Document généré le 15 juil. 2025 06:36

**Relations industrielles**
**Industrial Relations**

# Les conditions difficiles dans les emplois des femmes et les instances gouvernementales en santé et en sécurité du travail

Karen Messing et Sophie Boutin

Volume 52, numéro 2, 1997

URI : https://id.erudit.org/iderudit/051169ar
DOI : https://doi.org/10.7202/051169ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Département des relations industrielles de l'Université Laval

ISSN

0034-379X (imprimé)
1703-8138 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Messing, K. & Boutin, S. (1997). Les conditions difficiles dans les emplois des femmes et les instances gouvernementales en santé et en sécurité du travail. *Relations industrielles / Industrial Relations*, *52*(2), 333–363. https://doi.org/10.7202/051169ar

Résumé de l'article

Les femmes participent de plus en plus au marché du travail, mais les normes et pratiques qui s'appliquent à la santé au travail ont été élaborées à un moment où les travailleurs étaient surtout des hommes. En 1990, les secteurs d'activité désignés comme étant les plus prioritaires pour l'intervention par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec avaient un taux de masculinité qui s'élevait à plus de 85 %. Dans cet article, nous démontrons une certaine exclusion des femmes de la prévention en santé au travail, nous donnons des explications pour cette exclusion et nous proposons des mesures de correction.

Tous droits réservés © Département des relations industrielles de l'Université Laval, 1997

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

# *Les conditions difficiles dans les emplois des femmes et les instances gouvernementales en santé et en sécurité du travail*

KAREN MESSING
SOPHIE BOUTIN

*Les femmes participent de plus en plus au marché du travail, mais les normes et pratiques qui s'appliquent à la santé au travail ont été élaborées à un moment où les travailleurs étaient surtout des hommes. En 1990, les secteurs d'activité désignés comme étant les plus prioritaires pour l'intervention par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec avaient un taux de masculinité qui s'élevait à plus de 85 %. Dans cet article, nous démontrons une certaine exclusion des femmes de la prévention en santé au travail, nous donnons des explications pour cette exclusion et nous proposons des mesures de correction.*

En Amérique du Nord, le travail des femmes est rémunéré de plus en plus, mais cette intégration au marché du travail n'a pas été effectuée de

- MESSING, K. et S. BOUTIN, Centre pour l'étude des interactions biologiques entre la santé et l'environnement (CINBIOSE), Université du Québec à Montréal, Montréal.

- Nous remercions le Conseil québécois de le recherche sociale pour une subvention de partenariat accordée à l'équipe formée par les comités de condition féminine FTQ-CEQ-CSN et le CINBIOSE. Ce texte est basé en partie sur un rapport remis à cette équipe (CINBIOSE 1995). Nous avons profité de conseils enrichissants de Katherine Lippel, Sylvie Brousseau, Diane Demers, Lucie Dumais, Roger Genest, Carole Gingras, Danièle Hébert, Nicole Lepage, Charles Prévost, Ana Maria Seifert et Serge Trudel. Lucie Dagenais nous a fourni des informations et des documents fort pertinents. Toutefois, le présent texte n'engage que les auteures.

façon uniforme[1]. Les femmes se trouvent dans des emplois spécifiques, caractérisés par de faibles salaires, du travail à temps partiel et des postes subalternes (Asselin et coll. 1994 ; Armstrong et Armstrong 1993 ; Kempeneers 1992). Il est donc possible que les lois, règlements et pratiques qui encadrent l'emploi aujourd'hui reflètent la prépondérance historique des hommes, qui constituent toujours 56 % de la population active (Asselin et coll. 1994 : 170).

Parmi ces politiques et pratiques, celles touchant la santé au travail ont une importance particulière pour le bien-être de la collectivité. Au Québec, certains coûts des maladies et accidents dont l'origine est attribuée à la profession sont assumés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), organisme financé par les cotisations des employeurs. Les coûts des autres problèmes de santé sont assumés soit par les travailleurs et les travailleuses, soit par leurs assurances ou par le système de santé public. Cette répartition des coûts a un impact sur les politiques en ce qui concerne la prévention des problèmes de santé. Si on attribue un problème au travail, on sera plus apte à rechercher les remèdes dans la transformation du milieu de travail.

Dans le cadre d'un programme de partenariat avec les comités de la condition féminine des trois principales centrales syndicales québécoises, la Centrale de l'enseignement du Québec, la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec et la Confédération des syndicats nationaux, nous avons entrepris une étude des impacts de certaines politiques, normes et pratiques en santé au travail sur la prévention dans les emplois des femmes. Nous nous demandons dans quelle mesure la santé et la sécurité des travailleuses sont protégées actuellement, et comment cette protection pourrait être améliorée.

Nous n'avons pas tenté de comparer les emplois majoritairement masculins et féminins, ni les femmes avec les hommes. Nous n'affirmons pas qu'un sexe ou l'autre ait été mieux traité par le système actuel, ni que les facteurs de risque que nous associons aux emplois féminins soient absents des emplois détenus par les hommes. En particulier, quand nous affirmons qu'il y a tel risque pour les femmes dans un secteur, nous ne prétendons pas que le risque est absent pour les hommes en pareilles circonstances.

Enfin, dans les cas où nous avons trouvé un désavantage pour les femmes, nous n'affirmons pas que cette discrimination ait été voulue. Nous avons considéré l'impact de certaines politiques et pratiques sur les femmes

1. Le temps alloué au travail domestique a décliné de façon marquée. En même temps le taux d'activité rémunéré a augmenté (Asselin et coll. 1994 : 251, 130). Ces tendances ont pour effet d'accroître la rémunération du travail des femmes, même si le nombre d'heures de travail des femmes n'a pas énormément changé.

dans les milieux de travail québécois, pour voir s'il existe de la discrimination *systémique*. La discrimination systémique peut exister même si l'on traite les deux sexes de façon identique, si le résultat porte atteinte ou préjudice à un sexe en raison de leur situation distincte. Pour prendre un exemple extrême, refuser des congés parentaux et aux hommes et aux femmes aura un effet discriminatoire, parce que les femmes profitent plus souvent de ces congés. Évidemment, les hommes qui auraient pris ces congés subiraient aussi un préjudice.

## *CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES*

Nous avons examiné des lois, certains règlements, certains documents de travail et les rapports annuels de la CSST, ainsi que des articles scientifiques et techniques. Nous avons parlé avec des représentants syndicaux actifs dans le dossier et avec du personnel de la CSST et de l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST). Nous sommes conscientes que, dans les décisions prises par des organismes, une grande part de l'histoire n'est pas consignée à l'écrit. Nous avons dû procéder surtout avec le matériel mis à la disposition du public, bien que nous ayons profité de commentaires de personnes ayant été impliquées dans différents aspects du dossier.

## *LES LOIS ET RÈGLEMENTS*

Le cadre légal le plus important pour la prévention en santé au travail est la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) adoptée en 1979. Elle se caractérise par la place fondamentale qu'elle accorde à la prévention des lésions professionnelles par l'élimination des dangers à la source. Elle est complétée par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP), qui détermine l'indemnisation, ainsi que par un grand nombre de règlements et de normes. Dans cet article, nous traitons surtout de la LSST puisque nous voulons examiner la prévention dans les emplois assignés aux femmes. Nous ne traitons pas cependant de toutes les instances qui peuvent faire des activités de prévention à différents degrés, notamment des associations sectorielles paritaires[2].

2. Nous n'avons pas analysé l'impact par sexe des activités de ces associations dont certaines (secteur des affaires sociales, habillement) œuvrent dans des secteurs fortement féminisés. L'Association paritaire de santé et de sécurité du travail, secteur affaires sociales est particulièrement active dans l'analyse des accidents de travail, dans l'analyse ergonomique des aménagements physiques et dans la formation au déplacement des bénéficiaires. L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur de l'habillement effectue également des interventions ergonomiques dans les établissements.

Les moyens de prévention décrits dans la LSST comprennent, entre autres, le droit de refuser un travail qui présente un danger immédiat, le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, le retrait préventif du travailleur ou de la travailleuse qui a subi des altérations de son état de santé et l'inspection des entreprises. La LSST établit certains mécanismes de prévention dont : (1) le programme de prévention obligatoire pour l'entreprise ; (2) un comité de santé et sécurité pour les établissements de plus de 20 travailleurs ; (3) un représentant à la prévention ; (4) des services de santé.

## *LES MESURES LÉGALES PROTÈGENT-ELLES LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DES TRAVAILLEUSES ?*

Quelques éléments du contexte social actuel risquent de donner une couverture inadéquate aux travailleuses. Au Canada, les femmes ont 20 % plus de chances que les hommes d'être dans des petites entreprises (White 1993 : 168). Certains mécanismes de prévention prévus dans la LSST s'appliquent uniquement dans les entreprises employant plus de 20 travailleurs et, en général, la prévention pourrait se faire de façon moins adéquate dans les petites entreprises (Eakin 1995).

Un autre problème provient du taux inférieur de syndicalisation des femmes : au Québec, 33 % des femmes sont syndiquées comparativement à 41 % des hommes (Motard et Desrochers 1995 : 113). L'avantage de faire partie d'une association syndicale est la plus grande position de force par rapport à l'enclenchement des mécanismes de prévention ou de santé et de sécurité au travail. En fait, les associations syndicales sont présentes au sein de plusieurs instances décisionnelles à l'égard de la compensation ou de la prévention, dont le Bureau de révision paritaire, les associations sectorielles, la Commission, le Conseil d'administration et le Conseil scientifique de l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail. Elles ont aussi droit à des subventions pour la formation et l'information de leurs membres sur des questions en santé et en sécurité du travail[3]. La présence d'une association syndicale augmente donc de beaucoup les chances d'être bien informé, tant au sujet des résultats de recherche en santé au travail qu'au sujet des nouveaux programmes mis sur pied par la CSST. Enfin, l'association syndicale assure un meilleur support aux travailleurs et travailleuses dans leurs démarches pour la reconnaissance de certains droits ainsi que dans l'exercice de ces droits. Par exemple, les syndiquées enceintes ont eu

3. Article 104, LSST. Actuellement, les syndicats reçoivent environ 3 millions de dollars par année pour la formation et l'information. Un montant égal est consenti aux employeurs.

davantage accès au droit au retrait préventif que les non-syndiquées (Renaud et Turcotte 1988).

