



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

LES ÉVOLUTIONS DE L'EMPLOI, LES CONSÉQUENCES SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES FEMMES ET LEURS EFFETS SUR LA SANTÉ

– thème n° 1 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale
(3 IASS, 1 DESS, 1 DESS, 2 EDH, 1 PHISP, 1 IG, 1 MISP)

***Animateur : M. Gonzalo ALVESTEGUI,
Sociologue, chargé d'étude à l'ENSP***

*Nous remercions l'ensemble des professionnels
rencontrés pour leur collaboration et leur disponibilité.*

*Nous remercions Monsieur Gonzalo ALVESTEGUI,
animateur de notre groupe,
pour l'aide apportée à la réalisation de cette étude.*

*Nous remercions Madame Michelle BUATOIS,
responsable de la formation accompagnée à l'informatique,
pour l'aide apportée à la mise en forme de ce document.*

SOMMAIRE

Introduction	1
I. La précarisation : une réalité spécifique au travail des femmes.....	4
A- Le constat de l'impact des conditions de travail sur la santé des femmes.	4
1) Les principales caractéristiques de l'insertion professionnelle des femmes.	4
2) Liens entre les conditions de travail des femmes, leur place dans la société et leur santé.....	5
3) Les risques sanitaires.....	7
B- L'évolution de notre problématique.....	10
C- L'enjeu de la légitimation d'une politique de santé.	12
II. D'un problème reconnu à un questionnement légitime de santé publique.....	14
A- Des expériences crédibles, légitimant une politique globale ?	14
1) Des acteurs crédibles à l'origine d'expériences multiples.	14
a) Au niveau national.....	14
b) Au niveau régional	15
c) Au niveau local.....	16
2) Des freins à une politique globale de santé	17
B- Les voies de légitimation du questionnement de santé publique	19
1) La volonté d'agir encore et d'agir mieux : un préalable possible à la légitimation	19
a) Affiner la recherche	19
b) Modifier le rôle et la composition des syndicats et des instances de décision	19
c) Former et encourager les employeurs.....	20
d) Faire évoluer les représentations sociales.....	20
e) Instituer une coordination entre toutes les actions.....	21
2) Nos propositions en tant que futurs acteurs de santé publique.....	21
a) Affiner le constat	21
b) Sensibiliser et convaincre.....	22
c) Impulser	22
d) Donner une visibilité aux actions déjà existantes.....	22
CONCLUSION	23
ANNEXE 1 : ENTRETIENS	26
ANNEXE 2 : BIBLIOGRAPHIE	27
ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN.....	29
RESUME	

Introduction

Le marché de l'emploi et son organisation ont connu des évolutions majeures et rapides durant les 20 dernières années. Si le travail a toujours existé, la notion d'emploi est récente : elle est apparue quand le travail s'est inscrit dans le cadre du contrat, accord de deux volontés libres. Aussi travail et emploi ne sont-ils pas aujourd'hui des concepts synonymes: le travail renvoie à des pratiques, à des conditions d'exécution des tâches professionnelles, tandis que la notion d'emploi est à rapprocher de logiques politiques.

De plus en plus de femmes ont un emploi rémunéré : en 1980, 38% des actifs étaient des femmes, cette proportion est passée en 1994 à 46%. L'entrée des femmes dans le monde du travail s'est souvent faite dans des emplois atypiques du secteur tertiaire (57 % des emplois du tertiaire étaient féminins en 1980 et 76% en 1996).

Parallèlement à cette féminisation du monde du travail apparaît une plus grande flexibilité dans l'organisation du travail. Cette flexibilité, préconisée par le livre blanc de la Commission Européenne en 1993, se traduit par l'émergence ou la résurgence de formes d'emplois atypiques au niveau du temps de travail, de l'amplitude et du fractionnement des horaires, du type et de la durée des contrats et même des modes de rémunération. Elle est souvent retrouvée dans les emplois du secteur tertiaire.

Ces évolutions sont à analyser en mettant en avant que durant la même période les femmes ont revendiqué une place nouvelle dans la société et que leur niveau de formation n'a cessé de croître pour devenir récemment supérieur à celui des hommes.

Depuis les années 1960 de nombreuses mobilisations sociales ont débouché sur une remise en cause des approches traditionnelles de la santé au travail. L'impact du travail sur la santé ne se limite plus aux effets combinés ou cumulés d'une série de risques. L'importance des rapports sociaux a été soulignée. L'organisation du travail avec tous les éléments immatériels qu'elle comporte apparaît être un champ important pour les politiques de prévention.

Il est difficile de parler de la spécificité de la santé des femmes au travail sans prendre le risque de les cantonner à des tâches précises, adaptées à leur physiologie ou à leur rôle social tout en légitimant la discrimination actuelle du marché du travail.

Cependant, les caractéristiques de l'emploi féminin en France, en particulier la tertiarisation et la précarisation des conditions de travail sont à prendre en compte et à rattacher à un historique familial, social et économique. Derrière le sujet de la santé de la femme au travail se profilent toujours les représentations de rôle social et la reconnaissance de la place des femmes dans une société.

Karen Messing démontre dans un ouvrage collectif¹ que même en dehors des périodes de maternité, plusieurs métiers féminins impliquent des risques et engendrent des problèmes de santé spécifiques. La division sexuelle du travail constitue aujourd'hui un des déterminants essentiels de l'organisation du travail. Hommes et femmes ne sont pas répartis de façon égale entre les secteurs d'activité, les postes de travail, les niveaux de responsabilité et les formes d'emplois. La durée de leur vie professionnelle, les déroulements de carrière, les rapports inégalitaires et hiérarchisés dans l'entreprise caractérisent également des situations respectives différentes.

En raison du maintien de stéréotypes, le fait d'être une femme conduit à des situations de vie auxquelles la majorité des hommes n'est pas confrontée :

- double tâche et nécessité expresse de concilier les exigences de la vie familiale avec celles de la vie professionnelle.
- discrimination à l'embauche, puis dans le déroulement de carrière, qui les conduit à occuper des emplois souvent moins qualifiés et moins qualifiants, moins payés que nous appelons précaires, non pas du fait de leurs statuts (CDI ou CDD) mais à cause de caractéristiques des conditions de travail (temps partiels imposés, contraintes de rythmes et d'amplitude d'horaires...).

L'évolution de l'emploi féminin et la précarisation des conditions de travail, particulièrement dans le secteur tertiaire, peuvent accroître les risques de détérioration globale de l'état de santé chez la femme avec un accroissement des pathologies somatiques comme psychiques.

Des liens ont été faits entre travail et santé, entre santé et femmes, entre femmes et précarité, entre précarité et santé. Mais ce n'est qu'en 1996 que le Haut Comité de la Santé Publique établit une connexion entre les variables Travail / Précarité / Femme / Santé.

Nous nous sommes demandé si l'importance de ce risque entraînait chez les acteurs sanitaires et sociaux des stratégies particulières et comment ces derniers se positionnent et se coordonnent pour le prévenir. Ces risques sont-ils suffisants pour justifier une réponse en termes de santé publique ?

