

La dimension de genre en santé au travail

Premiers enseignements d'une enquête européenne

L'enquête européenne sur la dimension de genre en santé au travail a permis de découvrir de nombreuses initiatives dans différents pays de l'Union européenne. 240 expériences - couvrant une variété importante de problèmes de santé - nous ont été signalées. Ces expériences consistaient en des recherches (70% des cas), des interventions de prévention, des mobilisations autour de revendications, etc. Des troubles musculo-squelettiques aux questions liées à l'organisation du temps de travail, de secteurs traditionnellement masculins comme la construction à des professions fortement féminisées comme les infirmières ou les nettoyeuses, les informations recueillies montrent que la dimension de genre commence à être reconnue comme un élément pertinent en santé au travail. Il semble bien que certains secteurs soient beaucoup plus avancés que d'autres dans ce domaine. 36% des expériences signalées concernaient un secteur spécifique. Dans plus d'un cas sur quatre, il s'agissait de la santé et des services sociaux (principalement des infirmières en milieu hospitalier), un cas sur dix concernait la distribution et le commerce (principalement les caissières des grands magasins). Relativement peu d'expériences concernaient l'industrie (moins d'un quart des secteurs identifiés) et, parmi celles-ci, les secteurs du textile, de la chaussure et de l'habillement étaient le plus souvent concernés.

La diversité et la richesse des expériences signalées ne doivent cependant pas cacher le fait que, dans la majorité des cas, les politiques de santé au travail et les pratiques de prévention continuent 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 qui s'opposent à une prise en compte de la dimension de genre en santé au travail. Ces obstacles sont en interaction dans les quatre domaines principaux couverts par l'enquête : la production de connaissances, les politiques mises en place, les pratiques professionnelles de prévention, les pratiques de résistance des collectifs de travail. Dans une large mesure, ces interactions fonctionnent comme des cercles vicieux : l'on ne mène pas de recherches sur ce que l'on ne veut pas transformer, l'on ne change pas les politiques lorsqu'il n'y a pas d'indicateurs inquiétants, les professionnels sont préparés à affronter les risques traditionnels et considèrent que la dimension de genre ne constitue pas une catégorie pertinente, etc. Quant aux pratiques de résistances des travailleuses et des travailleurs, elles sont bien réelles et se manifestent notamment par une conflictualité sociale dont on trouve les premiers exemples il y a plus d'un siècle. Mais la radicalité des questions qu'elles soulèvent rend problématique leur transmission d'une génération à l'autre et leur généralisation sous la forme d'une stratégie d'ensemble.

La production de connaissances

La santé au travail ne s'est jamais constituée comme l'objet d'une discipline scientifique autonome et sa place dans les sciences de la santé est assez marginale. L'on observe une forte subordination de la recherche en santé au travail à la demande immédiate façonnée par les politiques menées dans ce domaine. Souvent, les grands pôles de la recherche en santé au travail sont des institutions nationales qui privilégient une conception technico-médicale de la prévention et qui sont gérées sur une base tripartite ou paritaire. Lorsque celles-ci dépendent des systèmes

L'enquête du BTS

Dans le cadre de la présidence belge de l'Union européenne, le BTS a entrepris, avec deux centres de recherche de l'Université Libre de Bruxelles, une enquête sur la dimension de genre en santé au travail. Cette enquête s'est déroulée principalement sur la base d'un questionnaire. Elle a été complétée par une recherche documentaire et un séminaire auquel ont pris part plus d'une centaine de personnes le 16 novembre 2001, à Bruxelles.

150 personnes ou institutions ont répondu au questionnaire. Les réponses proviennent de l'ensemble des pays communautaires à l'exception de l'Irlande. Les deux pays qui ont le plus participé à l'enquête sont l'Espagne et l'Italie avec 31 réponses respectivement. Ils sont suivis par la France et

l'Allemagne (avec 15 réponses). Les réponses proviennent principalement d'organisations syndicales (31%), d'institutions de recherche (21%), d'institutions chargées d'impulser les politiques de prévention (13%) et de services de prévention (9%). Les institutions chargées des politiques de l'égalité n'ont participé que façon très marginale à l'enquête (4 réponses). Cela reflète probablement la forte sous-estimation des questions de santé en travail dans les politiques de l'égalité des chances.