Tout n'est pas désavantageux pour les femmes. Elles ont le droit au retrait préventif si elles sont enceintes ou si elles allaitent. Et quelques éléments négatifs de leur situation peuvent, paradoxalement, les avantager. Elles sont sous-représentées dans les postes de gérance non couverts par la LSST. Et, à cause de leur faible niveau salarial et du fait qu'elles travaillent plus souvent à temps partiel, elles sont avantagées dans certains cas, notamment quand la rente minimale attribuée par la LATMP est supérieure à leur revenu habituel.

### *La constitution des groupes prioritaires*

La Commission a procédé par étapes à la réglementation qui devait mettre la LSST en application. Elle a d'abord divisé les secteurs d'emploi en six groupes, et a donné un ordre de priorité à ces groupes (Tableau 1). Il était question, au moment de la constitution des groupes, que les règlements s'appliquent progressivement à l'ensemble de ceux-ci. Mais, dix-sept ans après l'adoption de la LSST, la réglementation ne s'applique entièrement qu'aux deux premiers groupes. Les centrales syndicales ont continuellement fait des pressions pour que la réglementation s'étende. Cependant le gouvernement n'a jamais donné suite à une recommandation de la CSST visant à étendre toute la réglementation au groupe III. Une partie seulement de la réglementation couvre le groupe III, et elle n'a jamais été appliquée aux groupes IV, V et VI. Tous les établissements des groupes I, II et III sont assujettis au règlement sur les services de santé au travail et ont l'obligation de faire un programme de prévention. Toutefois, seuls les établissements de plus de 20 travailleurs doivent en soumettre copie à la CSST pour évaluation et acceptation. Enfin, seuls les établissements des groupes I et II (21 % des travailleurs, 5 % des travailleuses) sont soumis aux règlements prévoyant un comité de santé et sécurité et un représentant à la prévention. Rappelons que les droits de refus et de retrait préventif sont accessibles aux six groupes.

La proportion de femmes dans chaque groupe est présentée au Tableau 1. Actuellement, une majorité de la population active demeure à l'écart de ces programmes de prévention et les femmes en souffrent davantage : 85 % des travailleuses (comparé à 60 % des travailleurs) se retrouvent dans les groupes IV à VI.

Pourquoi a-t-on donné une priorité aux groupes ayant si peu de femmes ? Nous avons examiné les critères utilisés pour déterminer la priorité des groupes, et avons découvert que plusieurs facteurs ont concentré les

TABLEAU 1

**Répartition du pourcentage des femmes actives de 15 ans et plus, selon les six groupes prioritaires de la CSST (et à titre d'illustration, les trois secteurs de chaque groupe comprenant le plus de travailleurs en 1991), Québec**

| *Groupes et Secteurs CSST* | *Nombre de travailleurs total en 1991* | *Pourcentage de femmes en 1991*[1] | *Pourcentage de femmes en 1981* |
|---|---|---|---|
| **GROUPE I** | **326 150** | **14,7** | **11,0** |
| Bâtiment et travaux publics | 208 100 | 12,1 | 8,6 |
| Fabrication de produits en métal | 37 340 | 15,8 | 12,3 |
| Industrie chimique | 31 805 | 35,6 | 31,0 |
| **GROUPE II** | **152 280** | **15,1** | **11,6** |
| Fabrication d'équipement de transport | 45 575 | 15,9 | 10,6 |
| Industrie du bois | 36 935 | 11,5 | 9,2 |
| 1re transformation des métaux | 31 935 | 9,9 | 8,1 |
| **GROUPE III** | **529 200** | **30,7** | **25,0** |
| Administration publique | 255 025 | 41,7 | 35,3 |
| Transport et entreposage | 136 655 | 17,8 | 14,8 |
| Industrie des aliments et boissons | 73 555 | 29,8 | 25,2 |
| **GROUPE IV** | **659 135** | **42,4** | **38,4** |
| Commerce | 601 260 | 43,2 | 39,1 |
| Industrie du textile | 27 905 | 37,4 | 36,5 |
| Fabrication de machines sauf électrique | 18 735 | 16,5 | 16,1 |
| **GROUPE V** | **826 436** | **48,5** | **45,1** |
| Autres serv. commerciaux et personnels | 621 995 | 52,9 | 50,2 |
| Communication, transport d'énergie et autres services publics | 115 750 | 34,6 | 32,5 |
| Imprimerie, édition et activités annexes | 46 780 | 40,3 | 36,5 |
| **GROUPE VI** | **947 605** | **63,8** | **59,8** |
| Services médicaux et sociaux | 329 200 | 74,7 | 72,0 |
| Enseignement et services annexes | 233 475 | 60,3 | 57,3 |
| Finances, assurances et affaires immobilières | 191 600 | 63,0 | 59,8 |

Source : Statistique Canada 1981 : Tableau 1 ; Statistique Canada 1991 : Tableau 1.

[1] Ces pourcentages ont été calculés à partir du nombre de travailleuses divisé par le nombre total de travailleurs (multiplié par cent), et ce, pour chacun des secteurs d'activité économique pour les années 1981 et 1991.

emplois féminins dans les groupes ayant une faible priorité (CSST 1980)[4]. Parmi les critères aboutissant à un traitement inférieur des emplois des travailleuses, on compte : (1) Une méthode inadéquate pour mesurer les problèmes de santé. On utilise comme critère pour indiquer les atteintes possibles à la santé, le nombre de liens « probables ou possibles » entre un travail et un problème de santé rapportés dans la littérature scientifique avant 1978. Tel qu'illustré par Stellman (1978), les femmes étaient presque totalement absentes de la littérature scientifique en santé au travail en 1978 ; (2) L'exclusion d'indicateurs de santé qui s'appliquent mieux aux femmes (par exemple les taux d'absence pour maladie, les risques pour les femmes enceintes) ; (3) Une sous-estimation du dénominateur des taux d'accidents. Dans le calcul des taux d'accidents, on divise le nombre d'accidents par le *nombre* d'employés. Moins le groupe travaille d'heures, moins il y a d'heures/employé, donc moins de chances d'avoir un accident par employé. Or, les femmes travaillent en moyenne 60 % du nombre d'heures des hommes (Asselin et coll. 1994 : 246). Si le nombre d'accidents est proportionnel aux heures travaillées, la méthode de calcul par nombre d'employés ferait « perdre » 40 % des accidents des femmes.

Il faut souligner que les méthodes pour déterminer les priorités utilisées par la CSST étaient acceptables et acceptées à l'époque et ont pu constituer un bon début pour l'établissement de la réglementation dans la matière. Il était normal de se baser surtout sur les accidents reconnus, dont le lien avec le milieu de travail est plus évident qu'avec les maladies ou les absences. Aujourd'hui, une quinzaine d'années plus tard, nous pouvons nous demander s'il n'y a pas lieu de revoir ces critères à la lumière de l'intégration des femmes dans les milieux de travail.

Nous ne pouvons pas affirmer qu'une autre façon de calculer aurait donné un meilleur classement aux emplois des femmes. Mais nous pouvons voir que les travailleuses ne bénéficient que dans une faible proportion des mécanismes de prévention prévus par la LSST. Il reste à se demander si l'exclusion relative des femmes a eu des conséquences néfastes pour la prévention dans leurs emplois. Nous pouvons penser que l'accès limité à des comités paritaires de santé et de sécurité représente un désavantage. En effet, l'ancienneté du comité de santé et de sécurité d'un établissement

4. Nous avons examiné trois documents : « Estimation des secteurs d'activités économiques du Québec plus prioritaires en santé et sécurité du travail » signé par la Direction des programmes et normes de la CSST en mai 1980 ; « Analyse statistique en fonction de la détermination des secteurs d'activité économique prioritaires » signé par la Direction générale de la prévention de la CSST le 18 août 1981 ; »Analyse statistique en fonction de la détermination des secteurs d'activité économique prioritaires » signé par la Direction générale de la réparation et la Direction générale de la prévention de la CSST le 7 octobre 1982.

est associée à l'implantation, dans cet établissement, de mesures d'élimination des dangers à la source (Berthelette et Pineault 1992). De plus, la libération des représentants à la prévention est, selon les intervenants syndicaux, un facteur de première importance pour s'assurer de la mise en place des mesures de prévention.

L'inspection des entreprises semble être poursuivie avec plus de vigueur dans les secteurs I à III. Il y a eu 0,67 interventions par les inspecteurs du travail par établissement dans les catégories I à III, 0,08 par établissement dans les autres catégories[5]. Un autre indicateur de la vigilance des inspecteurs dans les groupes non prioritaires : une visite de l'inspecteur a 4,3 fois plus de probabilité de survenir suite à un contrôle initié par la CSST que suite à une plainte venant du milieu dans les secteurs I, II, III, rapport réduit à 1,7 dans les secteurs IV, V et VI (CSST 1993 : tableaux 68 et 77). Est-ce qu'il existe, dans les emplois des femmes, des dangers ou des risques méritant davantage d'attention ?

## *DES MESURES DE PRÉVENTION DEVRAIENT-ELLES S'APPLIQUER DANS LES EMPLOIS MAJORITAIREMENT FÉMININS ?*

Les secteurs où il y a plus de 100 000 travailleuses québécoises (données de 1991) sont : l'administration publique, le commerce, l'hébergement et la restauration, les autres services commerciaux et personnels, l'enseignement, les finances, assurances et affaires immobilières, et les services médicaux et sociaux. À l'intérieur de ces secteurs, les femmes sont regroupées dans certaines professions (Tableau 2). Notons que les femmes sont concentrées dans peu de professions : 53 % des femmes, mais seulement 33 % des hommes se trouvent dans les 15 principales professions de leur sexe[6].

L'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail a effectué une analyse des données de l'enquête Santé-Québec concernant les travailleurs et les travailleuses (Gervais 1993). L'enquête permet d'identifier des maladies ou des problèmes de santé existant depuis au moins un an avant l'entrevue[7]. Ce type d'analyse comporte, selon l'auteure, plusieurs biais, surtout

5. Même si la fréquence de ces interventions est calculé sur le nombre d'établissements regroupant 21 travailleurs et plus, on retrouve la même différence : 6,29 visites par établissement de taille supérieure dans les groupes I à III, 0,81 dans les groupes IV à VI.

6. Cette concentration apparente pourrait être en partie à cause du regroupement de plusieurs professions sous un même nom. Les caissières de banque et les caissières de supermarché ont une formation et une activité de travail très différentes, par exemple.

7. Les maladies ou problèmes de la travailleuse sont rapportés par la travailleuse elle-même ou par une personne résidant avec elle. Les problèmes traités sont (p. 12) : allergies respiratoires, maux de dos, migraines, ostéo-articulaire, réactions allergiques, troubles cutanés, troubles digestifs, troubles cardiaques, maladies respiratoires, troubles mentaux, fatigue, insomnie.

