



HAL
open science

Le choix des situations à analyser selon le sexe et le genre : quelles questions dans l'intervention ergonomique ?

Sandrine Caroly, Marie Laberge

► To cite this version:

Sandrine Caroly, Marie Laberge. Le choix des situations à analyser selon le sexe et le genre : quelles questions dans l'intervention ergonomique ?. *Ergonomie et société : quelles attentes? quelles réponses?*, Aug 2013, Paris, France. pp.SP05-4. halshs-01307851

HAL Id: halshs-01307851

<https://shs.hal.science/halshs-01307851v1>

Submitted on 29 Apr 2016

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.



Texte original.*

Le choix des situations à analyser selon le sexe et le genre : quelles questions dans l'intervention ergonomique ?

Sandrine Caroly¹ et Marie Laberge^{2,3,4}

¹Laboratoire PACTE- Université de Grenoble, IEP BP 48, 38040 Grenoble (France). sandrine.caroly@upmf-grenoble.fr | ²Université de Montréal, Ecole de réadaptation, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal H3C 3J7 Canada. marie.laberge@umontreal.ca | ³Centre de recherche du CHU Ste-Justine | ⁴CINBIOSE.

Résumé. Cette communication illustre par deux exemples comment les investigations préliminaires en ergonomie peuvent contribuer aux changements des représentations et mener au choix de situations qui intègrent le sexe et le genre. Le premier exemple porte sur l'activité des médecins du travail dans la prévention des TMS. Le second cas porte sur une intervention ergonomique menée pour développer des dispositifs de formation pour prévenir les lésions professionnelles dans une formation par alternance. Dans le premier exemple, les questions du sexe-genre sont apparues au moment de la collecte des données préliminaires alors que dans le second exemple, ces questions étaient posées au départ. Dans les deux cas, ces questions portées par les ergonomes chercheuses ont permis de transformer la compréhension des dimensions liées aux parcours de santé, de travail et de vie personnelle pour que la prévention des lésions tienne compte des particularités des hommes et des femmes. La présentation souligne l'importance des compétences complémentaires des ergonomes pour instruire des situations qui intègrent l'équité et la justice sociale au travail.

Mots-clés : Sexe et genre, intervention ergonomique, choix des situations à analyser, compétences complémentaires de l'ergonome

Integrating sex and gender considerations into an ergonomics intervention at the situation selection stage.

Abstract. Based on two examples, this oral communication aims to illustrate how preliminary investigations in ergonomics can contribute to changing stakeholders' preconceptions and lead to integrating sex and gender considerations. The first activity analysis example shows occupational physicians managing MSD prevention with injured workers. The second example concerns an ergonomic intervention carried out to develop OHS learning tools aimed at preventing occupational injuries among apprentices enrolled in a vocational training for semiskilled trades. In the first example, sex/gender issues emerged during the preliminary data collection stage while in the second example, these questions were pre-existing. In both cases, these sex/gender concerns held by researchers enabled stakeholders to revisit their views on health, work and personal life paths to promote equal injury prevention for both genders. This presentation emphasizes the importance of unveiling situations revealing the ergonomist's complementary skillset in advocating greater equity and social justice.

Key words: sex & gender, ergonomics intervention, situation selection stage, ergonomist's complementary skills

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à Paris du 28 au 30 août 2013. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :

Caroly, S. Laberge, M. (2013). Le choix des situations à analyser selon le sexe et le genre : quelles questions dans l'intervention ergonomique ?

INTRODUCTION

La réflexion proposée s'ancre au cœur des étapes et livrables de la démarche ergonomique centrée sur l'activité de travail expliquée par St-Vincent et collaborateurs (2011) (Figure 1). Cette partie du symposium porte sur le choix des situations à analyser, donc s'articule autour des investigations préliminaires qui permettent de prendre en considération les variables sexe et genre (s/g) dans la conduite de projets en ergonomie.

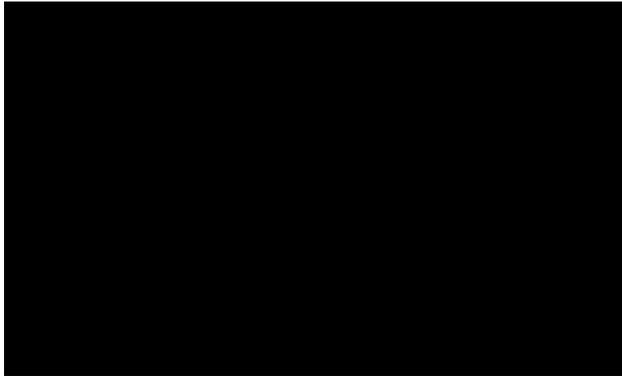


Figure 1. La démarche d'intervention ergonomique (source : St-Vincent et al., 2011)

L'étape des investigations préliminaires est primordiale pour choisir les situations à analyser. Elle consiste à rechercher des informations contextuelles sur l'établissement, les populations au travail, les données de santé, les conditions de travail et à connaître les projets de transformation futurs. Il s'agit de produire des données accessibles aux acteurs impliqués pour qu'ils s'entendent sur les situations à considérer pour les analyses suivantes (figure 2). Les deux exemples mis en discussion illustrent comment la recherche d'informations peut être orientée pour changer les représentations des acteurs pour qu'ils prennent en compte le sexe et le genre dans le choix des situations à analyser.



