

Comment la prise en compte du travail et de la santé des femmes et des hommes contribue à questionner et transformer l'organisation du travail, les contraintes de travail, le management et les parcours ainsi que l'articulation des temps ?

Florence Chappert

Chargée de mission, ANACT, Lyon

On va terminer en beauté cette matinée par un sujet qui concerne, vous allez le découvrir, la manière dont, dans le réseau ANACT, nous avons pris en compte cette question des situations de travail différenciées des femmes et des hommes.

Nous travaillons en réseau. Laurence Vergneaux, de l'ARACT Aquitaine et qui est ici dans la salle, fait partie de notre groupe « Réseau Égalité ». Depuis 5 ans, nous avons développé une approche dite « genre » dans nos méthodes d'amélioration, nos approches, nos diagnostics en matière d'amélioration des conditions de travail.

On n'utilise pas le terme « genre », parce qu'aujourd'hui, vu la polémique qu'il y a eu, notamment au niveau de l'éducation nationale, on parle de femmes et d'hommes, voire on parle d' « égalité », mais ce n'est pas tout à fait la même chose, parce que le concept d'égalité en santé au travail n'est pas si simple que cela à appréhender.

1. Introduction

Pendant une dizaine d'années, avant 2009, le réseau ANACT-ARACT avait des demandes concernant la mixité au travail : à quelles conditions de travail introduire des femmes dans des métiers d'hommes ? Jamais dans le sens inverse. Quand j'ai pris en charge le projet, il y a un peu plus de 5 ans, j'ai voulu objectiver les choses sur un sujet qui fait tout de suite appel à des stéréotypes de genre, à des débats assez « passionnels ». Finalement, la porte d'entrée que nous avons eue lorsque nous sommes intervenus dans les entreprises en essayant de chausser les « lunettes du genre », c'est celle des données sexuées en santé au travail, sauf que, ce n'est pas aussi simple de les obtenir, aussi bien au niveau national que dans les entreprises. En général, les données en santé au travail ne sont jamais sexuées.

L'hypothèse que nous avons faite, avec les intervenants du réseau ANACT-ARACT, c'est que, quand on rentre par un problème d'usure professionnelle, de TMS, etc., finalement prendre en compte les situations de travail et de vie différenciées des femmes et des hommes permettait à la fois d'améliorer nos diagnostics et de faire progresser nos recommandations en matière de prévention. À l'inverse, une autre entrée qui est de plus celle du réseau de l'ANACT, c'est l'entrée par les obligations d'égalité professionnelle. Chaque entreprise de plus de 50 salariés a aujourd'hui pour obligation de produire annuellement un rapport de situation comparée femmes-hommes. Jusqu'à l'année dernière, les indicateurs concernaient le salaire, la carrière, la promotion... Depuis la loi d'août 2014 sur « l'égalité réelle entre les femmes et les hommes », ils concernent également des indicateurs de santé au travail et, depuis le 1^{er} décembre 2014, les entreprises qui ne remplissent pas leurs obligations d'égalité professionnelle ne peuvent plus, théoriquement, soumissionner à la commande publique. C'est quand même extrêmement contraignant théoriquement, car dans la réalité des faits, les obligations d'égalité professionnelle sont peu mises en œuvre.

1.1 Quelques données statistiques

La première difficulté à laquelle on a été confrontés part du fait que les femmes ont une durée de vie supérieure à celle des hommes sauf que, quand on regarde l'espérance de vie en bonne santé, l'écart, en 2010 n'est que d'un an et demi. Par ailleurs, on a constaté que la santé au travail était surtout, mais beaucoup de chercheurs et chercheuses avaient déjà fait le constat auparavant, pensés par rapport à des métiers à risques, notamment dans des secteurs à prédominance masculine, que la santé au travail des femmes avait, pendant longtemps, été conçue aussi pour les protéger. Ainsi, le travail de nuit qui n'existait pas, sauf pour certaines professions, et qui a été autorisé à partir de 2001. Aujourd'hui, il y a des études qui sont en train de sortir, auxquelles s'ajoute un groupe d'expertise de l'ANSES [Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail] sur le lien entre travail de nuit, notamment horaires postés ou atypiques et prévalence, entre autres, du cancer du sein.

