

Pour la reconnaissance du caractère pénible des emplois des femmes

Karen Messing

Volume 4, Number 1, 1991

Femmes, savoir, santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/057631ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/057631ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (print)

1705-9240 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Messing, K. (1991). Pour la reconnaissance du caractère pénible des emplois des femmes. *Recherches féministes*, 4(1), 87–102.
<https://doi.org/10.7202/057631ar>

Article abstract

Today, twelve years after the publication of *Women's Work, Women's Health*, the vast majority of research in occupational health and safety concerns only men. However, cashiers still suffer from back problems and varicose veins, sewing machine operators from inflammations and hospital workers from exhaustion and insomnia, among other problems. The researchers' delay in recognizing these problems can be attributed not only to sexism but also to the fact that research tools have developed as a function of traditional male jobs and are not well adapted to the study of women's work.

Pour la reconnaissance du caractère pénible des emplois des femmes

Karen Messing

En 1978, Jeanne Stellman publiait le premier livre sur la santé des travailleuses (Stellman 1977). Elle y décrivait les risques associés à certains emplois féminins et dénonçait le fait que les femmes n'étaient pas incluses dans la plupart des recherches sur les effets de l'environnement sur la santé. Aujourd'hui, 12 ans plus tard, les problèmes des travailleuses ne sont guère plus reconnus. Céline Tremblay (1990) a souligné récemment que 71 % des recherches financées par l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec ne concernent que les hommes. Une analyse des subventions accordées par le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social révèle que très peu d'entre elles concernent la santé des travailleuses et que les questions relatives aux conditions de travail sont absentes des projets où elles auraient une pertinence certaine pour la santé des femmes. Or, les caissières continuent à travailler debout, atteintes de problèmes de dos et de varices (Wallersteiner 1981; Vézina et Courville 1989), les couturières à répéter les mêmes mouvements des milliers de fois par jour, et par conséquent à souffrir d'inflammations (Brisson et coll. 1989; Vézina et coll. 1989), les travailleuses d'hôpitaux, entre autres, à souffrir de fatigue et d'insomnie après leur double journée de travail (Le Bourdais et coll. 1987; Tierney et coll. 1990).

Nous, chercheuses en santé au travail, avons entendu des presseuses de 50 ans décrire comment elles sont forcées «d'aller sur le BS¹», ne recevant aucune compensation pour les tendinites qui les rendent incapables de lever les gros fers à repasser. Des travailleuses d'abattoirs nous ont montré les dizaines de verrues qu'elles ont sur les mains. Des travailleuses de l'entretien ménager dans les hôpitaux ont fondu en larmes en nous décrivant leur travail : l'effort surhumain qu'elles doivent déployer, parce qu'elles prennent à coeur le bien-être des patients, pour nettoyer un territoire qui s'accroît sans cesse avec les coupures de postes. Une travailleuse de blanchisserie nous a décrit comment elle était forcée de faire travailler sa fille sans salaire pour réussir à atteindre son quota de linge propre. Mais lorsqu'on demande comment une personne du «sexe faible» peut faire pour supporter une semaine de travail salarié et domestique de 60 à 90 heures, on se fait répondre : «Après tout, les femmes ne travaillent pas dans les mines!» En effet, les dangers des mines, beaucoup étudiés et donc mieux connus et réglementés, impressionnent plus que ceux des milieux de travail occupés par les femmes.

Dans le présent article, je me propose de faire ressortir quelques problèmes existant dans les institutions de science et qui empêchent la reconnaissance des risques à la santé des travailleuses. La présentation se divise en deux. Dans un premier temps, j'aborde des problèmes d'ordre scientifique qui ne sont pas nécessairement liés aux problèmes de santé des travailleuses en tant que femmes, mais qui empêchent l'identification de risques dans les emplois le plus souvent occupés par des femmes. Les

quelques hommes ayant des emplois similaires seront touchés tout autant par ce premier groupe de problèmes. Dans un deuxième temps, je présente des problèmes concernant l'identification de risques propres aux femmes, c'est-à-dire associés à leur physiologie ou à leur situation sociale.

Entraves à la reconnaissance des problèmes de santé des travailleuses et travailleurs partageant certaines conditions de travail

Les procédures de définition des maladies professionnelles occultent les risques typiques associés aux emplois féminins

La Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST) prévoit des dédommagements pour les accidents de travail et les maladies professionnelles. Dans les deux catégories, les hommes dominent dans une proportion de 6 pour 1 (David 1986 : 53-56). En ce qui concerne précisément les accidents, une enquête a démontré que les hommes ont deux fois plus de blessures avec incapacité que les femmes (Robinson 1989; Kergoat 1982 : 48-49)². Des accidents sévères sont beaucoup plus fréquents dans les secteurs à forte concentration masculine – dans l'industrie de la construction, de la foresterie et dans les fonderies – que dans les emplois féminins des restaurants et des bureaux.