Figure 2 : Les étapes d'investigation menant au choix des situations à analyser (source : St-Vincent et al., 2011)

Considérer le sexe-genre lors du choix des situations

La présente communication vise à stimuler la discussion sur la prise en compte du s/g lors des investigations préliminaires qui mènent au choix des situations à analyser. Deux exemples sont présentés pour illustrer deux façons de considérer le s/g à cette étape. Le premier cas porte sur l'analyse du travail des médecins du travail (MDT) dans la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS). Le second cas porte sur une intervention ergonomique visant le développement d'un programme de prévention des lésions professionnelles au sein d'une formation par alternance pour des métiers semi-spécialisés.

À l'étape du choix des situations à analyser, la prise en compte du s/g peut s'appréhender de deux manières différentes. Premièrement, elle peut émerger de façon contingente parce que l'analyse des données préliminaires converge vers l'importance de prendre en compte ces variables. Ou alors, elle peut être intégrée dès le départ pour que cette question soit mieux comprise au moment de faire le choix des situations.

Le premier cas présenté illustre comment l'analyse préliminaire des données sur les TMS, le métier du médecin du travail et le maintien dans l'emploi a mené à considérer le s/g dans le choix des situations, ce qui n'était pas prévu au départ. La recherche de données préliminaires n'était pas organisée pour faire apparaître une question liée à la mixité des relations de travail entre les médecins et les salariés, mais elle est apparue suite aux premiers entretiens avec les acteurs. Dans ce premier cas, les variables liées au s/g sont apparues intéressantes à investiguer pour mieux comprendre le rôle du s/g du salarié en lien avec les TMS, dans la prise en charge de MDT hommes et femmes

Dans le second exemple, la demande portait cette dimension liée au s/g dès le départ. Tous les partenaires associaient les lésions professionnelles subies à l'adolescence au sexe masculin et aux métiers à forte contrainte physique. De plus, la formation par alternance visée accueille majoritairement des jeunes hommes. Par contre, les investigations préliminaires ont été menées pour élargir la compréhension des dimensions liées au s/g, notamment pour mieux inclure l'analyse des situations des jeunes femmes. Cette étape d'investigation préliminaire a donc été cruciale pour que s'opère un changement des représentations des demandeurs et des enseignants-formateurs sur les risques en lien avec l'âge et le s/g, et sur la pertinence de développer une formation tant pour les jeunes hommes que pour les jeunes femmes.

L'objectif de cette communication est de discuter des dispositions préalables à l'émergence des enjeux liés au s/g à l'étape des investigations préliminaires : questions à poser, informations à rechercher, méthodes à déployer et compétences complémentaires à mobiliser.

CAS 1. LES PRATIQUES DE MÉDECINS DU TRAVAIL DANS LA PRÉVENTION DES TMS DES SALARIÉS HOMMES ET FEMMES

Dans le cadre d'un projet de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), une recherche-action a porté sur l'activité des médecins du travail (MDT) dans la prévention des TMS. En effet, les MDT sont des acteurs clés du dispositif santé-travail, dont il est important d'analyser l'activité pour comprendre leurs ressources et leurs empêchements dans leur action de prévention des TMS.

Cette recherche ne portait pas initialement sur la question du genre. C'est plutôt la chercheuse qui a porté cette préoccupation du sexe/genre dans l'intervention auprès d'un collectif de médecins. Ceci les a conduit à un nouveau regard sur la variabilité des situations des salariés selon leur s/g, les difficultés rencontrées dans le maintien dans l'emploi de l'opérateur/trice et les marges de manœuvre pour y faire face. Cette réflexion a enrichi le débat sur les conditions de l'efficacité et de l'efficience des actions du MDT dans la prévention des TMS.

Les investigations préliminaires ont porté sur des informations statistiques, législatives, démographiques issues d'enquêtes, de recherches, d'articles sur les caractéristiques des populations au travail atteintes par les TMS, les situations de maintien dans l'emploi, l'évolution des tâches du médecin du travail avec les réformes en France, les caractéristiques de la population des médecins. Ces données d'investigations préliminaires ont conduit à choisir les situations de consultations de maintien dans l'emploi de salariés hommes et femmes, réalisées par des médecins hommes et femmes.

Informations sur les TMS des salariés-ées

La recherche d'informations détaillées sur les caractéristiques de salariés atteints par des pathologies de TMS selon le s/g vise à décrire le type de salariés que rencontrent les MDT.