Laurent Vogel (lvogel@etuc.org) est chargé de la coordination de cette enquête au BTS.

Pour de plus amples informations, consultez notre site internet :

<http://www.etuc.org/tutb/fr/femmes.html>

d'indemnisation mis en place, elles tendent à définir leurs priorités sur la base du coût visible des dommages à la santé pour ces systèmes. En règle générale, les institutions chargées de la santé au travail ont été très peu sensibles à la dimension de genre.

L'unique exception concerne, depuis une dizaine d'années, les institutions des pays nordiques. Dans les autres pays, l'apport de la recherche s'est fait à partir d'institutions "plus marginales" par rapport aux structures de recherche en santé au travail ou à partir d'initiatives collectives d'organismes et de personnes engagés dans les politiques de prévention qui ne disposent pas nécessairement d'un soutien institutionnel important : initiatives syndicales, réseaux de médecins du travail, d'ergonomes, etc.

La recherche est elle-même marquée par l'étanchéité des politiques. Ainsi, il existe de nombreuses recherches sur la ségrégation professionnelle mais rares sont celles qui abordent les questions de santé au travail liées à cette ségrégation. Il existe, dans de nombreux pays, des enquêtes détaillées concernant le "budget temps" qui décrivent l'affectation du temps à différentes activités dans une perspective de genre. La plupart de ces recherches ne mettent pas en rapport ce "budget temps" avec les conditions de travail de manière à analyser comment celles-ci peuvent être excluant et/ou nocives pour la santé en rendant très difficile toute stratégie de conciliation.

Les débouchés pratiques des recherches en santé travail qui abordent la dimension de genre semblent relativement faibles en grande partie parce qu'elles soulèvent des questions qui sortent des limites traditionnelles des politiques de prévention en santé au travail. Une telle situation n'est pas immuable comme le montre l'expérience de CINBIOSE au Québec¹ (Messing, 1999) mais elle continue à jouer un rôle inhibiteur important en Europe.

Les multiples dimensions du genre

L'analyse des réponses apportées à notre questionnaire montre une très grande diversité dans l'interprétation même de la notion de dimension de genre pour la recherche en santé au travail.

Pour certain(e)s, il suffit que la recherche porte sur une population qui inclut une proportion importante de femmes pour considérer que la dimension de genre a été abordée. Dans ces cas, toute recherche relative aux infirmières ou aux ouvrières du textile est considérée comme portant sur la dimension de genre. Pour d'autres, il faut au moins que l'on ait considéré et comparé deux groupes, les hommes et les femmes, dans l'analyse du problème traité. A un autre niveau s'ajoute l'exigence que la thématique aborde des questions qui concernent exclusivement ou de façon très significative des femmes. C'est ainsi que de nombreuses réponses signalent des recherches portant sur la santé reproductive, sur le harcèlement sexuel ou le harcèlement moral ou sur

la conciliation entre la vie professionnelle et les autres aspects de la vie.

D'autres recherches vont beaucoup plus loin et s'attachent aux liens qui existent entre l'organisation du travail rémunéré et des déterminants sociaux plus globaux. Elles examinent notamment comment le travail rémunéré s'articule (et dans le cas des femmes est souvent modelé par) le travail non rémunéré. Elles portent également sur la construction sociale du masculin (ou de la virilité) et du féminin tant dans le travail qu'hors du travail. A ce titre, une recherche peut parfaitement inclure la dimension de genre dans l'étude d'une population exclusivement masculine².

