

Genre, travail, santé

Paul Bouffartigue

▶ **To cite this version:**

Paul Bouffartigue. Genre, travail, santé. Rencontres du réseau "Egalité femmes-hommes dans l'emploi" en Paca, Nov 2012, Marseille, France. halshs-00768080

HAL Id: halshs-00768080
https://shs.hal.science/halshs-00768080

Submitted on 20 Dec 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Conférence dans le cadre du « Réseau Egalité femmes-hommes dans l'emploi »

Marseille-ORM-22.11.2012

Genre, travail et santé

Paul Bouffartigue
LEST
<paul.bouffartigue@amu-univ.fr>

Les liens entre le genre et ce qu'on appelle « la santé au travail » - les relations qu'entretiennent le travail et la santé - sont encore mal connus. Ce déficit de savoirs est d'ailleurs un effet de la domination de sexe, puisque comme bien d'autres domaines, la santé au travail a été jusqu'il y a peu appréhendée au masculin neutre. Après avoir rappelé le sens des trois notions clefs qui seront utilisées – genre, travail et santé – on montrera comment les différences et inégalités entre les sexes au regard de l'emploi et du travail différencient leurs conditions et pénibilités du travail et jouent différemment sur leur santé au travail. On l'illustrera sur deux groupes professionnels très genrés, les soignantes hospitalières et les ouvriers de la sous-traitance de site industriel. On terminera en s'interrogeant sur les enjeux de la mise en visibilité des modalités féminines du vieillissement au travail et du passage à la retraite.

1-Genre, travail, santé : de quoi parle-t-on ?

J'utiliserai la notion de genre comme équivalente à celle de rapport social de sexe, tout en étant averti de l'intérêt spécifique de la seconde comme force de rappel contre les acceptions culturalistes du premier (Pfefferkorn, 2012) : le genre est un *construit social du masculin et du féminin qui naturalise et légitime les positions et des pratiques différentes et hiérarchisées de chaque sexe dans l'organisation sociale, selon le principe de la domination masculine.* Cette catégorie du genre n'est pas séparable de toutes les autres qui construisent différences, inégalités et dominations sociales. On le verra clairement à propos de la santé au travail, qui impose immédiatement la prise en compte des différences et hiérarchies socioprofessionnelles lorsque l'on réfléchit aux implications du genre.

Parler de genre, c'est *a priori* parler du rapport masculin/féminin, et non pas seulement du féminin. En pratique, on le sait, c'est surtout, voire exclusivement, parler du féminin et des femmes. Et ce, pour de bonnes et de mauvaises raisons. Les bonnes, c'est le retard historique du point de vue et de l'éclairage féministes. Retard à rattraper donc, sur la catégorie dominée, qui, en tant que telle, est encore invisible ou peu visible. Les mauvaises, c'est une conception étroite et peu dialectique qui, du coup, négligerait le pôle dominant dans l'analyse du rapport social de domination. Je n'échapperai pas complètement à cette critique, en parlant surtout de la santé au travail des femmes.

Pour ce qui est de la notion de santé on sait que l'Organisation Mondiale de la Santé elle-même ne la réduit pas l'absence de maladie - elle parle d' « état de bien être physique, mental et social ». Il faut donc en retenir une conception plus large.

Mais ce n'est non pas seulement pas un « état » : c'est une dynamique. A la suite de G. Canguilhem ([1966]1985) on en retiendra l'idée de « normativité », cette capacité du vivant et des humains à créer du milieu pour vivre. La santé est de l'ordre du « pouvoir d'agir » sur sa vie. Etre en bonne santé, c'est « être pour quelque chose dans ce qui nous arrive. »

Enfin le travail, dans la perspective de cette conférence, est pris dans le sens le plus large de travail professionnel[1]: c'est donc à la fois l'emploi - ce qui est reconnu comme travail professionnel rémunéré, dans un statut juridique et social, comportant donc un ensemble de droits – et le travail proprement dit, cette activité réalisée sous des conditions et une organisation du travail spécifiques qui la prescrivent.

Dans la littérature traitant des liens entre travail et santé, trois modèles de relation sont identifiables. Mais c'est de loin le premier qui est le plus documenté, ce qu'on va retrouver dans cet exposé, même si je donnerai quelques indications sur la manière dont le genre peut jouer dans les deux autres modèles. Ces modèles sont par ailleurs beaucoup plus attentifs au travail qu'à l'emploi : peu de travaux se sont intéressés aux effets sur la santé du statut d'emploi, du niveau et de la forme de salaire.

Le premier modèle de relation est centré sur la manière dont le travail dégrade, ou dégrade potentiellement, la santé. Ce processus est par ailleurs médiatisé par les phénomènes de connaissance/méconnaissance/sous-estimation/déni, lesquels peuvent l'aggraver ou le contredire : ne pas percevoir un risque professionnel c'est accroître la probabilité d'atteinte à la santé ; en être conscient peut amener à être prudent, voire à rechercher son élimination. Le second modèle s'intéresse, à l'inverse, au travail comme facteur potentiel de développement de la santé : à certaines conditions, l'activité de travail est un opérateur de santé mentale et physique. Enfin, le troisième modèle met au jour les phénomènes de sélection - positive ou négative - par la santé au cours de la vie professionnelle : pour travailler dans des conditions particulièrement pénibles, une bonne santé est requise ce qui peut masquer des atteintes à la santé – ce que les épidémiologistes appellent « effet du travailleur sain ».