¹ Karen Messing in p.35 à 51.

Afin de traiter plus précisément ce sujet sur les conséquences des évolutions de l'emploi sur le travail des femmes et sur leur santé, nous avons rencontré des intervenants qui s'occupent plus particulièrement des conditions de travail, de la santé ou du droit des femmes et de la famille. La question qui a servi de point de départ à notre réflexion et qui a inspiré le questionnaire soumis à nos différents interlocuteurs était ainsi formulée :

“Comment se positionnent les acteurs par rapport aux conséquences de la précarisation du travail sur la santé des femmes ?”

Notre étude a donc pour objectif de mettre en évidence les conséquences de la précarisation des conditions de travail sur la santé des femmes. Elle vise également à identifier les mesures déjà entreprises en faveur de la santé des femmes au travail, et à repérer les obstacles à l'existence d'une politique globale de santé. Elle nous conduit finalement à proposer des voies possibles de reconnaissance d'un questionnement de santé publique en la matière.

I. La précarisation : une réalité spécifique au travail des femmes

A- Le constat de l'impact des conditions de travail sur la santé des femmes.

Afin de traiter ce sujet avec objectivité, il est opportun de préciser dans un premier temps quelles sont les particularités du travail féminin. D'autres éléments sont à évoquer pour rendre compte de l'articulation existant entre le travail des femmes et leur santé. Enfin, les aspects sanitaires traitant des conséquences des conditions de travail des femmes sur leur santé seront précisés.

1) Les principales caractéristiques de l'insertion professionnelle des femmes.

Nous avons relevé quatre paramètres :

En premier lieu, si de nouvelles formes de l'emploi apparaissent, elles ne modifient pas la ségrégation sexuelle qui reste importante sur le marché de l'emploi. Cette ségrégation s'exprime à 3 niveaux :

- Le type d'emploi (niveau horizontal) : les femmes occupent principalement des emplois de services et de bureau. En effet, 55% des emplois féminins se situent dans la catégorie des employées ².
- Le niveau de responsabilité (niveau vertical) : les femmes évoluent peu vers les postes de direction, encore chasse-gardée de leurs homologues masculins, y compris à compétences égales.
- Le secteur d'activité : les services de santé, les services sociaux, le commerce, l'enseignement, l'administration publique sont des secteurs essentiellement féminins. Les hommes, quant à eux, monopolisent les fonctions techniques.

Le deuxième paramètre caractérisant l'insertion professionnelle des femmes a trait à l'organisation du temps de travail. Subi ou choisi, le travail à temps partiel est essentiellement féminin. En effet, il concerne une employée sur trois en 1994, selon une enquête menée par Guillemot et Bordes³. Choisie, cette organisation permet à la femme de concilier sa vie professionnelle et sa vie familiale. Cependant, ce qui apparaît être un choix s'avère le plus souvent être une obligation, indispensable pour assumer la double contrainte

² DONIOL-SHAW Ghislaine, les évolutions du travail des femmes dans le secteur des services et leurs effets sur la santé, CNRS-ENPC, Laboratoires techniques, Territoires et sociétés, Paris, 1999.

³ *Ibid.*

de l'emploi et du travail ménager. Subi, l'aménagement horaire du temps partiel complique encore la gestion déjà délicate de cette « double vie ».

Egalement, les femmes sont sur-représentées dans les emplois mal rémunérés et peu qualifiés. En effet, elles représentent 46% de la population active et 80% des bas salaires⁴. De plus, selon les études menées par l'INSEE en 1994, le revenu moyen des femmes salariées était inférieur de 20% au salaire des hommes, et même 25% pour les employées. Ce constat résulte souvent du choix fait par les femmes de privilégier leur vie familiale, au détriment de leur carrière professionnelle : peu qualifiées, elles ne travaillent que par stricte nécessité économique, souvent malgré les conditions de travail qui leur sont réservées.

Enfin, les études montrent une sur-précarisation des formes d'emploi et des conditions de travail des femmes. Les travaux statistiques menés par Madame Doniol-Shaw révèlent que les contraintes d'horaires et de rythmes, ainsi que le travail répétitif font souvent l'objet de plaintes de la part des femmes interrogées. D'une part, le travail répétitif concerne une femme sur trois en 1991. D'autre part, le rythme de travail est contrôlé par la hiérarchie pour une femme sur cinq en 1991⁵.

2) Liens entre les conditions de travail des femmes, leur place dans la société et leur santé.

D'abord, les caractéristiques de l'insertion professionnelle des femmes sont le reflet du partage des rôles sociaux entre hommes et femmes. Par ailleurs, ces conditions particulières de travail se répercutent sur leur santé.

Plusieurs éléments sont à prendre en compte pour appréhender la spécificité féminine dans le milieu professionnel. Entre 1975 et 1996, les statistiques montrent un accès massif des femmes au travail salarié.

Cependant, l'activité professionnelle féminine s'est principalement développée dans le cadre de la création d'emplois à temps partiel, le plus souvent faiblement qualifiés. De plus, le chômage féminin a augmenté plus rapidement que le chômage masculin (9,6% pour les hommes et 12,5% pour les femmes en 1996⁶).

⁴ DONIOL-SHAW Ghislaine, les évolutions du travail des femmes dans le secteur des services et leurs effets sur la santé, CNRS-ENPC, Laboratoires techniques, Territoires et sociétés, Paris, 1999.

⁵ *Ibid.*

⁶ MESSING Karen, Comprendre le travail des femmes pour le transformer, BTS, 1999.

Cet accès massif n'a pas modifié fondamentalement la structure inégalitaire du marché de l'emploi développée plus haut. Le temps "hors travail salarié" demeure très inégalement distribué entre les hommes et les femmes, alors que l'interaction entre travail domestique non rémunéré et travail salarié est importante pour comprendre l'impact différencié des conditions de travail sur la santé des hommes et des femmes.

Selon l'enquête menée par Karen Messing⁷, le temps consacré au travail ajouté au temps parental représente 62 heures pour les mères, contre 54 heures 30 minutes pour les pères. Lorsque les parents sont en couple, le partage individuel du temps professionnel et du temps parental s'opère en faveur du temps professionnel pour le père, et du temps parental pour la mère. Cependant, le "sur-temps" professionnel du père demeure inférieur au "sur-temps" parental de la mère.

Cette enquête est à rapprocher des statistiques d'absentéisme au travail : les femmes se portent plus souvent malades que les hommes.

Madame Doniol-Shaw conclut que les conditions de l'emploi des hommes et des femmes sont radicalement différentes, comme nous venons de le montrer. Les hommes et les femmes ne sont pas répartis de façon identique entre les secteurs d'activité, les niveaux de responsabilité et les formes d'emploi. De même, les rapports de domination et d'oppression sont la conséquence de l'absence de mixité du travail. Cette dernière implique des rapports inégalitaires et hiérarchisés. Ainsi la division sexuelle du travail est déterminante pour l'organisation du travail.

Ces différences entre les conditions d'emploi expliquent des répercussions spécifiques sur la santé. De plus, les femmes occupent peu de postes à responsabilités et sont peu présentes dans les instances représentatives. Cette situation entraîne une méconnaissance des risques des travailleuses, notamment des employées.