TABLEAU 2

**Principales professions des femmes, Québec 1991**

| *Rang* | *Profession* | *Pourcentage des femmes ayant cette profession* | *Pourcentage de la profession occupé par des femmes* |
|---|---|---|---|
| 1 | Secrétaires et sténographes | 9,6 | 98,4 |
| 2 | Vendeuses | 5,8 | 51,2 |
| 3 | Caissières | 5,5 | 87,8 |
| 4 | Teneuses de livres | 5,3 | 81,7 |
| 5 | Infirmières | 3,7 | 91,0 |
| 6 | Préposées au service des aliments | 3,7 | 80,4 |
| 7 | Commis de bureau | 3,3 | 80,0 |
| 8 | Réceptionnistes | 2,6 | 88,1 |
| 9 | Enseignantes, primaire et préscolaire | 2,5 | 85,0 |
| 10 | Chefs, cuisinières | 2,2 | 49,4 |
| 11 | Aides-infirmières | 1,9 | 74,5 |
| 12 | Opératrices de machines à coudre | 1,8 | 90,5 |
| 13 | Comptables | 1,8 | 47,3 |
| 14 | Directrices des ventes | 1,7 | 33,8 |
| 15 | Coiffeuses | 1,7 | 84,8 |

Source : Asselin et coll. 1994 : 166.

puisque l'emploi déclaré au moment de l'enquête n'est pas nécessairement celui qui a entraîné les problèmes de santé rapportés au même moment. Cependant il s'agit d'une source intéressante de pistes d'exploration. L'analyse identifie les travailleuses des services personnels (coiffure, garderie), de restauration et de conciergerie comme celles qui présentent le plus grand nombre de problèmes de santé. Parmi les cols blancs, ce sont les vendeuses et les travailleuses de bureau qui présentent davantage de problèmes (Gervais 1993 : iv). On y note que les cols blancs, contrairement aux autres groupes, rapportent plus d'accidents de travail à l'Enquête Santé-Québec que dans les dossiers de la CSST, fait qui pourrait, selon l'analyste, indiquer une difficulté à faire reconnaître les accidents de travail de ce groupe.

Les lésions professionnelles des femmes qui ont été indemnisées se situent surtout (en proportion) dans les secteurs des produits plastiques, des aliments et boissons, du cuir, du textile, de l'habillement, des services médicaux et sociaux[8]. Ces secteurs sont distribués à travers les groupes prioritaires ; en particulier, il y en a beaucoup dans le groupe VI.

8. Service de la statistique, CSST, données du 31-12-93.

Les femmes sont plus présentes parmi les personnes compensées pour des maladies professionnelles qu'elles ne le sont pour les accidents[9]. Cependant, si on regarde la liste des maladies professionnelles où le législateur a établi un lien présumé avec le travail (Annexe I de la LATMP), on remarque l'absence de plusieurs problèmes propres aux femmes ou associés aux secteurs où se retrouve une majorité de femmes : la posture debout prolongée et les problèmes de dos et de jambes ; les expositions aux produits chimiques des coiffeuses, des infirmières en oncologie ; les problèmes psychologiques reliés au travail sous contrainte de temps, au harcèlement sexuel, au manque d'autonomie, aux sollicitations constantes d'une clientèle exigeante (par ex., patients confus, jeunes enfants) ; les problèmes de voix et de peau des enseignantes ; les troubles menstruels associés au froid, à la manipulation de charges, au travail sous contrainte de temps, aux horaires irréguliers. Comment expliquer ces omissions ?

### *Les lacunes au niveau des recherches*

Par le passé, peu de recherches en santé au travail ont porté sur les travailleuses[10]. On n'a tout simplement pas trouvé pertinent d'inclure les femmes dans la majorité de recherches sur le cancer occupationnel (Zahm et coll. 1994). Par exemple, dans une vaste étude québécoise, on a examiné tous les patients masculins cancéreux dans les hôpitaux de Montréal. À l'aide d'une équipe composée de chimistes et d'hygiénistes industriels, on a relevé toute leur exposition professionnelle aux produits chimiques, qu'on a comparée à celle de patients atteints de pathologies non cancéreuses. L'étude, qui a coûté au-delà d'un million de dollars, a permis d'identifier plusieurs agents cancérigènes dans le milieu de travail. Une dizaine d'articles ont été publiés à la suite de cette étude mais ils n'offrent pas de justification de l'exclusion des femmes (Siemiatycki et coll. 1988). Même si un bon nombre d'études sur les cancers occupationnels des femmes ont débuté récemment, il y a un écart dans les connaissances qui prendra du temps à être comblé.

Lorsque les femmes sont incluses dans les études, leurs conditions spécifiques de travail ne sont pas toujours prises en compte. Pour étudier la relation poussière-maladie chez 13 568 travailleurs et travailleuses, des chercheurs ont demandé à certains experts de classer les emplois selon leur exposition à la poussière. On a demandé aux travailleurs et aux travailleuses de rapporter leur exposition et leurs symptômes de santé. Les rapports des travailleuses étaient en moins forte corrélation avec les estimations des

9. Ce résultat semble prévaloir aussi dans d'autres pays. Voir Andersson et coll. 1990.

10. Un traitement plus détaillé de la recherche sur la santé des travailleuses se trouve dans Messing et coll. 1993.

experts que ceux des travailleurs. La conclusion : « Cette association était significativement plus forte chez les hommes que chez les femmes, suggérant une meilleure perception de l'exposition par les hommes... » (Hsairi et coll. 1992). Pourtant, les femmes et les hommes ayant le même titre d'emploi peuvent avoir des expositions bien différentes, en raison d'une division sexuelle des tâches à l'intérieur d'un titre d'emploi (Mergler et coll. 1987 ; Messing et coll. 1994a). Les nettoyeurs, affectés aux moppes, n'utilisent pas les mêmes produits chimiques que les nettoyeuses, affectées aux plumeaux. Les horticulteurs qui émondent les arbres ne sont pas exposés aux mêmes pesticides que les horticultrices qui plantent les petites plantes. La perception des expositions n'ayant pas été validée séparément pour les emplois des femmes, il n'est pas surprenant de trouver une différence homme-femme dans l'accord avec les experts.

Le même type de problème arrive avec d'autres instruments utilisés pour mesurer les effets du travail. Par exemple, Robert Karasek et Töres Theorell (1990) ont utilisé un questionnaire pour mesurer le *job strain* (astreinte), un effet d'une combinaison de sollicitation élevée et de faible latitude décisionnelle. Leur questionnaire, développé avec des sujets masculins, a été utilisé par plus de quarante équipes de recherche. On a trouvé une relation entre l'astreinte associée à un emploi et le risque de troubles coronariens. Malgré le fait que les maladies cardiovasculaires constituent la cause de mortalité la plus commune chez les femmes (Steingart et coll. 1991), et qu'autant de femmes que d'hommes rapportent faire de l'hypertension, certaines équipes de recherche semblent penser que les maladies cardiovasculaires n'arrivent qu'aux hommes. Mais, des trente-six recherches qui ont exploré la relation entre l'astreinte et les maladies cardiovasculaires, vingt-deux ne concernaient que des hommes, douze les deux sexes, et seulement deux ne touchaient que des femmes. Les études concernant les hommes traitaient de dix fois plus de sujets en moyenne que celles touchant les femmes (Schnall et coll. 1994). Pourtant, Hall (1989) a analysé les emplois des femmes et a trouvé que leurs emplois étaient caractérisés, en moyenne, par une plus faible latitude décisionnelle, donc en principe un plus grand risque de maladie.

Theorell (1991) a récemment étudié quatre professions où il a trouvé que les femmes et les hommes dans ces professions étaient exposés à des facteurs de risque différents. À cause de différences dans leurs conditions de travail à l'intérieur d'un même emploi, l'un ou l'autre sexe pouvait bénéficier d'un moindre risque de maladie cardiovasculaire. De plus, il est possible que les deux sexes réagissent de façon différente aux facteurs environnementaux.

Les recherches sur la reproduction et le travail comportent aussi quelques lacunes. Les troubles menstruels induits par le milieu de travail ont été

longtemps négligés, certains chercheurs les reléguant au domaine des « névroses » (Iglesias et coll. 1991). Par ailleurs, les femmes ont même été « exclues » des recherches sur les effets du travail sur la grossesse, en ce sens que pratiquement toutes les études sur cette question ont porté sur la santé des fœtus. Ce n'est que récemment qu'on a commencé à examiner les effets du travail sur la santé des femmes enceintes elles-mêmes (Saurel-Cubizolles et coll. 1991 ; Cherry 1987 ; Paul 1993).

Enfin, les chercheurs en santé au travail ont souvent de la difficulté à analyser adéquatement la variable « sexe ». Nous avons effectué une revue de dix études sur la qualité de l'air intérieur publiées entre 1989 et 1994, qui ont identifié plusieurs agresseurs potentiels présents dans l'air des bâtiments publics : monoxyde et dioxyde de carbone, formaldéhyde, température, humidité, micro-organismes (Skov et coll. 1989, 1990 ; Norback et coll. 1990a ; Hodgson et coll. 1991 ; Harrison et coll. 1992 ; Norback et coll. 1990b ; Kelland 1992 ; Mendell and Smith 1990 ; Menzies et coll. 1993 ; Franck et coll. 1993). Aucune de ces études n'a pris en compte le sexe de manière adéquate. On a « ajusté » pour le sexe (ce qui occulte la forte association entre le sexe et les conditions de travail), on l'a exclu de toute considération, ou on l'a traité comme variable explicative, le tout sans justification explicite. Dans une étude, on a pris la peine d'apparier les sujets (fumeurs actifs, fumeurs passifs et non-fumeurs) par sexe, mais on rapporte que les femmes ont plus de maladies sans rapporter leur exposition au tabac (White et coll. 1991). Sans cette donnée, on peut difficilement interpréter la comparaison par sexe, surtout puisqu'on peut penser que les femmes, surreprésentées dans les échelons hiérarchiques inférieurs, auraient plus de probabilité de partager leur bureau avec une autre personne, impliquant une ventilation inférieure et une probabilité accrue d'exposition à la fumée des autres. En effet, une seule des études a exploré l'association du sexe et le niveau d'exposition aux polluants (plutôt qu'aux symptômes). Cette étude a démontré que les femmes étaient davantage exposées à certains polluants chimiques, à cause des tâches de photocopie et autres qu'elles effectuaient (Hodgson et coll. 1991).

