



Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

18-2 | 2016

L'ergonomie du genre : quelles influences sur l'intervention et la formation ?

Prendre en compte le sexe et le genre dans le choix des situations à analyser : un enjeu pour l'intervention ergonomique

The Why and How of Integrating Sex and Gender in Ergonomics Interventions at the Work Situation Selection Stage

Tener en cuenta el sexo y el género en la selección de situaciones a analizar : un reto para la intervención ergonómica

Marie Laberge et Sandrine Caroly



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/4902>

DOI : 10.4000/pistes.4902

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Référence électronique

Marie Laberge et Sandrine Caroly, « **PRENDRE EN COMPTE LE SEXE ET LE GENRE DANS LE CHOIX DES SITUATIONS À ANALYSER : UN ENJEU POUR L'INTERVENTION ERGONOMIQUE** », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 18-2 | 2016, mis en ligne le 01 novembre 2016, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/4902> ; DOI : 10.4000/pistes.4902

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.



Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Prendre en compte le sexe et le genre dans le choix des situations à analyser : un enjeu pour l'intervention ergonomique

The Why and How of Integrating Sex and Gender in Ergonomics Interventions at the Work Situation Selection Stage

Tener en cuenta el sexo y el género en la selección de situaciones a analizar : un reto para la intervención ergonómica

Marie Laberge et Sandrine Caroly

1. Introduction

- 1 En 2006, L'International Ergonomics Association (IEA) créait un comité technique sur le genre, l'ergonomie et le travail. Ce comité a vu le jour à la suite de nombreuses recherches qui ont mis en évidence la pertinence de développer des interventions ergonomiques sensibles au sexe et au genre (s/g) dans le but de contribuer à un accès plus égalitaire des hommes et femmes au bien-être économique, physique et psychologique (Messing et coll., 1994 ; Fothergill et coll., 1996 ; Lippel, 1999 ; Prévost et Messing, 2001 ; Dahlberg et coll., 2004, Habib et coll., 2005 ; Messing et coll., 2006, Calvet et coll., 2011 ; Caroly, 2011 ; Laberge et coll., 2012). Karen Messing, l'une des instigatrices de ce développement, rappelait au moment de la création du comité que les hommes et les femmes ne ressentent pas les mêmes effets du travail sur leur santé car ils ont 1) des expositions différentes aux facteurs de risques professionnels, 2) des capacités de travail différentes ainsi que 3) des interactions sociales et rapports de pouvoir différents au travail et dans la vie personnelle. Ainsi, la prise en compte du s/g dans le domaine de la santé au travail est incontournable pour assurer un développement équitable des femmes

et des hommes au travail. Ce sujet interpelle particulièrement les ergonomes puisqu'ils mettent en œuvre des interventions de prévention visant la santé au travail.

- 2 Cet article vient enrichir une communication présentée lors du symposium sur « Ergonomie et Genre : agir sur le processus d'intervention » qui a eu lieu au 49^e Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française (SELF). Au cours du symposium, différents intervenants ont eu à réfléchir aux méthodes et aux retombées de la prise en compte du genre lors de la construction d'une intervention ergonomique. Le présent article vise à expliquer, à l'aide d'exemples québécois et français, comment et pourquoi le s/g peut être pris en compte lors d'une intervention ergonomique, en particulier au moment du choix des situations à analyser.
- 3 Une intervention ergonomique est une démarche structurée de compréhension du travail, qui implique la coordination d'actions stratégiques, en vue de transformer ses conditions de réalisation afin que les conséquences de ce travail sur la santé des travailleurs.euses et sur la production soient améliorées. L'analyse de l'activité est ce qui permet à l'ergonome de comprendre les déterminants du travail et ses conséquences pour les personnes et les organisations. Elle permet également d'obtenir le consensus indispensable entre les acteurs.trices pour mener à bien des projets de transformation du travail. L'intervention ergonomique implique donc nécessairement un processus d'interactions entre l'ergonome et un système d'acteurs.trices qui ont une influence sur les orientations prises ou sur les répercussions que les transformations vont avoir sur le travail. St-Vincent et coll. (2011) ont exposé les étapes nécessaires à la réalisation d'une intervention ergonomique, en décrivant chaque étape à partir de ses objectifs et de ses livrables. Ces étapes sont décrites au tableau 1.

Tableau 1. Étapes et livrables de l'intervention ergonomique (adapté de St-Vincent et coll., 2011)

Objectifs	Livrables
Analyser la demande	Mandat de l'intervention et identification des acteurs.trices à impliquer
Réaliser des investigations préliminaires	Choix des situations à analyser
Analyser une situation de travail et formuler un prédiagnostic ergonomique	Prédiagnostic
À partir du prédiagnostic, établir un plan d'action	Plan d'action et création des structures participatives nécessaires (ex. : comités ad hoc)
Approfondir la compréhension de l'activité de travail, si nécessaire	Investigations approfondies
Concevoir des projets de transformation	Situations de travail transformées

- 4 Cet article porte particulièrement sur l'étape du choix des situations à analyser, indispensable pour déterminer les variables à prendre en compte dans la conduite de projets en ergonomie. 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. Elle correspond plus ou moins à l'analyse du contexte décrite par Baril-Gingras et coll. (2010). À cette étape, l'ergonome recherche les données pertinentes pour instruire l'intervention et les communique ensuite aux acteurs.trices impliqué.e.s afin d'obtenir un consensus sur les situations à analyser. Elle est donc fondamentale pour assurer que les particularités du travail des hommes et des femmes soient prises en compte dès le départ de l'intervention. Cette prise en compte du s/g peut s'appréhender de deux manières. Premièrement, elle peut émerger de façon contingente parce que l'analyse des données préliminaires converge vers l'importance de considérer les différences entre les hommes et les femmes. Deuxièmement, elle peut être conséquente à une demande qui d'emblée identifie une catégorie de personnes plus à risque, sur la base de son sexe biologique ou social, avec souvent des stéréotypes sous-entendus. Les deux exemples qui seront discutés dans cet article illustrent chacun de ces deux cas de figure.