Enfin, les représentations sociales influent sur la dévalorisation de l'activité professionnelle des femmes. Ces stéréotypes provoquent une minimisation voire une négation des compétences des femmes. Les risques pour la santé occasionnés par le travail réalisé par les femmes ne sont donc pas suffisamment pris en compte.

En somme, la reconnaissance d'un problème sanitaire spécifique des femmes au travail se heurte à d'importantes résistances sociales.

⁷ *Ibid.*

3) Les risques sanitaires.

Ce tableau synthétise les risques sanitaires auxquels sont exposées les femmes au travail. Il n'a pas la prétention d'être exhaustif, mais tente à partir des documents (cf. bibliographie) d'exposer schématiquement différents problèmes de santé en lien avec les conditions de travail ou des risques particuliers.

TYPE DE CONTRAINTES	CAUSES	EFFETS
<i>Les risques pour la santé physique des femmes</i>		
<u>CONTRAINTES PHYSIQUES</u> Leurs liens avec la santé sont clairement établis. Ces contraintes sont repérées principalement dans l'industrie et les services. Elles résultent : ✓ De tâches nécessitant peu de force mais avec des mouvements très répétitifs, associées à des positions contraignantes (travail de conditionnement, de confection, ..) ✓ De la manipulation de charges lourdes (port de jeunes enfants ou de malades/ travaux de ménage)	✓ Mauvaise adaptation du poste au travailleur ou à la tâche à effectuer ✓ Dans les emplois traditionnellement masculins, l'ergonomie est étudiée à partir de la morphologie de l'homme.	Les maladies professionnelles de type musculo-squelettique (maux de dos, affections péri-articulaires, lésions par efforts répétés) sont plus répandues chez les femmes que chez les hommes.
<u>EXPOSITION BIOLOGIQUE :</u> Les femmes sont nombreuses à travailler dans des secteurs qui nécessitent un contact avec le public (enfants, malades, ..), ce qui implique l'exposition à des agents infectieux.		✓ Rubéole ✓ Toxoplasmose

TYPE DE CONTRAINTES	CAUSES	EFFETS
<u>EXPOSITION CHIMIQUE :</u> Autre menace pour la santé, avec en particulier un risque pour la femme en âge de procréer		✓ Risque de cancer pour les personnels dans la micro-électronique, la chimie, l'agriculture, la coiffure... ✓ Dermatoses pour le personnel d'entretien sanitaire ou de cuisine ✓ Exposition à 135 agents cancérigènes ou ayant des effets sur la grossesse (risques de malformation fœtale) dans le secteur hospitalier.
<i>Les risques pour la santé mentale des femmes</i>		
<u>LES CONTRAINTES MENTALES</u> Les exigences sont de deux ordres : ✓ mental ✓ émotionnel Ces contraintes sont peu reconnues et sous-évaluées car difficilement mesurables. Dans le cas d'agents stressants, les décideurs accordent plus souvent gain de cause aux hommes. C'est la vision discriminatoire des spécificités des emplois des femmes et de leur valeur qui apparaît ici.	Plusieurs caractéristiques des postes de travail féminin créent un risque : ✓ Manque d'autonomie ✓ Sollicitation constante ✓ Harcèlement sexuel, et plus largement les violences au travail ✓ Empêchement d'effectuer son travail correctement	✓ Stress Les problèmes liés au stress peuvent avoir des répercussions sur la santé, de l'anxiété à la dépression. Le stress peut affecter le comportement individuel en augmentant le risque d'accidents, la fréquence des absences pour maladie, ou encore la consommation de psychotropes ✓ Dépression, qui peut aller jusqu'au suicide ✓ Lassitude ✓ Développement d'attitude agressive (au travail et hors travail) ✓ Difficulté à faire face aux événements.

TYPE DE CONTRAINTES	CAUSES	EFFETS
<u>LES CONTRAINTES HORAIRES</u>		
✓ Des horaires variables, pour le secteur des services posent aux femmes des problèmes de garde d'enfants. ✓ Les emplois à horaires rigides rendent quant à eux très difficile la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale.	Importance dans la vie des femmes de : ✓ La double journée de travail ✓ La charge mentale liée à cette difficile conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle.	✓ Troubles d'ordre psychologique : les femmes sont susceptibles d'être deux fois plus touchées que les hommes. ✓ Fatigabilité ✓ Accroissement des arrêts de travail chez les femmes qui travaillent régulièrement en horaires décalés. ✓ Troubles du sommeil ✓ Troubles digestifs ✓ Consommation médicamenteuse
<u>LES CONTRAINTES DE RYTHME</u>		
Cadences accrues, délais raccourcis, polyvalence	Les cadences accrues, les délais raccourcis et la polyvalence sont dus à l'intensification du travail	Dimension physique : ✓ Douleurs dorsales et cervicales, ✓ Réactions émotionnelles (émotivité, dépression), ✓ Problèmes de tonus, ✓ accroissement de la consommation de médicaments psychotropes, ✓ Usure physique pouvant entraîner une inaptitude à tout poste de travail bien avant l'âge de la retraite

Ces contraintes physiques ou mentales, ces expositions biologiques ou chimiques et ces contraintes horaires ou de rythme mettent en évidence que la place actuelle de la femme, dans le monde du travail et dans la société en général, aggrave certains des risques sanitaires qu'elle encourt.

B- L'évolution de notre problématique.

Le caractère novateur de ce constat a le mérite d'ouvrir un champ de recherche nouveau, stimulation évidente pour le groupe. En effet, il bouscule nos préjugés et nos a priori en favorisant la discussion et les débats.

Le constat, préalablement établi, fait état d'un risque pour la santé des femmes au travail. Sur cette base, nous nous sommes demandé s'il existait une politique de santé visant à réduire ces risques et par conséquent à améliorer la santé des femmes.

Notre objectif était de connaître la perception des acteurs sur cette question et les actions menées à leur niveau. Une grille d'entretien a été établie dans ce sens (cf. annexe 2).

Trois axes ont guidé l'élaboration de cette grille ; il s'agissait en effet de mettre en lumière :

- la connaissance et la diffusion de l'information.
- les actions et les acteurs impliqués dans la gestion de ce risque.
- l'articulation mise en place entre ces différents acteurs.

L'enjeu de notre étude était alors d'analyser la cohérence des actions menées par les acteurs de différents niveaux.

Pour ce faire, trois niveaux ont été dégagés :

- le niveau national : ministère de l'Emploi et de la Solidarité (Délégation aux droits des femmes et à l'égalité professionnelle)
- le niveau régional : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Inspection régionale de l'emploi.
- le niveau local : mairie

En choisissant ces interlocuteurs (Cf. annexe 1), nous souhaitions démontrer l'existence d'une coordination institutionnelle. Très vite, il est ressorti que cette approche en termes de politiques et de niveaux territoriaux était insuffisante pour dégager une réelle réflexion sur ce sujet. De ce fait, nous avons élargi notre champ de recherche au monde associatif (ex : Centre d'Information des Droits des Femmes -CIDF-).