Dans l'enquête européenne sur les conditions de travail (Eurofound, 2012), 45% des femmes et 41% des hommes rapportent qu'ils ont ressenti des douleurs musculaires des épaules, du cou et/ou des membres supérieurs au cours des douze derniers mois. Les TMS, plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, peuvent s'expliquer en partie par une division sexuée du travail : les hommes et les femmes ne sont pas exposés aux mêmes conditions de travail. La fraction de risque attribuable au travail pour les femmes est de 88% dans le conditionnement, 78% dans l'assemblage d'équipement électronique, de 65% dans la production textile (Roquelaure, 2005). Il est de 88% dans les métiers d'ouvrières, de 67% dans le commerce et de 47% dans le service aux personnes. Les hommes sont plus touchés par un risque de TMS dans les métiers d'ouvriers du secteur de la

construction (91%) et dans l'agriculture (89%). Par contre, les risques de TMS sont les mêmes pour les salariés hommes et femmes dans les métiers d'assemblage mécanique, plastique ou chimique et dans le secteur de la transformation agro-alimentaire. Mais sous ce même intitulé d'emploi, les postes occupés par les hommes et les femmes ne sont pas identiques en termes d'expositions aux TMS ainsi que les modes de régulations pour y faire face. Les conséquences sur la santé ne sont pas non plus les mêmes à court ou long termes selon le s/g.

Les MDT seront amenés à gérer des situations variées de travail selon les salariés hommes et femmes, qui ne vont pas poser les mêmes questions de santé au travail dans le diagnostic médical et leurs actions de prévention. On peut se demander si le diagnostic des médecins n'est pas soumis à des stéréotypes de genre relatifs à la répartition du travail.

Informations sur le maintien dans l'emploi des salariés-ées

La prévention des TMS se réalise plus souvent au niveau secondaire, tertiaire que primaire. La recherche de données prenant en compte le s/g dans les situations de handicap avait pour objectif dans ce recueil de données préliminaires de mieux caractériser les situations de travail que pouvait rencontrer le MDT. Les emplois de « travailleurs handicapés », salariés des secteurs privés, sont plus élevés chez les hommes (64% c. 59% de l'ensemble des salariés) que les femmes (36% c. 41% de l'ensemble des salariés) (Données 2010-DARES). Cette différence peut s'expliquer en partie par des expositions qui ne sont pas reconnues de la même façon pour les hommes et les femmes. Certaines, plus facilement repérables, mesurables, plus « reconnues » aussi concernent plus souvent les hommes : vibrations, bruit, chaleur, froid, expositions aux toxiques, radiations, charges lourdes, travail de nuit. Les conditions de travail des femmes sont plus souvent marquées du sceau de la répétitivité, de l'impossibilité d'interrompre son travail, de faibles marges de manœuvre (Molinié et Volkoff, 1980).

Les MDT tiennent-ils compte des expositions moins visibles des femmes dans leur diagnostic médical ?

Les « travailleurs handicapés » sont également proportionnellement plus nombreux à exercer leur activité à temps partiel (24% c. 13%), chez les femmes (42% c. 25%) comme chez les hommes (14% c. 4%). (Données 2010-DARES). Comment les médecins gèrent-ils ces différences entre les hommes et les femmes ? Se construisent-ils des stéréotypes s/g sur la façon de définir le temps travail dans les situations de maintien dans l'emploi ?

Les caractéristiques des « travailleurs handicapés » sont hétérogènes selon les catégories de reconnaissance qu'ils détiennent. La population des pensionnés d'invalidité est plus féminine (58% des bénéficiaires sont des femmes) et plus âgée (68% sont

âgés d'au moins 50 ans c. 44% pour l'ensemble des bénéficiaires). Les bénéficiaires détenant une reconnaissance d'accident de travail et de maladie professionnelle sont au contraire principalement des hommes (81%). Les MDT sont confrontés à des mécanismes différents de reconnaissance de la situation de handicap selon le s/g. On peut se demander si cela joue un rôle dans leur façon d'instruire un dossier (ex. délais de prise en charge).

Information sur les contraintes domestiques des salariés-ées

Plusieurs études sur le s/g ont montré un risque de surexposition à certaines contraintes physiques pour les femmes liée à leur double activité (travail et hors travail). Le temps moyen passé par jour au travail domestique est deux fois plus important chez les femmes (5h01) que les hommes (2h07) et il augmente quand il y a des enfants à la maison (Roy, 2011). Les contraintes domestiques se cumulent à celles du travail comme facteur potentiel de survenue des TMS chez les femmes.

Les MDT tiennent-ils compte des différences d'exposition hors travail des salariés hommes et femmes ? Quels sont les stéréotypes de s/g des MDT dans leur diagnostic médical ?