- 5 L'objectif de l'article 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. Ainsi, pour expliquer comment et pourquoi il est important de prendre en compte le s/g au moment du choix des situations à analyser, l'article présentera deux exemples. Ces exemples illustrent comment la recherche d'informations peut être orientée pour changer les représentations des acteurs.trices afin que l'intervention ergonomique considère des situations de travail à transformer qui tiennent compte de l'objectif d'améliorer l'égalité entre les hommes et les femmes quant aux conséquences du travail sur la santé et la production.
- 6 Le premier exemple illustre comment l'analyse préliminaire des données sur les troubles musculosquelettiques (TMS) des salariés et les conditions d'exercice du métier du médecin du travail (MDT) ont conduit au choix d'une situation à investiguer le s/g, celle de la visite médicale de salarié.e.s dans le contexte du maintien en emploi¹. La recherche n'était pas organisée pour faire apparaître une question liée aux rapports sociaux de genre entre les médecins et les salariés traités, mais l'investigation de données préliminaires, à la suite des premières observations de visite médicale et entretiens avec les médecins a fait apparaître une question sur le s/g dans les relations de travail entre les médecins et les salariés. Dans ce premier cas, il est apparu intéressant d'investiguer les variables liées au s/g des salariés ayant des TMS et de leur prise en charge de MDT hommes et femmes dans le contexte du maintien en emploi, notamment pour la suite de l'intervention dans l'analyse de l'activité de la visite médicale croisant le s/g du MDT et du salarié.
- 7 Le second exemple porte sur une demande de développement d'une formation à la santé-sécurité du travail s'adressant à des élèves inscrits au *Parcours de formation axée sur l'emploi (PFAE)* qui comportait une dimension fortement liée au genre dès le départ, puisque ce programme accueille une majorité de jeunes hommes. En effet, les demandeurs soulignaient alors leur intérêt pour la prévention des risques liés aux conditions de travail dans les métiers typiquement masculins et aux caractéristiques comportementales attribuées préférentiellement aux jeunes hommes (témérité, prise de risque intempestive). Le PFAE est un programme scolaire québécois visant le développement de l'employabilité qui s'adresse à des élèves ayant des difficultés d'apprentissage ou des troubles d'adaptation assez importants. Ce programme est fondé sur l'alternance école/travail par le biais de stages d'apprentissage de métiers peu spécialisés. Ainsi, dès le

départ, la demande ciblait des problèmes qui concernaient plus spécifiquement les jeunes travailleurs masculins, avec en trame de fond des stéréotypes liés à la plus grande pénibilité du travail dans les métiers manuels masculins. Dans cet exemple, 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 et questionner certains préjugés. Cette étape a donc été cruciale pour que s'opère un changement des représentations des demandeurs et des enseignant.e.s-formateurs.trices 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, même si elles sont moins nombreuses et peut-être moins à risque au tout début de leur vie professionnelle. Il s'agissait donc d'une demande intégrant les questions de s/g dès le départ, qui étaient en partie fondées sur des préjugés.

2. Exemple 1. Les pratiques de médecins du travail dans la prévention des TMS chez les salariés hommes et femmes

- 8 Dans le cadre d'un projet de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), une recherche-action a porté sur l'activité des MDT dans la prévention des TMS (Caroly et coll., 2011). En effet, les MDT sont des acteurs.trices clés du dispositif santé-travail, dont il est important d'analyser l'activité pour comprendre leurs ressources et leurs empêchements dans l'efficacité des actions de prévention des TMS.
- 9 Cette recherche ne portait pas initialement sur la question du genre. C'est plutôt la chercheuse qui a porté cette préoccupation du s/g dans l'intervention auprès d'un collectif de médecins du travail lors d'entretiens collectifs d'auto-confrontation sur les premières traces d'analyse du travail. La situation initialement prévue par ce collectif de MDT est celle de la visite médicale du salarié. L'investigation préliminaire des données, du point de vue du s/g, sur les TMS des salariés, le maintien en emploi, les pratiques des médecins et leurs propres caractéristiques, a conduit la chercheuse à questionner le collectif de MDT sur les conditions d'efficacité et d'efficience des actions du MDT dans la prévention des TMS. Cette réflexion a enrichi le débat entre eux sur la nécessité d'approfondir l'analyse des situations des salarié.e.s selon leur s/g sur les difficultés rencontrées dans le maintien en emploi et les marges de manœuvre disponibles pour les MDT pour y faire face dans leur activité de visite médicale.
- 10 Les investigations préliminaires ont porté sur différentes informations : données statistiques, législatives, démographiques sur les caractéristiques des populations au travail atteintes par les TMS, les situations de maintien en 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 enrichi la compréhension des situations de visites médicales visant le maintien en emploi de salariés hommes et femmes, notamment selon qu'elles sont réalisées par des médecins hommes et femmes.

2.1 Informations sur les TMS des salarié.e.s

- 11 La recherche d'informations détaillées sur les caractéristiques de salarié.e.s 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 aux épaules, au cou et/ou à d'autres membres supérieurs (poignet, bras, coude) au cours des douze derniers mois. Les TMS, plus fréquents chez les femmes que chez les hommes en France, 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 et de 65 % dans la production textile (Roquelaure, 2005). Elle 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 matière d'expositions aux TMS ainsi que des modes de régulations pour y faire face. Les conséquences sur la santé ne sont pas non plus les mêmes à court ou long terme selon le s/g.

- 12 Les MDT, qui connaissent ces données de santé au travail selon le s/g, peuvent être influencés dans leur façon de 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.