Il ne s'agit pas de proposer une définition normative de la dimension de genre qui permettrait en quelque sorte de "labelliser" la recherche. Suivant les disciplines et en fonction d'options politiques et méthodologiques variées, différentes conceptions de la dimension de genre apparaissent. Il importe d'assurer un débat entre les différentes approches. Aucune des disciplines scientifiques intervenant habituellement dans le champ de la recherche en santé au travail (médecine, ergonomie, psychologie, toxicologie, etc.) ne garantit en tant que telle que la dimension de genre sera pleinement reconnue. Pour surmonter cet obstacle, deux conditions paraissent importantes.

Des regards croisés

L'unité du sujet, la santé de l'être humain dans ses rapports avec le travail fait l'objet d'un morcellement entre les différentes disciplines qui le captent chacune à partir d'une grille d'analyse spécifique mais aussi entre les différentes thématiques abordées (temps de travail, santé mentale et travail, pathologies causées par le travail, articulation entre travail rémunéré et travail non rémunéré, etc.). Aborder la dimension de genre implique à la fois l'interdisciplinarité et un croisement des thématiques traitées. C'est dans cette perspective qu'Eleonora Menicucci³ parle de la nécessité d'un "regard transversal" qui dépassera l'analyse des risques du travail et portera notamment sur l'interaction du temps domestique et du temps social.

Qui pose les questions ?

Lorsque l'on passe en revue la recherche en santé au travail, il est important de savoir qui pose les questions. Karen Messing⁴ souligne à quel point la science peut n'avoir qu'un œil. Elle montre l'absence d'intérêt des chercheurs sur la question de l'influence des conditions de travail sur les menstruations. Au contraire, plusieurs enquêtes parmi des déléguées syndicales dans des secteurs fortement féminisés montrent que cette question est soulevée avec insistance par les travailleuses. La prise en compte de la subjectivité, c'est-à-dire des expériences individuelles et collectives des travailleuses et travailleurs dans la définition des questions, reste assez marginale dans l'organisation de la recherche en santé au travail. Il y a là un problème réel de définition de la demande

¹ Messing, K. (dir.), (1999), *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*, Bruxelles, BTS.

² Voir : Molinier, P., (1997), "Psychodynamique du travail et précarisation. La construction défensive de la virilité", in Appay.

Thébaud-Mony, A. (dir.), (1997), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, CNRS-IRESO, pp. 285-292.

Kjellberg, "Men are also gendered" in Kilborn, A., Messing, K., Thorbjörnsson, B., (ed.) (1998), *Women's Health at Work*, Stockholm : NIWL, pp. 279-307.

³ Menicucci, E., Scavone, L. (coord.) (1997), *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*, Goiânia: A.B. Editora.

⁴ Messing, K., (1998), *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle?*, Montréal-Toulouse: Ed. du remue-ménage-Octares.

sociale qui est, en partie, liée au fonctionnement des “grands demandeurs institutionnels” dont le patronat cherche à conditionner l’activité. La réflexion sur le lien entre la pertinence des questions posées et l’expérience directe des collectifs de travail est abordée de façon très convaincante par le livre remarquable de Laura Corradi⁵ concernant le travail nocturne dans des usines du groupe Barilla en Italie.

L’état des politiques

La caractéristique la plus générale des politiques suivies consiste dans l’étanchéité des différents domaines que sont la santé au travail, l’égalité et la santé publique. L’on constate une très faible ouverture de chacune de ces politiques aux problématiques des autres. Cela entraîne, à notre avis, une perte d’efficacité de chacune d’entre elles dans son propre domaine.

Les politiques de santé au travail

Les politiques de santé au travail ont généralement ignoré l’interaction entre travail rémunéré et travail non rémunéré et elles se sont développées surtout comme des politiques correctives où la dimension du genre apparaissait dans le meilleur des cas comme un élément complémentaire destiné à répondre à certains problèmes particuliers des femmes (cataloguées comme “groupe à risques” au même titre que les jeunes ou les handicapés).