Ces faits contribuent à renforcer l'idée selon laquelle les emplois féminins sont sécuritaires. En général, on défend aux femmes de travailler dans des emplois où les risques pour la santé sont démontrables à court terme³. Il est donc important de signaler la possibilité d'un cercle vicieux, soit l'absence d'information sur les risques pour les travailleuses, qui provient d'une absence de recherche sur ces risques, qui provient à son tour de l'absence de données justifiant de telles recherches. Ainsi, une étude québécoise dont le coût s'est élevé à un million de dollars n'a pas tenu compte des travailleuses sous prétexte qu'il y a vingt ans, trop peu de femmes étaient exposées aux agents cancérigènes (ou occupaient des postes où elles pouvaient être exposées aux agents cancérigènes) pour que des effets puissent être mis en évidence aujourd'hui (Siemiatycki et coll. 1982).

En effet, les secteurs désignés comme prioritaires par la Commission de la santé et de la sécurité du travail, ceux qui reçoivent par conséquent le plus d'attention, sont ceux qui font état du plus grand nombre de maladies professionnelles et d'accidents tels qu'ils sont définis par la loi. Ces secteurs sont composés d'une très forte majorité d'hommes.

Les conditions de travail dans ces secteurs ayant peu en commun avec celles qu'on retrouve dans les emplois féminins (et dans certains emplois masculins), les risques ne sont pas de même nature. L'accident, la blessure, la mort subite arrivent beaucoup plus rarement dans les emplois féminins mais l'usure peut être plus prononcée. Par exemple, les secteurs comptant une majorité de femmes sont caractérisés par un travail répétitif à cadence rapide, un manque d'autonomie, des postures immobiles (Kauppinen-Toropainen et coll. 1988; Kergoat 1982; Mergler 1984). Ce type de travail n'entraîne pas nécessairement de problèmes aigus. Les conditions de travail des femmes ont plutôt tendance à engendrer l'usure du corps et à donner des résultats qui ne sont dramatiques qu'à long terme, tout en rendant pénible la vie de tous les jours.

L'existence de problèmes musculo-squelettiques associés au travail féminin à la chaîne, par exemple, a été difficile à faire reconnaître (Punnett 1985). La grande prévalence de ce genre de problèmes parmi les travailleuses à la chaîne était attribuée soit à la névrose (Lucire 1986), soit à la faiblesse des femmes. L'idée selon laquelle le type de travail habituellement fait par les femmes peut causer des pathologies n'a pas encore fait son chemin dans les systèmes d'indemnisation ni dans les livres de médecine. Pourtant, une des grandes différences entre l'histoire médicale des femmes et celle des hommes réside dans le fait que ce genre de problèmes prévaut chez les femmes, celles-ci rapportant plus de cas d'arthrite et de rhumatisme que les hommes dans une proportion de 80 %; une Québécoise sur sept rapporte qu'elle souffre de ces maladies (Guyon 1990).

Les procédures utilisées en sciences de la santé empêchent l'identification de nouveaux risques pour la santé, en particulier de ceux qui n'entraînent pas d'effets aigus à court terme

Le fait que les femmes occupent des emplois dont les risques pour la santé ne semblent pas si dramatiques et ne sont pas aussi immédiatement visibles comporte une autre conséquence. Les problèmes évidents sont abordés en premier. Mais quand les chercheuses et les chercheurs se tournent vers de nouveaux problèmes qui semblent être moins urgents, l'approche habituellement utilisée en science reconnaît lentement de nouveaux risques. Ceci crée par conséquent des délais dans la reconnaissance des risques pour la santé des travailleuses.

L'épidémiologie, science qui a pour but d'identifier des risques pour la santé, a ses règles qui exigent un certain nombre de preuves avant d'attribuer des effets nocifs à une composante du travail. Il faut trouver suffisamment de personnes exposées à un seul agresseur et un groupe témoin homogène. Il n'est pas toujours possible d'identifier un groupe témoin à l'abri de tout risque mais qui respecte les critères de ressemblance. Les ménagères ne sont pas toujours un bon groupe de comparaison parce qu'elles peuvent ne pas être au travail pour des raisons de santé (Joffe 1985). Dans un milieu rural où le nombre d'employeurs potentiels est limité, les personnes qui ne travaillent pas pour l'employeur en question y ont peut-être déjà travaillé. Celles qui ne l'ont pas fait sont peut-être très différentes des autres. Il est actuellement très difficile de trouver un bon groupe de référence pour des personnes qui font des travaux répétitifs à l'aide des écrans cathodiques, parce que cette nouvelle technologie est maintenant implantée partout. Donc, malgré le fait que les femmes le demandent depuis longtemps, il se peut que ce soit devenu impossible d'évaluer les effets de ce type de travail.

Une autre source de délai provient des exigences pour établir un risque. Le critère de signification statistique $\alpha < 0.05$ permet d'affirmer qu'un risque pour la santé existe si on a moins d'une chance sur vingt de se tromper en l'affirmant. Le critère bêta – probabilité de se tromper si on ne le constate pas – n'est que rarement cité. Et dans les cas où il est pris en compte, il est situé le plus souvent à un niveau de beaucoup supérieur à un sur vingt. Donc, on a beaucoup plus de chances d'infirmier que de démontrer l'existence d'un risque. Dans le cas d'un milieu de travail dans lequel peu de personnes sont exposées aux mêmes conditions, ces exigences garantissent que les risques ne peuvent être signalés. Par

exemple, presque toutes les femmes enceintes dans une petite usine peuvent donner naissance à des enfants mort-nés ou malformés sans que les scientifiques puissent conclure à un danger de façon techniquement acceptable.