2.2 Informations sur le maintien dans l'emploi des salarié.e.s

- 13 La prévention des TMS se réalise plus souvent aux niveaux 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 désignations en situation de handicap sont hétérogènes selon les catégories de reconnaissance que détiennent les hommes et les femmes. En 2013, les chiffres indiquent que le maintien en emploi des hommes est un peu plus important que celui des femmes (54 % pour les hommes contre 46 % pour les femmes) (Données INSEE). Les emplois de travailleurs handicapés, en tant que salariés des secteurs privés, sont plus élevés chez les hommes (64 % c. 59 % de l'ensemble des salariés) que chez les femmes (36 % c. 41 % de l'ensemble des salariés) (Données 2010-DARES). Tandis que la population des pensionnés d'invalidité est plus féminine. Ces différences dans les formes de prise en charge du handicap ou de l'incapacité au travail pourraient s'expliquer en partie par des expositions qui ne sont pas reconnues de la même façon pour les hommes et les femmes dans les tableaux de reconnaissance de la pathologie liée au travail. Certaines, plus facilement repérables, mesurables, plus « reconnues » 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), expositions moins reconnues dans les tableaux de reconnaissance de

maladie professionnelle TMS. Les bénéficiaires détenant une reconnaissance d'accident de travail et de maladie professionnelle sont principalement des hommes (81 %). Ainsi, 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 de poser un diagnostic médical et d'instruire un dossier (ex. délais de prise en charge). Les MDT tiennent-ils compte des expositions moins visibles des femmes dans leur diagnostic médical ? Comment les médecins gèrent-ils ces différences d'exposition et de reconnaissance de ces expositions entre les hommes et les femmes ?

2.3 Information sur les contraintes domestiques des salarié.e.s

- 14 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 (5 h 1) que chez les hommes (2 h 7) 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.
- 15 Les MDT tiennent-ils compte des différences d'exposition hors travail des salariés hommes et femmes ? Quels sont les stéréotypes liés au s/g entretenus par les MDT dans leur diagnostic médical ?

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

- 16 Dans le contexte de la prévention des risques, les MDT jouent un rôle essentiel : recueil des données de santé au travail par le biais des plaintes exprimées par les salarié.e.s 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 lors de visites médicales du salarié - au moment de son embauche, de visite annuelle ou bisannuelle et de reprise après un long arrêt de travail - et une activité d'actions en entreprise représentant 1/3 de son temps (participation au CHSCT, étude de poste, information et sensibilisation sur les risques professionnels, etc.). L'activité de gestion du maintien en emploi du salarié pour le MDT se trouve essentiellement dans la visite de reprise ou à la demande du salarié.
- 17 Le décalage entre leur activité et les réformes en cours en France (2004, 2006, 2011, 2016) expose les médecins à des injonctions contradictoires : par exemple, entre répondre aux besoins du salarié (qui ne veut pas de statut de travailleur.euse handicapé.e ou de restriction d'aptitude par peur de perdre son emploi et d'être stigmatisé dans l'équipe) et aux besoins de l'entreprise (volonté de se séparer d'un.e salarié.e). On peut se demander si la gestion de ces injonctions contradictoires par le MDT varie selon les situations différentes de travail des salariés hommes et femmes liées au s/g et les effets possibles sur les TMS. Par exemple, le médecin n'est pas confronté au même dilemme sur la protection de l'emploi pour une femme exerçant dans le secteur du nettoyage et un homme dans le secteur de l'informatique. Les possibilités de retrouver un emploi en cas

d'invalidité ne sont pas les mêmes, ni la perte de salaire : une femme peu qualifiée aura plus de difficultés à sortir de sa situation de chômage.

2.5 Information sur le vieillissement et les caractéristiques de sexe des médecins

- 18 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 pour la possibilité de concilier le travail et le hors travail.
- 19 Le sexe du médecin joue-t-il un rôle dans la façon de réaliser la visite médicale de maintien en emploi de salarié femmes et hommes atteints de TMS ? Le choix du métier en partie pour des horaires facilitant la gestion de la vie hors travail pour les MDT femmes a-t-il, par exemple, une influence sur la façon de questionner les horaires des salarié femmes et hommes dans la conciliation travail et hors travail ?

2.6 Des informations qui orientent le choix des situations à investiguer pour l'analyse approfondie de l'activité des MDT

- 20 Les données investiguées selon le s/g font apparaître : plus de TMS chez les salariées femmes, moins reconnues que les salariés hommes dans les dispositifs de travailleurs.euses handicapé.e.s, ainsi que plus de contraintes à domicile chez les femmes. Le maintien en emploi occupe une place importante dans les tâches du MDT. De plus, la population des médecins du travail est plutôt féminine et vieillissante.
- 21 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 pour réaliser leur activité de visite médicale de salarié.e.
- 22 Les médecins volontaires pour participer à l'analyse de leur propre activité sont deux hommes âgés de plus de 55 ans et six femmes majoritairement âgées de 40-55 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 sur des salariés hommes (5) - cf. tableau 2. Les contextes de travail des salarié.e.s rencontré.e.s dans ces consultations médicales de maintien dans l'emploi sont caractéristiques de la division de l'emploi selon s/g : on retrouve les salariées femmes plutôt dans le secteur du nettoyage, les salariés hommes dans le secteur industriel et de la construction, et enfin les deux sexes dans le montage et le commerce. Derrière l'emploi, pour un même intitulé, le travail n'est pas identique pour les hommes et les femmes en matière d'exposition et d'atteintes à la santé.

Tableau 2. Répartition des entretiens de visite de reprise après un congé pour TMS selon le sexe du MDT et des salariés

	MDT hommes	MDT femmes	Total

Salariés hommes	4	1	5
Salariées femmes	5	7	12
Total	9	8	17

- 23 Les entretiens de consultations du médecin avec le salarié 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 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 du poste, etc.).
- 24 Cette construction méthodologique a permis par la suite d'obtenir des résultats originaux qui ont pu être débattus à nouveau avec un point de vue s/g dans le collectif mixte de MDT. 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 pour la reprise progressive du travail quand elles rédigent la fiche d'aptitude du salarié remise à l'employeur. Tandis que les médecins hommes interrogent moins sur cette conciliation. Ils portent néanmoins davantage leur diagnostic médical sur les capacités de reprise du salarié homme et femme sur les capacités à tenir des tâches domestiques pendant l'arrêt de travail (ex. : la vaisselle et la cuisine pour les femmes, le jardin ou le bricolage pour les hommes), avec un questionnement relativement stéréotypé, pour estimer les capacités professionnelles restantes (ex. : ne pas pouvoir porter une casserole lourde pleine d'eau et la difficulté probable de manutention de charges dans le travail) et définir un temps de travail progressif de reprise du poste.