Globalement, si le point de vue des acteurs rencontrés ne remet pas en cause le constat préalablement cité, il apparaît que leur mode d'appréhension de ce risque varie selon leur position, le niveau territorial de leur compétence, leur rôle et leur compréhension du problème. Ainsi, nous avons pu distinguer une approche médicale, une approche familiale ou encore des approches économiques et sociales.

Ces modes d'entrée différents reflètent la difficulté d'envisager globalement la question.

Pour ces raisons, il semblait délicat de parler de politique de santé en la matière, et il nous est apparu indispensable d'affiner notre problématique. Nous avons abandonné l'idée de politique de santé pour privilégier la notion de questionnement en termes de santé publique. Cette réflexion nous a amené à nous intéresser aux actions réalisées et souhaitables.

Les différents modes d'entrée adoptés par les acteurs nous permettent de constater qu'il existe une prise en compte partielle de ces problèmes à travers la politique familiale, la politique de l'emploi ou encore celle de l'égalité femme - homme.

Ces différentes politiques n'ont cependant pas la santé pour finalité ; la santé apparaît toujours comme préoccupation incidente des mesures prises, elle n'en est jamais l'objectif principal.

Par exemple, les politiques familiales favorisant les modes de gardes des enfants pour les femmes salariées (crèches...) contribuent à faciliter la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale, et elles ne ménagent qu'indirectement le stress occasionné par ces contraintes.

De plus, ces politiques peuvent s'avérer contradictoires avec l'objectif de santé des femmes. Par exemple, le privilège de l'égalité femme - homme aux dépens de la reconnaissance de leur spécificité peut conduire à la détérioration de leur état de santé (fertilité, maternité, travail de nuit...).

Il ressort qu'il n'existe pas de politique de santé pour les femmes au travail. Pour autant, ce problème, même abordé partiellement et incidemment par le biais d'autres politiques (et notamment sociales) ne semble pas laisser les acteurs indifférents, bien au contraire. Il susciterait en eux un nouveau questionnement, qui cette fois s'inscrirait bien dans une perspective de santé publique.

D'un point de vue sociologique, l'émergence de ce questionnement de santé publique dérivé d'une approche sociale du problème, interroge le processus de sa légitimation.

C- L'enjeu de la légitimation d'une politique de santé.

Par légitimation, nous entendons les voies ou les manières à travers lesquelles cette question s'intègre dans une préoccupation de santé publique.

Si l'épidémiologie est un outil de santé publique, cette science ne doit pas être dissociée du champ social : « *c'est précisément dans l'observation fine des scènes locales que l'on peut constater combien l'action de certains professionnels, de certaines associations, de certains élus représentent un véritable travail de santé publique* »⁸.

L'historique des politiques de santé publique nous apprend qu'elles ont été souvent précédées d'une approche sociale du problème. La santé publique est un enjeu dans le domaine social en France.

La construction d'une politique de santé publique se réalise en deux phases successives :

- une phase de traduction d'un constat social en un problème de santé :
Fait social : femmes exposées aux produits chimiques ou ionisants.
Problème de santé : malformation des enfants.
- une phase de politisation où un phénomène de santé (ex : *la grossesse des femmes au travail et le risque de malformation de l'enfant*) est traduit en action de santé publique (ex : *interdiction d'occuper certains postes de travail pendant la grossesse*).

Une réalité sociale va prendre du sens autour d'un problème sanitaire. Ce dernier possède une légitimité particulière en raison de son rapport au corps et au psychisme. Cette légitimité n'est pas obligatoirement synonyme d'actions politiques. Mais cette approche de santé publique est une ressource de légitimation particulière pour les pouvoirs politiques.

Autour de ces considérations, nous avons été amenés à formuler la problématique suivante :

L'approche politique, économique et sociale du travail des femmes suffit-elle à légitimer l'émergence d'un questionnement en termes de santé publique ?

Le constat établi, les réflexions de notre groupe et les réalités rencontrées sur le terrain et décrites par les acteurs, nous ont conduits à recentrer nos hypothèses préalablement formulées.

⁸ FASSIN Didier, Les figures urbaines de la Santé publique, La découverte, 1998.

Ainsi, deux hypothèses émergent naturellement de notre problématique :

- on constate une prise de conscience, chez les acteurs rencontrés, des conséquences des évolutions de l'emploi sur le travail des femmes et leurs effets sur la santé.
- des mesures ponctuelles existent; leur agrégation peut être lue en terme d'émergence d'un questionnement de santé publique.

II. D'un problème reconnu à un questionnement légitime de santé publique.

A- Des expériences crédibles, légitimant une politique globale ?

Les actions entreprises ou évoquées par les différents acteurs, s'inscrivent dans des logiques particulières, qu'elles suivent des axes professionnel, familial ou économique. Ces approches particulières sont liées à la sensibilité propre à chaque acteur. Conformément à l'organisation administrative issue de la décentralisation, elles se déclinent au plan national, régional et local. Elles sont cependant rarement coordonnées et ne s'intègrent pas dans une politique globale de santé publique.

1) Des acteurs crédibles à l'origine d'expériences multiples.

a) Au niveau national

Deux angles d'approche de la santé des femmes au travail, issus de logiques particulières, se dégagent:

- d'une part, la prise en compte, par le biais d'une politique familiale, de la double charge que représentent la gestion de l'univers domestique et la vie professionnelle ;
- d'autre part, la recherche de l'égalité professionnelle hommes/ femmes, par le biais d'une politique de l'emploi.

L'émergence d'une réflexion européenne donne naissance à la volonté nationale d'une approche politique de l'égalité hommes/ femmes, globale et innovante. Or, une action n'est légitime que quand elle est recouverte de la volonté de l'Etat. Par opposition, une action seulement désirée par les professionnels de terrain n'est pas pérenne.

Dans les actions mises en œuvre, deux axes forts se dégagent .

- D'une part, réactualiser l'égalité professionnelle reconnue en droit (loi ROUDY) mais pas encore dans les faits. L'obligation de négocier sur l'égalité professionnelle dans les entreprises et les branches professionnelles est introduite par la proposition de loi relative à l'égalité professionnelle. Des aides sont ensuite accordées par l'Etat (contrats d'égalité) aux entreprises et aux branches qui négocieront des accords innovants.
- D'autre part, faciliter une meilleure gestion des temps de vie personnelle, familiale et professionnelle.

Si la question de la gestion des temps est cruciale, elle s'inscrit dans des domaines divers : politique familiale, politique de l'emploi, ...En matière de politique familiale, des expériences pilotes de garde à domicile à des horaires atypiques et en établissements,

menées par certaines CAF (Lorient et Louviers) doivent être développées et consolidées. Les mesures issues de la conférence de la famille de juin 2000 confirment cette tendance en préconisant notamment le développement des modes d'accueil des jeunes enfants, en majorant l'AFEAMA⁹, et en aidant à la reprise d'activité des femmes par des mesures financières.

Le renforcement de la dimension du "genre" dans les nouvelles études statistiques de l'INSEE (statistiques sexuées) est le révélateur de l'émergence d'un questionnement sur les conditions de vie et de travail des femmes.