En somme, la majorité des recherches en santé au travail a peu ou mal exploré les problèmes des femmes. Ces difficultés au niveau de la recherche et de l'analyse ont eu comme effet de donner peu d'outils conceptuels aux intervenants qui veulent faire de la prévention dans les emplois féminins. Le caractère pénible du travail des femmes n'est pas facile à cerner. Des études dans le domaine des problèmes musculosquelettiques font ressortir que les difficultés ressenties par les travailleuses sont moins frappantes que celles des travailleurs. Si on regarde chaque mouvement d'une travailleuse à la chaîne, on ne voit rien d'inquiétant. Elle ne soulève pas tout en même temps 25 kg comme un chargeur de camion (Courville et coll. 1994 ; Dumais et coll. 1993). De même, on ne s'inquiète pas si une

travailleuse est exposée à une température de 30 degrés quand les travailleurs de fonderies sont à côté de fournaises à des centaines de degrés de plus. Mais le cumul de ces conditions peut amener une astreinte cardiaque considérable (Brabant 1990).

En outre les outils réglementaires des autorités en santé au travail leur permettent rarement de faire une analyse qui tient compte du cumul de facteurs stressants. Une enseignante, appelée à enseigner à une classe de 27 enfants de huit ans dont l'un veut se suicider et quatre autres présentent des difficultés graves d'apprentissage ou de comportement, et ceci à une température de 30° (limite pour le travail léger), n'a rien à rapporter à l'inspecteur du travail. Une caissière de banque qui prépare le souper pour sa famille avant de partir pour sa succursale, travaille debout de 9 h le jeudi matin à 20 h le soir, rentre chez elle et fait le ménage et recommence à travailler à 9 h le vendredi, ne peut pas se plaindre officiellement. On considère plutôt qu'elles jouissent d'excellentes conditions de travail.

Le domaine de la santé au travail a été organisé en fonction de conditions discrètes et définies qui produisent des pathologies palpables dont le lien avec le milieu de travail est démontrable. Bien que ce type de problème existe dans des emplois de femmes, d'autres ressortent plutôt d'une analyse plus globale, étrangère aux procédures utilisées couramment en prévention et en indemnisation.

## *QUELQUES CONTEXTES OÙ ON POURRAIT FAIRE DE LA PRÉVENTION*

Ainsi, dans beaucoup d'emplois en usine et dans les services, les femmes vivent des situations difficiles. Les contraintes de ces situations produisent souvent un inconfort important qui nuit à la productivité et à la santé des travailleuses. Nous ne présentons pas ici une liste exhaustive de situations difficiles. Notre but est plutôt de montrer qu'il existe des situations vécues par les travailleuses, où il y aurait lieu d'intervenir, mais sur lesquelles il y a actuellement peu ou pas d'interventions par la CSST.

Les femmes sont souvent affectées à des tâches répétitives où l'on exerce peu de force mais beaucoup de mouvements, parfois dans des situations inconfortables. Bien qu'il existe des conventions et des prescriptions quant au poids qui peut être levé, dans les emplois typiquement masculins (Snook et Ciriello 1991), aucun guide ne prescrit une limite au nombre de mouvements répétitifs ou à la durée du cycle de travail. Une récente décision de la CALP[11] fait craindre qu'il sera de plus en plus

11. *Société canadienne des postes et Corbeil et Grégoire-Larivière,* [1994] C.A.L.P. 285. Cependant, il y a eu une décision plus récente qui laisse croire que les lésoins attribuées au travail répétitif pourraient continuer à être reconnues. Il s'agit de *Vandal et Pratt and Whitney Canada,* [1994] C.A.L.P. 1059.

difficile pour les travailleuses de faire reconnaître ce type de tâche répétitive pour l'indemnisation. Dans un colloque organisé par l'employeur mis en cause, un médecin qui avait témoigné pour l'employeur a même affirmé que « un mouvement répétitif seul [sans exercice de force] ne peut être pathogène » (Canakis 1994). Pourtant, la loi établit une présomption d'association entre les mouvements répétitifs en tant que tels et les lésions musculosquelettiques. Ce lien a été confirmé par une commission scientifique mise sur pied par le gouvernement d'Angleterre (English et coll. 1995). Notons qu'au Brésil il existe une norme qui prévoit une limite de 8 000 touches à l'heure pour les travailleuses de bureau, alors que le Québec n'a aucun règlement limitant les répétitions avec peu de force.

Les emplois à caractère répétitif présentent également des difficultés sur le plan de la santé mentale. La parcellisation des tâches et le haut niveau de répétitivité sont associés à des symptômes de dépression et d'anxiété (Brisson et coll. 1992). Les travailleuses de l'entretien sanitaire (qui effectuent les tâches dites « légères ») ont les taux les plus élevés de troubles cardiaques, de sommeil et de dos, de toutes les travailleuses (Gervais 1993 : 18–19).

Le travail répétitif se trouve souvent dans les secteurs moins prioritaires (santé, administration publique, institutions financières). Même si la CSST a conduit sept projets-pilotes en vue de réduire les lésions attribuables au travail répétitif, on ne peut pas comparer cet effort à un suivi général (Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec 1996).

Plusieurs emplois de femmes en usine et dans les services exigent une posture debout immobile prolongée. Dans la vente au détail, on exige souvent que les femmes soient debout pour donner l'impression qu'elles sont au service de la clientèle. Cette posture debout relativement immobile est associée à des troubles des systèmes musculosquelettique et cardiovasculaire (Lajoie 1995). Elle est également associée à des douleurs intenses (Gubéran et Rougement 1974 ; Vézina et coll. 1994). Malgré une décision de la CSST voulant que les caissières aient accès à des bancs, un bref regard dans les supermarchés, les banques et les magasins permet de constater que la posture debout est de loin la plus commune. Les interventions de la CSST dans ces secteurs non prioritaires n'ont pas été décisives et ceci, malgré une activité syndicale intense.

Si les postures et mouvements typiques du travail dans les emplois traditionnellement féminins n'ont pas encore bénéficié de suffisamment d'attention de la part des intervenants, ils sont au moins considérés comme faisant partie de la problématique de la santé au travail. En comparaison, d'autres aspects du travail qui affectent la santé des travailleuses sont souvent exclus du champs d'intervention. Les politiques et pratiques concernant l'interface travail-famille ont un effet majeur sur la santé des travailleuses

(FTQ 1995), mais elles ne sont pas habituellement considérées lors des interventions.

Pourtant, les employeurs sont obligés de considérer des aspects personnels essentiels de la vie des travailleurs et des travailleuses dans les aménagements des milieux de travail et dans les horaires. Il faut qu'ils puissent boire de l'eau, manger, avoir accès à des toilettes et prendre des pauses. Le fait d'avoir une famille, pourtant une partie intégrante de la vie, ne semble pas être considéré de la même manière. Aucune norme n'oblige l'employeur à fournir des moyens de communiquer avec la maison en cas d'urgence. De plus en plus, on demande aux travailleuses du secteur des services d'accepter des horaires extrêmement variables, sans égard aux besoins familiaux (Messing et Prévost 1996). Les téléphonistes, les caissières de supermarché, le personnel des hôpitaux, les enseignantes à statut précaire, reçoivent leurs horaires avec très peu de préavis, ce qui ne permet pas de faire des arrangements de garde adéquats.

La travailleuse ayant des responsabilités familiales se trouve ainsi aux prises avec des problèmes aigus de gardiennage. Des téléphonistes et des travailleuses d'hôpitaux nous ont dit qu'elles ont « résolu » leurs problèmes de garde en prenant le quart de nuit. Ainsi, l'époux peut garder les enfants la nuit et la travailleuse, le jour. On peut se poser la question : quand dorment-elles ?

Les emplois contraints par des horaires rigides rendent très difficiles la conciliation pour les femmes qui ont de jeunes enfants. Les enfants ne comprennent pas que le salaire de leur mère sera coupé si elle est en retard de plus de deux minutes (nettoyage de bâtiments publics) et peuvent s'obstiner à devenir malades, à refuser de s'habiller et à tarder à manger leurs céréales...

Ces difficultés dans la conciliation travail-famille amènent des problèmes psychologiques qui ont été abondamment documentés (MacEwen et Barling 1994 ; Corbeil et Descarries 1995). Les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de dire que cette conciliation affecte leur santé mentale ou physique (Éditeurs 1992). Ni la CSST, ni la loi, n'interviennent sur ce genre de problème d'horaire. Pour l'instant, les obstacles à la conciliation des responsabilités parentales et professionnelles ne sont pas bien intégrés dans les normes du travail, ni dans le système de santé au travail, ni ailleurs (Vandelac et Méthot 1993). Est-ce parce qu'on fonctionne toujours avec le stéréotype du travailleur pourvoyeur masculin ?

### *Le sexisme*

Un autre risque pour la santé des femmes qui n'est pas actuellement pris en compte dans les interventions en santé au travail est la discrimination

contre les femmes, qui peut se manifester de différentes façons. Il peut s'agir de comportements difficiles à supporter : le harcèlement sexuel, le manque de respect, le manque de reconnaissance du travail accompli, des demandes de maternage. Cette discrimination peut aussi comprendre des problèmes d'organisation associés à la division sexuelle du travail : manque d'occasions de promotion, confinement dans des « ghettos », refus de reconnaître les exigences associées à la conciliation emploi-famille. La discrimination peut affecter la santé psychologique des travailleuses. Si l'effort déployé est constamment sous-évalué, la travailleuse peut être amenée à accepter une surcharge de travail. La CSST n'intervient pas en prévention du sexisme en milieu de travail, bien que quelques cas de harcèlement sexuel aient été reconnus pour compensation. Un comité paritaire qui fait un plan de prévention calqué sur la situation dans son entreprise pourrait être un moyen d'action très efficace.

Les femmes mentionnent aussi le manque de respect comme un agent stresseur dans leurs emplois. Les préposées à l'entretien sanitaire affectées aux « travaux légers » sont payées à un niveau moindre que les préposés affectés aux « travaux lourds » (Gouvernement du Québec 1994). Même si les deux types de tâches requièrent d'importants efforts physiques, les femmes qui postulent un poste dans le « lourd » doivent passer une épreuve de force alors que les hommes qui demandent d'aller au « léger » ne subissent pas de test d'endurance ni de rapidité d'exécution (Messing et coll. 1996).