Autre point qui ne nous facilite pas la tâche, les études SUMER de 2003 ou 2010, faites par la DARES [Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques], montrent que les femmes font moins le lien que les hommes entre leur état de santé et leur travail. Un homme en mauvaise santé dira plus volontiers « c'est la faute de mon travail », une femme beaucoup moins et on le retrouve effectivement dans ces enquêtes.

Plusieurs raisons pour dire que l'on a eu beaucoup de mal à pouvoir obtenir, à la fois dans les entreprises et à la fois au niveau national, des données sexuées en santé au travail. Les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie montrent qu'en 13 ans, entre 2000 et 2013, sur 18 millions de salariés, il y a eu une baisse du nombre d'accidents de travail de 17%. Mais cette moyenne masque des disparités suivant le sexe, puisqu'il y a eu baisse de 29% pour les hommes et augmentation de 25% pour les femmes, sachant que, les hommes restent deux fois plus accidentés que les femmes. Alors vous me direz, ce n'est pas un bon indicateur même si cela nous donne quand même des éléments, il nous faut des taux de fréquence.

La dernière étude que l'on a est une étude, là aussi de la DARES, publiée en 2014, mais seulement sur une période de 5 ans (2005-2010). Elle montre que le taux de fréquence des accidents des salariés a baissé de 11%, mais il a baissé de 15% pour les hommes et a légèrement augmenté (de 2.5%) pour les femmes. L'hypothèse que nous faisons, et que nous retrouvons au travers d'autres indicateurs en santé au travail, c'est que finalement, depuis plus de 10 ans, les femmes sont rentrées sur le marché du travail, mais dans des activités exposées aux risques au moins d'accidents, et que les politiques de prévention, aujourd'hui, ne les touchent pas assez dans leurs emplois. Si l'on remonte aux questions de conception, les systèmes de travail ne se sont pas assez transformés, que c'est au niveau de l'organisation du travail, des contraintes de travail, de la question du management, des parcours, des horaires et de l'articulation des temps.

D'autres statistiques montrent qu'il y a désormais plus d'accidents de trajet pour les femmes que pour les hommes, mais ce ne sont pas des accidents en voiture, mais en transports en commun, à pied. Aucune étude n'a été faite pour comprendre pourquoi, mais on retrouve, par exemple, une augmentation de plus de 50% d'accidents de trajet sur 12 ans dans des secteurs comme la banque, l'assurance, l'administration du secteur privé, et puis la santé, le service et le travail temporaire.

Sur les maladies professionnelles, on constate depuis 2001 que la progression de la reconnaissance des maladies professionnelles, qui sont essentiellement des TMS, a été deux fois plus rapide pour les femmes que pour les hommes. Il y a pourtant depuis 2011 une baisse du nombre de maladies professionnelles. On peut supposer quand même que les efforts au niveau de la prévention ou de la conception portent leurs fruits. On sait qu'il y a eu la réforme des critères du tableau 57 qui fait que le nombre de TMS diminue. Quand on regarde plus finement en termes de taux de fréquence, le taux de fréquence des maladies professionnelles des femmes est systématiquement supérieur à celui des hommes et, pour les

TMS, il est le double. Ça, ce sont des données que l'on a que de 2007, donc vous voyez qu'il y a un retard dans l'actualisation des données nationales.

En termes d'absence, nous au niveau du réseau ANACT-ARACT, de plus en plus, en entreprise nous n'utilisons pas les indicateurs « accident » ou « maladie professionnelle ». D'abord il y a de la pression à la sous-déclaration, il n'y en a pas heureusement partout, mais par contre, nous sommes attentifs aux indicateurs d'absence, d'inaptitude qui sont en train de monter en flèche et qui sont, pour nous, des indicateurs reflétant beaucoup plus, je prends des précautions, l'état de santé des salariés.