La réflexion sur les liens entre travail et santé doit tenir compte de l'ensemble de ces causalités mêlées. Mais avant de s'intéresser aux liens entre travail et santé selon le genre, il faut rappeler quelques données sur le lien entre genre et santé, et d'abord ce paradoxe d'une longévité supérieure des femmes, alors même qu'elles font état d'une santé déclarée, physique comme mentale, inférieure à celle des hommes, et qu'elles manifestent une morbidité supérieure. Peu de recherches se sont centrées sur ce paradoxe, qui reste en partie inexpliqué.

Les femmes bénéficient en effet d'une longévité supérieure de 6 à 7 années. Mais cet avantage est historiquement récent – il était bien plus faible à la fin du 19 ème siècle - et il s'est stabilisé depuis la fin du 20 ème siècle, probablement en lien avec la généralisation de leur entrée continue dans le salariat (Chenu, 1988). Cette

[1] Bien qu'on pourrait s'interroger sur les autres figures, non reconnues socialement comme telles, de travail – domestique, parental, bénévole, militant… - définies comme activités inscrites dans des relations d'obligation sociale.

différence est d'ailleurs surtout due à la surmortalité ouvrière chez les hommes : chez les femmes les écarts de longévité selon les milieux sociaux sont plus faibles. Et vivre plus longtemps n'est pas nécessairement un privilège : à 50 ans, comme à 65 ans, leur espérance de vie en bonne santé n'est pas supérieure à celle des hommes. Et cette longévité supérieure se « paie » avec une probabilité plus forte que les hommes d'un long veuvage, et ce, en situation de fragilité économique, puisque, compte tenu de carrières professionnelles incomplètes dans des emplois moins rémunérés, elles ont une pension de retraite nettement plus faible (Aïach, 2003).

Les femmes font état d'une perception plus critique de leur santé : elles sont plus attentives à leur santé et évoquent plus souvent des problèmes de stress, de sommeil et de solitude (Aliaga, 2002). Cela va de pair avec une consultation plus fréquente des médecins,[2] et une consommation supérieure de médicaments, mais aussi avec des pratiques moins risquées : « la plupart des plaintes [des femmes] concernent des pathologies qui n'entraînent pas de risque vital » (Aïach, 2003). On sait de longue date que certaines conduites « à risques », qui provoquent une mortalité plus précoce - alcoolisme, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, suicides – sont très marquées au masculin, même si certaines transformations récentes de comportements féminins mériteraient des investigations. Inversement par exemple, on sait que les *tentatives* de suicides conduisant à des hospitalisation sont plus fréquentes chez les femmes, ce que confirme une enquête récente (François, 2011).

P. Aïach (2001 ; 2003) est l'un des rares chercheurs à avoir travaillé sur l'énigme d'une domination masculine qui se paie d'une longévité plus courte. Ainsi « la domination exercée par les hommes se trouve (…) associée pour eux à un coût supérieur en termes de mortalité (…) Si la domination n'a pas les effets escomptés en termes de santé, est-ce à dire qu'il y a là comme un angle mort des recherches féministes ? » (Bastard et al., 2001, p.11).

Si on se centre maintenant sur la santé mentale, il est clair que les manifestations du mal-être sont très genrées. Une étude statistique très fine de quatre d'entre elles – le suicide, l'alcoolisme, le risque suicidaire, et les états dépressifs – montre que les deux premières sont masculines, et les deux dernières sont féminines (Cousteaux et Pan Ké Shon , 2008). Elle amène à nuancer l'importance de la protection relative des femmes par rapport au risque suicidaire : si, comme on le sait depuis plus d'un siècle et la recherche pionnière du fondateur de la sociologie en France, Emile Durkheim, elles sont effectivement et toujours moins concernées par le risque de suicide abouti, elles sont par contre surexposées à l'état dépressif et aux tentatives de suicides. A l'aide de statistiques prenant en compte l'âge, la situation, et même le parcours familial, cette étude permet de réfléchir aux incidences paradoxales des changements radicaux intervenus dans la signification du mariage depuis un siècle. Elle montre enfin le rôle, différent selon les sexes, du statut familial : « Si les deux sexes tirent effectivement avantage à l'union, les hommes en tirent des bénéfices supérieurs. Les hommes célibataires vivant seuls

[2] Pierre Aïach note que leur fréquence plus élevée de consultations médicales n'est pas liée « à ce qu'on dénomme parfois une propension féminine à se soigner », indépendamment des troubles et symptômes qu'elles perçoivent, mais qu'elles perçoivent effectivement plus de troubles et de symptômes.

et les chefs de famille monoparental présentent un risque plus élevé de tendances suicidaires et dépressives que leurs homologues féminins » (p. 78). Or on n'a généralement pas d'information sur la situation familiale des personnes dans les enquêtes sur la santé au travail et les risques professionnels. On doit donc se demander, à chaque fois que l'on observe une corrélation statistique entre une caractéristique professionnelle et une caractéristique de santé, si cette corrélation ne masque pas une variable liée à la configuration familiale : par exemple, si une population masculine travaillant dans telle situation ou condition apparaît avoir une santé fragilisée, cela tient-il – ou cela tient-il seulement – à cette situation ou à cette condition de travail, ou, plutôt – ou également - au fait qu'elle est sélectionnée, de fait, par une situation familiale plus fréquemment caractérisée par le célibat ?