Elles ont d’abord été marquées par une approche protectionniste-excluante dont certains éléments restent en place. Parmi les éléments de cette politique qui remonte au XIX^e siècle et qui reste l’approche dominante au moins jusqu’aux années 50 du XX^e siècle, l’on peut citer de multiples interdictions et l’édiction de règles différenciées suivant le sexe dans différents domaines (notamment le port de poids, l’exposition au plomb, etc.). Au-delà des règles législatives, les pratiques suivies tendent à légitimer la ségrégation sexuelle du travail. Les mesures d’interdiction sont diverses : interdiction du travail de nuit des femmes dans l’industrie, exclusion des femmes des mines et des travaux souterrains, etc. Si l’on examine leurs motivations, on peut déceler des arguments très variables qui vont de la défense de la santé à la défense de la moralité en passant par une réaffirmation implicite de certaines prérogatives de la virilité. Ainsi, en Espagne, la législation franquiste interdisait aux femmes de moins de 21 ans de conduire des tracteurs, des engins agricoles et tout autre véhicule à traction animale. Il était également interdit aux femmes de forger des métaux.

L’approche protectionniste était complétée par une reconnaissance de la spécificité des femmes dans la seule mesure où celle-ci reposait sur des fondements biologiques. Cela explique la réapparition du mot “travailleuse” dans un contexte particulier : celui de la maternité. Le “biologique” apparaît ici également comme une technique de naturalisation de ce qui est

une fonction sociale. Pour le dire rapidement, il y a, à la fois, une approche trop spécifique et pas assez spécifique.

Trop spécifique... dans la mesure où la plupart des facteurs qui menacent la santé reproductive ne se limitent pas à affecter la santé des femmes enceintes. Ils affectent généralement la santé des hommes et des femmes à différents niveaux. Dans de nombreux cas, les règles spécifiques portant sur la maternité ont servi à éviter le débat de fond sur l’élimination à la source d’un ensemble d’agents nocifs pour la santé. Elles ont permis de réaliser un semblant de prévention en écartant des femmes enceintes de situations particulièrement dangereuses sans résoudre le problème à la source par des mesures permanentes de prévention collective.

Pas assez spécifique... dans la mesure où cet intérêt soudain pour la biologie féminine se limite à la maternité ! D’autres questions liées à la spécificité biologique ne sont pratiquement jamais abordées. La littérature concernant les rapports entre les conditions de travail et les troubles du cycle menstruel est presque inexistante. L’étude de spécificités liées à l’exposition à des substances dangereuses soit en raison de leurs liens avec la production hormonale soit en raison de la composition différente de certains tissus est également très peu développée. Ce n’est que tout récemment que des études commencent à être effectuées sur les corrélations possibles entre le cancer du sein et le travail de nuit⁶.

L’approche protectionniste a progressivement cédé le terrain à une approche “neutre du point de vue du genre” qui consiste à appréhender les questions de santé au travail du point de vue d’un travailleur abstrait dont la référence implicite est la normalité du travail masculin (“normalité” construite et qui ne correspond évidemment pas à l’extrême diversité des travailleurs masculins dans la réalité). C’est aujourd’hui la caractéristique principale des politiques de santé au travail menée dans l’Union européenne et dans ses Etats membres en dépit de la rhétorique sur le *mainstreaming*.

La caractéristique fallacieuse de la neutralité de genre apparaît lorsque l’on s’interroge sur le seul secteur systématiquement exclu par la réglementation concernant la santé au travail dans l’Union européenne. Il s’agit des travailleurs domestiques qui sont - comme on devrait ne pas l’ignorer - avant tout des travailleuses domestiques. Le travail domestique rémunéré est considéré par les législateurs comme la simple extension du travail non rémunéré qui “de façon naturelle” incomberait aux femmes. Cette vision de la division du travail permet de nier les risques de ce travail tant en ce qui concerne les risques inhérents à tout travail domestique (payé ou non payé) qu’en ce qui concerne les risques spécifiques que le statut salarial introduit ou accroît. Pourtant, les quelques données disponibles sur le travail domestique salarié indiquent

⁵ Corradi, L., (1991), *Il tempo rovesciato. Quotidianità femminile e lavoro notturno alla Barilla*, Milan : FrancoAngeli.