Le crédit de l'action publique est d'autant plus affirmé que les différents partenaires, tant au niveau régional que local, rendent cette action lisible et visible.

b) Au niveau régional

Différents acteurs relaient au niveau régional les politiques et les orientations nationales. C'est autour des logiques de l'expérience que doit être pensée une politique de santé publique en faveur des femmes.

Ainsi, l'ARACT (Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail), déclinaison régionale de l'ANACT au statut associatif, a pour mission de soutenir et d'informer les entreprises dans leur volonté de modifier les conditions de travail, et notamment de développer les projets innovants liés au travail et à son organisation. Mme SOUSSEM, directrice de l'ARACT de Rennes, souligne qu'une réorganisation du travail peut passer par la recherche d'une équité hommes / femmes au travail, elle-même inhérente à une équité familiale et sociale, d'où la nécessité d'appréhender le problème de manière globale. Les multiples actions menées par les ARACT leur confèrent une crédibilité certaine tant auprès de leurs partenaires (médecins du travail, les associations inter-entreprises, les syndicats, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et la Mutualité Sociale Agricole) que des entreprises qui sollicitent leur intervention. Ajoutons que souvent, l'Etat a pensé son action, qu'elle soit sanitaire ou sociale, en récupérant les expériences du monde associatif.

Autre acteur de crédibilité reconnue: l'inspection régionale du travail et de l'emploi. Elle est chargée de contrôler l'application de la réglementation du travail et, entre autres, de traiter les plaintes, en particulier celles relatives aux violences au travail, dont sont plus fréquemment victimes les femmes. En effet, la précarisation de l'emploi féminin les expose davantage aux risques liés au travail. Ainsi, le Dr VERGER, médecin inspecteur régional du travail, défend l'idée d'une discrimination positive consistant à interdire, à titre préventif, certains postes de travail aux femmes en âge d'avoir des enfants. Le risque de mutagenèse est majeur en début de grossesse Or, cet état n'est pas toujours diagnostiqué ou déclaré pour des raisons diverses (crainte de la perte d'emploi notamment).

⁹ AFEAMA : Allocation Familiale pour l'Emploi d'une Assistante Maternelle Agréée

c) Au niveau local

Les actions sont ponctuelles et complètent le dispositif de contrôle de l'application de la réglementation.

Le service des droits aux femmes ,administration au service de l'égalité des chances entre les femmes et les hommes, apparaît être une structure adaptée à l'impulsion d'une politique plus globale.

Le réseau local composé des déléguées régionales et des chargées de mission départementales aux droits des femmes est chargé de l'application des mesures gouvernementales prises en faveur des femmes et définies au niveau national. Elles font partie du service public de l'emploi et participent aux commissions régionales et départementales de l'emploi et de la formation professionnelle. Elles sont d'autant plus crédibles qu'elles sont les interlocutrices des partenaires institutionnels et associatifs pour les questions relatives à l'égalité entre les femmes et les hommes.

En outre, le médecin du travail reste l'interlocuteur privilégié des salariés rencontrant des difficultés au travail. Toutefois, il n'est pas doté d'un pouvoir décisionnel propre, il émet un avis médical dont l'influence sur l'organisation et le mode de fonctionnement de l'entreprise est limitée. Ainsi, dans le cas de la persistance de l'inadéquation du poste de travail à l'employée, son seul moyen d'action reste la déclaration d'incapacité de la personne, avec son corollaire le risque de chômage.

L'action spécifique de la ville de Rennes, décrite par Madame TOUCHARD, de la Direction du Personnel, s'intègre dans les orientations retenues au niveau national. La réflexion menée en 1994 par le groupe de travail sur l'égalité hommes/ femmes a donné naissance à des mesures internes à la mairie : affinement des indicateurs, stages d'ergonomie ayant conduit à des propositions d'aménagement des conditions de travail, stages de formation destinés à redonner confiance aux femmes en validant leurs acquis professionnels, et enfin, négociation avec les syndicats sur le problème des femmes aboutissant à la signature de contrats d'objectifs.

Ces mesures s'inscrivent dans une perspective de santé publique, mais cela tient à la culture propre de l'organisation municipale de cette ville, à la sensibilité des syndicats et au combat des femmes pour faire émerger ce problème.

Si l'émergence d'un questionnement se dessine, il n'existe cependant pas de politique globale de santé, ni de véritable jeu d'alliance inter-institutionnelle ou avec le monde associatif. La santé au travail est traitée indépendamment des autres thèmes de santé publique. Les acteurs rencontrés reconnaissent la primauté des préoccupations économiques sur les considérations de santé.

Ces actions dispersées semblent être le reflet d'un ensemble de freins, nuisant à une vision globale d'une problématique de santé publique.

2) Des freins à une politique globale de santé

Dans le domaine de la santé des femmes au travail, les entretiens ont mis en exergue différents freins à la mise en place d'une politique globale de santé.

Les représentations traditionnelles de l'emploi féminin rendent certains problèmes de santé des femmes invisibles pour les systèmes de prévention et d'indemnisation des risques.

L'absence de risques pour la santé dans le travail féminin est une conviction habituellement répandue. En effet, la station debout prolongée (source de douleurs et de troubles circulatoires) paraît moins dangereuse que les risques encourus dans les métiers du bâtiment. Ainsi, le docteur E. JOUFFE responsable du service médical de la ville de Rennes souligne le manque de visibilité de la pénibilité du travail effectué par les femmes de service ou par les employées des services à domicile.

De plus la santé au travail a longtemps été focalisée essentiellement sur la réparation des accidents du travail (événements imprévus et soudains) et non sur la prise en charge de maladies chroniques, caractéristiques des emplois féminins. Les maladies de type musculo-squelettique (maux de dos, affections péri-articulaires, lésions par efforts répétés) difficilement reconnues et indemnisées, sont les maladies professionnelles les plus répandues chez les femmes.

C'est donc par la nécessité d'une identification précise des conditions de travail en tant que causes directes de pathologie que passe une politique globale de santé.

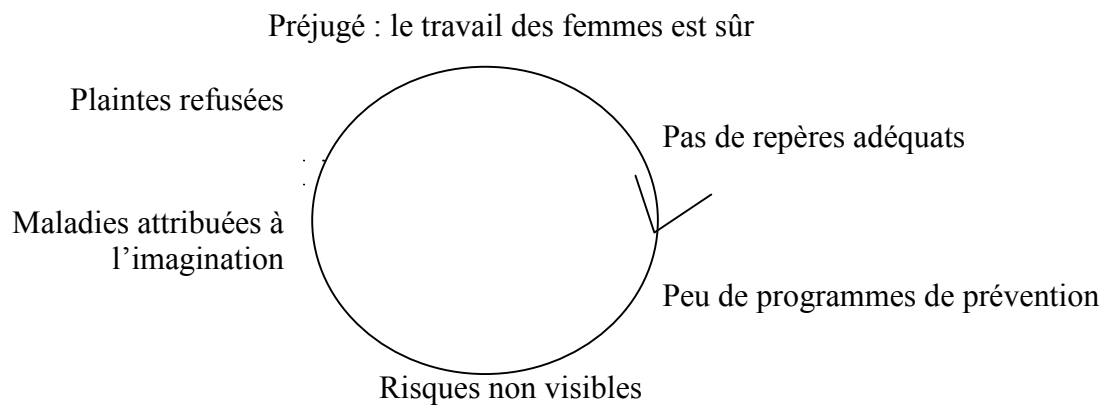
D'autre part, le triptyque travail/ santé/ femmes reste mal connu et ne fait pas l'objet de recherche particulière. Mme Danton, déléguée aux droits des femmes à la préfecture d'Ille-et-Vilaine regrettait l'absence d'études et d'analyses sur les liens entre travail, santé et femmes. Selon elle, ce sujet pointu n'intéresserait que des chercheuses féministes.