On notera enfin que les inégalités sociales et sexuées tendent à reproduire les inégalités sociales et sexuées en matière de santé globale. Ainsi la dépressivité est plus fréquente dans les catégories populaires que dans les catégories favorisées, et elle est supérieure chez les femmes.

2- Place différenciée des hommes et des femmes au regard de l'emploi et du travail, et liens avec la santé

2-1 Différence de sexe selon les effets de sélection par la santé dans l'accès à l'emploi

Sur le marché du travail, les effets de sélection par la santé se posent différemment pour les deux sexes. Quand on compare l'état de santé déclaré selon le sexe et le statut au regard de l'activité professionnelle – en emploi, en recherche d'emploi, en inactivité [3] –, les personnes en emploi déclarent un état de santé nettement meilleur que les autres : les hommes et les femmes au chômage, mais également les femmes au foyer déclarent un état de santé relativement dégradé, et ce, à un niveau très comparable (Bouffartigue, Pendariès, Bouteiller, 2010-2). Ce résultat est fort suggestif. Si on le met en relation avec d'autres données, comme le fait que six femmes inactives sur dix en âge de travailler déclarent souhaiter exercer une activité professionnelle (Baudelot et Gollac, 2003), ou encore le fait que les hommes inactifs en âge de travailler, il est vrai peu nombreux, ont un état de santé très dégradé et une mortalité élevée (Monteil et Robert-Bobée, 2005), on peut en conclure que : 1- l'inactivité professionnelle reste plus légitime, moins stigmatisante chez les femmes, elle peut leur offrir une possibilité de retrait du monde du travail dans des situations de grande pénibilité professionnelle et/ou de fragilité de santé, possibilité qui est relativement moins offerte aux hommes[4] ; 2- qu'elle est cependant, et pour une part, choisie sous contrainte de difficultés d'accès à l'emploi, entre autres pour raison de santé fragilisée.

[3] Exploitation originale de l'enquête *Santé et Itinéraire Professionnel* (Bouffartigue, Bouteiller, Pendariès, 2010-2).

[4] Fabienne Bardot (2004), dans son enquête sur la souffrance mentale dans la grande distribution, mentionne deux types de stratégies de défense des femmes, la « souffrance discrète », et des stratégies de retraits.

2-2 Différence de sexe liées à la sexuation des emplois et à la visibilité sociale sexuée des risques professionnels

Hommes et femmes n'exerçant pas, très généralement, les mêmes emplois – et quand c'est le cas, n'ayant jamais exactement les mêmes situations de travail concrètes (Fortino, 2009) – on comprend aisément qu'ils ne sont pas concernés par les même conditions et pénibilités du travail, ni par les mêmes risques professionnels.[5] Mais il faut toujours se demander dans quelle mesure la visibilité sociale, globalement moindre, des pénibilités auxquelles sont astreintes les femmes, n'est pas le résultat de l'histoire de leur infériorisation. Cette plus faible visibilité, aux yeux même des femmes, est l'une des interprétations possible du fait qu'elles perçoivent moins souvent, comme on le verra, un lien négatif entre leur travail et leur santé.

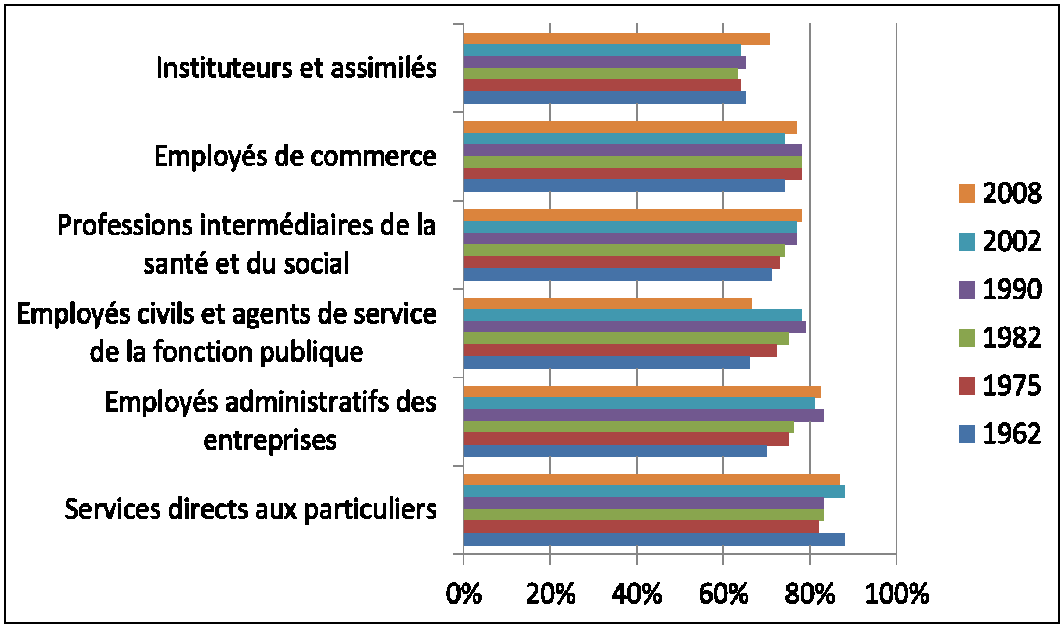
On le sait, les métiers et les emplois sont très sexués, à un point tel que leur nom-même peut l'être : on est une secrétaire, une sage femme, une assistante maternelle, une hôtesse d'accueil ; mais un médecin, un militaire, un PDG.