Des faiblesses dans la façon d'évaluer des expositions peuvent aussi occulter des risques. Pour établir qu'il y a un risque pour la santé au travail, il faut pouvoir faire un lien entre un problème de santé et une exposition dans le milieu de travail. Il a été question ci-dessus de difficultés dans l'identification des problèmes de santé. Mais l'évaluation des expositions peut aussi poser problème. En général, les chercheuses et les chercheurs en sciences de la santé ont une formation en médecine qui ne comporte pas l'étude des conditions de travail. Il existe de nombreux scientifiques spécialisés en santé au travail qui n'ont jamais étudié les conditions de travail, voire même visité les milieux de travail dont ils étudient les effets. Pourtant, pour repérer les variables pertinentes, il faut avoir une connaissance intime du processus de production. Ceci est particulièrement vrai dans les emplois où le risque n'est ni évident ni dramatique, comme dans la plupart des emplois féminins.

Le fait qu'aucune attention particulière n'ait été portée à la juste évaluation des conditions d'exposition a retardé l'identification des risques liés aux écrans cathodiques. (J'utilise l'exemple des écrans cathodiques à cause de son intérêt général, mais il y en aurait beaucoup d'autres). Plusieurs enquêtes avaient semblé établir que le nombre d'heures de travail sur écran cathodique n'était pas relié de façon significative au nombre d'avortements spontanés (fausses-couches) (entre autres McDonald et coll. 1986). Ce n'est que lorsque le type de travail sur écran a été pris en considération que la relation est ressortie clairement. On a pu démontrer alors que le nombre d'heures travaillées dans un emploi subalterne comme secrétaire ou col bleu avait un lien avec les avortements spontanés, ce qui n'était pas le cas chez les professionnelles (Goldhaber et coll. 1988). La relation aurait peut-être été encore plus évidente si on avait établi plus finement les contraintes d'ordre ergonomique variant d'une fonction à l'autre, comme le nombre d'heures travaillées sans pause, les contraintes posturales ou le contrôle de la cadence exercé par la machine.

Un autre obstacle à la juste évaluation des risques pour la santé vient de la réticence à utiliser des données subjectives. Les opinions, impressions, observations et symptômes rapportés par des sujets d'étude ne sont pas considérés valables s'ils ne sont pas mesurés par les scientifiques. Ce rejet systématique de la perception des sujets d'étude est ancré dans les moeurs scientifiques. Par exemple, des revues savantes préfèrent les relevés de température ambiante ou d'émissions de matières chimiques en industrie faits sur une base ponctuelle et non récurrente par l'employeur plutôt que des rapports des personnes employées sur leur degré d'inconfort thermique ou sur la fréquence de leurs expositions aux matières dangereuses, même si les personnes employées possèdent des perceptions sur des périodes plus représentatives. L'employeur n'est pas considéré de son côté comme un sujet exerçant sa subjectivité malgré son parti pris évident. On se trouve ainsi à négliger une source importante de données biologiques : la personne avec ses connaissances directes sur son corps et sur son environnement.

Bref, dans des situations où les risques restent à démontrer et dont les effets ne sont pas dramatiques – et c'est le cas pour les ghettos d'emplois féminins – les

scientifiques sont lents à reconnaître de nouveaux risques, à cause de faiblesses dans les outils de reconnaissance et d'analyse de risques.

Les exigences d'ordre mental et émotionnel ne sont pas toujours reconnues, surtout dans les emplois féminins

Le risque d'usure mentale aussi bien que physique peut représenter un problème dans les emplois féminins comme dans certains emplois masculins. Mais, pour l'étudier, il faut d'abord reconnaître l'énorme fardeau associé à ces emplois. Catherine Teiger et Colette Bernier (1990) ont mis sur pied un projet de recherche sur la complexité des tâches des préposées à la saisie des données afin de répondre à un employeur qui décrivait cet emploi comme non spécialisé, alors qu'il exigeait une période d'apprentissage de deux ans, selon les employées. Cette «charge mentale» est difficilement quantifiable mais peut avoir autant d'effets que la charge physique. Par exemple, Mme Teiger décrit, dans une autre étude (Teiger 1984), les effets de l'effort mental intense exigé de la part de travailleuses de l'industrie du gant, qui doivent imaginer, à la vitesse étourdissante d'une chaîne de production, des façons de coudre les deux surfaces souvent mal coupées d'un même gant, en maintenant pourtant une surface lisse. Ces travailleuses se retrouvent en retraite forcée à 26 ans!

Si la charge mentale constitue un aspect négligé et sous-évalué des tâches des femmes, il en va de même pour la charge émotionnelle. Plusieurs aspects du travail salarié et domestique des femmes suscitent une réaction de stress (Lowe 1989; Yassi et coll. 1989). Par exemple, les tâches habituellement accomplies par les femmes en milieu hospitalier comportent une large part de soutien émotif associé au contact avec les malades, ceci dans le contexte d'un rythme de travail qui s'est accéléré à la suite des coupures de postes. Ce type d'exigence peut mener à des problèmes de santé (Leppänen 1987) ou à l'épuisement professionnel, dont la reconnaissance officielle est lente à venir (Bibeau 1988). Ce n'est que tout dernièrement que des chercheuses et des chercheurs se sont penchés sur les aspects psychosociaux du travail (Dejours 1987 : 99-130; Hirata 1987 : 131-176), et que certains commencent à pouvoir cerner leurs effets biologiques (Karasek et coll. 1987; Haynes et Feinlib 1980; Van Ameringen et coll. 1988).