⁶ Hansen, J., (2001). Light at Night, Shiftwork, and Breast Cancer Risk. *J Natl Cancer Inst*, vol. 93, pp. 1513-1515.

qu'il s'agit d'un secteur avec des risques importants. Ainsi, les données belges concernant les accidents du travail font état d'un taux de gravité global très nettement supérieur à la moyenne du secteur privé (12.10 pour mille contre 2.18 en 1998). Différentes enquêtes indiquent également qu'il s'agit d'un secteur où les rapports de domination peuvent être marqués par une très grande violence notamment lorsque les travailleuses domestiques sont originaires de pays non communautaires et privées de la possibilité de trouver également un autre emploi.

Les politiques de santé publique

Bien que les politiques de santé publique aient abordé la dimension de genre de manière croissante au cours de ces dernières années, les entrées privilégiées ont été les différences biologiques et les comportements individuels ou styles de vie (ou une combinaison de ces deux composantes si l'on pense aux politiques concernant le cancer du sein). Le travail, tant rémunéré que non rémunéré, n'apparaît pratiquement pas dans la plupart des études sur la dimension de genre de la santé⁷. Les facteurs mis en avant ont ceci en commun : ils ignorent largement les rapports sociaux de sexe tout en reconnaissant (et c'est leur apport le plus positif) que les approches traditionnelles de la santé ont été peu attentives aux "problèmes spécifiques" des femmes. Quelques études ont été entreprises sur la corrélation entre la santé et le travail non rémunéré mais il s'agit alors principalement d'isoler la problématique des femmes qui n'ont pas accès au travail rémunéré plus que d'approfondir le lien entre la "double journée de travail" et la santé.

Il existe un obstacle méthodologique qui concerne tant les hommes que les femmes mais dont l'impact est plus important sur celles-ci. La santé publique tend à n'intégrer les conditions de travail que dans la mesure où un lien immédiat et direct existe entre un facteur déterminé et une pathologie. Elle reste très réticente à intégrer l'ensemble des conditions de travail dans une analyse des déterminants sociaux de la santé⁸. Cette méconnaissance est directement liée à un obstacle politique. L'intrusion de la santé publique dans la sphère du travail salarié s'est toujours heurtée à une résistance très forte de la part du patronat. Le lieu de travail a été conçu comme un espace privé et la gestion des entreprises est revendiquée comme une prérogative des employeurs. Même dans les cas où le lien entre une exposition professionnelle et une maladie apparaît avec évidence, le patronat a toujours revendiqué une mainmise sur l'évaluation des risques (pour pouvoir les minimiser) et surtout un monopole de la prise de décision en ce qui concerne la gestion des risques. Il suffit de penser aux catastrophes sanitaires qu'ont représenté la silicose puis les maladies causées par l'amiante. Mener une politique de santé publique en rapport avec le travail ferait voler en éclats le compromis fragile qui existe autour de la notion de "risques professionnels". Cela montrerait que les atteintes à la santé ne résultent pas seulement d'événements accidentels ou

anormaux mais aussi de l'effet normal du travail salarié, de l'usure et des multiples atteintes à la santé qu'il produit quotidiennement.