3. Exemple 2. Prévention des lésions professionnelles et formation par alternance

- 25 Lors de la mise en œuvre de la formation en alternance pour des métiers semi-spécialisés par le ministère de l'Éducation québécois en 2008-2009, un besoin de développement d'une formation à la prévention des lésions professionnelles s'est présenté. Le *Parcours de formation axée sur l'emploi (PFAE)*, dont fait partie la *Formation menant à l'exercice d'un métier semi-spécialisé (FMS)*, s'adresse aux élèves de 15-17 ans éprouvant des difficultés d'apprentissage et qui sont à risque d'abandon scolaire. Les élèves qui y sont orientés sont majoritairement masculins. Le développement de la formation spécifique à la SST a compté deux phases qui, chacune, correspond à une adaptation de l'intervention ergonomique telle que proposée par St-Vincent et coll. (2011)². Dans cet article, nous reprenons ces deux phases pour illustrer comment les investigations préliminaires ont mené à une plus grande considération de l'équité hommes-femmes dans le développement de la formation et dans la réduction des préjugés basés sur le genre :
- **Phase 1** : Développement du contenu et des modalités de la formation à la SST pour les élèves de la FMS.
 - **Phase 2** : Implantation de cette formation dans une dizaine d'écoles québécoises, en collaboration avec les enseignant.e.s

- 26 Lors de la première phase, le choix des situations avait été orienté en fonction de **l'activité des élèves apprenti.e.s** ; à ce moment, le principal déterminant de l'activité identifié avait été l'environnement social d'apprentissage. Lors de la phase suivante, il est apparu que **l'activité des enseignant.e.s superviseur.e.s** devait être au cœur des analyses, puisque ce sont eux qui doivent en première instance mettre en œuvre la formation pour les élèves apprenti.e.s. Dans les deux phases, un comité de suivi a été mis sur pied afin d'orienter les travaux de recherche et de collaborer au développement et à l'implantation de la formation.

3.1 Première phase : investigations préliminaires pour l'analyse de l'activité des élèves apprenti.e.s

- 27 La première phase visait le développement d'une formation permettant une équité en matière de santé au travail pour les jeunes apprenti.e.s. Lors de la mise en œuvre du PFAE, les besoins de formation exprimés par les partenaires sociaux, provenant principalement du monde de l'éducation et de la santé au travail, 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. La première phase impliquait l'analyse de l'activité des étudiants à la FMS.
- 28 Pour s'assurer d'une meilleure prise en compte de tous les types de risques à la santé, y compris ceux qui concernent davantage les femmes, les investigations préliminaires ont visé à défaire certains préjugés concernant les métiers choisis par les hommes et les femmes, ainsi que les risques associés. Plus spécifiquement, sur le plan méthodologique, cette phase a consisté à rechercher des informations documentaires sur le programme et des informations scientifiques pour mieux connaître les risques de SST touchant les jeunes travailleurs.euses. De même, des entretiens préliminaires avec deux enseignants, un homme et une femme, et deux conseillères pédagogiques, ont été réalisés. Les informations documentaires consultées sont les suivantes : le programme national d'éducation encadrant ce cycle d'étude, les statistiques d'effectif scolaire enregistrées par le ministère, le répertoire des métiers semi-spécialisés, la liste des tâches et compétences attendues dans les métiers typiquement féminins et masculins. La revue de littérature scientifique a porté sur la SST des jeunes, en particulier sur les facteurs de risques de se blesser en fonction du s/g. Les entretiens préliminaires ont permis de documenter la façon de mettre en œuvre le placement en stage et la formation à la SST auprès des élèves hommes et femmes, ainsi que les changements prévus au programme, notamment sur l'offre de nouveaux métiers masculins ou féminins.
- 29 La première source d'investigation préliminaire provenait d'une recension de la littérature scientifique. Elle a permis de faire ressortir que l'âge est un facteur associé au risque de se blesser pour les jeunes hommes principalement (Arcand et coll., 2001 ; Gervais et coll., 2006 ; Breslin et coll., 2007 ; Sabag-Vaillancourt et Mathieu, 2006 ; Duguay et coll., 2008). Les femmes sont plus nombreuses en proportion à se blesser plus tard dans le cours de leur vie professionnelle. La nature des blessures est également différente. La proportion des maladies professionnelles est plus importante pour les femmes que pour les hommes et la durée d'absence pour maladie l'est également aussi, en particulier pour les troubles musculosquelettiques (TMS). Ces données recueillies au cours des investigations préliminaires ont permis de convaincre les membres du comité de suivi

qu'il était important de développer un programme de prévention qui vise les accidents, mais également les facteurs de risque de maladies qui apparaîtront plus tard. En outre, ces données ont permis de cibler des situations de travail comportant des risques de TMS, même si ce n'est pas à l'âge des apprenti.e.s de la FMS que ce type de lésion survient. Les ergonomes ont convaincu les partenaires de l'importance de développer des outils de formation non seulement pour les risques imminents liés aux accidents de travail en stage d'apprentissage, mais aussi pour développer une culture de prévention tout au long de la vie.