L'environnement social n'est pas étudié comme facteur de risque, malgré son importance pour le bien-être des femmes

Les composantes sociales des situations de travail sont complexes et peuvent avoir une influence sur la capacité de répondre aux agressions; parfois elles constituent elles-mêmes des agressions. Ceci est une dimension largement ignorée en épidémiologie. Par exemple, malgré toute la controverse entourant la réponse sociale à l'infertilité chez les femmes (Létourneau et Lavoie 1989; Conseil du statut de la femme 1988), ce problème n'a pas été beaucoup étudié en relation avec le milieu de travail, les études qui existent se concentrant sur les agressions chimiques et physiques (Baird et coll. 1986; Rachootin et Olsen 1983). L'un des problèmes réside dans la définition des risques provenant de l'environnement social du travail. S'agit-il d'un problème de santé au travail si la vie

sexuelle est perturbée parce qu'une préposée aux bénéficiaires n'a pas envie de faire l'amour, étant trop fatiguée à la fin de sa journée de travail? Parce qu'elle ne veut pas faire d'enfant à cause de la difficulté de concilier travail domestique et travail salarié? Quand une maladie sexuellement transmissible persiste à cause d'un système immunitaire affaibli par le stress au travail? Parce que sa relation avec son conjoint est troublée par le harcèlement sexuel d'un patron? Ces quelques exemples indiquent qu'une définition trop rigide de ce qui constitue l'environnement de travail peut ralentir l'étude de questions importantes pour la santé.

L'étude des problèmes de santé des travailleuses requiert des recherches interdisciplinaires

L'ignorance de l'environnement social n'est qu'un exemple des problèmes qui proviennent du cloisonnement des disciplines scientifiques. Nancy Krieger (1990) a fait la démonstration que les études américaines sur la santé des personnes de race noire et de race blanche comportent souvent des erreurs d'interprétation, parce que la variable «race» comprend à la fois des composantes génétiques et sociales. De même, être femme comporte une spécificité chromosomique et, par conséquent, hormonale, qui peut influencer les effets du travail, mais aussi un grand nombre de corollaires sociaux reliés au type d'occupation et au type d'activité à l'intérieur d'une occupation : travail irrégulier, double journée de travail, travail sous contrainte de temps, aménagements non adaptés aux dimensions physiques de la moyenne des femmes (Messing 1990).

Ces questions complexes ne sont pas souvent reconnues dans les études publiées par les chercheuses et les chercheurs en sciences de la santé. Une analyse récente des périodiques reconnus a démontré que les scientifiques du domaine médical généralisent de façon abusive à partir de données concernant uniquement les hommes, n'identifient pas certaines variables importantes pour la santé des femmes et négligent les questions concernant la santé des femmes (Eichler et coll. 1988). Les scientifiques de ce domaine ont peu ou pas de connaissances sur la situation des femmes et en font généralement abstraction. (Ils peuvent également avoir peur du jugement des comités unidisciplinaires s'ils s'aventurent sur un terrain «extrascientifique». Même si une équipe de recherche multidisciplinaire se met en place, les demandes de subvention qu'elle soumet sont habituellement jugées par des comités de «pairs» unidisciplinaires.)

Un problème qui résulte de ce cloisonnement des disciplines est l'ignorance de ce qu'impliquent les différences biologiques entre les hommes et les femmes lorsqu'il est question de santé au travail. Nous n'avons pas encore appris à séparer la part «innée» de la part «acquise» dans les caractéristiques physiques qui peuvent influencer notre capacité d'accomplir une tâche sans atteinte à la santé (Courville et coll. [sous presse]). Par exemple, la femme moyenne accepte de soulever des charges qui pèsent environ 65 % de la charge acceptée par les hommes (Snook et Ciriello 1974). À partir de cette étude et d'autres (résumés dans Courville 1990), la charge pouvant être soulevée sans danger est évaluée séparément pour les hommes et pour les femmes (Bureau International du Travail 1990). Mais ces études, dont les résultats ont été incorporés dans des normes officielles appliquées à toutes les femmes et à tous les hommes, ne reflètent pas que des différences innées et inchangeables entre les sexes. Le pouvoir de lever une charge a, certes, une

composante génétique, mais toute personne qui s'entraîne physiquement connaît l'importance de ce facteur pour la performance physique (Messing 1982). De plus, le fait d'accepter de lever une charge lourde comporte un aspect psychologique : on peut imaginer que le machisme pourrait amener certains hommes à accepter des charges trop lourdes, ce que les femmes ne feraient pas. La méconnaissance des capacités et des limites véritables des femmes peut avoir des conséquences graves lorsqu'il s'agit d'adopter pour elles des postes anciennement conçus en fonction de caractéristiques masculines (Messing et coll. 1990).