Les politiques de l'égalité des chances

La politique d'égalité des chances n'entend pas bouleverser la division sociale du travail ni remettre en cause la domination masculine. Il s'agit avant tout d'assurer des chances égales pour l'ensemble des individus, indépendamment de leur sexe, sur le marché du travail et d'assurer à ces individus qu'à un travail égal correspondra un salaire et d'autres conditions de travail égales. Dans cette perspective, les facteurs d'inégalité sont souvent considérés comme des séquelles du passé. L'on observe même une tendance de plus en plus marquée à refuser de "situer" les inégalités dans les rapports sociaux de sexe : ainsi les actions positives devraient-elles se limiter à promouvoir le "sexe sous-représenté" tandis que les recours en justice intentés sur la base des dispositions communautaires ont pu, dans certains cas, paralyser des mesures nationales cherchant à promouvoir l'accès des femmes à des fonctions où elles étaient minoritaires parce que ces mesures auraient constitué des "discriminations sur la base du sexe"⁹.

Rien n'oblige un employeur à faire évoluer son organisation du travail vers une mixité des tâches et des fonctions. Cet élément explique largement pourquoi l'on n'articule pas les politiques de santé au travail avec celles qui concernent l'égalité. Que la définition des charges de travail aboutisse à une dévalorisation systématique du travail des femmes, que le contenu des tâches soit lui-même fortement sexué limitant à l'extrême l'emploi d'hommes ou de femmes pour des activités déterminées sur la base de l'assignation de rôles stéréotypés, que dans les rapports contractuels l'on observe des clivages significatifs entre les hommes et les femmes (temps partiel, travail à durée déterminée, etc.), voilà autant de facteurs qui concernent tout autant la santé au travail que l'égalité. Dans de nombreux pays, des actions positives sont menées en vue de promouvoir la mixité des professions. La grande majorité des cas qui nous ont été signalés n'abordent pas la transformation des conditions collectives de travail et se limitent généralement à des formations professionnelles parfois liées à des mesures d'accompagnement psychologique.

L'exemple du harcèlement sexuel est également révélateur. L'approche communautaire (suivie dans une large mesure par les politiques nationales) a privilégié une approche individuelle où la question est abordée dans les rapports entre harceleur et personne harcelée. Mais cette vision reste étroite si l'on ne comprend pas que le harcèlement sexuel peut également être lié à l'organisation du travail et devenir instrumental à la préservation d'une domination masculine. Il est significatif à cet égard de constater l'importance du phénomène dans des professions traditionnellement fermées aux femmes. Cela

⁷ Parmi les quelques exceptions, signalons pour l'Allemagne : Ducki, A., (2001), *Arbeit und Gesundheit, in : Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Ein Bestandaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*, Stuttgart : Kolhammer, pp. 366-446.

Pour la Suède, l'on peut citer le livre de Ostlin, P., et alii, *Gender Inequalities in Health. A Swedish Perspective*, Harvard School of Public Health, 2001.

⁸ L'exemple de la tuberculose est frappant. L'épidémiologie et les politiques anti-tuberculeuses contournèrent presque complètement la question décisive de l'usure par le travail (Cottreau, A., *La tuberculose: maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail?*, *Sociologie du Travail*, 1978, n° 2, pp. 192-224). La manière dont les politiques de santé publique abordent généralement le cancer est tout aussi révélatrice d'une stratégie de contournement des conditions de travail.

⁹ Voir l'arrêt Kalanke, Cour de justice des Communautés européennes du 17 octobre 1995, *Rec.*, I, p. 3069.

permet de penser qu'outre la finalité sexuelle individuelle, il peut y avoir une finalité collective qui est moins sexuelle que symbolique et politique : elle est destinée à préserver des rapports hiérarchiques où la dimension de genre joue un rôle important. En dépit des évidences qui montrent que le harcèlement sexuel constitue aussi un danger du point de vue de la santé, il n'a jamais été considéré comme un thème qui pourrait aussi relever de la santé au travail et bénéficier des instruments mis en place dans ce domaine.

L'actualité d'un débat qui éclaire les logiques de contournement

L'analyse de la dimension de genre en santé au travail ne répond pas à un souci de perfectionnement théorique. Elle a des implications profondes dans la définition des politiques et dans les stratégies de prévention.