Dans les métiers non traditionnels, les chercheurs sont nombreux à avoir perçu un risque à la santé mentale pour des femmes qui sont en nette minorité dans un emploi (Cockburn 1985 ; Tancred et Czarnocki 1992 ; Conseil du statut de la femme 1994). Les attitudes et comportements des supérieurs et des collègues peuvent porter atteinte à la santé des femmes « pionnières ».

### *La reproduction*

Deux articles de la LSST touchent spécifiquement les femmes : le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite[12]. En réponse à la question : Est-ce que votre bureau s'occupe de la prévention dans les emplois des femmes ? Un interlocuteur relevant de la CSST a répondu : « Mais oui, on s'occupe du retrait préventif ! » En réponse à la question : Quel est le

12. Article 40, LSST : « Une travailleuse enceinte qui fournit à l'employeur un certificat attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, peut demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir ». L'article 46 prévoit un mécanisme analogue pour la femme qui allaite.

but du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ? Une interlocutrice responsable de ce programme dans une régie régionale nous a répondu : « C'est pour protéger le fœtus[13] ». Sans extrapoler outre mesure à partir de ces deux remarques, nous les avons trouvées assez représentatives des attitudes des gestionnaires dans le domaine de la santé au travail. Les problèmes de santé des travailleuses sont assimilés aux problèmes de tératogenèse[14]. En même temps, la tératogenèse n'est pas toujours perçue comme un problème de santé au travail. On se rappelle la déclaration de l'Association des entrepreneurs en construction, qui a cherché à sortir le retrait préventif de la LSST : « Être enceinte n'est pas un accident de travail » (Blanchard 1992).

Ce type de discours incite à penser que le retrait préventif n'est pas actuellement perçu comme un outil en santé au travail. En effet, la loi et les intervenants ne semblent pas considérer que le danger pour une femme enceinte ou pour le fœtus fait partie du mandat de prévention dans le même sens que les autres dangers. Par exemple, la disposition de l'article 40 de la LSST a souvent été appliquée comme s'il s'agissait d'une exception à l'esprit de la loi puisque la solution privilégiée n'est pas l'élimination du danger à la source mais plutôt le retrait de la travailleuse du poste présentant un danger. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, près de 90 % des femmes ayant fait une demande dans ce cadre sont retirées de leur poste de travail (ministère de la Santé et des Services sociaux 1993 : 33). La « réaffectation de la travailleuse », qui pourrait comprendre la diminution des risques de son poste, a trop souvent été limitée à un échange de postes avec une autre travailleuse.

Cette façon de penser est aussi visible quand l'IRSST exclut le retrait préventif de la travailleuse enceinte d'un rapport sur les risques du travail (Hébert 1994), sans explication (on en apprend l'exclusion à la page 110). Une exclusion similaire s'est même pratiquée dans l'analyse faite par la CSST des risques spécifiques aux femmes (Laurin 1991).

De telles exclusions seraient justifiables si la susceptibilité de la travailleuse enceinte était tellement exceptionnelle qu'elle exigeait des conditions de travail exceptionnelles, et si les travailleuses enceintes étaient si peu nombreuses qu'elles constituaient une rare exception dans le monde du travail. Ces deux conditions ne s'appliquent pas souvent, et surtout pas dans beaucoup de professions à majorité féminine. En fait, il existe très peu de conditions qui posent un risque spécifique et unique pour la femme

13. Pourtant, l'article 40 de la LSST prévoit que le droit peut être exercé quand le travail présente un danger physique pour la travailleuse enceinte elle-même.

14. La tératogenèse est la production d'anomalies chez le fœtus à cause des expositions de la mère à des conditions environnementales nuisibles pendant la grossesse.

enceinte, tout en étant anodines pour les autres. Peu de produits chimiques sont dangereux pour la grossesse sans présenter de risque pour les autres fonctions biologiques, y compris la spermatogenèse. Par exemple, on a découvert des relations entre les avortements spontanés et l'exposition du père à l'oxyde d'éthylène, aux solvants utilisés dans l'industrie du caoutchouc, au caoutchouc lui-même, aux solvants utilisés dans des raffineries, et au plomb (Lindbohm et coll. 1991). Une étude a relevé un excès de malformations chez les enfants dont le père était pompier, en soulignant le très grand nombre d'expositions chimiques enregistrées par cette profession (Olshan et coll. 1990). La susceptibilité des femmes enceintes se situe sur un continuum qui inclut les autres travailleuses et travailleurs. Un problème pour les femmes enceintes pourrait donc indiquer une nécessité de faire de la prévention pour l'ensemble des hommes et des femmes exposés aux mêmes conditions.

Que dire des situations où la femme enceinte se situe à l'extérieur du continuum ? Faut-il tout faire pour rendre sécuritaires pour les femmes enceintes, les quelques postes où les produits chimiques ou agents infectieux attaquent spécifiquement le fœtus ? Dans les emplois à majorité féminine, les grossesses peuvent arriver régulièrement. En effet, 70 % des femmes travaillent au moment de leur première grossesse (ministère de la Santé et des Services sociaux 1993 : 32). Dès lors, pourquoi ne pas inclure les préoccupations concernant les fœtus au moment de la conception des postes de travail ?

Enfin, dans les postes qui impliquent une charge physique qui se situe près de la limite humaine, le fait d'être enceinte peut effectivement faire dépasser la capacité d'une femme à faire face à certaines conditions. Elle pourrait avoir de la difficulté à travailler longtemps debout, à faire de longs déplacements, à travailler la nuit, ou à manipuler des charges, entre autres. Ne pourrait-on pas inclure dans les normes, comme en Europe, des dispositions spécifiques pour le travail des femmes enceintes : des pauses plus longues, des conditions allégées, un choix amélioré de quart de travail ? Malheureusement, les recherches nécessaires ne se feront possiblement pas : le programme de recherche de l'IRSST « Pour la maternité sans danger » a été annulé.

Si la grossesse bénéficie d'une considération spéciale dans la LSST, d'autres spécificités du système de reproduction ne sont pas aussi bien traitées. Une proposition faite à l'IRSST pour examiner la douleur et l'irrégularité menstruelles en rapport avec les conditions de travail, a été refusée puisque le problème n'a pas été considéré comme prioritaire. L'équipe de recherche a cependant pu relier l'exposition au froid et certaines caractéristiques des horaires de travail à des troubles menstruels (Mergler et Vézina 1985 ; Messing et coll. 1992, 1993a). Lorsqu'on a rapporté les résultats aux

médecins du travail collaborateurs de ces enquêtes ceux-ci les qualifièrent « d'amusants » et déconseillèrent leur publication, craignant que cela nuise à la crédibilité de l'équipe de recherche. Pourtant, les travailleuses des abattoirs qui vivent des douleurs intenses à tous les mois les prennent au sérieux, et seraient intéressées à entamer des approches de prévention. Comme elles s'absentent souvent pour cette raison (Mergler et Vézina 1985), ce serait approprié de prévoir un mécanisme d'indemnisation pour ce type d'incapacité intermittente. Mais l'articulation de ce genre de problème périodique avec le système d'indemnisation est à faire.

## *QUELS MÉCANISMES POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION ?*

La discussion qui précède a soulevé quelques problèmes vécus par les femmes dans les milieux de travail, peu ou pas traités par les instances en santé au travail. Il nous semble important d'intervenir sur ces conditions de travail, en améliorant les mécanismes prévus pour la prévention. Mais, au Québec, l'intérêt ne semble pas encore suffisant.

En 1992, 1993 et 1994, il y a eu des colloques pancanadiens sur la santé des femmes au travail, subventionnés par des sources fédérales. Des chercheures de six provinces ont présenté leurs travaux, et trois provinces ont envoyé des représentantes officielles dans l'une ou l'autre de ces réunions. Le Québec a témoigné de son intérêt en y envoyant la responsable du dossier des femmes à la CSST, mais celle-ci n'a fait aucune déclaration venant de la Commission. En effet, la CSST n'a jamais émis de rapport public sur les interventions reliées à ce dossier[15].

Deux autres provinces semblent avoir un intérêt plus marqué pour la santé et la sécurité des travailleuses. Le Nouveau-Brunswick a été représenté par la présidente de la Commission de l'hygiène et de la sécurité du travail, qui a livré un discours sur l'importance de s'occuper de la conciliation des tâches professionnelles et familiales dans les interventions en santé et en sécurité du travail (Delaney-Leblanc 1993). L'Ontario a envoyé la présidente du Industrial Disease Standards Panel[16], qui a décrit les interventions de son organisme dans le dossier de la santé des femmes au travail : commandite d'un rapport sur le sujet, appel d'offres pour une étude provinciale, subvention (avec le Ontario Workplace Health and Safety Agency) pour une enquête provinciale sur les préoccupations des femmes en matière

15. À l'exception de trois pages émises par le service des communications en réponse à une conférence de presse conjointe de trois centrales syndicales dénonçant le manque de prévention dans les emplois féminins (Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec 1996).

16. Maintenant transformé sous le nouveau régime conservateur.

de santé du travail (Carlan et Keil 1995). Les attitudes différentes des provinces peuvent-elles avoir un lien avec les sources de financement pour la prévention, le Québec étant la seule à ne pas séparer l'institution qui s'occupe de la prévention de celle qui indemnise (Tableau 3) ? Ouvrir la définition et les modalités de prise en compte des problèmes de santé au travail veut dire, pour la CSST, de payer plus de prestations tout en sauvant de l'argent au régime gouvernemental d'assurance-maladie. Dans les autres provinces, l'analyse s'inverse.

TABLEAU 3

**La santé et la sécurité dans d'autres provinces**

| *Province* | *Indemnisation* | *Prévention* | *Inspection* |
|---|---|---|---|
| Nouveau-Brunswick | Commission des accidents du travail (CAT) (fonds des employeurs) | Commission de l'hygiène et de la sécurité du travail (fonds du ministère du Travail et de la CAT) | Commission de l'hygiène et de la sécurité du travail (fonds du ministère du Travail et de la CAT) |
| Ontario | Commission des accidents du travail (fonds des employeurs) | Agence pour la santé et la sécurité du travail (fonds du ministère du Travail et de la CAT) | Agence pour la santé et la sécurité du travail (fonds du ministère du Travail et de la CAT) |
| Québec | Commission de la santé et de la sécurité du travail (fonds des employeurs) | Commission de la santé et de la sécurité du travail (fonds des employeurs) | Commission de la santé et de la sécurité du travail (fonds du ministère du Travail) |

Nous concluons qu'il y a de la place pour l'amélioration de la prévention, tant pour les hommes que pour les femmes. Les règlements pourraient étendre la couverture de l'ensemble des programmes prévus dans la LSST à l'ensemble des secteurs. En ce sens, les centrales syndicales insistent depuis quelque temps pour que le gouvernement reconnaisse tous les secteurs prioritaires. La fréquence des inspections pourrait être augmentée et les sanctions pour le non-respect des normes et des décisions pourraient être plus sévères.