Les études de la DARES sur 2003-2011 nous disent que les femmes sont 30% plus absentes que les hommes, hors congés maternité/paternité bien sûr. Nous-mêmes, nous avons travaillé sur les données d'une mutuelle qui couvre 2,7 millions de salariés, on trouve les mêmes données. Absentéisme supérieur de 40%, avec 14 jours d'absence en moyenne pour les femmes et 10 jours pour les hommes.

Tout de suite, c'est la charge familiale qui nous est renvoyée. Or, l'étude de la DARES ou celles menées au sein du réseau ANACT-ARACT, montrent qu'on a des résultats similaires, quand on a un enfant de moins de 6 ans, l'écart de taux d'absentéisme n'est que de 0.2%. Par contre, il y a une situation familiale qui est associée à beaucoup plus d'absences, mais qui ne couvre que 10-15% des salariés d'une entreprise, c'est la situation de séparé/divorcé/veuf qui est associé, pour les femmes comme pour les hommes, à beaucoup d'absences, mais ce n'est pas la majorité des salariés.

1.2 Les 4 axes de lecture

Les chercheurs, du groupe « Genre, activité, santé » piloté par Sandrine Caroly, membre du groupe IEA [International Ergonomics Association] et du groupe « Gender and work » dont Karen Messing fait partie, nous ont beaucoup inspirés et nous ont aidés à construire ces hypothèses qui nous permettent de comprendre pourquoi les indicateurs de santé au travail dans les entreprises sont différents pour les femmes et pour les hommes.

Au départ, nous avons beaucoup regardé les études épidémiologiques et nous avons vu qu'elles ne nous aidaient pas beaucoup parce qu'elles raisonnent généralement, toutes populations confondues (hommes et femmes) et elles raisonnent surtout « toute chose égale par ailleurs ». Or, dans les entreprises, ce que l'on voit toujours c'est « toute chose inégale par ailleurs ». C'est-à-dire que les femmes et les hommes ne sont pas dans les mêmes métiers, n'ont pas les mêmes parcours, n'ont pas les mêmes horaires et les mêmes activités hors travail, n'ont pas les mêmes conditions de travail.

D'où le fait que nous ayons bâti 4 hypothèses, 4 axes d'analyses pour comprendre les écarts de santé et qu'on utilise maintenant aussi quand on entre par l'égalité professionnelle au travers des écarts de carrière, voire de rémunération et finalement nos quatre axes d'analyse :

1. Le premier c'est **l'organisation et la répartition des activités**. Les femmes et les hommes sont souvent affectés à des métiers distincts, à des postes distincts, voire si ce sont les mêmes postes, ce ne sont pas forcément les mêmes activités ou la même manière de les réaliser.
2. En termes **de conditions de travail**, elles et ils ne sont pas exposés aux mêmes conditions de travail et surtout, il y a une invisibilité. C'est tout le travail de Karen Messing et de son équipe du laboratoire Cinbiose avec le partenariat « L'invisible qui fait mal » qui a été mené avec les centrales syndicales. Il montre l'invisibilité de l'exposition aux risques ou pénibilités dans les emplois à prédominance féminine. Ce sont les emplois légers contre les emplois lourds.
3. En **matière de management et de parcours**, effectivement, c'est quelque chose qui est beaucoup plus connu, les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes opportunités d'évolution professionnelle pour X raisons.
4. En termes de **temps de travail et d'articulation des temps**, ils n'ont pas les mêmes horaires de travail, pas la même durée du travail et pas les mêmes activités hors travail.

Donc ces quatre grandes familles de facteurs mettent en avant des conditions d'exposition différenciées pour les femmes et pour les hommes et donc des impacts différenciés sur la santé, mais aussi sur la carrière, sachant également, et là je reviens à l'item « conditions de travail », que les mêmes conditions d'exposition peuvent conduire à des effets semblables ou différents sur les femmes et sur les hommes, compte tenu des différences biologiques ou sociales.

