

Les Cahiers S.M.T. n° 19

Différence de santé entre les hommes et les femmes. par Fabienne Bardot

Différences de santé HF.doc

Margaret Maruani[1], sociologue, directrice de recherche au CNRS, écrit, dans son ouvrage sur le travail et l'emploi des femmes : « *On assiste à une transformation sans précédent de la place des femmes dans le salariat qui ne s'est pas accompagné d'un déclin conséquent des inégalités* ».

Pour placer le problème, il faut savoir qu'en 1962, 6,6 millions de femmes et 13,2 millions d'hommes étaient actifs et qu'en 1998, 11,7 millions de femmes et 14,1 millions d'hommes le sont.

Margaret Maruani nous dit aussi que « *depuis plusieurs décennies, le tertiaire est une des terres d'accueil de l'emploi féminin* » et que « *les hommes ont pâti de la désindustrialisation pendant que les femmes ont tiré parti de la tertiarisation* ».

En s'appuyant sur les données statistiques des enquêtes de la DARES menées en 1984 et en 1998, sur les conditions de travail, et sur celles de l'INSEE, la première sur la technique et l'organisation du travail de 1987 et la seconde sur « travail et mode de vie » de 1997, Serge Volkoff et Michel Gollac, constatent[2] :

« *Par rapport à un ouvrier du même âge et de même nationalité, qui serait comme elle à temps plein, ou comme elle à temps partiel, avec un contrat de travail de même type, la même ancienneté, dans une entreprise de taille comparable, une ouvrière se voit reconnaître moins d'autonomie et d'initiative, est davantage soumise à la surveillance constante de la hiérarchie, bénéficie de moins d'aide, au sein d'un réseau moins étendu et, plus nettement encore, risque de se voir confinée dans un travail répétitif à cycle court* ».

Ces différences dans l'emploi et dans le travail, ont-elles des conséquences différentes sur la santé des hommes et des femmes ? A ma connaissance, peu d'études ont étudié les formes cliniques fines et les processus à l'œuvre recherchant et expliquant ces différences. Ce qu'on lit couramment dans les études épidémiologiques, c'est que les femmes déclarent plus de souffrances, qu'elles soient physiques ou mentales, que les hommes, en expliquant cela par le fait qu'elles verbalisent plus qu'eux.

Pour tenter d'éclairer un peu ce problème, mais sans vouloir le trancher, bien sûr, je m'appuierai sur deux enquêtes que des équipes de médecins du travail ont menées dans la région Centre ; l'une portant sur les salariés de la grande distribution et l'autre sur les salariés de plus de 55 ans travaillant dans des secteurs professionnels variés. Dans notre enquête sur la grande distribution, la souffrance mentale était évaluée à l'aide d'une échelle quantitative appelée GHQ 12 [3]. S'il est admis qu'un score égal ou supérieur à 12 est caractéristique de l'existence d'une souffrance mentale, un score supérieur à 20 signifie l'existence d'une pathologie avérée. Quinze salariés qui correspondaient à ce critère de niveau de souffrance ont été revus et on fait l'objet de monographies suffisamment détaillées pour être exploitées.

L'utilité des monographies est de porter attention au déroulement temporel d'événements et de faits touchant aussi bien la sphère personnelle que la sphère professionnelle. Ces événements s'articulent entre eux en déclenchant des réactions toujours incorporées par l'individu, physiquement et mentalement, dans une dynamique, certes variable et imprévisible à priori, mais toujours porteuse d'un sens qui permet, finalement, de mettre un processus en visibilité. Cette technique peut permettre de mieux décrire les choses, et, même si beaucoup de personnes sont soumises aux mêmes contraintes ou difficultés tout en les acceptant ou en les supportant, d'autres en souffrent à en tomber malade. C'est cela qu'il est important de comprendre. Les monographies peuvent donner accès à cette compréhension.

Pourquoi toutes ces personnes souffrent-elles au point de risquer de basculer dans la dépression professionnelle réactionnelle ?

La première constatation qui est assez frappante est que deux hommes seulement étaient concernés, ce qui correspondait à 13% de nos monographies. Or l'échantillon sur lequel avait porté l'étude complète comprenait 38% d'hommes.

L'enquête quantitative avait montré que les hommes ont plus de liberté d'initiative dans leur travail, que le temps partiel imposé concerne essentiellement les femmes et que les tâches les plus répétitives sont confiées aux femmes. La répartition très féminisée des monographies semble bien illustrer l'effet d'inégalité de la « division sexuelle du travail » avec les répercussions délétères majorées pour la santé mentale de ces femmes, alors que la mixité constatée pourrait faire croire à une atténuation de la domination des hommes que ces rapports sociaux de sexe fait perdurer.