Dans le monde du travail, l'emploi des femmes continue de se caractériser par une forte concentration dans un petit nombre d'emplois, suite à un double phénomène de ségrégation horizontale et verticale. Il se caractérise également par une sous-qualification relativement à leur niveau de diplôme, et relativement aux hommes, malgré des progrès de la présence féminine dans des professions intermédiaires et supérieures : « Dans 14 des 84 familles professionnelles, le taux de féminisation dépasse 70 %, alors que 43 de ces familles comportent plus de 70 % d'hommes. De plus, ces familles de métiers les plus féminisées ont des effectifs très importants. Ces constats sont liés aux nomenclatures utilisées, certains métiers féminins (comme les secrétaires par exemple) étant moins précisément décrits que la plupart des métiers masculins qui font l'objet de reconnaissances plus précises et d'enjeux dans les négociations professionnelles » (Meron et al., 2006, p. 227).

Cette situation évolue fort peu depuis 50 ans, elle a même tendance à s'aggraver dans certaines catégories professionnelles (professions intermédiaires de la santé et du travail social, employés administratifs d'entreprise…).

[5] Dans le développement qui suit, on suspend la prise en compte des deux autres types de causalité entre travail et santé, celle qui passe par les possibilités de construction positive de la santé par le travail, et celle qui passe par des effets de sélection par la santé.

Evolution (1962-2008) de la part (%) des femmes dans les principales catégories professionnelles à dominante féminine



Si on examine les conditions de travail et les risques professionnels selon le sexe, on constate que les pénibilités qui concernent les femmes sont moins visibles socialement : « les femmes sont souvent exclues des emplois visiblement exigeants et dangereux, mais leurs emplois peuvent les exposer à des dangers moins visibles : travail très répétitif, postures contraignantes, manque d'autonomie dans le travail, contact avec le public (danger d'exposition à des infections, à la violence, aux agressions verbales), exposition à certains produits chimiques nocifs (coiffure, nettoyage, photocopie, manucure, établissements de santé), horaires qui entrent en conflit avec les obligations familiales » (Messing, 2002). Si les représentations sociales traditionnelles des risques professionnels orientent vers des métiers masculins, « les femmes sont en revanche en première ligne en ce qui concerne les divers risques organisationnels et psychosociaux au travail. Loin d'être protégées, les femmes sont majoritaires parmi les salariés atteints de troubles musculo-squelettiques, qui, aujourd'hui, constituent la principale cause de maladies professionnelles » (Guignon, 2008). Et cela est vrai pour l'exposition aux « Risques psychosociaux » (RPS).

La différence des conditions de travail et des expositions aux risques professionnels concernant les deux sexes traduit donc d'abord la différence de leur répartition dans le monde du travail, appréhendée à partir des grandes catégories d'emploi ou de professions : exposition moindre aux risques physiques - bruit, températures extrêmes, port de charges lourdes -, et aux risques chimiques ; mais exposition supérieure aux conditions de travail provoquant TMS et « RPS » : contact avec le public – donc, entre autres, plus de risques infectieux, plus de

risques d'agressions -, délais de réponse plus courts à une demande extérieure, travail plus morcelé et plus sous pression (de temps, de la hiérarchie, de la clientèle…)

Cette liste partielle de conditions de travail selon le sexe illustre les différences de sexe :

Item de l'enquête « Conditions de travail » (2005)	**Femmes** %	**Hommes** %
Connaître ses horaires dans le mois	85	78
Ne pas connaître les horaires de la semaine suivante	7	13
Être en contact avec le public	75	62
Devoir répondre à une demande immédiate	56	51
Être en contact avec des personnes en situation de détresse	48	36
Porter ou manipuler des charges lourdes	33	44
Être exposé au risque infectieux	30	25
Ne pas pouvoir interrompre son travail	45	36
Régler par soi-même la plupart des incidents	49	53
Appliquer strictement les consignes reçues	39	35
Pouvoir faire varier les délais	31	43

Sur ces 11 dimensions des conditions de travail, seulement 3 sont *a priori* meilleures pour les femmes : elles portent moins souvent des charges lourdes – sans doute surtout parce qu'elles sont moins souvent ouvrières, mais même quand elles le sont, ou quand elles exercent d'autres métiers, comme agent de service hospitalier, comme on le verra plus bas - et elles ont des horaires plus prévisibles –, mais c'est pour elles un critère plus crucial compte tenu qu'elles assument l'essentiel des tâches domestiques et parentales.

Il faut ajouter que dans le même type d'emploi, les tâches concrètes effectuées par les hommes et par les femmes ne sont pas les même, et les exposent donc à des risques professionnels différents. Par exemple, parmi les salariés du nettoyage, les hommes conduisent les machines et portent les sacs tandis que les femmes lavent les toilettes et passent le chiffon. Et dans l'industrie de la viande, les hommes découpent les carcasses à la tronçonneuse, portent plus souvent des charges lourdes, et les femmes découpent plutôt les filets de poulet au couteau : 42 % d'entre elles effectuent des gestes répétitifs avec temps de cycle de moins d'une minute, contre 27 % des hommes. Ainsi, occuper le même emploi d' « opérateur dans l'industrie de la viande » ne veut pas dire réaliser le même travail, indépendamment du sexe.