Informations sur l'évolution des tâches des médecins en fonction des réformes

Dans le cadre de la prévention de la santé au travail, les MDT jouent un rôle essentiel : recueil des données de santé au travail par le biais des plaintes exprimées par les salariés au moment de la visite ou sur le registre d'infirmerie, information sur les déclarations des maladies professionnelles, délivrance de certificat de restriction d'aptitude, conseil pour le retour au travail, accompagnement du salarié dans sa reprise, aide à l'adaptation du poste, etc. Les MDT en France combinent à la fois une activité médicale dans le cadre de consultation du salarié en cabinet - au moment de son embauche, de visite annuelle ou biannuelle et de reprise suite à un long arrêt de travail - et une activité dans le cadre d'actions en entreprise représentant 1/3 de son temps (participation au CHSCT, étude de poste, information et sensibilisation sur les risques professionnels, etc.).

La recherche de données sur l'histoire de la médecine du travail et son cadre législatif a montré qu'elle est marquée en France par des évolutions du métier liées aux réformes en santé au travail (2004, 2006, 2011), notamment vers plus d'interdisciplinarité. Les dernières sur les services de santé au travail orientent l'action des MDT vers plus d'actions primaires en entreprise et moins de consultations médicales de suivi des salariés.

Pourtant une majeure partie de l'activité du MDT se déroule dans le cabinet médical avec des consultations. Le décalage entre leur activité et les réformes expose les médecins à des injonctions contradictoires - par exemple, entre répondre aux besoins du salarié (ne pas vouloir de statut de

travailleur handicapé ou de restriction par peur de perdre son emploi et d'être stigmatisé dans l'équipe) et aux besoins de l'entreprise (volonté de se séparer du salarié). On peut se demander si la gestion de ces injonctions contradictoires par le MDT est différente selon les situations de travail et les TMS des salariés hommes et femmes.

Information sur le vieillissement et les caractéristiques de sexe des médecins

En 2009, les effectifs des MDT en France sont de 7203 (chiffre DGT 2009). Plus de 55% des MDT ont plus de 55 ans (Dellacherie, 2010). 70 % des MDT sont des femmes, qui ont choisi d'exercer ce métier sous contrat à temps partiel. Une majorité des femmes font le choix de s'orienter vers la médecine du travail pour les horaires de travail et pouvoir concilier le travail et le hors-travail.

Le sexe du médecin joue-t-il un rôle dans la façon de réaliser la consultation de maintien dans l'emploi de salariés femmes et hommes atteints de TMS ? Les préoccupations des MDT femmes sur le choix du métier pour les horaires ont-elles une influence sur le questionnement des horaires des salariées femmes ?

Le choix des situations à investiguer pour l'analyse

Les données investiguées selon le s/g font apparaître : plus de TMS chez les femmes, moins reconnues que les hommes dans les dispositifs de travailleurs handicapés, plus de contraintes à domicile chez les femmes ainsi qu'une population de médecin du travail plutôt féminine et une activité médicale plutôt orientée vers la prévention secondaire.

La méthodologie va croiser des situations de maintien dans l'emploi de salariés hommes et femmes dans l'objectif de comprendre quelles sont les ressources mobilisées par les médecins hommes et femmes. Les situations de travail du salarié(e) ont été sélectionnées à partir de la connaissance de la division sexuée du travail, notamment le secteur du nettoyage pour les employées femmes, celles du montage et du commerce pour les hommes et les femmes, celles du secteur industriel et BTP pour les hommes.

Les médecins volontaires sont 2 hommes âgés de plus de 55 ans et 6 femmes (1 de moins de 40 ans, 1 de 40-55 ans et 4 de plus de 40 ans).

Parmi les 62 consultations observées, seules les visites de reprise ont été retenues (17) car elles concernent particulièrement les problématiques de maintien dans l'emploi (reprise de salarié après un arrêt de travail à cause de TMS). Ces visites sont réparties de la façon suivante : neuf réalisées par des médecins hommes et huit par des médecins femmes. Elles portent un peu plus sur des salariées femmes (13) que de salariés hommes (5) - cf. tableau 1.

Tableau 1 : répartition des entretiens de visite de reprise selon le sexe du MDT et des salariés

	MDT hommes	MDT femmes
Salariés hommes	4	1

Les entretiens de consultations du médecin avec le salarié-ée atteint de TMS ont fait l'objet d'une attention particulière dans l'analyse de la façon dont le médecin homme ou femme questionne le salarié-ée homme ou femme sur le travail et le hors-travail par rapport aux possibilités de retour dans l'emploi et l'évaluation des conditions de la reprise (temps de travail, aménagement).

Cette construction méthodologique a permis par la suite d'obtenir des résultats originaux qui ont pu être débattus dans un collectif mixte de médecins. Notamment, l'analyse fait apparaître que les médecins femmes interrogent les salariés hommes et encore plus les salariées femmes sur la conciliation travail et hors travail pour déterminer le temps de travail thérapeutique dans la rédaction de la fiche d'aptitude. Tandis que les médecins hommes interrogent moins sur cette conciliation mais vont davantage baser leur diagnostic de reprise du salarié homme et femme sur un diagnostic des capacités de travail à partir d'un questionnement stéréotypé sur la répartition genrée des tâches domestiques (ex : la vaisselle et la cuisine pour les salariées, le jardin ou le bricolage pour les salariés).