Ce qui est frappant, à l'analyse de ces histoires, c'est la récurrence de la brutalité des modifications de l'organisation du travail :

- madame C... subit les affres de son manque de docilité : entraves à son mandat d'élue au CE, ordres contradictoires fréquents déstabilisant la réalisation du travail ordinaire ;
- madame Mme D... est déplacée tel un pion ;
- madame F... montre comment l'introduction du rendement imposé et de la surveillance tatillonne entraîne la honte qu'il y a à « gérer » dans la discrétion les besoins les plus intimes ;
- madame H..., madame R et madame Y sont déclassées sans ménagements, mais Mme Y... n'hésite pas à faire subir le même sort à une de ses collègues ;
- madame X... vit dans la peur au travail, elle subit donc avec une docilité apparente tous les petits changements de planning même si cela perturbe sa vie personnelle.

On pourrait parler d'organisation du travail maltraitante et cela porte d'autant plus atteinte à la santé de l'individu que

certaines situations entrent en résonance avec des éléments de la vie personnelle tellement douloureux que les effets sanitaires sont inévitables, sans doute majorés et particulièrement destructeurs. C'est le cas de Mme A... Violence familiale ancienne et violence au travail actuelle décrite ainsi : « ...l'employeur refuse de reconnaître l'accident de travail », « ...le chef jette violemment une poubelle à terre et lui intime l'ordre d'en ramasser le contenu... », « ...il profère des menaces... », « ...il lui réserve les travaux les plus pénibles... », tout cela a raison de son état physique et psychologique, et, en moins de cinq années, interventions chirurgicales sur la colonne vertébrale et syndrome dépressif vont se succéder. Pour lutter, il est possible de discerner des stratégies de défense s'appuyant, d'un côté, sur ce que l'on pourrait appeler « la souffrance discrète » et, de l'autre côté, sur des stratégies de retrait.

On peut définir la « souffrance discrète » comme la capacité à endurer, à « encaisser » dans le silence, dans la réserve, on pourrait dire, dans l'effacement le plus extrême. Le meilleur exemple est apporté par Mme B... qui en fait toujours plus, sans se plaindre et que l'on charge toujours plus : « Si une collègue est en vacances, c'est elle qui la remplace, cela va tellement de soi... ». Pour sa part, Mme J..., après avoir tenté d'obéir scrupuleusement aux ordres contradictoires de bien servir les clients tout en les contrôlant comme des voleurs — confiance et défiance — se voit reprocher son excès de zèle. Elle se mure alors dans un silence douloureux : « Elle est sous anti-dépresseurs et elle endure ». Quant à Mme X..., pour échapper à l'empiétement du travail sur le hors-travail, elle a sciemment fait le choix d'un mi-temps et elle a sciemment accepté un poste de faisant-fonction de chef caissière sans en percevoir le salaire. C'est de cette manière — salaire dévalorisé et temps de travail raccourci — qu'elle s'est construit des marges de manoeuvre lui permettant de résister aux exigences temporelles de l'organisation du travail de son établissement.

Le retrait semble être une autre modalité de protection.

Un des premiers effets de l'intensification du travail, du bousculement, se manifeste par le retrait des structures sociales. Mme C... « a décidé de ne pas se représenter au prochain CE, elle est désabusée », et Mme W... exprime un désarroi qui « semble avoir déformé la perception de l'aspect valorisant de son rôle social ».

Une autre issue est trouvée dans le système des possibilités de départ en retraite progressive. C'est le cas de Mme F... qui trouve là une « organisation du travail qui lui permet de trouver un meilleur équilibre ». Mais des salariées à temps plein en arrivent aussi à demander un temps partiel afin de supporter soit un déclassement imposé comme Mme R..., soit une protection contre l'intensification et le morcellement du travail comme Mme T..., en passant, en plus, par un déclassement voulu.

Le processus d'usure que l'on peut imputer au travail est lisible dans la description des parcours professionnels de Mmes A..., Mme D... et E.... Pour la première les conséquences d'un accident de travail, non reconnu comme tel, entraînent une dégradation des conditions et des situations de travail qui concourent, physiquement et psychologiquement, à une sorte de cassure organisée.