Les femmes sont, dans chacune des catégories socioprofessionnelle, systématiquement plus concernées par certains facteurs de risques. C'est le cas pour les TMS, ce que confirme une analyse « toutes choses égales par ailleurs » , avec une probabilité d'exposition supérieure de 22%. (Guignon, 2008).

C'est le cas également pour les « RPS » . Au contact avec un public, une femme sur quatre contre un homme sur six déclarent avoir été victime d'une agression - très généralement verbale plutôt que physique - dans les 12 mois qui précèdent l'enquête. C'est dans les professions qualifiées – professions intermédiaires et cadres – que les femmes déclarent plus souvent que les hommes avoir subi une

agression verbale. La même enquête relève les « comportements systématiquement hostiles » vécus sur le lieu de travail (de la part cette fois de collègues ou de chefs) : atteintes dégradantes, déni de reconnaissance du travail, et comportements méprisants. 17 % des salariés sont concernés, mais un peu plus les femmes que les hommes pour le premier et le dernier type de comportements.

C'est donc bien que sous le même intitulé d'emploi, les tâches à réaliser et l'organisation du travail diffèrent, traduisant « la mise au travail des stéréotypes de genre », comme le montre S. Fortino (2009) : « Dans un espace mixte, les rapports sociaux entre les sexes, les tensions, les antagonismes, ne disparaissent pas, ils se redéploient, se redessinent, se re-configurent dans un autre contexte » (p.7). Si l'on suit P. Molinier (2008, p. 112), qui rappelle qu' « interroger la santé au travail dans une perspective de genre signifie mettre en place une grille tout à fait complexe qui n'a rien à voir avec la « variable sexe » c'est-à-dire avec une approche qui consisterait à vouloir comparer toutes choses égales par ailleurs la santé des femmes et celle des hommes », c'est que sous le même intitulé d'emploi, les tâches à réaliser et l'organisation du travail diffèrent, traduisant « la mise au travail des stéréotypes de genre ». Ainsi, une étude qui a comparé les conditions de travail des ouvriers et les ouvrières conclut : « le rôle des ouvrières est d'être soumises, de travailler dur à la réalisation de tâches routinières, de travailler de façon relativement isolée (…) Par contre elles sont relativement à l'abri, non pas nécessairement des contraintes, mais des atteintes les plus violentes à l'intégrité corporelle (…) (Gollac et Volkoff, 2002).

Pour résumer « Les conditions de travail qui ont fait l'objet d'une construction sociale permettant de les objectiver, voire de les compenser financièrement, sont plutôt masculines » (Thébeaud-Mony et Volkoff, 2005, p. 191)

2-3 Le rôle des stéréotypes de genre

Les stéréotypes de genre sont ceux de la « virilité »pour les hommes, et de la « muliérité » pour les femmes (Dejours, 1980 ; 1987). Traduisant tous deux la domination masculine il ne sont pas symétriques. La « virilité » est certes une « idéologie défensive » face au danger et à la peur associés à certains métiers masculins, mais c'est une idéologie qui peut fonctionner comme ressource pour la reconnaissance sociale des risques professionnels ; tandis que la « muliérité » conduit avant tout au consentement à la domination masculine et à la non reconnaissance sociale des risques professionnels associés aux métiers et tâches féminines. Ces stéréotypes tendent à être partagés non seulement par les intéressé-e-s, mais par les acteurs sociaux qui construisent les représentations dominantes de la santé au travail : directions d'entreprise, responsables des méthodes, médecins du travail, responsables syndicaux (Caroly, 2009).

Ces stéréotypes de genre et leurs effets en termes d'invisibilité sociale et scientifique des pénibilités professionnelles au féminin, tendent à se reproduire malgré les transformations notables des rapports entre les sexes. On peut y voir, entre autres, la traduction de l'héritage de la position subalterne des femmes dans le mouvement syndical, et de l'assignation toujours prioritaire des femmes à la sphère domestique et parentale. Ainsi, la « seconde journée » de travail reste

massivement à leur charge. On peut y voir également, et paradoxalement, la traduction du fait que le travail professionnel reste une conquête historique récente pour les femmes, et/ou qu'il est davantage perçu par elles comme un facteur de santé et d'équilibre. Ce qui tendrait à les rendre moins critiques sur différentes dimensions de leur situation professionnelle : estimation leur situation relativement au parent du même sexe (Baudelot et Gollac, 2003), jugement sur le niveau de salaire, (Baudelot et Gollac 2006), ou sur les effets délétères du travail sur leur santé (Bouffartigue et al., 2010). C'est pourquoi, dans un contexte général tendant à la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, les femmes accentueraient cette tendance, comme l'illustre par exemple l'invisibilité sociale des atteintes à la santé mentale au travail[6]. Finalement, il s'agit de prendre très au sérieux la différenciation genrée de la perception subjective de la santé, en retenant l'hypothèse que « si les femmes se plaignent plus, c'est parce qu'elles souffrent plus » (Bardot, 2008, p. 121).

2-4 Quelques notes d'espoir

Ces constats de fond ne doivent pas masquer quelques progrès récents dans le processus de mise en visibilité/reconnaissance des pénibilités et risques professionnels au féminin.