CAS 2. PRÉVENTION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES ET FORMATION PAR ALTERNANCE

Au Québec, la mise en œuvre en 2007 d'une nouvelle formation en alternance pour des métiers semi-spécialisés a amené une réflexion sur la prévention des lésions professionnelles auprès de ces nouveaux apprentis de la « *Formation menant à un métier semi-spécialisé* » (FMS). Cette formation s'adresse aux élèves de 15-17 ans éprouvant des difficultés d'apprentissage au niveau secondaire (lycée) et qui sont à risque d'abandon scolaire. Les élèves qui y sont orientés sont majoritairement masculins. Lors de la mise sur pied de cette formation, une équipe d'ergonomes a reçu un mandat pour y développer la formation à la SST. Deux commissions scolaires se sont montrées intéressées à participer à une intervention ergonomique pour identifier les besoins et proposer des dispositifs de formation adaptés à cette population particulière. Au départ, les besoins exprimés pour la formation concernaient 1) la prévention des accidents typiques dans les métiers traditionnellement masculins (ex : accident machine), et 2) l'élaboration d'une formation centrée sur le développement d'attitudes et de comportements sécuritaires. Un comité de suivi regroupant divers acteurs du milieu de l'éducation et du travail a été mis sur pied. La phase d'investigation préliminaire a permis de reformuler la demande pour une meilleure prise en compte de tous les types de risques à la santé, y compris ceux qui concernent préférentiellement les femmes. De même elle a permis

d'élargir la cible d'une telle formation au développement des compétences en situation.

Dans cet exemple, les investigations préliminaires ont porté sur les données scientifiques de SST en lien avec l'âge et le s/g, les prescriptions du programme de formation, ainsi que les changements à venir au programme.

Informations scientifiques sur la SST en lien avec l'âge et le s/g

Le taux de fréquence des lésions professionnelles est environ deux fois plus élevé chez les jeunes de moins de 24 ans que chez les travailleurs plus âgés (Gervais et al., 2006). Par contre, si on tient compte du s/g, le taux de fréquence des lésions professionnelles est 2,5 fois plus important pour les jeunes hommes que pour les jeunes femmes (7,9% c. 3,2%) (Duguay et al., 2008). L'analyse différenciée selon le s/g et l'âge montre que les travailleuses, par rapport aux travailleurs, sont victimes de lésions professionnelles à un âge plus avancé (Sabag-Vaillancourt et Mathieu, 2006). La moitié des lésions déclarées par les femmes et acceptées par la commission de la santé et de la sécurité du Québec (CSST) surviennent alors qu'elles ont entre 34 et 45 ans. Quant à la nature des lésions professionnelles, les lésions de type « maladies professionnelles » comptent pour une plus grande proportion des lésions pour les femmes, en particulier les troubles musculosquelettiques (TMS) et les risques psychosociaux (RPS). Or, il est connu que ce type de lésions se développe plus graduellement. Cela dit, certains facteurs de risque pour ces lésions sont déjà présents dans les emplois occupés par les jeunes femmes. C'est le cas pour l'exposition au travail répétitif des mains et des bras, le travail debout sans possibilité de bouger, la tension avec le public ou le harcèlement au travail (Arcand et al., 2001).

Quant à la perception des risques de se blesser au travail, Breslin et al., (2007) ont mis en évidence que cette donnée ne différait pas selon le sexe des jeunes travailleurs-euses : les deux groupes ont tendance à banaliser les risques de se blesser au travail. Les deux groupes évoquent également ne pas se sentir à l'aise de discuter de SST au travail et déclarer des lésions mineures. Cependant, les raisons évoquées pour expliquer leur réticence à parler de SST en milieu de travail diffèrent entre les hommes et les femmes : les premiers évoquent une réserve face à leurs collègues (relation horizontale), alors que les femmes sont portées à craindre la détérioration de leur relation avec leurs supérieurs (relation verticale).

Ces données ont permis de justifier l'importance à accorder aux situations caractéristiques d'apprentissage des jeunes femmes autant que celles des jeunes hommes.

Informations sur le programme

Différentes sources de données ont été consultées pour connaître le programme et ses prescriptions, dont le répertoire des métiers semi-spécialisés. Un article scientifique publié décrit l'analyse différenciée qui a

été effectuée à partir du répertoire des métiers semi-spécialisés (Laberge et al., 2010). Ces résultats ont montré l'importance à accorder aux facteurs de risque de lésions présents dans les métiers du répertoire s'adressant traditionnellement davantage aux jeunes femmes. L'analyse du répertoire des métiers a aussi montré qu'il existait une certaine restriction de choix de métiers pour les intérêts davantage exprimés par les jeunes femmes.