- 30 La seconde source d'information préliminaire provenait des différents documents ministériels et sites Web institutionnels du système éducatif québécois. Ces informations ont révélé que les métiers de la FMS visaient davantage des intérêts manifestés par les hommes et que peu de métiers s'adressaient spécifiquement aux jeunes femmes (Laberge et coll., 2010). Par ailleurs, la définition du référentiel des compétences pour les métiers d'intérêt féminin et masculin a permis de constater les défis d'apprentissage en lien avec chaque type de métier, avec une prépondérance des risques psychosociaux dans les métiers visant des intérêts féminins (ex. service à la clientèle, vente - prévention des vols). Cette catégorie de risque n'était pas du tout évoquée a priori au moment de planifier la formation. Ces informations ont toutefois permis d'obtenir un consensus sur le fait qu'il fallait considérer la charge physique de travail, mais également la charge mentale, lors de l'analyse des exigences et des risques associés.
- 31 Enfin, une troisième source d'information analysée provenait des entretiens avec des enseignants et conseillers pédagogiques concernant les transformations prévues au programme de formation. Cette étape a permis d'apprendre que le ministère envisageait faire l'ajout de métiers visant davantage les femmes. Cette dernière information a été utile pour convaincre les partenaires d'inclure les facteurs de risques propres à ces métiers dans la future formation.
- 32 En bref, les investigations préliminaires de la première phase ont permis pour les phases subséquentes de l'intervention de :
 - Identifier les TMS et la santé mentale comme des affections de santé à inclure dans le développement de l'intervention.
 - Prendre en considération les facteurs de risque qui touchent des conditions de travail typiques des femmes (ex. : travail statique ou répétitif, travail au contact de la clientèle).
 - S'assurer de collecter des données pour une grande variété de contextes de travail.
- 33 Au terme de la première phase, les ergonomes, en collaboration avec le comité de suivi, ont conçu un manuel de formation s'adressant aux enseignant.e.s, de même que sept outils d'aide à l'apprentissage de la SST. Ces outils ont été conçus pour être utilisés d'abord par les enseignant.e.s superviseur.e.s de stage, responsables de les mobiliser, et ensuite, par les utilisateurs.trices destinataires, soit leurs élèves et divers interlocuteurs.trices en milieu de stage. La conception du dispositif de formation a explicitement intégré une approche différenciée par rapport au genre, notamment en identifiant certains stéréotypes liés au genre à éviter (ex. : les métiers féminins sont moins risqués).

3.2 Deuxième phase : Les investigations préliminaires pour l'analyse de l'activité des enseignants superviseurs

- 34 Le contexte de réalisation de la deuxième phase correspondait à une étude de cas multiple visant l'évaluation d'utilisation de la formation conçue en phase 1 par des enseignant.e.s de la FMS (Laberge et coll., 2013 ; Laberge et coll., 2014 ; Laberge et Pinet, 2014). Cette deuxième phase a impliqué l'analyse de l'activité de travail des enseignants à la FMS. Par rapport au genre, l'objectif de la deuxième phase était d'analyser les activités pédagogiques mises en œuvre par les enseignants afin d'évaluer si elles favorisent une formation juste et équitable des élèves masculins et féminins en matière de SST. Elle a aussi intégré l'analyse des rapports sociaux liés au genre entre enseignant.e.s et interlocuteurs.trices des entreprises, puisqu'ils ont été identifiés comme pouvant influencer la qualité et la nature des interactions de supervision. Une démarche d'intervention a aussi été mise en œuvre lors de cette phase ; elle visait à bonifier les outils de formation développés au terme de la première phase et à les enrichir de supports d'utilisation pour faciliter leur appropriation par les enseignant.e.s (ex. : consignes d'utilisation, conditions nécessaires).
- 35 Dans cette deuxième phase, l'intervention a intégré de nouvelles investigations préliminaires qui ont porté sur 1) l'analyse des résultats de la phase précédente, 2) l'accompagnement et l'observation de l'activité de supervision d'une enseignante lors de visites de supervision en stage (24 apprenti.e.s supervisé.e.s, réparties sur cinq jours de visite en entreprise) et 3) un entretien initial individuel auprès des dix enseignant.e.s participant.e.s.
- 36 La prise en compte des résultats de la phase précédente a mis en évidence la faible connaissance des enseignant.e.s quant aux risques liés au TMS (facteurs de risque, métiers types) et quant à leurs conséquences à long terme, soit un type d'affection de santé proportionnellement plus important chez les femmes lorsqu'elles vieillissent. Par ailleurs, une enseignante avait exprimé de fortes réserves à aborder la question des douleurs musculosquelettiques auprès des élèves par crainte de fournir une excuse pour s'absenter en stage.
- 37 L'observation de 24 visites de supervision par une enseignante a révélé qu'elle hésitait dans plusieurs milieux à poser des questions relatives aux risques de SST, peu importe la nature des risques. En effet, des actions de l'enseignante liées à la SST ont été observées seulement lors de quatre visites de supervision, toutes pour des apprentis masculins. Parmi ces actions, deux concernaient le port ou l'attribution des EPI, une portait sur la couverture d'assurance en cas de lésion et la dernière portait sur la sécurité des machines. Ce résultat préliminaire portant sur une seule enseignante qui hésitait à aborder la question de la SST en milieux de stage a mené les chercheurs à documenter de manière plus systématique le sentiment d'efficacité personnelle et le pouvoir d'agir des enseignants auprès des entreprises en matière de SST. Notamment, ce résultat a justifié une analyse plus détaillée de l'utilisation des outils de formation qui requièrent une collaboration entreprise-école.
- 38 Enfin, des entretiens initiaux avec les 10 enseignants impliqués dans la seconde phase ont permis de compléter les investigations préliminaires. Les résultats ont confirmé la proportion plus élevée d'élèves masculins (68 %) et une forte division sexuelle dans le choix de métier. À la question leur demandant s'ils adaptaient leur supervision en

fonction du genre de leurs élèves, la majorité des enseignant.e.s s'est défendue d'adopter une approche différenciée. Ils.elles ont cependant déclaré adapter leur supervision en fonction du type de milieu, du type d'employeur ou en fonction des difficultés particulières des élèves ; ces éléments sont pourtant fortement influencés par le genre. Ils.elles insistent sur le fait de traiter leurs élèves de manière « égale ». Parmi les enseignant.e.s qui déclarent adapter leurs approches en fonction du genre, l'évocation de certains stéréotypes (ex. : « *c'est plus facile de superviser les filles* ») a été dénotée. Par ailleurs, certain.e.s enseignant.e.s ont rapporté des particularités de supervision en lien avec leur propre genre, comme se sentir moins à l'aise pour superviser dans des milieux associés au genre opposé. Devant la réticence à évoquer une supervision différenciée en fonction du genre et un discours parfois empreint de stéréotypes, il a été décidé d'analyser les pratiques différenciées en fonction du genre à partir d'anecdotes (lorsque les enseignant.e.s parlent d'un élève en particulier) plutôt que d'aborder cette question de front dans les étapes subséquentes de l'analyse. Ce choix a permis de faire un portrait plus juste de certains stéréotypes à aborder dans la formation des maîtres.