Ainsi, alors qu'ils ont été reconnus très tardivement (Hatzfeld, 2008 ; 2009 ; 2011) les TMS sont vite devenus, parmi l'ensemble des tableaux officiels, le plus fréquent. Or les femmes y sont nettement majoritaire (58%). Et si elles sont encore minoritaires dans les accidents du travail déclarés (31%), leur proportion s'accroît régulièrement. Elles sont d'ailleurs devenues majoritaires dans les accidents de trajet déclarés. Avec l'exemple des grandes luttes des infirmières intervenues à la fin des années 1980, le lien étroit entre la capacité d'une profession féminine à se mobiliser socialement sur des enjeux professionnels et le recul en son sein du fatalisme en matière de pénibilités du travail avait déjà été clairement démontré par Michel Gollac (1997). A propos des infirmières toujours, on a montré plus récemment combien cette profession était travaillée par une tension entre, d'une part, la psychologisation et l'invisibilisation sociale de la santé au travail – bien mise à jour par M. Loriol (2000 ; 2005) -, et, d'autre part, la critique sociale des conditions de travail (Imbert et al., 1992 ; Bouffartigue et al., 2011). On peut penser également que la reconnaissance juridique des pratiques de harcèlement (sexuel et moral) sur le lieu de travail, et les campagnes plus larges dénonçant les violences exercées sur les femmes, peuvent favoriser la mise en visibilité de la santé au travail des femmes. Enfin la prise en compte des enjeux propres à la santé au travail des femmes dans le monde syndical s'est améliorée, comme en témoigne l'enquête conduite par le Bureau Technique Syndical Européen au tournant des années 2000 (Vogel, 2003). Et, dans des entreprises ou des secteurs très féminisés où les équipes syndicales sont elles-même animées par

[6] Les suicides au travail ne sont qu'exceptionnellement reconnus comme « accident du travail », et le seul RPS faisant l'objet d'une reconnaissance juridique est le harcèlement sexuel et moral. Le programme « Surveillance des maladies à caractère professionnel » de l'INVS fait ressortir un taux de prévalence pour des « Maladies à caractère professionnel » (« maladie à caractère professionnel n'entrant pas dans le tableau des TMS) allant de 2,6% à 3,6% selon les années et le sexe pour les TMS,et de 0,9% à 2,4% pour la « souffrance psychique liée au travail » (Valenty et al., 2012).

des femmes il est possible que l'invisibilité sociale des pénibilités professionnelles recule sensiblement.

3- Une recherche sur les liens perçus entre travail et santé

A partir de l'enquête Sumer 2003, nous avons pu prendre la mesure de la différence de sexe au plan de la perception des liens travail-santé (Bouffartigue et al., 2010). « Toutes choses égales par ailleurs » - notamment à catégorie socioprofessionnelle et à ge donnés – les femmes déclarent percevoir moins souvent un lien entre leur travail et leur santé ; et, surtout, quand elle le perçoivent c'est plus souvent d'un lien positif qu'il s'agit. Et cette différence entre les sexes est d'autant plus marquée que l'on s'élève dans l'échelle des qualifications. Nous avons avancé quatre pistes d'interprétations de ce phénomène, pistes plus complémentaires que contradictoires :
- comme on vient de le voir, une plus faible visibilité sociale du lien négatif travail professionnel/ santé chez les femmes ;
- le travail professionnel comme conquête récente dans la dynamique historique de l'émancipation féminine ;
-le travail professionnel comme concurrencé par le travail domestique et parental en tant que facteur d'atteinte à la santé ;
-enfin, comme on l'a évoqué plus haut, l'accès à l'emploi serait davantage conditionné par une bonne santé chez les femmes.

Cette recherche a été prolongée par une enquête qualitative auprès de soignantes femmes et travailleurs masculins de la sous-traitance.

Elle nous a d'abord permis de confirmer l'existence d'un paradoxe chez les soignantes, puisque chez elles, contrairement à la tendance plus large objectivée dans l'ensemble de la population féminine, un niveau de qualification plus élevé est associé à des déclarations plus critiques sur le lien travail-santé. On y a vu un effet possible d'une dynamique de mobilisation collective sur les conditions de travail plus forte chez les infirmières que chez les aides soignantes.

Elle nous a ensuite conduit à prendre en compte la force des facteurs de valorisation du travail dans les deux groupes : facteurs communs, comme l'intérêt du travail en lui-même, ou son importance comme domaine de socialisation ; facteurs spécifiques, comme l'attachement à l'indépendance économique chez les soignantes, ou l'importance maintenue du rôle de principal pourvoyeur de ressources économiques du ménage chez les travailleurs de la sous-traitance.

Elle a confirmé enfin les différence des formes sexuées de mise à distance et de méconnaissance des effets délétères du travail. Du coté des soignantes, avec la dimension vocationnelle du *care* et la psychologisation de la capacité à trouver la bonne distance aux malades. Du coté des travailleurs de la sous-traitance, avec le déni viril du risque.

Reste que cette recherche invite également à dénaturaliser ces formes sexuées. C'est le cas par exemple chez les infirmières quand l'intérêt accordé au travail, après avoir longtemps conduit à les admettre en les naturalisant, se retourne en critique radicale des conditions de travail dégradées. C'est le cas plus largement

de l'ambivalence profonde de toute implication professionnelle et de tout attachement au métier : tantôt facteur de déni, de naturalisation ou d'acceptation des risques ; tantôt facteur de revendication des moyens de faire un travail de qualité, travail « empêché » (Clot, 2010) par les conditions concrètes dans lesquelles on se trouve.