2. Exemple appliqué dans une imprimerie

2.1. Les critères à observer

Certains d'entre vous connaissent sans doute le cas que l'on utilise beaucoup. C'est le cas d'une « imprimerie » qui a été réalisé par un intervenant ergonome de l'ARACT Basse-Normandie. C'est une entreprise qui a beaucoup investi dans un certain nombre de machines, ce qui a intensifié les rythmes et les cadences. L'entreprise appelle pour la deuxième fois l'ARACT pour diagnostiquer pourquoi il y avait une montée de l'absentéisme ? Ce n'est qu'au deuxième rendez-vous, que l'entreprise commence à pointer les femmes en disant : « Il nous semble que c'est plus particulièrement dans cet atelier, et que cela concerne plus particulièrement les femmes. » Alors effectivement, l'intervenant met en lumière que les femmes, dans un atelier particulier qui est surreprésenté dans les absences, représentent que 40% de l'effectif. Mais elles sont surreprésentées dans tous les indicateurs santé, pas seulement les absences, mais les plaintes, les restrictions d'aptitude, les douleurs ... Ils ont fait passer un questionnaire où l'on demande aux gens de localiser leurs douleurs.

Alors, ce que met très vite en évidence l'intervenant c'est que, dans cet atelier, **les femmes et les hommes ne font pas les mêmes métiers**, que les femmes occupent 4 types de postes, et particulièrement les postes d'aide-finition, tandis que très peu d'hommes les occupent, bien que ce soit le poste d'entrée dans l'entreprise. Mais on voit que les hommes ont accès à 9 types de postes, alors que les femmes ont accès à 4 types de postes effectivement.

Le deuxième axe que met en évidence l'intervenant est l'**invisibilité des conditions de travail**. C'est effectivement de montrer que les postes sur lesquels sont majoritairement les femmes sont très contraignants, très sollicitants au niveau de la gestuelle. Il met également en évidence le fait que les opérateurs, et souvent les opératrices, portent jusqu'à 11 tonnes par jour, en portant, toutes les 45 secondes, des paquets de livres ou de cahiers qui font 20 kilos. C'est l'histoire des petites charges cumulées.

Finalement, alors qu'au début de l'intervention, tout le monde (du haut en bas de la hiérarchie) partageait le fait que la pénibilité c'était les postes des hommes, grâce à l'introduction d'autres critères pour mesurer la pénibilité (la question du poids porté, celle du nombre de gestes par minute), l'intervenant a pu faire évoluer la vision de la pénibilité dans l'entreprise et, de fait, la pénibilité avait évolué. Les hommes étaient à des postes de conducteurs de machines, beaucoup moins sollicitants, en tout cas sur le plan physique, que les postes des femmes.

Si l'ergonome s'était arrêté là, finalement le diagnostic aurait été tronqué. Ce qu'il a le plus apporté, et ce que nous développons dans le réseau ANACT-ARACT, c'est ce qu'on appelle un « diagnostic démographique ». On en a fait un petit outil qui est sur Excel et disponible sur internet, sur le site www.ega-pro.fr du Ministère de la Santé, et qui a finalement pu montrer que, en termes de parcours, l'entreprise avait essayé de gérer la pénibilité par le recrutement d'hommes jeunes. Mais, ce qu'elle n'avait pas anticipé, c'est que les hommes jeunes recrutés à ces postes d'aide-finition n'allaient pas rester dans le poste en question. L'intervenant a pu montrer que, au bout de 3 ans en moyenne, ils partaient, soit vers d'autres entreprises, soit vers d'autres postes (dans l'atelier ou l'entreprise) ; postes qui n'étaient, majoritairement, pas accessibles aux femmes, notamment à cause de la pénibilité. Je pense notamment au poste du massicotier, celui qui coupe les cahiers, qui est très difficile.