Entraves à la reconnaissance des problèmes de santé spécifiques aux travailleuses

Le sexisme entraîne un manque d'intérêt à tenir compte de risques associés à la physiologie des femmes

Parmi les travailleuses d'hôpitaux auxquelles France Tissot s'est intéressée (1990), seulement 8 % ne rapportaient pas de symptômes d'inconfort associés à leurs dernières menstruations. Même chez les Québécoises non exposées à des agents stressants particuliers, 57 % souffrent de maux de ventre appelés dysménorrhée (Mergler et Vézina 1985). Donc, plus de personnes souffrent de dysménorrhée que du cancer (on estime qu'une personne sur quatre aura un cancer pendant sa vie). En 1988-1989, l'Institut national du cancer du Canada disposait d'un budget de 15 662 230 \$ pour ses études sur le cancer. Nous ne demandons peut-être pas un Institut national de la dysménorrhée, mais il est étonnant qu'aucun organisme canadien n'ait subventionné une étude quelconque sur la relation entre la dysménorrhée et le milieu de travail, ni en 1988-1989, ni avant.

Une ignorance presque égale règne concernant les effets du travail sur les problèmes de santé des femmes reliés à la grossesse et à l'accouchement. Jusqu'à ce jour, la plupart des recherches sur la grossesse et le milieu de travail ont porté sur les effets sur le fœtus; par exemple, une liste exhaustive – destinée aux médecins – des recherches faites sur la travailleuse enceinte permet de constater que la plupart de ces recherches traitent principalement des effets des produits chimiques et de la radiation sur le fœtus uniquement, et qu'il se trouve peu d'études concernant les effets du travail sur la femme enceinte (Health and Welfare Canada 1983). Il existe pourtant des risques potentiels pour la santé des femmes enceintes : l'aggravation des infections virales ou bactériennes; la fatigue accrue associée aux vibrations, à la levée des charges ou au travail en milieu surchauffé; l'augmentation des maux de dos provenant de postures inconfortables; le risque accru de varices associé à la position debout prolongée.

Malgré le manque de recherches en *santé au travail*, il y a beaucoup d'informations sur les changements produits par la grossesse sur le corps de la femme; celui-ci doit fournir les aliments et l'oxygène, régler la température du corps, et métaboliser et éliminer les produits du fœtus en développement. Les femmes enceintes exposées aux polluants dans leur milieu de travail courent un risque accru parce qu'elles absorbent davantage d'air, donc de produits toxiques. De plus, leur foie, leurs reins et les autres organes de détoxification, déjà surchargés par les demandes provenant du fœtus, peuvent éprouver de la difficulté à

détoxiquer des polluants additionnels. Les conditions qui exercent une charge sur le coeur, tel le travail en milieu surchauffé, peuvent poser un risque accru pour la femme enceinte, dont le coeur fait déjà face à une augmentation de la tâche. Même si l'organisme a la capacité de s'adapter à la grossesse, tout comme il peut s'adapter à une atmosphère contaminée ou à des conditions de travail désagréables, certaines combinaisons de ces facteurs peuvent le pousser au-delà de sa capacité d'adaptation. Il est donc malheureux que des enquêtes très poussées sur les effets à long terme du travail ne tiennent pas compte des variables rattachées aux grossesses.

Le sexisme entraîne parfois des difficultés dans l'identification des risques spécifiques au travail des femmes

Les titres d'emploi officiels des femmes peuvent ne pas refléter leur travail. Des femmes en congé de maternité ou à la retraite ont déjà été classées comme ménagères, par exemple, indépendamment des postes qu'elles ont occupés pendant leur vie active (Selevan et coll. 1982 : 54). Une étude en cours sur le cancer professionnel dans l'agriculture a dû exclure les femmes parce que leur contribution aux fermes familiales ne se reflétait pas avec justesse dans leur titre d'emploi. Le mari seulement recevait le titre d'opérateur de ferme dans les certificats médicaux. Les épouses ne recevaient cette désignation qu'occasionnellement, malgré des facteurs de risque comparables. L'étude des cancers chez les femmes n'aurait pas pu se faire correctement à cause de l'imprécision associée à l'exposition des femmes.

Le manque d'intérêt et le sexisme ont aussi nui à la caractérisation des risques associés au travail féminin dans le secteur industriel. Ces emplois sont souvent caractérisés par la levée répétée de charges comparativement légères et un rythme de travail extrêmement rapide. Des problèmes rattachés à ces conditions ont souvent été classés de façon erronée comme psychogènes (Brabant et coll. 1990). On a avancé, par exemple, que les problèmes d'articulations associés au travail à la chaîne étaient dûs à des névroses (Lucire 1986).

Ce n'est que tout dernièrement que la charge physique de ces emplois a été calculée (Vézina et Courville 1990 : 45-59) et reliée aux risques pour la santé (Brabant et coll. 1989). On s'est rendu compte qu'il est inapproprié d'utiliser les mêmes paramètres pour calculer des normes pour les conditions de travail des emplois «féminins» et masculins», la dépense énergétique se faisant de façon différente dans les deux types d'emploi (Brabant 1990 : 103-114).