4- Quelques implications sur le vieillissement au travail

Trois dimensions du problème sont à poser pour les deux sexes et pour toutes les catégories socioprofessionnelles, mais en se demandant à chaque fois, compte tenu de ce qui vient d'être développé, en quoi cela concerne-t-il spécifiquement chaque sexe :

1- Quel que soit le travail et ses conditions, les capacités évoluent avec l'âge, plutôt - mais pas toutes - dans le sens de la dégradation : comment le travail s'y adapte-t-il, ou non ?

2- Le travail a des effets propres et différenciés sur le vieillissement : lesquels ? Comment faire pour que le vieillissement au travail soit optimisé, voire prolongé ?

3- Les conditions du choix – plus contraint, ou plus choisi – du moment du départ à la retraite dépendent à la fois de la possibilité du maintien en activité, compte tenu de la relation entre état de santé et exigences du travail, et du niveau de la pension, lui-même dépendant de la durée de cotisation. On le sait, les dernières réformes des modalités du passage à la retraite sont très fortement incitatives à la poursuite de l'activité professionnelle, souvent bien au-delà de 60 ans, afin de bénéficier d'une pension complète.

Les inégalités selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle jouent très fortement sur les conditions du « choix » du moment de cessation d'activité professionnelle. Entre les âges souhaités et les âges effectifs il y a des inégalités sociales importantes. Ainsi les cadres envisagent de partir plus tard et ont le sentiment de pouvoir choisir un peu plus souvent le moment. Les ouvrier(e)s sont dans un plus mauvais état de santé mais, pour eux et pour elles un retrait d'activité est plus coûteux.

Quant à l'état de santé, il joue un rôle important dans les cessations précoces d'activité (Cambois et al., 2010) La santé perçue joue, mais uniquement chez les hommes, sur la probabilité d'être en emploi après 50 ans : si ces derniers sont relativement nombreux comme « inactifs » entre 50 et 60 ans, c'est qu'ils ont eu accès au statut d'invalidité. Les femmes en santé dégradée aurait moins le choix de cesser une activité professionnelle parce qu'elles ont des carrières plus discontinues, avec le risque plus fréquent d'arriver à la retraite avec des carrières incomplètes.

Donc on peut penser que dans les milieux populaires, hommes et femmes – et peut être plus les femmes que les hommes, surtout si elles sont seules – sont plus

souvent contraints de rester au travail en mauvaise santé, du moins quand ils le peuvent, car leur risque d'exclusion de l'activité professionnelle est à la fois plus fréquent et a des effets plus dramatiques que dans les milieux favorisés, en termes de niveau de vie.

Cette contrainte d'allongement des carrières professionnelles pour accéder à une retraite décente aiguise donc les enjeux de la deuxième dimension citée plus haut, celui d'un aménagement nécessaire des conditions de travail au fil de la carrière, qui permette de préserver/développer la santé. Un des leviers est la lutte contre les stéréotypes de sexe qui invisibilisent des pénibilités. On peut citer l'étude de Philippe Davezies ( ) sur les personnels hospitaliers de Lyon, qui met à jour les facteurs cachés de la pénibilité du travail et de ses effets en termes de vieillissement différenciés selon le sexe, la catégorie (Infirmiers, AS et ASH), et selon le type de service. Cette étude montre que les stéréotypes de sexe - certaines capacités physiques des hommes, certaines capacités psychiques de femmes – amènent leur sur-représentation dans certaines tâches et certaines unités, et amènent à sous-estimer les effets du vieillissement sexué au travail.

« Si la place des hommes est en partie déterminée par leur capacité à porter, celle des femmes sollicite essentiellement leur capacité à supporter » : les hommes sont plus nombreux dans les postes d'ASH parce qu'ils sont jugés plus aptes à porter des charges lourdes, or à partir de 45 ans ils sont en difficulté parce que les charges dépassent leurs capacités, ils souffrent de lombalgie ; les femmes sont sur-représentées dans les unités où il y a une multitude d'intervenants médicaux et des décès particulièrement choquants. Or elles ne sont pas naturellement prémunies contre l'usure psychique que cela provoque. Par exemple, pour les AS tout dépend du profil de la surveillante – quand ces dernières sont plus anciennes elles comprennent mieux leurs stratégies d'adaptation, qui sont vues comme des « mauvaises habitudes » par les surveillantes débutantes, ou de l'espace relationnel qu'on leur laisse.

Or les supposées aptitudes propres à chaque sexe – certaines capacités physiques des hommes, certaines capacités psychiques de femmes – ne résistent pas plus les unes que les autres à l'avancée en âge La prévention des effets du vieillissement doit avant tout être abordée en termes d'organisation du travail et non en terme d'aptitudes sexuées.