Les contraintes durables et variées, finement décrites — en particulier ses « plongées acrobatiques dans les vitrines réfrigérées, sa petite taille l'obligeant à se mettre en équilibre, appuyée sur son bassin, les jambes relevées en l'air pour attraper les fromages placés au fond des présentoirs » —, imposées à Marie D..., ont des effets pathogènes en cascade.

Quant à Mme E..., c'est la collusion d'une situation personnelle difficile due à une charge familiale solitaire associée à un revenu notablement insuffisant à cause d'un mi-temps imposé pour lequel l'organisation totalement décousue interdit tout espoir de cumul avec un autre mi-temps, qui bouleverse le rythme de la vie ordinaire et qui, à la longue, détériore sa santé. Et pourtant, dans cette noirceur, il apparaît, à l'évidence, que le travail est constructeur de santé. Mme A... sort de l'horreur de son histoire privée grâce au travail. Mme D... trouve un grand soutien au travers de ses clients et de son entourage professionnel. Mme W..., par le biais du travail, a pu s'épanouir dans des activités militantes. Et Mme E... « ne veut pas changer de métier ».

Quelques remarques particulières peuvent être apportées aux monographies des deux hommes et à celles de deux femmes (Mme H... et Mme Y...) si on les examine sous l'éclairage du genre dont la définition empruntée à Magdalena Rosende [4] correspondrait à « un système social de différenciation et de hiérarchisation qui crée la bicatégorisation sexuelle comme un élément structurant les sociétés humaines ». La bicatégorisation sexuelle étant bien typée dans le partage du travail dans la grande distribution, comme le montre l'enquête quantitative : aux hommes les postes de « chefs », les temps pleins, les possibilités d'initiatives, l'accord de marges de manoeuvres pour réaliser le travail, et aux femmes... les postes de caissières, **il devient** alors plus facile de comprendre le mal-être de ces deux hommes.

M. S... est le salarié le plus diplômé de tous les cas enquêtés. Il est aussi celui qui est le plus « responsable », mais aussi qui fait le plus d'heures au point que même la nuit il « fait le point sur ce qu'il n'a pas eu le temps de terminer et sur ce qu'il aura à organiser la journée suivante ». Il va sans doute assez mal puisque son GHQ 12 atteint 21. Pour autant, il ne critique pas vraiment l'énorme emprise du travail qui envahit totalement sa vie. Il en est au stade de l'esquive, espérant qu'une mutation le sortira du système « presse-citron » qu'il verbalise malgré tout. Il s'agit là d'un début de parcours illustrant ce que décrit Grégoire Philonenko de l'impossible marathon que l'exploitation orchestrée dans l'univers de la grande distribution provoque. Relevant de l'exploit, c'est aux hommes que cela est demandé car on peut penser que la référence à la résistance, à l'endurance, donc à la virilité n'est pas absente. De fait, dans ces postes « à responsabilités », responsabilité qui ne peut être tenue que si il y a adhésion totale aux objectifs demandés et intériorisation complète des intérêts de l'entreprise, l'adhésion à l'aliénation est facilitée par la référence à ces stéréotypes sociaux, et, l'obligation de résultats toujours ascendants repose réellement entre leurs mains.

Les femmes ayant accédé à des fonctions de commandement ne sont pas aussi contraintes au niveau des durées de présence au travail mais on remarque qu'elles sont déclassées sans ménagement lorsqu'elles ne sont plus utiles. Tel est le cas de Mme H... qui en tombe physiquement malade, qui en souffre moralement durant un an et qui finit par s'accommoder de sa dégradation. Mme Y... ne résistera pas à la sortie du groupe des régnants. Après une période de décompensation sur le mode dépressif, elle se décide « à négocier son licenciement ». Finalement, pour ces femmes, leurs réactions se passent dans la douceur. Elles n'ont pas tenu la posture de genre que leur poste d'origine leur assignait, même si, durant quelques années elles ont pris la figure de la dureté, se souciant peu de la situation de leurs collègues.

En revanche, M. U... n'est pas à un poste de responsabilité mais de confiance. Il est passé au travers de tous les orages de l'organisation du travail, sans subir de vrais déboires de carrière. On a l'impression qu'il fait le dos rond. Il est solitaire, hypersensible, il utilise la stratégie de la souffrance discrète, il est d'une manière générale très discret, on pourrait même dire effacé, il est très consciencieux..., il est du genre féminin et il souffre de tous ces chamboulements sur lesquels il n'a aucune maîtrise. Mais lui « il est toujours à son poste ». Sa catégorie de sexe l'aurait-il « protégé » ?.