Paradoxalement, le discours féministe peut nuire à l'identification des risques associés aux postes de femmes parce qu'il craint d'alimenter la discrimination contre les femmes dans l'emploi

Certaines féministes se sont féroce­ment opposées à l'adoption de mesures de protection spéciales pour les travailleuses parce qu'elles y ont reconnu des tentatives d'entraver l'accès des femmes à des postes non traditionnels (Bureau international du travail, 1990). Aux États-Unis, la National Organisation for Women, le plus grand groupe

féministe, s'est ainsi opposé aux congés de maternité sous prétexte qu'il est discriminatoire de traiter la maternité différemment des autres «incapacités temporaires» (Vogel 1990). Des féministes s'opposent à des recherches visant l'adaptation de postes traditionnellement masculins et tenant compte des caractéristiques physiques des femmes qui y accèdent. Ce point de vue provient de la crainte qu'une reconnaissance des différences entre hommes et femmes puisse alimenter la discrimination envers les travailleuses, et puisse ainsi occulter les dangers réels associés aux emplois féminins.

Est-ce que les chercheuses féministes devraient taire les problèmes de santé des travailleuses?

Il n'y a pas de réponse magique au problème des contradictions entre la protection des emplois féminins et la protection des femmes. Si le propre des chercheuses féministes est de pouvoir tenir compte des contextes de la recherche (Keller 1983), nous ne pouvons pas faire abstraction du taux de chômage, ni du fait que les employeurs peuvent utiliser des mesures telles que le retrait préventif de la femme enceinte⁴ comme prétexte pour restreindre l'embauche des femmes. Mais nous n'avons pas le choix, les problèmes de santé existent et affectent la vie des femmes. Après tout, les féministes n'hésitent pas à réclamer un salaire égal pour un travail équivalent, même si les employeurs pouvaient y voir là une raison de ne plus engager de femmes. De la même façon, nous devons arrêter de supporter en silence les conséquences de nos conditions de travail.

Au Québec, les femmes expriment des problèmes qui sont actuellement qualifiés de personnels et noyés dans les statistiques générales de santé; c'est aux chercheuses féministes qu'il incombe de s'assurer que les origines de ces problèmes en milieu de travail soient identifiées. Pour ceci, il faut évidemment faire reconnaître les conditions de travail pénibles, tant domestiques que salariées, et s'assurer qu'elles soient prises en compte. Il faut porter une attention égale au contexte de la vie des femmes. Il faut par exemple relever le fait que certains effets du sexisme comme le faible revenu peuvent agir de concert avec des conditions de travail difficiles pour rendre les femmes plus malades. Et enfin, il ne faut pas avoir honte de notre spécificité, mais plutôt nous assurer que les instances officielles en tiennent compte lors du décret des normes du travail.

Remerciements

Je remercie Suzanne Legault-Bélanger pour sa lecture critique du manuscrit et ses commentaires fort pertinents et Pierre Sormany pour la révision du texte. Je reconnais l'importance de conversations stimulantes avec Carole Gingras, Danièle Hébert et l'équipe «santé des travailleuses» du CINBIOSE. Je remercie le Conseil de recherches en sciences humaines pour sa subvention et l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail pour ses bourses d'étudiantes ainsi que pour sa subvention d'équipe.

*Karen Messing
CINBIOSE
Université du Québec à Montréal*

Notes

1. BS = bien-être social.
2. Au Canada, les accidents de travail ne se calculent pas selon le sexe. En France, les hommes ont cinq fois plus d'accidents de travail que les femmes (Kergoat 1982).
3. L'exception flagrante est le travail en milieu hospitalier, qui comprend la levée de charges lourdes (patients), l'exposition aux agents toxiques (drogues, gaz d'anesthésie, radiations) et le travail de nuit (Hemminki 1982; Ljungberg et coll. 1989; Messing et coll. 1989).
4. Une loi québécoise prévoit que la femme enceinte dont les conditions de travail posent un risque pour elle ou pour son fœtus a le droit de se retirer, en conservant la plupart de ses droits et son salaire, jusqu'à la disparition des conditions dangereuses ou la fin de grossesse.

RÉFÉRENCES

- BAIRD, Donna D., Allen J. Wilcox et C.R. Weinberg
1986 «Use of time to pregnancy to study environmental exposures», *American Journal of Epidemiology*, 124 : 470-80.
- BIBEAU, Gilles *et al.*
1988 *Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burnout*. Montréal, Confédération des syndicats nationaux.