L'évolution du travail a défini de nouvelles frontières de l'inégalité plus qu'elle n'a produit une déségrégation du travail (tant rémunéré que non rémunéré). Les modalités de la division du travail varient mais l'impact différencié de celle-ci sur la santé des hommes et des femmes demeure.

Si le problème se limitait à une distribution différente de risques suivant les professions et les secteurs, cela ne poserait pas de difficultés fondamentales pour les politiques de prévention. Mais l'analyse de l'impact des conditions de travail sur la santé montre qu'il n'y a pas une simple répartition aléatoire des risques entre hommes et femmes. En d'autres termes, la construction même de la division sexuelle du travail intègre comme un de ses déterminants une banalisation des risques liée à des stéréotypes masculins et féminins.

Suivant une typologie établie par Philippe Davezies¹⁰, les atteintes à la santé peuvent être analysées en trois groupes :

- les atteintes directes à l'intégrité physique dues généralement à des agents matériels (machines, substances) ou des facteurs physiques;
- les phénomènes d'hyper sollicitation dus à l'usage inapproprié ou excessif des hommes et des femmes. C'est l'activité de travail elle-même qui est en cause par son intensité ou son caractère répétitif;
- les atteintes à la dignité. A cet égard, l'on peut relever une multiplication des formes de violence psychologique (humiliations, brimades, harcèlement moral).

Certes, ces trois groupes ne constituent pas des catégories étanches. Il existe une interaction entre les différents types d'atteinte à la santé. Pour des raisons diverses liées à la division sexuelle du travail, les femmes sont aujourd'hui plus menacées par les atteintes du deuxième et du troisième groupe¹¹. En particulier, l'on peut constater une taylorisation accrue d'un certain nombre d'activités féminines dans l'industrie et une introduction de certaines formes de taylorisme dans des activités de service très fortement féminisées (travail hospitalier, distribution, call centers, etc.).

A cet égard, l'on peut citer des enquêtes de la DARES en France qui mettent en évidence comment l'on observe, pour les ouvrières, un maintien des "inconvenients du taylorisme sans ses avantages"¹². Le tableau ci-dessous est significatif.

Les pratiques de prévention ont généralement privilégié le premier groupe d'atteintes à la santé. Ces atteintes pouvaient, dans une certaine mesure, être détachées du fonctionnement normal du travail et être présentées comme des "accidents" ou des "dysfonctions". Dans certains cas, les atteintes

¹⁰ Davezies, P., (1999), Evolutions des organisations du travail et atteintes à la santé, Contribution au séminaire "Nouvelles organisations du travail", in : *Travailler*, n° 3.

¹¹ Cela apparaît notamment dans les travaux menés par Annie Thébaud-Mony et Véronique Daubas-Letourneux sur les données des enquêtes de la Fondation de Dublin relatives aux conditions de travail en Europe. Je les remercie de bien avoir voulu me communiquer leurs données avant la publication.

¹² La formule est de Gollac et Volkoff, *Les conditions de travail*, Paris, Éditions La Découverte, 2000, p. 64.

% de personnes qui déclarent que	ouvrières	ouvriers
Elles travaillent à la chaîne	24 %	7 %
Leur travail est répétitif avec un temps de cycle inférieur à une minute	27 %	10 %
La hiérarchie leur dit comment faire le travail	29 %	21 %
Leur rythme de travail est contrôlé par la surveillance au moins quotidienne de la hiérarchie	43 %	37 %
Leur rythme de travail est déterminé par des normes ou délais à respecter en une heure ou moins	41 %	34 %
Leurs horaires sont déterminés par l'entreprise sans qu'elles puissent les modifier	84 %	87 %
Elles n'ont pas le choix des moments de pause	22 %	13 %
Elles n'ont pas le droit de parler au cours du travail	10 %	2 %
Elles n'ont jamais l'occasion d'aborder collectivement les problèmes d'organisation ou de fonctionnement du service	54 %	38 %
Elles vivent des situations de tension dans leurs rapports avec la hiérarchie	25 %	31 %

Source : enquête DARES 1998 in Gollac et Volkoff, 2000, p. 65.