Par ailleurs, l'analyse détaillée des exigences des métiers, contrairement à ce que la plupart des partenaires évoquaient, a montré que les métiers masculins et féminins différaient peu en termes de complexité des compétences à acquérir, mais surtout, elle laissait suspecter la présence de risques à la santé aussi bien dans les métiers masculins que dans les métiers féminins (manipulation de produits de nettoyage, manutention). Ce regard sur le répertoire des métiers et sur les compétences à acquérir a fait prendre conscience qu'il ne fallait pas banaliser les exigences des métiers féminins et les risques associés.

Les changements prévus au programme de formation

L'organisation de l'alternance et de la supervision de l'apprentissage était encore en expérimentation au moment des investigations préliminaires. Les changements prévus à moyen terme étaient alors liés à l'accroissement de l'offre de métiers en fonction des besoins régionaux de main-d'œuvre, en particulier pour les femmes. Le premier répertoire des métiers semi-spécialisés comportaient très peu de choix de métiers visant les intérêts souvent exprimés par les jeunes femmes. Les premiers entretiens avec des enseignants ont aussi révélé que trouver des milieux de stage pour les métiers choisis par les jeunes filles était plus difficile. Il est prévu d'augmenter les choix offerts aux jeunes apprenties. Ainsi, les facteurs de risque dans les métiers et secteurs d'activité plus traditionnellement féminins sont intéressants à prendre en compte dans le choix des situations.

Production de nouvelles données pour le choix des situations à analyser

D'une part, les investigations préliminaires ont permis d'élargir la question de la SST aux TMS et de s'intéresser aux facteurs de risque qui touchent aussi des conditions de travail souvent rencontrées par les femmes. Cette avancée a permis de faire évoluer la réflexion sur la nécessité de prévenir les lésions immédiates affectant de manière prépondérante les hommes, mais aussi celles qui se développeront progressivement et qui apparaîtront plus tard dans le cycle de la vie professionnelle, comme c'est le cas pour les femmes. D'autre part, les ergonomes ont

amené les partenaires à réfléchir à la formation dans une perspective d'apprentissage situé plutôt que d'enseignement théorique de règles de sécurité. Théoriquement, le modèle de la régulation de l'activité (Vézina, 2001) a fait consensus comme cadre conceptuel pour mener l'intervention. Ainsi, les partenaires impliqués ont changé leurs représentations de la SST afin de la concevoir plus largement dans un processus de développement de marges de manœuvre en milieu de travail visant la santé et la performance. Cette nouvelle compréhension de la SST a été accueillie favorablement par les partenaires car elle permettait de développer une formation adaptée à une grande variété de contextes de travail (tant les milieux féminins que masculins, tout type de risques).

Livrible : Le choix des situations à analyser

Concrètement, l'équipe d'ergonomes a proposé d'étudier la situation réelle d'accueil et d'intégration sécuritaire en milieu de travail de 31 apprentis-ies répartis dans deux régions du Québec, en stage d'apprentissage dans diverses entreprises. Le changement des représentations concernant le s/g a permis de choisir des situations variées d'accueil et d'intégration pour les deux sexes. Ainsi, 18 apprentis (H) et 13 apprenties (F) ont été suivis pendant la durée de leur stage d'apprentissage pour identifier les besoins de formation en matière de SST. Le tableau 2 illustre le choix des situations analysées.

Choix des situations et changement des représentations pour le cas 2

Le choix des situations à analyser a permis de documenter tant des situations d'apprentissage vécues par de jeunes apprentis hommes (aide-mécaniciens, aide-soudeurs, manutentionnaire, aide-boucher) qui comportent potentiellement des risques d'accidents subis plus importants (coupure, brûlure, lacérations, entorse), que de jeunes apprenties femmes (aide dans un salon de coiffure, commis dans un commerce de vêtements, auxiliaire de bureau) qui comportent potentiellement des risques liés aux TMS ou aux RPS à développement plus graduel. La collecte de données qui a suivi a permis de mieux comprendre une division sexuée dans les choix de métier et des risques de SST différents selon le s/g à court ou moyen terme. Le choix des situations a participé à la transformation des représentations des demandeurs, des enseignants-formateurs et du comité de suivi. Ce changement de représentations s'est traduit par une plus grande équité dans les étapes ultérieures du pré-diagnostic et dans la conception des dispositifs de formation.

