombreuses études mettent en évidence le fait que l'exposition à des discriminations ou à des stéréotypes liés à l'âge a une incidence sur les décisions de départ anticipé (Desmette et Gaillard 2011). Selon l'enquête EWCS 2010, 6 % des salariées et 4 % des salariés de 50 ans et plus déclarent avoir été victimes de discriminations liées à leur âge au cours de l'année écoulée. Une analyse des données de l'European Social Survey de 2006 montre en outre que les normes sociales en matière d'âge de la retraite sont graduées en fonction du genre. Ces normes sont des références construites par les institutions et intériorisées par les individus, à partir desquelles les individus se comparent aux autres et se fixent des repères pour les transitions dans les parcours de vie (Radl 2012).

L'emploi en fin de carrière : des profils sexués

La ségrégation professionnelle a déjà été mentionnée précédemment comme un facteur important de différenciation des conditions de travail des femmes et des hommes (Eurofound 2012 ; 2020) ; elle est plus accentuée parmi les travailleurs âgés que parmi les plus jeunes (Vendramin et Valenduc 2012).

Dans l'Union européenne, les salariés âgés de 50 à 64 ans représentent, en 2013, 26 % du total des salariés. Parmi les 50-64 ans, les femmes sont davantage représentées dans l'administration publique, l'enseignement, la santé et le travail social (ensemble, 49 % des emplois féminins), tandis que l'industrie et la construction concentrent 37 % des emplois masculins. Toujours parmi les salariés de 50-64 ans, les femmes sont, davantage que les hommes, concentrées dans quelques métiers : 15 % d'entre elles travaillent dans les métiers administratifs, 12 % dans le nettoyage et l'aide aux ménages, 11 % dans l'enseignement et 11 % dans des professions intermédiaires autres que la santé — ces quatre groupes de métiers représentent la moitié des salariées âgées. La répartition des 50-64 ans est différente chez les hommes : 21 % sont dans les métiers manuels de l'industrie, de l'artisanat et de la construction, 10 % sont conducteurs d'engins ou de véhicules, 9 % sont cadres de direction ou managers (contre 4 % des femmes). Ces quelques chiffres illustrent bien la ségrégation professionnelle entre les femmes et les hommes.

Trois autres facteurs contribuent encore à renforcer les disparités entre les femmes et les hommes en fin de carrière (Vendramin et Valenduc 2014) :

1. *L'emploi à temps partiel en fin de carrière.* L'emploi à temps partiel est, en moyenne, plus important parmi les salariés de 50 ans et plus que parmi les moins de 50 ans. Il représente, en 2013, 9 % des hommes et 34 % des femmes parmi les salariés âgés dans l'Union européenne – mais dans certains pays la proportion de femmes travaillant à temps partiel au-delà de 50 ans atteint ou dépasse 50 % (par ordre d'importance, les Pays-Bas, l'Allemagne, la Belgique, l'Autriche, le Luxembourg, le Royaume-Uni et l'Irlande). Dans ces pays, le travail à temps partiel constitue une modalité fréquente d'aménagement du temps de travail en fin de carrière ;
2. *L'allongement de la durée moyenne de la vie de travail.* Celle-ci est mesurée par un indicateur construit par Eurostat³. En 2012, la durée moyenne de la vie de travail estimée pour les hommes (37,6 années) est significativement supérieure à celle des femmes (32,2 années), dans tous les pays de l'Union européenne, à l'exception des pays baltes, mais avec de fortes différences d'un pays à l'autre. De 2001 à 2012, la durée moyenne de la vie de travail s'est allongée pour tous, mais bien davantage pour les femmes que pour les hommes : la moyenne européenne est de 2,9 années pour les femmes contre 1,3 année pour les hommes, également avec de fortes différences entre pays. Le fait que l'âge légal de la retraite soit égal ou diff rent pour les hommes et les femmes n'explique pas les écarts entre pays. Ceux-ci s'expliquent par d'autres facteurs, liés à la différenciation des carrières et des parcours de vie des hommes et des femmes ;
3. *La nature de l'activité ou de la non-activité chez les 50-59 ans.* Pour les travailleurs âgés, les causes du non-emploi peuvent être multiples : le chômage, l'incapacité de travail ou la maladie, la retraite ou pré-retraite, le fait d'être inactif à cause de charges familiales ou de soins, ou encore d'autres raisons diverses. En 2012, dans la population âgée de 50 à 59 ans dans l'Union européenne, la proportion moyenne d'emplois salariés est de 59 % chez les hommes et 55 % chez les femmes, la proportion d'emplois indépendants est de 18 % chez les hommes contre 9 % chez les femmes – c'est donc l'emploi non salarié qui est la cause principale de l'écart de taux d'emploi entre les femmes et les hommes. Les personnes au chômage, en incapacité de travail ou à la retraite représentent respectivement 6 %, 7 % et 6 % des 50-59 ans, sans grande différence entre les femmes et les hommes. En revanche, la proportion d'inactifs en raison de charges de famille ou de soins est beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes (8 % contre 1 %), de même que les « autres raisons diverses » (9 % contre 3 %).

3. Cet indicateur utilise un modèle probabiliste pour calculer, pour une personne actuellement en emploi, une estimation du nombre d'années de travail qu'elle connaîtra au cours de sa vie active, selon les caractéristiques du marché du travail d'une année donnée.

Le poids inégal du travail non rémunéré

Des études épidémiologiques ont mis en évidence que le cumul de la charge du travail rémunéré et non rémunéré a des incidences différentes sur les parcours et la santé des femmes et des hommes (Artazcoz *et al.* 2001). La perspective de travailler plus longtemps ne peut s'envisager sans prendre en compte les effets à court et à long terme de ce cumul.

Quel que soit l'âge, les tâches domestiques et de soins restent majoritairement le lot des femmes. À partir de 50 ans, cette charge diminue mais concerne toujours 22 % des femmes et 17 % des hommes. La charge de parents ou de proches âgés ou handicapés prend des proportions plus importantes dans cette tranche d'âge, elle concerne 9 % des salariées et 3 % des salariés. De plus, selon l'enquête européenne sur la qualité de vie (Eurofound 2011), 26 % des femmes et 20 % des hommes de 50 ans et plus déclarent que la fatigue liée au travail les empêche souvent d'assumer des tâches domestiques après leur travail.

La conciliation entre travail et hors travail est un facteur qui, avec d'autres, va influencer la décision de rester ou non dans l'emploi. Selon l'enquête EWCS 2010, la proportion de salariés âgés de 50 ans et plus qui ne se sentent pas capables de continuer leur travail jusque 60 ans est fortement corrélée à la qualité de la conciliation entre leur horaire de travail et leur vie privée. Lorsque cette conciliation est la plus mauvaise, 58 % des femmes et 48 % des hommes de 50-59 ans déclarent ne pas se sentir capables de continuer leur travail actuel jusque 60 ans.

L'association et les effets réciproques de l'activité et des conditions de travail et les contraintes de l'articulation vie professionnelle/vie privée se traduisent à long terme par une dégradation de la santé et une espérance de vie en bonne santé moindre pour les femmes, mêmes si elles ont toujours une plus grande longévité (Teiger et Vouillot 2013).

L'insécurité économique et les trajectoires en fin de carrière

L'insécurité d'emploi et les contraintes financières jouent un rôle important dans les trajectoires de fin de carrière. Selon l'enquête européenne sur les conditions de travail de 2010, 16 % des hommes et 15 % des femmes de 50 ans et plus craignent de perdre leur emploi à court terme ; près des deux tiers des femmes et des hommes (64 %) pensent qu'il leur serait difficile de retrouver un emploi équivalent s'ils venaient à perdre le leur.

À l'insécurité d'emploi s'ajoute l'insécurité du revenu. À cet égard, les situations respectives des femmes et des hommes se différencient avec le vieillissement. Plus les femmes avancent en âge, plus elles sont nombreuses à devenir les principales contributrices au revenu de leur ménage : 57 % des femmes en emploi au-delà de 60 ans sont les principales contributrices au revenu de leur ménage,

contre 31 % à 40 ans. Les profils des ménages des femmes et des hommes salariés se différencient au-delà de 50 ans. Ainsi, les hommes de plus de 50 ans ont pour la majorité des conjoints ou partenaires en emploi : de 72 % pour les 50-54 ans à 60 % pour les 60 à 64 ans. La part des ménages isolés chez les hommes est stable autour de 9 % entre 50 et 64 ans. Dans le cas des femmes, la situation est différente. La proportion de 50 ans et plus ayant un conjoint en emploi diminue plus fort que dans le cas des hommes : de 83 % entre 50 et 54 ans à 45 % entre 60 et 64 ans. Au-delà de 60 ans, elles sont 47 % à avoir un partenaire retraité, contre 16 % des hommes dans cette situation. De plus, plus d'une salariée sur quatre âgée de 60 à 64 ans (28 %) est dans un ménage isolé. La situation financière des salariées isolées au-delà de 50 ans apparaît plus critique que celle des hommes isolés : elles sont 41 % à déclarer avoir des difficultés à boucler les fins de mois, contre 31 % des hommes. Ce coup d' il rapide sur les profils des ménages en fin de carrière révèle des situations différentes pour les femmes et les hommes, qui peuvent influencer l'allongement de la carrière : au-delà de 50 ans, la proportion de femmes principales contributrices aux revenus de leur ménage augmente, de même que la proportion de femmes isolées.

Le modèle de la carrière standard, avec une longue stabilité dans le même emploi, semble concerner de moins en moins de salariés et un peu moins les femmes que les hommes. Toujours selon l'EWCS, dans la tranche d'âge 55-64 ans, seulement 21 % des hommes et 14 % des femmes déclarent une ancienneté de plus de trente ans dans leur emploi actuel, alors que 34 % des hommes et 41 % des femmes déclarent une ancienneté de moins de dix ans. Les quinquagénaires sont donc confrontés à la mobilité, contrainte ou volontaire, dans un contexte peu favorable à l'emploi des seniors.

D'autres enquêtes confirment l'hypothèse d'un effet de la contrainte financière dans l'augmentation de l'emploi féminin parmi les seniors. Rosende et Schoeni (2012) démontrent, à partir du cas suisse, la thèse selon laquelle la variabilité de la seconde partie de carrière et des chemins vers la retraite trouve son origine dans la division sexuée du travail qui façonne les parcours de vie. Les mesures envisagées pour accroître le taux d'emploi des seniors sont souvent discriminatoires pour les femmes ; sous une apparence égalitaire, elles ne tiennent pas compte des inégalités antérieures entre hommes et femmes en première partie de carrière. Par ailleurs, les régimes de pension qui s'appuient sur le deuxième pilier discriminent les personnes (en majorité des femmes) qui ont des parcours professionnels discontinus et/ou à temps partiel. Quant au troisième pilier, basé sur la capacité d'épargne, il se révèle moins accessible aux femmes compte tenu des écarts salariaux persistants entre les femmes et les hommes. Il y a donc une grande différence entre ceux (souvent celles) qui doivent travailler jusqu'à un âge élevé pour compenser une carrière morcelée ou commenc e tardivement et ceux (souvent des hommes) qui peuvent bénéficier de modalités de sortie précoce dans des conditions relativement bonnes (Molinié 2012). Dans ce contexte, de nombreux choix féminins sont contraints (Duberley *et al.* 2014).

Ainsi, la situation professionnelle, les conditions de travail et l'état de santé des femmes et des hommes évoluent différemment avec l'âge. L' tat de santé

de l'ensemble des salariés en Europe se dégrade en vieillissant, cependant les femmes déclarent plus souvent être exposées aux postures pénibles ou fatigantes et aux horaires mal adaptés que les hommes. Elles et ils perçoivent l'impact des conditions de travail sur cette dégradation de façon différente en fonction de leur sexe et de leur profession. Les femmes à partir de 40 ans déclarent ressentir plus de fatigue générale et subir plus de troubles du sommeil que les hommes, ce qui peut s'expliquer par la double journée qu'elles assument et par les métiers qu'elles font. En effet, étant largement majoritaires dans des métiers qui impliquent un travail relationnel (dans le soin, l'enseignement ou les services), elles sont plus exposées au stress et au travail émotionnel que les hommes, particulièrement dans les professions les plus qualifiées, qui peuvent générer de la fatigue ou des troubles du sommeil. La diminution avec l'âge des perspectives de carrières, tout comme le sentiment de ne pas être rémunérées de façon juste, particulièrement marqués chez les femmes, génèrent aussi des insatisfactions sources de risques après 50 ans. Ces insatisfactions peuvent être compensées en partie par le sentiment d'utilité et de qualité de son travail, mais accentué par le manque de marges de décisions et d'actions qui s'expriment chez les travailleuses comme chez les travailleurs vieillissants. La ségrégation professionnelle en fonction du genre s'accroît aussi en vieillissant, ainsi que l'écart concernant l'emploi à temps partiel. Paradoxalement, les femmes voient aussi l'allongement de la durée de vie au travail les impacter plus que les hommes, du fait notamment de leur carrière plus souvent morcelées. Cependant elles sont aussi plus souvent dans la nécessité de « sortir » de l'emploi après 50 ans pour prendre en charge des proches âgés ou en difficultés. Elles ont globalement plus de difficultés à concilier la vie au travail et les tâches domestiques qui leur incombent encore majoritairement après 50 ans, ce qui impacte leur perspective de rester en emploi.

Par ailleurs, bien qu'elles subissent autant que les hommes de leur âge l'insécurité de l'emploi et de revenus, les femmes de plus de 50 ans sont souvent discriminées par les mesures visant à accroître le taux d'emploi des seniors, tout comme par les systèmes de pensions, qui ne tiennent pas compte des inégalités de carrière, ni de revenus. Elles sont pourtant les principales contributrices aux revenus de leur ménage, qu'elles soient en couple ou isolées.

Conclusion

En conclusion, deux constats importants se dégagent. D'abord, la question du genre doit être systématiquement prise en compte dans l'analyse des conditions de travail et dans l'élaboration des politiques en matière d'amélioration des conditions de travail. Ensuite, on ne peut pas dissocier la problématique des conditions de travail de celle des conditions institutionnelles de l'organisation des fins de carrière, qui sont souvent spécifiques aux contextes nationaux, eux-mêmes fortement influencés par les lignes directrices européennes. Il s'agit ici de tenir compte des trajectoires différentes des femmes et des hommes dans l'emploi et en dehors de l'emploi et de corriger les inégalités et les injustices dans ce domaine.

Références

- Artazcoz L., Borell C. et Benach G. (2001) Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (9), 639-647.
- Bertrand F., Peters S., P ree F. et Hansez I. (2010) Facteurs d'insatisfaction incitant au départ et intention de quitter le travail : analyse comparative des groupes d'âge, *Le travail humain*, 73 (3), 213-237.
- Caroly S., Major M.E., Probst I. et Molinié A.F. (2013) Le genre des troubles musculo-squelettiques : interventions ergonomiques en France et au Canada, *Travail, genre et sociétés*, 29, 49-67.
- Desmette D. et Gaillard M. (2008) When a 'worker' becomes an 'older worker': the effects of age-related social identity on attitudes towards retirement and work, *Career Development International*, 13 (2), 168-185.
- Duberley J., Carmichael F. et Szmigin I. (2014) Exploring women's retirement: continuity, context and career transition, *Gender, Work and Organization*, 21 (1) 71-90.
- Eurofound (2011) Quality of life in Europe: impacts of the crisis, 3rd European Quality of Life Survey, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Eurofound (2012) Sustainable work and the ageing workforce: a report based on the 5th EWCS, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Eurofound (2013) Women, men and working conditions in Europe: a report based on the 5th EWCS, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Eurofound (2020) Gender equality at work, European Working Conditions Survey 2015 series, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Molinié A.F. (2012) Facette de la pénibilité, prisme du genre : une analyse de l'enquête santé et vie professionnelle après 50 ans, in Molinié A.F., Gaudart C. et Pueyo V. (dir.) *La vie professionnelle :  ge, expérience et santé à l' preuve des conditions de travail*, Toulouse, Octarès Editions, 315-341.
- Radl J. (2012) Too old to work, or too young to retire? The pervasiveness of age norms in Western Europe, *Work, employment and society*, 26 (5), 755-771.
- Rosende M. et Schoeni C. (2012) Seconde partie de carrière, régime de retraite et inégalités de sexe : le cas suisse, *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 130-147.
- Teiger C. et Vouillot F. (2013) Tenir au travail, *Travail, genre et sociétés*, 29, 23-30.
- Vendramin P. et Valenduc G. (2012) Métiers et vieillissement au travail, Working Paper 2012.09, Bruxelles, ETUI
- Vendramin P. et Valenduc G. (2014) Perspective de genre sur l'emploi et les conditions de travail des seniors, Working Paper 2014.03, Bruxelles, ETUI.

Rendre visibles les lésions professionnelles des travailleuses : deux pas en avant, un pas en arrière

Katherine Lippel

Université d'Ottawa, chaire de recherche du Canada en droit de la santé et de la sécurité du travail

Malgré certains progrès, les inégalités de genre dans la reconnaissance des problèmes de santé liés au travail persistent en Europe comme en Amérique du Nord. Dans ce chapitre, après avoir fait un bilan des avancées notables réalisées ces dernières décennies, nous examinerons deux cas contemporains à partir de données québécoises (Canada) : l'exposition aux risques psychosociaux des femmes, et les lésions qui y sont associées, puis la reconnaissance des cancers liés aux expositions professionnelles féminines. Nous concluons en nous interrogeant sur les moyens de faire échec à l'invisibilité des souffrances des femmes au travail.

Regards vers le passé : on fait des progrès, mais...

La reconnaissance des problèmes de santé au travail des travailleuses a fait l'objet d'une attention soutenue au cours des dernières décennies du XX^e siècle, grâce notamment aux luttes syndicales et aux recherches menées par des scientifiques en Amérique du Nord et en Europe. En Amérique du Nord, soulignons en particulier les travaux de l'équipe « L'invisible qui fait mal » au Québec (Canada), qui regroupait, d'une part, des chercheurs en ergonomie, en sociologie et en droit, et d'autre part, des représentantes et représentants des comités de santé au travail et de condition féminine des trois partenaires syndicaux : la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, la Confédération des syndicats nationaux et la Centrale des syndicats du Québec (Messing et Lippel 2013). En Europe, mentionnons notamment les travaux importants de l'Institut syndical européen (ETUI) sur les lésions professionnelles des travailleuses (Vogel 2011 ; Vogel 2015), et le travail ayant abouti à des modifications intéressantes au *Code du travail* en France, lequel, depuis août 2014, prévoit à son article L.4121-3 l'obligation pour l'employeur d'assurer une évaluation des risques pour la santé et la sécurité, qui tient compte de l'impact différencié de l'exposition au risque en fonction du sexe (Chappert 2015).

Ces recherches et débats ont mis en lumière l'invisibilité des contraintes associées aux métiers occupés habituellement par des femmes, sans oublier la banalisation du travail de ces dernières. Ils ont mené, dans certains cas, à une meilleure reconnaissance des lésions professionnelles qui touchent les travailleuses, mais aussi les travailleurs ; soulignons en particulier les lésions musculosquelettiques et les lésions psychologiques attribuables aux événements survenus au travail ou aux conditions de travail. Les travaux concertés, basés sur la collaboration entre le mouvement syndical et les chercheurs, ont permis

de déjouer les stéréotypes enracinés dans les milieux du travail et reproduits devant les instances décisionnelles des organismes responsables de la prévention et de la réparation des blessures et lésions d'origine professionnelle; par conséquent, le taux d'acceptation des réclamations en appel des travailleuses souffrant de troubles musculosquelettiques ou de lésions psychologiques, disproportionnellement bas lors des premières études, est devenu comparable à celui des travailleurs (Lippel 2015a; Lippel 2009; Lippel 2005).

Malgré certains progrès, les inégalités de genre dans la reconnaissance des problèmes de santé liés au travail persistent. Ici, nous examinerons les risques psychosociaux et les lésions qui y sont associées, avant de nous pencher sur le cancer lié aux expositions professionnelles.

Regards contemporains : deux cas de figure

Les lésions attribuables à l'exposition aux risques psychosociaux, y compris la violence au travail

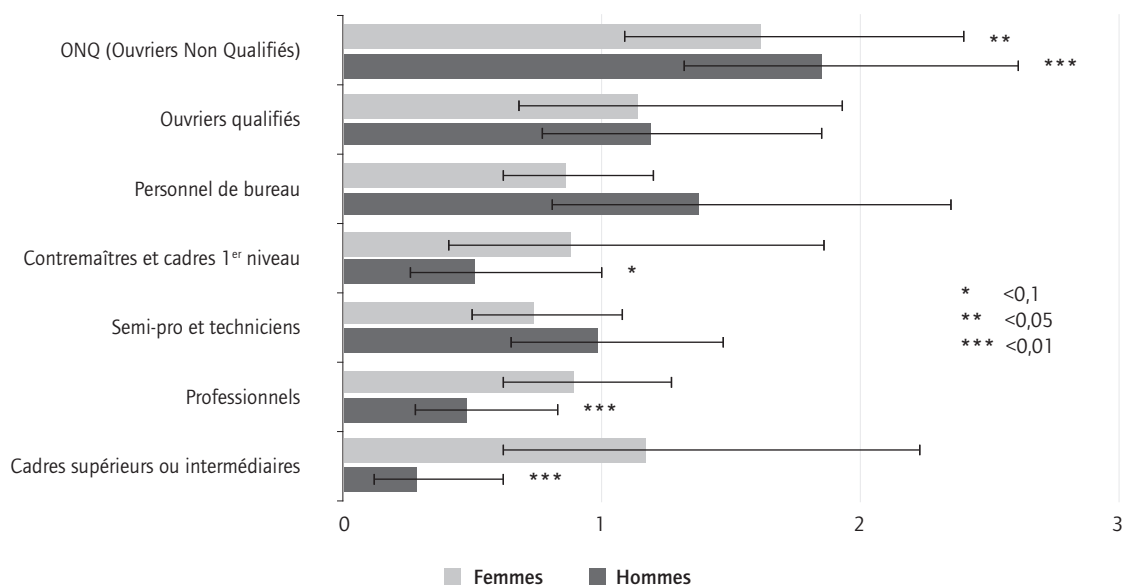
Dans nos premières études qui examinaient l'attitude des juges administratifs envers les réclamations de travailleuses souffrant de problèmes de santé mentale, nous avons constaté que les valeurs qui sous-tendaient les jugements refusant de reconnaître le caractère professionnel des problèmes de santé mentale étaient enracinées dans certains préjugés à l'égard du travail des femmes (Lippel 1989; Lippel 1999). Lorsque la travailleuse occupait un emploi dans un secteur d'activité habituellement associé au travail féminin, les juges ne voyaient pas en quoi les situations stressantes invoquées par les femmes sortaient de l'ordinaire (le critère de reconnaissance d'une lésion professionnelle de nature psychologique). Si les conditions stressantes étaient jugées normales, la réclamation était refusée. À la même époque, lorsqu'une femme travaillant dans un milieu traditionnellement masculin — comme les institutions carcérales — était l'objet de harcèlement sexuel et de comportements menaçants, on a pu constater le refus de sa réclamation pour lésion psychologique au nom de la normalité de la frustration sexuelle des détenus ou de la trop grande sensibilité de la travailleuse compte tenu de la nature du travail; ces décisions laissaient parfois entendre qu'elle n'était pas à sa place. Pourtant, dans les cas où des hommes gardiens présentaient des réclamations pour des lésions psychologiques en lien avec leur travail, elles étaient habituellement acceptées par les instances en appel (Laprise 2003).

Qu'en est-il en 2019? Au Québec, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST, anciennement la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou CSST) reconnaît aujourd'hui l'importance de la violence au travail comme source de lésion professionnelle. Elle publie annuellement une analyse statistique des réclamations acceptées en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les lésions professionnelles*, L.R.Q., c. A-3.001 et attribuées aux incidents de violence physique, de harcèlement psychologique et de harcèlement sexuel; de cette publication émanent des portraits d'exposition des hommes et des femmes. Il faut applaudir ce progrès,

qui permet de mieux comprendre la réalité des travailleuses et des travailleurs. Dans son dernier rapport, l'organisme constate, de nouveau, que ce sont les femmes qui sont davantage victimes de violence physique (73 %) et psychologique (68,5 %) au travail (CNESST 2018a). La Commission publie également des rapports sur la reconnaissance des lésions psychologiques imputables au stress au travail, où elle constate que les lésions reconnues être en lien avec un stress aigu sont relativement partagées entre les hommes et les femmes (53 % des cas concernent des femmes et 47 % des hommes), alors que les travailleuses ont subi la majorité des lésions attribuables au stress chronique — 66 % sont des femmes (CNESST 2018b). Les dossiers acceptés en lien avec la violence et le stress au travail relèvent en particulier du secteur de la santé et des métiers de service, catégories où on retrouve une très grande majorité de femmes.

Les statistiques portant sur les lésions reconnues ne représentent que la pointe de l'iceberg par rapport au nombre de personnes exposées à la violence et au stress au travail et qui développent des problèmes de santé suite à ces expositions. Une étude sur un échantillon représentatif de la population québécoise qui travaille nous a appris, par ailleurs, que le secteur de la santé était celui où on retrouvait le plus grand nombre de travailleurs rapportant avoir été victimes de violence au travail (pour chaque forme de violence étudiée : violence physique, harcèlement psychologique et harcèlement sexuel). La grande majorité des victimes de harcèlement psychologique et de harcèlement sexuel étaient des femmes (la même tendance s'observait pour la violence physique, mais les écarts selon le sexe n'étaient pas statistiquement significatifs) (Lippel *et al.* 2011).

Graphique 1 Santé mentale (% HAD > 21), exposition aux RPS (« isostrain »)



Source : Enquête du Québec sur les conditions de travail et d'emploi, la santé et la sécurité au travail (EQCOTESST), 2007-2008

Les résultats relatifs au harcèlement psychologique étaient particulièrement préoccupants. Nous avons constaté que la place d'un travailleur dans la hiérarchie professionnelle déterminait son exposition au harcèlement psychologique. En effet, les ouvriers non qualifiés, hommes et femmes, étaient plus susceptibles que ceux appartenant à d'autres catégories d'emploi d'être la cible de harcèlement psychologique. Par contre, en ce qui concernait les autres catégories d'emploi, le portrait différait selon le sexe du travailleur. Comme l'illustre la Figure 1, chez les hommes, l'exposition diminuait de manière significative vers le sommet de la hiérarchie organisationnelle. En revanche, chez les femmes, le fait d'être qualifiées ou cadres n'était pas nécessairement le garant d'une protection contre le harcèlement psychologique. Pour ce phénomène profondément lié aux abus de pouvoir (Einarsen *et al.* 2011), l'étude québécoise nous montre que l'accès au pouvoir ne protégeait pas pour autant les travailleuses, alors que la réalité est tout autre chez les travailleurs. Nous avons exposé, ailleurs, l'ensemble des résultats et des implications pour les politiques régissant le harcèlement psychologique (Lippel *et al.* 2016). Constatons, tout au moins, que les femmes demeurent, plus que les hommes, vulnérables à cette forme de violence au travail et que les dynamiques du harcèlement psychologique se jouent différemment, selon que la cible du harcèlement est un homme ou une femme.

Dans nos études déjà citées, nos premiers constats associaient l'invisibilité des difficultés dans le travail des femmes à une discrimination systémique à leur égard, notamment dans la reconnaissance du caractère professionnel des lésions qu'elles subissaient au travail. Nos premières études mettaient en lumière les stéréotypes véhiculés dans les décisions des tribunaux administratifs : on acceptait volontiers que le travail de policier fût stressant et violent, mais pas celui de la professeure d'école ou de l'agente d'indemnisation. Nous aurions pu penser que ces stéréotypes étaient chose du passé. Pourtant, l'exemple suivant nous porte à craindre qu'ailleurs au Canada, les choses n'ont pas beaucoup changé.

En 2016, le législateur ontarien a adopté la *Loi modifiant la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail et la Loi sur le ministère du Travail relativement à l'état de stress post-traumatique*, 2016 L.O. c. 4. Cette loi ajoute l'état de stress post-traumatique à la liste des lésions professionnelles présumées reliées au travail, diagnostic souvent posé suite à l'exposition à un événement dit de « stress aigu ». Au Québec, 67 % des dossiers pour stress aigu acceptés en 2017 appartenaient à cette catégorie (CNESST 2018b) ; la catégorie des professions de santé était la plus victime de stress aigu, représentant 13,1 % des dossiers (CNESST 2018b). Or, dans la législation ontarienne, on accepte de présumer que l'état de stress post-traumatique est survenu en raison de l'emploi, si un travailleur reçoit ce diagnostic alors qu'il exerce les métiers stipulés, soit : plusieurs catégories de pompier, les agents de police, les membres d'une équipe d'intervention d'urgence (plusieurs catégories, dont les ambulanciers, les répartiteurs, etc.) et les travailleurs de plusieurs catégories de milieux carcéraux. Les métiers féminins, notamment les infirmières, sont exclues de la portée de cette législation, même si, au Québec, elles exercent le métier où le syndrome de stress post-traumatique est

le plus fréquemment reconnu à titre de lésion professionnelle. Il faut se demander si les travailleuses sont toujours aussi invisibles qu'elles l'ont été au XX^e siècle.