Pendant longtemps, les femmes ont été écartées de la réflexion au sujet des conditions de travail dans le cadre des CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail). Les femmes n'ont pas une influence suffisante pour impulser une politique globale en leur faveur.

Enfin, le raisonnement économique prévaut encore souvent sur le raisonnement en termes de santé publique. Des pressions visent à subordonner la santé au travail à des considérations économiques et de gestion de l'entreprise. La finalité même de l'ARACT ne consiste-t-elle pas à prendre en compte l'homme dans son contexte de travail en lien avec l'efficacité et le fonctionnement de l'entreprise?

Or, le travail des femmes n'est pas suffisamment valorisé pour légitimer la mise en place d'une politique de santé ciblée.

Selon Karen MESSING, auteur de "Comprendre le travail des femmes pour le transformer", il existe un "véritable cercle vicieux dans les activités de prévention du travail des femmes" qu'elle représente de la façon suivante :



Ainsi, s'il n'existe aucune politique globale de santé, il demeure qu'un certain nombre de mesures en faveur de la santé des femmes au travail sont prises. Celles-ci témoignent qu'en la matière émerge un questionnement de santé publique.

B- Les voies de légitimation du questionnement de santé publique

Le problème de la précarisation des conditions de travail des femmes et ses conséquences sur leur santé était une question jusque là appréhendée dans sa dimension surtout sociale. Comment peut-il se transformer en un questionnement légitime de santé publique ?

L'analyse des propositions d'amélioration avancées par les acteurs rencontrés donne à penser qu'eux-mêmes, en affirmant une volonté d'agir, pourraient faire progresser la réflexion nécessaire à la légitimation du questionnement de santé publique.

1) La volonté d'agir encore et d'agir mieux : un préalable possible à la légitimation

Les idées de nos interlocuteurs pour développer les mesures déjà entreprises et innover dans des voies d'action inexplorées sont preuve de l'intérêt accru qu'ils portent au problème de santé des femmes au travail.

a) Affiner la recherche

Il conviendrait d'abord, selon plusieurs d'entre eux, d'affiner la recherche sur le problème de la précarisation des conditions de travail des femmes et de ses incidences sur leur santé. Pour Mme DANTON, des études de cohortes devraient être ainsi réalisées pour bien cerner les conditions de travail et de vie des femmes et pour préciser les articulations entre leur vie familiale et leur vie professionnelle. M. POUCHARD préconise que soient analysés les postes de travail et le degré de pénibilité des tâches en intégrant dans les recherches la dimension du genre. Dans tous les cas, comme le souligne Mme DANTON, il faudrait intéresser les chercheurs à la recherche sur les femmes, sujet qui a fait l'objet de très peu d'études jusqu'à ce jour.

b) Modifier le rôle et la composition des syndicats et des instances de décision

Mme TOUCHARD et M. POUCHARD pensent que les femmes doivent pénétrer davantage les sphères de décision et de lutte syndicale. Les efforts qui ont été accomplis jusqu'ici dans le sens d'une plus grande participation des femmes doivent être poursuivis, afin d'améliorer la représentativité des femmes au sein des instances officielles de l'entreprise (syndicat, comité d'entreprise, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail-CHSCT-).

D'autre part, M. POUCHARD, Mme TOUCHARD, Mme SOUSSEM sont unanimes : la modification de la composition des syndicats et des comités d'entreprise devrait s'accompagner d'un changement de positionnement de ces institutions. Elles devraient en effet intégrer dans leurs préoccupations et leur domaine de compétence les conditions de travail des employées et leurs incidences sur la santé de ces dernières.

c) Former et encourager les employeurs

Il conviendrait, selon M. POUCHARD, de réviser les conceptions des managers et des employeurs à l'égard du travail féminin. Ce qui implique de les informer au préalable des particularités des conditions de vie professionnelle des femmes et de les former aux contraintes de ces spécificités.

Par ailleurs, Mme LORON, Mme SOUSSEM s'accordent avec les interlocuteurs rencontrés au ministère sur l'idée que toutes les entreprises devraient prendre exemple sur les plus avant-gardistes d'entre elles. Elles devraient mettre en place, en leur sein, des crèches et des garderies, ceci afin de permettre à leurs employées d'harmoniser leur vie familiale et leur vie professionnelle. De même les employeurs devraient s'engager plus avant dans la réflexion sur les aménagements du temps de travail et sur les horaires atypiques qui, au final, peuvent s'avérer dommageables pour la santé de leurs employées.

d) Faire évoluer les représentations sociales

De nombreux acteurs (Mme TOUCHARD, Mme DANTON, le ministère, Mme LORON, Mme SOUSSEM) considèrent l'évolution des représentations sociales comme voie incontournable d'une amélioration des conditions de travail et incidemment de la santé des femmes. Beaucoup resterait à faire :

- D'abord la répartition sexuée des tâches et des rôles socio-culturels entre l'homme et la femme, à l'intérieur de la famille comme au sein de la société, doit être revue pour permettre un rééquilibrage entre vie professionnelle et travail domestique de la femme.
- Ensuite les représentations du travail féminin doivent rompre avec les représentations traditionnelles et dévalorisantes d'un travail peu pénible, peu qualifié, pourvoyeur d'un salaire d'appoint. Tous les acteurs (et plus particulièrement Mme TOUCHARD et les représentants du ministère) insistent sur la nécessité de reconnaître plus qu'il ne l'a été jusqu'à maintenant le travail des femmes : tant en termes de rémunération, de validation de compétences, que de possibilités de carrière et de choix de missions.
- Enfin, la cellule familiale, structurante de l'organisation sociale, doit être regardée telle qu'elle est devenue (la famille peut être désormais monoparentale ; du fait de l'allongement des études, les enfants retardent leur départ du foyer parental...) : ces

changements ne sont pas sans conséquences sur le rôle de la femme, de la mère, de l'employée.