2.2 Autres critères qui expliquent la différence

Un autre point sur les questions de temps que l'intervenant a pu mettre en lumière c'est qu'il y avait une prime de pause. C'était tacite dans l'entreprise, c'était quelque chose qui avait une quarantaine d'années, que finalement les postes des femmes devaient être des postes avec pauses, pauses non payées, tandis que les postes des hommes ayant été automatisés avaient, eux, négocié une prime supplémentaire. Les femmes avaient essayé de négocier une prime également, mais cela leur avait toujours été refusé. Il a donc mis en exergue ce point lié aux **temps de travail** qui a un impact sur le salaire.

L'entreprise a mis en œuvre des actions, ce qui n'est pas toujours évident parce que, après un diagnostic, on chausse les « lunettes du genre » et cela peut parfois avoir un effet de sidération. C'est-à-dire que là, lors de la restitution, les femmes se sont mises à pleurer. Il y a eu réellement une prise de conscience de la réalité de la disparité des situations qui était difficile à accepter pour tous. Mais, finalement, l'entreprise s'est engagée dans deux types d'actions qui concernaient à la fois l'amélioration des conditions de travail et le parcours pour tout le monde et particulièrement l'amélioration des conditions de travail des postes des hommes par le biais de l'organisation du travail.

Si on rentre par les questions de « genre » ou de « différences de situations de travail hommes/femmes », ce n'est qu'une méthode pour ouvrir le champ des possibles. L'objectif c'est d'améliorer les conditions de travail pour tout le monde, pour les femmes et aussi pour les hommes. Et le premier point était peut-être plus spécifiquement centré sur les parcours des femmes.

2.3 Autre exemple d'entreprise

Un autre cas d'entreprise que je vais simplement effleurer est le cas d'une grande entreprise qui nous a interpellés directement sur la question « Pourquoi les femmes sont plus absentes que les hommes alors qu'elles font le même métier ? ». Dans les niveaux d'absence, on enlève désormais (mais c'est un calcul assez fastidieux) le nombre de jours d'arrêt maladie ou pathologiques avant maternité, mais qui, d'après nos estimations, correspondraient à peu près dans cette entreprise où les femmes ont en moyenne 44 ans à 5% (soit 1 jour) de l'absence moyenne rapportée des femmes sur des niveaux d'absence très élevés qui sont en moyenne de 29 jours.

Cela n'explique pas tout. Ce que l'on a pu déconstruire très vite, ce sont les 3 niveaux d'absence : absence pour maladie ordinaire (65% du volume total d'absence), absence pour longue maladie (qui ne concerne que 4% des personnes, ce qui est très peu, mais qui pèse beaucoup pour l'entreprise), absence pour accidents.

Nous nous sommes focalisés sur l'absence pour maladie ordinaire. On avait l'air de nous dire que finalement, comme les femmes ont leur charge familiale, elles doivent s'absenter plusieurs fois sur de courtes périodes. En fait pas du tout ! Elles sont surreprésentées dans les absences longues de plus de 30 jours. Notre diagnostic c'est qu'elles tiennent et puis un jour ça craque.

Ce qu'on a pu montrer assez vite c'est que dans cette entreprise on nous a dit que finalement l'absence était liée à l'âge (plus on est âgé, plus on est absent) ou l'absence est la faute du management.

On a essayé d'aller voir dans le travail. Au niveau des statistiques, on leur a montré que par exemple l'absence pour maladie ordinaire démarrait très tôt, à 25 ans, et qu'elle diminuait avec l'âge. Ce qu'on a montré également, c'est ce que je vous disais tout à l'heure, c'est l'absence pour situation familiale. Il n'y a que dans les cas où femmes et hommes sont en situation de séparation / veufs, que le niveau d'absence est beaucoup plus important comparativement à la situation de célibataire ou de couple.

Cela ne recouvrait que 12% de la population de l'entreprise. Par ailleurs, toutes absences confondues, plus on a d'enfants moins on est absent. Si on regarde la maladie ordinaire, on a un pic quand il y a un enfant. On retrouve dans nos statistiques ce pic sur 2,7 millions de salariés. Le creux d'absence est

généralement vers 2 enfants. Mais là, ce sont des deltas très limités par rapport au niveau d'absence qui est très élevé.