Tableau 2 : Choix des situations d'apprentissage – exemple 2

s/g	École/région	Métier	Type d'entreprise	
1	F	1	Préposée à la marchandise	Détaillant grande chaîne – vêtement
2	F	1	Préposée à la marchandise	Détaillant grande chaîne – vêtement
3	F	1	Préposée à la marchandise	Détaillant grande chaîne – vêtement
4	F	1	Préposée à la marchandise	Détaillant grande chaîne – vêtement
5	F	1	Aide-coiffeuse	PME Salon de coiffure
6	F	2	Aide-coiffeuse	PME Salon de coiffure
7	F	2	Aide-coiffeuse	PME Salon de coiffure
8	F	2	Aide-coiffeuse	PME Salon de coiffure
9	F	1	Préposée dans un centre d'activité	Hôpital universitaire
10	F	1	Préposée dans un centre d'activité	Centre de loisir - piscine
11	F	2	Auxiliaire de bureau	PME Compagnie de transport routier
12	F	2	Auxiliaire de bureau	Secrétariat établissement scolaire
13	F	2	Aide toiletteuse	PME commerce de toiletteage d'animaux
14	H	1	Préposé à la marchandise	Détaillant grande chaîne – papeterie/électronique
15	H	1	Préposé à la marchandise	Détaillant grande chaîne – électronique/électroménagers
16	H	1	Préposé à la marchandise	Détaillant grande chaîne – pharmacie
17	H	1	Préposé à la marchandise	Détaillant grande chaîne – pharmacie
18	H	1	Préposé à la marchandise	Détaillant grande chaîne – quincaillerie
19	H	1	Installateur de pneus	PME Garage
20	H	2	Installateur de pneus	PME Garage
21	H	2	Installateur de pneus	PME Garage
22	H	2	Installateur de pneus	PME Garage
23	H	2	Commis aux pièces d'auto	PME – garage mécanique camion
24	H	2	Commis aux pièces d'auto	PME – entreprise de location de pièces d'auto
25	H	1	Ouvrier de fabrication bois	PME – pose de plancher de bois
26	H	2	Ouvrier de fabrication bois	Grande entreprise de transformation du bois
27	H	1	Aide-cuisinier	PME – restaurant gastronomique
28	H	2	Aide-cuisinier	PME – restaurant familial
29	H	1	Aide dans une imprimerie	PME imprimerie familiale
30	H	2	Aide-boucher	Détaillant grande chaîne – supermarché
31	H	2	Aide-soudeur	PME – atelier de soudure

Choix de situations variées et représentatives en fct du s/g

5 métiers représentent le choix de 88% des emmes dans les écoles participantes

3 métiers représentent le choix de 70% des ommes dans les écoles participantes

École/région : 1 : grande ville/ stage en région urbaine, 2 : banlieue urbaine / stage en milieu semi-urbain ou rural. PME : Petite-moyenne entreprise. F : femmes ; H : hommes.

DISCUSSION GÉNÉRALE : CHOIX DES SITUATIONS ET GENRE

À l'étape des investigations préliminaires, la prise en compte du s/g peut être un résultat (exemple 1) ou être posée au départ, sous forme d'une préconception ou d'un stéréotype (exemple 2). Dans le premier exemple, les médecins du travail hommes et femmes devaient prendre soin de travailleurs qui éprouvent un TMS, hommes ou femmes, alors que l'on sait que les TMS se manifestent de manière différentes selon le s/g, tant dans leurs déterminants (types d'emplois, conditions de travail) que leurs conséquences (situations de handicap, impacts sur la vie professionnelle et personnelle). L'évolution de la pratique de la médecine du travail en France, surtout investie par des femmes, à travers les nombreuses réformes de la santé au travail, a eu pour résultat de modifier les prescriptions et d'imposer des situations d'injonctions contradictoires qui pourraient se manifester différemment selon le s/g des salariés-ées. La prise en compte du s/g est apparue pertinente à creuser tant par rapport à la santé des salariés-ées que par rapport à l'activité du MDT. Cette prise en compte permet une meilleure compréhension des ressources et des empêchements dans les actions de prévention des TMS que les MDT peuvent déployer en cohérence avec l'évolution de la profession.

Dans le second exemple, les partenaires impliqués au départ associaient déjà la problématique des lésions professionnelles à un sexe en particulier, les

jeunes hommes. Il fallait donc proposer des analyses préliminaires qui permettent d'élargir la compréhension des différences observées. Cette étape a été utile pour s'assurer de ne pas concevoir une formation à la prévention des lésions professionnelles qui perpétue les stéréotypes par rapport à la santé à un moment précis de vie (adolescence), afin qu'elle considère aussi la santé plus tard dans le cours de vie.

À l'étape des investigations préliminaires, les informations recherchées vont permettre de caractériser les sous-populations en fonction du s/g. De la même façon qu'on aborde le s/g dans ce symposium, les recherches du CREAPT en démographie du travail ont portées sur des interventions en ergonomie où la question de l'âge ne faisait pas partie des demandes initiales. Pourtant la prise en compte de l'âge a conduit les acteurs demandeurs à mieux reconnaître l'activité et à changer leurs représentations sur les problématiques travail-santé en lien avec les parcours professionnels, l'usure professionnelle, les conditions de travail à différents moments de la vie et la compréhension des dynamiques intergénérationnelles au sein des collectifs de travail. Dans le cadre de ce symposium, nous espérons susciter une discussion sur les variables de s/g de la même façon que la réflexion sur l'âge a permis de développer une prévention durable en fonction des populations et des caractéristiques de l'emploi.