- Plus généralement, ainsi que le soulignent Mmes DANTON et SOUSSEM, c'est la représentation de l'environnement du travail qui doit évoluer de manière à s'accorder à la réalité du marché actuel de l'emploi féminin.

e) Instituer une coordination entre toutes les actions

Aux dires de tous les intervenants (et très expressément de la part de Mme TOUCHARD et du ministère), la coordination de toutes les mesures entreprises isolément jusqu'à présent constituerait une amélioration des plus déterminantes. Cette coordination des actions pourrait s'institutionnaliser sous forme de réseaux, espace de collaboration des différentes personnes compétentes et de mise en cohérence de leurs actions. Elle pourrait également naître de contrats d'objectif, conclus entre acteurs intéressés à la réalisation d'un même objectif : celui de promouvoir et favoriser la santé des femmes au travail.

Ces diverses suggestions des acteurs pour améliorer l'existant sont peut-être à considérer comme des éléments de réflexion de nature à consacrer ce problème comme questionnement légitime de santé publique.

Acteurs de terrain en devenir, nous sommes nous aussi intéressés et concernés par la reformulation du problème de santé des femmes au travail en questionnement de santé publique. C'est à ce titre que nous avançons quelques propositions.

2) Nos propositions en tant que futurs acteurs de santé publique

Pour qu'un problème soit reformulé en termes de questionnement de santé publique et reconnu comme tel, il semblerait qu'il doive passer par une phase de médicalisation puis une phase de politisation. De l'exemple ici étudié, nous avons dégagé quatre voies qui nous apparaissent pouvoir mener à une reconnaissance du problème de santé des femmes au travail comme questionnement légitime de santé publique.

a) Affiner le constat

Pour être reconnu comme question de santé publique, un problème pourrait difficilement se passer d'être mieux connu. Les recherches sur la santé des femmes au travail et de ses incidences en termes de coût économique et coût familial pour toute la société devraient être ainsi élargies. Dans l'idéal, des travaux inter-disciplinaires entre médecins, sociologues,

psychologues, scientifiques pourraient apporter du crédit à un problème constaté jusqu'ici simplement de manière incidente.

b) Sensibiliser et convaincre

La connaissance du problème suppose sa diffusion. Ainsi diffuser les résultats des recherches et travaux réalisés, par toutes les voies possibles de médiatisation, contribuerait à sensibiliser tous les acteurs concernés (les décideurs, les employeurs, les syndicats, les femmes, la médecine du travail, ...) à ce problème de précarisation des conditions de travail des femmes et des conséquences sur leur santé. De plus, il conférerait à ce problème une indispensable dimension publique.

c) Impulser

Pour acquérir plus aisément ou plus rapidement cette indispensable dimension publique, la question qui pose problème devrait être impulsée par une personnalité-phare (issue du monde politique, scientifique, économique, en tous les cas issue d'une sphère de pouvoir). Cette personnalité-phare (pourquoi pas une femme) mettrait à contribution toutes ces capacités et réseaux d'influence (lobbies, associations...), pour que le problème, pour lequel elle prend fait et cause, soit regardé comme une question d'intérêt public.

d) Donner une visibilité aux actions déjà existantes

Mettre en lumière les mesures déjà entreprises les porterait certainement à la connaissance de la société ou de personnalités, assurerait probablement une meilleure visibilité du problème et emporterait peut-être la conviction des décideurs et de la société. Si les actions mises en œuvre à divers niveaux pour apporter une solution au problème de la précarisation des conditions de travail des femmes faisaient l'objet de publicité, elles pourraient peut-être se voir conférer un supplément de légitimité.

Ces étapes ne suivraient aucun ordre chronologique, elles pourraient intervenir concomitamment. Elles s'inscriraient dans la dynamique d'un processus en spirale, qui, en s'auto-alimentant, se renforcerait continuellement.

CONCLUSION

Etudier la question de la précarisation des conditions de travail des femmes et ses effets sur leur santé s'est avéré à la fois complexe et enrichissant, d'abord du fait du mode d'approche collectif du problème, ensuite du fait des difficultés inhérentes au thème traité.

Le travail en interfiliarité, tout d'abord, a présenté pour nous un indéniable intérêt:

- il a favorisé l'exploration et l'apprentissage de soi-même: tout travail de groupe, et notamment quand les participants sont de formation, d'âge et de devenir différents, permet de mieux cerner ses propres limites en termes de compréhension comme de capacité à entendre, argumenter, convaincre...
- il nous a initiés à la nécessité d'organiser le groupe, de composer avec la variété des qualités et des points de vue de chacun, de manière à tirer le meilleur parti possible du travail en équipe et à réaliser au mieux l'objectif commun;
- individuellement, il a été l'opportunité d'appréhender des cultures professionnelles et des logiques de raisonnement autres; collectivement, il aura été l'occasion de nous construire un langage et des références communes en matière de santé publique.

Ensuite, le sujet de l'étude, en lui-même, a suscité de l'intérêt en chacun de nous, et engendré beaucoup de réflexions et de débats entre nous.

Peu exploré par les chercheurs et préalablement peu connu de nous, le thème nous a cependant fortement interpellés, ce parce qu'il est sous-tendu par deux items qui concernent tout un chacun:

- la place de la femme dans la société
- la place du travail dans la vie de l'individu, qu'il soit homme ou femme.

Les débats au sein du groupe ont par conséquent été passionnés. Ils l'étaient d'autant plus que les positions étaient inévitablement partisans: chacun étayait ses représentations et sa compréhension du sujet à travers son vécu personnel, social et professionnel, et se heurtait souvent à une sensibilité et à un mode d'approche différents des siens.

En outre, ce sujet comportait une difficulté de fond: celle de lier un fait social à un fait sanitaire. Cette difficulté a été éprouvée par notre groupe à l'occasion des entretiens effectués: les acteurs rencontrés ont en effet développé des visions, des solutions, des actions qui dénotent d'une appréhension partielle du sujet.

Ceci nous a donné à penser que, si elles ne sauraient attester de l'existence d'une politique globale de santé en faveur des femmes au travail, les mesures prises de façon fragmentées ainsi que les propositions émises individuellement par les acteurs témoignent de l'émergence d'un questionnement de santé publique en la matière.

Finalement, à l'issue de notre étude, il nous semble que le fait d'intervenir auprès des acteurs et de solliciter leur avis sur la question de la santé des femmes au travail ne sera peut-être pas neutre, c'est-à-dire pas sans incidences: modestement nous estimons que cela peut avoir constitué pour eux l'occasion d'approfondir et préciser leur réflexion relative à ce problème.

Il nous apparaît aussi que deux voies gagneraient à être explorées pour que, à terme et à un degré supérieur au questionnement, existe une réelle politique de santé publique en faveur des femmes au travail. Il s'agirait de:

- trouver une nécessaire conciliation des divers modes d'approche de tous les acteurs, pour aboutir à une synergie dans l'action et pour déboucher sur une articulation, voire une coopération, entre les différentes interventions;
- prendre en compte, dans toute réflexion sur la santé des femmes au travail, l'ensemble des dimensions de la vie de ces dernières, vie familiale comme professionnelle, pour les intégrer dans le schéma d'une politique globale.

Selon nous, concertation des acteurs et approche intégrale du problème constitueraient ainsi des solutions-clés pour traduire cette problématique sociale et sanitaire en véritables actions de santé publique.