- 39 En bref, les investigations préliminaires de la seconde phase ont permis pour les phases subséquentes de l'intervention de :
- Faire un suivi plus rigoureux de l'expérimentation de certains outils d'apprentissage qui portent sur les TMS et les douleurs musculosquelettiques. Notamment sur cette question des TMS, les données préliminaires ont mené à l'approfondissement de la perception des liens entre l'expression de la douleur et la justification d'absences des élèves en stage. Ce constat a été utilisé pour développer un nouveau discours concernant la douleur. La nouvelle version des outils utilise la conscience du corps pour solliciter des opportunités de transmission de savoirs par les pairs plutôt que la justification d'une absence.
 - Choisir une méthode d'analyse des situations plus appropriée pour mettre en évidence la persistance de stéréotypes liés au genre, à utiliser pour confronter les enseignant.e.s à leurs propres préjugés, afin qu'ils.elles développent volontairement une approche sensible au genre moins empreinte de ces préjugés (Laberge et coll., 2013 ; Laberge et Pinet, 2013).
 - Faire émerger la question des relations sociales de pouvoir ou d'influence entre les enseignant.e.s et les milieux de travail, qui sont influencées par le genre des uns et des autres (Tondoux et Laberge, 2015).
- 40 La seconde phase a permis de redéfinir le rôle des enseignants superviseurs de stage afin de professionnaliser ce rôle, tant au niveau des connaissances de la SST (ex. : comment aborder les TMS avec leur élèves), qu'au niveau de l'affirmation professionnelle identitaire des enseignant.e.s. Sur ce dernier point, les enseignant.e.s seront mieux formé.e.s pour affirmer une identité professionnelle forte afin d'éviter que leurs interlocuteurs leur attribuent une identité liée uniquement à leur genre et/ou teintée de préjugés. Cette condition est essentielle pour que les enseignants puissent jouer un rôle actif dans la prévention des lésions de leurs élèves en stage.

4. Discussion générale : choix des situations et genre

- 41 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.euses qui éprouvent un TMS, hommes ou femmes, alors que l'on sait que les TMS se manifestent de manière différente 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, métier surtout féminin, 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 salarié.e.s. La prise en compte du s/g est apparue pertinente à creuser tant par rapport à la santé des salarié.e.s 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 leur métier.

- 42 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 faire la démonstration, par des investigations préliminaires, qu'il était important de se préoccuper aussi de la santé et de la sécurité des jeunes apprenties femmes. Cela s'est fait en expliquant mieux les déterminants sociaux du choix des métiers, les déterminants du travail dans les métiers choisis par les uns et les autres, ainsi que les conséquences sur différentes affections de santé dans le cours de vie d'une personne. Ces analyses ont permis ensuite d'élargir les représentations sur les liens entre le s/g, la santé, les expositions et l'expérience dans le métier. 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.
- 43 Dans les deux cas, il apparaît que le s/g de l'utilisateur destinataire (le patient, l'élève stagiaire) est à prendre en compte dans l'analyse de la demande d'intervention et les données à recueillir dans l'étape préliminaire d'investigation de l'analyse du travail, ainsi que le s/g de celui qui réalise un service (MDT dans la santé au travail, formateur.trice dans la formation professionnelle). Ce double croisement des regards peut conduire à mieux comprendre ce qui se joue dans l'interaction entre un usager et celui.celle qui délivre une prestation du point de vue du s/g pour engager des discussions et des débats sur le travail réel de la relation de service et améliorer la prise en compte de la santé/travail pour les femmes et les hommes (Tondoux et Laberge, 2015).
- 44 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 nos réflexions sur genre, activité et santé, les recherches du CREAPT en démographie du travail ont porté sur des interventions en ergonomie où la question de l'âge ne faisait pas partie des demandes initiales (Molinié et coll., 2012). Pourtant la prise en compte de l'âge a conduit les acteurs.trices 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 nos réflexions sur s/g, nous espérons susciter une discussion sur les variables de s/g dans le travail et leurs relations avec la santé, de la même façon que la réflexion sur l'âge a permis de développer une prévention durable en fonction des caractéristiques des populations et de leur situation de travail.
- 45 Du point de vue de la méthodologie, nous avons vu à travers les exemples présentés que plusieurs sources de données peuvent être explorées pour faire émerger des considérations de s/g : statistiques démographiques ou épidémiologiques, documents

législatifs, procédures, dispositifs ou prescriptions, etc. Cela dit, pour prendre véritablement en compte le s/g, il ne suffit pas de présenter des données distinctes pour les hommes et les femmes. Il faut aussi lire les données en appliquant le principe de la triangulation afin de faire émerger des situations de discrimination systématique liées à la construction de normes sociales et culturelles (conditions d'emploi, de travail et de vie hors travail) (Messing et Chatigny, 2004 ; Chatigny et coll., 2005 ; Messing et coll., 2005 ; Calvet et coll., 2011 ; Laberge et coll., 2012 ; Caroly et Laberge, 2013). L'enjeu est de mieux comprendre les processus à l'œuvre qui peuvent soumettre préférentiellement l'un des deux groupes à des situations de vulnérabilité par rapport à la santé et au travail. 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.