On a appliqué notre petit modèle. Pour chercher à comprendre, qu'est-ce qui dans l'organisation du travail, les conditions du travail, le management et des parcours et dans le temps de travail conduisait à ce dont on nous parlait : des TMS, des RPS, des maladies, de l'insatisfaction. Ce qui pouvait conduire à de l'absentéisme différencié des femmes et des hommes. Sachant que nous on s'intéresse à ce qui est lié au travail, mais que bien sûr il y a de l'absentéisme lié à la grippe, au fait de se casser la jambe, etc.

L'intervention est en cours, mais on a pu constater en termes d'organisation du travail que parce que la règle d'ancienneté prévalait dans la répartition des postes et des secteurs que les femmes étaient surreprésentées dans des secteurs où il y avait le plus de paquets. Cela jouait sur la charge physique et l'usure prématurée. Par ailleurs, il y avait de grandes différences d'équité, notamment au niveau de la charge physique des postes qui était assez variable. On a pu constater également que la question de l'inaptitude générait une certaine équité. Qu'un certain nombre d'activités, notamment de préparation du travail étaient sous-estimées dans le temps, ce qui obligeait les agents (les femmes comme les hommes) à se dépêcher énormément dans le travail.

En termes de contrainte de travail, on a pu également mettre en lumière le fait que les exigences physiques du travail étaient quand même au-delà de pratiques corporelles ordinaires et elles étaient quotidiennes. Et qu'il y avait un manque de préparation, de prise en compte des différences biologiques femme-homme pour pouvoir assumer de telles exigences, ce qui n'est pas le cas dans le sport par exemple.

Par ailleurs un point sur lequel je vais m'attarder, c'est la question de l'adaptation du matériel à l'arrivée des femmes : il y a eu bien sûr une transformation de certains équipements, une adaptation, mais pas suffisante. Il continue à y avoir pour toutes les personnes qui sont de petite taille et de grande taille beaucoup de problèmes d'inadaptation qui impliquent beaucoup de postures inadéquates (pointe des pieds, bras en hauteur, jambe qui se baissent...). Même si l'entreprise a mis en place des hauteurs variables, un certain nombre de systèmes sont très peu mis en œuvre. Les courbes de taille, faites par les médecins du travail, montrent que ceux qui sont dans la moyenne (pour les femmes 1,63 et pour les hommes 1,75) sont finalement relativement peu. Il y a beaucoup de gens aux extrêmes.

Je reviens juste sur un problème quand les gens travaillent dehors : c'est l'accès aux toilettes pour les femmes qui est difficile dans certains secteurs. Donc elles ne mangent pas, ne boivent pas ce qui génère des infections urinaires. Il y a aussi des problèmes de drague que rencontrent les femmes quand elles travaillent à l'extérieur. Drague qui est tout à fait sous-estimée. D'ailleurs elles-mêmes n'en parlent pas, mais c'est aussi du sexisme en interne qui continue un peu dans toutes les entreprises. Un système de temps partiel qui fait que, par exemple, il y a une semaine de pause toutes les 5 semaines et non pas comme ça se fait dans toutes les entreprises 1 jour par semaine. Ce qui ne leur permet pas de récupérer ni de pouvoir concilier les temps si elles le choisissent. Également des horaires tôt le matin qui conviennent plus ou moins (pour les 25-35 ans). Et puis des règles de congés qui privilégient l'ancienneté et les enfants, mais que de 6 à 16 ans et pas de 0 à 16 ans.

Finalement ce regard « genré » a eu l'intérêt d'ouvrir le champ des possibles. En même temps, vous voyez qu'en termes de solution on est dans l'amélioration de l'organisation et des conditions de travail, du management, des temps de travail pour tous les salariés. Il ne s'agit absolument pas de faire des mesures spécifiques pour les uns ou pour les autres. Par exemple vous connaissez cette norme des 15 kilos au lieu du Code du travail avec ses 25 kilos pour les femmes et 55 pour les hommes, ce qui va peut-être renforcer le fait d'arriver à mieux la mettre en place dans la réalité. Théoriquement c'est une recommandation, mais de fait elle n'est pas forcément mise en place.