Il faut noter que ce même gouvernement a modifié en juillet 2016 sa législation en matière de santé et sécurité au travail pour spécifier que le harcèlement sexuel était une forme de violence au travail qui faisait partie des risques du travail et qu'à ce titre l'employeur et l'inspectat en matière de santé et sécurité au travail ont des obligations de prévention (Lois de l'Ontario 2016, c. 2). On peut croire que les travailleuses ne sont pas invisibles pour le gouvernement et les acteurs sociaux, mais ce sont les risques typiquement féminins qui sont reconnus, et non ceux qui découlent de la difficulté invisible de leur travail quotidien.

Explorons maintenant les cancers d'origine professionnelle et leur reconnaissance chez les hommes et les femmes.

La reconnaissance des cancers professionnels chez les hommes et les femmes

En 2015, nous avons publié une étude sur la reconnaissance des cancers professionnels au Québec, étude juridique classique basée sur l'analyse de la législation et de la jurisprudence québécoise en matière de réparation (Lippel 2015b). En préparation de cette étude, nous avons identifié tous les jugements sur le cancer rendus par les tribunaux administratifs québécois chargés de la reconnaissance, en appel, des lésions professionnelles — jugements rendus entre 1985 et 2014. Plus de 300 jugements ont été analysés. Il faut constater que le taux d'acceptation en appel des réclamations portant sur le cancer est très bas au Québec, notamment en raison du fait qu'il existe peu de diagnostics présumés reliés à une exposition professionnelle dans la législation. Cela dit, il demeure remarquable que seulement huit des jugements portaient sur des cas impliquant des travailleuses. De ce nombre, trois réclamations ont été acceptées : trois cas de mésothéliome — un cancer présumé relié à l'exposition à l'amiante dans la législation québécoise. Les cinq autres cas ont été refusés, dont deux pour des cancers du sein diagnostiqués chez deux préposées à la stérilisation chez le même employeur, exposées à l'oxyde d'éthylène en raison d'un bris d'équipement ; deux cas de cancer pulmonaire, un survenu chez le même employeur et dans le même service que les travailleuses atteintes de cancer du sein, l'autre impliquant le travail de nettoyage à sec ; et enfin, un cas de cancer de la vessie chez une travailleuse d'aluminerie, madame Linda Grondin, qui avait œuvré pendant 151 semaines dans les salles de cuves de Söderberg⁴, endroit propice au développement de cancers de la vessie. Ce der-

4. La production d'aluminium se réalise par différents procédés. Le procédé « Söderberg » permet la réduction de l'alumine (extraite de la bauxite) dans des cuves à électrolyse de grande taille. Le processus même d'électrolyse dans ces cuves entraîne des dégagements d'hydrocarbures aromatiques polycycliques, lesquelles contiennent notamment du benzène alpha pyrène.

nier refus était basé sur le fait que la durée de l'exposition de madame Grondin était inférieure à celle des hommes qui ont vu leur cancer professionnel reconnu suite aux expositions dans les salles de cuves de Söderberg. Or, les travailleuses n'ont pas fait l'objet des études épidémiologiques sur les effets de l'exposition au benzène alpha pyrène contenu dans les hydrocarbures aromatiques polycycliques dans ces salles de cuves. Les études scientifiques sur les femmes n'ont pas été produites, sans doute parce qu'elles n'existent pas. Il est donc impossible de savoir si ces cancérogènes opèrent différemment chez les femmes que chez les hommes, ni si la durée d'exposition suffisante pour causer un cancer de la vessie est moindre pour les femmes que pour les hommes. Chose étonnante, par contre : dans ce cas précis, on sait non seulement que la travailleuse fumait du tabac, mais également que le conjoint de la travailleuse était fumeur, élément de preuve absent de tous les jugements de rejet de réclamation impliquant un travailleur de sexe masculin atteint d'un cancer.

Dans le cas précis de l'étude des cancers d'origine professionnelle, les travailleuses ont souvent été exclues des études scientifiques. Dans une analyse de la littérature scientifique, publiée en 2015 (Hohenadel *et al.* 2015), les chercheurs ont constaté qu'entre 1991 et 1995, seulement 39 % des études sur le cancer professionnel incluaient des femmes. Entre 2006 et 2009, cette proportion est montée à 62 %. Par contre, 91 % des études incluaient des hommes. Dans un contexte où le silence épidémiologique implique la non-reconnaissance des facteurs professionnels comme agents causals d'un cancer, il n'est pas surprenant que peu de femmes réclament des indemnités pour un cancer professionnel et que, lorsqu'elles le font, elles aient moins de possibilités que les hommes à faire valoir leurs droits en se basant sur des connaissances scientifiques. Lorsqu'on sait que le financement de la recherche est relié aux risques perçus comme étant reliés au travail, notamment en raison du taux de lésions professionnelles reconnues (Messing et Boutin 1997), on fait face à un cercle vicieux. Les médecins ne pensent pas aux expositions professionnelles de leurs patientes (encore moins que pour les hommes patients, et déjà ces questions sont rarement abordées), les demandes d'indemnisation sont rarement soumises aux instances chargées d'assurer la réparation des lésions professionnelles. Si elles le sont, la preuve est plus difficile à faire en raison de l'absence de données scientifiques, et en l'absence de lésions professionnelles reconnues, il n'y a pas d'incitations à faire de la recherche, un cercle vicieux documenté et dénoncé par Karen Messing à maintes reprises (Messing et Stellman 2006 ; Messing *et al.* 2003 ; Messing 2002).

Conclusion : comment faire échec à l'invisibilité des souffrances des femmes au travail ?

La reconnaissance des lésions professionnelles chez les travailleuses québécoises et canadiennes est meilleure en 2019 qu'elle ne l'a été au début des recherches effectuées par l'équipe « L'Invisible qui fait mal » en partenariat. Pourtant, on constate encore des difficultés, non seulement juridiques, mais

aussi politiques, lorsque vient le temps de revendiquer la reconnaissance des risques associés au travail des femmes. La récente législation ontarienne reconnaissant à titre de lésion professionnelle l'état de stress post-traumatique illustre la complexité du débat. Il s'agit de la première reconnaissance législative de cette lésion professionnelle en droit canadien : une victoire attribuable aux luttes acharnées des syndicats regroupant les premiers répondants, notamment les pompiers, les ambulanciers, les gardiens de prison et les policiers. Depuis nos premières études sur le stress au travail, on sait que les stéréotypes largement partagés dans la société, y compris par les juges, acceptent que ce type de travail soit source de stress (Lippel 1989). Pourtant, il aura fallu vingt-sept ans depuis cette publication où on a constaté l'acceptation institutionnelle du caractère stressant de ces métiers — par les Commissions des accidents du travail et les tribunaux —, pour qu'un législateur reconnaisse ce qui était largement accepté dans l'opinion des décideurs des années quatre-vingt. Si la coalition syndicale de 2016 avait lutté pour inclure aussi les infirmières, plus nombreuses que les premiers répondants à être touchées par la violence au travail et le stress post-traumatique, il est possible que le législateur aurait refusé tout simplement d'adopter cette législation innovatrice. Observons-nous un pari à quitte ou double? Les infirmières seront-elles intégrées dans la prochaine réforme, maintenant que la lésion a été ajoutée à la liste?

Pour ce qui concerne la reconnaissance des cancers professionnels chez les travailleuses, les défis sont encore plus grands. D'une part, il est extrêmement ardu de combattre le pouvoir des industriels qui produisent et, de ce fait, exposent les travailleuses et travailleurs aux cancérogènes (Thébaud-Mony 2014), rendant difficile la reconnaissance des cancers pour tous les travailleurs. D'autre part, l'investissement dans la recherche des causes professionnelles du cancer est en déclin (Raj *et al.* 2014), alors que les recherches sur les cancers professionnels des travailleuses n'ont jamais été priorisées (Hohenadel *et al.* 2015). De rares études sur les causes professionnelles du cancer du sein ont fait l'objet d'une polémique dans le monde scientifique (Brophy *et al.* 2012; Brophy *et al.* 2013), ce qui suggère que le consensus scientifique requis pour une réforme législative des listes de lésions professionnelles est loin d'être acquis.

Une vision rétrospective laisse quand même place à un optimisme prudent. Chercheuses comme syndicalistes doivent continuer à mettre en lumière les problèmes de santé au travail des travailleuses. Les choses changent, mais à pas de tortue.

Note de l'éditeur

Le 12 juin 2018, d'importants changements à la Loi sur les normes du travail entraient en vigueur au Québec. Trois d'entre eux touchent le harcèlement psychologique : les paroles, les actes ou les gestes à caractère sexuel entrent maintenant officiellement dans la définition du concept. Le délai pour porter plainte a été modifié en passant de 90 jours à 2 ans. Depuis le 1^{er} janvier 2019, tout employeur doit se doter d'une politique de prévention du harcèlement psychologique ou sexuel et de traitement des plaintes.

Références

- Brophy J.T. *et al.* (2012) Breast cancer risk in relation to occupations with exposure to carcinogens and endocrine disruptors: a Canadian case-control study, *Environmental Health*, 11:87. doi: 10.1186/1476-069X-11-87
- Brophy J.T. *et al.* (2013) Breast cancer and the environment: why research and preventive action are needed, *Current Oncology*, 20 (5), e488-90. doi: 10.3747/co.20.1681.
- Chappert F. (2015) De l'égalité professionnelle à la santé au travail : quand l'entreprise se questionne sur les conditions de travail des femmes et des hommes, ANACT, Marseille, le 7 avril 2015. http://www.genre-orm-paca.org/IMG/pdf/powerpoint_intervention_f.chappert_-_anact_-_7_avril_2015.pdf
- CNESST (2018a) Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail 2014-2017, Québec, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.
- CNESST (2018b) Statistiques sur les lésions attribuables au stress en milieu de travail, 2014-2017, Québec, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.
- Einarsen S., Hoel H., Zapf D. et Cooper C.L. (dir.) (2011) *Bullying and harassment in the workplace: development in theory, research and practice*, Boca Raton, CRC Press.
- Hohenadel K., Raj P., Demers P.A., Hoar Zahm S. et Blair A. (2015) The inclusion of women in studies of occupational cancer: a review of the epidemiologic literature from 1991-2009, *American Journal of Industrial Medicine*, 58 (3), 276-281.
- Laprise F. (2003) L'indemnisation du stress post-traumatique dans un milieu de travail « prévisiblement » violent, in Barreau du Québec (dir.) *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 185-240.
- Lippel K. (1989) Workers' compensation and psychological stress claims in North American Law: a microcosmic model of systemic discrimination, *International Journal of Law and Psychiatry*, 12 (1), 41-70.
- Lippel K. (1999) Workers' compensation and stress, *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 79-89.
- Lippel K. (2005) Le harcèlement psychologique au travail : portrait des recours juridiques au Québec et des décisions rendues par la Commission des lésions professionnelles, *Pistes*, 7 (3), 1-29. <https://journals.openedition.org/pistes/3184>
- Lippel K. (2009) Le droit québécois et les troubles musculo-squelettiques : règles relatives à l'indemnisation et à la prévention, *Pistes*, 11 (2), 1-14. <https://journals.openedition.org/pistes/2381>
- Lippel K. (2015a) La reconnaissance des lésions professionnelles : comment lier la santé au travail à l'égalité hommes-femmes, in Thébaud-Mony A., Volkoff S., Davezie P. et Vogel L. (dir.) *Les risques du travail*, Paris, La Découverte, 522-525.
- Lippel K. (2015b) Reconnaissance des cancers d'origine professionnelle au Québec, *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*, 394, 297-368.
- Lippel K., Vézina M., Bourbonnais R. et Funes A. (2016) Workplace psychological harassment: gendered exposures and implications for policy, *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 74-87.

- Lippel K., Vézina M., Stock S. et Fune A. (2011) Violence au travail : harcèlement psychologique, harcèlement sexuel et violence physique, in IRSST (dir.) Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 325-399
- Messing K. (2002) La place des femmes dans les priorités de recherche en santé au travail au Québec, *Industrial Relations/Relations industrielles*, 57 (4), 660-686.
- Messing K. *et al.* (2003) Be the fairest of them all: challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research, *American Journal of Industrial Medicine*, 43 (6), 618-629.
- Messing K. et Boutin S. (1997) Les conditions difficiles dans les emplois des femmes et les instances gouvernementales en santé et en sécurité du travail, *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 52 (2), 333-363.
- Messing K. et Lippel K. (2013) L'invisible qui fait mal : un partenariat pour le droit à la santé des travailleuses, *Travail, genre et sociétés*, 29, 31-48.
- Messing K. et Stellman J.M. (2006) Sex, gender and women's occupational health: the importance of considering mechanism, *Environmental Research*, 101 (2), 149-162.
- Raj P., Hohenadel K., Demers P.A., Zahm S.H. et Blair A. (2014) Recent trends in published occupational cancer epidemiology research: results from a comprehensive review of the literature, *American Journal of Industrial Medicine*, 57 (3), 259-264.
- Thébaud-Mony A. (2014) *La science asservie. Santé publique : les collusions mortifères entre industriels et chercheurs*, Paris, La Découverte.
- Vogel L. (2011) *Femmes et maladies professionnelles : le cas de la Belgique*, Rapport 122, Bruxelles, ETUI.
- Vogel L. (2015) De la silicose des mineurs aux lombalgies des infirmières : réflexions critiques sur le droit des maladies professionnelles, *Tijdschrift voor sociaal recht/Revue de droit social*, 3, 473-534.

Santé mentale au travail et genre. Intérêt et limites d'une approche statistique au travers de l'enquête Sumer¹ en France

Paul Bouffartigue* et Jacques Bouteiller**

* Directeur de Recherche CNRS, et membre du Laboratoire d' Economie et de Sociologie du Travail (LEST), Université Aix-Marseille

** Socioéconomiste, chercheur associé au LEST, Université Aix-Marseille

Approcher les relations entre travail, genre et santé mentale à partir de sources statistiques se heurte à une série de difficultés théoriques et méthodologiques. Avant même que surgissent de « nouvelles » pathologies professionnelles telles que les troubles musculosquelettiques (TMS) et les risques psychosociaux (RPS) qui dépassent les atteintes à la santé physique, l'ergonomie de l'activité avait montré les limites d'une vision causaliste — ignorant les circularités et les interdépendances entre santé et perception des conditions de travail² — et décontextualisée, en termes de « facteurs de risques » (Volkoff et Molinié 2008). Avec les nouveaux enjeux de la santé mentale au travail, c'est désormais frontalement qu'il convient d'interroger la vision « toxicologique » qui soutient la notion de « risques professionnels » en tant qu'elle présuppose un opérateur passif « exposé » à des agents dangereux, à rebours du point de vue selon lequel tout sujet s'approprié, au travers de son activité, les données, contraintes et ressources de cette dernière (Clot 2010)³.

Par ailleurs la dimension genrée de l'activité et de la construction de la santé au travail n'est investiguée que depuis peu (Messing 2002 ; 2009), *a fortiori* concernant sa dimension psychique (Bercot 2014 ; 2015). Les différences et les

1. L'enquête « SURveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels » (SUMER), a été conçue et réalisée par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé français. 2400 médecins du travail ou de prévention (soit 20 % de l'effectif total) ont participé à l'enquête SUMER de 2010. Au cours des examens périodiques, ces praticiens de santé au travail ont interrogé plus de 50 000 salariés représentatifs de 22 millions de travailleurs des secteurs privé et public en France.

Une nouvelle enquête SUMER a été réalisée en 2016-2017 dont les premiers résultats ont été publiés en septembre 2019. Ces premiers résultats ne mentionnent pas les données sexuées, il n'était donc pas possible de les utiliser (ndlr).

2. À titre d'exemple, les individus dont la santé est fragilisée pour des raisons éventuellement étrangères à l'univers du travail tendent à déclarer des conditions de travail plus pénibles que les individus en meilleure santé.

3. D'où notre préférence pour la notion de confrontation - plutôt que celle d'exposition - à des facteurs de RPS, ou encore pour celle d'enjeux psychosociaux. Cette expression est celle retenue par le colloque « Comment agir sur la santé au travail ? » du Domaine d'Intérêt Majeur Groupe d'Etudes sur la Souffrance au Travail et le Travail (DIM-GESTES), qui s'est tenu à Paris les 11 et 12 juin 2015. On utilise également la notion de « santé mentale au travail ».

inégalités entre les deux sexes au sein du monde du travail sont indissociables du fait que les professions et les conditions de travail sont genrées. Le genre est un construit social du masculin et du féminin qui naturalise et légitime les positions et les pratiques différentes et hiérarchisées de chaque sexe dans l'organisation sociale, selon le principe de la domination masculine. D'où la naturalisation et l'invisibilisation des compétences et des pénibilités professionnelles féminines, expliquant notamment le sous-classement et la sous-rémunération des professions et des postes attribués aux femmes. Et les stéréotypes de genre sont mobilisés jusque dans les tâches concrètes, y compris pour des postes de travail ayant les mêmes appellations (Fortino 2009). D'où la contre-formulation des chercheuses féministes en termes de « toutes choses inégales par ailleurs ». Dans cet esprit, notre démarche vise ici d'une part à compléter l'exploration des apports et des limites d'analyses de type « toutes choses égales par ailleurs » (« TCPA » dans la suite du texte) par la prise en compte de familles professionnelles sexuées et d'autre part à conduire d'autres recherches, qualitatives, empiriques, auprès de groupes professionnels dans lesquels les relations entre genre et santé peuvent être observées sur un mode idiosyncratique (Bouffartigue *et al.* 2009 ; Bouffartigue et Bouteiller 2015). Ajoutons que, au regard de notre objet, l'enquête SUMER-2010 comporte des limites quant à son champ et à son questionnaire, tant sur le volet des facteurs psychosociaux de risque, que de la santé mentale (cf. encadré). C'est donc armés d'une vigilance critique que l'on explore ici ce que cette enquête peut nous apprendre.

Intérêt et limites de l'enquête SUMER-2010

Réalisée grâce au concours de médecins du travail, cette enquête interroge désormais un échantillon quasiment représentatif de la population active salariée occupée (48 000 personnes). Les chômeurs et les salariés précaires sous-représentés y sont donc absents. L'absence de questions sur le parcours professionnel et de santé ainsi que sur la situation de famille interdit d'évaluer les effets de sélection par la santé ainsi que les effets d'interaction vie hors travail/vie de travail. On sait pourtant que, pour les femmes comme pour les hommes, les chômeurs et les adultes en âge de travailler dits « inactifs » déclarent une santé physique et mentale nettement moins favorable que celle des « actifs » en emploi, et que les contraintes de la « double journée » pèsent principalement sur les femmes et leur santé.

Concernant les RPS, le questionnaire 2010 reprend celui de Karasek, en y ajoutant une partie de celui de Sigriest. Mais il ne couvre pas l'ensemble des six dimensions proposées par le rapport du collège des experts réunis pour mettre en place une nouvelle enquête sur ce thème (Gollac et Bodier 2011). Nous avons exploité principalement les deux premières dimensions du questionnaire de Karasek (« demande psychologique » et « latitude décisionnelle ») et l'indicateur qui résulte de leur combinaison « être en situation de job strain ». Nous avons par ailleurs choisi le questionnaire « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HAD) pour approcher la santé mentale. Il comporte 14 questions, 7 évaluant l'anxiété et 7 la dépressivité. Ses résultats apparaissent fragiles, montrant une proximité entre les deux sexes sur cette seconde dimension, qui contredit les enquêtes épidémiologiques attestant d'une plus grande fréquence de

symptômes dépressifs chez les femmes. Nous avons donc choisi de privilégier le score global HAD, plus cohérent avec l'état des connaissances sur la différence de genre sur le plan de la santé mentale.

Exposition aux RPS et persistance d'un « effet sexe » dans les analyses TCPA

Les deux sexes ne sont pas inscrits dans les mêmes conditions de travail ni confrontés aux mêmes risques professionnels. Moins exposées aux pénibilités physiques et aux risques chimiques, les femmes semblent globalement moins concernées par les risques professionnels. Mais les enquêtes sur les conditions de travail et les risques professionnels, initialement conçues sur un mode très industrialiste et « masculiniste », ont commencé à montrer que sur de nombreuses dimensions, généralement moins visibles que d'autres, les femmes sont davantage concernées par de nombreuses pénibilités. Par exemple, travailler quotidiennement au « contact de personnes en détresse » reste perçu comme prolongeant les qualités naturelles de compassion féminine, et donc ne légitimant ni compensation salariale ni prévention de risques professionnels, contrairement au « port de charges lourdes ». Mais l'émergence de « nouveaux risques » — comme les « TMS » ou les « RPS » — qui les concernent davantage, ne signale-t-elle pas qu'une mise en visibilité de risques plus « féminins » serait en cours ?

Selon l'enquête SUMER-2010, 31 % des femmes sont en situation de « job strain »⁴, contre 27 % des hommes (voir le tableau 1). Cette « surexposition » relative des femmes par rapport aux hommes semble en recul au regard de l'enquête de 2003 (avec respectivement 28 % et 20 %). La même tendance se dégage pour l'indicateur d'« isostrain ». Cette diminution de la surexposition féminine aux facteurs de RPS résulte d'une évolution plus défavorable aux hommes, plus touchés notamment par le phénomène général d'accroissement de la « demande psychologique » et de diminution de la « latitude décisionnelle » (Guignon *et al.* 2008 ; Arnaudo *et al.* 2012).

Les autres indicateurs synthétiques d'exposition aux RPS vont dans le même sens. Cette exposition est plus forte dans les catégories d'employé-e-s et d'ouvrier-e-s que dans celles de cadres et de professions intermédiaires. Mais cette surexposition des femmes aux RPS se vérifie dans toutes les grandes catégories socioprofessionnelles, même si dans la catégorie des employé.e.s elle est un peu moins marquée. D'un sexe à l'autre, les inégalités socioprofessionnelles se

4. Les indicateurs de « job strain » et d'« isostrain » se définissent comme suit : le « job strain » ou « tension au travail » est la combinaison d'une faible latitude décisionnelle et d'une forte demande psychologique ; il est associé à un risque plus élevé de troubles cardio-vasculaires, de troubles musculosquelettiques et de troubles dépressifs. L'« isostrain » renvoie au cumul d'une situation de jobstrain et d'un faible soutien social au travail.

nuencent : chez les hommes ce sont les employés les plus concernés, chez les femmes ce sont les ouvrières non qualifiées.

Tableau 1 Évolution 2003-2010 du « job strain » et de l'« isostrain »

Job strain	2003	2010
Tous : % tendu(e)s	23,4	27,32
Femmes : % tendues	28,17	30,89
Hommes : % tendus	19,62	24,43
Isostrain	2003	2010
Tous : % en isostrain	14,46	17,25
Femmes : % en isostrain	17,19	18,91
Hommes : % en isostrain	12,49	15,90

Source : enquêtes SUMER

Si l'on raisonne en termes de facteurs d'exposition, les RPS concernent davantage les femmes en raison de logiques qui tiennent, pour partie, à leur situation professionnelle et, pour partie, à d'autres dimensions reliant genre et travail qui ne sont pas renseignées par cette enquête, ou qui ne peuvent pas l'être par ce type d'enquête (statistique, par questionnaire) mais qui le sont dans d'autres.

Santé mentale et persistance d'un « effet sexe » dans les analyses « TCPA »

Selon l'enquête Santé et itinéraire professionnel de 2006⁵ (SIP-2006), comme selon bien d'autres, l'état de santé mentale des femmes apparaît relativement dégradé eu égard à celui des hommes, et ce dans la population générale comme dans la population en emploi (voir le tableau 2)⁶.

Tableau 2 Fréquence (%) de troubles de santé mentale selon le sexe (population générale ou en emploi)

	Population générale		Population en emploi	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Au moins 3 symptômes dépressifs	4,6	9,8	3,8	8,0
Au moins 3 symptômes d'anxiété	3,8	7,9	3,3	6,7

Source : Enquête SIP 2006

5. L'enquête SIP recueille une biographie sur le travail, l'emploi et la santé de personnes interrogées 2 fois à 4 ans d'intervalle.
6. Le questionnaire en santé mentale ici utilisé est le « MINI », nettement plus développé que le questionnaire « HAD » : Mini International Neuropsychiatric Interview.

La fragilisation relativement plus fréquente de la santé mentale des femmes se vérifie quelle que soit la situation au regard de l'emploi et de l'activité : en emploi, en recherche d'emploi, en retraite, au foyer. Et, malgré les limites du questionnaire HAD utilisé, cela se vérifie dans l'enquête SUMER-2010.

Tableau 3 Indicateurs de santé mentale selon le sexe (%) (population en emploi)

	Hommes	Femmes
Anxiété : score > 8	47,4	56,5
Dépression : score > 10	25,5	25,0
Score HAD-1 (> 17)	52,1	57,8
Score HAD-2 (> 21)	13,3	17,7

Note : indicateurs de santé mentale construits à partir du questionnaire HAD : un score total de 0 à 42 est calculé par sommation des quatre réponses proposées à chacun des 14 symptômes – du type « la plupart du temps », « souvent », « de temps en temps », « jamais ». Les seuils retenus ici sont 17 (« HAD-1 ») et 21 (« HAD-2 »).
Source : Enquête SUMER-2010

La différenciation de l'indicateur HAD selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe suggère qu'il peut être utilisé : il traduit en effet une santé mentale tendanciellement plus fragile dans les catégories socio-professionnelles (CSP) moins qualifiées.

Tableau 4 Indicateurs de santé mentale (HAD-2), selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle (CSP) (%)

CSP	Hommes	Femmes
Ouvriers non qualifiés	14,5	23,2
Ouvriers qualifiés	13,2	20,6
Employés	15,2	17,8
Agents de maîtrise	14,6	16,8 *
Techniciens	12,8	21,7 *
Professions intermédiaires dans la fonction publique	8,9	12,2
Ingénieurs-cadres du privé	12,2	15,9
Cadres de la fonction publique	6,6	13,2
Ensemble	13,3	17,7

* La faiblesse des effectifs féminins dans ces deux catégories socio-professionnelles incite à la prudence.

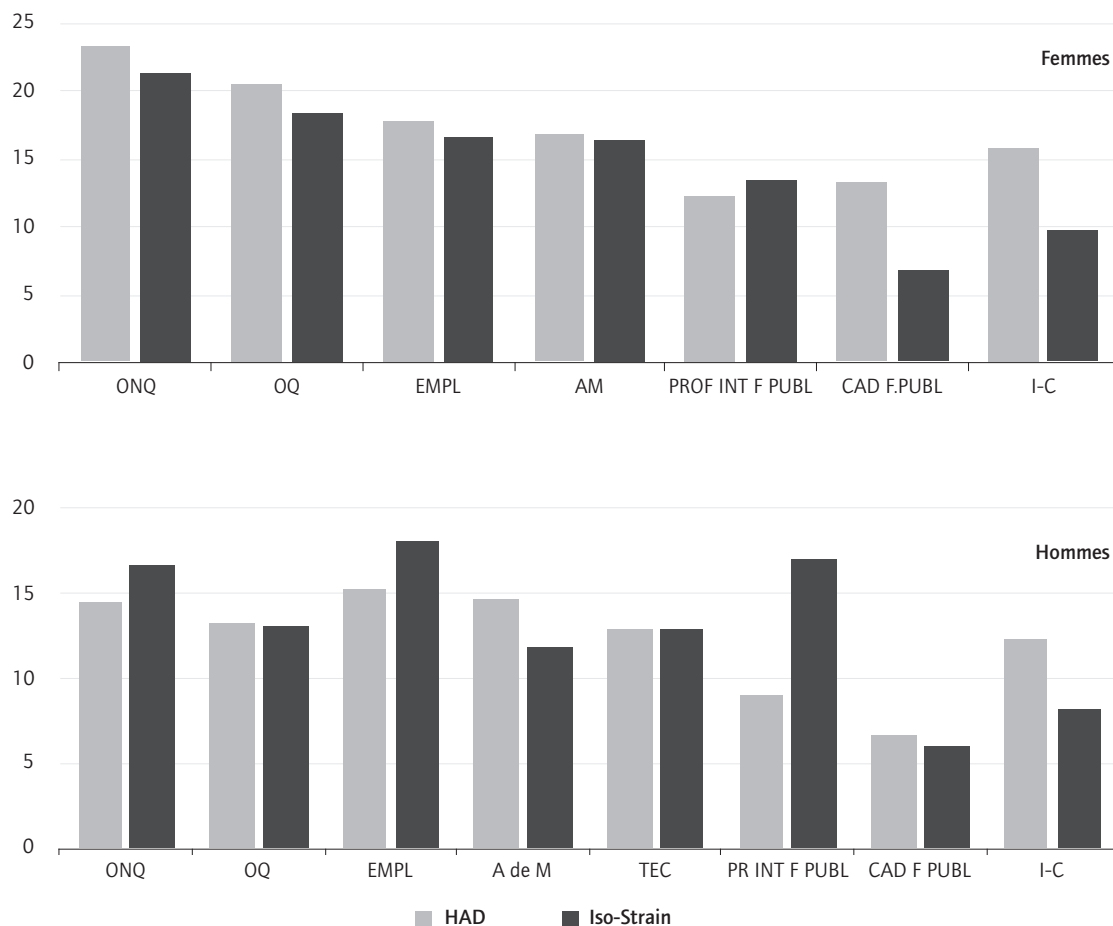
En reprenant les variables mobilisées plus haut en relation avec l'exposition aux RPS au sens de Karasek, et en ajoutant des variables propres à cette exposition, les résultats attestent d'un effet propre et important de l'appartenance de sexe. Ils montrent aussi un effet important des conditions de travail, au premier rang desquelles celles qui indiquent une exposition aux RPS telles que « craindre pour son emploi ou pour des changements dans son travail », « être inquiet pour ses conditions salariales », « ne pas bénéficier d'un soutien social au travail » et « être en situation de "job strain" ». Toutes ces variables jouent

de manière remarquablement proche dans les modèles, qu'on les applique aux deux sexes ensemble ou séparément.

Les professions féminines : à la fois surexposées aux RPS et ayant une santé mentale fragilisée

Il s'agit ici de progresser vers une compréhension plus réaliste et synthétique de l'impact des facteurs psychosociaux, d'abord selon la hiérarchie socioprofessionnelle, puis à l'échelon plus fin des professions et familles professionnelles (voir le graphique 1).

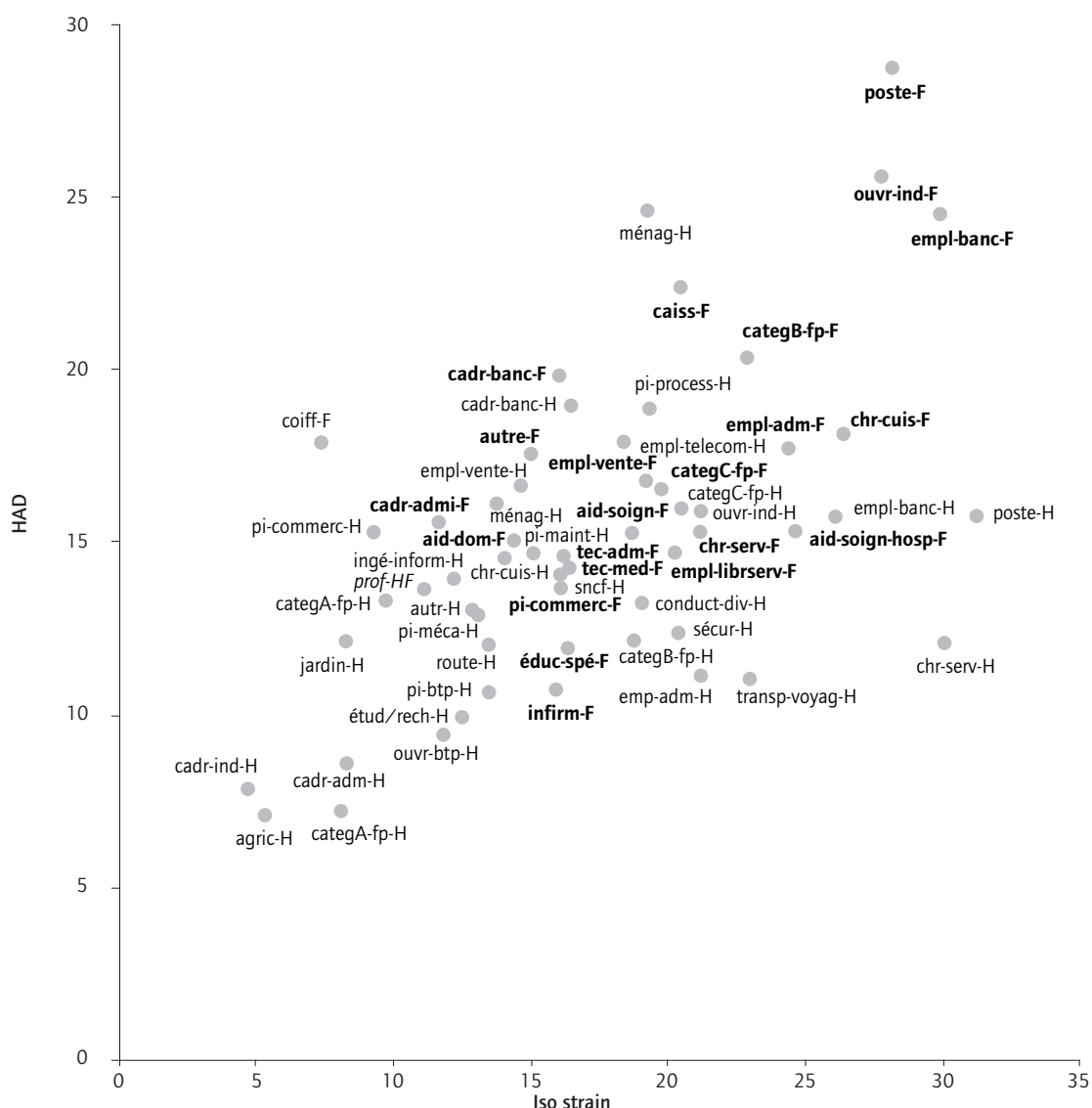
Graphique 1 Santé mentale (% HAD > 21), exposition aux RPS (« isostrain »)



Chez les femmes, d'une catégorie socioprofessionnelle à l'autre, la santé mentale semble varier de manière associée à l'exposition aux RPS : des ouvrières non qualifiées aux professions intermédiaires de la fonction publique, les scores des deux indicateurs diminuent tous les deux régulièrement. Chez les femmes

cadres du secteur privé, l'indicateur de santé mentale se disjoint de l'indicateur d'exposition aux RPS. Ce dernier est nettement moins élevé que chez les autres salariés, alors que l'indicateur de HAD n'est guère meilleur que celui des employées. Chez les hommes, d'une catégorie socioprofessionnelle à l'autre, le lien est moins net : par exemple, les cadres du secteur privé présentent un indicateur de santé mentale médiocre, proche de celui des techniciens et même des ouvriers qualifiés, alors qu'ils sont sensiblement moins exposés aux RPS.

Graphique 2 Familles professionnelles, « iso-strain » et santé mentale



Note : En abscisse : le % en « isostrain » ; en ordonnée : le % de scores HAD >21.
 En noir (gras) : professions féminines ou femmes des familles professionnelles mixtes.
 En noir : professions masculines, ou hommes des familles professionnelles mixtes.

La plupart des professions ayant un sexe, nous avons construit 57 « familles professionnelles sexuées » — 24 sont féminines, 31 masculines et seulement 2 sont mixtes⁷. Sur les 27 familles professionnelles dont l'état de santé mentale est plus négatif que la moyenne, 19 sont féminines, et les 7 dont l'état de santé mentale est le plus négatif sont féminines : 4 sont des professions ouvrières ou d'employées (employées de la Poste, ouvrières de l'industrie, femmes de ménage et employées de banque) ; les 2 autres sont, d'une part, les professions intermédiaires administratives de la fonction publique et, d'autre part, la profession de cadre de banque. Ce dernier cas illustre ce qui a été vu plus haut : les femmes cadres du secteur privé peuvent avoir un HAD médiocre sans que leurs indicateurs d'exposition aux RPS soient défavorables. À l'autre extrémité, les dix professions déclarant la meilleure santé mentale sont toutes masculines, à l'exception des infirmières. Celles-ci déclarent pourtant une exposition relativement forte aux RPS. Si on n'est guère surpris d'y retrouver les cadres de la fonction publique et les ingénieurs et cadres d'industrie, plus étonnante — on y revient plus bas — est la présence des ouvriers du Bâtiment, ceux des Travaux publics, ou encore celle des conducteurs du transport de voyageurs.

Dans le graphique 2, la plupart de ces « familles professionnelles sexuées » sont distribuées selon deux axes — exposition au « job strain » et état de santé mentale.

Deux premiers constats se dégagent de l'analyse du graphique 2 : (1) le nuage de points dessine une diagonale qui indique une certaine corrélation entre degré d'exposition au « job strain » et état de santé mentale ; (2) les familles féminines sont plus nombreuses dans la partie droite. Ainsi, parmi les 18 familles professionnelles caractérisées à la fois par une surexposition au « job strain » et par un état de santé mentale dégradé, 14 sont féminines. Inversement, parmi les 18 familles professionnelles caractérisées par une sous-exposition aux RPS et par un état de santé mentale meilleur que la moyenne, seulement trois sont féminines. Dans le quadrant « nord-ouest », on trouve huit familles dont l'état de santé mentale est moins bon que la moyenne mais qui ne sont pas surexposées au « job strain », dont trois féminines (coiffeuses-esthéticiennes, cadres administratives et financières, autres professions). On relève le cas des coiffeuses esthéticiennes, d'autant plus paradoxal *a priori* qu'il s'agit d'une profession très jeune — la plus jeune, avec 32 ans en moyenne et plus de la moitié ayant moins de 30 ans — et dont l'insatisfaction au travail n'est pas plus fréquente que la moyenne. Dans le quadrant « sud-est » se situent huit familles, à la fois relativement protégées du « job strain » et des atteintes à la santé mentale, dont seulement deux féminines (professions intermédiaires et cadres commerciales, cadres de la fonction publique). On note qu'elles sont un peu plus jeunes que la moyenne des femmes, et dans deux cas sur trois un peu plus satisfaites de leur travail. Une profession féminine, celle des infirmières, se singularise par une exposition aux « RPS » légèrement supérieure à la moyenne, mais une bonne santé mentale. Concernant les quatre professions masculines

7. Il s'agit de deux familles professionnelles relativement mixtes et dont les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour qu'on les scinde en deux : les employé.e.s de libre-service et les enseignant.e.s.

situées dans le quadrant « nord-est » — indiquant une surexposition au « job strain » et un état de santé mentale inférieur à la moyenne —, on n'est guère étonné de trouver les ouvriers de l'industrie. On y trouve aussi trois catégories d'employés — de la banque, de la Poste et des Télécoms — qui sont tous relativement âgés et qui déclarent nettement plus souvent que les autres une insatisfaction au travail.

Peut-on rapprocher ces résultats d'autres enquêtes permettant de relier conditions de travail et santé mentale ? Pour décrire l'exposition aux RPS et ses relations avec la santé en général et la santé mentale en particulier, une typologie de six groupes de travailleurs a été élaborée à partir de l'enquête SIP-2010 (Bègue 2014). Chaque groupe est défini par un degré et des formes d'exposition aux RPS, et par un degré d'atteintes à la santé et à la santé mentale⁸. Les trois premiers groupes se signalent notamment par une probabilité plus faible qu'en moyenne de déclarer « un épisode dépressif majeur ou un trouble anxieux généralisé » au cours de l'année écoulée, les trois derniers par une probabilité plus forte — et nettement croissante du quatrième au dernier — de déclarer de tels troubles.

Ces six groupes sont les suivants :

1. « Faible exposition » (28 % de la population). Il s'agit d'un groupe mixte, où sont surreprésentés les plus de 50 ans, les employés des services directs aux particuliers, les ouvriers qualifiés de l'artisanat et les employés administratifs d'entreprise ;
2. « Sans reconnaissance mais sans dommage » (19 %). Il s'agit d'un groupe plutôt masculin et jeune, sans sur-représentation de catégories socioprofessionnelles spécifiques ;
3. « Forte exposition émotionnelle mais du soutien » (16 %). Ce groupe féminisé travaille souvent dans les services publics ;
4. « Sous pression » (15 %) : groupe plutôt masculin de cadres et professions intermédiaires du secteur privé ;
5. « Sans reconnaissance ni soutien » (13 %). Ce groupe est plutôt féminisé et âgé ; on y retrouve de nombreuses salariées des services publics de santé et d'action sociale ;
6. « Surexposition » (9 %) : groupe mixte où sont sur-représentés les personnels des services directs aux particuliers et les employés de commerce (deux CSP féminisées), comme les ouvriers non qualifiés et qualifiés de type industriel et les ouvriers non qualifiés de type artisanal (CSP masculines).

Le tableau 5 synthétise les caractéristiques des six groupes de travailleurs (têtes de colonne) en matière d'exposition aux facteurs de RPS et d'état de santé (en

8. Les différences méthodologiques entre cette enquête et SUMER incitent évidemment à la plus grande prudence dans ce rapprochement. Notamment, la notion de « RPS » est appréhendée de manière plus complète dans l'enquête SIP : elle reprend les six dimensions proposées par le collège des experts, au-delà donc des deux premières dimensions (demande psychologique/latitude décisionnelle) du modèle de Karasek ; et le questionnaire utilisé pour appréhender la santé mentale n'est pas le même (cf. note 3).

ligne). Il montre comment quelques-unes des familles professionnelles sexuées que nous avons identifiées à partir de l'enquête SUMER-2010 — citées dans sa dernière ligne — peuvent s'inscrire dans cette typologie.

Tableau 5 Typologie des professions en termes de degré et formes d'exposition aux RPS, et de niveau d'atteintes à la santé physique et mentale

	Faible exposition	Sans reconnaissance mais sans dommage	Forte exposition émotionnelle mais avec soutien	Sous pression	Sans reconnaissance ni soutien	Surexposition
Les six facteurs de RPS						
Exigences du travail	--	---		+++		+
Exigences émotion	-	-	+++			
Autonomie			-	-		+++
Rapports sociaux	---	+/- +/- -	--	-	+++	+
Conflits de valeurs				+		++
Insécurité économique				+		++
Pénibilités physiques	--	--	+	--		++
État de santé						
Limitations physiques	--	--	-	-	+	++
Santé mentale	--	--	+	--	+	++
Exemples de familles professionnelles sexuées	Aides à domicile (F) Ouvriers du BTP (H)	Conducteurs routiers (H) Salariés agricoles (H)	Employé.e.s de la Poste Agent(e)s des services hospitaliers	Cadres de banque Employé.e.s des Télécoms	Professions intermédiaires du travail social (F) et de la fonction publique (H et F)	Ouvrier.e.s non qualifié.e.s de l'industrie Caissières (F) Employé.e.s de libre-service (H et F)

Note : Lignes « facteurs de RPS » : les signes négatifs indiquent que la dimension RPS est fragilisante, les signes positifs qu'elle ne l'est pas. Lignes « État de santé » (physique et mentale) : les signes positifs indiquent un état relativement favorable, les signes négatifs un état relativement dégradé.

Ainsi, les femmes ouvrières de l'industrie, caissières et employées de la Poste, mais aussi les employés de libre-service des deux sexes seraient plus fréquemment dans le groupe des « surexposés aux RPS » tout en présentant une santé mentale relativement dégradée.

Conclusion

L'approche des liens entre travail, genre et santé mentale à partir de l'enquête SUMER 2010 confirme que les femmes salariées, par ailleurs fortement concentrées dans un petit nombre de professions, sont à la fois davantage concernées par un certain nombre de contraintes ou d'enjeux d'ordre psychosocial, et qu'elles déclarent des symptômes de fragilité psychique — en l'occurrence plutôt de l'ordre de l'anxiété — d'autant plus souvent qu'elles sont concernées par ce type de contraintes ou d'enjeux. Cette approche a par ailleurs le mérite, par ses limites même, de mettre au jour des résultats *a priori* sur-

prenants. Le bon état de santé mentale des ouvriers de la construction pourrait être lié à des effets de sélection ou/et aux limites du questionnaire « HAD » utilisé. La bonne santé mentale des infirmières, dont on sait pourtant qu'elles sont souvent confrontées au « job strain », pourrait être liée aux limites du questionnaire de Karasek pour appréhender les ressources de santé inscrites dans les modes d'engagement et de satisfaction au travail. Des progrès sont donc sans doute à attendre des approches statistiques des liens entre exposition aux RPS et atteintes à la santé mentale, avec la mise en place de l'enquête nationale intégrant l'ensemble des six axes construits suite aux travaux du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail⁹ et d'autres investigations. Il est probable que ces approches continueront de buter sur la dimension toujours contextuelle, inscrite dans une configuration sociale, subjective et genrée de la construction de la santé et en particulier de la santé mentale ; cependant, elles sont précieuses en ce qu'elles contribuent indiscutablement à préciser et à orienter le questionnement dans des voies originales et souvent contre-intuitives, celles qui ouvrent sur les effets de sélection par la santé, sur les effets d'interaction entre normes de genre et normes professionnelles (Lefevre 2015), sur la souffrance au travail comme liée à l'activité empêchée (Clot 2010), ou comme pathologie de l'engagement (Hubault 2011).

Références

- Arnaudo B., Cavet M., Coutrot T., Léonard M., Sandret N. et Rivalin R. (2012) L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER, Dares Analyses 23, Paris, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.
- Bègue M.-H. (2014) Les risques psychosociaux au travail : un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010, Dares Analyses 31, Paris, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.
- Bercot R. (dir.) (2014) La santé au travail au prisme du genre : épistémologie, enquêtes et perspectives internationales, Toulouse, Octarès éditions.
- Bercot R. (dir.) (2015) Le genre du mal-être au travail, Toulouse, Octarès éditions.
- Bouffartigue P., Pendariès J.-R. et Bouteiller J. (2010) La perception des liens travail/santé : le rôle des normes de genre et de profession, *Revue française de sociologie*, 51 (2), 247-280.
- Bouffartigue P. et Bouteiller J. (2015) Les « RPS » au regard du genre. Le cas d'une profession mixte en relation avec le public : factrices et facteurs de la Poste, Rapport de recherche, Aix-en-Provence, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail (UMR 7317).
- Clot Y. (2010) *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte.

9. Formé à la fin de 2008 par l'INSEE à la demande du ministère en charge du travail, le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail est, conformément aux recommandations du rapport Nasse-Légeron, international et pluridisciplinaire. Les membres du Collège ont été choisis en fonction de leur reconnaissance scientifique, attestée notamment par le nombre et la qualité de leurs publications, par les citations dont celles-ci font l'objet et par les responsabilités scientifiques exercées. Il a rendu un rapport intitulé *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*.

- Fortino S. (2009) Mixité au travail, genre et conditions de travail : la construction sociale d'un processus, Document de travail, Paris, Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris.
- Gollac M. et Bodier M. (dir.) (2011) Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- Guignon N., Niedhamer I. et Sandret S. (2008) Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003, Premières Synthèses 22.1, Paris, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.
- Hubault F. (2011) Risques psychosociaux, troubles psychosociaux, charge psychosociale... Questions de travail, in Hubault F. (dir.) Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail?, Toulouse, Octarès éditions, 197-195
- Lefevre N. (2014) Quelques défis pour l'appréhension sociologique des souffrances au travail sous l'angle du genre, in Bercot R. (dir.) La santé au travail au prisme du genre : épistémologie, enquêtes et perspectives internationales, Toulouse, Octarès éditions, 105-125.
- Messing K. (2002) La place des femmes dans les priorités de recherche sur la santé au travail au Québec, Relations Industrielles/Industrial Relations, 57 (4), 660-686.
- Messing K. (2009) Santé des femmes au travail et égalité professionnelle : des objectifs conciliables?, Travailler, 22 (2), 43-58.
- Volkoff S. et Molinié A.-F. (2008) Les études statistiques en santé au travail : ressources et pièges, in Henry E. (dir.) Santé au travail : quels nouveaux chantiers pour les sciences humaines et sociales?, Grenoble, Publications de la MSH-Alpes, 95-114.

Inégalités relatives au genre et à la condition d'immigrée : le cas des maladies musculosquelettiques liées au travail en Italie

Silvana Salerno

Médecin du travail, chercheuse à l'Agence nationale de recherche pour les nouvelles technologies, l'énergie et le développement économique soutenable (ENEA)

Inégalités de genre dans la reconnaissance des maladies professionnelles

À partir des années 90, des études effectuées dans plusieurs pays ont mis en évidence des inégalités significatives au niveau de la déclaration et de la reconnaissance des maladies professionnelles (MP) entre les femmes et les hommes. Ces inégalités sont significatives (pas seulement au sens statistique du terme) parce qu'elles ne sont pas fortuites mais dues à différents facteurs, souvent liés à des discriminations de nature sociale, culturelle et juridique. Ainsi, les études menées en Suède (Messing 1999), au Québec (Lippel 2003), en Suisse (Probst 2009), en Belgique (Vogel 2011) et, récemment, aussi en France (Chappert et Therry 2014) révèlent que les femmes bénéficient d'une reconnaissance inférieure en maladies professionnelles par rapport aux hommes.

Cette différence est non seulement d'ordre quantitatif (moins de déclarations de la part des travailleuses), mais également de nature qualitative (par type de MP) car, souvent, l'absence de reconnaissance concerne aussi les maladies professionnelles les plus fréquentes chez les femmes, à savoir les maladies musculosquelettiques (Probst 2013) et les tumeurs tel le mésothéliome de la plèvre (Merler *et al.* 2011), pour citer quelques exemples étudiés.

En Italie, grâce aux résultats issus des études réalisées dans les pays susmentionnés et à la promulgation du Décret-loi 81/2008 (notamment son article 28 - *Objet de l'évaluation des risques*), qui prévoit l'obligation, de la part de l'employeur, d'évaluer le risque du travail en fonction du « genre », de l'« âge » et de la condition « d'immigré », une étude spécifique a été réalisée afin d'analyser les différences relatives au genre et à la condition des immigrées dans le système d'assurance national¹ (Salerno 2014).

1. L'étude a été réalisée grâce à la Banque de données statistiques (BDS) sur les accidents et les maladies professionnelles publiée en ligne par l'institut national d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (INAIL); elle permet d'analyser les différences « homme-femme » et celles liées à la condition « d'étranger » tant pour la déclaration que pour la reconnaissance de la MP.

L'étude posait les questions suivantes : existe-t-il, en Italie, des inégalités de traitement en matière de reconnaissance des MP ? Existe-t-il des inégalités liées à la condition d'immigrée ? La surcharge biomécanique du membre supérieur, figurant dans la liste des MP, constitue-t-elle une exception ?

L'étude analyse, notamment, la surcharge biomécanique du membre supérieur, qui arrive en première position dans les déclarations des femmes, le but étant d'entamer des procédures de déclaration et/ou de reconnaissance et de prévention axées sur le genre.

Le système assurantiel italien concernant les maladies professionnelles

Le système assurantiel italien concernant les MP est public et se caractérise par un système de reconnaissance dual : une liste des MP, ayant une probabilité de reconnaissance élevée (>50 %), et un système de reconnaissance hors liste, basé uniquement sur la capacité des travailleurs, hommes et femmes, à documenter valablement leur maladie pour que le lien de cause à effet de la MP contractée puisse être reconnu.

Faire figurer une MP sur la liste, c'est donc en faciliter la reconnaissance. Pour cette raison, l'année même de promulgation de la loi (voir supra) (2008), la liste des MP a été mise à jour et une MP typique des femmes, la surcharge biomécanique du membre supérieur, y a été insérée. Ceci a provoqué immédiatement une augmentation des déclarations de ce type de pathologie chez les travailleuses.

Afin d'être reconnue, la MP, classée par l'Institut national d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (INAIL) mais aussi présente dans la classification internationale des maladies (International Classification of Diseases, ICD), doit se manifester lors de travaux spécifiques prévus dans la liste et ne peut être déclarée au-delà d'une limite de temps après l'arrêt de ce travail spécifique. Pour les différentes MP liées à la surcharge biomécanique du membre supérieur, ce délai de prescription est fixé à deux ans pour la grande majorité des pathologies. Les délais impartis pour la détermination de la maladie professionnelle s'élèvent à quatre mois pour les MP figurant sur la liste et à six mois pour les MP hors liste, la charge de travail liée à la procédure de reconnaissance de celles-ci étant plus élevée.

La Banque de données statistiques sur les accidents et les maladies professionnelles (BDS-INAIL) répartit les données sur les MP par secteur d'activité : industrie-services, agriculture, fonction publique (agents publics). Ce choix de répartition des données met l'accent sur les aspects assurantiels au détriment de ceux liés à la prévention car les données concernant la production de services ne sont pas séparées de celles concernant la production de biens. Ce choix produit une convergence de données entre des secteurs pourtant différents et présentant un taux d'occupation féminin très différent. Le secteur des services

emploi en effet un nombre de femmes italiennes et immigrées bien plus important.

De plus, le système d'assurance INAIL assure environ 75 % de tous les travailleurs et travailleuses (9 400 000 femmes et 17 500 000 hommes), mais ne renseigne pas le total des assuré(e)s par sexe (!), ni les heures de travail par sexe (!). Ces données incomplètes ne permettent pas de calculer les différents taux d'incidence et de prévalence selon le sexe et donc d'apprécier si les disparités de genre sont liées à un nombre de travailleurs différents et/ou à un nombre d'heures de travail différent (temps d'exposition).

Les données statistiques par genre et pays d'origine

Les données statistiques globales moyennes se rapportant aux déclarations et reconnaissances des maladies professionnelles pour les femmes et les hommes ont été analysées sur une période de quatre ans (2010 - 2013). On a ensuite calculé le taux d'acceptation (TA), à savoir le nombre de MP reconnues par rapport aux MP déclarées, exprimé en pour cent. Les maladies liées à la surcharge biomécanique du membre supérieur dans le secteur industrie-services, et plus particulièrement les maladies les plus déclarées, ont été étudiées : le syndrome du canal carpien et la tendinite du supra-épineux².

Toutes les maladies professionnelles déclarées et reconnues

L'analyse selon la dimension de genre et la condition d'immigré.e (voir le tableau 1) a révélé que le taux d'acceptation de toutes les MP dans le secteur industrie-services pour les femmes est inférieur de 39 % (-4 %) à celui des hommes. Les immigrées présentent le taux de 32,5 % le plus bas.

Tableau 1 Différences dans le taux d'acceptation de toutes les MP du secteur Industrie et Services (2010-2013, moyenne)

Industrie-services	Déclarées	Acceptées	Taux d'acceptation %	Déclarées	Acceptées	Taux d'acceptation %
Genre	Tous			Immigrés		
Femmes	9 692	3 765	39*	822	267	32,5*
Hommes	25 991	11 115	43	1 823	656	36
			*p<0,001			p<0,10

Source : données statistiques INAIL (mise à jour du 31 octobre 2014)

2. L'analyse statistique a été effectuée en utilisant le test du χ^2 et la fréquence des variables 2x2 a été analysée pour confirmer que les principales différences mises en évidence n'étaient pas dues au hasard.

L'analyse des différences concernant la reconnaissance des MP *hors liste* nous permet de constater que le taux diminue pour l'ensemble des travailleuses et dans une mesure encore plus importante pour les travailleuses. Les travailleuses immigrées ont la situation la moins favorable, avec une acceptation de 10 % seulement.

Une comparaison entre les données concernant les travailleuses italiennes et étrangères montre que ces dernières bénéficient d'une reconnaissance significativement inférieure par rapport aux italiennes pour les MP figurant dans la liste (-7 %) et hors liste (-3 %). Ce constat se vérifie aussi chez les hommes immigrés respectivement -7% et -4% par rapport aux hommes italiens. Il existe donc, dans le cas des immigrées, une double différence liée au genre et à la condition d'immigrée (voir le tableau 2).

Tableau 2 Pourcentages de reconnaissance des déclarations de maladies professionnelles de toutes les femmes et des immigrées, de tous les hommes et des immigrés. Industrie-Services (2010-2013, mise à jour du 31 octobre 2014)

Industrie-Services	Maladies professionnelles – Taux d'acceptation %						
	Genre	Tous		Immigrés		P	
		Liste	Hors liste	Liste	Hors liste	Liste	Hors liste
Femmes	39	13	32*	10*	<0,05*	<0,05*	
Hommes	43	18	36*	14*	<0,001*	<0,001*	

Source : données statistiques INAIL (mise à jour du 31 octobre 2014)

Surcharge du membre supérieur

Une analyse détaillée des MP liées à la surcharge du membre supérieur (voir le tableau 3) dans les secteurs industrie-services met en évidence un taux de reconnaissance inférieur pour toutes les travailleuses (-3 %) et davantage encore pour les travailleuses immigrées (-7 %) (voir le tableau 4). Le phénomène de la sous-reconnaissance des MP liées à la surcharge du membre supérieur, quoique dans une moindre proportion, se confirme pour chaque MP du groupe : le syndrome du canal carpien (-2 %) même chez les immigrées (-2 %), la tendinite du supra-épineux (-8 %) et (-10 %), la différence étant encore non significative du fait des faibles chiffres concernant les immigrées. La comparaison des données concernant les travailleuses italiennes et immigrées montre que ces dernières bénéficient d'une reconnaissance moindre par rapport aux italiennes, tant pour l'ensemble des MP liées à la surcharge biomécanique du membre supérieur (-9 %) que pour le syndrome du canal carpien (-10 %) ou la tendinite du supra-épineux (-8 %). Il en est de même pour les travailleurs immigrés de sexe masculin, par rapports aux italiens : -5 % pour l'ensemble des MP liées à la surcharge biomécanique du membre supérieur, -10 % pour le syndrome du canal carpien et -6 % pour la tendinite du supra-épineux. Les travailleuses immigrées subissent ici encore une double discrimination laquelle est associée à la fois au genre et à leur situation d'immigrée pour les MP liées à la surcharge biomécanique du membre supérieur (voir les tableaux 3 et 4).

Tableau 3 Tous – Maladies professionnelles « surcharge du membre supérieur ». Industrie-Services (moyenne 2010-2013)

Industrie-Services	Tous – Maladies professionnelles		
	Genre	Déclarées	Acceptées
1. Surcharge du membre supérieur			
Femmes	3391	2468	73*
Hommes	3492	2667	76
		p<0,001	-3 %
1.1 Syndrome du canal carpien			
Femmes	1441	1044	72*
Hommes	1000	741	74
		P< 0,05	-2 %
1.2 Tendinite du supra-épineux			
Femmes	931	660	71*
Hommes	1454	1143	79
		p <0,001	-8 %

Source : données statistiques INAIL (mise à jour du 31 octobre 2014)

Tableau 4 Immigrés – Maladies professionnelles « surcharge du membre supérieur ». Industrie-Services (moyenne 2010-2013)

Industrie-Services	Immigrés – Maladies professionnelles		
	Genre	Déclarées	Acceptées
1. Surcharge du membre supérieur			
Femmes	269	173	64*
Hommes	247	174	71
		Ns	-7 %
1.1 Syndrome du canal carpien			
Femmes	104,5	64,5	62*
Hommes	66	42	64
		Ns	-2 %
1.2 Tendinite du supra-épineux			
Femmes	72	45	63
Hommes	102	74	73
		ns	-10 %

Source : données statistiques INAIL (mise à jour du 31 octobre 2014)

Quelles sont les causes des inégalités de genre et comment peut-on les prévenir ?

En conclusion et pour les années 2010 à 2013 en Italie, les MP dans les secteurs Industrie-Services sont systématiquement moins acceptées chez les travailleuses et ce, tant pour les MP reconnues que pour les MP « hors liste ». Les travailleuses italiennes et immigrées déclarent d'ailleurs plus de MP hors liste.

Lorsqu'on analyse les MP liées à la surcharge biomécanique du membre supérieur, on remarque que cette situation se confirme surtout chez les immigrées par rapport aux Italiennes. On constate donc, chez les travailleuses immigrées, un traitement doublement inique, dû à la fois à leur statut de femmes et à celui d'immigrées. De plus, on sait que ces femmes sont plus jeunes (41 ans contre 46 en moyenne) et travaillent un nombre d'heures plus élevé que les Italiennes. Certes, la disparité dans la reconnaissance touche également les hommes immigrés, mais bien moins que les femmes immigrées. Ainsi, sur l'échelle de la reconnaissance, on trouve en premier lieu le travailleur italien, ensuite la travailleuse italienne, le travailleur immigré et, enfin, la travailleuse immigrée. Il existe donc bien un facteur « genre » au travail et un facteur « immigration ». Cette double discrimination générant des inégalités sociales de santé devrait être étudiée et corrigée par des actions spécifiques, comme l'a souligné la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (Marmot *et al.* 2008). Les analyses statistiques relatives à la santé doivent bien sûr tenir compte du genre (Messing 1999), mais il est absolument nécessaire que les statistiques du travail (travailleurs, heures de travail, immigration, etc.) évoluent dans le même sens.

Les différences constatées au niveau de la reconnaissance des MP touchant les femmes doivent être corrigées par une meilleure connaissance des activités de travail réalisées par les femmes (Tieves 2011) et par les immigrées, même lorsque la « tâche » est la même. La liste des MP doit inclure plus de MP touchant les femmes car, en l'état, elle n'est pas neutre, mais élaborée sur la base des travaux exercés par les hommes (par exemple, les maladies d'ordre psychique ne sont pas encore répertoriées alors qu'elles touchent fréquemment les femmes). De plus, la MP peut connaître une évolution différente selon le genre. Il conviendrait dès lors de mieux étudier la durée de l'arrêt de travail aux fins de la reconnaissance pour éviter d'exclure les femmes italiennes et immigrées.

Enfin, il existe un problème de formation générale des médecins du travail, des techniciens de la prévention et des médecins légistes : ceux-ci ne bénéficient pas d'une éducation à la santé au travail axée sur la dimension de genre. Il en va de même dans le domaine syndical, où les représentants des travailleurs.ses en charge de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail sont majoritairement des hommes, tout comme les médecins compétents. Idéalement, il faudrait parvenir à une application généralisée de la loi 81/2008, pourtant peu respectée à ce jour, parce qu'elle apporte une innovation importante en termes de genre, d'âge et d'immigration.

Intervenir par de bonnes pratiques en matière de reconnaissance des MP chez les travailleuses italiennes et immigrées permettrait le développement d'une meilleure ergonomie sur les lieux de travail (Habib et Messing 2012). Or, on assiste ces dernières années marquées par la crise économique, à une augmentation des rythmes et des rotations de travail, et par extension des maladies musculosquelettiques et des troubles liés au travail. De plus, la protection sociale publique en Italie s'amenuise par manque de personnel, de même que celle des syndicats, ceux-ci se préoccupant davantage de trouver des solutions relatives à la pénurie d'emplois.

Remerciements

Dr. Angela Goggiamani, département général de médecine, INAIL (Rome) et Dr. Andrea Bucciarelli, consultant en statistiques, INAIL (Rome).

Références

- Chappert F. (2014) Dossier Genre et conditions de travail, Lyon, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.
- Marmot M. *et al.* (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization.
- Habib R. et Messing K. (2012) Gender, women's work and ergonomics, *Ergonomics*, 55 (2), 129-132.
- Lippel K. (2003) Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec: systemic discrimination against women workers?, *International Journal of Health Services*, 33 (2), 253-281.
- Merler E., Bressan V., Bilato A.M. et Marinaccio A. (2011) I fattori che influenzano in Italia la domanda e il riconoscimento dei mesoteliomi di origine professionale. Analisi basata su record-linkage tra dati del registro regionale del Veneto e INAIL, *Epidemiologia e Prevenzione*, 35 (5-6), 331-338.
- Messing K. (1999) Comprendre le travail des femmes pour le transformer, Bruxelles, Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité.
- Messing K. et Östlin P. (2006) Gender equality, work and health: a review of the evidence, Geneva, World Health Organization.
- Probst I. (2009) La dimension de genre dans la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles, *Pistes*, 11 (2). <http://pistes.revues.org/2395>
- Probst I. et Salerno S. (2013) Reconnaissance des maladies professionnelles des femmes : les apports de l'ergonomie, 48ème Congrès international de la Société d'Ergonomie de Langue française (Self), Paris, 28-30 août 2013.
- Salerno S. (2014) Riconoscimento delle malattie muscolo-scheletriche da lavoro in Italia: esiste una disuguaglianza per il genere femminile?, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 36 (4, Suppl.), 83.
- Tieves D. (2011) Women and occupational diseases in the EU, Brussels, ETUI.
- Vogel L. (2011) Femmes et maladies professionnelles : le cas de la Belgique, Bruxelles, ETUI.

Femmes dans l'agroalimentaire et troubles musculosquelettiques

Eloïse Galioot

Ergonome européenne, Alternatives ergonomiques, Paris

Ergonome depuis dix ans dans une structure de formation et de conseil auprès des équipes syndicales du secteur de l'agroalimentaire, je constate un intérêt particulier des instances représentatives du personnel (IRP) vis-à-vis de l'augmentation des pathologies de type troubles musculosquelettiques (TMS) et des questions d'égalité professionnelle. Pour autant, ces deux problématiques ne font que se croiser au gré du calendrier des négociations collectives ou des réunions des Comités d'hygiène, sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Il est rare que les instances représentatives du personnel construisent des revendications ou des actions qui lieraient l'exposition aux facteurs de TMS et la mixité professionnelle.

Le premier secteur professionnel en matière de TMS

En France, le secteur de l'agroalimentaire est le premier secteur d'activité en matière de déclaration et de reconnaissance de maladies professionnelles de type TMS des membres supérieurs (MS) (tableau 57)³, soit environ 23 % des maladies professionnelles déclarées en 2014.

Il est difficile de connaître spécifiquement la répartition homme/femme car les statistiques nationales accessibles au grand public ne sont pas genrées. La classification statistique par branche d'activité ou Comités techniques nationaux (CTN) correspondant à l'agroalimentaire regroupe les services, commerces et industries de l'alimentation. Le travail d'analyse statistique par genre du taux de maladies professionnelles de type TMS-MS (tableau 57) demanderait un tri spécifique en intégrant le fait que les salariés du secteur sont affiliés à des régimes de protection sociale différents : régime général géré par les CARSAT⁴ et régime agricole géré par les Mutualités sociales agricoles (MSA). D'autre part, la diversité des activités (artisanat alimentaire, industrie de transformation de la viande, industrie laitière, etc.) associée aux fortes disparités des statuts (CDI, CDD, saisonnier, prestataire, etc.) pose la question de l'hétérogénéité de l'accès à la médecine du travail, lequel permet le dépistage des TMS et les déclarations et reconnaissances en maladie professionnelle correspondantes. En outre, pour les salariés suivis régulièrement par la médecine du

3. Voir les tableaux des maladies professionnelles sur <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp.html>.

4. Les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) sont des organismes français de sécurité sociale axés sur la retraite, l'aide sociale et la gestion/prévention des risques professionnels. Les CARSAT sont régionalisées.

travail, un autre phénomène contribue à la sous-déclaration : la pénurie de postes « doux ou aménagés » pour les travailleurs en restriction d'aptitude, sur des bassins d'emplois en difficulté. Cette situation n'encourage pas la déclaration en maladie professionnelle par peur du licenciement.

Ces éléments complexifient la prise en charge de la problématique par les instances représentatives du personnel et notamment le CHSCT. Pour autant, lors de nos missions en entreprise, plusieurs situations de travail nous ont interrogés sur le lien entre le genre et l'exposition aux facteurs de TMS.

Des difficultés à intégrer les conditions de travail dans les discussions autour de l'égalité professionnelle

Les préoccupations des instances représentatives du personnel sont souvent guidées par leurs missions : les conditions de travail et les maladies professionnelles concernent plutôt le CHSCT et/ou les délégués du personnel (DP), alors que les questions d'égalité professionnelle sont davantage abordées par les représentants au comité d'entreprise (CE) ou par les délégués syndicaux lors de négociations d'accords sur le sujet. Rares sont les représentants du personnel qui abordent l'amélioration des conditions de travail comme un facteur de mixité professionnelle, qui permettrait aux femmes d'accéder à tous les postes de l'entreprise. Historiquement, les négociations des accords de branches et d'entreprises ont valorisé les métiers nécessitant une forte technicité (comme les désosseurs), des contraintes physiques biomécaniques visibles (port de charges, forces et amplitudes gestuelles), des qualifications spécifiques (conduite de ligne, habilitation maintenance ou électrique). Ces métiers ont été, en priorité, pourvus par des hommes, bénéficiant ainsi d'une forme de reconnaissance de l'entreprise. Les femmes ont été plutôt orientées vers les métiers dont la technicité est moins visible et dont l'évaluation est plus complexe (Messing 2016). À cela, il faut ajouter que les négociateurs et les représentants du personnel sont majoritairement des hommes, peut-être plus sensibles à la reconnaissance des métiers qu'ils ont eux-mêmes exercés et dont la pénibilité est visible. Les métiers tenus par les femmes souffrent d'un manque de visibilité, peut-être par manque d'ambassadeurs (drices) sensibles à la question (Guillaume, Pochic, Silvera 2013). Progresser sur les questions de genre implique donc de se questionner sur les représentations des organisations syndicales patronales et des salariés en matière de mixité professionnelle d'exposition à des facteurs de risque, de maladie professionnelle, et d'évaluer l'impact de ces représentations dans la négociation des accords salariaux, dans la priorisation des actions de prévention ou dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (voir Messing dans cet ouvrage).

Voici un premier exemple d'entreprise dont l'organisation du travail est construite autour d'une répartition du travail conforme aux stéréotypes de genre.

Dans une entreprise de transformation de viande porcine (fabrication de pâtés et rôtis, lardons et tranches fines de lard), la répartition des tâches entre les

hommes et les femmes est organisée selon le critère de pénibilité le plus visible et quantifiable : le port de charges. Aussi les hommes sont orientés vers les postes où la manutention est la plus forte : à savoir le décrochage de poitrines d'environ 3 à 4 kilos et/ou le chargement manuel d'un trancheur au rythme d'une poitrine toutes les 5 secondes sur un poste de 7 à 8 heures. C'est un poste pour lequel il existe une aide à la manutention réduisant les postures contraignantes pour le dos. Les femmes sont orientées uniquement sur les postes de mise en alvéoles. Il s'agit de redispenser les tranches fines qui tombent dans les alvéoles plastiques afin d'éviter que des résidus ou des tranches soient au contact des soudures des emballages et que cela génère une non-conformité qualité. Elles veillent aussi à l'aspect visuel du produit : les tranches arrivent par paquet de 7 à 10 et doivent être disposées pour « faire envie au client ». Les tranches doivent être légèrement en éventail de sorte à faire apparaître leur nombre, et à pouvoir retirer les morceaux déchirés ou surnuméraires. Ce poste est qualifié de doux par la direction car il n'y a pas de port de charges. Lors de nos observations, nous avons constaté que le balayage des résidus à la main exige une amplitude gestuelle et une tension musculaire permanente, en plus de la charge mentale induite par le contrôle visuel de l'aspect et du nombre de tranches. Ce poste dit « doux » expose les opératrices à une diversité de facteurs de risques de TMS du membre supérieur tout autant que le poste d'approvisionnement du trancheur réservé aux hommes. La vision de la pénibilité centrée sur le port de charges conduit à orienter les femmes vers les postes sans port de charges, mais dont les contraintes gestuelles sont tout aussi pénalisantes pour la santé.

D'autre part, la maîtrise d'exécution développée par les femmes du fait de leur assiduité au poste alimente les stéréotypes en place sur la compétence naturelle qu'auraient les femmes pour les activités demandant rapidité et précision.

« Ah non, ce n'est pas un métier pour un homme ça ! »

Les collectifs de travail féminins et masculins se sont construits autour des stéréotypes. L'organisation du travail en place limite la possibilité pour les hommes de développer de l'expérience et de la gestuelle sur les postes d'alvéoles et empêche les femmes de construire des savoir-faire sur les postes d'approvisionnement. Et de fait, l'entreprise est limitée pour réfléchir à des nouveaux modèles organisationnels qui associeraient prévention des risques et développement professionnel. Nous sommes aussi souvent confrontés à une justification de la division sexuelle du travail par les femmes elles-mêmes.

Autre cas d'entreprise : sur une ligne de traitement des têtes de veau, l'activité de rasage est réalisée exclusivement par des femmes, alors que les opérations de désossage le sont par des hommes. Cet atelier voit ses indicateurs de santé se dégrader d'année en année, avec des maladies professionnelles de type TMS des membres supérieurs (épicondylites) surreprésentées chez les femmes.

Cette activité s'opère en ligne avec des formes organisationnelles variables (rasage d'une tête entière ou face par face). Après échaudage en machine, toutes

les têtes de veau sont rasées au couteau par des opératrices expertes puis transitent sur un tapis vers les désosseurs sans coopération entre les raseuses et les désosseurs. C'est « chacun son travail », et selon les opératrices elles-mêmes, « ce n'est pas fait pour les hommes, c'est du travail de précision, les hommes ne sont pas assez méticuleux ».

Il y a bien eu des tentatives des responsables d'atelier d'intégrer des hommes au rasage pour pallier les problématiques de restrictions médicales ou d'absentéisme, mais ceux qui s'y sont essayés n'allaient pas assez vite, laissaient des poils et retardaient la ligne... Tous les arguments habituellement développés par des responsables d'atelier masculins étaient égrenés avec conviction par les opératrices. En les questionnant à ce sujet sur le mode de la plaisanterie « mais pourtant les hommes se rasent tous les matins ? », nous étions en train d'attaquer ce qui les faisait tenir à ce poste !

Si les hommes n'y arrivent pas, cela signifie que seules les femmes peuvent réaliser cette activité. Elles en retirent une fierté si forte que l'entreprise elle-même a reconnu la spécificité de cette activité comme relevant de la compétence unique des femmes. La mixité n'était donc pas perçue comme un atout mais comme un frein à leur propre productivité et à la qualité du travail. Il devenait dangereux pour le collectif et pour la confiance que nous avons développée avec elles de continuer à les questionner à ce sujet. Et pour les représentants au CHSCT, il était compliqué de remettre en question un modèle organisationnel dans lequel les salariées se reconnaissent.

Au-delà de ces éléments, nous avons été surpris de constater que la division sexuelle du travail dans cet atelier est inscrite dans le fonctionnement du collectif de travail. Si le poste est « réservé » aux femmes, alors elles n'ont pas d'autre choix que de s'y conformer et d'y réussir. Ce fondement peut être tellement fort qu'il en devient sclérosant pour les opératrices qui souhaiteraient s'en émanciper. On assiste à une sorte de négation des habiletés, des aspirations personnelles et des compétences individuelles par peur de déstabiliser le collectif en changeant d'activité pour aller vers une activité habituellement tenue par l'autre genre. La volonté d'évoluer à des postes demandant des compétences techniques (maintenance, conduite de lignes de traitement) est freinée par la peur de ne pas être à sa place.

Ces postures ne manquent pas de rappeler les questions plus larges de l'émancipation de la femme dans la société civile. Les entreprises agroalimentaires sont historiquement implantées sur des zones géographiques où, sociologiquement, la répartition des tâches au sein de la famille est plutôt sexuée. Les entreprises du secteur, restées pour beaucoup familiales, sont calquées sur un modèle de gestion paternaliste, avec des organisations internes souvent issues des modèles familiaux de répartition des tâches domestiques. C'est assez naturellement que les femmes se sont vues attribuer les postes se rapprochant le plus de leurs habiletés « domestiques ».

Des activités de travail qui imitent des activités domestiques féminines

Troisième exemple : dans cette entreprise, les boyaux d'agneau sont des produits à forte valeur ajoutée. Ils sont revendus notamment pour fabriquer des cordes de raquettes de tennis haut de gamme. Les boyaux sont très fragiles : ils doivent être démêlés et disposés sur des crochets pour y être nettoyés. Cette opération est répétitive et très délicate : elle exige une gestuelle parfaitement contrôlée tant au niveau de la force déployée que de la régularité de l'amplitude gestuelle. Elle s'opère en continu, sous contrainte de temps, avec une exigence de qualité très forte.

À travers l'analyse de ces trois activités de travail (mise en alvéoles, rasage et tri des boyaux) au sein de ces trois entreprises, le constat d'une exposition des femmes à des facteurs de TMS que sont la répétitivité, le contrôle gestuel, la pression temporelle et l'exigence qualité très forte ne peut être mis en doute. Dès lors, la difficulté pour les instances représentatives du personnel et les préventeurs est de travailler sur un modèle de prévention des risques professionnels instituant la mixité dans l'organisation du travail sans porter atteinte aux modalités de reconnaissance et de structuration des collectifs de travail en place, qui s'appuient sur la revendication d'une expertise professionnelle liée au genre.

Si l'organisation est un axe de travail pour la prévention des risques de TMS, les améliorations techniques sont aussi à développer. Et actuellement, elles sont plutôt au service des activités « masculines ».

Dans l'agroalimentaire, le développement des aides techniques est centré sur les aides à la manutention classiques (table élévatrice, lève-bac, etc.) pour répondre aux exigences en matière de prévention des risques professionnels. Les risques liés au port de charges et aux manutentions concernent particulièrement la population masculine, surreprésentée aux postes d'approvisionneurs et de manutentionnaires.

Ainsi, dans le secteur de la transformation, les entreprises sont confrontées au faible développement de l'innovation dans la conception des lignes de production et du matériel spécialisé. Cela s'expliquerait en partie par la réduction du nombre de fournisseurs sur le marché français conduisant à des situations de quasi-monopole limitant ainsi la recherche et le développement en matière d'amélioration des conditions de travail, et aussi par la spécificité du marché français : un patrimoine gastronomique reconnu, des matières premières très variables (diversité des races) et des standards de découpe français qui font figure d'exceptions sur le marché européen et mondial.

L'innovation technologique en matière d'amélioration des conditions de travail reste donc centrée sur des problématiques standards, transférables que sont les aides à la manutention ou l'aide au convoyage. Pour les postes demandant rapidité et dextérité, les aides à la manutention ne conviennent pas, elles sont « trop lentes » ou pas assez modulables pour faire face à la variabilité des pro-

duits. Seule la robotisation de certaines activités permettrait de limiter les expositions à certains facteurs de risques. Or, cette robotisation présente plusieurs inconvénients : elle peut supprimer de l'emploi et des compétences et déplace l'opérateur vers des fonctions de pilotage ou de gestion des flux. Elle demande des investissements très lourds et des surfaces d'installation importantes, nécessitant des projets de conception de nouveaux sites de production dont les surfaces sont définies sur la base de leur implantation. La robotisation s'envisage donc pour des productions plutôt standardisées et des grandes séries, pour des process similaires à ceux de l'industrie automobile ou de la chimie. Cela exclut de fait un grand nombre de sites de production de petite taille, les TPE/PME et les activités à haute variabilité en matières premières, ce qui correspond à la majorité des entreprises du champ agroalimentaire.

La nature des activités attribuées aux femmes, aux contraintes physiques moins visibles et reconnues, et dont les dispositifs d'amélioration sont techniquement et économiquement moins applicables, les expose de fait à davantage de risques, dont ceux de TMS des membres supérieurs.

C'est ainsi qu'une répartition genrée des tâches peut induire une iniquité dans l'exposition aux risques professionnels.

Le secteur agroalimentaire s'est construit sur des modèles organisationnels issus de la répartition des tâches domestiques. Les stéréotypes en matière de mixité professionnelle y sont fortement ancrés et les avancées technologiques sont trop limitées pour contribuer à leur déconstruction. Les collectifs de travail féminins se sont construits sur la base de cette division sexuelle du travail très forte, et il est difficile pour les organisateurs du travail et pour les organisations syndicales de se saisir de ce sujet sans craindre de déséquilibrer le fonctionnement de l'entreprise.

Références

- Guillaume C., Pochic S., Silvera R. (2013) Genre, féminisme et syndicalisme. *Travail, genre et sociétés*, 30(2), 29-32. doi:10.3917/tgs.030.0029.
- Messing K. (2016) *Les souffrances invisibles: pour une science du travail à l'écoute des gens*, Écosociété.

Partie 3

Politiques et interventions.

**Que fait-on concrètement des
connaissances produites ?**

L'expérience du réseau Anact-Aract en France : mobiliser des données sexuées en santé au travail pour améliorer l'organisation du travail pour toutes et tous

Florence Chappert¹

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), France

C'est fin 2008, sous l'impulsion du Service du Droit des Femmes et pour l'Égalité, que le réseau Anact-Aract² a décidé d'introduire « l'approche genre » dans ses méthodes d'amélioration des conditions de travail. L'hypothèse posée au départ était que la prévention de certains problèmes de santé au travail pouvait progresser si l'on prenait mieux en compte la compréhension des situations de travail différenciées des femmes et des hommes.

Lorsque nous relisons l'histoire de l'émergence des questions de genre et santé au travail en France ces dernières années, nous constatons que ce qui a fait déclic auprès des pouvoirs publics comme des entreprises, c'est en premier lieu la révélation d'indicateurs en santé et sécurité au travail selon le sexe, au niveau national comme au niveau des secteurs d'activité ou des entreprises. En second lieu, c'est la réalisation d'un certain nombre de diagnostics sur les causes de la surreprésentation des femmes dans l'apparition des troubles musculosquelettiques (TMS) ou dans l'absentéisme, qui a permis de questionner (voire de transformer) l'organisation du travail dans les entreprises sur différents plans : la mixité des postes et des activités, les conditions de travail, les opportunités de parcours, le temps de travail.

Cette prise de conscience a permis d'infléchir la législation française pour les entreprises de plus de 50 salariés en introduisant des indicateurs de santé au travail selon le sexe dans les obligations d'égalité professionnelle et la prise en compte des expositions différenciées des femmes et des hommes dans l'évaluation des risques professionnels.

1. Florence Chappert est responsable du projet Genre, Santé et Conditions de travail mené en collaboration avec Laurence Thery, Pascale Mercieca et tous les chargés de mission du groupe « égalité, genre » du réseau Anact-Aract ainsi que Margaux Vignet (thèse de doctorat Cifre Greps-Université Lyon 2).

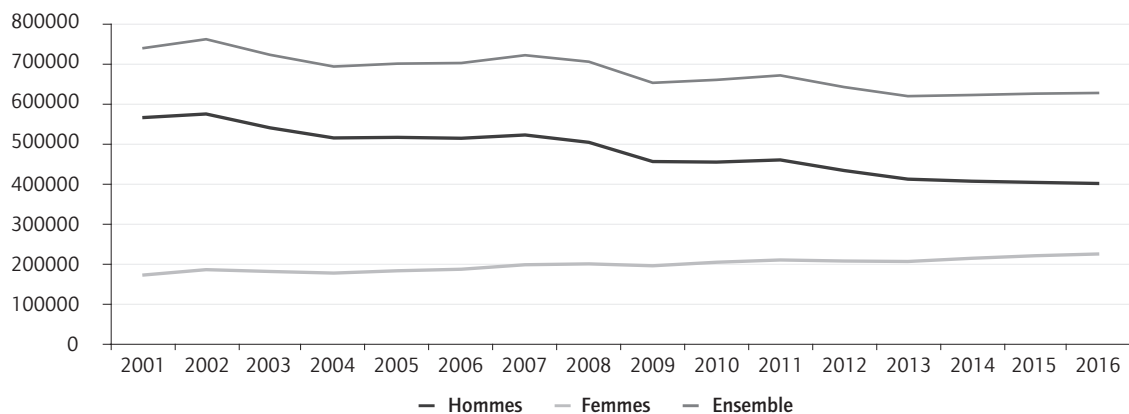
2. L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail en France est un établissement public paritaire qui dépend du ministère du Travail et qui a pour mission de promouvoir des démarches innovantes en matière d'amélioration des conditions de travail. Elle anime le réseau des Aract, les Associations régionales paritaires pour l'amélioration des conditions de travail réparties sur l'ensemble du territoire.

Une énigme : des indicateurs de santé au travail qui évoluent en défaveur des femmes ?

Quand en 2009, le réseau Anact-Aract a recherché en France des données sexuées en santé et sécurité au travail et des résultats de recherche sur le thème « genre et conditions de travail », le constat a été fait des lacunes qui existaient sur le sujet. Nous partageons alors la même interrogation que Karen Messing au Québec qui titrait ainsi son livre en 2000 : *Santé des femmes : la science est-elle aveugle ?* Les travaux du programme partenarial de recherche « L'invisible qui fait mal » ont permis aux intervenant-e-s du réseau Anact-Aract de se poser les bonnes questions pour démarrer leurs investigations.

Ainsi, depuis 2012, l'Anact publie une analyse statistique selon le sexe à partir des données des accidents du travail et des maladies professionnelles reconnus de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en France (CNAMTS). La dernière photographie statistique (Mercieca *et al.* 2018) concernant 18,5 millions de salariés en 2016 révèle que si les femmes sont deux fois moins accidentées que les hommes en 2016, la baisse depuis quinze ans du nombre d'accidents de travail reconnus avec arrêt de travail (diminution de 15 % sur 2001-2016) masque des évolutions asymétriques selon le sexe à savoir une diminution de 29 % pour les hommes, dans toutes les branches d'activités excepté les banques, assurances et administrations, versus une augmentation de 30 % pour les femmes, dans toutes les branches excepté les trois à prédominance masculine marquées par ailleurs par une forte baisse des effectifs entre 2001 et 2016 (voir le graphique 1).

Graphique 1 Évolution du nombre d'accidents du travail en France 2001-2016



C'est dans deux secteurs à prédominance masculine (BTP et industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication) et trois secteurs mixtes ou à prédominance féminine (commerce non alimentaire — santé, nettoyage, travail temporaire — banques, assurances, administrations) que l'écart entre diminution des accidents des hommes et augmentation de ceux des femmes est le plus fort.

Plus des trois quarts des accidents du travail pour les femmes sont concentrés dans trois branches d'activité (travail temporaire, action sociale, santé, nettoyage - services, commerces et industries de l'alimentation - banques, assurances, administrations). Ainsi le secteur travail temporaire, action sociale, santé et nettoyage est particulièrement accidentogène pour les femmes (avec une hausse de + 88,7 % du nombre d'accidents sur la période, alors qu'on observe une baisse de - 23,9 % pour les hommes du secteur). Nous avons alors fait l'hypothèse que, ces quinze dernières années, les femmes sont entrées sur le marché du travail en France dans des activités en croissance, sur des postes exposés à des facteurs de risque en tout cas d'accidents insuffisamment évalués et reconnus, et dans un contexte où les politiques de prévention ne semblent pas assez efficaces pour les activités réalisées par les femmes. Dans les secteurs où les effectifs ont fortement baissé (métallurgie, - 21 % et industrie du bois, ameublement, carton, textile, vêtement, cuirs, - 45 %), on enregistre une baisse des accidents pour les hommes comme pour les femmes, qui pourraient être liée à la suppression de postes exposés mais aussi peut-être à des politiques de prévention plus anciennes concernant à la fois les postes des hommes et des femmes. Ces évolutions sont bien sûr à mettre en relation avec l'augmentation globale des effectifs de salariés (+ 7,5 % entre 2001 et 2016) pour rapporter le nombre d'accidents au nombre de salariés et ce, pour chacun des deux sexes, mais cette dernière donnée n'est pas accessible.

Plus pertinente encore est l'analyse qui prend en compte le nombre d'heures travaillées — compte tenu des horaires à temps partiels des femmes et des heures supplémentaires des hommes. La Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) a publié en 2016 une étude (Garoche 2016) qui fait état, mais sur sept ans seulement (de 2005 à 2012), de la baisse de 11 % du taux de fréquence³ des accidents de travail : cette moyenne masque toutefois les disparités d'évolution selon le sexe puisqu'on observe une baisse nette de 17 % du risque d'accident pour les hommes et une augmentation de 6 % du risque d'accident pour les femmes. La Dares mentionne dans sa synthèse qu'au contraire des ouvriers, des hommes et des jeunes, le risque d'accident n'a pas baissé pour les femmes.

Dans le même sens, l'Anact révèle que le nombre d'accidents de trajet (accident sur le chemin du travail) a peu augmenté entre 2001 et 2016 : + 1,5 % (Mercieca *et al.* 2018). Toutefois, le nombre d'accidents de trajet des femmes a augmenté de 18,6 % (+ 59 % pour deux branches d'activités : services, santé, nettoyage, travail temporaire et banques, assurances et administration) tandis que celui des hommes a diminué de 13,3 %. Les accidents de trajet des femmes représentent 54 % des accidents de trajet en 2016.

Par ailleurs, toujours au cours de ces quinze années entre 2001 et 2016, les maladies professionnelles déclarées et reconnues (à 87,2 % des troubles musculo-squelettiques), ont augmenté pour les femmes (+ 145,2 %) deux fois plus vite

3. Taux de fréquence = nombre d'accidents avec arrêt sur le nombre d'heures travaillées x 1 000 000.

que pour les hommes (+ 71,5 %). En 2016, quasi autant de maladies professionnelles ont été reconnues pour les femmes (49 %) que pour les hommes (51 %) alors qu'elles assurent un volume horaire moins important en occupant fréquemment des emplois à temps partiel. Toutefois, le taux de fréquence des TMS est bien supérieur pour les femmes (2 cas de TMS pour 1 million d'heures rémunérées) que pour les hommes (1,2 cas). Le taux de fréquence des TMS chez les ouvrières est de 8,4 cas pour un million d'heures salariées contre 2,4 cas pour les ouvriers.

La construction du « modèle genre » du réseau Anact-Aract pour intervenir en entreprise

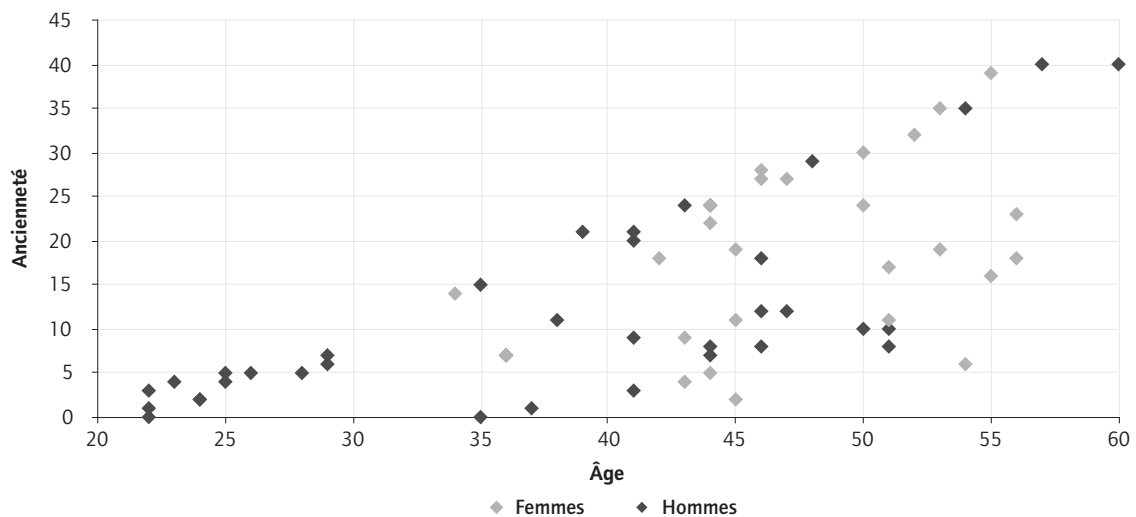
Dans les entreprises, le groupe des intervenant-e-s du réseau Anact-Aract faisait, de manière récurrente, le constat que dans les entreprises les femmes et les hommes étaient dans des situations professionnelles « toutes choses inégales par ailleurs » — car ils et elles n'étaient pas dans les mêmes métiers, pas dans les mêmes conditions de travail, pas dans les mêmes parcours et pas dans les mêmes conditions de conciliation des temps. Ainsi, force était de constater que les analyses épidémiologiques basées sur une analyse « toutes choses égales par ailleurs » n'étaient pas forcément pertinentes pour comprendre les écarts, en termes de santé et sécurité au travail, entre les femmes et les hommes.

Ainsi, c'est à partir des interventions dans des petites et moyennes entreprises réalisées entre 2009 et 2012 avec des demandes sur des problématiques de santé au travail que les intervenant-e-s du réseau Anact-Aract en « chaussant les lunettes du genre » ont alors élaboré un modèle de compréhension « toutes choses inégales par ailleurs » des inégalités de santé au travail entre les femmes et les hommes en s'appuyant sur l'expertise des chercheuses du GAS⁴ qui les ont accompagnés. C'est l'intervention de l'Aract Basse-Normandie dans une imprimerie qui a été le point de départ du modèle genre du réseau Anact-Aract (Chappert *et al.* 2014). L'entreprise, malgré des investissements sur ses machines, cherchait à comprendre pourquoi les femmes contractaient plus de troubles musculosquelettiques et donc étaient plus absentes que les hommes. L'intervenant en conditions de travail, un homme ergonomiste, a démontré que, tout en étant dans le même atelier, les ouvriers et ouvrières ne faisaient pas la même chose. Les femmes avaient accès à quatre types de poste différents, les hommes à neuf. Il a aussi montré que les postes où étaient affectées les femmes, notamment le poste d'aide à la finition où elles étaient surreprésentées, étaient particulièrement contraignants, avec des ports de charges jusqu'à 11 tonnes, des gestes répétitifs à forte cadence dont des prises de cahier à pleine main très « sollicitantes ». Toutes les parties prenantes de l'entreprise étaient étonnées que le poste d'aide à la finition occupé par les femmes soit devenu plus pénible

4. GAS : groupe de recherche « Genre Activités Santé » en Europe piloté par Sandrine Caroly faisant partie du comité technique Gender and Work de l'Association internationale d'ergonomie (IEA).

que le poste de conducteur des hommes qui, suite à l'automatisation, consistait désormais surtout à surveiller les machines. Mais ce qui a permis d'élargir encore le diagnostic au-delà de l'ergonomie, c'est d'intégrer une approche démographique des données du personnel qui a démontré des évolutions professionnelles différentes entre les femmes et les hommes ayant démarré dans le même poste d'aide à la finition. Les hommes quittaient ce poste de débutant dans l'entreprise, au bout de trois ans, pour d'autres opportunités dans ou en dehors de l'entreprise. D'ailleurs, certains se faisaient licencier car ils ne tenaient pas le coup ou ne faisaient pas l'affaire sur le poste des femmes. Alors que les femmes restaient dans le même poste jusqu'à leur retraite ou leur licenciement pour inaptitude. Le poste de découpe des cahiers, qui permettait une évolution plus rapide, était réservé aux hommes car extrêmement difficile : il était aussi facteur de blocage pour les évolutions des femmes (voir le graphique 2).

Graphique 2 Répartition des salariés du brochage selon l'âge, l'ancienneté et le genre en 2009



Enfin, l'intervenant a montré que le régime des pauses et leur compensation financière pour les deux sexes était défavorable aux femmes : les femmes devaient s'arrêter dans le cadre de pauses non payées tandis que les hommes avaient négocié une prime lors de l'installation de machines automatisées qu'on ne pouvait pas arrêter !

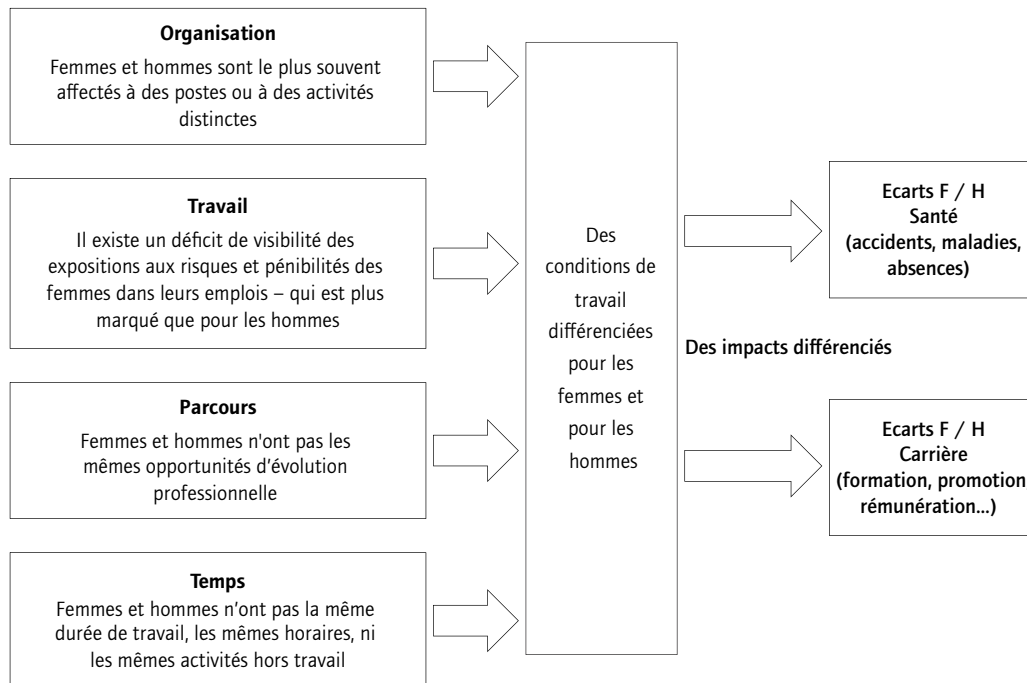
Lors de la restitution des résultats en Comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail (CHSCT), les femmes ont pleuré en découvrant ces injustices. L'entreprise ne s'arrêta pas à ce diagnostic et mit en œuvre des actions, ce qui est rare car beaucoup d'entreprises en restent au constat et à un sentiment d'impuissance. Tout d'abord, l'imprimerie a pris conscience qu'elle ne pouvait pas gérer la pénibilité par le seul levier du recrutement. Elle a travaillé en amont avec les fournisseurs de cahiers pour limiter les sollicitations des membres supérieurs et le port de charges et a repensé la conception des postes de

travail. Elle a également repensé la question des parcours des femmes. En reconnaissant les compétences détenues par les aides de finition et leur responsabilité dans le bon fonctionnement de la ligne de production, elle a permis aux femmes d'évoluer vers les postes d'aide-conducteur-trice ou de conducteur-trice de machines.

Le modèle « genre » du réseau Anact-Aract propose les quatre axes d'analyse suivants pour comprendre pourquoi les femmes et les hommes ne sont pas impactés de la même manière par l'organisation de travail :

1. L'organisation : les femmes et les hommes n'exercent pas les mêmes métiers, n'occupent pas les mêmes postes de travail ;
2. Le travail : les femmes et les hommes sont exposés à des facteurs de risques et de pénibilités distincts, partiellement rendus visibles, notamment dans les emplois à prédominance féminine ;
3. Les parcours : les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes parcours professionnels ;
4. Le temps : les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes contraintes de temps de travail et les mêmes activités dans le « hors travail ».

Graphique 3 Modèle genre du réseau ANACT-ARACT : 4 axes d'analyse



Source : Chappert *et al.* 2014 ; Nicot 2014

L'ensemble de ces éléments concourent à expliquer les effets différenciés du travail sur la santé des femmes et des hommes (voir le graphique 3). Ce modèle genre a été utilisé par les intervenant-e-s du réseau Anact-Aract pour accom-

pagner les entreprises de manière paritaire dans leurs démarches de négociation des accords d'égalité professionnelle. C'est sur la base d'un outil de diagnostic de situation comparée des femmes et des hommes⁵ et de différents supports de sensibilisation et de formation⁶ que le modèle genre permet au travers d'un certain nombre d'indicateurs regroupés sur les quatre axes d'analyser les écarts de santé au travail mais aussi les écarts de carrière et de rémunération.

C'est notamment au travers de dispositifs d'accompagnement collectifs innovants et paritaires (par exemple les clusters égalité⁷) que le réseau Anact-Aract permet aujourd'hui aux petites et moyennes entreprises de se saisir simultanément des enjeux d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et des enjeux de prévention des risques et de santé au travail en s'appropriant ce modèle de compréhension. Les accompagnements du réseau Anact-Aract permettent aux entreprises (la plupart du temps à des trinômes représentant de la direction/représentant du personnel/acteur métier) de cheminer dans leur compréhension des inégalités lors de l'analyse simultanée d'indicateurs de rémunération, de santé et de carrière et de révéler des pistes d'actions pour agir à la fois en faveur de l'égalité professionnelle et de la qualité de vie au travail.

Le genre, pour ouvrir le champ des possibles et comprendre les causes de l'absentéisme

L'analyse par l'Anact des données relatives à l'absentéisme des salariés des entreprises regroupées dans le portefeuille d'une mutuelle (portant ainsi sur un périmètre de 2,7 millions de salariés du secteur privé) a abouti au constat qu'en 2011 le nombre de jours d'absence des femmes (maladie et accident hors maternité) est de 13,63 jours par an (soit un taux d'absentéisme de 3,7 %) tandis que celui des hommes est de 9,81 jours par an (2,7 %) — ce qui constitue un écart de près de 4 jours par an. Dans le cadre d'une intervention recherche dans une grande entreprise, l'Anact, appuyée par un laboratoire de recherche en psychologie, a cherché à comprendre pourquoi les femmes dans cette entreprise sont plus absentes que les hommes (30 % de plus) - alors qu'elles et ils font majoritairement les mêmes métiers. De plus, cette entreprise est quasi paritaire dans ses effectifs et égalitaire du point de vue des salaires à l'exception du plafond de verre des hauts postes à responsabilité. C'est l'introduction de la question du genre qui a motivé les organisations syndicales, membres de la commission paritaire en santé et sécurité au travail commanditaire, à s'engager

5. Outil Diagnostic Égalité conçu par le réseau Anact-Aract téléchargeable sur <https://www.anact.fr/outils/diagnostic-egalite-professionnelle>

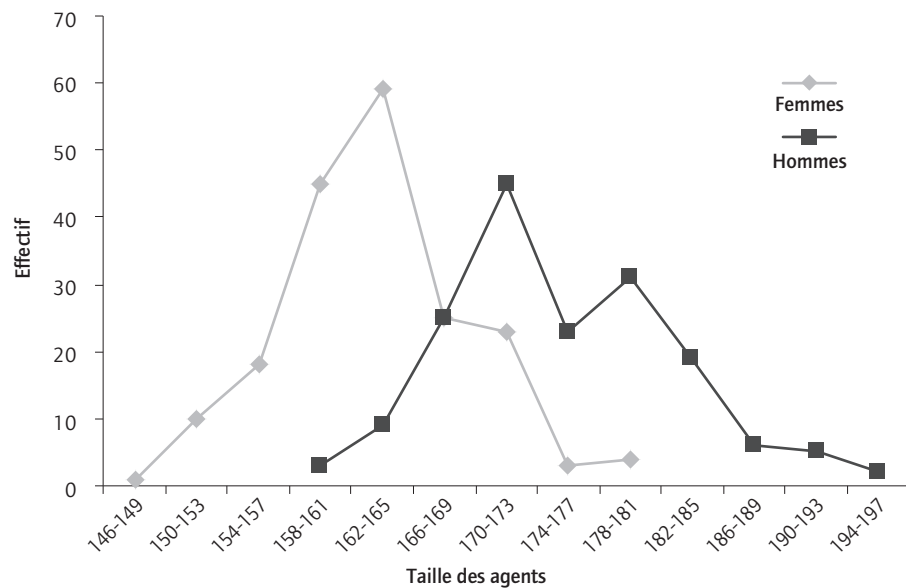
6. Thématique Égalité professionnelle sur les sites des Aract et de l'Anact <https://www.anact.fr/themes/egalite-professionnelle>

7. cf. pour illustration les « clusters égalité » accompagnés par l'Aract Bretagne. Voir http://bretagne.aract.fr/DETAIL/SWAM_5_PORTAIL/VIDEO?p_thingIdToShow=38355643

sur ce sujet de l'absentéisme avec cette intuition que le genre allait justement questionner l'organisation du travail.

« Chausser les lunettes du genre » dans ce diagnostic de l'absentéisme a permis d'aller au-delà des causes habituellement invoquées par les différentes parties prenantes de cette grande entreprise pour expliquer le haut niveau d'absentéisme pour les femmes comme pour les hommes (« c'est un problème d'âge, c'est un problème de management ») ou l'absentéisme supplémentaire des femmes (la charge familiale, ou des comportements sociaux stéréotypés, sans preuve scientifique vraiment établie). Concrètement, c'est le recours à un travail d'entretiens et d'observations portant sur les situations de travail des femmes et des hommes dans le même métier, à travers le prisme du genre, qui a permis de mettre en lumière le rôle de l'organisation, des contraintes de travail, du management et des ressources humaines ainsi que de l'articulation des temps dans la compréhension des impacts différenciés en matière de santé au travail pour les femmes et pour les hommes.

Graphique 4 Répartition de la taille de 352 agents de la Drôme et l'Ardèche (183 femmes et 169 hommes)



Source : service de médecine du travail (2014)

En effet, dans cette entreprise l'écart d'absentéisme entre les femmes et les hommes, qui s'accroît pour les recrues des 15 dernières années, s'explique (hormis 15 % à 20 % liés aux congés maladie avant maternité) par des contraintes organisationnelles qui s'appliquent avec des effets différenciés pour les femmes et pour les hommes sur les quatre axes du modèle genre (voir le graphique 3) : organisation du travail, contraintes de travail, management et ressources humaines, temps de travail. Par exemple, la mise en œuvre de la règle de l'ancienneté (les femmes ont en moyenne quatre ans d'ancienneté de moins que

les hommes) implique que les femmes soient affectées sur les postes les moins demandés et les plus sollicitant physiquement ou encore qu'elles bénéficient de moins de jours de congé en juillet et août que les hommes. Dans le même sens, les équipements comme les étagères, chariots ou les moyens de locomotion sont insuffisamment adaptés à la taille des femmes et sont donc source de troubles musculosquelettiques et d'inaptitudes plus fréquentes pour les femmes (voir le graphique 4). Les exigences physiques des postes sont les mêmes pour toutes et tous, toutefois compte tenu de leur constitution physique (taille, force musculaire moindre, etc.) et de leur condition physique moins entraînée (arrêt du sport chez les jeunes filles vers 12 ans), les femmes sont amenées à fournir un effort physique bien plus important que les hommes. On peut en déduire que dans cette entreprise la féminisation des métiers ne s'est pas accompagnée d'une transformation suffisante des systèmes de travail (règles collectives de l'organisation, des horaires, postes, outils, matériels, etc.).

Si l'on regarde les statistiques nationales françaises, l'étude de la Dares (2013) sur l'absentéisme (maladie et accident, hors congés pour paternité et maternité, à partir des données de l'enquête emploi française entre 2003 et 2011 pour les secteurs public et privé) montre qu'en France les femmes sont plus absentes que les hommes : 30 % de plus (le taux d'absentéisme moyen des femmes est de 4,1 % contre 3,1 % pour les hommes). L'étude montre que le fait d'être une femme augmente de 40 % le fait d'être absente « toutes choses égales par ailleurs ». Cet écart d'absentéisme – comme celui des écarts de salaire – est le plus souvent mis en lien avec la répartition sexuée des secteurs d'activité professionnelle. Il est aussi très fréquemment expliqué par la charge familiale qui incombe aux femmes. Toutefois, l'étude va à l'encontre de cette idée reçue et révèle un taux d'absentéisme supérieur de 0,2 % pour les salariés qui ont des enfants de moins de 6 ans « toutes choses égales par ailleurs ». D'autre part, le fait d'avoir au moins un enfant de moins de 6 ans et de ne pas être en couple augmente le risque d'être absent pour maladie ou garde d'enfant malade de près de 50 % pour les femmes et de 22 % seulement pour les hommes.

Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) montre que les femmes salariées du secteur privé âgées de 21 à 45 ans ont, en moyenne, 4,9 jours d'arrêts maladie indemnisés de plus par an que les hommes de la même catégorie (Marbot et Pollak 2015). La part des arrêts maladie imputables à la grossesse, en dehors des congés maternité, a été isolée précisément : ceux-ci expliquent 37 % de l'écart entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans. Cette part diminue drastiquement avec l'âge : la grossesse n'explique plus qu'un sixième des écarts d'arrêt maladie hommes-femmes au sein des 36-40 ans, alors qu'elle en explique la quasi-totalité pour les plus jeunes âgés de 21 à 25 ans.

Ainsi, cette question de « l'absentéisme au regard du genre » interroge l'organisation du travail, normée et standardisée, qui s'impose à tous et toutes quels que soient les situations et les lieux de travail, et renvoie *in fine* à la question de l'égalité d'accès des femmes et des hommes à la qualité de vie au travail.

À l'issue du diagnostic « genré », un certain nombre de recommandations ont été reprises par l'entreprise pour mettre en place une prévention durable de

l'absentéisme. Ainsi, il a pu être démontré que prendre en compte les situations de travail et de vie différenciées des femmes et des hommes travaillant dans les mêmes métiers contribue à améliorer les conditions de travail pour toutes et tous.

De nouvelles lois pour intégrer l'égalité, la santé et la qualité de vie au travail

L'expérience du réseau Anact-Aract en entreprise a montré qu'il est toujours risqué en France de révéler des données sexuées en santé au travail en défaveur des femmes, car le risque est de renvoyer aux préjugés et stéréotypes fort ancrés (« les femmes sont plus fragiles, résistent moins à la pression ») et de conduire à discriminer les femmes en les licenciant ou en ne les recrutant plus.

Toutefois, les données statistiques et les interventions menées dans un certain nombre d'entreprises ont encouragé des évolutions législatives. La loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, promulguée en France le 4 août 2014⁸, amène deux inflexions de la réglementation. D'une part, en matière d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, les entreprises de plus de 50 salariés sont désormais obligées de mettre en place des indicateurs en santé et sécurité au travail selon le sexe au même titre que ceux concernant la carrière ou la rémunération. D'autre part, en matière de prévention des risques, il est mentionné désormais que « l'évaluation des risques tient compte de l'impact différencié de l'exposition au risque en fonction du sexe ». Une lecture trop rapide de ce dernier article, dans un sens essentialiste, serait erronée et pourrait conduire à conclure qu'il convient d'écarter les femmes de certaines tâches, fonctions et métiers, en raison de leurs caractéristiques propres, ce qui revêtirait un caractère discriminatoire. En effet, en France, les seules dispositions légales désormais justifiées introduisant des restrictions à l'égard des femmes en matière de santé et de sécurité ont pour objet la protection de la grossesse et de la maternité ainsi que la limitation du port de charges (25 kg pour les femmes et 55 kg pour les hommes). Cette disposition sur la prise en compte dans l'évaluation des risques professionnels de l'impact différencié de l'exposition en fonction du sexe renvoie en fait aux conditions d'exposition aux risques, qui sont différenciées pour les femmes et pour les hommes compte tenu des emplois qu'ils et elles occupent respectivement. En effet, dans une même entreprise, les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes métiers, parcours, activités hors travail ; par ailleurs le même travail n'a pas forcément le même impact sur la santé des femmes et des hommes compte tenu des différences biologiques respectives (en termes de reproduction, morphologie, force musculaire). Cette disposition réglementaire en France renforce et enrichit donc le cadre légal existant pour mieux adapter et rendre plus efficaces les ac-

8. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id> et <http://femmes.gouv.fr/loi-du-4-aout-2014-pour-legalite-reelle-entre-les-femmes-et-les-hommes-un-an-apres-des-mesures-effectives/>

tions de prévention. La loi pour la modernisation du dialogue social du 17 août 2015 intègre aussi parmi les trois thèmes de négociation obligatoires pour les partenaires sociaux en entreprise un bloc nommé « Égalité professionnelle et Qualité de vie au travail » dans la continuité de l'accord national interprofessionnel pour une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle signé par un certain nombre d'organisations syndicales en 2013.

L'objectif de ces deux dispositions réglementaires promulguées en 2014 et 2015 est de mieux intégrer de manière transversale les enjeux d'égalité et de genre aux enjeux de santé, de sécurité et de qualité de vie au travail. Il s'agit désormais de concevoir les systèmes de travail et les politiques de prévention, en prenant en compte les conditions de travail différenciées des femmes et des hommes. La conception des organisations de travail et des politiques de santé et sécurité au travail gagne à mobiliser « ces lunettes du genre » pour progresser pour une meilleure égalité d'accès de toutes et tous à la qualité de vie au travail. Cependant, il ne faut pas nier que les questions que pose la prise en compte du genre sont complexes voire taboues par certains aspects, dans un contexte apparent de neutralité et d'égalitarisme en France.

Références

- Chappert F., Messing K., Peltier E. et Riel J. (2014) Conditions de travail et parcours dans l'entreprise : vers une transformation qui intègre l'ergonomie et le genre ?, *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 9 (2), 46-67. http://www.remest.ca/pages/documents/4-Chappert_REMEST_Vol9No2_2014-VERSIONKaren-1.pdf
- Chappert F. et Thery L. (2016) Inégalités de genre en entreprise : comment construire une intervention sur le travail, propice aux transformations ?, *Pistes*, 18 (2), 1-13. <https://journals.openedition.org/pistes/4828>
- Chappert F et Mercieca P. (2017) Santé au travail : une approche par le genre pour améliorer la prévention, *La Santé en action*, 441, 22-23. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/441/genre-sante-travail-approche-prevention-femmes-hommes.pdf>
- Chappert F. (2016) L'apport du genre aux démarches de prévention des risques professionnels en santé au travail, in Devreux A.M. (dir.) *Les sciences et le genre : déjouer l'androcentrisme*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Dares (2013) Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail, *Dares Analyses* 9. https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/hors_collections/Absences-raisons-de-sante-2013.pdf
- Dares (2014) Les accidents de travail entre 2005 et 2010 : une fréquence en baisse, *Dares Analyses* 10. <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010.pdf>
- Garoche B. (2016) Les accidents du travail et les accidents de trajet : toujours plus fréquents chez les ouvriers, malgré une tendance globale à la baisse, *Dares Résultats* 39. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-039-2.pdf>

- Marbot M. et Pollak C. (2015) Les grossesses expliquent 37 % des différences d'arrêt maladie entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans, in Beffy M. *et al.* (dir.) Les dépenses de santé 2014 : résultats des Comptes de la santé, Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 199-207. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cns_2015_commission.pdf
- Mercieca P., Chappert F. et Therry P. (2018) Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2016 : des tendances d'évolution différenciées pour les femmes et les hommes, Lyon, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. <https://www.anact.fr/photographie-statistique-des-accidents-de-travail-des-accidents-de-trajet-et-des-maladies>
- Messing K. (2000) La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle?, Toulouse, Octarès Editions.
- Nicot A.M. (2014) Les facteurs psychosociaux de risques au travail et la santé : une approche par genre des données statistiques nationales, Lyon, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. <https://fr.calameo.com/read/000088155dc16060d7a01?authid=>
- Vignet M., Chappert F. et Sarnin P. (2015) Inégalités hommes/femmes dans l'accès à la QVT : une explication des différences dans les taux d'absentéisme, *Revue des conditions de travail*, 3, 109-117. <https://www.anact.fr/inegalites-hommes-femmes-dans-lacces-la-qvt-une-explication-des-differences-dans-les-taux>

Violences contre le personnel de santé : aperçu de la situation au Canada¹

Margaret M. Keith*, James T. Brophy* et Michael Hurley**

* Université de Stirling

** Président du Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario/Syndicat canadien de la fonction publique

En 2016, le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario (CSHO, membre du Syndicat canadien de la fonction publique, SCFP) a mené une enquête auprès du personnel de santé de North Bay, en Ontario (Canada) au sujet de la violence au travail. La plupart des personnes interrogées étaient des infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) ou des préposés aux services de soutien à la personne (PSP), généralement des femmes.

Leurs réponses brossaient un tableau inquiétant : « Très vite, le patient s'est dressé, bras et poing levé et il m'a foncé dessus depuis l'autre côté de la pièce. Il m'a frappée dans le nez et sous l'œil. Je suis tout de suite tombée en arrière. Je me suis mise à saigner du nez, je ne pouvais plus respirer, j'ai commencé à paniquer. »

« Je me suis fait tordre le bras... et ce n'est qu'après que je lui ai dit "vous me faites mal, vous me faites mal" que le patient m'a lâchée... mais il m'a saisie au cou avec son autre bras². »

La plupart des personnes ayant répondu à l'enquête ont déclaré avoir subi au moins un incident violent au cours de la seule année écoulée, nombre d'entre elles en ayant même essuyé neuf ou plus. En outre, « 86 % des infirmiers et des préposés aux services à la personne ont rapporté avoir subi des violences physiques au cours de l'année précédente, qu'ils aient été poussés, frappés ou qu'on leur ait lancé des objets » (OCHU 2016).

La situation des soignants subissant des violences dans leur travail est très préoccupante au Canada. Nous aborderons dans cette contribution trois grands points nous permettant de mieux comprendre ce phénomène et comment l'enrayer : l'état de la situation, le cadre législatif actuel et les actions à mener.

Ça ne fait pas juste « partie du travail »

Cette étude corrobore la thèse selon laquelle la santé et le bien-être des personnes qui se consacrent au soin d'autrui sont de plus en plus menacés par des

1. Adapté d'une fiche d'information produite par le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario (CSHO), du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP).

2. Les citations extraites des réponses à l'enquête, à l'instar de ces deux exemples, figurent en italique tout au long du texte.

patients contrariés, en colère ou déchaînés. Chacun des 150 infirmiers auxiliaires autorisés venus de tout l'Ontario à Kingston pour assister à une conférence sur la violence en janvier 2016 a indiqué avoir déjà été agressé au travail. Une étude menée auprès d'ambulanciers paramédicaux en Ontario et en Nouvelle-Écosse a montré que 75 % d'entre eux avaient subi des violences au cours de l'année précédente, verbalement pour 67 % d'entre eux et physiquement pour 26 % (Bigham *et al.* 2014). Au cours de ces dernières années, un certain nombre d'infirmiers de l'Ontario se sont vu infliger de graves blessures par des patients. Dans l'une des situations décrites, plusieurs infirmiers ont reçu des coups répétés à la tête et une infirmière a même perdu connaissance après avoir été jetée contre un mur. Un autre cas décrit un infirmier battu avec un tuyau en plomb jusqu'à l'évanouissement (Denise 2015).

Les enquêtes menées auprès des infirmiers et des préposés aux services de soutien à la personne concluent à des taux de violence préoccupants et montrent que les infirmiers subissent davantage d'actes de violence que les policiers et les gardiens de prison (Kingma 2001). Moins nombreuses sont les études ciblées sur la violence exercée contre d'autres travailleurs du secteur de la santé, mais il est clairement établi que les personnes qui font face à des patients et au grand public en général sont exposées à ce risque.

« Tous les jours, je vais travailler en sachant que je vais me faire agresser, verbalement ou physiquement, pendant la journée. Alors tous les jours je m'y prépare. Je ne devrais pas avoir à faire ça... Personne ne devrait aller travailler en sachant qu'il va se faire rudoyer d'une manière ou d'une autre sur son lieu de travail. »

« Ces violences ne sont pas toujours signalées parce que nous faisons avec, comme si cela faisait partie du travail. »

Dans les établissements de santé, l'acceptation de la violence, sous toutes ses formes, et quel qu'en soit le degré de gravité comme faisant « partie du travail » est sans doute ancrée dans des dynamiques culturelles, économiques et politiques (Naylor 2012). D'une manière ou d'une autre, nous et la société qui nous entoure en sommes venus à la considérer comme « inévitable », voire « normale ».

« Nous aidons les gens. Nous sommes là pour les accompagner dans leurs derniers instants. Nous nous efforçons d'atténuer leur douleur. C'est là la profession que j'ai embrassée, pas ce que nous faisons désormais, qui s'apparente davantage à un travail de police, de sécurité. Je ne suis pas là pour me retrouver par terre à me battre avec des patients. »

Un problème chronique et répandu

Le problème de la violence dans le domaine de la santé n'est pas limité au Canada. Selon une étude récente menée aux États-Unis, « la violence dans les établissements médicaux est un problème sous-évalué, omniprésent et persis-

tant, qui a été toléré et largement ignoré » (Phillips 2016). L'étude a révélé que les membres du personnel soignant demandaient des congés maladie quatre fois plus souvent après avoir été agressés qu'après n'importe quel autre type de blessure. L'étude a également fait apparaître que les principales victimes étaient les infirmières et les aides-soignantes et que le personnel des services d'urgences, de psychiatrie et des unités de soins aux personnes atteintes de démence était particulièrement exposé.

Les études qui ont été menées en Europe sur la violence dans les soins de santé ont en revanche permis d'observer que l'incidence de la violence était différente selon les pays. Le projet dénommé NEXT³ a analysé les raisons des reconversions professionnelles des infirmiers et a montré que l'exposition à des événements violents était plus fréquemment citée par les infirmiers français (39 %), britanniques (29 %) et allemands (28 %), tandis que ces professionnels étaient moins souvent exposés à des événements violents en Norvège (9 %) et aux Pays-Bas (10 %) (European Agency for Safety and Health at Work 2010).

Pour ce qui concerne la protection du personnel médical cependant, les autorités canadiennes n'ont pas de quoi se vanter. Une étude sur la violence dans les établissements de soins de longue durée a montré que les travailleurs du secteur de la santé au Canada subissaient six fois plus d'incidents associés à de la violence physique que leurs homologues scandinaves (Banerjee *et al.* 2012). Les auteurs de cette recherche affirmaient que les soignants canadiens subissaient une « violence structurelle » qu'ils attribuaient à des « facteurs systémiques et organisationnels » tels que des conditions de travail médiocres et un manque de soutien adapté.

Mais comment définir précisément la violence sur le lieu de travail ? Selon le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail :

« La violence désigne tout acte ou tout autre comportement faisant en sorte qu'une personne est abusée, menacée, intimidée, harcelée ou attaquée dans son travail. [...] La violence au travail comprend les points suivants :

- comportement menaçant — gestes du poing, destruction matérielle, objets lancés ;
- menaces orales ou écrites — toute expression d'une intention d'infliger du mal ;
- harcèlement — tout comportement qui abaisse une personne, l'humilie, la gêne, l'inquiète, l'ennuie ou l'injurie, que cela soit par des mots, des gestes, de l'intimidation, de la contrainte ou d'autres activités inappropriées ;
- excès verbaux — jurons, insultes ou langage condescendant ;

3. L'étude *Nurses' Early Exit, premature departure from the nursing profession in Europe* (« La sortie précoce des infirmiers : étude des départs anticipés de la profession d'infirmier en Europe ») est un projet européen mené en 2000 par l'université de Twente, aux Pays-Bas et financé par la Commission européenne.

- agression physique — coups portés de la main ou du pied, poussées, bousculade. » (CCOHS 2014)

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail indique qu'il n'existe pas de définition uniforme de la violence sur le lieu de travail. Il est cependant généralement admis que le terme générique « violence » recouvre tous les types d'agression », notamment « l'homicide, la voie de fait, la menace, l'intimidation, y compris collective, soit tout type de comportement qui humilie, rabaisse ou porte atteinte au bien-être, à l'honneur ou à la dignité d'une personne » (European Agency for Safety and Health at Work 2010 : 9).

« J'ai vu mes collègues se faire incendier, verbalement j'entends, et cela m'est arrivé également. Je me suis fait couvrir d'injures... des insultes pour des brouilles comme ne pas avoir apporté de couverture chaude pour le lit de quelqu'un ou pour un café froid ou pour n'avoir pas débarrassé l'ancienne eau de quelqu'un lorsque je lui avais apporté de l'eau fraîche. »

Les statistiques relatives aux indemnisations des accidents de travail sous-estiment le nombre réel de cas parce que de nombreuses menaces et violences contre le personnel de santé sont passées sous silence. À l'origine du faible signalement des cas de violence, on trouve chez les victimes, c'est-à-dire les travailleurs de la santé, à la fois une culture ancienne de l'abnégation et une peur des représailles (que celles-ci viennent des employeurs ou des patients eux-mêmes).

« Tout le monde a le droit de se faire entendre et d'exprimer ses préoccupations. Et c'est malheureux que l'on nous convainque que si nous ouvrons la bouche, nous allons devenir le mouton noir, donc une cible. »

« Nous ne rapportons pas grand-chose de ce qui nous arrive parce que nous craignons que l'on nous réponde que nous n'avons pas fait comme il faut, que nous n'avons pas su maîtriser la situation. »

Le sous-effectif a accru la frustration parmi les patients et leurs familles, rendant les soignants plus vulnérables aux agressions.

« Beaucoup de ces colères pourraient être évitées si nous avions assez de personnel pour répondre aux besoins en temps utile... nous aurions plus de temps à passer avec les patients, pour nouer un lien, établir une relation avec eux. »

Les travailleurs de la santé soulignent que les employés en congé maladie ne sont pas remplacés et qu'ils se retrouvent souvent en nombre insuffisant.

« Parfois, vous venez même quand vous êtes malade, parce que vous savez que vous ne serez pas remplacé. Et votre employeur le sait bien, il joue là-dessus. Il sait que nous sommes là les uns pour les autres. Donc si quelqu'un a la grippe, si quelqu'un se sent patraque, vous savez quoi ? Il se sent obligé de venir parce qu'il sait qu'il ne sera pas remplacé. »

Droits prévus par la loi

La loi canadienne, comme celle de la plupart des pays, prévoit la protection du personnel de santé contre les violences au travail. Cette question a attiré l'attention du grand public en 2005 lorsque Lori Dupont, une infirmière de l'hôpital de Windsor en Ontario, a été poignardée sur son lieu de travail par un médecin avec qui elle avait entretenu une relation amoureuse. Elle avait signalé à son employeur qu'il lui faisait peur, mais ses alertes avaient été largement ignorées. Les revendications suscitées par ce meurtre tragique ont abouti à la modification de la loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST) de l'Ontario, qui prévoit désormais que l'employeur mène au moins une fois par an des évaluations aux fins de recenser les incidences de la violence sur le lieu de travail et qu'il élabore et tienne à jour des politiques et des programmes de prévention de la violence et du harcèlement.

La loi actuelle restreint cependant très concrètement les droits des travailleurs de la santé, notamment dans les cas de violence. La législation de l'Ontario (article 25.2 h de la LSST) prévoit que « l'employeur prend toutes les précautions raisonnables dans les circonstances pour assurer la protection du travailleur ». Cette clause est toutefois sujette à interprétation et ne constitue pas directement une réponse à la question de la violence. En outre, le droit dont disposent les travailleurs de la santé de refuser un travail qu'ils considèrent comme dangereux est très limité.

Pour une meilleure protection légale

Aux termes de la règle 270 du Code criminel canadien, quiconque exerce des voies de fait contre un agent de police dans l'exercice de ses fonctions est passible d'une peine d'emprisonnement pouvant aller de six mois à cinq ans et d'une amende de 5 000 dollars canadiens. Il n'existe cependant pas d'équivalent à cette sanction pour l'agression d'un membre du personnel de santé dans l'exercice de ses fonctions. Les dispositions de la loi sur la santé et la sécurité ne sont pas suffisantes. La plupart des agressions contre des travailleurs de la santé doivent être vues pour ce qu'elles sont effectivement : des *infractions*.

Pour trouver des précédents, il faut se tourner vers les États-Unis. Le personnel de santé de l'État de New York, par exemple, est protégé par le droit pénal. En 2010, l'agression d'un infirmier au travail est devenue une infraction grave (*felony*), une protection dont bénéficiait déjà le personnel d'intervention en cas d'urgence. En janvier 2016, la loi a été étendue à *tout* le personnel de santé prodiguant directement des soins aux patients (Sherwood 2015). De nombreux États ont adopté des lois similaires. La question de savoir si les capacités mentales de l'auteur des violences permettent d'écarter l'intention criminelle est du ressort de la justice.

« Cela peut être terrifiant parfois. J'ai eu à lancer des alertes à la violence pour des patients qui étaient armés... Je sais qu'il nous est arrivé par le passé d'ap-

pelez la police à l'aide dans de tels cas, mais je sais que désormais les policiers ont pour instruction de ne pas toucher le patient à moins que quelqu'un ne le poursuive effectivement en justice. »

Que faire ?

La violence imprègne l'ensemble de notre société. La violence contre les femmes demeure un problème social répandu, qui provoque des traumatismes psychologiques, de l'insécurité, des blessures, voire la mort. Au Canada, le personnel de santé est composé en majorité de femmes. Qu'elle soit le fait de la division sexuée du travail ou de l'omniprésence de la violence contre les femmes dans notre culture, la violence au travail est une grave préoccupation pour les femmes qui gagnent leur vie dans le domaine des soins de santé. Le Conseil international des infirmières a fait valoir que « les infirmiers sont les travailleurs de la santé les plus menacés et les infirmières sont considérées comme les plus vulnérables » (ICN 2004). Cela ne signifie pas que la violence sur le lieu de travail se limite aux agressions contre les femmes. L'ensemble des travailleurs de la santé peuvent être et peuvent avoir été victimes de violence, sous toutes ses formes et à tous les degrés.

Comme nous l'apprennent les études comparatives menées sur d'autres pays, il existe des stratégies qui permettent d'atténuer, voire d'éliminer les menaces de violence, à la fois dans les soins de santé et dans la culture au sens large. Sur le plan institutionnel, il existe des solutions simples et pratiques qui pourraient contribuer à empêcher la violence dans ce secteur. Il semble cependant que le financement limité des soins de santé ait découragé certains employeurs de consentir des dépenses pour recruter un personnel suffisant, équiper leurs locaux de systèmes d'alarme ou de surveillance vidéo ou recourir à des services de sécurité.

« Plus vous voyez de patients, plus vous risquez de faire une erreur ou d'être blessé. Nous manquons également d'un service de sécurité sur nos lieux de travail... une fois que vous avez dû maîtriser un patient et le contraindre physiquement, il est plus difficile de travailler avec lui. Cela vous expose à d'autres incidents avec cette personne... Je pense qu'il faudrait accorder davantage d'importance à la sécurité du personnel, faire des formations à ce sujet et faire savoir aux employés qu'ils sont soutenus, qu'ils peuvent en parler à la direction. »

Les travailleurs de la santé à travers le monde devraient s'inspirer de la recommandation du Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario et du Syndicat canadien de la fonction publique, qui encouragent fortement les employés du secteur de la santé à défendre leurs droits.

Voici quelques mesures essentielles qu'ils préconisent à leurs membres :

- si vous subissez une violence, **SIGNALEZ-LA**. Dénoncez à votre employeur et à votre syndicat tous les cas de violence ou de harcèlement, tels

- qu'ils sont définis par la loi sur la santé et la sécurité au travail. Assurez-vous que votre comité mixte sur la santé et la sécurité est informé ;
- exigez que votre employeur, au minimum, respecte à la lettre toutes les dispositions introduites par les récents amendements législatifs. Exigez des protections telles qu'un dispositif d'alerte personnel, des alarmes et l'identification adéquate et harmonisée des patients potentiellement violents ;
 - réclamez l'emploi d'un personnel suffisant pour assumer la charge de travail et notamment les exigences particulières du métier. Ce personnel peut comprendre, si cela est nécessaire, des agents de sécurité ayant le pouvoir d'intervenir. Vous ne devriez jamais être seul avec une personne qui a été identifiée comme présentant un risque à moins que les mesures de sécurité adéquates n'aient été mises en place ;
 - faites connaître à votre syndicat le récit des incidents violents que vous avez subis et autorisez-le à raconter votre expérience au grand public, aux administrateurs et aux autorités de régulation. L'ensemble des citoyens doivent savoir ce qui se passe ;
 - exigez que les actes de violence commis contre des travailleurs de la santé soient considérés comme des infractions pénales ;
 - exigez une protection similaire à celle des « lanceurs d'alerte » pour les travailleurs qui ont le courage de prendre la parole sur ces sujets honteux.

La violence dans les soins de santé ne doit pas demeurer un vilain secret. La santé du personnel soignant est un baromètre de la santé de l'ensemble du système de soins. En protégeant les travailleurs de ce secteur, à l'échelle de la province, comme aux niveaux national et international, nous contribuons non seulement à leur bien-être, mais aussi à l'amélioration, pour toutes et tous, de notre précieux système de santé.

Références

- Banerjee A. *et al.* (2012) Structural violence in long-term, residential care for older people: comparing Canada and Scandinavia, *Social Science and Medicine*, 74 (3), 390-398.
- Bigham B.L. *et al.* (2014) Paramedic self-reported exposure to violence in the emergency medical services (EMS) workplace: a mixed-methods cross-sectional survey, *Prehospital Emergency Care*, 18 (4), 489-494.
- CCOHS (2014) OSH answers fact sheets: violence in the workplace, Hamilton, Canadian Centre for Occupational Health and Safety. <http://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/violence.html>
- Denise H. (2015) Nurse wants attacks to stop, patients criminally charged, *Kingston Herald*, 28 janvier 2016. <http://kingstonherald.com/release/nurses-attacked-2010315657>
- European Agency for Safety and Health at Work (2010) Workplace violence and harassment: a European picture, Luxembourg, Publications Office of the European Union. <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC>

- ICN (2004) Violence: a worldwide epidemic, Geneva, International Council of Nurses.
http://www.old.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/19k_FS-Violence.pdf
- Kingma M. (2001) Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion, *International Nursing Review*, 48 (3), 129–130.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1466-7657.2001.00094.x/pdf>
- Naylor A. (2012) Long-term care and lousy conditions, *Our Times*, 31 janvier 2013.
<https://ourtimes.ca/article/long-term-care-and-lousy-conditions>
- OCHU (2016) North Bay hospital staff report staggeringly high workplace violence rates: poll, Ontario Council of Hospital Unions. <https://www.ochu.on.ca/>
- Phillips J.P. (2016) Workplace violence against health care workers in the United States, *New England Journal of Medicine*, 374 (17), 1661–1669.
- Sherwood J. (2015) Law gives adds protection for healthcare workers against workplace violence, *Daily Messenger*, 23 novembre 2015. <http://www.mpnnow.com/article/20151123/NEWS/151129884>

Cancer du sein et travail : l'urgence d'une mobilisation sociale internationale

James T. Brophy*, Margaret M. Keith*, Jane E. McArthur**

* Université de Stirling

** Université de Windsor

Introduction

La lutte contre le cancer du sein rassemble sous la bannière du ruban rose des millions de femmes qui, dans le monde, donnent, défilent et se mobilisent. Pourtant, et en dépit des sommes importantes récoltées au profit de la recherche et de la sensibilisation, nous sommes encore bien loin de réduire l'incidence de la maladie. En Europe en 2012, 464 000 femmes ont reçu l'effrayant diagnostic de cancer du sein et 131 000 en sont mortes (Ferlay *et al.* 2013). Il s'agit du cancer le plus courant chez les femmes de l'ensemble des pays industrialisés, y compris aux États-Unis et au Canada, où « les taux sont parmi les plus élevés au monde » (Canadian Cancer Society 2007 : 71) tandis que, selon l'American Cancer Society (2001: 11), l'incidence à l'échelle mondiale ne cesse d'augmenter.

Certains des militants qui arborent le ruban rose pourraient cependant être déçus d'apprendre qu'un très faible pourcentage des fonds récoltés est réellement affecté à la prévention et qu'une part encore plus infime est consacrée aux facteurs de risques professionnels et environnementaux. En effet, la plupart des associations caritatives vouées à la lutte contre le cancer du sein concentrent plutôt leurs efforts sur le dépistage précoce, la génétique et le traitement, mais généralement ignorent, voire excluent la recherche sur la prévention primaire du cancer du sein.

De nombreux scientifiques affirment pourtant que l'environnement joue un rôle dans l'incidence croissante de la pathologie, ce qui devrait être un argument fort puisque moins de la moitié des cas de cancer du sein s'expliquent par les facteurs de risque connus ou traditionnellement suspectés (Gray *et al.* 2010). Les recherches en matière de prévention et les campagnes d'information tendent cependant à méconnaître les facteurs environnementaux, tels que les risques chimiques, dans de nombreux cadres de vie habituels, exploitations agricoles, foyers et lieux de travail. Ainsi, les principaux efforts de prévention se concentrent actuellement sur le mode de vie individuel : habitudes alimentaires, consommation de tabac et d'alcool, activité physique. La plupart du temps, la presse généraliste renforce également ces messages au lieu d'informer le grand public des preuves scientifiques à l'appui d'un lien entre le cancer et l'exposition involontaire à des facteurs environnementaux. En d'autres termes, l'idée qui prédomine suggère que si vous contractez un cancer du sein, il a probablement été causé par quelque chose que vous avez fait ou que vous n'avez pas fait. Vous en êtes donc en partie responsable.

Le financement de la recherche sur les facteurs environnementaux étant insuffisant, les connaissances qui permettraient d'établir un lien entre le cancer du sein et des milieux professionnels ou d'autres cadres de vie sont lacunaires, de quoi fournir une excuse commode aux employeurs et aux législateurs qui ne souhaitent pas s'atteler à éliminer les causes de cancer du sein dans les environnements professionnels. Ce déficit de recherches, et donc de preuves, fournit en outre aux employeurs et aux régimes de réparation une raison de refuser d'indemniser les femmes atteintes d'un cancer du sein après avoir travaillé dans un environnement cancérigène, c'est-à-dire à proximité de substances cancérigènes ou dans des conditions comme le travail de nuit. Au Royaume-Uni, par exemple, le Health and Safety Executive (l'autorité d'inspection du travail) estime que 2 000 femmes sont touchées chaque année par un cancer du sein causé par le travail posté sans qu'aucune n'ait jamais été indemnisée (O'Neill et Watterson 2015).

Ce manque d'attention à l'égard des risques professionnels de cancer du sein pourrait sérieusement entraver les efforts de prévention, non seulement pour les milliers de femmes exerçant un métier potentiellement à haut risque, mais aussi pour l'ensemble de la population. De nombreuses substances chimiques produites ou utilisées sur des lieux de travail se retrouvent dans l'environnement et dans des biens de consommation. Selon Sandra Steingraber (2010 : 65), chercheuse en oncologie, « la compréhension des cancers professionnels n'est pas seulement importante du fait du grand nombre d'heures que passent les gens sur leur lieu de travail, mais aussi parce qu'elle nous donne des informations essentielles sur les cancers à l'extérieur des usines et des bureaux ».

Le Dr Lorenzo Tomatis, ancien directeur du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) renchérit : « Une bonne part de la compréhension liminaire de l'étiologie du cancer chez l'humain nous vient des études de groupes de travailleurs exposés à de fortes concentrations de substances cancérigènes. » (Tomatis *et al.* 1997). Le Dr Tomatis a beau souligner l'importance de l'exposition professionnelle dans le développement d'un cancer, presque toutes les agences nationales de recherche sur le cancer et les associations caritatives de lutte contre le cancer continuent de passer sous silence ou de nier que l'exposition professionnelle et les conditions de travail contribuent au risque de cancer du sein chez la femme.

En 2010 aux États-Unis, le President's Cancer Panel, qui conseille le président sur la politique nationale de lutte contre le cancer, s'est dit inquiet que l'influence de l'industrie ne contrarie l'adoption de mesures préventives et qu'en outre, les causes environnementales de cancer ne soient gravement sous-estimées (Reuben 2010).

Les recherches relatives aux risques professionnels et environnementaux pourraient malheureusement refléter les partis pris traditionnels de genre et de classe sociale : le cancer du sein suscite moins d'attention et donne lieu à moins d'études que les autres cancers. En 1996, Goldberg et Labrèche (1996) déploieraient que trop peu d'études de haute qualité sur les conditions de travail aient

été spécifiquement menées sur les femmes pour permettre l'identification certaine de facteurs de risques professionnels du cancer du sein.

Plus de quinze ans plus tard, une étude de l'American Breast Cancer Foundation portant sur les preuves scientifiques des liens entre l'environnement et le cancer du sein faisait observer que « bien que les femmes représentent près de la moitié de la population active aux États-Unis, relativement peu d'études ont été consacrées à l'identification des expositions professionnelles associées au cancer du sein ».

L'American Public Health Association (APHA), le plus grand organisme de santé publique au monde, affirmait en 2014 dans une résolution sans précédent sur le cancer du sein et le travail : « Nonobstant l'incidence élevée du cancer du sein chez les femmes et les appels à la mise en œuvre d'une prévention primaire des cancers liés au travail et à d'autres environnements, les deux sujets sont rarement abordés ensemble. Le paradigme épidémiologique dominant dans la recherche et les politiques publiques reste fermement centré sur le mode de vie individuel, la génétique et les possibilités de traitement. Les risques exogènes (c'est-à-dire involontaires et communs à tous) et les facteurs de risque associés aux substances chimiques, qui sont les causes de cancer du sein qui peuvent faire l'objet d'une prévention ou d'une réduction, sont éludés, ignorés ou minimisés. » (APHA 2014).

Risques associés aux situations de travail

La rareté des recherches sur les causes professionnelles du cancer du sein n'empêche pas que nous en sachions tout de même beaucoup. De nombreuses substances chimiques (au moins 216) ont été identifiées comme pouvant causer le cancer du sein, parmi lesquelles une longue liste de produits chimiques industriels, de pesticides, médicaments et produits de combustion ou encore d'hormones, comme l'ont observé Rudel et ses collègues (Rudel *et al.* 2007).

Les œstrogènes, dont le caractère cancérigène chez les humains est connu, sont selon toute vraisemblance le facteur causal principal dans le développement du cancer du sein (Travis et Key 2003). « Depuis plus de 200 ans, les scientifiques ont pu observer que le cancer du sein n'apparaît pas sans influence hormonale. » (Davis et Sieber 1997). Les facteurs de risque traditionnellement reconnus sont, entre autres, l'âge, les antécédents génétiques, les thérapies hormonales de substitution et les antécédents familiaux. Tous sont liés à la sécrétion d'œstrogènes au cours de la vie d'une femme. Les éventuelles répercussions d'une exposition aux xœnoestrogènes synthétiques suscitent une préoccupation particulière (Brody et Rudel 2003).

On a constaté que plus de 870 substances chimiques peuvent imiter des hormones telles que les œstrogènes et toutes font partie de ce que l'on appelle les perturbateurs endocriniens. Même de faibles expositions se sont révélées néfastes. L'Endocrine Society laisse entendre que l'incidence croissante du cancer

du sein au cours des cinq dernières décennies pourrait être causée par les perturbateurs endocriniens (Diamanti-Kandarakis *et al.* 2009).

Une récente étude de l'Organisation mondiale de la santé a démontré l'existence d'un lien entre l'exposition à des perturbateurs endocriniens et des pathologies telles que les troubles testiculaires, les cancers du sein, de la prostate et de la thyroïde, certains troubles du développement du système nerveux chez les enfants et, également chez ces derniers, le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH). Les effets d'une exposition à des agents cancérogènes pourraient également se combiner à ceux de substances hormonoactives.

Dans son article intitulé *The Ecology of Breast Cancer* (« l'écologie du cancer du sein »), le Dr Ted Schettler (2013), ardent promoteur de la santé publique aux États-Unis affirme : « Il est de plus en plus vraisemblable que l'exposition, sur le lieu de travail, à des agents cancérogènes et à des perturbateurs endocriniens, connus ou probables, puisse accroître le risque de cancer du sein. Nous devons de toute urgence porter notre attention sur des métiers précis, notamment dans les secteurs tels que la fabrication de produits chimiques, de caoutchouc, de plastique et de textile, l'agriculture et les soins infirmiers. »

Apports de la recherche sur les êtres humains

Parmi les études qui ont été menées sur des êtres humains, très peu ont eu pour objet d'examiner les liens entre le cancer du sein et les produits chimiques présents sur des lieux de travail, en partie parce que la plupart ont porté sur des hommes et donc sur les cancers les plus fréquents au sein de la population masculine, les cancers plus prévalents chez les femmes restant souvent ignorés (Zahm et Blair 2003).

De nouvelles observations des rapports entre les expositions professionnelles et le cancer du sein chez les femmes ont cependant montré que la négligence passée à l'égard de celles-ci dans la recherche sur la santé au travail avait coûté cher, tant sur le plan de la santé que sur celui de la mortalité.

À l'issue d'une revue décisive de la littérature scientifique, l'American Breast Cancer Foundation a établi l'existence d'un risque accru parmi les femmes employées comme infirmières, enseignantes ou autres professionnelles de l'éducation, techniciennes en radiologie et opératrices en chimie. La fondation a également identifié d'autres groupes de métiers « moins fréquemment étudiés », comme les professionnelles du nettoyage à sec et de la blanchisserie, les pompières, les hôtesses de l'air, les opératrices de l'agroalimentaire qui présentaient un niveau de risque élevé (Breast Cancer Fund 2015).

Le CIRC a reconnu le rapport entre travail posté et risque de cancer du sein. Selon le Dr Cogliano, du CIRC, « près de 20 % de la population active en Europe et en Amérique du Nord exerce un travail posté, notamment dans les secteurs industriel, des soins de santé, des transports, des communications et

de l'hôtellerie. À ce jour, la plupart des études ont porté sur le cancer du sein chez les infirmières et les hôtesses de l'air. Nous avons désormais besoin de plus d'études sur les risques d'autres cancers pour d'autres professions » (Watterson 2009).

Le Danemark est jusqu'à présent le seul pays à avoir fait droit à des demandes d'indemnisation présentées par des travailleuses postées pour des cancers du sein.

Une étude épidémiologique française a révélé un risque accru de cancer du sein pour des professions non manuelles, dans les secteurs du textile, du plastique et du caoutchouc et chez les femmes travaillant comme infirmières depuis plus de dix ans. Ces chercheurs ont également mis en évidence un risque élevé chez les femmes employées dans la fabrication de produits chimiques et de produits minéraux non métalliques (Villeneuve *et al.* 2011).

En 2012, une étude menée sur une cohorte de 2 100 Canadiennes a fait apparaître un risque global de cancer du sein de 42 % plus élevé chez les femmes qui, tout en exerçant des professions différentes dans des secteurs variés, avaient pour point commun d'avoir été fortement exposées pendant dix ans ou plus à des substances cancérigènes associées au cancer du sein ou à des perturbateurs endocriniens. Elle a en outre permis de déceler un risque élevé chez les femmes employées dans l'agriculture, le travail du métal, les restaurants et casinos, la plasturgie automobile et la conserverie. Il est à signaler que dans ces deux derniers secteurs, l'étude a fait apparaître un risque de cancer du sein quintuplé pour les femmes en préménopause. Ces chercheurs ont découvert que dans nombre de ces activités, les femmes étaient souvent exposées à un cocktail toxique de produits chimiques, parmi lesquels des cancérigènes mammaires et des perturbateurs endocriniens comme les phtalates, le bisphénol A et des retardateurs de flamme (Brophy *et al.* 2012).

Outre les préoccupations relatives à l'exposition à des substances chimiques sur le lieu de travail, il est avéré que l'exposition excessive à des radiations, que connaissent les techniciennes en radiologie médicale non protégées, accroît le risque de cancer du sein. Certains éléments tendraient également à prouver que les champs électromagnétiques (CEM) pourraient constituer un facteur de risque.

Apports de la recherche sur les animaux

Les êtres humains ne pouvant en l'espèce servir de cobayes, les chercheurs ont tenté de mettre au jour les risques posés par les substances chimiques lors d'expériences sur les animaux. Il y a plus de deux cents ans par exemple, le médecin Percival Potts avait fait état du lien entre la suie et le cancer du scrotum chez les jeunes ramoneurs. Il allait encore falloir du temps avant que ne soient identifiés les composants chimiques de la suie, mais à l'orée des années 1930, on savait que parmi les principaux éléments constitutifs de la suie et des gaz d'échappement se trouvaient plusieurs hydrocarbures polycycliques aroma-

tiques (HAP). Les expériences sur des animaux ont montré que nombre de ces HAP pouvaient causer le cancer du sein (Russo et Russo 1996).

L'un d'entre eux en particulier, le diméthylbenzanthracène (DMBA), a beaucoup servi à créer le cancer du sein au cours d'expériences sur les animaux visant à déterminer les facteurs qui peuvent modifier le temps de production de tumeurs mammaires et leur nombre. Par exemple, des expériences menées sur des rats ont permis de mettre en évidence le lien entre l'exposition au DMBA et l'exposition à la lumière pendant la nuit, qui se traduit par un développement des tumeurs mammaires plus rapide de 36 % et une augmentation de 60 % du nombre de ces tumeurs (Shah *et al.* 1984).

Paradoxalement, les preuves accumulées grâce à ces expériences sur les rats n'ont été prises en compte que très lentement dans la pratique de la santé et de la sécurité au travail pour protéger les employées des conditions susceptibles d'engendrer un cancer du sein, telles que l'exposition aux HAP et le travail posté. De plus, et en dépit des recommandations du Dr Tomatis, selon lesquelles il convient de prendre des mesures de précaution lorsque des essais menés sur les animaux permettent d'identifier une substance cancérigène, il est rare qu'une démarche préventive soit mise en place.

La résistance s'intensifie

Les dernières décennies ont vu l'adoption de politiques néolibérales, de dérèglementations, de suppressions d'emplois et une globalisation croissante, qui ont eu pour résultat d'instiller chez les salariés la peur que l'économie dont ils dépendent ne devienne instable. Ces politiques accroissent la pression sur les travailleurs qui, pour continuer de percevoir une rémunération, peuvent accepter des conditions de travail quels que soient leurs effets sur la santé. Les femmes, dont la sécurité est sans doute moins assurée que celle de leurs collègues masculins, sont particulièrement vulnérables.

Pourtant de plus en plus, et dans l'ensemble des pays industrialisés, les femmes posent des questions et exigent des réponses. La remise en cause croissante de la compréhension traditionnelle des origines du cancer du sein par le mouvement mondial en faveur de la santé des femmes vient appuyer les efforts des travailleuses et de leurs syndicats, qui prennent à partie les employeurs et les organismes gouvernementaux de réglementation.

L'ONG Women in Europe for a Common Future (désormais Women Engage for a Common Future, WEFCF) a publié une brochure intitulée *Politiques et prévention : le rôle de l'environnement dans le cancer du sein*, selon laquelle : « Il est encourageant de constater que l'augmentation du nombre de femmes actives professionnellement va de pair avec la possibilité de rejoindre des syndicats et de s'investir dans l'élaboration des normes de santé et de sécurité qui protègent la femme à tous les stades de sa vie professionnelle. Mais il est urgent de mieux appliquer la réglementation existante et de repenser la manière de

mener plus de recherches sur les femmes dans le cadre de la prévention du cancer professionnel. » (Lynn 2007)

Aux États-Unis, une coalition de syndicats et d'organisations environnementales a organisé une campagne sous le slogan : *Let's Put Breast Cancer Out of Work* (« Mettons le cancer du sein au chômage ») (Blue-Green Alliance 2013). Elle a créé des supports de formation et informe ses membres et les syndicalistes féminines des expositions professionnelles qui peuvent accroître les risques pour les femmes.

Ces actions sont encourageantes. L'identification et l'élimination des facteurs de risques professionnels du cancer du sein constituent une tâche titanesque, qui exigera des campagnes mondiales associant les syndicats, les organisations de défense de la santé des femmes, les militants environnementaux, les médias indépendants et les chercheurs progressistes. La lutte s'annonce acharnée, mais comme pour tous les mouvements sociaux, avec assez de volonté et les bonnes stratégies, elle est gagnable. Nous devrions nous inspirer des paroles du militant et auteur Greg Jobin-Leeds : *When we fight we win!* (Pas de victoire sans combat !)

Références

- American Cancer Society (2011) Global cancer facts & figures. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2011.html>
- APHA (2014) Breast cancer and occupation: the need for action, Washington DC, American Public Health Association. <http://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2015/01/07/14/55/breast-cancer-and-occupation>
- Blue-Green Alliance (2013) Putting breast cancer out of work training materials. <http://www.chemhat.org/en/putting-breast-cancer-out-work-training-materials>
- Breast Cancer Fund (2015) Working women and breast cancer: state of the evidence, San Francisco, Breast Cancer Fund. <https://www.bcpp.org/>
- Brody J.G. et Rudel R.A. (2003) Environmental pollutants and breast cancer, *Environment Health Perspectives*, 111 (8), 1007-1019.
- Brophy J.T. *et al.* (2012) Breast cancer risk in relation to occupations with exposure to carcinogens and endocrine disruptors: a Canadian case-control study, *Environmental Health*, 11:87. doi: 10.1186/1476-069X-11-87
- Canadian Cancer Society (2007) Canadian cancer statistics. [http://www.cancer.ca/ontario/About cancer/Cancer statistics.aspx?sc_lang=en](http://www.cancer.ca/ontario/About%20cancer/Cancer%20statistics.aspx?sc_lang=en)
- Davis D.L. et Sieber S.M. (1997) Hormones, hormone metabolism, environment, and breast cancer: a workshop on the National Action Plan on Breast Cancer's Etiology Working Group, *Environmental Health Perspectives*, 105 (S3), 557.
- Diamanti-Kandaraki E. *et al.* (2009) Endocrine-disrupting chemicals: an Endocrine Society scientific statement, *Endocrine Reviews*, 30 (4), 293-342.
- Ferlay J. *et al.* (2013) Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012, *European Journal of Cancer*, 49 (6), 1374-1403.

- Goldberg M.S. et Labrèche F. (1996) Occupational risk factors for female breast cancer: a review, *Occupational and Environmental Medicine*, 53 (3), 145-156.
- Gray J., Nudelman J. et Engel C. (2010) State of the evidence: the connection between breast cancer and the environment, 6th ed., San Francisco, Breast Cancer Fund. <https://www.healthyenvironmentforkids.ca/sites/healthyenvironmentforkids.ca/files/state-of-the-evidence-2010.pdf>
- Lynn H. (2007) Politics and prevention: linking breast cancer and our environment, Utrecht, Women in Europe for a Common Future. http://www.wecf.eu/cms/download/2007/WECF_breastcancer_07.pdf
- O'Neill R. et Watterson A. (2015) Double trouble on relative risk for occupational diseases, *Hazards*, 129. <http://www.hazards.org/compensation/meantest.htm>
- Reuben S.H. (2010) Reducing environmental cancer risk: what we can do now, President's Cancer Panel, 2008-2009 Annual report. <https://deainfo.nci.nih.gov/Advisory/pcp/annualReports/index.htm>
- Rudel R.A., Attfield K.R., Schifano J.N. et Brody J.G. (2007) Chemicals causing mammary gland tumors in animals signal new directions for epidemiology, chemicals testing and risk assessment for breast cancer prevention, *Cancer*, 109 (S2), 2635-2666.
- Russo J. et Russo I.H. (1996) Experimentally induced mammary tumors in rats, *Breast Cancer Research and Treatment*, 39 (1), 7-20.
- Schettler T (2013) The ecology of breast cancer: the promise of prevention and the hope for healing. http://www.healthandenvironment.org/uploads/docs/EcologyOfBreastCancer_Schettler.pdf
- Shah P.N., Mhatre M.C. et Kothari L.S (1984) Effect of melatonin on mammary carcinogenesis in intact and pinealectomized rats in varying photoperiods, *Cancer Research*, 44 (8), 3403-3407.
- Steingraber S. (2010) Living downstream: an ecologist's personal investigation of cancer and the environment, 2^e éd., Cambridge, MA, Da Capo Press.
- Tomatis L. *et al.* (1997) Avoided and avoidable risks of cancer, *Carcinogenesis*, 18 (1), 97-105.
- Travis R.C. et Key T.J. (2003) Oestrogen exposure and breast cancer risk, *Breast Cancer Research*, 5 (5), 239-247.
- Villeneuve S. *et al.* (2011) Breast cancer risk by occupation and industry: analysis of the CECILE study, a population-based case-control study in France, *American Journal of Industrial Medicine*, 54 (7), 499-509.
- Watterson A. (2009) While you were sleeping, *Hazards*, 106. <http://www.hazards.org/hours/shiftwork.htm>
- Zahm S.H. et Blair A (2003) Occupational cancer among women: where have we been and where are we going?, *American Journal of Industrial Medicine*, 44 (6), 565-575.

Les coiffeuses, victimes ignorées des produits cosmétiques

De quoi se faire des cheveux blancs

Dimitra Penidis

Confédération des syndicats chrétiens (CSC), bâtiment, industrie et énergie

Chaque jour, les travailleuses et travailleurs du secteur de la coiffure en Europe encourent des risques professionnels importants, notamment en matière d'exposition aux produits cosmétiques et chimiques, sans que cela n'émeuve grand monde. Les femmes, représentant plus de 80 % des travailleurs du secteur, en sont les premières victimes. En Belgique, un quart d'entre elles se voient contraintes de quitter leur métier avant la fin de leur carrière. Un des motifs de ces départs prématurés est à rechercher parmi les maladies de la peau et les allergies occasionnées par les produits cosmétiques et les substances chimiques qu'elles utilisent au quotidien, sans protection adéquate.

Difficile cependant de mesurer l'étendue exacte du problème tant au niveau européen qu'au niveau national. En cause, le manque criant de statistiques et d'études spécifiques. Même si nous disposons de quelques informations sur le nombre ou la nature des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur de la coiffure, nombreuses sont les travailleuses du secteur à taire, vis-à-vis de la médecine du travail, les problèmes de santé rencontrés. C'est, bien souvent, résignées et sur la pointe des pieds que les coiffeuses quittent leur emploi. François Laurent, président du dialogue social sectoriel du côté syndical, rappelle qu'« il est urgent de rendre les risques encourus par les travailleurs du secteur de la coiffure plus visibles. Par l'information, la formation et la sensibilisation, il est possible de prévenir ces départs anticipés et de permettre aux travailleurs de continuer à exercer le métier qu'ils ont choisi et qu'ils aiment ».

L'Europe peut mieux faire !

Quand on voit les efforts acharnés que l'ensemble des partenaires sociaux du secteur sont obligés de déployer pour aboutir à un accord-cadre sur la santé et sécurité qui soit transposable en directive européenne, on peut regretter que la question de la santé-sécurité dans la coiffure ne soit pas une réelle priorité pour la Commission européenne (CE) (voir l'encadré sur l'accord-cadre). « Alors que patrons et syndicats étaient d'accord pour améliorer les conditions de travail et mettre en place une meilleure prévention dans le secteur de la coiffure, nous avons été contraints de revoir notre copie. En effet, le programme de simplification REFIT conjugué à la pression de certains pays membres de l'Union européenne a rendu la procédure de transposition complexe et opaque. Il aura fallu attendre la Présidence de Jean-Claude Juncker à la CE pour voir enfin apparaître une lueur d'espoir et renouer avec un dialogue constructif. En

Belgique, pourtant, la signature de la convention santé sécurité, réplique exacte de l'accord-cadre européen, n'a posé aucun problème. Nous avons même négocié une visite annuelle remboursée chez un dermatologue », souligne encore François Laurent, Président du dialogue social sectoriel du côté syndical.

Les risques professionnels pour la santé des travailleurs dans le secteur de la coiffure sont multiples. Le plus important concerne le développement de maladies de la peau. Bien que fabuleux, cet organe est une véritable passoire qui absorbe les composants chimiques des produits cosmétiques ou le nickel de certains instruments de coiffure comme les ciseaux, les pinces et les tondeuses. De plus, le travail en milieu humide accentue le phénomène en favorisant le développement de différentes dermatoses professionnelles telles que la dermite d'irritation, l'eczéma de contact allergique... Pour pallier ces effets indésirables, il suffit bien souvent de mettre en place certaines mesures de protection collectives et individuelles comme l'alternance des tâches humides et sèches, le port de gants de protection adéquats (sans latex et de préférence en Nitrile) et l'hydratation régulière des mains avec une crème protectrice neutre sans parfum.

Les aérosols, les produits sous forme de poudre, notamment les poudres décolorantes aux persulfates alcalins qui sont très volatiles et qui restent longtemps en suspension dans l'air, les vapeurs irritantes de l'ammoniaque de certains produits colorants sont, quant à eux, à l'origine de nombreux problèmes respiratoires chez les coiffeuses tels que les rhinites et l'asthme. Une bonne ventilation du salon de coiffure ainsi que l'utilisation de produits sous forme non volatile tels que les gels et les granulés permettent de réduire considérablement les risques professionnels.

N'oublions pas non plus les troubles musculosquelettiques (TMS), les tendinites ou autres maux de dos causés par les stations debout prolongées, les mouvements répétitifs aux niveaux des poignets et des doigts, les mauvaises postures du corps lors de l'exécution des différentes tâches. Là aussi des mesures sont possibles comme alterner les tâches et adopter les bonnes postures.

Femmes enceintes, les dangers sous-estimés ?

D'autres risques professionnels mériteraient une plus grande attention : ceux engendrés par l'utilisation des produits cosmétiques par les femmes enceintes ou en âge de procréer. Cette question soulève encore de nombreuses interrogations. Leur utilisation régulière est suspectée d'impacter négativement les femmes (fertilité amoindrie, avortements spontanés, ménopause précoce, fibromyalgie, cancer du sein...) et leurs enfants à naître (malformations et retards de croissance du fœtus, naissances prématurées, retards d'apprentissage...). Cependant, faute d'investigations précises, les liens n'ont pas encore pu être établis de manière formelle. Certaines études nationales débouchent malgré tout sur des conseils de prévention et des recommandations comme l'adaptation du poste de travail, la mutation de poste ou l'écartement pur et simple. Mais là aussi les réglementations nationales au sein de l'UE di-

vergent. Il serait grand temps de diligenter une enquête européenne et de légiférer clairement en la matière.

Les produits cosmétiques et chimiques sont souvent incriminés dans le développement des risques professionnels. Toutefois, force est de constater qu'il n'y a pas d'obligation pour les fabricants de ces produits potentiellement dangereux pour la santé de prendre en compte l'exposition additionnelle des professionnels du secteur de la coiffure dans le cadre de l'exercice de leur métier. La seule obligation qui leur incombe sur base de la directive européenne sur les produits cosmétiques est l'évaluation des risques pour la santé des consommateurs non-professionnels. Ce constat est d'autant plus aberrant que l'on sait que les coiffeurs, qui sont principalement des femmes en âge de procréer, utilisent ces produits plusieurs fois par jour en pratiquant des shampoings, des colorations, des permanentes, des décolorations. Les fabricants doivent impérativement se pencher sur la R&D de produits cosmétiques moins nocifs, fournir les gants de protection adéquats (actuellement uniquement mis à disposition des consommateurs non-professionnels) et travailler sur la lisibilité de leurs notices d'utilisation trop souvent rédigées dans un langage complexe et en petits caractères.

L'urgence de mettre en place un réel plan de santé-sécurité européen pour le secteur qui consacre à la fois le principe de prévention et le principe de substitution pour les substances dangereuses ne fait aucun doute. Il en va de même pour les études et analyses toxicologiques pour les professionnels du secteur qui permettraient d'analyser clairement les risques pour la santé et la reproduction afin de légiférer de manière efficace et harmonisée. La promotion d'outils tels que SafeHair (outil d'information et de sensibilisation réalisé par les partenaires sociaux européens du secteur) et OIRA Coiffure (outil interactif d'analyse de risques) doit faire l'objet d'une attention particulière de la CE. Les partenaires sociaux européens du secteur ne baissent pas les bras et multiplient les initiatives communes visant à améliorer les conditions de travail et de santé/sécurité des coiffeurs. Il est temps que leurs efforts et leur expertise soient reconnus et soutenus comme il se doit.

Secteur de la coiffure en Europe : fiche technique

Nombre de travailleurs : près de 1,5 million de personnes

Part des services aux personnes : 8 % du secteur des services aux personnes

Statuts : principalement constitué de PME (petite et moyenne entreprise) et de TPE (très petite entreprise)

Part des femmes : + de 80 % (principalement sous contrats à temps partiels)

Nombre de salons/habitants : en moyenne 1 salon/10 000 habitants (moyenne plus importante en Belgique, en Italie et en Finlande)

Révision et signature de l'accord-cadre européen sur la protection de la santé et de la sécurité au travail dans le secteur de la coiffure

En janvier 2015, les partenaires sociaux européens du secteur de la coiffure (UNI Europa et Coiffure EU) ont décidé de réviser l'accord qui avait été obtenu par le comité de dialogue social dédié au secteur. L'accord signé en 2012 était, d'une part, bloqué par la CE, laquelle subissait, d'autre part, des pressions de certains États membres visant à le rejeter. Suivant la volonté des partenaires sociaux de voir l'accord mis en œuvre, le processus de révision fut entamé avec le service juridique de la CE.

L'accord vise à obtenir plus de protection en matière de santé et de sécurité au travail pour le secteur de la coiffure qui se caractérise par une majorité de travailleuses jeunes, une forte prévalence de maladies liées au travail et un taux de remplacement du personnel élevé en raison de risques pour la santé. Il porte sur des mesures de santé et de sécurité au travail, des mesures ergonomiques et sur des principes d'organisation du travail. Les éléments importants de l'accord sont le port de gants lors de l'utilisation de substances dangereuses, le travail dans une posture correcte afin d'éviter des problèmes musculosquelettiques dans le futur, et d'éviter l'utilisation de produits identifiés comme problématiques par le secteur, voire de les remplacer. En plus du combat relatif à la précarité dans le secteur, l'accord cherche à obtenir une protection contre les maladies de la peau, les troubles musculosquelettiques, les troubles respiratoires tout en assurant une bonne couverture en termes de statut des travailleurs. L'accord cherche aussi à couvrir les coiffeurs indépendants travaillant aux côtés des travailleurs et des employeurs afin d'obtenir un même degré de protection sociale. Depuis 2012, la CE bloquait la mise en œuvre légale de l'accord des partenaires sociaux et faisait pression en vue d'exclure les travailleurs indépendants et d'éviter un conflit avec la réglementation en vigueur sur les produits cosmétiques. Les partenaires sociaux, conjointement, ont cependant réussi à garantir une large couverture de tous les travailleurs exerçant dans un même salon quel que soit leur statut.

La révision et la signature du texte sont une victoire pour le secteur, pour la santé et la sécurité des travailleurs, pour le mouvement syndical européen dans son ensemble. L'accord consacre le principe de prévention et renforce le principe de substitution pour les substances dangereuses. Il couvre les travailleurs indépendants dont l'activité de travail peut avoir un impact négatif sur la santé et la sécurité des travailleurs dans le même salon. Lorsqu'il sera mis en œuvre, l'accord permettra d'améliorer la protection de la santé et sécurité des travailleurs, de contribuer à réduire les coûts supportés par les régimes de sécurité sociale et d'assurance-maladie et de promouvoir des conditions de travail durables dans le secteur. La CE a modifié sa position sur une question très épineuse, à savoir l'étendue de couverture de l'accord. Les partenaires sociaux souhaitaient dès le départ inclure le travail indépendant aux côtés des salariés dans un même salon de coiffure. La CE a d'abord refusé notre position, mais nous avons réussi à inclure la définition juridique européenne d'un « travailleur » dans l'accord et à couvrir également les travailleurs indépendants lorsque leur activité peut avoir un impact négatif sur la santé et la sécurité des travailleurs au sein d'un même salon. L'accord pourrait créer un précédent : si l'activité des travailleurs indépendants a un impact négatif, vérifiable, sur la santé et la sécurité des employés sur un même lieu de

travail, ils doivent être inclus dans le champ d'application des accords du dialogue social européen. Par extension, cela pourrait être appliqué à tous les secteurs d'activité dont les travailleurs sont susceptibles de subir les effets négatifs en termes de santé et de sécurité au travail de travailleurs indépendants exerçant leur activité à leurs côtés. L'accord est un exemple concret de ce qui peut être réalisé pour la protection des droits des travailleurs au travers du dialogue social sectoriel.

Les partenaires sociaux du secteur de la coiffure ont réussi, après de nombreuses déceptions et de multiples attaques contre leur autonomie et leur légitimité, à initier une proposition de législation sociale au niveau européen en agissant sur base de leurs droits conférés par les traités européens. L'accord et sa mise en œuvre par décision du Conseil repose maintenant sur la CE laquelle doit entreprendre une évaluation de l'accord sous le principe d'une « meilleure réglementation » avant de le promouvoir au Conseil européen pour qu'il décide de sa mise en œuvre.

Conclusion

La santé des travailleuses : la science est-elle toujours « borgne » ?

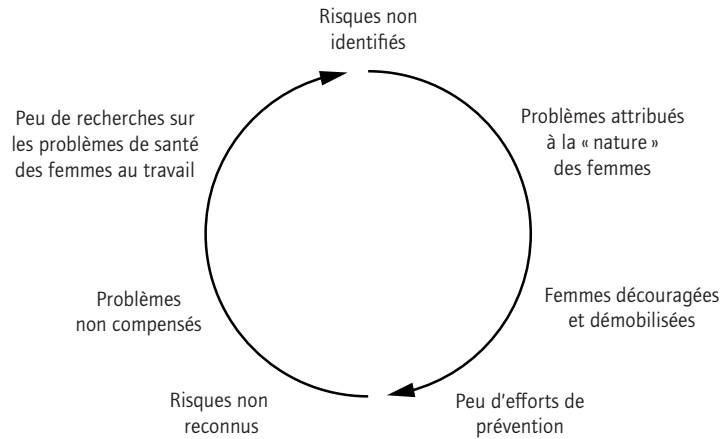
Karen Messing

CINBIOSE, Université du Québec à Montréal

En avril 1996, la première conférence internationale « Femmes, Travail et Santé » était organisée à Barcelone. Elle était le résultat d'une collaboration entre scientifiques, praticiens et syndicats, et était un exemple inhabituel d'interactions fertiles entre ces groupes, destiné à promouvoir la recherche de haute qualité sur la santé professionnelle des femmes. Dans le présent document, j'essaierai de résumer où figuraient les lacunes en matière de recherche en 1996, et de présenter les avancées accomplies depuis lors. Heureusement, de nombreux progrès ont été accomplis – trop nombreux pour être repris dans un seul document. En raison de limites en termes d'espace et de compétences, je mettrai l'accent sur deux domaines de recherche dans lesquels j'ai été engagée activement : les troubles musculosquelettiques (TMS) liés au travail et l'interface travail-famille. Même dans ces domaines, je souhaite m'excuser ici d'omettre de nombreux résultats de recherche importants et de me concentrer uniquement sur quelques points.

Avant 1996, des chercheuses tels que Jeanne Stellman, Vilma Hunt et Shelia Zahm avaient montré que les femmes et les emplois généralement occupés par les femmes étaient gravement sous-représentés dans la santé professionnelle et les recherches sur la sécurité. En collaboration avec des comités de condition féminine au sein des syndicats du Québec, nous avons pu montrer que ce manque de connaissances avait de graves conséquences pour les efforts de prévention (Messing 1998). La figure 1 montre le « cercle vicieux » touchant les travailleuses, tel qu'il existait à l'époque : un manque de connaissances des problèmes rencontrés par les femmes conduisait à interpréter les problèmes de santé professionnelle des femmes comme étant dus à leur « nature » biologique ou psychologique. À titre d'exemple, un article de journal évalué par des pairs expliquait les problèmes de santé des agents de bord dans les termes suivants : « (...) certaines de ces filles sont devenues assez anxieuses » ; un autre proposait d'utiliser la proportion élevée des femmes victimes de pollution atmosphérique sur le lieu de travail comme indicateur que leurs problèmes étaient dus à une « hystérie collective ». En raison de ce type de préjugé, il a été déconseillé aux femmes de faire état des maladies liées au travail, et il leur est difficile d'accéder à la promotion de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail. Leurs problèmes restent invisibles, coûtent peu aux employeurs et à l'État, et n'ont pas généré le type d'intérêt qui invite à la recherche. Par conséquent, la boucle était bouclée car il n'y avait pas d'incitation à effectuer les recherches nécessaires. Au début du 21^e siècle, Niedhammer (2000) a montré que les femmes restaient exclues des recherches sur la santé au travail et que les données relatives aux problèmes des femmes étaient rarement analysées de manière spécifique.