- 46 Par ailleurs, les exemples présentés proviennent de deux systèmes législatifs différents, l'un en France et l'autre au Québec. Le premier s'insère dans le système « santé au travail », alors que le second se trouve fortement lié au système « éducation ». Il est important de se rappeler que le genre est déterminé par les constructions sociales au sein d'une culture donnée qui teintent les représentations des acteurs sociaux (Messing et Chatigny, 2004 ; ISFH, 2012), et qui pourraient expliquer que les changements de lois, pratiques et politiques sont parfois longs à implanter. C'est ce qui permet d'orienter 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, les expositions professionnelles et leur impact sur la santé.
- 47 Pour conclure, nous aimerions ouvrir le débat sur les évolutions de la pratique du métier de l'ergonome, qui prennent davantage en compte les questions de s/g dans l'intervention. St-Vincent et coll. (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 la personne humaine ne sont pas suffisantes pour garantir le succès d'une intervention ergonomique. Les auteur.e.s 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

- Arcand, R., Labrèche, F., Stock, S., Messing, K., Tissot, F. (2001). Travail et santé. Dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, p. 525-570, Institut de la statistique du Québec, Montréal.
www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/enquete-sociale-sante.pdf
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M., Poulin, P., Ross, J. (2010). *Recueil d'outils sur les aspects sociaux et organisationnels des interventions externes en SST. Partie 3 - Guide pour l'analyse du contexte*. IRSST, Montréal, RA3-647, 55 p. www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RA3-647.pdf
- 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.
- Calvet, B., Riel, J., Couture, V., Messing, K. (2012) Work organisation and gender among hospital cleaners in Quebec after the merger of 'light' and 'heavy' work classifications. *Ergonomics*, 55, 2, 160-172.
- Caroly, S. (2011). How police officers and nurses regulate their combined domestic and paid workloads to manage their schedules: A gender analysis. *Work: Journal of prevention Assessment & Rehabilitation*, 40, 1, 71-82.
- Caroly, S., Cholez, C., Landry, A., Davezies, P., Poussin, N., Bellemare, M., Coutarel, F., Garrigou, A., Chassaing, K., Petit, J., Baril-Gingras, G., Prudhomme, D., Parrel, P. (2011). *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contraintes*. Rapport ANR SEST. <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00676973>
- Caroly, S., Laberge, M. (2013). Le choix des situations à analyser selon le sexe et le genre : quelles questions dans l'intervention ergonomique ? *Actes du 48e Congrès de la SELF « Ergonomie et Société : quelles attentes, quelles réponses ? »*, 28-30 août 2013, Paris, France.
- Chatigny, C., Messing, K., Laperrière, E., Thibault, M.-C. (2005). Battle fatigue: Identifying stressors that affect counsellors in women's shelters. *Canadian Woman Studies*, 24, 1, 139- 144.
- Dahlberg, R., Karlqvist, L., Bildt, C., Nykvist, K. (2004). Do work technique and musculoskeletal symptoms differ between men and women performing the same type of work tasks? *Applied Ergonomics*, 35, 6, 521-529.
- Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). (2010). L'emploi des travailleurs handicapés dans les établissements de 20 salariés ou plus du secteur privé : bilan de l'année 2010. Dans *Dares Analyses*. Nov. 2012, n 79. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, France. http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2012-079sans_tab.pdf
- Dellacherie, C., Frimat, P., Leclercq, G. (2010). *La santé au travail. Vision nouvelle et professions d'avenir*. Rapport remis au ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, au ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et au ministre de la Santé et des Sports, France, 96 p. www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000434.pdf
- Duguay, P., Massicotte, P., Prud'homme, P. (2008). *Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2000-2002. I - Profil statistique par activité économique*. IRSST, Montréal, R- 547, 142p.
www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-547.pdf

- Eurofound. (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 161 p. www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2011/82/en/1/EF1182EN.pdf
- Fothergill, D.M., Grieve, D.W., Pheasant, S.T. (1991). Human strength capabilities during one-handed maximum voluntary exertions in the fore and aft plane. *Ergonomics* 34, 5, 563-573.
- Gervais, M., Massicotte, P., Champoux, D. (2006). *Conditions de travail, de santé et de sécurité des travailleurs du Québec*. IRSST, Montréal, R-449, 133p. www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-449.pdf
- Habib, R.R., Hamdan M., Nuwayhid I., Odaymat F., Campbell O.M. (2005). Musculoskeletal disorders among full-time homemakers in poor communities. *Women Health*, 42, 2, 1-14.
- Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH). (2012). L'influence du genre et du sexe Un recueil de cas sur la recherche liée au genre, au sexe et à la santé. Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Ottawa, 117 p. http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/What_a_Difference_Sex_and_Gender_Make-fr.pdf
- 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.
- Laberge, M. (2011). *Accueil et intégration sécuritaire et compétente en emploi des élèves inscrits à la formation menant à un métier semi-spécialisé du parcours de formation axée sur l'emploi*. Thèse de doctorat, UQAM, Montréal, 262 p.
- Laberge, M., Vézina, N., Saint-Charles, J. (2012). Safe and healthy integration into semiskilled jobs: does gender matter? *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 41, suppl. 1, 4642-4649.
- Laberge, M. (2012). Intervention development research fostering OHS skills development for young apprentices in semi-skilled trades. Dans *2nd Conference WDPI, Healthy ageing in a working society*, October 22-24, 2012. Groningen, Netherland.
- Laberge, M. (2013). Une intervention ergonomique pour développer des outils d'aide à l'apprentissage de la SST. Dans *Actes du 48^e Congrès de la SELF « Ergonomie et Société : quelles attentes, quelles réponses ? »*, 28-30 août, Paris, France.
- Laberge, M., Calvet, B., Vézina, N., MacEachen, E., Poirier-Lavallée, M., Durand, M.J. (2013). Évaluation d'utilisation d'outils d'apprentissage de la SST développés en ergonomie pour la formation en alternance. Dans *Actes du 48^e Congrès de la SELF « Ergonomie et Société : quelles attentes, quelles réponses ? »*, 28-30 août, Paris, France.
- Laberge, M., McEachen, E., Tondoux, A., Calvet, B. (2014). Utilization evaluation of a work integration program for adolescents with learning difficulties. Dans *Third Scientific Conference on WDPI: Implementing Work Disability Prevention Knowledge*, Toronto, 29-30 septembre.
- Laberge, M., Pinet, A. (2014). Prise en compte du genre dans le développement d'une formation à la prévention des lésions professionnelles s'adressant à des superviseurs de stage et apprentis en métiers semi-spécialisés. Dans *Congrès de l'Association Canadienne d'Ergonomie (A. 2-14)*, Montréal, 7-9 octobre.
- Lippel, K. (1999). Workers' compensation and stress: Gender and access to compensation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 1, 79-89.
- Messing, K., Dumais, L., Courville, J., Seifert, A.M., Boucher, M. (1994). Evaluation of exposure data from men and women with the same job title. *Journal of Occupational Medicine*, 36, 8, 13-17.