3. Quelques recommandations

Quelques recommandations que l'on peut faire. Dans la conception des systèmes de travail, prendre en compte les 4 éléments définis ci-dessus. Les situations de travail différenciées des femmes et des hommes qui ne sont pas forcément dans les mêmes métiers ni dans les mêmes activités. Il n'y a pas non plus les mêmes expositions. Même si c'est le cas, il n'y a pas les mêmes effets sur la santé.

Bien sûr on recommande le fait qu'il y ait des statistiques sexuées en santé au travail, mais vous savez que les médecins du travail ne sont pas obligés par le Code du travail à les produire. De fait les logiciels ne sont pas faits pour ça. Dans le document unique d'évaluation des risques, il serait utile d'arriver à prendre en compte l'évaluation des risques pour la santé reproductive des femmes, mais aussi des hommes, qui sont d'ailleurs peu connus. Ne pas oublier, quand il y a hiérarchisation des risques, les pénibilités ou les risques des emplois à prédominance féminine. Et puis d'intégrer cette approche genre, mais aussi âge dans les approches des CHSCT, dans la construction des accords RPS, seniors, pénibilité...

Je voudrais ajouter deux mots sur une loi qui est passée en août 2014. Le Code du travail et le législateur, pendant des années, ont considéré que l'égalité entre les sexes c'était la négation des différences. Quasiment tout a été enlevé du Code du travail sur la prise en compte des différences, excepté cette histoire de poids, le plomb et bien sûr la protection de la femme enceinte. Le législateur aujourd'hui a mis en place ces indicateurs sexués au travail pour aller dans le sens d'une égalité en santé au travail en prenant en compte les différences. Du coup il y a eu 2 articles de loi qui ont été introduits dans la loi-cadre égalité et votée par le parlement. C'est d'une part d'introduire dans les approches égalité professionnelle qui étaient surtout centrées sur l'emploi et les salaires des indicateurs sexués en santé au travail. D'ailleurs, il y a un groupe de travail actuellement du conseil supérieur de l'égalité qui va définir lesquels vont être recommandés.

Et par ailleurs, l'article 20 de la loi dit que : « l'évaluation des risques professionnels doit tenir compte de l'impact différencié de l'exposition en fonction du sexe ». Avec le réseau Anact, nous avons constitué un groupe de travail qui vise à outiller les entreprises par rapport à l'interprétation et à la mise en œuvre de cet article parce qu'il ne s'agit pas de déconstruire tout le document unique, mais au contraire de l'enrichir.

Voilà, pour nous, les 2 éléments qui nous apparaissent importants : les effets différenciés sur la santé du travail des femmes et des hommes, c'est-à-dire, d'introduire des données sexuées en santé au travail quand on construit le document unique premièrement et puis, d'avoir en tête le fait qu'une même exposition ne produit pas forcément les mêmes effets (CMR, horaires de travail). C'est surtout de prendre en compte que dans une entreprise, dans la vie réelle, les expositions sont différenciées avant tout parce que les métiers ne sont pas les mêmes. La ségrégation des métiers existe et elle est encore extrêmement forte. Les conditions de travail ne sont pas les mêmes, ni les parcours, ni les temps de travail, ni les activités hors travail.

Pour tous ceux et celles qui travaillent sur-le-champ de l'égalité professionnelle. Ce n'est pas évident d'intégrer les questions de santé parce que santé veut dire vulnérabilité. Qu'il y a un risque de stigmatisation, de défavoriser les femmes sur le marché du travail.

Voilà quelques questions que je me pose pour conclure :

- Est-ce que l'on peut parler de conditions de travail sans parler d'égalité ou d'équité ou sans parler des injustices ?
- Dans quelles mesures des organisations de travail apparemment neutres produisent des inégalités dans les situations de travail ?
- Comment parler ou construire des règles collectives de travail tout en prenant en compte les différences (âge, origine ...) ?