En termes méthodologique, nous avons vu à travers les cas présentés que plusieurs sources de données

peuvent être explorées pour faire émerger des considérations de s/g : statistiques démographiques ou épidémiologiques, documents législatifs, politiques et procédures, prescriptions, etc. Cela dit, pour prendre véritablement en compte le s/g, il ne suffit pas présenter des données distinctes pour les hommes et les femmes. Il faut aussi lire les données de manière transversale, en appliquant le principe de la triangulation. Ainsi, à partir de multiples sources, il est possible de montrer des effets de système érigés en normes sociales, telles les conditions d'emploi, de travail et de vie hors travail, plaçant systématiquement l'un des deux groupes en situation de plus grande vulnérabilité par rapport à la santé. Cette analyse est nécessaire pour faire un choix de situations qui suit une démarche raisonnée et, à terme, proposer des changements qui ne perpétuent pas les stéréotypes et la stigmatisation des rôles.

Il est à noter que les exemples présentés proviennent de deux systèmes législatifs différents, l'un en France et l'autre au Québec. En outre, le premier cas s'insère dans le système « santé au travail », alors que le second se trouve fortement lié au système « éducation ». Le genre est influencé par les constructions sociales au sein d'une culture donnée. Il est donc important d'articuler la collecte des données de manière à refléter comment ces constructions sociales, qui se manifestent par des lois, règlements, pratiques et politiques, influencent les parcours de travail et de santé.

Pour conclure cette partie de la discussion nous aimerions ouvrir le débat plus globalement sur la pratique du métier de l'ergonome. St-Vincent et collaborateurs (2011), dans leur ouvrage récent sur l'intervention ergonomique, reconnaissent que la maîtrise des outils de l'analyse de l'activité et les connaissances sur l'humain ne sont pas suffisantes pour garantir le succès d'une intervention ergonomique. Les auteurs soulignent l'importance de mettre en œuvre des *compétences complémentaires*. Ce seraient ces compétences complémentaires stratégiques, techniques, relationnelles, éthiques et interdisciplinaires, qui permettraient à l'ergonome d'établir une dynamique collective adéquate au sein d'une organisation pour favoriser la compréhension commune des problèmes et l'élaboration de solutions pertinentes et acceptables. Les exemples présentés soulignent la pertinence d'une compétence complémentaire qui s'articule à partir d'un regard sociétal de la construction des rôles sociaux et des relations de pouvoir : la compétence d'équité et de justice sociale. Cette compétence est importante pour mener une intervention, qui sera non discriminante à l'endroit des hommes et des femmes.

BIBLIOGRAPHIE

Dares (2010). L'emploi des travailleurs handicapés dans les établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé : bilan de l'année 2010. Darès Analyse. Nov.2012, n°79

Dellacherie, C., Frimat, P., Leclercq, G. (2010). La santé au travail, visions nouvelles et profession d'avoir. Rapport ministère du travail, de la santé.

Eurofound (2012). Fifth European Working Conditions Survey. Luxembourg. Publications Office of the European Union.

Molinié A-F. et Volkoff S. (1980). Les Conditions de travail des ouvriers... et des ouvrières. Économie et statistique, n°118, pp. 25-39.

Roy D. (2011). La contribution du travail domestique au bien-être matériel des ménages : une quantification à partir de l'enquête Emploi du Temps. Rapport Insee N°F 114.

Roquelaure Y., Ha C., Sauteron M. (2005). Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des troubles musculosquelettiques dans les Pays de Loire; Surveillance en entreprises en 2002. Rapport INVS.

Arcand, R., Labrèche, F., Stock, S., Messing, K., Tissot, F. (2001). Travail et santé. Dans *ESS 1998*, 2e éd. Montréal : Institut de la statistique du Québec, pp. 525-570.

Breslin, F.C., Polzer, J., MacEachen, E., Morrongiello, B., Shannon, H. (2007). Workplace injury or "part of the job"? Towards a gendered understanding of injuries and complaints among young workers. *Social Science and Medicine* 64(4), 782-793.

Duguay, P. Massicotte, P., Prud'homme, P. (2008). *Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2000-2002. I - Profil statistique par activité économique*. Montréal : IRSST, Rapport R-547.

Gervais, M., Massicotte, P., Champoux, D. (2006). *Conditions de travail, de santé et de sécurité des travailleurs du Québec*. Montréal : IRSST, Rapport R-449.

Laberge, M., Vézina, N., Calvet, B., Ledoux, L. (2010). Le PFAE. Quelles sont les implications pour la SST ? *Travail et santé*, 26 (2), S7-13.

Sabag-Vaillancourt C., Mathieu, S.J. (2006). *Les travailleuses québécoises et les lésions professionnelles. Où en sommes-nous?* Québec : CSST.

St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux E., Imbeau, D., (2011). *L'intervention en ergonomie*. Sous la coordination de Lapierre, J, Québec : Éditions Multi Mondes.

Vézina, N. (2001). La pratique de l'ergonomie face aux TMS : ouverture à l'interdisciplinarité. Dans les actes du congrès SELF-ACE, Montréal, 2001.