Mais, dans le meilleur des cas, il sera toujours normal que le gouvernement accorde priorité, dans ses interventions en santé et en sécurité du travail, aux problèmes les plus graves. C'est pour cela que l'IRSST a produit plusieurs rapports visant à développer des façons alternatives de donner une priorité aux interventions (Gervais 1993 ; Hébert 1994). Dans ce contexte, certains indicateurs, négligés présentement, pourraient servir à orienter les interventions de la CSST dans une réévaluation des problèmes de santé des travailleuses. Nous présentons ici quelques suggestions en ce sens, visant plus particulièrement à rendre visibles les risques dans les emplois majoritairement féminins.

### *Réviser la classification des emplois*

Nous avons noté que les femmes sont concentrées dans quelques secteurs d'activité, dans quelques emplois à l'intérieur de ces secteurs, et dans des tâches spécifiques à l'intérieur des emplois. Ce phénomène de la division sexuelle du travail est bien connu et bien documenté, et peut avoir une importance pour la santé des travailleuses et des travailleurs. Nous avons aussi fait remarquer les conséquences, pour la reconnaissance des risques du travail des femmes, de regroupements d'emplois trop larges qui ne font pas suffisamment ressortir les caractéristiques associées à chaque secteur d'emploi. La tendance à la CSST est aussi vers la délimitation des secteurs, puisqu'elle se base de plus en plus sur des données spécifiques sur les fréquences d'accidents pour calculer les cotisations des employeurs. Il sera donc important, dans toute tentative de détermination des priorités d'intervention, que le gouvernement trouve des façons de regrouper les emplois dans des catégories plus uniformes quant à leurs contraintes.

Une fois que la catégorisation sera établie, il faudra chercher des indicateurs qui reflètent bien les risques dans les emplois des femmes. Nous pouvons suggérer quelques méthodes qui pourraient permettre de saisir les besoins de prévention des travailleuses.

### *Utiliser comme indicateur les demandes de retrait préventif de la femme enceinte*

Le Tableau 4 indique la distribution des demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, selon le secteur d'emploi[17]. Notons qu'il s'agit de demandes enregistrées à la CSST, à l'exclusion des réaffectations faites sur une base informelle et des demandes que les femmes choisissent d'adresser à leur programme d'assurance-maladie.

On voit que le groupe I a le taux le moins élevé de demandes, en termes relatifs et absolus. À l'intérieur des groupes, on retrouve des taux élevés de demandes dans les secteurs de l'industrie du plastique et du caoutchouc (groupe II, 44 demandes pour 1000 travailleuses), du commerce, du cuir et du textile (groupe IV, respectivement 19, 50 et 25 demandes pour 1000 travailleuses), de l'impression (groupe V, 21 demandes pour 1000 travailleuses), de l'habillement, des services médicaux, des industries manufacturières diverses (groupe VI, respectivement 18, 25 et 17 demandes pour 1000 travailleuses).

17. Ces indemnisations sont payées à même le fonds général de la CSST, dont les cotisations sont payables par l'ensemble des employeurs, sans égard au nombre de travailleuses à leur emploi.

TABLEAU 4

**Taux de demandes du retrait préventif de la femme enceinte par groupe d'emplois, 1991**

| *Groupe* | *Demandes dans le cadre du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite en 1991* | *Travailleuses couvertes en 1991* | *Demandes de prestation par 1000 travailleuses en 1991* |
|---|---|---|---|
| I | 218 | 47 860 | 4,6 |
| II | 404 | 22 940 | 17,6 |
| III | 957 | 162 475 | 5,9 |
| IV | 4 907 | 279 225 | 17,6 |
| V | 5 523 | 400 450 | 13,8 |
| VI | 8 809 | 604 440 | 14,6 |
| Total | 20 818 | 1 517 390 | 13,7 |

Il serait sûrement utile d'examiner les motifs de demande de retrait préventif dans ces secteurs pour mieux cibler les besoins en prévention dans les emplois à majorité féminine.

### *Utiliser comme indicateur les absences pour maladie*

Plusieurs auteurs ont proposé que l'absence pour maladie pourrait être un indicateur utile de problèmes de santé au travail. Bourbonnais et Vinet ont démontré que l'absence avec certificat médical était associée à plusieurs paramètres reflétant la charge de travail des infirmières québécoises (Bourbonnais et Vinet 1990 ; Bourbonnais et coll. 1992). Ainsi, l'analyse des absences au travail pourrait permettre de saisir une autre réalité, d'autres aspects du travail qui seraient plus révélateurs des problèmes de santé des femmes que les accidents. Cet indicateur n'est pas proposé pour les femmes seulement, mais pour l'ensemble des emplois où les accidents de travail ne seraient pas le seul indicateur valable des effets du travail sur la santé, par exemple dans le secteur des services (Chevalier et coll. 1987).

Les femmes enregistrent cependant plus de deux fois plus d'absences au travail que les hommes, selon les données de Statistique Canada. Si les absences doivent être utilisées pour démontrer des effets du travail sur la santé des femmes et des hommes, il devient pertinent de se poser la question, est-ce que les méthodes utilisées pour analyser l'absence au travail tiennent compte de façon appropriée des spécificités des absences de chaque sexe ? Pour y parvenir, les caractéristiques sociales et biologiques

des deux sexes, les différences structurelles du marché du travail, c'est-à-dire les secteurs d'emploi et les professions où se retrouvent les femmes et les hommes, ainsi que leurs conditions de travail rémunéré et non rémunéré, doivent être considérées (Deguire et Messing 1995). Notons aussi que les absences pour maladie associées à l'usure sont souvent intermittentes et de courte durée. Elles peuvent être difficiles à repérer.

### *L'enquête auprès des travailleuses*

Les méthodes suggérées ci-dessus, bien qu'elles peuvent constituer un complément important au décompte des lésions professionnelles reconnues, ne suffisent pas pour cerner les besoins des femmes en matière de prévention. Les retraits préventifs ne touchent que les emplois occupés par des femmes enceintes, et les absences pour maladie sont très dépendantes des spécificités des programmes de compensation. Ces deux indicateurs exigent que le problème de santé rapporté résulte en une incapacité d'effectuer l'emploi pendant un certain temps. Or, la détresse psychologique, les dermatoses, la détérioration de la vision, certains problèmes musculosquelettiques et l'infertilité n'empêchent pas la travailleuse de se présenter au travail, malgré les souffrances qu'ils entraînent.

C'est pour cette raison qu'en Ontario, la Workplace Health and Safety Agency et le Industrial Disease Standards Panel ont décidé de demander aux femmes elles-mêmes d'identifier leurs problèmes de santé au travail. La chercheure Georgina Feldberg effectue des entrevues avec des travailleuses de divers groupes d'emploi, de régions et d'ethnies afin de dresser une liste de préoccupations importantes. Ensuite, elle procédera par questionnaire pour associer les problèmes de santé aux emplois spécifiques. Les résultats de cette démarche serviront à orienter les efforts de prévention des deux agences concernées. Des chercheurs américains ont aussi trouvé que les préoccupations des travailleuses et des travailleurs étaient un bon point de départ pour les programmes de prévention (Behrens et coll. 1994).

## *CONCLUSION*

Nous avons vu que la prévention dans les emplois occupés par les femmes n'a pas encore atteint un niveau acceptable. Beaucoup de contraintes des tâches assignées habituellement aux femmes demeurent quasiment invisibles pour les systèmes de prévention et d'indemnisation en santé au travail :

- parce que les systèmes de prévention et d'indemnisation en santé au travail ont été développés en rapport surtout avec les accidents de travail et avec quelques problèmes de santé surtout associés aux emplois masculins

– et parce que les normes et pratiques en santé au travail s'occupent, le plus facilement, de pathologies associées à des agents discrets et reconnus et qui résultent en des absences du travail pour des périodes suivies.

Ceci amène un cercle vicieux où les problèmes des femmes ne sont pas étudiés puisqu'ils n'entrent pas dans le cadre du système de santé au travail, ce qui a pour effet qu'ils ne sont ni connus ni reconnus.

Quand les femmes présentent un problème, il est attribué à des caractéristiques fictives ou réelles du sexe féminin ou à une situation personnelle plutôt qu'aux conditions de travail. Ainsi, les problèmes des travailleuses indiquent à certains leur « anormalité » plutôt que la nécessité de transformer les milieux de travail. Ce type d'attitude peut convaincre certaines femmes de taire leurs problèmes, ne voulant pas subir de la discrimination. De la même façon, les hommes peuvent être amenés par ces stéréotypes à accepter un danger au travail, par peur de paraître moins virils s'ils protestent.

Nous avons décrit ci-dessus certaines difficultés dans la prévention des problèmes de santé chez les femmes au travail. Plusieurs de ces problèmes sont aussi présents dans les emplois des hommes. Il importe peu de déterminer si les travailleuses sont moins bien traitées que les travailleurs. Ce qui est impératif est de développer les outils scientifiques permettant de rendre visibles les problèmes de santé et de sécurité qu'ont les travailleuses, et les outils d'intervention permettant de les réduire. Nous pensons en effet que de tels efforts finiront par améliorer la santé de toutes et de tous.

## ▮ BIBLIOGRAPHIE

ANDERSSON, R., K. KEMMLERT et A. KILBOM. 1990. « Etiological Differences Between Accidental and Non-Accidental Occupational Overexertion Injuries ». *Journal of Occupational Accidents*, vol. 12, 177–186.

ARMSTRONG, P. 1995. « The Feminization of the Labour Force : Harmonizing Down in a Global Economy ». *Invisible : Occupational Health Problems of Women at Work.* K. Messing, B. Neis et L. Dumais, dir. Charlottetown, IPE : Gynergy Books, 368–391.

ARMSTRONG, P. et H. ARMSTRONG. 1993. *The Double Ghetto.* Toronto : McLellan and Stewart.

ASSELIN, S., H. GAUTHIER, J. LACHAPELLE, Y. LAVOIE, L. DUCHESNE, S. JEAN, D. LAROCHE et Y. NOBERT. dir. 1994. *Les hommes et les femmes : une comparaison de leurs conditions de vie.* Québec : Bureau de la statistique du Québec.