L'enquête quantitative montre que les mauvais scores au GHQ 12 prédominent chez les femmes, ce que de nombreuses études épidémiologiques ont déjà montré, l'enquête ESTEV[5] en particulier. Il est convenu de dire que les femmes verbalisant plus que les hommes, cela expliquerait, pour partie, ces résultats très différenciés selon les sexes. Mais..., et si les femmes souffraient, en vrai, plus que les hommes ?

Finalement, si le fil conducteur reliant toutes ces souffrances mentales et physiques décrites au travail est bien à rechercher du côté de l'organisation du travail, l'utilisation très poussée de la division sexuelle du travail comme technique d'organisation renforce le coût sanitaire qui pèse massivement sur les femmes.

Et malgré tout, à leur travail, ils et elles y tiennent ! L'engagement investi du côté de l'identité, sous la forme de la parcelle de soi qu'on y abandonne et sous la forme de l'empreinte au monde qu'on y laisse du fait de la participation à une œuvre sociale commune, submergent les désillusions que décrivent ces monographies. Il y a, là aussi, l'illustration de ce que le travail, aussi dur soit-il, aussi porteur de souffrance soit-il, participe, grâce à ce petit espoir d'inscription personnelle, à la construction de la santé de chacun.

La deuxième étude portait sur les cessations d'activités et les enjeux de travail et de santé après 55 ans. Elle a été réalisée début 2003 pour être présentée au séminaire annuel « vieillissement-travail » organisé par le CREAPT[6].

Le recueil des données s'est donc renouvelé sur le principe monographique, c'est-à-dire que, l'objectif de l'observation étant bien déterminé, il s'agissait de recueillir, pour chaque sujet observé, toutes les caractéristiques qui pouvaient instruire et permettre de comprendre le processus que je voulais explorer, à savoir quels étaient les déterminants ou leur association qui expliquaient *in fine* l'action en terme de sortie ou non d'emploi en fin de vie active.

Avec l'aide de cinq consoeurs, j'ai obtenu 63 monographies, 26 femmes et 37 hommes. De ces 63 histoires, j'ai essayé d'en extraire, transversalement, des lignes d'interprétation. Il ne s'agit donc pas d'une démonstration scientifique puisqu'on est dans du qualitatif. Mon objectif a été de tenter de faire le lien entre la santé de ces plus de 55 ans et leur parcours d'activité, professionnelle et domestique, de discerner certains mécanismes d'usure, d'effets délétères ou au contraire de protection, de décrire comment un médecin du travail peut intervenir à cette phase de fin de vie professionnelle et, enfin, de montrer que les rapports sociaux de travail sont une clé de compréhension des phénomènes observés mais que la division sexuelle du travail l'est tout autant, à part aussi puissante et non en simple collatéralité.

Les femmes représentent 41% de ce petit échantillon. Ils sont seize à avoir plus de 60 ans, cinq femmes et onze hommes. Le plus âgé a 70 ans. Aucune femme n'a plus de 65 ans. Parmi les cinq femmes ayant dépassé 60 ans, pas une n'aura une pension de retraite complète à 65 ans.

Parmi les onze hommes, trois ont acquis leur droit à la retraite mais souhaitent continuer jusqu'à 65, voire 70 ans. Ils vont bien. Quatre n'auront pas leur retraite complète à 65 ans, ils sont tous d'origine étrangère : Maroc, Algérie, Madagascar et ils sont tous ouvriers. Donc, globalement, ceux qui jouent ou joueraient les prolongations, vont bien. Mais ils sont plutôt hommes que femmes.

A l'inverse, il y en a qui désirent arrêter volontairement l'activité de travail avant d'avoir acquis leurs droits à percevoir une retraite à taux plein ; quatre femmes et un homme.

Et là, c'est l'inverse, ceux qui souhaitent raccourcir leur carrière sont du sexe féminin et ils sont **tous en bonne santé**.

Des parcours rectilignes, sans changement d'entreprise durant toute une carrière, ou s'effectuant dans un ordre familial continu en passant de l'entreprise paternelle à celle du conjoint, pourraient être un facteur plutôt protecteur de santé. Ils sont huit, trois femmes et cinq hommes à n'avoir pas connu de transitions ni de ruptures professionnelles.

Les trois femmes sont en bonne santé.