ANNEXES

ANNEXE 1 : ENTRETIENS

- **Niveau National**

- | | | |
|----|-----------------|--|
| 1- | Madame Djani | Ministère de l'emploi et de la solidarité |
| 2- | Madame Chicanot | Ministère de l'emploi et de la solidarité. |

- **Niveau régional et départemental**

- | | | |
|----|---|---------------------------------|
| 3- | Madame Janeau-Lecorps
et Madame Dupuis-Bellair
Monsieur Pouchard, Médecin-chef, | DRASS de Bretagne
CPAM |
| 4- | Monsieur Verger, Inspection médicale | Direction Régionale de l'Emploi |
| 5- | Madame Soussem – | ARACT |
| 6- | Madame Danton | Préfecture de Rennes |
| 7- | Monsieur Guéguen, chargé du RMI | DDASS de Mayenne |

- **Niveau local.**

- | | | |
|-----|---|---|
| 8- | Madame Touchard, Direction du personnel | Mairie de Rennes |
| 9- | Madame Loron | Centre d'Information des Femmes |
| 10- | Madame Jouffe | Médecin du travail à la ville de Rennes |
| 11- | Madame Doniol-Shaw
Intervention auprès du groupe | CNRS |

ANNEXE 2 : BIBLIOGRAPHIE

• Articles et ouvrages

- **BELANGER Hugnette et CHARBONNEAU Louise**, La santé des femmes, FMOQ – Maloine, Québec, 1995.
- **CATTANEO Nathalie**, Précarités et travail à temps partiel des femmes, l'exemple des caissières d'hypermarchés, in B. Appay et A. Thébaud, Précarisation sociale, travail et santé, CNRS, IRESO, Paris, 1997, pp. 322-340.
- **DONIOL-SHAW Ghislaine**, Les évolutions du travail des femmes dans le secteur des services et leurs effets sur la santé, CNRS-ENPC, Laboratoires techniques, Territoires et sociétés, Paris, 1998.
- **FASSIN Didier** (sous la direction de), Les figures urbaines de la santé publique, Enquête sur les expériences locales, La Découverte, Paris, 1998.
- **GIROUD Françoise**, Les françaises de la gauloise à la pilule, FAYARD, Paris, 1999.
- **Haut Comité de la Santé Publique**, Rapport sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris, 1998.
- **HUEZ Dominique**, La précarisation de la santé au travail, in B. Appay et A. Thébaud, Précarisation sociale, Travail et Santé, CNRS, IRESO, Paris, 1997, pp. 17-26.
- **JENSON Jane**, Le travail à temps partiel pour les femmes : choix de qui, solution à quoi ?, in La place des femmes, les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales, Paris, la Découverte, Collection recherches, 1995, pp. 539-545.
- **MARUANI Margaret** et ROGERAT Chantal, Les recompositions du marché du travail : problèmes sociaux et questions de recherches, in La place des femmes, les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales, Paris, La découverte, Collection recherches, 1995, pp. 524-533.

- **MESSING Karen** (sous la direction de), Comprendre le travail des femmes pour le transformer, Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité, BTS, 1999.
- **PICHEVIN Marie-France**, de la discrimination sociale entre les sexes aux automatismes psychologiques, serions-nous tous sexistes ?, in La place des femmes, les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales, Paris, La découverte, Collection Recherches, 1995, pp. 457-461.
- **SEMAT Eve** (sous la direction de), Femmes au travail, violences vécues, Revue santé et travail, Association santé et médecine du travail, Mutualité française, SYROS, mai 2000.
- **THEBAUD Annie**, Santé et travail droit et pratique du droit, réflexion autour du rôle de l'Etat, in B. Appay et A. Thébaud, Précarisation sociale, travail et santé, CNRS, IRESO, Paris, 1997, pp. 144-150.

•Textes législatifs

- Loi du 13 juillet 1983, dite « **loi Roudy** », relative à l'égalité entre les femmes et les hommes.
- **Lois Auroux**, 1982, relatives aux Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN

Selon le rapport du Haut Comité de la Santé publique sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, les femmes feraient, depuis leur entrée massive au sein de la population active, les frais de la pénurie et des restructurations du marché de l'emploi.

Aujourd'hui, nous constatons une sur-représentation des femmes dans le secteur tertiaire (55% des femmes sont des employées).

Une augmentation de la précarisation est aussi observée dans ce secteur (contraintes horaires, emplois atypiques, rythmes....).

De ce fait, les femmes apparaissent comme victimes de cette précarisation.

Ce constat pose naturellement la question du rapport entre cette précarisation du travail féminin et l'état de santé des femmes.

I – CONNAISSANCE ET DIFFUSION.

➤ Pensez-vous qu'il existe des particularités féminines pouvant entraîner une détérioration de l'état de santé des femmes au travail ?

➤ Comment avez-vous eu connaissance de ce problème ?
Avez-vous eu connaissance de rapports réalisés à ce sujet ?

➤ Comment est diffusée l'information connue au niveau de votre service ?
A qui ?

II - ACTIONS ET ACTEURS IMPLIQUES.

➤ Comment prenez-vous en compte ce phénomène dans vos actions ?
De qui émanent ces mesures ?
Y-a-t-il un référent ?
Avec qui travaille-t-il ?

- Quels autres acteurs interviennent sur ce domaine ?

Quelles mesures ?

Les moyens déployés ?

Existence d'un référent ?

III – ARTICULATIONS

- Comment vos actions s'articulent-elles avec celles des autres intervenants ?

Existe-t-il un réseau s'occupant particulièrement de ce problème ?

Est-ce une structure ponctuelle ou pérenne ?

Existence d'un interlocuteur ?

- Comment ces actions pourraient-elles être améliorées ?

- Ces mesures répondent-elles à un véritable questionnement de santé ou à un effet de mode ?

Module interprofessionnel de santé publique

– 2000 –

Thème n°1

LES EVOLUTIONS DE L'EMPLOI, LES CONSEQUENCE SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES FEMMES ET LEURS EFFETS SUR LA SANTE.

Résumé :

Le Haut Comité de Santé Publique, dans son rapport sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, a mis en lumière que les femmes font les frais des restructurations du marché de l'emploi.

Si l'on constate en effet que la précarisation est une réalité spécifique au travail des femmes et qu'elle a un impact sur leur santé, il s'avère que ce problème ne fait pas l'objet d'une véritable politique de santé publique. Tout au plus des mesures disjointes et partielles sont-elles prises par des acteurs des différents niveaux territoriaux (national, régional, local).

Il semble toutefois que cette question de la santé des femmes au travail tende à s'affranchir des modes d'approche traditionnels et parcellaires (social, familial, économique, médical...) adoptés par ces acteurs pour s'inscrire dans le champ plus globalisant d'un questionnement légitime de santé publique.

Notre étude, après avoir établi le constat de la dégradation des conditions de travail des femmes et de ses incidences sur leur santé, présente une analyse des mesures existantes et de leurs limites. Elle s'achève sur un certain nombre de propositions: celles émises par les acteurs rencontrés, et celles que modestement, en tant qu'acteurs de santé publique en devenir, nous nous permettons d'avancer.