à la santé étaient aussi des troubles pour la production, et l'on pouvait considérer qu'il existait un intérêt commun à mettre en oeuvre des mesures de prévention.

La plupart des enquêtes sur les conditions de travail indiquent que les femmes tendent à être surexposées aux phénomènes d'hyper sollicitation et aux atteintes à la dignité¹³. Ces atteintes sont celles qui peuvent le moins être traitées comme des dysfonctionnements de l'organisation productive. Elles sont, au contraire, directement liées à l'intensité du travail (et à sa rentabilité du point de vue du capital) et à son organisation hiérarchique.

Par ailleurs, la prise en compte de la dimension de genre implique aussi qu'il soit tenu compte du rapport entre le travail rémunéré et le travail non rémunéré. Enfin, le rapport étroit entre les conditions de

travail et les rôles stéréotypés débouche sur une analyse critique de la construction du masculin (ou de la virilité) et du féminin.

Dès lors, les pratiques de prévention sont appelées à remettre en question des déterminants centraux de l'organisation du travail et de la reproduction sociale. Mais, par là même, elles cessent d'être de simples pratiques de prévention. Elles perdent le statut de neutralité technique qui les caractérisent souvent. Elles ne peuvent que s'intégrer dans des pratiques de transformation politiques et sociales qui se déploient sur un champ bien plus vaste que la seule élimination des risques du travail. Cela nous paraît expliquer la puissance des mécanismes d'occultation que nous avons pu constater.

Laurent Vogel
lvogel@etuc.org

Un travail qui se poursuit

L'enquête ne constitue qu'une étape dans un travail de longue haleine. Pour le BTS, les prochaines échéances sont les suivantes.

■ Mai 2002 : publication d'une édition espagnole du livre dirigé par Karen Messing, *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*. Ce livre publié à l'initiative du BTS en 1999 en français et en anglais a déjà fait l'objet d'éditions en grec, portugais et italien. L'édition espagnole témoigne de l'intérêt suscité par l'expérience de coopération entre une institution de recherche et le mouvement syndical au Québec. Cette édition comprendra un chapitre inédit consacré à la santé au travail des femmes en Amérique latine rédigé par un chercheur chilien Manuel Parra Garrido du *Centro de Estudios de la Mujer*. La publication de ce livre est le résultat d'une coopération entre le BTS, les éditions La Catarata et CINBIOSE.

■ Juin 2002 : publication en français et en anglais d'un livre présentant les résultats de la recherche. La

dimension de genre en santé au travail - Expériences dans l'Union européenne (titre provisoire) présentera à la fois un exposé synthétique des principaux thèmes abordés par la recherche (l'état des connaissances, l'état des politiques et les perspectives) ainsi que des cas pratiques. Ces cas concernent différents pays de l'Union européenne. Ils présentent des recherches ou des interventions dans divers secteurs et en fonction de différentes catégories de risques.

■ 2 - 5 juin 2002 : Congrès International "Femmes, Santé et Travail" à Stockholm. Le BTS y présentera les résultats de l'enquête et animera un atelier consacré aux expériences syndicales.

■ Le BTS collaborera également avec l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail de Bilbao qui a décidé de lancer un projet sur la dimension de genre en santé au travail.

Des informations régulières sur cette thématique peuvent être consultées sur notre site internet : <http://www.etuc.org/tutb/fr/femmes.html>

.....
¹³ Ces données doivent être considérées avec prudence. Les modalités d'exposition des femmes aux risques physiques et chimiques amènent souvent à une sous-estimation de ceux-ci. Une étude allemande sur l'exposition au risque chimique montre que les modalités d'exposition et de contrôle des expositions aboutissent à une forte sous-estimation des dangers qui concernent les travailleuses. Kliemt, G., *Arbeitsplätze mit Gefahrstoffbelastung und hohem Frauenanteil*, BAuA, 1995.