Graphique 1 Le cercle vicieux dans la santé des femmes au travail, 1996



Un certain nombre d'acteurs ont fait évoluer cette situation au cours des quinze années suivantes. L'Institut syndical européen (European Trade Union Institute, ETUI), un des sponsors de la conférence de Barcelone, a réalisé un certain nombre d'activités et de publications sur la santé des femmes au travail (voir, par exemple, Tieves 2011). Un groupe de chercheurs sur le cancer des Instituts de santé des États-Unis (US National Institutes of Health) a mis l'accent sur les expositions chimiques et leurs conséquences et organisé plusieurs conférences sur les femmes et les cancers professionnels (Hohenadel *et al.* 2015). En 1998, des chercheurs suédois ont ouvert un programme appelé « La santé des femmes au travail », qui stimulait la recherche dans les sciences sociales et naturelles. En 1999, une conférence intitulée « Femmes, travail et santé », organisée à Rio de Janeiro, a stimulé l'intérêt pour les emplois féminins en Amérique latine et des recherches ont été menées dans plusieurs pays (voir, par exemple, Ansoleaga *et al.* 2014 ; Astudillo Cornejo et Ibarra Villanueva 2014). En 2006, l'Association internationale d'ergonomie a créé un Comité technique « Genre et travail » avec des sous-comités menant des activités régulières de recherche et de diffusion en Europe, en Amérique du Nord et en Asie. Cette activité est visible dans trois numéros spéciaux de revues : *Work* (vol. 40, Suppl. 1, 2011) a présenté des articles sur le genre, les horaires de travail et l'articulation travail/famille tandis que *Ergonomics* (vol. 55, n° 2, 2012) traitait en général du genre et de l'analyse ergonomique, tout comme *PISTES* (vol. 18, n° 2, 2016). En 2006, le Congrès international de la santé au travail a créé son Comité scientifique « Femmes, travail et santé » qui a également organisé des symposiums à plusieurs endroits.

Il y a néanmoins eu certaines controverses. Des craintes ont été exprimées liées à la stimulation de l'intérêt pour la santé au travail en particulier concernant les femmes elles-mêmes, leurs problèmes de santé et l'emploi.

Certaines des objections formulées incluaient :

1. Certaines chercheuses féministes ont protesté contre la *stéréotypie*. Leur argument est que le fait de traiter séparément les données relatives aux femmes implique qu'il existe des différences importantes entre les femmes et les hommes, qui sont pertinentes pour leur rendement professionnel : une telle attitude encourage la stéréotypie et indirectement la discrimination à l'égard des travailleuses. On affirme que les différences biologiques et psychologiques entre hommes et femmes sont rares et mineures, et ne doivent pas être exagérées. Les femmes et les hommes souffrent de problèmes de santé mentale et physique dus à leur travail. Selon cet argument, nous ne pouvons pas généraliser et affirmer que l'un ou l'autre genre a davantage de problèmes ; les femmes et les hommes doivent collaborer pour transformer le lieu de travail de manière à ce qu'il soit sûr pour tous ;
2. Les démographes et les scientifiques progressistes indiquent que le genre n'est qu'une source de *diversité* sur le lieu de travail. Des différences existent également en raison de l'âge, l'ethnicité, la classe sociale et le statut d'immigrant. En fait, l'esprit et l'organisme de chaque travailleur exercent une interaction spécifique avec la tâche professionnelle et l'environnement de travail, en fonction des particularités de l'autonomie et de la physiologie des travailleurs, des modes de communication, de la situation familiale, de la composition de l'équipe et d'autres composantes de « l'écosystème de travail ». Cet argument affirme qu'il serait erroné d'accorder au genre un traitement spécial à l'exclusion d'autres groupements.
3. Certains scientifiques s'opposent aux analyses de genre sur la base du fait qu'elles sont *politiques* et donc anti-scientifiques. Leur argument : politiser la science n'aidera pas les travailleurs ; seuls des résultats scientifiques objectifs amélioreront le lieu de travail.

Ces arguments seront examinés ci-dessous, en lien avec les recherches sur les troubles musculosquelettiques et l'articulation travail-famille.

Stéréotypie : pourquoi étudier les femmes séparément ?

Bien que l'on sache depuis de nombreuses années que les hommes et les femmes occupent des créneaux différents sur le marché du travail, la connaissance détaillée des expositions des femmes et des hommes est relativement récente. Un certain nombre de sources aujourd'hui disponibles donnent des détails sur les différentes professions et industries où travaillent les hommes et les femmes¹. En outre, les femmes et les hommes font état de fréquences différentes de troubles musculosquelettiques liés au travail et la différence entre les genres/s sexes varie aussi selon la partie du corps concernée (Stock *et al.* 2011 ; Widanarko *et al.* 2011). Des informations émergent également concernant les trajectoires professionnelles différentes des femmes et des hommes et leurs relations avec les expositions aux risques de santé (Torgén et Kilbom

1. <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/eec>

2000 ; Chappert *et al.* 2015). Même lorsque les hommes et les femmes souffrent de problèmes de santé liés au travail et sont indemnisés, leurs troubles musculosquelettiques évoluent différemment au cours du temps (Lederer et Rivard 2014).

Les études révèlent de plus en plus une ségrégation hommes-femmes non seulement dans les professions, mais aussi dans les tâches et les expositions. En ce qui concerne les troubles musculosquelettiques, un groupe australien a montré que les femmes font plus de travail répétitif que les hommes ayant le même intitulé de fonction dans les mêmes entreprises (Eng *et al.* 2011). Les hommes et les femmes travaillant pour les mêmes employeurs dans le nettoyage et la restauration sont exposés à des positions de travail différentes (Messing *et al.* 2015). Même au sein de la même classification ou du même nom d'une exposition tel que « travail répétitif », « port de charge » ou « station debout prolongée », les hommes et les femmes sont exposés différemment : les hommes qui lèvent des poids ont tendance à lever des poids plus lourds et les poids que soulèvent les femmes sont généralement des personnes ; le travail répétitif des femmes est plus répétitif (davantage de gestes par minute) ; les femmes qui sont debout ont moins la possibilité de se déplacer que les hommes qui sont debout (Vézina et Courville 1990 ; Messing *et al.* 2015). Il est probable que d'autres expressions telles que « harcèlement sexuel » et « violence au travail » recouvrent également des expositions différentes pour les femmes et les hommes.

Une situation similaire existe pour les variables relatives à l'interface travail-famille. Des variables telles que « équipe de nuit », « possibilité d'un retour progressif au travail après le congé parental », « nombre d'enfants », « prend soin d'une autre personne » ou « peut prendre soin de questions personnelles durant le temps de travail » ont un sens différent pour les hommes et les femmes, même chez ceux qui sont responsables de la garde des enfants ou des personnes âgées (Messing *et al.* 2009). En outre, dans le contexte européen, les associations entre hommes et femmes ayant des responsabilités familiales varient sensiblement entre les pays (Artazcoz *et al.* 2013). Les variables d'exposition non mesurées telles que l'emploi précaire, le court préavis de changement d'horaire ou la capacité de changer d'horaire de travail peuvent avoir une influence importante sur l'articulation travail-vie de famille (Scheller 2012).

Cependant, des études ont révélé assez peu de différences entre les expositions des femmes et des hommes. Les données relatives aux tâches des peintres en bâtiment en Suède, hommes et femmes, présentées par Heilskov-Hansen *et al.* (2014) indiquent que certaines des différences de genre dans les proportions de temps alloué à des tâches spécifiques pourraient être dues à la différence d'âge marquée entre les hommes et les femmes dans cette profession. Lorsque l'âge a été pris en compte, bien que les différences de genre dans les temps/la tâche auto-déclarés étaient statistiquement importantes, aucune différence ne dépassait 4 % du temps total. Les observations et la mesure des postures et des mouvements durant les tâches les plus fréquentes ne différaient pas par genre. Nous ne pouvons donc pas présumer que les tâches et les expositions différaient par genre dans toutes les circonstances.

Les différences sexuelles (biologiques) dans la réponse aux expositions sur le lieu de travail ont peu été étudiées à ce jour, mais peuvent être essentielles dans la conception des recherches et la prévention. En général, les femmes ont été sous-étudiées. En raison des différences sexuelles en termes de physiologie, les effets de certaines expositions et leurs interactions avec d'autres expositions peuvent varier pour les femmes et les hommes (Côté 2012). Certaines recherches indiquent que les femmes qui effectuent des tâches aussi difficiles sur le plan physique que les hommes travaillent à un niveau plus proche de leur limite physiologique, avec un risque accru concomitant de blessures.

Diversité : il est important de traiter le genre correctement, mais le genre n'est pas la seule variable importante

Malheureusement, de nombreuses variables d'exposition dont l'impact diffère par genre ne sont pas suffisamment décrites dans les questionnaires et les systèmes de notation ergonomiques. Si les paramètres de l'exposition permanente sont inconnus ou ne peuvent pas être entièrement spécifiés, des informations plus appropriées seront obtenues si les analyses sont stratifiées (séparément) par genre, même là où il n'existe pas de différence hommes-femmes manifeste dans les relations entre l'exposition et les effets (Messing *et al.* 2009).

La stratification exagère-t-elle les différences hommes-femmes et augmente-t-elle la stéréotypie? Le fait d'imposer deux catégories à diverses personnes implique un risque de fausse dichotomie. Peu de différences selon le genre ou le sexe sont absolues, sinon aucune : certains hommes sont plus petits que la plupart des femmes ; de nombreuses femmes ne sont jamais responsables de la garde des enfants ; un nombre croissant de professions « non-traditionnelles » accueillent des femmes ; les frontières de catégories de sexe et de genre sont fluides et certaines personnes ne peuvent être aisément qualifiées d'homme ou de femme. Cependant, il y a plus d'avantages que de désavantages à la prise en compte du genre et du sexe. Il a été démontré, par exemple, que les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'être en mesure d'avoir accès à une indemnisation pour leurs lésions professionnelles (Cox et Lippel 2008). Aussi longtemps que subsistera un déséquilibre prononcé en matière de pouvoir, de base de connaissances et de visibilité entre les travailleurs et les travailleuses, il sera très important de s'assurer que les problèmes des femmes sont étudiés et que les emplois des femmes sont sûrs. Et aussi longtemps que les dangers liés à l'emploi des hommes seront considérés comme normaux et « faisant partie du travail », il sera important de souligner que le genre peut aussi être associé à des risques de santé pour les hommes.

Le traitement des variables liées aux différences de taille, de force, de métabolisme et de sensibilité à la douleur peut aussi poser un problème. Certains chercheurs utilisent un facteur plus ou moins arbitraire pour « normaliser » leurs données en incluant les deux sexes dans leurs échantillons. D'autres ont trouvé des moyens de rendre certains paramètres comparables : Chung et Wang

(2012) ont comparé les stratégies de marche des femmes et des hommes et les effets physiologiques sur la base d'une vitesse de marche préférée pour chaque individu, plutôt qu'une vitesse de marche absolue qui dépend des dimensions corporelles liées au sexe et peut fortement différer selon le sexe.

Cependant, le genre/sexe n'est pas le seul descripteur socio-démographique associé aux relations entre exposition et conséquences sur la santé au travail. De nombreux autres groupes souffrent de discrimination et d'une moindre reconnaissance de leurs problèmes de santé au travail. Le statut socioéconomique modeste est associé à certaines conditions de travail susceptibles de causer des blessures (Falkstedt *et al.* 2014 ; Goh *et al.* 2015). Les groupes immigrants sont traités de manière différente sur le lieu de travail et par les systèmes de rémunération (Kosny *et al.* 2015). L'âge est lié à des probabilités d'exposition et à des effets sur la santé différents (Volkoff *et al.* 2010). La stratification simultanée par le genre (deux strates), l'ethnicité (les strates diffèrent par pays), le statut d'immigrant (au moins deux par strate, plus si une immigration récente est considérée séparément), le statut socioéconomique (au moins trois strates) et l'âge (plusieurs strates) requerraient d'énormes populations — ce qui est impossible avec les tailles d'échantillon disponibles pour les chercheurs.

De nombreux chercheurs, dont des féministes, ont longuement réfléchi à la manière de considérer les impacts combinés des différents types d'inégalité (Kergoat 2012). Nancy Krieger (1999), une épidémiologiste qui a étudié en détail les inégalités en matière de santé dues à la discrimination raciale, propose que les organismes de travailleurs intègrent les effets de multiples déterminants sociaux de la santé. Il est donc conseillé aux chercheurs de mesurer des constructions sociales telles que la justice organisationnelle, la supervision du travail ou la discrimination dans l'emploi, afin de saisir les effets sur la santé des déséquilibres de pouvoir sur le lieu de travail.

Cependant, le sexe, l'âge, l'ethnicité et même la classe sociale ont des corrélats physiologiques et sanitaires en plus de leurs dimensions sociales. Afin d'éviter le problème des strates multiples, tout en reconnaissant le défi posé par la diversité, les chercheurs suédois ont proposé une analyse typologique (Härenstam 2009). Une manière d'utiliser l'analyse typologique consiste à recourir aux techniques mathématiques pour grouper les données relatives aux individus afin que des personnes ayant des conditions de travail similaires figurent dans le même groupe. Ensuite, les groupes peuvent être examinés par rapport aux variables socioéconomiques et liées à la santé afin de détecter des modèles (Leijon *et al.* 2006). On constate en particulier que l'on rencontre plus souvent soit des hommes soit des femmes (soit des personnes ayant de jeunes enfants ou des travailleurs peu payés ou des personnes ayant des problèmes de santé) dans certains groupes de conditions de travail. Les résultats de telles études ont été utilisés en Suède afin d'identifier les classes de conditions de travail qui devraient être modifiées. Sans surprise, on retrouve plus souvent des femmes et d'autres groupes « moins puissants » dans ces classes. Ainsi, l'analyse typologique est un moyen de rendre visibles les relations de pouvoir et de réduire les inégalités sociales en santé au travail (Messing *et al.* 2016).

Politique? Avantages scientifiques de l'étude du genre/sexe

Bien que les efforts visant à inclure les femmes dans les recherches sur la santé et la sécurité au travail aient nécessairement impliqué des responsables politiques autant que des scientifiques, la science elle-même a profité des recherches sur les différences de sexe et de genre. En effet, la spécificité biologique des femmes doit être incluse dans les efforts de prévention et aussi l'analyse des besoins des femmes peut ouvrir la porte à des idées pour la recherche ou à des stratégies scientifiques qui sont importantes pour l'étude à la fois des hommes et des femmes.

Spécificité biologique

Dans le domaine des troubles musculosquelettiques liés au travail, on s'intéresse beaucoup à la raison pour laquelle les femmes font davantage état de douleurs que les hommes. Les chercheurs n'ont noté que récemment que la plupart des articles publiés sur les mécanismes qui gèrent la douleur n'ont impliqué que des souris mâles. Ils ont donc été très contrariés lorsqu'ils ont compris que les souris mâles et femelles différaient énormément dans leurs réactions à la douleur. Des cellules vertébrales complètement différentes sont impliquées, et les chercheurs cherchent à présent à caractériser d'une manière plus complète le traitement de la douleur chez les femmes et les hommes (Sorge *et al.* 2015). D'autres chercheurs ont découvert que les muscles des femmes et des hommes peuvent être activés différemment et s'user à des taux différents et de manières différentes, ce qui explique dans une certaine mesure pourquoi les femmes semblent être plus endurantes mais signalent aussi davantage de douleurs (Nie *et al.* 2014).

Les stratégies de levage peuvent refléter des différences biologiques et des différences de genre entre les femmes et les hommes. Les chercheurs en biomécanique de l'Institut Robert Sauvé de recherche en santé et sécurité au travail (IRSST) au Québec ont étudié le soulèvement effectué par des travailleurs expérimentés et novices afin de prévenir les TMS. Ils se sont rapidement rendu compte que leurs recherches sur les travailleurs masculins ne pouvaient pas être appliquées aux femmes. Ils ont découvert que même des femmes expérimentées utilisaient des techniques de levage différentes des hommes pour les mêmes poids (Plamondon *et al.* 2014). Ces découvertes ont des implications pour la conception du lieu de travail et la formation. À titre d'exemple, Céline Chatigny et ses collègues, qui travaillent avec des syndicats au Québec, a découvert que les techniques de levage enseignées aux travailleurs occupant des emplois non-traditionnels étaient inappropriées pour la plupart des femmes, compte tenu des différences de taille et des proportions du corps (Couture *et al.* 2005).

Dans les années 1990, l'ingénieur Angela Tate de l'Université Memorial, au Canada, a attiré l'attention des scientifiques intéressés par le genre et la santé au travail sur les études utilisant exclusivement des cadavres masculins dans

l'élaboration de modèles biomécaniques. Cependant, ses communications n'ont pas suscité beaucoup d'intérêt et aucune recherche biomécanique sur les effets de la taille de la poitrine, par exemple, sur les techniques de levage associées aux douleurs dorsales, n'a été effectuée.

Pourquoi le fait de penser aux femmes est aussi important pour apprendre à connaître les hommes ?

Les chercheurs qui étudient les conflits entre le travail et la famille incluent fréquemment le sexe/genre comme une « co-variable » dans leurs analyses (Higgins *et al.* 2014), plutôt que d'étudier les nombreuses interactions éventuelles entre le genre, les conditions de travail et les effets sur la santé (Leineweber *et al.* 2012). Tel est également le cas dans les recherches sur les troubles musculosquelettiques. Dans certains cas, la prise en compte du genre peut avoir pour effet de mettre à jour d'importantes variables d'exposition non mesurées (Messing *et al.* 2009). Par exemple, le fait que les femmes qui travaillent debout sont moins susceptibles d'être mobiles que les hommes a été une source de confusion dans la littérature concernant les effets de la posture de travail sur la mortalité. Le genre est donc un indicateur substituable à la mobilité au travail, et l'intégration du genre intègre simultanément la mobilité. Les effets négatifs de la station debout statique prolongée sur la santé musculosquelettique et cardiovasculaire sont ainsi rendus invisibles, ce qui conduit à des recommandations fréquentes mais erronées selon lesquelles les gens doivent rester debout plutôt qu'assis au travail (Messing *et al.* 2015). La prise en compte de la variable genre, dans ce cas, a permis de remplacer celle de mobilité.

Plusieurs études ont lié les conditions de travail à la dysménorrhée, qui est souvent considérée comme une douleur dans le bas du dos. Il serait donc souhaitable que les chercheurs qui administrent les questionnaires relatifs à la douleur dans le bas du dos établissent une distinction entre la douleur péri-menstruelle et non-péri-menstruelle. Sinon, ils risquent de confondre leur analyse de données pour toutes les personnes interrogées ; or, cela n'est généralement pas fait dans les études relatives au mal de dos.

De nouvelles conceptions et des approches scientifiques ont été élaborées par les personnes qui s'intéressent à la santé des femmes au travail. À titre d'exemple, les ergonomes qui s'intéressent au genre ont élaboré une approche de l'analyse ergonomique de l'articulation travail/vie de famille qui leur permet d'identifier les déterminants des conflits travail-famille sur le lieu de travail (Work 2011). Cependant, de nombreux chercheurs dans ce domaine continuent d'intégrer le genre sans tenir compte de ses différentes significations dans ce contexte.

Enfin, les recherches sur la santé des femmes au travail ont aussi permis de révéler l'important impact scientifique de la communication entre travailleurs et scientifiques, qui sert à élaborer de nouvelles idées pour la recherche et à

comprendre les résultats des recherches (Messing 2014). Comme Eakin (2010) l'a souligné, les « points de vue » des scientifiques déterminent non seulement le choix de ce qu'ils étudient, mais aussi ce qu'ils jugent comme important concernant les phénomènes qu'ils examinent. Le travail avec les communautés concernées par les recherches donne des informations utiles sur les phénomènes étudiés.

De nombreux chercheurs qui ont élaboré des concepts importants en matière de santé des femmes au travail entretiennent des liens étroits avec les syndicats ou d'autres groupes communautaires. L'ETUI fut parmi les premières organisations à promouvoir l'intégration du genre dans la recherche et les pratiques en santé au travail. La première conférence de Barcelone de 1996 est née d'une collaboration entre des chercheurs en médecine espagnols, une clinique communautaire et le syndicat Confederación Sindical de Comisiones Obreras [confédération syndicale des commissions ouvrières] (CCOO). Au Chili, le Centro de Estudios de la Mujer [Centre d'études de la femme], un groupe communautaire, a collaboré avec l'institut de santé publique du gouvernement et avec les syndicats pour élaborer un important programme de recherche et d'intervention sur la santé des femmes au travail, conduisant à des nouvelles politiques en faveur de l'intégration des considérations de genre dans les pratiques de santé au travail (Astudillo Cornejo et Ibarra Villanueva 2014). À l'Université du Québec à Montréal, les chercheurs du centre de recherche interdisciplinaire sur le bien-être, la santé, la société et l'environnement (CIN-BIOSE) ont grandement bénéficié d'un accord unique en vertu duquel les professeurs reçoivent un crédit de cours spécifique et des ressources financières et humaines pour l'enseignement et les recherches effectués en collaboration avec des syndicats, des groupes de femmes et d'autres organisations communautaires (Messing 2014 : Préface). Sans cette aide, il nous aurait fallu beaucoup de temps pour connaître les risques liés au travail des femmes. Nous espérons que d'autres universités et communautés suivront ces pistes.

Références sélectionnées

- Ansoleaga E., Vézina M. et Montaña R. (2014) Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres, *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (1), 107-118.
- Artazcoz L. *et al.* (2013) Long working hours and health status among employees in Europe: between-country differences, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 39 (4), 369-378.
- Astudillo Cornejo P. et Ibarra Villanueva C. (2014) La perspectiva de género, desafíos para la ergonomía en Chile : una revisión sistemática de literatura, *Ciencia y Trabajo*, 16 (49), 28-37.
- Chappert F., Messing K., Peltier E. et Riel J. (2014) Conditions de travail et parcours dans l'entreprise : vers une transformation qui intègre l'ergonomie et le genre?, *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 9 (2), 49-72. <https://doi.org/10.7202/1036258ar>
- Chung M.J. et Wang M.J. (2011) Gender and walking speed effects on plantar pressure distribution for adults aged 20–60 years, *Ergonomics*, 55 (2), 194-200.

- Côté J. (2012) A critical review on physical factors and functional characteristics that may explain a sex/gender difference in work-related neck/shoulder disorders, *Ergonomics*, 55 (2), 173-182.
- Couture V., Thibault M.C., Chatigny C. et Messing K. (2005) Rapport de recherche sur le maintien des travailleuses dans les emplois traditionnellement masculins, réalisé avec la collaboration du Service de la condition féminine de la Ftq, Montréal, Cinbiose.
- Cox R. et Lippel K. (2008) Falling through the legal cracks: the pitfalls of using workers' compensation data as indicators of work-related injuries and illnesses, *Policy and Practice in Health and Safety*, 6 (2), 9-30.
- Eakin J. (2010) Towards a 'standpoint' perspective: health and safety in small workplaces from the perspective of the workers, *Policy and Practice in Health and Safety*, 8 (2), 113-127.
- Eng A. et al. (2011) Gender differences in occupational exposure patterns, *Occupational and Environmental Medicine*, 68 (12), 888-894.
- Falkstedt D., Backhans M., Lundin A., Allebeck P. et Hemmingsson T. (2014) Do working conditions explain the increased risks of disability pension among men and women with low education? A follow-up of Swedish cohorts, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 40 (5), 483-492.
- Goh J., Pfeffer J. et Zenios S. (2015) Exposure to harmful workplace practices could account for inequality in life spans across different demographic groups, *Health Affairs*, 34 (10), 1761-1768.
- Habib R.R. et Messing K. (2012) Gender, women's work and ergonomics, *Ergonomics*, 55 (2), 129-132.
- Härenstam A. (2009) Exploring gender, work and living conditions and health: suggestions for contextual and comprehensive approaches, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 35 (2), 127-133.
- Heilskov-Hansen T. et al. (2014) Sex differences in task distribution and task exposures among Danish house painters: an observational study combining questionnaire data with biomechanical measurements, *PLoS One*, 9 (11). <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0110899>
- Higgins C., Duxbury L. et Julien M. (2014) The relationship between work arrangements and work-family conflict, *Work*, 48 (1), 69-81.
- Hohenadel K., Raj P., Demers P.A., Zahm S.H. et Blair A. (2015) The inclusion of women in studies of occupational cancer: a review of the epidemiologic literature from 1991-2009, *American Journal of Industrial Medicine*, 58 (3), 276-281
- Kergoat D. (2012) *Se battre, disent-elles*, Paris, La Dispute.
- Kosny A. et al. (2012) Delicate dances: immigrant workers' experiences of injury reporting and claim filing, *Ethnicity and Health*, 17 (3), 267-290.
- Krieger N. (1999) Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination, *International Journal of Health Services*, 29 (2), 295-352.
- Lederer V. et Rivard M. (2014) Compensation benefits in a population-based cohort of men and women on long-term disability after musculoskeletal injuries: costs, course, predictors, *Occupational and Environmental Medicine*, 71 (11), 772-779.
- Leijon O., Härenstam A., Waldenström K., Alderling M. et Vingård E. (2006) Target groups for prevention of neck/shoulder and low back disorders: an exploratory cluster analysis of working and living conditions, *Work*, 27 (2), 189-204.

- Leineweber C., Baltzer M., Magnusson Hanson L.L. et Westerlund H. (2013) Work-family conflict and health in Swedish working women and men: a 2-year prospective analysis (the SLOSH study), *European Journal of Public Health*, 23 (4), 710-716.
- Messing K. (1998) *One-eyed science: occupational health and women workers*, Philadelphia, Temple University Press.
- Messing K. (2014) *Pain and prejudice: what science can learn about work from the people who do it*, Toronto, Between the Lines.
- Messing K. et Caroly S. (2011) Gender, work schedules and work/family regulation, *Work*, 40 (S1),1-4.
- Messing K., Stock S.R. et Tissot F. (2009) Should studies of risk factors for musculoskeletal disorders be stratified by gender? Lessons from the 1998 Québec Health and Social Survey, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 35 (2), 96-112.
- Messing K., Stock S., Côté J. et Tissot F. (2015) Is sitting worse than static standing? How a gender analysis can move us toward understanding determinants and effects of occupational standing and walking, *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 12 (3), D11-17.
- Messing K., Tissot F. et Lefrançois M. (2016) Genre et statistiques : est-ce que « l'analyse de grappes » peut nous aider à comprendre la place du genre dans la recherche de meilleures conditions de travail?, *Pistes*, 18 (2). <http://dx.doi.org/10.4000/pistes.4854>
- Nie H., Arendt-Nielsen L., Kawczynski A. et Madeleine P. (2007) Gender effects on trapezius surface EMG during delayed onset muscle soreness due to eccentric shoulder exercise, *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 17 (4), 401-409.
- Niedhammer I., Saurel-Cubizolles M.J., Piciotti M. et Bonenfant S. (2000) How is sex considered in recent epidemiological publications on occupational risks?, *Occupational and Environmental Medicine*, 57 (8), 521-527.
- Plamondon A. *et al.* (2014) Sex differences in lifting strategies during a repetitive palletizing task, *Applied Ergonomics*, 45 (6), 1558-1569.
- Scheller L. (2011) How important is the liaison between professional work and family work? The case of women bus drivers, *Work*, 40 (S1), 5-14.
- Sorge R.E. *et al.* (2015) Different immune cells mediate mechanical pain hypersensitivity in male and female mice, *Nature Neuroscience*, 18 (8), 1081-1083.
- Stock S., Funes A., Delisle A., St-Vincent M., Turcot A. et Messing K. (2011) *Troubles musculo-squelettiques*, in Vézina M. *et al.* (dir.) *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, 445-530. <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-691.pdf>
- Tieves D. (2011) *Women and occupational diseases in the European Union*, Brussels, ETUI.
- Torgén M. et Kilbom A. (2000) Physical work load between 1970 and 1993 - did it change?, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 26 (2),161-168.
- Vézina N. et Courville J. (1992) Integration of women into traditionally masculine jobs, *Women and Health*, 18 (3), 97-118.
- Volkoff S., Buisset C. et Mardon C. (2010) Does intense time pressure at work make older employees more vulnerable? A statistical analysis based on a French survey 'SVP50', *Applied Ergonomics*, 41 (6), 754-762.

Widanarko B. et al. (2011) Prevalence of musculoskeletal symptoms in relation to gender, age, and occupational/industrial group, *International Journal of Industrial Ergonomics*, 41 (5), 561-572.