- Messing, K. et Chatigny, C. (2004). Travail et genre. Dans *Traité d'ergonomie* ed. P. Falzon, p. 301-316. Presses Universitaires de France, Paris.
- Messing, K., Seifert, A.M., Vézina, N., Balka, E., Chatigny, C. (2005). Qualitative research using numbers: Analysis developed in France and used to transform work in North America. *New solutions*, 15, 3, 245-60.
- Messing, K., Seifert, A.M., Couture, V. (2006) Les femmes dans les métiers non traditionnels : Le général, le particulier et l'ergonomie. *Travailler*, 15, 131-148.
- Molinié, A.F., Gaudart, C., Pueyo, V. (2012). La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail (p. 221-234). Toulouse : Octarès.
- Molinié, A.F., Volkoff, S. (1980). Les conditions de travail des ouvriers... et des ouvrières. *Économie et statistique*, 118, 25-39.
- Prévost, J., Messing, K. (2001) Stratégies de conciliation d'un horaire de travail variable avec des responsabilités familiales. *Le travail humain*, 64, 2, 119-143.
- Patton, M.Q. (2008). *Utilization-Focused Evaluation*. 4th Edition. SAGE Publications, Thousand Oaks, Canada, 688 p.
- 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° F1104, 50 p. http://insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/F1104.pdf
- 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. *Institut de veille sanitaire en France, Saint-Maurice*, 56 p. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=5710
- Sabag-Vaillancourt C., Mathieu, S.J. (2006). *Les travailleuses québécoises et les lésions professionnelles. Où en sommes-nous ?* Rapport pour la Commission de la santé et sécurité de travail du Québec (CSST), Québec, 73p. www.csst.qc.ca/publications/300/Documents/DC_300_278.pdf
- St-Vincent, M., Vézina, N, Bellemare, M., Denis, D., Ledoux E., Imbeau, D. (sous la coordination de Lapierre, J.). (2011). *L'intervention en ergonomie*. Éditions MultiMondes, Québec, 360 p.
- Tondoux, A., Laberge, M. (2015). L'activité enseignante de supervision de stage. Dans 50^e Congrès international, SELF, Paris, 23-25 septembre.
- Vézina, N. (2001). La pratique de l'ergonomie face aux TMS : ouverture à l'interdisciplinarité. Dans Actes du congrès SELF-ACE, Montréal.

NOTES

1. Le maintien en emploi vise à donner une situation de travail au salarié qui lui permette de compenser ses déficiences. Par exemple poste aménagé, horaire allégé, équipement pour faciliter les manutentions de charges, etc. Le salarié en situation de maintien en emploi peut être reconnu travailleur handicapé ou n'a pas cette reconnaissance mais peut bénéficier de restriction d'aptitude, c'est-à-dire d'exigences moindres sur les objectifs de performance attendus au poste de travail. Ces restrictions sont émises par le médecin du travail suite à une visite médicale du salarié.
2. Le maintien en emploi vise à donner une situation de travail au salarié qui lui permette de compenser ses déficiences. Par exemple poste aménagé, horaire allégé, équipement pour faciliter

les manutentions de charges, etc. Le salarié en situation de maintien en emploi peut être reconnu travailleur handicapé ou n'a pas cette reconnaissance mais peut bénéficier de restriction d'aptitude, c'est-à-dire d'exigences moindres sur les objectifs de performance attendus au poste de travail. Ces restrictions sont émises par le médecin du travail suite à une visite médicale du salarié.

RÉSUMÉS

Le sexe/genre (s/g) doit être pris en compte dans le domaine de la santé au travail, puisque les hommes et les femmes n'occupent pas les mêmes emplois et ne sont pas exposés de la même façon aux risques de santé et sécurité au travail (SST). Cet article propose une réflexion sur les manières de considérer le s/g dans l'intervention ergonomique, en particulier lors des investigations préliminaires. Deux exemples issus d'interventions réalisées en France et au Québec sont présentés. Le premier exemple porte sur l'activité des médecins du travail dans la prévention des troubles musculosquelettiques (TMS). Le second traite du développement et de l'implantation d'une formation portant sur la SST. 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.

Sex and gender (s/g) must be considered in the field of OHS, since men and women do not hold the same jobs and are not exposed to the same work conditions and hazards. This article proposes a discussion on how to consider s/g in an ergonomics intervention, particularly at the stage of selecting work situations. Two examples from interventions carried out in France and Quebec are presented. The first example concerns the activity of occupational physicians in MSD prevention. The second presents the development and implementation of a tailored OHS training program. In both cases, these issues advocated by ergonomics researchers have changed the understanding of health construction paths at work or otherwise, so that injury prevention takes into account men's and women's conditions and characteristics.

El sexo/género (s/g) se debe considerar en el campo de la salud laboral, ya que los hombres y las mujeres no ocupan los mismos puestos de trabajo y no están expuestos de la misma manera a los riesgos de salud y seguridad en el trabajo (SST). Este artículo propone una reflexión sobre las formas de considerar el s/g en la intervención ergonómica, especialmente durante las intervenciones preliminares. Se presentan dos ejemplos de intervenciones llevadas a cabo en Francia y Quebec. El primer ejemplo se refiere a la actividad de los médicos que trabajan en la prevención de los trastornos musculoesqueléticos (TME). El segundo trata de la elaboración e implantación de la formación en materia de SST. En ambos casos, estos cuestionamientos traídos a luz por las ergónomas investigadoras han transformado la comprensión de las dimensiones relacionadas con el historial de salud, de trabajo y de vida personal para que la prevención de lesiones, tenga en cuenta las particularidades de hombres y mujeres.

INDEX

Mots-clés : sexe et genre, médecine, éducation, intervention ergonomique, situations

Palabras claves : sexo y género, medicina, educación, intervención ergonómica, situación

Keywords : medicine, education, ergonomics intervention, situation

AUTEURS

MARIE LABERGE

SANDRINE CAROLY