- BRABANT, Carole, Donna Mergler et Karen Messing
1990 «Va te faire soigner, ton usine est malade : la place de l'hystérie de masse dans la problématique de la santé des femmes au travail», *Santé mentale au Québec*, XV : 181-204.
- BRABANT, Carole, Sylvie Bédard et Donna Mergler
1989 «Cardiac strain among women workers in an industrial laundry», *Ergonomics*, 32 : 615-28.
- BRABANT, Carole
1990 «Les normes d'exposition à la chaleur et le travail des femmes : équitables ou discutables?», in Carole Brabant et Karen Messing (édit), *Sexe faible ou travail ardu : la recherche sur la santé des travailleuses*. Montréal, Cahiers de l'ACFAS, Association canadienne-française pour l'avancement des sciences.
- BRISSON, Chantal, Alain Vinet, Michel Vézina et Serge Gingras
1989 «Effect of duration of employment in piecework on severe disability among female garment workers», *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 15 : 329-344.
- BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL
1990 *Mesures spéciales de protection pour les femmes et l'égalité de chances et de traitement*. Genève, Suisse, Organisation Internationale du Travail.
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME
1988 *Sortir la maternité du laboratoire*. Québec, Conseil du statut de la femme.
- COURVILLE, Julie, Nicole Vézina et Karen Messing
[À paraître] «Comparison of the work activity of two mechanics, a woman and a man», *International Journal of Industrial Ergonomics*.
- COURVILLE, Julie
1990 *Les obstacles ergonomiques à l'intégration des femmes dans les postes traditionnellement masculins*. Mémoire de maîtrise, Département des sciences biologiques, Université du Québec à Montréal. Ce mémoire contient une revue exhaustive de la littérature concernant les différences biologiques entre les hommes et les femmes.
- DAVID, Hélène
1986 *Femmes et emploi*. Montréal, Presses de l'Université du Québec.

DEJOURS, Christophe

- 1987 «La méthodologie en psychopathologie du travail», in C. Dejours (édit.), *Plaisir et souffrance dans le travail : tome 1*. Paris, Centre national de la recherche scientifique : 99-130.

EICHLER, Margrit, Anna Lisa Reisman et Elaine Borens

- 1988 «Gender bias in medical research», communication présentée au congrès Gender and Science, Université de Toronto, novembre 1988.

GOLDHABER, M.K., M. R. Polen et R. A. Hiatt

- 1988 «The risk of miscarriage and birth defects among women who use visual display terminals during pregnancy», *American Journal of Industrial Medicine*, 13 : 695-706.

GUYON, Louise

- 1990 *Quand les femmes parlent de leur santé*. Québec, Publications du Québec.

HAYNES, Susan G. et Murray Feinlib

- 1980 «Women, work and coronary heart disease», *American Journal of Public Health*, 70 : 133-141.

HEALTH AND WELFARE CANADA

- 1983 *The Pregnant Worker : A Resource Document for Health Professionals*. Ottawa, Health and Welfare Canada.

HEMMINKI, Kari, P. Mutanen, I. Saloniemi, M. -L. Niemi et Harry Vainio

- 1982 «Spontaneous abortions in hospital staff engaged in sterilising instruments with chemical agents», *British Medical Journal*, 285 : 1461-63.

HIRATA, H. et Danièle Kergoat

- 1988 «Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail», in C. Dejours (édit.), *Plaisir et souffrance dans le travail : tome 1*. Paris, Centre national de la recherche scientifique : 131-176.

JOFFE, Michael

- 1985 «Biases in research on reproduction and women's work», *International Journal of Epidemiology*, 14 : 118-123.

KARASEK, Robert, B. Gardell et J. Lidell

- 1987 «Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white collar workers», *Journal of Occupational Medicine*, 8 : 187-207.

- KAUPPINEN-TOROPAINEN, Kaisa, Irja Kandolin et Elina Haavio-Manila
 1988 «Sex segregation of work in Finland and the quality of women's work»,
Journal of Organizational Behaviour, 9 : 15-27.
- KELLER, Evelyn Fox
 1983 *A Feeling for the Organism : the Life and Work of Barbara McClintock*.
 New York, W.H. Freeman and Company.
- KERGOAT, Danièle
 1982 *Les ouvrières*. Paris, Le Sycomore.
- KRIEGER, Nancy
 1990 «Racial and gender discrimination : risk factors for high blood pressure?»,
Social Sciences and Medicine, 30 : 1273-1281.
- LE BOURDAIS, Céline, Pierre J. Hamel et P. Bernard
 1987 «Le travail et l'ouvrage : charge et partage des tâches domestiques chez les
 couples québécois», *Sociologie et sociétés*, 19 : 37-55.
- LEPPÄNEN, R.A. et M. A. Oikinuora
 1987 «Psychological stress experienced by health care personnel», *Scandinavian
 Journal of Work, Environment and Health*, 13 : 1-8.
- LÉTOURNEAU, Esther et Yolande Lavoie
 1989 *Regards sur l'analyse de la situation démographique québécoise en rapport
 avec la condition féminine*. Québec, Conseil du statut de la femme.
- LJUNGBERG, A.-S., A. Kilbom et G. M. Hagg
 1989 «Occupational lifting by nursing aides and warehouse workers», *Ergonomics*,
 32 : 59-78.
- LOWE, Graham S.
 1989 *Le travail des femmes et le stress : nouvelles pistes de recherche*. Ottawa,
 Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.
- LUCIRE, Yvonne
 1986 «Neurosis in the workplace», *Medical Journal of Australia*, 145 : 323-27.
- MCDONALD, Alison, Nicola Cherry, C. Delorme, C. et J. Corbett McDonald
 1986 «Visual display units and pregnancy», *Journal of Occupational Medicine*, 28 :
 1126-1131.

MERGLER, Donna

- 1984 «Rapport-synthèse : les conditions de travail des femmes», in J.-A. Bouchard (édit.), *Les effets des conditions de travail sur la santé des travailleuses*. Montréal, Confédération des syndicats nationaux : 215-227.

MERGLER, Donna et Nicole Vézina

- 1985 «Dysmenorrhea and cold exposure», *Journal of Reproductive Medicine*, 30 : 106-111.

MESSING, Karen

- 1982 «Do men and women have different jobs because of their biological differences?», *International Journal of Health Services*, 12 : 43-52.
- 1990 «Le "sexe faible" ou des emplois exigeants : le besoin de recherche en matière de santé au travail chez les femmes», *Maladies chroniques au Canada*, 11 : 27-29.

MESSING, Karen, Nicole Vézina et Julie Courville

- 1991 «Minimizing health risks when women enter non traditional jobs», *A journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol. 2.

MESSING, Karen, Ana Maria Seifert, W. E. C. Bradley, Joel Swarz et Jocelyne Ferraris

- 1989 «Mutant frequency of radiotherapy technicians appears to be related to recent dose of ionizing radiation», *Health Physics*, 57 : 537-544.

PUNNETT, Laura

- 1985 «Soft tissue disorders in the upper limbs of female garment workers», *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 11 : 417-425.

RACHOOTIN, P. et J. Olsen

- 1983 «The risk of infertility and delayed conception associated with exposures in the Danish workplace», *Journal of Occupational Medicine*, 25 : 394-402.

ROBINSON, James

- 1989 «Trends in racial equality and inequality and exposure to work related hazards 1968-86», *AAOHN Journal*, 37 : 56-63.

SELEVAN, Sherry G., Betty K. Edwards et P. Breslin

- 1982 «Comparison of interview and recorded data on pregnancy and occupational exposures», *Proceedings of the 110th annual meeting of the American Public Health Association, November 14-18, 1982*.

- SIEMIATYCKI, Jack, Michel Gérin, Leslie Richardson et coll.
 1982 «Preliminary report of an exposure-based case-control monitoring system for discovering occupational carcinogens», *Teratogenesis, Carcinogenesis and Mutagenesis*, 2 : 169-177.
- SNOOK, Steven H. et Vincent Ciriello
 1974 «Maximum weights and work loads acceptable to female workers», *Journal of Occupational Medicine*, 16 : 527-534.
- STELLMAN, Jeanne
 1977 *Women's Work, Women's Health*. New York, Pantheon Books. Traduction française de L. E. Arsenault et Z. De Koninck, 1983 : *Santé des femmes au travail*. Montréal, Parti pris.
- TEIGER, Catherine
 1984 «Les contraintes du travail dans les travaux répétitifs de masse et leurs conséquences sur les travailleuses», in J.-A. Bouchard (édit.), *Les effets des conditions de travail sur la santé des travailleuses*. Montréal, Confédération des syndicats nationaux : 33-68.
- TEIGER, Catherine et Colette Bernier
 1990 «Intérêt de l'analyse ergonomique du travail pour la mise en évidence des compétences méconnues : le cas des tâches de saisie dans le tertiaire informatisé», in Carole Brabant et Karen Messing (édit.), *Sexe faible ou travail ardu : la recherche sur la santé des travailleuses*. Montréal, Cahiers de l'ACFAS, Association canadienne-française pour l'avancement des sciences.
- TIERNEY, Daniel, Patrizia Romito et Karen Messing
 1990 «And she ate not the bread of idleness : exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among Quebec hospital workers», *Women and Health*, 16 : 21-42.
- TISSOT, France
La relation entre les conditions de travail et les symptômes menstruels chez les travailleuses hospitalières du Québec. Mémoire de maîtrise, Département des sciences biologiques, Université du Québec à Montréal.
- TREMBLAY, Céline
 1990 «Les particularités et les difficultés de l'intervention préventive dans le domaine de la santé et de la sécurité des femmes en milieu de travail», communication présentée au 58e congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Université Laval, le 14 mai 1990.

- VAN AMERINGEN, Marie R., André Arsenault et Shimon Dolan
1988 «Intrinsic job stress and diastolic blood pressure among female hospital workers», *Journal of Occupational Medicine*, 30 : 93-97.
- VÉZINA, Michel, Alain Vinet et Chantal Brisson
1989 «Le vieillissement prématuré associé à la rémunération au rendement dans l'industrie du vêtement», *Le travail humain*, 52 : 203-212.
- VÉZINA, Nicole et Julie Courville
1989 *Le travail debout : étude ergonomique du poste de caissière d'un supermarché*. Montréal, Université du Québec à Montréal. Rapport soumis à la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.
1990 «Des postes traditionnellement féminins aux postes traditionnellement masculins», in Carole Brabant et Karen Messing (édit.), *Sexe faible ou travail ardu : la recherche sur la santé des travailleuses*. Montréal, Cahiers de l'ACFAS, Association canadienne-française pour l'avancement des sciences.
- VOGEL, Lisa
1990 «Debating difference : feminism, pregnancy and the workplace», *Feminist Studies*, 16 : 9-32.
- WALLERSTEINER, Ulrika
1981 «Occupational health disorders of cashiers in supermarkets», *Proceedings of the Human Factors Association*, 1981 : 79-83.
- YASSI, Analee, Jim L. Weeks, K. Samson et M. B. Raber
1989 «Epidemic of "shocks" in telephone operators : lessons for the medical community», *Canadian Medical Association Journal*, 140 : 816-2.