Trois des cinq hommes sont cadres. Deux sont entrés sur concours dans la fonction publique. Deux ont des problèmes de santé plus ou moins sévères, non liés à l'activité de travail. Et, à l'inverse, l'intérêt apporté par le travail semble compenser les désagréments que ces pathologies occasionnent.

Les deux autres sont ouvriers dont Mr G qui est dans le bâtiment. Ce dernier, qui arrivera malgré tout usé à la retraite, présente son parcours professionnel avec beaucoup de fierté et de sentimentalité. Il commence à 15 ans comme maçon. Il a toujours fait de la restauration et il dit que « *c'est ce qu'il y a de plus agréable. Question travail, c'est moins pénible, on fait de la qualité. Monter du pavillon, c'est pas du bon boulot....du rendement, du béton, des parpaings, c'est monotone* ». Des stratégies de préservation associées à une forme de continuité sécurisante assurent une santé perçue qui n'est pas vécue comme trop mauvaise, malgré un degré réel d'usure. Tel est aussi le cas de Roland ouvrier d'imprimerie.

La santé est un état dont on est loin de connaître toutes les lois. On observe en effet des résistances à l'usure qu'il est bien difficile de s'expliquer. Cela a été le cas de quatre hommes.

Mais ce n'est pas le cas de tout le monde et, force est de constater, pour le médecin du travail, que nombre de salariés atteindront l'âge prévu de sortie d'activité, mais qu'ils seront usés.

Pour cinq femmes, on relève les problèmes de santé suivants :

- pour Mme E..., ouvrière, **les épaules sont douloureuses, plusieurs interventions chirurgicales la laissent fatiguée,**
- pour Mme C..., ELS, on parle des **problèmes arthrosiques actuels,**
- pour Mme I..., femme de ménage, on parle d'**usure d'un corps qui souffre, d'arthrose des épaules et d'arthrose dorsale,**
- pour Mme F..., ouvrière, c'est un **syndrome bilatéral du canal carpien, une tendinite de l'épaule droite,**

- pour Mme P..., secrétaire, il est question de **polyopathologies graves allant du cancer cutané à l'anomalie génétique de coagulation.**

Et pour sept hommes on retrouve aussi toute une liste de petits troubles tel l'exemple du M. H..., 57 ans, ouvrier-boucher. Accident de cheville, **sciatique**. Il a tendance à prendre préférentiellement appui sur son pied droit. Résultat, le soir, après une journée entière de travail, de 7 heures à 20 heures, **ce pied droit est gonflé et douloureux** « *et les médicaments "génériques", dit-il, ça ne fait pas grand-chose !* ». Donc : **usure**.

Dans des situations de santé très dégradée, il arrive que le médecin décide d'intervenir pour aider des salariés à quitter une situation de travail devenue aggravante pour la santé. L'inaptitude médicale est alors le recours ultime. Cela signifie alors qu'il y aura licenciement.

Nous voilà donc dans le vif du métier ; car il faut jouer d'astuces médico-sociales afin de ne pas aggraver les choses en faisant basculer dans la grande pauvreté ces personnes atteintes dans leur corps. Il ne faut surtout pas leur faire perdre leurs couvertures sociales, vitales dans ces situations.

On peut donc parler d'inaptitude de protection de la santé pour sortir du travail avant 60 ans, ou avant l'acquisition des droits à pension complète.

Je décris le cas de M. J..., 58 ans. Il commence à travailler à 14 ans en cuisine, « baroudeur » aux horaires interminables. Il passe des activités saisonnières sur les sites français de vacances, aux établissements de luxe de l'Afrique puis à la gestion d'un hôtel-restaurant, « *la grosse affaire, les 35H, je les faisais en deux jours* ». Mais, **fatigue, accidents de santé graves** de l'épouse et de lui-même — il a une **pancréatite chronique** — le renvoient au monde salarié. Il travaille dans un golf aux horaires parfois très longs. Il ne tiendra pas à cause de sa maladie qui l'affaiblit beaucoup bien qu'elle ne soit pas évolutive actuellement et il sortira par l'inaptitude à l'issue de la grosse saison qui s'annonce.

Le licenciement permettra à M. J... qui n'a pas atteint son soixantième anniversaire de percevoir les indemnités de chômage jusqu'à cette échéance.

Voici aussi l'exemple de Mme R..., Croate de 62 ans, qui a commencé à travailler à 13-14 ans dans l'industrie du carton. En France elle fait des ménages chez des particuliers avec une couverture sociale réduite. Elle présente une **éventration impressionnante qui l'oblige à tenir son ventre dans ses mains** lorsqu'elle se penche en avant et à être corsetée et emballée serré lorsqu'elle fait ses ménages. Le médecin du travail, en lien avec le médecin traitant, propose la cure chirurgicale suivie de l'inaptitude au travail, ce qui préservera les derniers droits sociaux.

Les difficultés sont accrues lorsque les salariés n'ont pas atteint 57 ans. En effet, depuis l'accord du 20 décembre 2002, adopté dans le cadre du retour à l'équilibre de l'assurance chômage, la diminution des durées d'indemnisation entrave les marges de manœuvre des médecins du travail pour traiter le devenir des salariés atteints de pathologies qui ne relèvent pas de l'invalidité mais qui, pourtant, ne leur permettent plus de travailler dans leur métier ou à leur poste de travail antérieur. Pour ce qui nous concerne, avant, pour les plus de 55 ans qui pouvaient justifier d'une affiliation de 27 mois au cours des 36 derniers mois, une inaptitude médicale par le médecin du travail donnait droit à 60 mois d'indemnisation après le licenciement, ce qui emmenait jusqu'à la retraite. Maintenant, une inaptitude à 55 ans, après licenciement donne droit à 36 mois d'indemnisation et n'emmène pas à la retraite. En revanche, si la personne a 57 ans et plus, elle aura 42 mois d'indemnisation. L'inaptitude de préservation n'est alors plus un souci financier.

Il nous faut donc user de bricolages pour faire tenir au travail ceux qui sont trop cassés ou trop abîmés et qui n'ont pas atteint 57 ans.

En onze semaines, quatre cas se sont présentés. Je décris le cas de Mme X..., 55 ans. Elle commence un apprentissage à 14 ans dans la couture où elle restera jusqu'à 45 ans, puis elle devient ouvrière dans la cartonnerie, au façonnage. Faire travailler sans cesse ces doigts de femme si agiles, si adroits et si précis, aboutit à **une usure douloureuse** de cet outil de précision. **Elle souffre beaucoup de cervicalgies, avec névralgies cervico-brachiales bilatérales l'obligeant à dormir avec une minerve souple en mousse. Un début de coxarthrose commence aussi à la gêner.** La station debout avec piétinements devient donc très pénible. Mais surtout, « *ce sont mes épaules et mes mains qui en prennent un coup* », dit-elle. « *C'est plus dur que la confection, toutes ces manipulations et tous ces cartons à soulever ; tout cela pour être rémunérée au SMIC horaire et pas un centime de plus* ». Elle prend donc, à la demande, anti-inflammatoires et analgésiques. L'inaptitude médicale est proposée car, médicalement, cela sera parfaitement justifié alors que sa pathologie, pourtant, ne relève pas de l'invalidité. Deux ans à tenir... sans s'arrêter... car elle ne s'arrête presque jamais. Je pense que l'on peut dire que toutes ces observations où seul le fil de la santé a été tiré, nous montrent des choses intéressantes.

Tout d'abord on voit bien qu'un nombre non négligeable d'individus sont sortis ou vont sortir du circuit du travail pour des raisons de santé.

Ces raisons de santé sont socialement rendues invisibles puisqu'elles prennent le déguisement du chômage pour ceux qui ont entre 57 et 60 ans. Cinq personnes sont concernées, 3 femmes et 2 hommes.

Ce système de régulation occulte qui est entre les mains du médecin du travail participe à la non prise en compte du facteur « santé » comme critère de cessation d'activité.

Une voie de sortie pour raisons de santé en fin de vie active, avant 60 ans, devrait pouvoir être individualisée pour être identifiable et pour être prise en charge par un autre système que l'assurance chômage. Le financement de ces fins de vie active anticipées pour raisons de santé devrait être assuré par le régime « accidents du travail-maladies professionnelles » pour les pathologies ayant un lien direct avec l'activité de travail.

Il faudra donc évaluer l'effet social des sorties devancées de l'emploi de ceux qui auront commencé à travailler entre 14 et 16 ans et qui vont pouvoir bénéficier de la nouvelle disposition.

Pourquoi serait-il aussi intéressant d'identifier ces modalités de sortie ?

C'est qu'elles donneraient des renseignements complémentaires aux chiffres connus d'entrée dans la retraite après 60 ans pour raisons de santé c'est-à-dire par la voie de l'inaptitude ou de l'invalidité (respectivement : 12,1 et 6,1% en 2000).

Dans l'échantillon sur lequel nous avons travaillé, on compte 22 personnes (11 femmes et 11 hommes) qui vont, soit

arriver usés à la retraite, soit sortir plus tôt que prévu de l'activité pour raison de santé. Ce qui fait **un tiers de l'effectif total**.

La répartition par CSP est la suivante : un seul est cadre, c'est un homme et un seul est dans les métiers du tertiaire, c'est une femme qui est secrétaire.

20 sur 22 ont donc, soit le statut d'ouvrier — dix hommes et quatre femmes —, soit le statut d'emploi de service domestique ou de service marchand — six femmes étant femmes de ménage ou employées libre-service.

La dégradation prématurée de l'état de santé est liée, on le savait déjà à la CSP. Etre ouvrier ou employé de service est sanitairement pénalisant.

Les études épidémiologiques nous confirment en effet que les inégalités sociales de santé par catégorie socio-professionnelle sont, en particulier, en défaveur de la catégorie « ouvriers ». Les contraintes de travail et les nuisances professionnelles en seraient parmi les facteurs explicatifs.

Au travers de ces monographies on peut aller un peu plus loin et on peut identifier certains processus délétères qui se cumulent et qui ont le travail comme principale origine.

Parmi les 10 hommes dont on a parlé ci-dessus, ayant les troubles les plus invalidants, et en-dehors des cas d'invalidité, on relève deux maladies de système (pancréatite et DID) et une pathologie liée à la surconsommation d'alcool.

Pour les sept autres, on peut dire que le travail est un des facteurs causal et sans doute le facteur prépondérant : avoir commencé à travailler dur entre 12 et 15 ans pour six d'entre eux, être exposé aux vibrations, aux manutentions et aux prouesses physiques en général pour les quatre hommes du bâtiment, avoir travaillé en 2X8 ou 3X8 pour les deux ouvriers de l'imprimerie et avoir à voyager fréquemment en avion pour le dernier.

Particulièrement, pour six d'entre eux, les pathologies sont liées à la pénibilité du travail et à son effet sur le système squelettique, ce que M. G... résume en toute simplicité en nous disant que, « s'il fallait qu'il continue, dans ce cas, il arrivera à la retraite avec une canne ».

La phlébite des voyages concernant un cadre supérieur procède d'un autre mécanisme physiopathologique, elle a néanmoins pour une part une origine professionnelle.

Chez les dix femmes ouvrières ou de statut professionnel équivalent, on n'en retrouve aucune qui soit atteinte d'une maladie de système ou relevant d'un dysfonctionnement bio-physiologique. Les dix souffrent de troubles d'usure.

Et ces troubles d'usure ne ressemblent pas vraiment à ceux des hommes.

L'inscription corporelle du travail est sexuée comme l'est le travail ; le travail s'ordonnant et se répartissant autour des stéréotypes sociaux de la virilité et de la muliérité.

L'effet cumulé du travail manuel répétitif exigeant délicatesse et dextérité (ménage, couture, cartonnage et tenues de rayons de libre service dans la grande distribution), que le travail domestique et le travail professionnel, assignent presque exclusivement aux femmes, porte massivement son empreinte sur ces dix femmes. Surtout les doigts, surtout les mains et les membres supérieurs.

Ces pathologies sont douloureuses, sont invalidantes. Elles ne sont pas mortelles.

Elles pourraient expliquer la plus grande morbidité souvent décrite chez les femmes, morbidité au sens d'écart subjectif ou objectif à un état de bien-être physiologique ou psychologique, et qui, en fait, correspondrait bien à un différentiel réel de souffrance.

En fin de compte, il est vraisemblable que l'on puisse affirmer que la sénilisation différentielle des corps, selon les CSP et selon le sexe, soit expliquable, pour partie, par le travail.

Stephen Katz a écrit dans son article « Les vieilles dames de Charcot » (Cahiers du Genre, n° 31) que « *les études sur le vieillissement ont montré qu'on ne peut tout simplement pas étudier les personnes âgées, mais les femmes et les hommes âgés* ».

C'est vrai et cela, sans doute, déjà bien avant qu'ils ne le soient trop.

On remarquera pourtant que la question de la ménopause, qui est, pour les femmes, considéré comme le signal de l'entrée dans la vieillesse et comme le signal du déclin, et qui concerne toutes celles que nous avons rencontrées, n'a jamais été abordé.

La ménopause n'est pas un problème médical pour elles, il n'est jamais signalé comme tel. Le regard médical et non médicalisant du médecin du travail le confirme.

On pourrait donc dire qu'en dehors des différences organiques et biologiques qui en découlent, la différence des sexes dans le domaine de la santé pourrait bien être aussi une construction sociale à mettre au compte de l'histoire du genre, le genre défini par l'historienne Michelle Perrot comme étant « *la différence des sexes non pas donnée par une introuvable nature, mais construite par la culture et par l'histoire...* » (*Faire l'histoire des femmes*, dans : Masculin-Féminin, questions pour les sciences de l'homme.).

Ce qui est sûr, c'est que la santé et le travail ont partie liée, et les liens, chez les plus de 55 ans semblent assez serrés.

Mais pour autant, il n'est pas question pour nous, médecins du travail, de laisser entendre que le travail, même le plus aliénant, est une calamité et que l'avenir radieux serait délibérément tourné vers la fin du travail. L'exemple des « Mariflo » et des « Moulinex » est là pour nous le rappeler.

Le travail est constructeur de santé parce qu'il est la voie principale de l'édification, de la consolidation, voire de la restauration de l'identité au sens qu'en donne Pascale Molinier « de la qualité de l'image de soi reçue à partir de ce que nous renvoie autrui avec qui existe des relations de proximité ou non, qu'il s'agisse d'individus isolés, de collectifs d'appartenance ou d'institutions ».

On peut saisir cela lorsque la retraite, qui est une construction sociale dans nos pays très industrialisés et à ce titre considérée comme une forme de fin de vie méritée, est incomprise par ceux qui ne sont pas imprégnés de cette culture. C'est ce que nous renvoient ces deux salariés d'origine africaine pour qui la sortie d'activité ressemble à une perte, à une fin.

M. E... : 62 ans, double nationalité - algérienne et française : « *Que ferez-vous après, vos projets ?* »

Il ne comprend pas la question. Apparemment, ce n'est pas un problème de compréhension proprement dit, mais le mot « projet » ne semble pas avoir d'écho pour lui. Et la réponse est celle-là : « *Mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse, à 65 ans, on ne fait plus rien* ».

M. K... : 58 ans, est illettré mais il parle assez bien le français. Il arrive en France en 2000, de l'Angola, avec le statut de réfugié politique et **une hépatite C active traitée par Interféron***. Il fait du travail de manutention en intérim. Il pense travailler le plus longtemps possible tant « que mon corps le peut », dit-il . Il n'envisage pas de retraite « *Je travaillerai jusqu'au bout* ». Le bout, donc la fin du travail correspondrait pour lui à la fin de la vie.

Pour reprendre Christian Baudelot et Michel Gollac[7] et pour conclure, on peut dire que : « *L'identité au travail engendre des liens sociaux au-delà de l'usine, du chantier, du magasin ou du bureau. Si le chômage est à ce point source de désaffiliation, c'est que son envers, le travail, est un facteur décisif d'intégration* ».

Fort de ces constats, le curseur à mouvoir est évidemment et toujours du côté des conditions et de l'organisation du travail.

Fabienne Bardot

[1] Margaret Maruani, 2000, Travail et emploi des femmes. - Editions La Découverte & Syros

[2] Michel Gollac et Serge Volkoff, La mise au travail des stéréotypes de genre. Les conditions de travail des ouvrières. Revue *travail, genre et sociétés*, L'Harmattan, n°8/2002, p25-53

[3] Pr Lasfargues, Dr Levéry, Dr Charlanes, 2003, Santé mentale et travail dans la grande distribution en région Centre. Institut de Médecine du Val de Loire

[4] Assistante d'enseignement à l'université de Lausanne. Extrait de *La division sexuelle du travail chez les médecins : une étude de cas*. Cahiers du Genre n°38 , L'Harmattan, 2002

[5] ESTEV : pour Enquête Santé, Travail Et Vieillesse. Voir *Age, travail, santé* ; F. Derriennic, A.Touranchet et S. Volkoff ; Les éditions INSERM

Voir aussi : *Travail, Santé, Vieillesse. Relations et évolutions*. Colloque des 18 et 19 novembre 1999, sous la présidence de B. Cassou. Editions Octarès

[6] CREAPT : Centre de Recherches et d'Etudes sur l'Age et les Populations au Travail

[7] Christian BAUDELLOT, Michel GOLLAC, 2003, Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France. – Editions Fayard

- [Sommaire](#)