BEHRENS, V., P. SELIGMAN, L. CAMERON, T. MATHIAS et L. FINE. 1994. « The Prevalence of Back Pain, Hand Discomfort and Dermatitis in the U.S. Working Population ». *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 11, 1780–1785.

BERTHELETTE, D. et R. PINEAULT. 1992. « Analyse d'implantation du programme de santé au travail : résultat d'une recherche évaluative ». *Travail et santé*, vol. 8, n° 4, s23-s30.

BETCHERMAN, G., K. MCMULLEN, N. LECKIE et C. CARON. 1994. *The Canadian Workplace in Transition*. Kingston, Ont. : Industrial Relations Centre.

BLANCHARD, S. 1992. « Les entrepreneurs en construction exigent la révision de la « coûteuse » CSST ». *Le Devoir*, 28 février, A-3.

BOURBONNAIS, R. et A. VINET. 1990. « L'absence pour maladie chez les infirmières et quelques indicateurs de charge de travail ». *Sexe faible ou travail ardu : recherches sur la santé des travailleuses*. C. Brabant et K. Messing, dir. Montréal, Cahiers de l'ACFAS, n° 70, 87-101.

BOURBONNAIS, R., A. VINET, M. VÉZINA et S. GINGRAS. 1992. « Certified Sick Leave as a Non-specific Morbidity Indicator : A Case-referent Study among Nurses ». *British Journal of Medicine*, vol. 49, 673-678.

BRABANT, C. 1990. « Les normes d'exposition à la chaleur et le travail des femmes : équitables ou discutables ? ». *Sexe faible ou travail ardu : recherches sur la santé des travailleuses*. C. Brabant et K. Messing, dir. Montréal, Cahiers de l'ACFAS, n° 70, 103-114.

BRISSON, C., A. VINET, M. VÉZINA et S. GINGRAS. 1989. « Effect of Duration of Employent in Piecework on Severe Disability among Female Garment Workers ». *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 15, 329-334.

BRISSON, C., M. VÉZINA et A. VINET. 1992. « Health Problems of Women Employed in Jobs Involving Psychological and Ergonomic Stressors : The Case of Garment Workers in Québec ». *Women and Health*, vol. 18, n° 3, 49-66.

CANAKIS, A. 1994. « Mouvements répétitifs : mythes et autres sources de confusion. Aspect médical ». *Actes du colloque « Les mouvements répétitifs : à quelles conditions représentent-ils un risque de lésions professionnelles : préjugés et réalités »*. R. Gilbert, O. Laurendeau, F. Le Bir et la Société canadienne des postes, org. Hôtel Bonaventure, Montréal, 1er décembre, 11.

CARLAN, N. et M.F. KEIL. 1995. « Developing a Proposal for a Working Women's Health Survey ». *Invisible : Occupational Health Problems of Women at Work*. K. Messing, B. Neis et L. Dumais, dir. Charlottetown, IPE : Gynergy Books, 292-306.

CHERRY, N. 1987. « Physical Demands of Work and Health Complaints among Women Working Late in Pregnancy ». *Ergonomics*, vol. 30, 689-701.

CHEVALIER, A., D. LUCE, C. BLANC et M. GOLDBERG. 1987. « Sickness Absence at the French National Electric and Gas Company ». *British Journal of Industrial Medicine*, vol. 44, 101-110.

CINBIOSE. 1995. *Quand le travail léger pèse lourd : vers la prévention dans les emplois majoritairement féminins*. Montréal : Université du Québec à Montréal.

COCKBURN, C. 1985. *Machinery of Dominance*. London, England : Pluto Press.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. 1980. *Estimation des secteurs d'activités économiques du Québec plus prioritaires en santé et sécurité du travail*. Montréal : CSST.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. 1993. *Rapport annuel d'activité, 1993. Annexe statistique*. Montréal : CSST.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. 1996. « La prévention en matière de santé et de sécurité dans certains emplois occupés par des femmes ». *Fiche d'information.* Montréal : Service des communications de la CSST.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. 1994. *Dépasser les obstacles et les résistances.* Québec : Conseil du statut de la femme du Québec.

CORBEIL, C. et F. DESCARRIES. 1995. *La conciliation travail-famille.* Montréal : Cahiers de recherches féministes.

COURVILLE, J., N. VÉZINA et K. MESSING. 1991. « Comparison of the Work Activity of Two Mechanics : A Woman and a Man ». *International Journal of Industrial Ergonomics*, vol. 7, 163–174.

COURVILLE, J., N. VÉZINA et K. MESSING. 1992. « Analyse des facteurs ergonomiques pouvant entraîner l'exclusion des femmes du tri des colis postaux ». *Le travail humain*, vol. 55, 119–134.

COURVILLE, J., L. DUMAIS et N. VÉZINA. 1994. « Conditions de travail de femmes et d'hommes sur une chaîne de découpe de volaille et développement d'atteintes musculo-squelettiques ». *Travail et Santé*, vol. 10, n° 3, S17–S23.

DEGUIRE, S. et K. MESSING. 1996. « L'absence au travail a-t-elle un sexe ? ». *Recherches féministes,* vol. 8, n° 2, 9–30.

DELANEY-LEBLANC, M. 1993. « Exposé ». *Table ronde de recherche sur la santé des femmes au travail.* Ottawa : Santé Canada, 94–98.

DEVINE, T. J. 1994. « Characteristics of Self-employed Women in the United States ». *Monthly Labor Review,* mars, 20–34.

DUMAIS, L., K. MESSING, A.M. SEIFERT, J. COURVILLE et N. VÉZINA. 1993. « Make Me a Cake as Fast as You Can : Determinants of Inertia and Change in the Sexual Division of Labour of an Industrial Bakery ». *Work, Employment and Society*, vol. 7, n° 3, 363–382.

ÉDITEURS. 1992. « Women Twice as Likely as Men to Report that Duties at Home, Work Affect Health ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 146, n° 9, 1605.

ENGLISH, C.J. et coll. 1995. « Relations Between Upper Limb Soft Tissue Disorders and Repetitive Movements at Work ». *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 27, 75–90.

FRANCK, C., E. BACH et P. SKOV. 1993. « Prevalence of Objective Eye Manifestations in People Working in Office Buildings with Different Prevalences of the Sick Building Syndrome Compared with the General Population ». *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, vol. 65, 65–69.

GERVAIS, M. 1993. *Bilan de santé des travailleurs québécois.* Montréal : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. 1994. *Décret sur le personnel d'entretien d'édifices publics de la région de Montréal.* Québec : Éditeur officiel.

GROUPE CONSULTATIF SUR LE TEMPS DE TRAVAIL ET LA RÉPARTITION DU TRAVAIL. 1994. *Le temps de travail et la répartition du travail.* Catalogue LT 011-12-94. Ottawa : Ressources humaines Canada.

GUBÉRAN, E. et A. ROUGEMONT. 1974. « Travail féminin et orthostatisme : résultats d'une enquête épidémiologique auprès de 541 vendeuses ». *Médecine sociale et préventive*, vol. 19, 279-283.

GUYON, L. 1990. *Quand les femmes parlent de leur santé.* Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

HALL, E.M. 1989. « Gender, Work Control and Stress : A Theoretical Discussion and an Empirical Test ». *International Journal of Health Services,* vol. 19, 725-745.

HARRISON, J., C.A.C. PICKERING, E.B. FARAGHER, P.K.C. AUSTWICK, S.A. LITTLE et L. LAWTON. 1992. « An Investigation of the Relationship between Microbial and Particulate Indoor Air Pollution and the Sick Building Syndrome ». *Respiratory Medicine*, n° 86, 225-235.

HÉBERT, F. 1994. *L'inégalité des risques affectant la sécurité des travailleurs par secteur d'activité en 1986.* Montréal : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.

HODGSON, M.J., J. FROHLIGER, E. PERMAR, C. TIDWELL, N.D. TRAVEN, S.A. OLENCHOCK et M. KARPF. 1991. « Symptoms and Microenvironmental Measures in Nonproblem Buildings ». *Journal of Occupational Medicine*, vol. 4, 527-533.

HSAIRI, M., F. KAUFFMANN, M. CHAVANCE et P. BROCHARD. 1992. « Personal Factors Related to the Perception of Occupational Exposure : An Application of a Job Exposure Matrix ». *International Epidemiology Association Journal*, vol. 21, 972-980.

IGLESIAS, R.E., A. TERRÉS et A. CHAVARRIA. 1980. « Disorders of the Menstrual Cycle in Airline Stewardesses ». *Aviation, Space and Environmental Medicine*, 518-520.

KARASEK, R. et T. THEORELL. 1990. *Healthy Work.* New York : Basic Books.

KELLAND, P. 1992. « Sick Building Syndrome, Working Environments and Hospital Staff ». *Indoor Environment*, vol. 1, 335-340.

KEMPENEERS, M. 1992. *Le travail au féminin.* Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

LAJOIE, A. 1995. « La posture assis-debout ». Mémoire de maîtrise en biologie. Université du Québec à Montréal.

LAURIN, G. 1991. *Féminisation de la main-d'œuvre : impact sur la santé et la sécurité du travail.* Montréal : CSST.

LINDBOHM, M-L., M. SALLMÉN, A. ANTTILA, H. TASKINEN et K. HEMMINKI. 1991. « Paternal Occupational Lead Exposure and Spontaneous Abortion ». *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 17, 95-103.

LIPPEL, K. 1995. « Watching the Watchers : How Expert Witnesses and Decision-makers Perceive Men's and Women's Workplace Stressors ». *Invisible : Occupational Health Problems of Women at Work.* K. Messing, B. Neis et L. Dumais, dir. Charlottetown, IPE : Gynergy Books, 265-291.

MACEWEN, K. E. et J. BARLING. 1994. « Daily Consequences of Work Interference with Family and Family Interference with Work ». *Work and Stress*, vol. 8, n° 3, 244-254.

MENDELL, M.J. et A.H. SMITH. 1990. « Consistent Pattern of Elevated Symptoms in Air Conditioned Office Buildings : A Reanalysis of Epidemiologic Studies ». *American Journal of Public Health*, vol. 80, 1193–1199.

MENZIES, R., R. TAMBLYN, J.-P. FARANT, J. HANLEY, F. NUNES et R. TAMBLYN. 1993. « The Effect of Varying Levels of Outdoor-air Supply on the Symptoms of the Sick Building Syndrome ». *New England Journal of Medicine*, vol. 328, 821–827.

MERGLER, D. 1995. « Some Thoughts on Adjusting for Sex ». *Invisible : Occupational Health Problems of Women at Work*. K. Messing, B. Neis et L. Dumais, dir. Charlottetown, IPE : Gynergy Books, 236–251.

MERGLER, D. et N. VÉZINA. 1985. « Dysmenorrhea and Cold Exposure ». *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 30, 106–111.

MERGLER, D., C. BRABANT, N. VÉZINA et K. MESSING. 1987. « The Weaker Sex ? Men in Women's Working Conditions Report Similar Health Symptoms ». *Journal of Occupational Medicine*, vol. 29, 417–421.

MESSING, K. 1995. « Don't Use a Wrench to Peel Potatoes : Male Models in Biology Are a Risk to the Health of Women Workers ». *Changing Methods*. L. Code et S. Burt, dir. Toronto : Broadview Press, 217–264.

MESSING, K., M.-J. SAUREL-CUBIZOLLES, M. KAMINSKI et M. BOURGINE. 1992. « Menstrual Cycle Characteristics and Working Conditions in Poultry Slaughterhouses and Canneries ». *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 18, 302–309.

MESSING, K., L. DUMAIS et P. ROMITO. 1993. « Prostitutes and Chimney Sweeps both Have Problems : Toward Full Integration of the Two Sexes in the Study of Occupational Health ». *Social Science and Medicine*, vol. 36, 47–55.

MESSING, K., M.-J. SAUREL-CUBIZOLLES, M. KAMINSKI et M. BOURGINE. 1993a. « Factors Associated with Dysmenorrhea among Workers in French Poultry Slaughterhouses and Canneries ». *Journal of Occupational Medicine*, vol. 35, 493–500.

MESSING, K. G. DONIOL-SHAW et C. HAËNTJENS. 1993b. « Sugar and Spice : Health Effects of the Sexual Division of Labour among Train Cleaners ». *International Journal of Health Services*, vol. 23, n° 1, 133–146.

MESSING, K., L. DUMAIS, J. COURVILLLE, A.M. SEIFERT et M. BOUCHER. 1994a. « Evaluation of Exposure Data from Men and Women with the Same Job Title ». *Journal of Occupational Medicine*, vol. 36, n° 8, 913–917.

MESSING, K., J. COURVILLE, M. BOUCHER, L. DUMAIS et A.M. SEIFERT. 1994b. « Can Safety Risks of Blue-collar Jobs Be Compared by Gender ? ». *Safety Science*, vol. 18, 95–112.

MESSING, K., C. CHATIGNY, C. et J. COURVILLE. 1996. « L'invisibilité du travail et la division léger/lourd dans l'entretien sanitaire : impact sur la santé et la sécurité du travail ». *Objectif Prévention*, vol. 19, n° 2, 13–16.

MESSING, K. et J. PRÉVOST. 1996. « L'horaire de travail irrégulier et la garde des enfants : étude ergonomique sur une activité de conciliation des responsabilités professionnelles et familiales ». *Comprendre la famille : Actes du 3e symposium québécois de recherche sur la famille*. J. Alary et L.S. Éthier, dir. Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec, 379–396.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1992. *La politique de la santé et du bien-être.* Québec : MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. 1993. *Politique de périnatalité.* Québec : MSSS.

MOTARD, L. et L. DESROCHERS. 1995. *Les Québécoises déchiffrées.* Sainte-Foy, Québec : Publications du Québec.

NORBACK, D., I. MICHEL et J. WIDSTROM. 1990a. « Indoor Air Quality and Personal Factors Related to the Sick Building Syndrome ». *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health,* vol. 16, 121-128.

NORBACK, D., M. TORGEN et C. EDLING. 1990b. « Volatile Organic Compounds, Respirable Dust, and Personal Factors to Prevalence and Incidence of Sick Building Syndrome in Primary Schools ». *British Journal of Industrial Medicine,* vol. 47, 733-741.

OLSHAN, A. F., K. TESCHKE et P.A. BAIRD. 1990. « Birth Defects among Offspring of Firemen ». *American Journal of Epidemiology,* vol. 131, 312-321.

ONTARIO FEDERATION OF LABOUR. 1994. *Women and Workers' Compensation.* Don Mills, Ontario : Ontario Federation of Labour.

PAUL, J. M. 1993. *Pregnancy and the Standing Working Posture : An Ergonomic Approach.* Amsterdam, Pays-Bas : Coronel Laboratory, University of Amsterdam.

RENAUD, M. et G. TURCOTTE. 1988. « Comment les travailleuses enceintes voient leur travail, ses risques et le droit au retrait préventif ». Rapport de recherche du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et en sécurité du tavail (GRASSP), Université de Montréal.

RENAUD, M., G. TRUDEAU, C. ST-JACQUES et L. DUBÉ . 1989. *Le droit de refus : une révolution tranquille.* Montréal : École de relations industrielles, Université de Montréal.

SAUREL-CUBIZOLLES, M.J., M. KAMINSKI, C. DU MAZAUBRUN et G. BRÉART. 1991. « Les conditions de travail professionnel des femmes et l'hypertension artérielle en cours de grossesse ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* vol. 39, 37-43.

SCHNALL, P. L., P. A. LANDSBERGIS et D. BAKER. 1994. « Job Strain and Cardiovascular Disease ». *Annual Reviews of Public Health,* vol. 15, 381-411.

SIEMIATYCKI, J., R. DEWAR, R. LAKHANI, L. NADON, L. RICHARDSON et M. GÉRI. 1988. « Cancer Risks Associated with 10 Organic Dusts : Results from a Case-control Study in Montréal ». *American Journal of Industrial Medicine,* vol. 16, 547-567.

SKOV, P., O. VALBJORN et B. V. PEDERSEN. 1989. « The Danish Indoor Climate Study Group : Influence of Personal Characteristics, Job-related Factors and Psychosocial Factors on the Sick Building Syndrome ». *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health,* vol. 15, 286-295.

SKOV, P., O. VALBJORN et B. V. PEDERSEN. 1990. « The Danish Indoor Climate Study Group : Influence of Indoor Climate on the Sick Building Syndrome in an Office Environment ». *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health,* vol. 16, 363-371.

SNOOK, S. M. et V. M. CIRIELLO. 1991. « The Design of Manual Handling Tasks : Revised Tables of Maximum Acceptable Weights and Forces ». *Ergonomics*, vol. 34, n° 9, 1197-1213.

STATISTIQUE CANADA. 1981. *Recensement du Canada, Population.* Catalogue 92-921, vol. 1 Série nationale. Ottawa : Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA. 1991. *Recensement du Canada, Le Pays.* Catalogue 93-326. Ottawa : Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA. 1995. *Women in Canada : A Statistical Report.* Catalogue 89-503E. Ottawa : Statistique Canada.

STEINGART, R. M. et coll. 1991. « Sex Differences in the Management of Coronary Artery Disease ». *New England Journal of Medicine*, vol. 325, 226-230.

STELLMAN, J. M. 1978. *Women's Work, Women's Health.* New York : Pantheon Books.

TANCRED, P. et S. CZARNOCKI. 1992. « The Revolving Door : Women's Exit from Non-traditional Work ». *Weaving Alliances : Selected Papers Presented for the Canadian Women's Studies Association.* D. Martens, dir., 97-121.

THEORELL, T. 1991. « On Cardiovascular Health in Women ». *Women, Work and Health : Stress and Opportunities.* M. Frankenhaeuser, U. Lundbergh et M. Chesney, dir. New York : Plenum Press, 187-204.

VANDELAC, L. et A.-L. METHOT. 1993. *Concilier l'inconciliable.* Montréal : Fédération des travailleurs et des travailleuses du Québec.

VÉZINA, N., L. GEOFFRION, C. CHATIGNY et K. MESSING. 1994. « Un travail de manutention : symptômes et conditions de travail chez les caissières de supermarché ». *Maladies chroniques au Canada*, vol. 15, 19-25.

WHITE, J. 1993. *Sisters and Solidarity.* Toronto : Thompson Educational Publishing.

WHITE, J. R., H. F. FROEB et J. A. KULIK. 1991. « Respiratory Illness in Nonsmokers Chronically Exposed to Tobacco Smoke in the Work Place ». *Chest*, vol. 100, 39-43.

ZAHM, S.H., L.M. POTTERN, D.R. LEWIS, M.H. WARD et D.W. WHITE. 1994. « Inclusion of Women and Minorities in Occupational Cancer Epidemiological Research ». *Journal of Occupational Medicine*, vol. 36, 842-847.

## SUMMARY

### Poor Working Conditions, Women's Jobs and Government Occupational Health and Safety Agencies

Women are increasingly present in the workplace, but occupational health and safety practices and regulations were devised in a period when nearly all workers were male. This article, which is the product of a joint effort between university researchers and the women's committees of the three major Quebec trade union federations, demonstrates that women are

relatively absent from prevention activities in occupational health. We suggest explanations for their absence and propose corrective measures.

We first examine legal measures, especially the Quebec Occupational Health and Safety Act. Women face several disadvantages in the application of the law, because they work for smaller companies, more often work part time, have lower salaries and are less often unionized. They are also more often excluded from prevention activities provided by the law. The Quebec Occupational Health and Safety Commission (CSST) has ascribed higher priority for prevention to some industrial sectors. Criteria used to set these priorities have resulted in a near-absence of women from the high-priority groups. In 1990, more than 85% of those in the groups given the highest priority for intervention were men. These groups received 8 times more inspections than groups with lower priority, for example.

We then ask whether the exclusion of women could be justified because women's jobs are relatively safe or because of the limits of the indicators used. We first critique the indicators used, finding that some are inappropriate for women's working conditions or do not properly take women into account. We then consider how safe and healthy women's working conditions are. We find that repetitive work, prolonged standing, schedules incompatible with women's biology and with their usual family responsibilities and sexism are health risks frequently encountered in women's jobs. However, these conditions do not have dramatic effects on health or survival; they are more apt to result in chronic suffering. CSST statistics show that men are more apt to have recognized work accidents than women, but women are more likely than men to be compensated for occupational illnesses.

We also note problems in the way data on women's working conditions are analysed, leading to confusion about whether women's sex or their working conditions are responsible for certain illnesses such as sick building syndrome.

We suggest several mechanisms that would make it possible to apply the law more equitably with a more appropriate determination of priorities: Re-examine the ways jobs are classified; use certified sick leave and protective reassignment of pregnant women as indicators of risks in women's jobs; consult working women on the health risks in their jobs.