Conclusion

Réfléchir sur les liens entre travail et santé au regard du genre nécessite d'affronter le double obstacle d'une relative faible accumulation des savoirs à la fois sur la santé au travail – encore que ces dernières années, la recherche soit très dynamique en France sur cet objet -, et d'une faible mobilisation des recherches sur ces questions. Cette dernière est, on l'a vu, indissociable de l'invisibilité sociale traditionnelle des enjeux de santé au travail au féminin. Comme toujours, le déficit cognitif accompagne la domination sociale et symbolique. Reste que, compte tenu de la complexité extrême des relations entre expérience de l'emploi et du travail, et construction de la santé, on a vue que toutes les différences et inégalités qui distinguent les hommes et les femmes ne sauraient être ramenées aux effets de la domination masculine. Par ailleurs, de nombreux signaux attestent

de progrès en cours de la recherche. Les recherches féministes s'emparent de la santé au travail, et, sur la scène sociale, la montée en puissance sur la scène publique des enjeux de santé mentale au travail peut stimuler une approche genrée des liens entre santé et travail. Il s'agit donc d'un domaine prometteur.

Bibliographie

Aïach P. (2001), « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », in P. Aïach , D. Cèbe G. Cresson, C. Philippe (dir.) *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Ed. de l'ENSP., p. 117-148.

Aïach P., (2003), « La santé des femmes : tout reste à faire », *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, n° 2.

Aliaga C. (2002), « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », *Insee-Première*, n° 869.

Bardot F., (2008) « La santé des femmes au travail ? Une question sans intérêt pour la médecine du travail ? », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, n° 69, p. 120-122.

Baudelot C., Gollac M. (2003), *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Fayard.

Bastard B., Bretin H., Philippe C ; (2001), Introduction », in P. Aïach , D. Cèbe G. Cresson, C. Philippe (dir.) *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Ed. de l'ENSP., p. 7-15.

Bouffartigue P., Pendariès J.-R et Bouteiller J. coll. (2010-1), "La perception des liens travail-santé. Le rôle des normes de genre et de profession", *Revue française de sociologie*, 51-2, 2010, p. 247-280. (Avec Jean-René Pendariès, et la collaboration de Jacques Bouteiller)

Bouffartigue P., Pendariès J.-R et Bouteiller (2010-2), *Effets de sélection, effets de condition : Parcours professionnel , horaires de travail et santé,* Rapport de fin de recherche pour le compte de la Dares.

Bouffartigue P., Pendariès J.-R et Bouteiller J. coll. (2011), « Le stress au travail, un enjeu social ouvert. L'exemple des soignantes, *Les Mondes du Travail*, n° 9, pp.127-140.

Cambois E., Barnay T., Robine J.-M. (2010), « Espérances de vie, espérances de vie en santé et age au départ à la retraite. Des inégalités selon la profession en France », *Retraite et Société*, n° 59, p. 194-205.

Canguilhem G., ([1966] 1985), *Le normal et le pathologique. La connaissance de la vie*, Paris, Presses Universitaires de France.

Caroly S., (2009), « Les conditions de travail et la santé selon le genre et le sexe. Une approche ergonomique des troubles musculo-squelettiques» : http://www.mouvements.info/Les-conditions-de-travail-et-la.html.

Clot Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte.

Chenu A. (1988), « Sexe et mortalité en France (1906-1980) », *Revue Française de Sociologie*, 1988, 29-2. pp. 293-324.

Fortino S. (2009), *Mixité au travail, genre et conditions de travail. La construction sociale d'un processus,* Document de travail, CRESPA.

François S. (2011), « Etude exploratoire des caractéristiques professionnelles d'un échantillon de suicidants hospitalisés », *Santé publique*, vol. 23, p. 101-112.

Gollac M., Volkoff S., (2002) « La mise au travail des stéréotypes de genre », *Travail, genre et sociétés*, 8, pp. 25-53.

Guignon N., (2008) « Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ? », *Femmes et hommes-Regards sur la parité*, Paris, Insee, pp. 51-63.

Hatzfeld N. (2008) , « Affections périarticulaires : une longue marche vers la reconnaissance (1919-1991) », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, pp. 141-160.

Hatzfled N. (2009), « Les malades du travail face au déni administratif : la longue bataille des affections périarticulaires », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 1, pp. 177-196

N. Hatzfeld N. (2011) , « L'émergence des TMS et la recomposition d'une pensée critique sur le travail (1985-1996) » in F. Hubault, *Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail ?*, Octares, 2011 pp. 18-37.

Imbert F., Le Doaré H., Sénotier D., Kergoat D. (1992), *Les infirmières et leur coordination*, Lamarre.

Loriol M., (2000), *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Anthropos.

Loriol (2005), « Les ressorts de la psychologisation des difficultés au travail. Une comparaison entre infirmières, policiers et conducteurs de bus », *Cahiers de Recherche Sociologique*, n° 41-42, décembre, p.191-208. .

Méron M., Okba M., Viney X. (2006), « Les femmes et les métiers : vingt ans d'évolution contrastée », Donn*ées sociales 2006*, Insee, p. 225-233.

Messing K., (2000), *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle ?* Montréal/Toulouse, Les Éditions du Remue-Ménage/Octarès.

Messing K. (2002), « La place des femmes dans les priorités de recherche sur la santé au travail au Québec », *Relations industrielles/Industrial Relations*, Vol. 57; n° 4.

Molinier P. (2008), « Interroger la santé au travail dans une perspective de genre », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, n° 69, p. 11-113.

Monteil C., Robert-Bobée I., (2005), « les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *Insee-Première*, n°1025.

Pfefferkorn R., (2012), *Genre et rapports sociaux de sexe*, Ed. Page deux.

Vogel L., (2003), *La santé des femmes en Europe. Des inégalités non reconnues*, Bruxelles, Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité.