

REPRO – n°12-099
Rapport Final

Projet financé dans le cadre du PNR EST
Programme national de recherche Environnement-Santé
Travail

Titre du projet :

Santé reproductive et travail : la prévention des risques reprotoxiques

Période concernée : du 01/06/13 au 04/08/15

Nom, titre et organisme du responsable scientifique:

**Legrand Emilie, Maîtresse de conférences en sociologie, UMR IDEES,
université du Havre**

1. RESUME

Au sein de la catégorie générique « CMR » pour Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques, trois entités se distinguent *a priori*. *A priori* seulement. En effet, les cancérogènes polarisent l'attention des chercheurs, des pouvoirs publics, des débats médiatiques, etc. au point de quasiment réduire les CMR aux seuls cancérogènes. Cette recherche sociologique a déplacé la focale sur les risques toxiques pour la reproduction. Ce rapport se propose donc d'analyser la manière dont sont pensés et appréhendés (en termes de prévention) ces risques particuliers en milieu professionnel, à différentes échelles : régionale, de l'entreprise, et enfin celle des salarié-e-s.

Les objectifs du projet

Partant de l'hypothèse d'un déficit de connaissances et de reconnaissances des risques toxiques pour la reproduction, ce projet s'est attaché à analyser la mise en pratique de l'action publique en matière de risques toxiques pour la reproduction et leur place sur l'agenda institutionnel. Pour y répondre, nous avons choisi de mettre en perspective quatre régions (Aquitaine, Haute-Normandie, Ile-de-France, Midi-Pyrénées) dont nous supposons que les spécificités territoriales (aux niveaux industriel, socio-économique, épidémiologique, etc.) se traduiraient par une dynamique variable envers ces risques. L'échelle régionale a été privilégiée car c'est à ce niveau que se déclinent et s'organisent concrètement les grandes priorités sanitaires nationales, orientant peu ou prou ce qui se passe en région.

Par ailleurs, nous avons analysé les pratiques concrètes de prévention au sein de plusieurs entreprises. Au-delà des prescriptions, du cadre réglementaire, ou des incitations régionales, nous nous sommes intéressés aux modalités de gestion de ces risques dans des entreprises de secteurs d'activités divers mais pour l'essentiel relevant de l'industrie chimique, des soins ou de la recherche.

Enfin, considérant le rapport dialectique entre la dimension cognitive et l'attitude privilégiée envers les risques professionnels (ici les risques toxiques pour la reproduction), nous avons pour objectif de cerner les représentations de ces risques chez les différentes personnes concernées par l'organisation de la prévention, mais aussi celles à qui elles s'adressent : les salarié-e-s, avec une focale portée sur les femmes.

L'enquête empirique

Le premier volet de l'enquête concerne les pouvoirs publics régionaux. Il analyse, dans quatre régions distinctes (Aquitaine, Haute-Normandie, Ile-de-France, Midi-Pyrénées), les déclinaisons régionales des politiques de santé au travail (notamment concernant les risques toxiques pour la reproduction). Une quarantaine d'entretiens a été réalisée auprès de quatre des principaux acteurs du champ de la santé au travail agissant préférentiellement dans le champ du travail (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Dirccte) et la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat)) ou de la santé (Agence régionale de santé (ARS) et consultations de pathologies professionnelles).

L'enquête auprès des entreprises repose sur 75 entretiens réalisés dans onze entreprises différentes réparties sur le territoire national afin d'identifier les démarches de prévention initiées. Le choix des entreprises a été fait dans le cadre d'un comité de pilotage constitué de chercheurs (sociologues) et d'acteurs d'horizons institutionnels et disciplinaires divers. Nous avons établi quelques critères pour choisir ces entreprises : une taille suffisamment conséquente pour qu'il y ait un Comité d'Hygiène, Sécurité, et des Conditions de travail (CHSCT), instance représentative du personnel de référence sur les enjeux de santé au travail ; des entreprises utilisant des substances reprotoxiques, sans partie pris sur les substances ciblées et indépendamment de leur catégorisation (point essentiel car l'immense majorité ne sont pas étudiées donc pas classées) ; nous souhaitons également avoir un échantillon composé d'entreprises à dominante masculine (où quelques femmes sont néanmoins présentes) et d'autres plus féminines afin de développer une approche genrée des risques professionnels. L'échantillon d'entreprises se compose donc de sept entreprises privées et quatre établissements publics. Dans le secteur privé et industriel, nous avons enquêté dans quatre entreprises de chimie, dans une entreprise de nettoyage, dans une imprimerie et dans une industrie de fabrication de composants électroniques, appartenant toutes à des groupes nationaux ou internationaux. A l'exception de celle du nettoyage, ces entreprises sont majoritairement composées d'hommes. Concernant le secteur public ou privé à but non lucratif, nous avons enquêté dans un laboratoire de recherche universitaire, et dans trois établissements de santé (centres de lutte contre le cancer et

laboratoire d'anatomo-pathologie d'un centre hospitalier universitaire). Dans ces secteurs, à l'exception des laboratoires de recherche où règne une relative mixité (indépendamment de la position hiérarchique), les femmes sont majoritaires.

Ces entreprises ou établissements offrent des configurations contrastées du point de vue de la connaissance des risques et du développement de la prévention ainsi que des ressources présentes pour l'organiser. Pour chaque entreprise/établissement, l'objectif fut de rencontrer des représentants de la direction (directeur de l'établissement/chef d'entreprise, directeur des ressources humaines, responsable HSE¹), et des représentants de salariés (membres CHSCT, délégués syndicaux...) complétés par des entretiens auprès d'acteurs institutionnels ayant une connaissance précise de l'entreprise (médecin du travail, inspecteur du travail, contrôleur de la Carsat). Toutefois en raison d'un accueil fort divers, la richesse d'informations recueillies varie beaucoup d'une entreprise à l'autre (malgré des trames communes de guides d'entretien et de rédaction des monographies d'entreprises).

Le troisième volet s'attache aux expériences de femmes salariées concernant leur santé reproductive. Il vise à identifier leurs connaissances et perceptions des risques reprotoxiques et la manière dont elles s'y rapportent, s'en préviennent dans leurs pratiques professionnelles. Nous avons rencontré 43 femmes, pour la plupart salariées des entreprises étudiées, en veillant à la diversité concernant : leur position dans la hiérarchie professionnelle, leur génération, leur statut parental (certaines sont mère d'un ou plusieurs enfants, d'autres pas) et leur trajectoire de santé reproductive (certaines femmes ont connu plusieurs épisodes de fausses-couches, d'autres ont dû recourir à des fécondations *in-vitro*, d'autres encore ont eu des enfants avec des problèmes de santé, d'autres enfin n'ont pas rencontré de problèmes particuliers).

Les partenaires

Sous la responsabilité scientifique d'Emilie Legrand (maîtresse de conférences à l'université du Havre/UMR IDEES), ce projet a associé des sociologues spécialisés dans le domaine du travail et des relations professionnelles (Arnaud Mias, professeur des universités à l'université de Paris Dauphine/IRISSO-CNRS ; Sonia Granoux, ingénieure de recherche contractuelle à l'université du Havre/IDEES ; Jean-Louis Renoux, docteur en sociologie, chercheur associé à l'université de Paris Dauphine/IRISSO-CNRS) à d'autres plus spécialisés dans le champ de la santé (Emilie Legrand ; Béatrice Jacques, maîtresse de conférences à l'université de Bordeaux/Centre Emile Durkheim ; Anastasia Meidani, maîtresse de conférences à l'université de Toulouse 2/LISST-CNRS). François Féliu, ingénieur d'étude à l'université de Rouen/Dysola a également apporté une contribution très active. Deux étudiantes (M. Debize et E. Rodriguez) en master de sociologie (sous la direction de B. Jacques) ont en outre participé à ce projet.

Enfin, ce projet a bénéficié du soutien technique d'un comité de pilotage où étaient représentées plusieurs institutions : la direction Haute-Normandie (David Delassalle, chef du pôle T et Vincent Richard, ingénieur de prévention), la Carsat Haute-Normandie (Anne-Marie Frocault, ingénieur de prévention), l'ARS de Haute-Normandie (Nathalie Lucas, ingénieure en santé publique), l'Etui (Laurent Vogel, directeur du département santé et sécurité de l'Institut syndical européen), l'INRS (Dominique Lafon, médecin du travail et toxicologue).

Les principaux résultats

L'analyse des déclinaisons régionales de la politique de santé au travail en matière de risques reprotoxiques, à l'échelle de quatre régions contrastées d'un point de vue socio-économique comme industriel, amènent à constater la place ambivalente qu'ils y occupent. Ils sont présents dans les cibles prioritaires des quatre régions étudiées, mais regroupés avec les risques cancérigènes et les risques mutagènes dans la catégorie CMR, ils ne font l'objet d'aucun traitement spécifique, malgré quelques actions menées ponctuellement ici ou là. Cela conduit à ne pas différencier les actions visant les cancérigènes et les reprotoxiques et, en pratique, à se concentrer sur les cancérigènes, souvent mieux connus et mieux repérés par les différents acteurs de la santé au travail et dont la sinistralité est relativement mieux appréhendée. Au total, et même s'il est possible que nous ne soyons pas exhaustifs en raison du caractère tantôt dispersé tantôt très localisé des initiatives menées en matière de prévention des risques reprotoxiques au travail, il ressort de notre étude que

¹ Hygiène Sécurité Environnement.

ces risques ne sont au cœur d'aucune politique institutionnelle, alors même que les risques CMR sont présentés comme une priorité d'action dans les quatre régions étudiées. Cela conduit à s'interroger sur la configuration régionale des acteurs de la santé au travail et les possibles effets d'occultation ou d'aveuglement que cette configuration peut entretenir. Parmi l'ensemble des enjeux sanitaires liés au travail, la problématique CMR est sans doute une de celles qui, de par sa complexité, nécessite les plus grands besoins de coordination dans un paysage institutionnel particulièrement éclaté. Ces incitations au décloisonnement administratif et à la transversalité s'inspirent pour partie des recettes du *New Public Management*. Et en effet, le développement de l'action publique en matière de santé au travail, à l'échelle régionale comme nationale, s'est accompagné d'une incitation au développement de synergies entre les acteurs impliqués en santé au travail. Pourtant, la coordination des actions des différentes institutions reste difficile, et semble-t-il soumise aux contingences locales et individuelles, d'autant plus lorsqu'il s'agit des relations entre acteurs de la santé (notamment reproductive et de la périnatalité) et du travail. En effet, malgré l'élargissement récent du périmètre du réseau de l'administration du travail et la recomposition de l'environnement institutionnel, les milieux de la santé publique et de la santé au travail ne s'interpénètrent pas. Dans cet espace de la gouvernance régionale de la santé au travail, les relations entre les deux institutions porteuses de la politique régionale de santé au travail, que sont la Carsat et la Direccte, paraissent plus abouties. Mais si les échanges sont favorisés entre ces deux institutions, il faut constater que leur relation est asymétrique (en raison d'une inégalité de ressources d'une part ; et de la structuration de la politique de prévention d'autre part), ce qui limite l'ampleur du décloisonnement et de la transversalité recherchés. Cette asymétrie dans la relation institutionnelle censée représenter l'épine dorsale de la politique régionale de santé au travail nous semble constituer un frein important à la mise en place d'une authentique « gouvernance territoriale des risques du travail » (Verdier, 2008). Cette situation pourrait néanmoins évoluer dans les années à venir grâce au déploiement (en cours), dans les régions, d'une démarche de contractualisation tripartite, entre les Carsat, les Direccte et les services de santé au travail, sur les actions de prévention des risques professionnels et ainsi constituer un levier important des politiques régionales de santé au travail.

Dans les entreprises, les risques toxiques pour la reproduction sont dans la grande majorité des cas invisibles, et la prévention impensée. Au mieux, ils bénéficient de ce qui est prévu pour les CMR – comprendre cancérigènes – si par chance la substance en question est reprotoxique **et** cancérigène, mais ni le risque reprotoxique ni sa prévention ne sont singularisés. C'est un risque que l'on méconnaît (nos interlocuteurs peinaient parfois à savoir de quoi il s'agissait). Méconnaissance favorisée par au moins quatre éléments : l'ignorance toxique (Thébaud-Mony, 2012) eu égard au déficit de connaissances toxicologiques (au moins 90 % des substances ne sont pas testées donc pas classées) ; l'ignorance épidémiologique ne donnant aucune factualité à ce risque (les problèmes de santé reproductive comme les fausses couches, stérilité, malformations, etc. ne sont pas toujours recensés et, s'ils le sont, le lien avec l'activité professionnelle n'est pas établi) ; l'invisibilité sociale : à quelques exceptions près, ces risques ne font ni l'objet de mobilisations scientifiques, ni citoyennes ; et enfin, l'ignorance genrée : la femme au travail est largement impensée, parallèlement, le risque pour la reproduction reste, dans les représentations, superposé aux femmes, aussi, par réciprocité, on aurait tendance à oublier ou à se désintéresser de ce risque.

Dans l'entreprise, comme en dehors, les reprotoxiques constituent un objet entouré de silence social : les instances représentatives (CHSCT, syndicats) dominés par la gent masculine ne maîtrisent pas le sujet, ont peu de choses à en dire, et tendent à considérer que cette problématique « de femmes » doit rester confiner au domaine privé. Mais cette tendance au silence dépasse ce seul cadre des hommes ou des instances de représentation du personnel. Elle est beaucoup plus générale, et concerne tout autant les femmes qui en parlent peu, sauf sur le ton de la confiance à une tierce personne bien choisie. Leurs effets, sur la santé reproductive et sur plusieurs générations, les superstitions qui entourent l'enfantement, l'intimité à laquelle renvoie la procréation, domaine privé s'il en est, entouré de performativité (sexuelle), sont sans conteste propices au silence.

L'analyse des pratiques concrètes de prévention a néanmoins permis d'identifier un écart à cette tendance à l'occultation : la période de la grossesse, seule période à faire éventuellement l'objet d'attention sans toutefois présumer de l'efficacité des mesures prises (écartement provisoire, arrangements clandestins des femmes entre elles, pratiques prudentielles plus développées, etc.) d'autant que les pollutions indirectes sont nombreuses et l'efficacité des dispositifs de protection collective parfois discutable en dépit d'une croyance partagée en leur efficacité. Cette focalisation sur la femme enceinte est instructive à au moins deux égards : elle révèle d'une part que la santé reproductive est pensée strictement au féminin et donc témoigne de l'influence des stéréotypes féminins dans la prévention des risques reprotoxiques ; elle montre d'autre part que c'est la grossesse

qui génère l'action (et implique que celle-ci soit déclarée pour que des mesures soient prises) et non pas le risque reprotoxique en tant que tel que l'on n'élimine pas à sa source. Une telle perspective obère totalement la question de la protection de la santé reproductive dans sa complexité : les premières semaines de grossesse, angle mort de la prévention des risques et période au demeurant la plus à risque, la période de conception ou encore l'allaitement, et bien sûr les hommes.

Plus largement, cette logique excluante participe des inégalités sexuées au travail. Un écartement, même temporaire, peut en effet être préjudiciable à la carrière/au parcours professionnel des femmes et favorise, sans en être le seul facteur, les attitudes de déni des risques, de secret voire de dissimulation de la grossesse. On retrouve ici un débat ancien et récurrent affrontant deux logiques : celles de l'universalisme et du protectionnisme. La première serait intégratrice mais moins protectrice ; la seconde, qui semble s'imposer, serait quant à elle davantage protectrice mais discriminante. Pourtant, une voie médiane semble possible : celle de la protection universelle et atemporelle, des hommes et des femmes tout au long de la trajectoire professionnelle.

La prévention des risques pour la reproduction en milieu de travail, quand elle existe, se décline donc autour de la grossesse et quasi uniquement par l'entremise des cancérogènes, et non par une action sur les reprotoxiques en tant que tels. Cela renvoie au « modèle par écrans » décrit par B. Mohammed-Brahim et A. Garrigou (2009). Grossesse et cancérogènes fonctionnent comme « des écrans » laissant supposer que la prévention est efficace. Or, à regarder l'activité réelle de travail, une telle approche est pour partie inopérante car, en plus de procéder d'une logique de discrimination sexuée, elle exclut les autres étapes de la santé reproductive et les hommes. En conséquence, elle « prive de marge de manœuvre mobilisables pour une démarche intégrée de prévention du risque chimique » (*Ibid.* : 52), car aucune démarche globale sur les toxiques pour la reproduction répondant à la hiérarchie des principes de prévention prévue par le décret CMR de 2001 (substitution, système clos, etc.) ne semble à l'œuvre.

Enfin, nous nous sommes attachés aux représentations et pratiques mises en place par les femmes travaillant dans des secteurs à risques pour la santé reproductive, en s'intéressant aux effets combinés du genre, de l'âge, et du statut socioprofessionnel.

Dans les discours, l'inertie envers la protection de la santé reproductive des femmes est très souvent compensée par l'idée selon laquelle, de toutes les manières, les femmes sont « naturellement » plus prudentes, comme elles sont, tout aussi naturellement plus « douces », plus « sensibles »... et qu'elles ne mettraient jamais en danger leur progéniture. En réalité, la conscience des risques et l'existence de pratiques prudentielles sont à nuancer (même s'il est vrai que les femmes déclarent être plus prudentes enceintes). En effet, les femmes considérées ici affirment ne pas faire le lien entre exposition professionnelle et difficultés liées à la reproduction, y compris en cas de problème répertorié par le passé. D'autres arguments sont plus volontiers mobilisés : la malchance, la volonté divine, et en premier lieu la nature... Ce faisant, la grossesse et ses aléas continuent d'être consacrés au rang d'objet naturalisé. Réalité ? Méconnaissance ? Stratégies de déni pour poursuivre l'action ? Incorporation de représentations collectivement entretenues ? Le travail ne semble pas avoir partie liée, dans les représentations de la plupart des femmes, avec la santé reproductive. Là où certaines banalisent le risque avec lequel elles entretiennent un lien de familiarité accru, d'autres (voire les mêmes) les acceptent au nom du maintien de l'emploi, des enjeux de carrière, de l'éthos de l'héroïsme scientifique, parce qu'ils font partie du métier, ou tout simplement parce qu'on pense les maîtriser en raison de sa formation et/ou de la confiance dans les dispositifs de protection, parfois à tort d'ailleurs. Ces derniers éléments trouvent leur écho masculin dans l'éthos de la virilité. L'étude permet ainsi de montrer les effets du genre, du statut socioprofessionnel mais aussi de la génération et du statut parental. A titre d'exemple, les jeunes générations seraient plus vigilantes, pas tant en raison de leur âge chronologique que de leur statut parental (le fait de ne pas avoir d'enfant serait plus protecteur). L'étude, en rendant compte de l'intérêt des effets du croisement des catégories et des normes de genre, de statut social et économique, d'âge et de génération, pour comprendre les attitudes et les représentations face aux risques, appelle à développer les approches en termes d'intersectionnalité (Crenshaw, 1994).

In fine, l'étude a permis la mise en exergue des dynamiques de construction sociale de l'invisibilité des risques toxiques pour la reproduction et l'importance de développer des recherches pluridisciplinaires sur ces aspects avant que n'éclate un scandale sanitaire. Certains se précipiteraient pour nous taxer d'alarmistes compte tenu des liens supposés sporadiques entre santé reproductive et travail (voire environnement), mais, en prenant au sérieux les témoignages de ces femmes et les problèmes de santé reproductive auxquels elles se sont confrontées, et considérant l'histoire comme les travaux les plus récents sur ces questions, ceux-ci semblent bien réels. Toujours est-il qu'en

l'absence d'études d'horizons divers, quiconque ne pourra infirmer ou confirmer un tel lien. A. Thébaud-Mony a encore récemment rappelé la difficulté de la tâche, les embûches à traverser pour faire émerger ces problèmes de santé publique sur le devant de la scène (2014), compte tenu des lobbys industriels qui pèsent sur la science.

2. OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET DE RECHERCHE

Partant de l'hypothèse d'une réduction des CMR aux seuls cancérogènes et d'une occultation, socialement construite, des reprotoxiques, cette recherche avait pour projet d'analyser de façon approfondie la manière dont ces derniers sont pensés et appréhendés en milieu de travail (en termes de prévention) et dans le cas où l'hypothèse se confirmerait, expliciter les mécanismes de l'invisibilisation. Trois objectifs, interdépendants, ont structuré cette recherche².

Objectif 1 : Cerner les représentations des risques reprotoxiques au travail

Les pratiques de prévention, tout comme l'appropriation de la prévention par les salariés, sont étroitement liées à la connaissance et aux perceptions des risques, ainsi qu'à la définition de la situation qu'en ont les acteurs. L'un des objectifs poursuivi était donc de cerner ces représentations, la façon dont se construit cette définition (et selon quels arbitrages : enjeux économiques, de carrière et d'emploi, idéologiques, etc.) chez les différentes personnes concernées par l'organisation de la prévention dans l'entreprise (internes ou externes). En outre, il s'agissait de saisir les représentations de celles à qui elles s'adressent : les salariées, avec une focale portée sur les femmes.

Objectif 2 : Mettre en évidence les modalités de gestion des risques dans les entreprises

En complémentarité avec le premier objectif et éclairé par lui, il s'agissait de saisir, au cœur des entreprises même, la manière dont celles-ci s'occupent, se préoccupent des risques reprotoxiques et donc identifier les démarches de prévention initiées. Si ces démarches existent, le sont-elles pour tous les salarié-e-s ou prioritairement pour les femmes (enceintes essentiellement) ? Nous formulons plus précisément l'hypothèse d'une faible attention portée aux reprotoxiques, sauf en cas de grossesse, au nom d'une action sur la prévention de la grossesse au travail plus que sur la prévention des risques reprotoxiques pour tous, ce qui se traduirait par un écartement provisoire de la femme enceinte de situations professionnelles à risques. Cela a des effets paradoxaux peu favorables à la protection, tout en donnant l'illusion d'une situation sans risque (seule la grossesse serait à risque) et propice à la discrimination sexuée.

Objectif 3 : Mettre en relief l'action publique régionale des risques toxiques pour la reproduction

Partant de l'hypothèse d'un déficit de connaissances et de reconnaissances des risques toxiques pour la reproduction, nous souhaitons analyser la mise en pratique de l'action publique en matière de risque toxique pour la reproduction et leur place sur l'agenda institutionnel. Pour cet objectif nous avons choisi de mettre en perspective quatre régions (Aquitaine, Haute-Normandie, Ile-de-France, Midi-Pyrénées) dont nous supposons que les spécificités territoriales (aux niveaux industriel, socio-économique, épidémiologique, etc.) se traduiraient par une dynamique variable envers ces risques.

² Afin de faciliter le travail d'évaluation, nous reprenons ici les objectifs tels qu'annoncés dans le projet initial. Toutefois, et sans aucunement pervertir les réponses apportées à ces objectifs, nous privilégions une structuration différente pour présenter les résultats (cf. partie suivante : Travaux et réalisations du projet).

3. TRAVAUX ET REALISATIONS DU PROJET

3.1 Description générale des travaux menés au cours du projet

L'étude empirique, menée selon une approche sociologique qualitative³, s'est déclinée autour de trois volets :

➤ **Le premier volet concerne les pouvoirs publics régionaux**

Afin d'analyser les déclinaisons régionales des politiques de santé au travail, une campagne d'entretiens et de recueil de documentation a été conduite dans quatre régions distinctes : l'Aquitaine, la Haute-Normandie, l'Île-de-France et les Midi-Pyrénées⁴. Nous nous sommes concentrés sur deux acteurs régionaux importants en matière de santé au travail intervenant, entre autres, sur les CMR : la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) et la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat)⁵. S'agissant des acteurs de santé, nous nous sommes tournés vers ceux en charge de la santé publique par l'entremise de l'Agence régionale de santé (ARS) et de la santé au travail (consultation de pathologies professionnelles). Pour ce volet de l'étude, 40 personnes ont été interviewées, représentant des acteurs régionaux centraux de la politique de santé au travail, dont 11 agents des Direccte (chefs du pôle Travail, médecin inspecteur du travail, ingénieur de prévention, inspecteurs du travail), 11 agents des Carsat, 4 responsables des ARS, 2 chefs de services de consultation de pathologie professionnelle, 1 préventeur en hygiène et sécurité et enfin 3 représentants d'organisations syndicales⁶. Ces entretiens ont été complétés par divers échanges informels, l'observation de réunions de formation de médecins du travail et le recueil d'une documentation conséquente, comprenant notamment les plans régionaux santé travail, les plans régionaux de santé-environnement et les plans régionaux de santé, ainsi que les comptes-rendus des Comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP). A ce *corpus* s'ajoutent une vingtaine d'entretiens avec des professionnels de santé (pédiatres hospitaliers, gynécologues-obstétriciens hospitaliers, médecins généralistes, sages-femmes à l'hôpital et en libéral) que nous mobilisons peu dans ce rapport, faute d'espace⁷.

Selon les régions, l'accueil qui nous a été réservé a été fort divers. En Haute-Normandie, l'enquête a bénéficié du réseau local bien implanté, qui a facilité l'accès au terrain. Ailleurs, l'accueil réservé à notre enquête a été contingent : relativement ouvert en Île-de-France, plus difficile en Midi-Pyrénées et en Aquitaine.

➤ **Le deuxième volet concerne les monographies d'entreprise**

Au départ, nous avons établi que le choix des entreprises devait se faire selon deux critères : des entreprises à dominante féminine et utilisant des substances reprotoxiques, sans partie pris sur les substances ciblées (indépendamment de leur catégorisation). Contrairement à ces prévisions initiales, en raison, à la fois, des aléas et opportunités de terrain, et surtout de la pertinence d'une approche genrée, il nous a paru intéressant d'enquêter dans des univers de travail à prédominance féminine et d'autres à dominance masculine. La concentration des femmes dans certains secteurs d'activités explique que les univers de travail féminins enquêtés soient essentiellement des établissements de santé (même s'il va de soi que ce ne sont pas les seuls secteurs d'activités où celles-ci travaillent).

³ Nous nous appuyons sur des guides d'entretien semblables pour chacun des volets.

⁴ Chaque région, selon une trame commune, a rédigé un document concernant spécifiquement les acteurs régionaux de la région étudiée, d'une quinzaine de pages chacun en moyenne. Ceux-ci n'apparaissent pas dans le rapport où est privilégiée une mise en perspective synthétique des politiques régionales de santé au travail, en pointant ici ou là les spécificités, recouvrements ou disparités.

⁵ Au-delà de la Direccte et la Carsat, l'Association régionale d'amélioration des conditions de travail (Aract) est un acteur incontournable en matière de santé au travail mais pas tellement sur cette question des risques chimiques. Malgré quelques échanges informels, nous n'avons pas poursuivi dans cette direction.

⁶ Beaucoup des organisations syndicales et patronales n'ont pas donné suite à nos sollicitations, malgré plusieurs relances.

⁷ Une exploitation en sera faite dans les valorisations à venir.

Dans les entreprises à dominance masculine, nous avons néanmoins veillé à ce que des femmes soient présentes.

Les secteurs à enquêter ont été identifiés dans le cadre d'un comité de pilotage composé d'acteurs d'horizons institutionnels et disciplinaires variés⁸, tous compétents sur ces questions de risques, grossesse, travail. Pourtant, il faut reconnaître que nous avons tâtonné. Ont ainsi été évoqués les secteurs de la grande distribution, de la cosmétique, le secteur vétérinaire, des petites entreprises sous-traitantes de sérigraphie, etc. Mais compte tenu du temps dont nous disposions, nous avons écarté les TPE⁹ (qui demanderaient un travail en soi) au profit d'entreprises plus grandes, soumises à l'obligation d'un CHSCT, dont nous pensions l'accès plus aisé. Au total, 17 entreprises et établissements publics ont été sollicitées pour participer à l'enquête et 11 ont participé peu ou prou, représentant un total de 75 entretiens¹⁰. En effet, en raison d'un accueil fort divers, la richesse d'informations recueillies varie beaucoup d'une entreprise à l'autre et l'envergure de l'enquête menée (donc de la monographie) également¹¹.

L'échantillon d'entreprises se compose donc de sept entreprises privées et de quatre établissements publics. Dans le secteur privé et industriel, nous avons enquêté dans deux entreprises de chimie (CHIMIE 1¹², ±132 salariés ; CHIMIE 2, ±109 salariés), dans une entreprise de chimie pharmaceutique (PHARMA, ± 800 salariés), dans une entreprise de nettoyage (NETT, ± 3500 salariés), dans une entreprise de fabrication de produits de parfumerie (PARFUM, ± 60 salariés), dans une imprimerie (IMPRIM, ± 450 salariés), dans une industrie de fabrication de composants électroniques (ELEC, ± 2200 salariés), appartenant toutes à des groupes nationaux ou internationaux. Ces entreprises sont majoritairement composées d'hommes sauf celle du nettoyage ; les femmes présentes se trouvent essentiellement dans les laboratoires. Concernant le secteur public ou privé à but non lucratif, nous avons enquêté dans un laboratoire de recherche universitaire (LABO, ± 124 personnels), dans deux centres de lutte contre le cancer¹³ (CANCER 1, ± 722 personnels ; CANCER 2, 900 personnels), et dans un CHU (ANAPAT, ± 95 personnels). Dans ces secteurs, à l'exception des laboratoires de recherche où règne une relative mixité (indépendamment de la position hiérarchique), les femmes sont majoritaires.

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès des représentants de la direction (directeur de l'établissement/chef d'entreprise, directeur des ressources humaines, responsable HSE), et de représentants de salariés (membres CHSCT, délégués syndicaux...) complétés par des entretiens auprès d'acteurs institutionnels ayant une connaissance précise de l'entreprise (médecin du travail, inspecteur du travail, contrôleur sécurité).

➤ Le troisième volet s'attache aux récits d'expériences de femmes salariées

A quelques exceptions près, liées à des opportunités de terrain, les femmes rencontrées ont été recrutées dans les entreprises étudiées. Dans notre échantillon, nous avons veillé à rencontrer des femmes occupant des places variables dans la hiérarchie socioprofessionnelle, aux âges diversifiés. Leur statut parental (certaines sont mère d'un ou plusieurs enfants, d'autres pas) et leur trajectoire de santé reproductive ont également été pris en compte dans la mesure du possible (certaines femmes ont connu plusieurs épisodes de fausses-couches, d'autres ont dû recourir à des fécondations *in-vitro*, d'autres encore ont eu des enfants avec des problèmes de santé, d'autres enfin n'ont pas rencontré de problèmes particuliers). Nous avons recueilli 43 témoignages.

⁸ Ce comité de pilotage était constitué de représentants de la Direccte (V. Richard et D. Delassalle), de la Carsat (A-M. Frocault), et de l'ARS (N. Lucas) Haute-Normandie (en raison de liens préexistants à cette étude), d'un responsable de l'Etui (L. Vogel) et d'un médecin du travail toxicologue de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) (D. Lafon)

⁹ Très petites entreprises.

¹⁰ L'entrée sur le terrain s'est souvent révélée très compliquée, nécessitant de multiples relances s'étalant sur plusieurs mois et se soldant parfois par un échec.

¹¹ Chaque monographie a donné lieu à la rédaction d'un document allant de cinq à une trentaine de pages ; tous suivent une trame commune.

¹² Nous indiquons les noms fictifs auxquels nous nous référerons tout au long du propos.

¹³ Dans chacun d'eux les chimiothérapies étaient préparées dans des unités centralisées de reconstitution. Nous nous sommes intéressés aux soignants (infirmières et aides-soignantes) des services de soins d'hématologie et d'oncologie (hôpital de jour, hospitalisation traditionnelle)

3.2 Réalisations du projet

Le projet de recherche initial se structurait autour de trois objectifs auxquels nous choisissons de répondre selon un ordonnancement quelque peu différent de celui envisagé au moment de l'écriture du projet. Chacun des objectifs a néanmoins été réalisé et trouvé des éléments de réponse. Il nous semble toutefois que la logique, que nous pourrions qualifier d'entonnoir, que nous privilégions pour rendre compte des réalisations, sert mieux la cohérence du propos.

Ainsi, et selon une perspective partant du macro au micro, nous rendons compte de la manière dont les risques toxiques pour la reproduction sont pris en compte en milieu de travail en nous arrêtant successivement sur les pouvoirs publics régionaux, les entreprises et enfin sur les femmes salariées (sans hiérarchisation des uns par rapport aux autres). A chaque fois, sont entremêlés des éléments relevant des pratiques et des représentations, les deux nous paraissant indissociables. En effet, il existe un rapport dialectique entre la façon dont est définie une situation (en l'occurrence les risques reprotoxiques sont-ils considérés comme tels ? pour qui ? quand ?) et l'attitude privilégiée à leur endroit, ici en termes de prévention.

Volet 1 : Action publique régionale et risques toxiques pour la reproduction

Si les risques CMR figurent parmi les grandes priorités sanitaires nationales mises en avant dans les Plans santé travail successifs, il convient de s'interroger sur les déclinaisons régionales de la politique de santé au travail. C'est, en effet, à cette échelle que les initiatives sont aujourd'hui privilégiées, donnant la part belle aux concertations et contractualisations entre un nombre important d'institutions publiques, d'organisations syndicales (de salariés et d'employeurs) et de services de santé au travail, afin, à la fois de préciser et d'ajuster les cibles de l'action publique en fonction des spécificités économiques et sanitaires territoriales, et de susciter les initiatives locales en fonction des préoccupations des uns et des autres.

Dans le prolongement des éléments de diagnostic partagé posés en préambule, le cœur des plans régionaux santé travail (PRST) se compose d'une liste d'actions prioritaires¹⁴, auxquelles s'associe un ensemble d'acteurs (souvent appelés « contributeurs ») variable d'une action à l'autre, et dont le pilotage peut alternativement être confié à l'une des institutions publiques locales impliquées dans le plan régional¹⁵. Les risques toxiques pour la reproduction y occupent une place ambivalente. Ils sont présents dans les cibles prioritaires dans les quatre régions étudiées. Mais regroupés avec les risques cancérogènes et les risques mutagènes dans la catégorie CMR, ils ne font l'objet d'aucun traitement spécifique. Cela conduit à ne pas différencier les actions visant les cancérogènes et les reprotoxiques et, en pratique, à se concentrer sur les cancérogènes, souvent mieux connus et mieux repérés par les différents acteurs de la santé au travail et dont la sinistralité est relativement mieux appréhendée.

Quelques actions ciblées existent ici ou là, portées par l'une ou l'autre des institutions. Mais d'une manière générale, leur caractère dispersé rend souvent difficile leur repérage (y compris pour le chercheur en sciences sociales) et peuvent passer inaperçues, d'autant plus que le caractère « fourre-tout » de la catégorie CMR conduit à ne pas singulariser les risques. Ainsi, à notre connaissance, dans les quatre régions étudiées, aucune action en milieu de travail n'a jamais porté exclusivement sur une substance uniquement reprotoxique. Sans qu'elles soient spécifiquement dédiées aux reprotoxiques, mais plutôt aux cancérogènes, par ricochet, certaines actions peuvent inclure les deux, argument d'ailleurs souvent mobilisé pour justifier l'absence de singularisation et par suite la tendance à la passivité à l'endroit des reprotoxiques. Nous pouvons ainsi mentionner les actions sur le styrène dans les entreprises de polyester stratifié et celles sur le perchlorétylène dans les pressings qui sont aujourd'hui ciblées comme prioritaires par les Carsat, à côté des fumées de soudage et de diesel. Ces actions sont d'envergure nationale, et déclinées localement. Ce sont d'abord les cancérogènes qui sont visés et par répercussion les reprotoxiques : « *Si le reprotoxique*

¹⁴ 15 actions sont par exemple prévues dans le PRST 2 d'Ile-de-France, dont l'une concerne spécifiquement le « risque chimique et CMR » ; celui de Haute-Normandie se structure autour de 8 axes dont l'un porte spécifiquement sur les risques chimiques ; en région Midi-Pyrénées, il comprend 7 axes, dont le premier est la prévention du risque chimique ; celui de l'Aquitaine a retenu 8 risques, sélectionnés en raison de leur forte présence dans la région (en nombre de salariés exposés) dont l'exposition à des agents chimiques.

¹⁵ La Direccte, la Carsat, l'ARS, l'Association régionale d'amélioration des conditions de travail (Aract), la Mutuelle sociale agricole (MSA) ou l'Organisme professionnel de prévention du BTP (OPPBTB).

arrive, tant mieux pour lui mais c'est toujours le cancérigène qui est mis en avant. Les reprotoxiques en tant que tels, on ne s'y intéresse pas vraiment » (Ingénieur Carsat).

Autre indice de cette position ambiguë des reprotoxiques dans les priorités d'action publique, en Ile-de-France, l'axe 3 de la convention cadre ARS/Direccte 2014-2016 mentionne dans ses priorités d'action : « entreprendre des actions spécifiques relatives à l'exposition professionnelle et environnementale vis-à-vis des femmes enceintes et de leurs enfants (exposition aux produits chimiques, exposition au plomb...) ». Il semble toutefois que la Direccte n'a pas d'action de contrôle spécifique sur les reprotoxiques et sur un public spécifiquement féminin. Ainsi, dans le cadre du PRST 2, un projet piloté par la Direccte Ile-de-France entend améliorer et approfondir la prise en charge des risques professionnels dans les établissements de soins, en partenariat avec l'ARS. Sur les six thèmes traités, la fiche n° 4 présente une méthodologie d'action de prévention des risques chimiques et CMR dans les établissements de soins visant à mieux informer les salariées sur les risques reprotoxiques et de la nécessité d'une déclaration précoce de la grossesse en vue de les soustraire à l'exposition. Toutefois, ni le risque reprotoxique ou mutagène ni le cas des médicaments anticancéreux ne font l'objet d'un traitement spécifique, et les femmes ne sont pas particulièrement ciblées.

En Haute-Normandie, le PRST 2 mentionne un objectif « d'amélioration de la connaissance des risques mutagènes et reprotoxiques des produits chimiques et des droits relatifs à l'exposition des produits ». Pour y répondre, la Direccte, en collaboration avec l'ARS, a élaboré en 2013 une plaquette visant à informer les femmes enceintes des risques auxquels elles s'exposent au travail comme au domicile (accessible sur les sites Internet de l'ARS et de la Direccte). Outre la sensibilisation des femmes, son objectif est surtout d'informer les salariées sur leurs droits concernant les dispositifs d'indemnisation des femmes enceintes exposées et non reclassées. Pour l'ARS, cette collaboration s'inscrit dans ses actions prioritaires autour de la périnatalité et la grossesse¹⁶. Toutefois, cette action reste relativement isolée, ponctuelle et « bricolée » localement, que ce soit dans sa conception (mise en page, impression...) ou dans sa diffusion et la (non) communication qui l'accompagne, ce qui peut laisser penser qu'elle n'enclenche pas de dynamique particulière. On peut faire le même constat en Aquitaine. En 2013, la Direccte et la Carsat ont lancé une campagne d'information et de sensibilisation auprès des salariés aquitains sur l'exposition aux substances CMR car 1 salarié sur 10 est exposé dans son travail à une substance CMR dans la région. L'objectif de la campagne (par voie d'affichage) était d'inciter à substituer les produits CMR et à réduire l'exposition professionnelle. Elle ne s'adressait pas spécifiquement aux femmes enceintes et n'a pas été renouvelée.

Au total, et même s'il est possible que nous ne soyons pas exhaustifs en raison du caractère tantôt éclaté tantôt très localisé des initiatives menées en matière de prévention des risques reprotoxiques au travail, il ressort de notre étude que ces risques ne sont au cœur d'aucune politique institutionnelle, alors même que les risques CMR sont présentés comme une priorité d'action dans les quatre régions étudiées. Cela conduit à s'interroger sur la configuration régionale des acteurs de la santé au travail et les possibles effets d'occultation ou d'aveuglement que cette configuration peut entretenir.

Parmi l'ensemble des enjeux sanitaires liés au travail, la problématique CMR est sans doute une de celles qui, de par sa complexité, nécessite les plus grands besoins de coordination dans un paysage institutionnel particulièrement éclaté. Cette nécessité ressentie nourrit des incitations au décloisonnement administratif et à la transversalité, qui s'inspirent pour partie des recettes du *New Public Management*. Il en découle une multiplication des instances à l'échelle régionale, qui s'ajoutent aux instances paritaires déjà existantes, adossées à la Carsat, à la Direccte et à l'Aract. Or, les ressources des organisations syndicales comme professionnelles sont largement insuffisantes pour assurer leur participation à l'ensemble des institutions régionales de la santé au travail. En outre, la matière est relativement nouvelle, la réglementation changeante, ce qui peut expliquer le nombre limité d'acteurs reconnus comme experts de la santé au travail et compétents par ailleurs sur les risques CMR. En Ile-de-France, seuls la CFDT, la CFE-CGC et la CGT d'une part et le Medef d'autre part participent activement aux réunions et prennent part à certaines initiatives du PRST. L'engagement de ces organisations dans la dynamique régionale repose souvent sur une ou deux personnes, ce qui témoigne d'une difficulté à organiser concrètement un tripartisme décentralisé en appui de la politique nationale de santé au travail. À ce stade, les organisations syndicales et patronales restent des acteurs relativement marginaux dans la configuration institutionnelle qui se met

¹⁶ Quelques initiatives des ARS Haute-Normandie et Aquitaine existent sur ces questions mais au sujet des risques domestiques.

en place autour des PRST¹⁷. Cela ne signifie pas qu'elles sont absentes du champ de la santé au travail, mais leur influence passe encore aujourd'hui principalement par le biais du paritarisme, dans la gouvernance des Carsat et, dans une moindre mesure, des services de santé au travail.

Ce constat est un élément parmi d'autres qui témoigne des difficultés rencontrées pour coordonner les actions des différentes institutions à l'échelle régionale. Le développement de l'action publique en matière de santé au travail, à l'échelle régionale comme nationale, s'est en effet accompagné d'une incitation « au développement de synergies entre les acteurs impliqués en santé au travail » (PRS HN, 2012-2017, p. 65-66), qu'ils agissent préférentiellement dans le champ du travail (Direccte), de la santé (ARS, Services de santé au travail) ou de l'environnement (Dreal¹⁸). Cette incitation au décloisonnement administratif se retrouve dans chacun des plans régionaux, sans toutefois s'accompagner de textes visant à cadrer ces partenariats. Il est finalement difficile d'en prendre la mesure exacte tant les cas de figure sont contrastés et soumis aux contingences locales et individuelles ; de l'aveu même de nos interlocuteurs, ces liens sont très « *individus dépendants* ». Les plus cyniques iront jusqu'à dire que « *c'est un peu de l'affichage* ».

Encore faut-il distinguer dans cet espace de la gouvernance régionale de la santé au travail les relations entre les institutions responsables de la santé au travail et celles qui portent les problématiques de santé publique, des relations plus anciennes entre les Direccte et les Carsat¹⁹.

a) Il faut en effet reconnaître la faiblesse des passerelles entre acteurs de la santé (notamment reproductive et de la périnatalité) et du travail. Malgré l'élargissement récent du périmètre du réseau de l'administration du travail et la recomposition de l'environnement institutionnel, les milieux de la santé publique et de la santé au travail ne s'interpénètrent pas. Les gynécologues, les médecins spécialistes de la reproduction, les médecins généralistes ne sont pas des partenaires habituels des acteurs institutionnels comme l'administration du travail, la Carsat ou même l'ARS²⁰. Leur culture, formation et intérêt professionnels les laissent par ailleurs relativement éloignés des enjeux de santé/travail comme de santé/environnement qui relèvent au demeurant d'une médecine préventive loin de faire l'unanimité dans la communauté médicale, ainsi que l'ont souligné la plupart de nos interlocuteurs. Pour l'ARS elle-même, les partenariats noués dans le cadre de la politique de santé au travail restent ponctuels²¹ et n'ont que peu d'effets sur sa propre politique. Certes, dans les quatre régions étudiées, l'ARS soutient quelques projets, d'autant plus quand la réalité épidémiologique régionale impose des priorités sanitaires liées au travail, à l'image des cancers d'origine professionnels en Haute-Normandie²² et en Aquitaine. Mais comme le reconnaît une chargée de mission rencontrée, le projet politique de l'ARS en matière de santé au travail reste à écrire : « *Qu'est-ce qu'on veut vraiment faire au-delà de se dire "on essaie de s'articuler, de se coordonner, d'être informé et donc de suivre dans le comité de suivi, de pilotage, le PRST" ? Au-delà de ça... c'est quelque chose qui aujourd'hui n'est pas abouti et pas encore fait, parce que sur ce champ-là en l'occurrence, finalement on n'a pas de feuille de route nationale.* »

b) Les contacts paraissent beaucoup plus fréquents entre les deux institutions porteuses de la politique régionale de santé au travail, que sont la Carsat et la Direccte. En Haute-Normandie par exemple, c'est de longue date qu'elles entretiennent des relations privilégiées, partagent globalement leur approche de la santé au travail, essaient de porter un discours commun dans les différentes

¹⁷ Une exception notoire est à relever toutefois en Ile-de-France où la CGT a porté, dans le cadre du PRST 2, deux actions centrées sur un territoire donné qui, parmi d'autres aspects, ont abordé la question des risques CMR. À la Défense, l'action cible les agents de la propreté (majoritairement des femmes), propose un état des lieux de leurs conditions de travail et avance des pistes de prévention. L'action menée à l'aéroport de Roissy concerne les agents de la propreté des pistes et traite des conditions de travail (précarité) et de l'exposition aux risques professionnels. Dans cette partie, les risques CMR sont mis en avant. La démarche se veut plus globale que la seule exposition aux risques, les actions concernant les CHSCT et les acteurs de terrain ne pouvant être réduites à une seule revendication.

¹⁸ Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement.

¹⁹ Nous faisons le choix ici de centrer l'analyse sur ces deux types de relations institutionnelles, à défaut de pouvoir aborder l'ensemble des liens structureaux de ces réseaux régionaux.

²⁰ Il faut noter pour l'Aquitaine, que le Réseau Périnatalité a commencé un travail de mise en réseau et d'interconnaissance entre les différents acteurs institutionnels et de soins.

²¹ En Midi-Pyrénées par exemple, le Groupe d'alerte en santé travail mis en place en 2010, qui comprend des représentants de l'ARS et de la Direccte, semble se réduire à un dispositif d'alerte en cas d'épidémie.

²² Les données épidémiologiques confirment tristement la surexposition des salariés hauts-normands : la région compte plus de 10 % des cancers professionnels reconnus en maladie professionnelle alors que sa population représente 2,9 % de l'effectif salarié français (PRST 2011-2014). Sur la période 2003-2005, le taux moyen de ces cancers indemnisés était de 24,8 contre 8,4 pour 100 000 salariés du régime général en France métropolitaine. Il s'agissait alors du taux le plus élevé de France (Conseil économique, social et environnemental régional) (CESER).

instances auxquelles elles participent (comme le CRPRP²³ ou le CRRMP²⁴) et échangent pour essayer de coordonner leur programmation (même si la première a une action beaucoup plus programmée que la seconde, qui tente elle, *a contrario*, de la limiter²⁵). Par ailleurs, sur le terrain, en dehors de partages d'informations, des actions en commun ont parfois lieu (c'est très rare avec d'autres institutions), souvent pour gagner en efficacité dans les interventions respectives, *a fortiori* dans des cas d'entreprises particulièrement problématiques. Précisons toutefois que cela reste très lié aux contingences personnelles. Ces partenariats sont loin d'être systématiques et peuvent souffrir de contradictions dans les façons de travailler ou de percevoir le risque. Si les relations sont sans doute moins intenses qu'en Haute-Normandie, les mêmes pratiques de coopération et de coordination s'observent dans la région Ile-de-France et en Aquitaine, à la différence de Midi-Pyrénées où les relations paraissent plus distendues.

Mais si les échanges sont favorisés entre ces deux institutions, il faut constater que leur relation est asymétrique, ce qui limite l'ampleur du décloisonnement et de la transversalité recherchés. Cette asymétrie se manifeste d'au moins deux points de vue :

- celui des ressources d'abord. On constate en effet une disproportion des moyens, en expertise notamment. Cette inégalité de ressources se trouve renforcée en Ile-de-France par un turnover particulièrement prononcé des agents de contrôle de l'inspection du travail, qui ne facilite ni la connaissance des spécificités économiques et sanitaires des entreprises et des salariés relevant de la section d'inspection, ni la collaboration avec les contrôleurs de sécurité de la Cramif²⁶.
- celui de la politique de prévention ensuite. Alors que les réformes de l'inspection du travail engagées depuis 10 ans tentent, non sans difficultés et résistances, de cadrer partiellement l'activité de contrôle des agents, l'organisation des Carsat se caractérise par un centralisme prononcé et un fonctionnement pyramidal. En effet, les actions des contrôleurs des Carsat sont très fortement cadrées par les orientations nationales. La politique de prévention des Carsat se structure autour de priorités d'action fixées au niveau national dans une Convention d'objectifs et de gestion (Cog) signée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS) et l'État. Cette Cog est ensuite déclinée dans un Contrat pluriannuel de gestion (CPG) entre la Cnam-TS et les caisses régionales. Même si des priorités locales peuvent s'adjoindre aux objectifs de la Cog, ces orientations nationales cadrent très fortement les politiques de prévention des Carsat²⁷. Autrement dit, les Carsat conservent des objectifs qui leur sont propres, fixés par leur tutelle, d'autant que les CPG précèdent l'élaboration du PRST, en Ile-de-France au moins. Le PRST se trouve ainsi pour partie fixé à partir de la politique nationale de prévention de l'assurance maladie : « *Le PRST est simplement une traduction du plan d'action du service et mise en coordination entre les différentes instances. On élabore d'abord le CPG, puis le PRST le reprend en partie.* » (ingénieur conseil d'une Carsat).

Une telle asymétrie dans la relation institutionnelle censée représenter l'épine dorsale de la politique régionale de santé au travail nous semble constituer un frein important à la mise en place d'une authentique « gouvernance territoriale des risques du travail » (Verdier, 2008). Les coopérations inter-institutionnelles peinent encore largement à s'institutionnaliser, comme le reconnaît un ingénieur de prévention d'une autre Carsat : « *On a trois tuyaux (Direccte, Carsat, SST²⁸), on essaie de trouver des passerelles mais c'est que sur des petits sujets [...] on trouve des petits points communs mais on ne va pas dire qu'on travaille ensemble [...] de toute façon de personne à personne ça marche beaucoup mieux, les conventions c'est beaucoup trop lourd* » (ingénieur Carsat).

²³ Comité régional de prévention des risques professionnels.

²⁴ Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

²⁵ Sur ce point en particulier voir : Mias A., 2015.

²⁶ Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France.

²⁷ Les initiatives de terrain doivent s'ajuster à la politique de prévention nationale. Cela n'est pas sans effet sur l'occultation des problématiques de reprotoxiques évoquée plus haut. Dans la région de Tarbes, les médecins d'un service de santé au travail ont repéré en 2003 un problème particulier lié à l'information et à la prévention de l'exposition des femmes et des produits reprotoxiques chimiques. La Carsat, sollicitée pour appuyer l'action à engager, a modifié leur projet en intégrant tous les CMR pour satisfaire aux orientations nationales. Cette illustration montre que les réajustements des politiques publiques peuvent aussi se mettre en place suite à des prises d'initiatives qui émanent par le bas de la pyramide institutionnelle.

²⁸ Service de santé au travail.

Cette situation pourrait évoluer dans les années à venir. En effet, se déploie actuellement dans les régions une démarche de contractualisation tripartite, entre les Carsat, les Direccte et les services de santé au travail, sur les actions de prévention des risques professionnels. Inspirés de dispositifs déjà portés par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes dans le domaine social et médico-social, les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ont été introduits dans le champ de la santé au travail par la réforme de la médecine du travail en 2012. Ces CPOM sont signés après discussion au sein du CRPRP et devraient être très mobilisés dans le cadre des PRST 3. Selon un chef de service santé sécurité d'une Direccte, la discussion des CPOM fait progressivement évoluer la nature des discussions au sein du CRPRP : « *ce qui touche aux services de santé au travail est plus concret que les grandes statistiques de la région* ». En abordant le cas concret d'un SST ou d'un secteur particulier, l'instance régionale de concertation sur la santé au travail pourrait ainsi gagner en opérationnalité. L'articulation CPOM/CRPRP pourrait ainsi à l'avenir constituer un levier important des politiques régionales de santé au travail.

Volet 2 : Le risque reprotoxique dans les entreprises : un risque passé sous silence

En allant enquêter dans les entreprises, nous avons pour projet de saisir, dans le contexte réel du travail et donc au-delà d'une approche réglementaire ou prescriptive, la manière dont les risques toxiques pour la reproduction étaient appréhendés. Cela supposait d'être attentif aux représentations qu'en ont les acteurs en charge de la prévention²⁹ comme aux pratiques de prévention, envisagées dans une perspective dialectique.

Des risques invisibles en milieu de travail, une prévention globalement impensée

Si dans les entreprises les risques CMR se singularisent de plus en plus des risques chimiques, les reprotoxiques connaissent un tout autre sort. Ceux-ci sont en effet très rarement dissociés de la catégorie générique CMR qui se résume pourtant le plus souvent aux cancérogènes. Par exemple, sur les onze entreprises enquêtées, une seule distinguait les cancérogènes, des mutagènes, des reprotoxiques dans son document unique³⁰.

Ainsi, les actions de prévention, s'il y en a, se concentrent sur les cancérogènes. Certes, sans qu'elles soient spécifiquement dédiées aux reprotoxiques, certaines actions peuvent inclure les deux (si le CMR en question est reprotoxique **et** cancérogène) au motif que les principes de prévention sont les mêmes quelle que soit la nature de la substance CMR³¹. Cet argument est très souvent mobilisé, par ceux qui ont une approche que l'on pourrait qualifier, de façon quelque peu schématique, de « réglementaire » des risques (au sens où ils appliquent les principes de prévention prévus par la réglementation³²), en l'occurrence les préventeurs externes (Carsat, Direccte) et internes (membres des services hygiène et sécurité des entreprises notamment) pour justifier l'absence de singularisation et par suite la tendance à la passivité à l'endroit des reprotoxiques. Toutefois, ceux-là mêmes parfois, mais surtout les médecins du travail qui ont une approche que l'on pourrait cette fois qualifier de « santéiste³³ » soulignent l'absence de pertinence scientifique d'une telle « *catégorie générique* » car chacun de ces risques (C, M et R) a des conséquences et des modes de contamination différents.

Indépendamment de ces débats d'opinion, cette catégorie « fourre-tout » conduit à oublier les reprotoxiques, absorbés par les cancérogènes, y compris chez les salariés (hommes comme femmes) qui ne prennent pas conscience de la spécificité de ces risques et de leurs effets possibles pour eux-mêmes (stérilité, libido, fausses-couches, etc.) et leur descendance. Commode sur un plan

²⁹ Le prochain et dernier point portera sur les perceptions des salariées et leur attitude face aux risques toxiques pour la reproduction.

³⁰ Sans avoir pour autant un plan de prévention spécifique pour chacun d'eux

³¹ Rappelons que dans beaucoup d'entreprises, toutes les mesures obligatoires pour les CMR ne sont pas encore mises en place ou de nombreuses failles persistent ne garantissant pas l'efficacité des mesures prises (problèmes des effets cocktails, des seuils d'exposition, etc.) ou des dispositifs de protection (mésusage des équipements de protection individuelle (EPI), dysfonctionnement des équipements de protection collective (EPC) par exemple par manque de contrôles périodiques, etc.). Sur ce dernier point, voir Legrand & Mias, 2013.

³² Ces principes étant les mêmes pour tous les agents CMR, qu'ils soient cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques : substitution, système clos, protections collectives, protections individuelles.

³³ Contrairement aux premiers, leur cadre de référence est l'organique et non le réglementaire.

réglementaire, elle ne permet pas de déclencher d'actions plus ciblées ayant une véritable portée scientifique.

Et en effet, dans les entreprises étudiées, le risque reprotoxique est peu pris en compte : absence de formation, informations parcellaires, lacunaires voire absentes (produits mal étiquetés, la fiche de données de sécurité (FDS) n'est pas toujours disponible, les reprotoxiques ne sont pas répertoriés en tant que tels dans le DU, les postes ne sont pas directement identifiés comme étant des postes à exposition à des substances reprotoxiques ...). Même si le propos mériterait d'être nuancé en raison de variations sensibles selon les entreprises³⁴ et les interlocuteurs³⁵, ces risques semblent largement méconnus au point qu'il était souvent difficile de les aborder en tant que tel dans les entretiens sans emprunter des voies détournées (celle des risques chimiques, éventuellement des CMR, puis de la santé reproductive).

A cette méconnaissance, s'ajoute un certain désintérêt, en particulier des syndicats comme des CHSCT³⁶, dominés par la gent masculine. La santé reproductive ne fait pas l'objet de discussion au sein des collectifs de travail. Ils ne maîtrisent pas le sujet, ont peu de choses à en dire, et tendent à considérer que cette problématique « de femmes » doit rester confiner au domaine privé. Ce sujet non seulement n'intéresse pas mais parce qu'il revoie à la sexualité, sinon à la performance sexuelle, reste tabou dans le monde de l'entreprise :

Nous avons des substances qui provoquent de l'infertilité chez les hommes. Mais alors c'est encore plus tabou que le reste, la personne qui viendrait vous voir parce que...il n'est pas encore né... Moi je n'ai jamais reçu un salarié qui est venu me dire, je n'arrive pas...parce qu'il y a un produit toxique. Non, ça n'existera pas. C'est plutôt la femme qui est responsable en fait. Ce n'est pas un sujet qui est évoqué facilement. Je n'ai jamais eu un salarié qui est venu me dire j'ai des problèmes d'infertilité parce que j'ai été exposé à des produits toxiques (médecin du travail)

Dans le cas où l'on en parle, c'est souvent au détour de railleries voire de propos sexistes par l'entremise de blagues misogynes et machistes. Si de toute évidence les femmes n'acceptent pas les principes des usages de ces mondes d'hommes (Ghasarian, 1999), elles ne sont pas moins contraintes de s'y plier. Le sexisme ordinaire est un frein à l'expression des femmes et donc nuisible à l'influence qu'elles pourraient avoir sur les décisions prises et la hiérarchisation des priorités dans les organisations syndicales. Par conséquent, sans surprise, l'expérience des femmes, leur point de vue sur la mise en jeu de leur santé dans le travail sont peu entendus dans les réunions syndicales et les réunions de CHSCT. Leur argumentaire est coupé et contredit et les femmes qui entreprennent de défendre leur santé lorsque des éléments n'ont pas été pensés, sont mal vues. En effet, dans les entreprises à dominante masculine, les femmes partageant les conditions de travail rudes de leurs homologues masculins sont censées en partager également l'éthos de l'héroïsme professionnel viril, de la prise de risque valorisée, et donc ne pas se plaindre de leur sort, comme le ferait une « femmelette », « une mauviette ». Elles doivent finalement passer l'épreuve de la virilité, voire avoir le goût du risque. La domination virile s'impose aux femmes comme aux hommes, bref à tous ceux qui n'adoptent pas le comportement attendu d'un homme (en référence au modèle de masculinité hégémonique (Raewyn, 2014)). Par exemple, les collègues masculins qui prendraient la défense des femmes ou soutiendraient leur cause subissent le même sort qu'elles : coupés, contredits, peu écoutés.

Ce risque n'est pas davantage abordé par les femmes (ni par les hommes) dans les univers de travail plus féminins que nous avons investigués. Acceptation des risques, déni, éthos du dévouement qui

³⁴ La connaissance et la singularisation de ce risque reprotoxique semble relativement plus importante dans les grandes entreprises dotées d'un service hygiène sécurité assez conséquent. Parmi les acteurs internes rencontrés en charge de la prévention dans les entreprises (membres du CHSCT, représentants du personnel), seuls les membres de ces services et ceux des services de santé au travail étaient en mesure d'échanger spécifiquement sur les reprotoxiques dans l'entretien (et parfois de façon assez sommaire mais ils savaient néanmoins de quoi il s'agissait).

³⁵ Dans le domaine de la chimie (techniciens, chercheurs, préventeurs), les enquêtés étaient un peu plus au courant que dans les autres secteurs enquêtés (y compris celui de la santé où les infirmier-e-s par exemple ne se distinguaient pas spécialement des aides-soignant-e-s concernant leur connaissance des risques reprotoxiques, et ce contrairement à un a priori de connaissance souvent évoqué dans les entretiens par les préventeurs (médecins du travail, service prévention, cadres...)) : ils avaient déjà entendus le terme reprotoxique, voyaient approximativement les effets qu'ils pouvaient avoir sur la santé mais pas davantage.

³⁶ Les CHSCT constituent pourtant l'instance représentative de référence sur ces enjeux de santé au travail.

trouve son écho masculin dans l'ethos de la virilité, enjeux de carrière et d'emploi, etc. constituent autant de freins à la tombée du voile³⁷.

L'influence des stéréotypes féminins dans la prévention des risques toxiques pour la reproduction

Dans les représentations, c'est un risque juste pour les femmes, et encore pour les femmes enceintes. Pour les hommes on ne se pose pas la question. C'est la différence sans doute avec les cancérrogènes. Dans les entreprises, c'est lorsqu'une femme est enceinte qu'on est attentif³⁸ (médecin du travail).

Ces propos tenus par un médecin du travail reflètent assez justement la place donnée à ce type de risques dans la plupart des entreprises étudiées : non seulement ils l'associent aux femmes, mais aux femmes enceintes, évinçant de ce fait bien d'autres dimensions de la santé reproductive (l'homme d'abord, la fertilité, la période de conception, l'allaitement). Une telle association indique que la santé reproductive est pensée strictement au féminin et corrélativement, on pense la santé de la femme en lien avec son rôle reproducteur, perpétuant ainsi une habitude ancienne. En matière de santé au travail, la santé des femmes constitue certes une source de préoccupation, la législation les concernant précède d'ailleurs celle des hommes, mais toujours en raison de son statut de procréatrice qu'il convient de préserver. Ainsi, la première conférence de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) prononcée à Washington en 1919 commence par le travail des femmes et l'interdiction du travail de nuit et des travaux insalubres.

De telles représentations influencent sans surprise la manière dont est déclinée la prévention car seule cette période spécifique, et *a fortiori* les femmes, peuvent dans le meilleur des cas bénéficier de mesures de protections³⁹.

Que se passe-t-il alors en cas de grossesse ? Il devient difficile de généraliser car les situations sont assez contrastées d'une entreprise à l'autre voire d'une femme à l'autre, ce qui est en soi un indicateur intéressant et transcendant la diversité : dans nos cas d'entreprises, rien de systématisé ni de protocolisé n'est prévu pour une femme qui tomberait enceinte, encore moins pour celles (et sans parler de ceux) qui voudraient protéger leur fertilité⁴⁰.

Deux grandes tendances se dégagent néanmoins. Soit, premièrement, l'inaction, des femmes elles-mêmes y compris, au motif que l'on ne peut soustraire la femme de son poste et donc des risques considérés comme constitutifs du métier. Le cas des infirmières en cancérologie est à cet égard exemplaire. La plupart d'entre elles n'envisagent pas de poser de chimiothérapies et continuent de le faire même enceintes : « *on n'a pas beaucoup de solution, qu'est-ce qu'on fait ? On arrête de soigner les patients qui ont un cancer ?* » (DRH, CLCC) ; « *la chimiothérapie on est bien obligé de la poser, c'est mon travail, sinon il ne fallait pas que je bosse en cancéro* » (IDE, CLCC) quitte à développer des pratiques prudentielles plus développées (éviter certaines manipulations, port plus systématique des EPI, etc.). Soit, secondement, on favorise l'écartement de la femme de son poste de travail, laquelle peut prendre des configurations diverses (arrêt maladie, changement de poste provisoire, changement d'atelier, etc.). En pratique, dans les entreprises, et en cas de changement de poste, ce sont souvent les cadres de proximité qui organisent la prévention des risques reprotoxiques (en cas de grossesse) car ce sont eux qui trouvent un autre poste à la salariée, dans certains cas

³⁷ Ces aspects seront développés plus longuement dans le prochain point.

³⁸ C'est nous qui soulignons.

³⁹ D'un point de vue strictement réglementaire, en France, le code du travail stipule que « les femmes enceintes ou allaitantes ne peuvent pas être affectées ou maintenues à des postes de travail exposant à des agents toxiques pour la reproduction de catégories 1 et 2 (ancienne réglementation) ». Notons que dans la plupart des entreprises enquêtées se trouvaient des reprotoxiques de catégorie 3 ou, si l'on suit la nouvelle réglementation, de catégorie 2.

⁴⁰ Au demeurant, seule la substitution serait à même de protéger la fertilité. Il paraît en effet totalement inenvisageable et irrationnel de soustraire tous les individus en passe de devenir parents de leur activité professionnelle.

(peu fréquents) en sollicitant le médecin du travail. La personnalité et la sensibilité⁴¹ de l'encadrement direct sont donc des variables non négligeables.

Pour les rares cas où les salariées ont été proactives pour obtenir un changement de poste, cela peut s'apparenter à un véritable parcours du combattant. Elles se retrouvent souvent seules confrontées à leurs besoins, ne savent pas à quel service de l'entreprise s'adresser, puisqu'aucun service ne centralise les problèmes liés à ces questions, sauf le médecin du travail. Mais celui-ci est souvent invisible dans les entreprises et ne recueille pas toujours l'adhésion des salariés⁴² « *elles ne viennent pas nous voir, on ne pense pas au médecin dans ces cas-là, on préfère ne pas y penser* » confie l'un d'eux.

Quelle que soit la situation considérée, il s'agit d'une gestion au cas par cas qui repose sur la connaissance, la sensibilité des femmes concernées, sur celles de leur encadrant direct, sur la solidarité de leurs collègues plus que sur une politique globale de l'entreprise et une action sur le risque reprotoxique en tant que tel. *In fine*, si vraiment elles veulent être protégées, elles s'arrêtent, ce que leur conseille même le médecin du travail (dans le cas où il est informé de la grossesse). Ces arrêts se font dans le cadre d'un arrêt maladie classique et non dans le cadre du dispositif prévu par la CPAM.

Toujours est-il qu'en soustrayant la femme enceinte aux risques auxquels elle s'expose potentiellement, on supprime peut-être le risque pour la grossesse (en fait uniquement dans le cas où la femme est arrêtée) mais en aucune manière on élimine le risque à sa source. En plus d'indiquer que c'est la problématique de grossesse et travail qui focalise l'attention plus que celle des reprotoxiques, une telle perspective obère totalement la question de la protection de la santé reproductive dans sa complexité, et ce sur au moins deux aspects :

- Une telle approche suppose que la grossesse soit déclarée, or cela reste exceptionnelle pendant les trois premiers mois de grossesse, pourtant les plus à risque. Au travail, la grossesse trace les contours d'un sujet qui reste dans l'intimité, le silence et le secret, imprégné principalement par la crainte de la « perte » : le fantôme de la fausse couche. A un niveau représentationnel, nous discernons en filigrane une expérience entourée de superstitions. Ainsi le bonheur de la « bonne » nouvelle est souvent associé au risque de le voir disparaître, si on en fait étalage prématurément. Le tout place la grossesse dans le lot des sujets tabous poussant les femmes vers l'autocensure (à tout le moins pendant les premières semaines). Seules quelques collègues avec lesquelles des liens d'amitié se sont créés en seront informées.

Cette période apparaît vraiment comme l'angle mort de la prévention des risques. Elle focalise à ce titre l'attention des pouvoirs publics, voire les rares initiatives structurées des entreprises, qui, pour plusieurs d'entre elles, ont soit mis en place des informations à destination des femmes, soit pour projet de le faire, afin qu'elles informent rapidement le médecin du travail de leur grossesse (plaquettes d'information, affichages, à l'occasion d'une visite médicale...). Toutefois, cela ne s'accompagne pas en parallèle de procédures formalisées d'aménagement de poste, d'identification en amont de postes provisoires où placer les femmes enceintes.

- Dans le cas d'un changement de poste provisoire, et sous réserve que la femme l'accepte⁴³ rien ne garantit la protection et de nombreuses questions se posent quant à l'efficacité des mesures prises⁴⁴, sans parler de la récupération du poste ainsi provisoirement désaffecté. En effet, les pollutions ne sont finalement pas uniquement là où elles paraissent évidentes (exposition par contact direct avec les produits) et des expositions indirectes existent. Dans les environnements professionnels utilisant des produits reprotoxiques, les femmes enceintes pourraient être exposées du fait de leur emplacement au voisinage des postes de travail et ateliers où ces produits sont manipulés. Ainsi, lorsqu'elles sont affectées à des postes administratifs au moment de leur grossesse, le simple fait d'être dans un bureau proche des paillasses ou de l'atelier de fabrication peut engendrer un risque ; elles peuvent aussi entrer en contact en raison de la frontière poreuse entre différentes activités (contamination des

⁴¹ Compte tenu du faible nombre de situations où cela a été décrit, il est difficile de dire, sans risquer de tomber dans la stéréotypie, que les femmes ou les hommes seraient plus ou moins sensibles.

⁴² Marichalar, 2014 ; Mias et al., chapitre 5, 2013.

⁴³ Or, et nous le verrons dans le prochain point, il n'est pas rare que les femmes souhaitent poursuivre leur activité, ou n'ont pas d'autres alternatives, même en se sachant exposées à des produits dangereux.

⁴⁴ Ces remarques sont bien sûr valables pour l'ensemble des salariés.

équipements, sur les poignées, le téléphone, l'ordinateur, etc., parce qu'on ne retire pas ses protections individuelles en passant d'une activité à l'autre par exemple). Les protections collectives type hotte n'assurent pas forcément que les expositions soient concentrées à un seul endroit ; comme il n'y a pas de mesurages aux alentours de ces postes de travail, rien ne permet de dire que les femmes enceintes retirées des postes à risque ou soulagées par leurs collègues des manipulations de produits toxiques, qui restent malgré tout affectées dans le même local ou atelier, ne continuent pas à être exposées du fait de leur proximité avec les postes à risque. Sans parler de celles qui manipulent sans protection ou presque, à l'exemple des infirmières en services de cancérologie, les femmes qui continuent à manipuler enceintes des produits reprotoxiques sous hotte ou sous scaphandre, ne sont pas forcément bien protégées. A une des réunions de la commission de toxicologie auxquelles nous avons participé, un médecin interpellait l'assemblée sur le cas d'une femme enceinte ayant mis au monde un enfant atteint de problèmes de santé alors qu'elle était en scaphandre dans une cabine ventilée :

Parce que j'ai eu un cas d'une femme enceinte qui travaillait sur un produit en développement de chez XXX et qui a accouché d'un enfant qui a eu des problèmes d'épilepsie après. Cette femme travaillait en scaphandre et dans une cabine, donc hyper protégée. Mais après on s'est rendu compte que la bouche d'aération de la cabine, elle était toute proche de la bouche d'extraction de l'air de la cabine et donc il y avait un recyclage de l'air extrait de la cabine. Donc elle avait eu des soucis. C'est pour ça que quand on parle d'espace clos, là quand on travaille en scaphandre ou en cabine, il faut vraiment faire attention aussi aux conditions d'aération de cette cabine.

Plus largement, cette logique excluante participe des inégalités sexuées au travail. Un écartement, même temporaire, peut en effet être préjudiciable à la carrière/au parcours professionnel des femmes et favorise, sans en être le seul facteur, les attitudes de déni des risques, de secret voire de dissimulation de la grossesse. On retrouve ici un débat ancien et récurrent affrontant deux logiques : celle de l'universalisme et du protectionnisme. La première serait intégratrice mais moins protectrice ; la seconde, qui semble s'imposer, serait quant à elle davantage protectrice mais discriminante. Pourtant une voie médiane semble possible : celle de la protection universelle et atemporelle, des hommes et des femmes tout au long de la trajectoire professionnelle.

Volet 3 : Les femmes et les risques toxiques pour la reproduction : pratiques et représentations

Dans ce dernier point du projet, l'analyse a porté sur les représentations et les pratiques mises en place par les femmes travaillant dans des secteurs à risques pour la santé reproductive, en s'intéressant aux effets combinés du genre, de l'âge, et du statut socioprofessionnel.

Des femmes « naturellement » prudentes ?

L'idée que les femmes seraient plus sensibles aux questions de santé que les hommes et plus enclines à appliquer les recommandations de « bonnes pratiques » n'est pas nouvelle. De nombreuses enquêtes, surtout anglo-saxonnes, attestent de la véracité de ce constat qui se retrouve également dans les témoignages récoltés :

Je dirais que les femmes font plus attention. Naturellement. Et je ne parle pas que des femmes en âge d'avoir des enfants. Je trouve qu'elles prennent vachement plus de précaution. Je ne pourrais pas dire pourquoi. Mais les hommes ont l'impression d'être un peu plus immunisés. Et pourtant pas forcément à des âges où on pourrait se dire qu'elle pourrait essayer de tomber enceinte. Même plus tard, elles font un peu plus attention (salariée, PHARMA).

De telles considérations laissent sous-entendre que jamais ces femmes ne mettraient en danger leur progéniture à partir du moment où elles sont conscientes du risque. Cela confirme l'idée, bien étayée par ailleurs dans la littérature scientifique, selon laquelle, les hommes adopteraient plus de comportements à risques que les femmes. Si les études, principalement anglophones classent de telles affirmations dans le lot des thèses bien fondées, la présente étude tendrait à relativiser ce point, en regard des écarts aux règles de protection souvent rapportées dans les entretiens. Si on ne peut

pas les mesurer, leur présence nous a été confirmée à plusieurs reprises, notamment dans certains milieux professionnels féminins ou mixtes.

Or de telles thèses, au même titre que les idées reçues et les stéréotypes sur la « générosité » et la « douceur » des femmes ou encore leur sensibilité aux questions de sécurité, influencent incontestablement la communication en matière de prévention en leur direction. Au nom de la confiance dont elles seraient dignes, on les laisse « se débrouiller » avec « leur » travail et « leur » grossesse, les créditant d'un savoir-faire « inné » en matière de reproduction et partant du principe que de toutes les façons elles ont l'habitude, elles s'en sortiront ! Argument imparable pour justifier une certaine inertie envers ces risques et ce public...

En réalité, la conscience des risques et l'existence de pratiques prudentielles sont à nuancer. La majorité des femmes interviewées déclarent peu connaître les effets des produits reprotoxiques, lacunes non comblées par l'entreprise qui dispense très peu d'informations sur ces risques (cf. point précédent). Aussi paradoxal que cela puisse paraître, lorsque l'information existe, les femmes prises en compte dans le cadre de cette enquête reconnaissent ne pas la consulter. Encore plus étonnant, les femmes considérées ici affirment ne pas faire le lien entre exposition professionnelle et difficultés liées à la reproduction, y compris en cas de problème répertorié par le passé. Ainsi, à titre d'exemple, alors que de nombreuses femmes avouent avoir vécu des fausses couches ou avoir rencontré des problèmes de fertilité, elles n'établissent aucune relation de causalité entre leurs conditions de travail et leur problème en matière de procréation. Au « mieux » émettent-elles un doute « *peut-être, on ne peut pas savoir* », très vite dissipé par l'incertitude scientifique derrière laquelle elles se retranchent, en même temps que tous les autres facteurs possibles. Parmi ces autres, la nature arrive comme l'argument clé et premier : « *la nature fait bien les choses* » nous dit l'une ; « *la nature élimine ce qui n'est pas viable, ce n'est pas forcément à incriminer aux cytotoxiques* » souligne l'autre, cadre supérieur de santé en cancérologie, ayant fabriqué les chimiothérapies et connu deux fausses couches... Argument contre lequel on ne peut pas lutter, tout comme l'on ne peut pas lutter contre la malchance ou la volonté divine. Ce faisant, la grossesse et ses aléas continuent d'être consacrés au rang d'objet naturalisé. Réalité ? Méconnaissance ? Stratégies de déni pour poursuivre l'action ? Incorporation des représentations collectivement entretenues ? Le travail ne semble pas avoir partie liée, dans les représentations de la plupart des femmes, avec la santé reproductive. Et lorsque le chercheur les invite à se questionner plus avant sur leur travail, sur les produits manipulés et par exemple sur la répétition de fausses couches dans un service donné, après un « *ah oui c'est vrai, je n'ai jamais vraiment fait le rapprochement* » énigmatique, d'autres arguments sont mobilisés renvoyant à une certaine acceptation des risques parce qu'ils font partie du métier, parce qu'on a confiance dans les dispositifs de protection ou encore parce qu'on pense les maîtriser. Ce sentiment de maîtrise est particulièrement tangible chez les femmes opérant dans les univers médicaux ou chimiques, ce qui est à mettre en lien avec la formation initiale de cette population impliquant une supposée bonne connaissance des produits et/ou de leurs effets. Plutôt à tort qu'à raison d'ailleurs, d'autant que les producteurs eux-mêmes connaissent mal les risques reprotoxiques. De plus, ces mêmes risques sont peu abordés en tant que tels dans les classifications internationales. Cette supposée « bonne » connaissance du risque chimique semble partagée par les directions qui « *ont l'impression qu'ils ont à faire à un personnel formé* » (inspecteur du travail). Quant à ce dernier, en raison de son domaine professionnel, il serait, par définition, plus ou moins sensible à la « *culture sécurité* », à l'instar des laboratoires *a priori* plus favorables à l'adoption des « bonnes » pratiques qu'en production. Ainsi, un niveau de formation élevé a souvent pour corollaire une culture professionnelle plus prompte aux enjeux de prévention. Il en résulte la difficulté à sensibiliser des salariés d'une culture professionnelle différente de celle des préventeurs, en raison d'une moindre connaissance des contraintes du métier. A l'inverse, les préventeurs partant du présupposé selon lequel certaines catégories de personnel sont bien formées, ou à même de trouver elles-mêmes les informations, justifient la quantité moindre d'informations à leur délivrer. C'est le cas pour les médecins, qui auraient *a priori* à leur disposition des connaissances jugées solides et de « bonnes » pratiques sous le coude : « *les médecins je me suis dit qu'ils en connaissent autant que moi et qu'ils peuvent se former tout seul* » confie l'un des médecins du travail rencontré⁴⁵. On peut supposer qu'une telle attitude soit aussi liée à la hiérarchie des disciplines médicales. La partie de l'enquête réalisée auprès des professionnels de santé révèle que ceux-ci considèrent très mal la médecine du

⁴⁵ En réalité, les médecins rencontrés, tout comme les infirmières, disent connaître peu de choses aux risques professionnels. La quantité et la qualité des informations relatives s'apparentent ni plus ni moins à celles des aides-soignantes si l'on établit la comparaison dans la hiérarchie hospitalière.

travail, et donc on peut penser que cette dernière se sente peu légitime pour intervenir auprès de collègues qui les disqualifient.

Au-delà des différences selon le niveau de formation, le « process » de recherche rentre aussi en ligne de compte notamment dans les métiers hautement qualifiés. Les manipulations expérimentales des chercheuses contiennent une part de risque souvent impossible à mesurer puisque les mélanges et les tests impliquent la création de produits, sous-produits et mélanges dont les caractéristiques sont souvent inconnues. Cet élément est d'ailleurs au cœur même du principe de la recherche. Et la plupart du temps, les femmes chercheuses acceptent de prendre des risques mal mesurés, comme l'aventurier qui découvre des terres inconnues sans savoir ce qui l'y attend. Dans ce choix, un certain éthos de l'héroïsme scientifique est de mise (Fellinger, 2010). L'objectif de recherche poursuivi est d'ailleurs souvent présenté comme « leur bébé », ce qui implique une marge de négociation non négligeable avec les recommandations qui leur sont faites (si toutefois elles existent).

Des différences selon la génération, la formation, le statut professionnel et parental

Certes, on l'a dit, au moment de la grossesse, les femmes interviewées déclarent faire preuve de plus d'attention lors des manipulations⁴⁶. Malgré tout, et quels qu'en soient les ressorts, une certaine inconscience ou minimisation des risques est palpable. Ce constat mériterait néanmoins d'être nuancé en fonction du niveau d'instruction, des catégories d'âge et de générations ainsi que de certains postes ou métiers. Sur ce dernier point, les métiers relationnels ou en contact avec le public (infirmières, femmes de ménage) forment une catégorie à part qu'il convient d'analyser comme telle. Lorsque la relation humaine est en jeu, la satisfaction du client ou du patient semble primer sur la nécessité de se protéger. Des témoignages de salariées qui travaillent dans ces secteurs d'activité expriment cette difficulté : ne pas faire peur au client/patient, c'est se dévouer pour son bien-être, quitte à oublier le sien (infirmières). Dans ces métiers relationnels, l'oubli de soi se présente parfois comme une condition pour satisfaire sa vocation, c'est-à-dire être au service de son prochain. Tout consiste à dire que les mécanismes de protection de la clientèle/patientèle rentrent en concurrence avec cette vocation et tendent à accroître la possibilité de l'existence d'écarts par rapport aux règles de protection.

L'importance de la carrière, la passion pour son métier ainsi que le travail sur projet ont été ouvertement mentionnés par certaines des femmes rencontrées pour justifier la poursuite de leurs tâches professionnelles en dépit des risques qu'elles ne peuvent ignorer. Sur ce dernier point, soulignons qu'une partie de la population féminine qui a participé à cette enquête a déclaré se heurter à l'organisation même de certains postes professionnels, par exemple, le travail sur projet dans la recherche. Les femmes ne veulent pas, et souvent ne peuvent pas, arrêter un projet en cours parce qu'elles sont enceintes⁴⁷. La volonté de mener leur projet à bien (pour ne pas être exclues ou encore par pur déontologie professionnelle) peut les amener à trouver des astuces acrobatiques : travailler à distance, dans la salle d'à côté avec leur ordinateur, chez-elles, etc. (avec toutes les limites que nous avons déjà soulevées en termes de protection). Mais même dans ces compromis, de nombreux écarts aux recommandations sont évoqués. A ce sujet, l'envie d'aller voir « en vrai » les résultats de leur expérimentation a souvent été décrite, alors qu'il paraît que de tels petits écarts peuvent être significatifs (pour la santé reproductive) s'ils sont répétés. Ajoutons que le travail sur projet est un modèle organisationnel répandu dans les métiers qualifiés. Par conséquent, il devient de plus en plus difficile pour une femme qui occupe un poste hautement qualifié dans la hiérarchie professionnelle (aussi précaire soit-il) d'abandonner ses collègues en cours de route, lorsque les échéances ont été décidées longtemps à l'avance (à l'exemple des doctorantes qui, partout, mais en science en particulier, sont enjointes à terminer leur thèse dans les trois ans impartis). Dans de telles configurations, l'étau du temps se resserre de plus en plus sur l'ensemble des salariés, les échéances non respectées sont de moins en moins acceptées et les projets s'accumulent sur un nombre restreint de travailleurs. Dès lors, il est très difficile pour une femme engagée dans un projet de s'éloigner de

⁴⁶ Aussi prudentes soient-elles, plusieurs limites s'opposent à l'efficacité des pratiques prudentielles. Cf. point précédent sur les risques reprotoxiques dans les entreprises.

⁴⁷ Ces aspects peuvent être mis en parallèle avec la difficulté, pour les enseignants-chercheurs, à bénéficier de leur congé maternité (même si des évolutions sont à noter ces dernières années), voir les travaux d'O. Bui-Xan.

ses activités professionnelles au nom du risque encouru pour son embryon/foetus. Par ailleurs, les femmes qui évoluent dans des univers professionnels hautement qualifiés sont victimes du plafond de verre (Marry, 2005). Leur carrière est conditionnée par le temps consacré à l'enfantement ; ce qui les oblige souvent à choisir entre réussite professionnelle et vie familiale. Comme elles ne parviennent pas à choisir entre les deux, elles s'arrangent pour que la grossesse n'affecte pas leur carrière. On peut se demander alors, si certaines d'entre elles ne multiplient pas les écarts aux recommandations de protection de la santé du foetus/embryon en effectuant, malgré tout, des manipulations interdites ou déconseillées. Sur ce point, précisons que le fait de voir ses collègues en « bonne » santé après plusieurs années (voire une carrière) passées à travailler dans des conditions d'exposition aux risques reprotoxiques, semble faire oublier le danger que courent ces femmes au quotidien ; au même titre que sa factualité est souvent reliée à la connaissance de cas précis dans son entourage professionnel. Argument au demeurant à relativiser car on l'a dit, la connaissance de cas de fausses couches, qui repose d'ailleurs le plus souvent sur des bruits de couloirs, ne suffit pas toujours à s'interroger sur le lien éventuel avec son travail.

Si certaines de celles occupant des postes hautement qualifiés prennent des risques en conscience au nom de leur carrière, d'autres et à l'autre extrémité de l'échelle professionnelle en prennent, parfois tout autant consciemment, au nom de l'emploi et du maintien en emploi. Pour les femmes en poste précaire, la santé se présente comme secondaire, y compris celle de l'enfant : « *je travaille enceinte jusqu'au bout parce que je n'ai pas le choix, les risques chimiques, les risques pour le bébé, on n'y pense même pas* » (jeune femme de ménage). Pléthore d'études a montré que précarité et santé ne font pas bon ménage. Les récits recueillis décrivent le dilemme entre protéger sa santé (ainsi que celle de son enfant à venir) et être reconduite dans son poste, voire être « bien vue ». De nombreuses femmes acceptent donc de travailler dans des environnements dangereux, sans annoncer leur grossesse ou le plus tard possible, et hésitent à demander des aménagements de leur poste.

Par ailleurs, certaines des femmes considérées dans le cadre de cette enquête ont avoué craindre un déclassement professionnel en dévoilant leur grossesse lors des trois premiers mois. Face à leur peur, elles préfèrent informer quelques collègues bien choisies. L'introduction de la tierce personne dans la sphère de l'intime leur permet de concilier leur grossesse et la continuité de leur travail sans divulguer leur « secret ». Se mettent alors en place des arrangements informels, voire clandestins. Cette stratégie revient comme un leitmotiv dans les entretiens. Les trois premiers mois, les femmes s'entraident : les unes effectuant les manipulations dangereuses pour l'autre, bien souvent en guise d'échange d'un service rendu par le passé ou à rendre dans un avenir proche. Ce constat appelle à deux remarques : ces demandes s'adressent plus rarement à des hommes, l'entre-soi dans la discrétion se met en place entre femmes. Cet échange de services ne reconnaît que l'horizon court d'une grossesse déjà en route comme si l'exposition aux risques reprotoxiques n'avait pas de conséquences à long terme.

Au-delà du statut socioprofessionnel de ces travailleuses, des écarts générationnels ont également été repérés. Si le *corpus* ne permet pas d'affirmer avec certitude des différences générationnelles, les données laissent entrevoir des écarts significatifs. Ainsi, la partie la plus jeune du public interviewé se dit plus sensible à ces questions des risques pour la santé au travail et affirme mieux se protéger que les anciens « récalcitrants ». Ce constat qui prend plutôt les contours d'une hypothèse à vérifier dans une plus large recherche comparative, pourrait s'expliquer par la sensibilisation de cette jeune génération dans le cadre de sa formation. Au-delà, ces nouvelles générations affichent un moindre engagement dans le métier, en refusant d'y sacrifier leur vie personnelle pour se dévouer totalement à leur travail, y compris au sein de professions dotées d'un certain prestige. A titre indicatif, les médecins enregistrent une montée du salariat corrélée avec la féminisation de ce secteur d'activité, et le refus, de plus en plus répandu, de faire des heures qui nuisent à leur vie privée, réaffirmant de la sorte la place des préoccupations personnelles. Par ailleurs, dans de nombreux récits, et dans l'imaginaire collectif, les anciens seraient davantage enclins au déni des risques et se présenteraient comme un public plus difficile à sensibiliser. En effet, il semblerait plus compliqué de modifier des habitudes de travail de plusieurs décennies, d'autant que les adeptes de telles pratiques paraissent toujours en « bonne » santé : « *En atelier, il y a des jeunes et des moins jeunes qui vont vous répondre ça fait 20 ans que je manipule comme ça, il ne m'est jamais rien arrivé.* » (responsable prévention des risques, PHARMA). Il est également mentionné que les plus âgés, en production, au sein du milieu ouvrier, pourraient avoir une influence négative sur les jeunes ; un constat qui ne semble pas se vérifier en laboratoire.

En outre, la familiarité et la proximité avec le risque incitent ces femmes à l'oublier, inscrivant les pratiques dans le registre de la banalisation. Cette routinisation parasite la vigilance au quotidien, fait reculer l'attention et augmente le danger. Ressasser les mêmes gestes tous les jours, c'est courir un risque bien connu par les chimistes dans les laboratoires : « *une habitude qui s'installe c'est encore plus dangereux, on fait les choses comme ça comme un robot puis hop.* » (salarié, PARFUM). La conscience du risque peut paradoxalement venir aussi de l'application des dispositifs de protection, avec l'idée que si on les développe, c'est bel et bien parce que les produits manipulés sont dangereux. C'est ainsi que certaines infirmières ont reconstruit la factualité du risque *a posteriori* au moment où se sont développées les unités de reconstitution centralisée des chimiothérapies : « *si de telles précautions existent c'est que c'était risqué et nous, on les a préparées sans rien du tout ou presque* » nous disent-elles. C'est donc à l'occasion d'une avancée en matière de prévention qu'elles s'interrogent sur les effets potentiels de leurs expositions passées. Leur discours est souvent très ambivalent : certaines (et c'est la position dominante) trouvent excessives les précautions qu'on leur demande de prendre pour poser ou déposer les chimiothérapies, enlever les draps des patients etc. et justifie ainsi pourquoi elles ne portent pas de gants, d'autant que par le passé les infirmières ont fabriqué pendant des années les chimiothérapies quasiment à mains nues. Dans ce cas, le discours ne manque pas d'être sarcastique, teinté de moqueries envers les techniciennes en pharmacie « *surprotégées* » ; parfois on palpe une certaine inquiétude empreinte d'un sentiment d'injustice car là où les unes (en pharmacie) ont une triple paire de gants en nitrile, travaillent en isolateurs, les autres (soignantes) n'ont même pas une paire de gants en nitrile ; parfois, mais c'est plus rare, elles se félicitent de telles améliorations.

Au-delà des aspects de routinisation, des différences selon le statut parental ont également été listées. Le fait de ne pas encore avoir eu d'enfant impliquerait une plus grande vigilance face au risque reprotoxique. Mécaniquement, cet élément coïnciderait avec les plus jeunes générations de travailleuses mais ce serait davantage le statut parental que l'âge chronologique en soi qui importerait.

3.3 Résultats scientifiques

De manière transversale, cette étude participe à la mise en visibilité d'un aspect souvent oublié : la santé reproductive et l'exposition aux risques toxiques pour la reproduction et surtout à dévoiler certains des mécanismes de cette occultation en même temps qu'à interroger ses effets en termes de prévention pour les salarié-e-s.

➤ *Construction sociale du déni et de l'oubli*

Cela avait déjà été dit au sujet des cancers professionnels qualifiés de « plaie sociale trop souvent oubliée » (Mangeot, 2007), mais le constat semble encore davantage justifié dans le cas de la santé reproductive et de l'exposition aux toxiques pour la reproduction en milieu de travail, qui, plus encore que les cancérogènes (Thébaud-Mony, 2008), sont niés. Paradoxalement, ces derniers, en occupant – relativement – le devant de la scène, participeraient indirectement à l'occultation des reprotoxiques. Cette recherche a ainsi permis de mettre en lumière les dynamiques de construction sociale du déni et de l'oubli qui reposent sur une série d'éléments qui se combinent, s'entrecroisent voire s'entretiennent mutuellement. Parmi ces éléments, trois peuvent être retenus.

En l'absence de publicisation de dangers liée à l'exposition à des reprotoxiques ou de scandales sanitaires, ces risques peinent à émerger comme problème de santé publique et/ou comme objet de préoccupation politique. Certes, ponctuellement les reprotoxiques auxquels sont exposés les salariés font l'objet de mobilisations scientifiques et/ou citoyennes, comme dans le cas des éthers de glycol⁴⁸ à la fin des années 1990 (Jouzel, 2012), des pesticides pour les travailleurs agricoles⁴⁹ ou encore du distilbène (Fillion, Torny, 2015) mais la portée des débats reste sans commune mesure avec ce qui s'est passé pour l'amiante⁵⁰ (Henry, 2007), et comme le souligne J-N. Jouzel, « l'intérêt qu'ils suscitent s'effrite très rapidement » (Jouzel, 2012 : 224).

⁴⁸ Quelques cas font « la une » comme celui de Roxane née dans les années 1990 dans la région de Pau, dont la mère a été exposée aux éthers de glycol au cours de son activité professionnelle.

⁴⁹ Voir à ce sujet, et sans exhaustivité, les travaux des ergotoxicologues comme B. Mohammed-Brahim, F. Daniellou, A. Garrigou ou des sociologues tels N. Jas ou C. Nicourt. Mentionnons également les travaux du Pr Sultan, endocrinologue au CHU de Montpellier, spécialiste des pesticides et des perturbateurs endocriniens.

⁵⁰ Car au sein des cancérogènes, c'est en fait l'amiante qui focalise l'attention.

Plus encore que pour les cancérigènes, les reprotoxiques constituent un objet dont on ne parle pas. Ils sont entourés de secret. Leurs effets, sur la santé reproductive et sur plusieurs générations, les superstitions qui entourent l'enfantement, l'intimité à laquelle renvoie la procréation, domaine privé s'il en est, entouré de performativité (sexuelle) sont sans conteste propices au silence.

Cette propension au déni et à l'oubli se manifeste également au sein de la communauté scientifique, peu disert sur ces questions. Les données (épidémiologiques et toxicologiques) sont peu nombreuses et très dispersées. Il est par exemple très difficile d'avoir une idée précise du nombre de travailleurs exposés, à quelles substances, de leur profil sociodémographique. Dans l'enquête Sumer de 2010 réalisée par la DARES⁵¹, les chiffres sur les reprotoxiques n'ont pas été publiés⁵²... L'INRS mène peu de travaux spécifiques sur les reprotoxiques⁵³ comparativement aux cancérigènes⁵⁴ et les connaissances toxicologiques sont très parcellaires : « *la grande majorité des produits ne sont pas testés, au moins 90 % des substances. Comme ils ne sont pas testés, ils ne sont pas classés* » (médecin, toxicologue, INRS). Tests qui par ailleurs, sur un plan strictement méthodologique, sont conçus pour des risques à effet immédiats et ne sont pas pertinents pour les risques à effets différés⁵⁵, pour les effets cocktails, ou agissant à faible dose, y compris sur plusieurs générations. Autrement dit, le paradigme toxicologique (modèle effet-dose) est inadapté pour les reprotoxiques (et les perturbateurs endocriniens plus largement). Sur un plan épidémiologique, peu de données relatives à la périnatalité sont disponibles, encore moins celles les mettant en parallèle avec l'activité professionnelle ou les conditions de travail des parents⁵⁶ : ainsi il n'y a pas de système d'alerte évaluant le nombre de fausses couches ; il n'y a pas non plus de registres nationaux des malformations mais uniquement sept registres régionaux, mis en place suite à l'affaire du thalidomide ; seule semble se distinguer la fertilité (des hommes principalement) davantage étudiée. De plus, considérant la manière dont s'établit le lien entre santé et travail en France, un frein non négligeable persiste. En effet, celui-ci tient pour partie au système médico-légal de reconnaissance des maladies professionnelles. Système, pour dire les choses rapidement, qui conduit à adosser la factualité des risques au nombre de cas connus et reconnus, bref à la sinistralité. *A contrario*, pas de cas, pas de risque ; pas de risque, pas d'action, ce qui en soi justifie une certaine inertie⁵⁷. Or, il n'existe pas de tableaux sur les maladies professionnelles liées à la reproduction⁵⁸, donc pas/peu de maladies professionnelles reconnues. Et même si cela existait, il resterait très difficile d'établir un lien de causalité directe entre une maladie (un cancer ou problème de la reproduction) et une exposition professionnelle car ils ne répondent pas « au modèle biologique classique une cause = un effet » (Thébaud-Mony, 2012), c'est pourtant ainsi que fonctionne les tableaux.

La méconnaissance scientifique, le silence social particulièrement palpable en santé reproductive, ou encore le manque de mobilisation dont ils sont l'objet, sont quelques-uns des éléments contribuant à l'ignorance autour des risques pour la reproduction. A cela s'ajoute l'invisibilité des femmes au travail (Teiger, 2013) en même temps que l'assimilation de la santé reproductive aux femmes. En effet, les femmes étant peu prises en compte, par réciprocité, on aurait tendance à oublier ou à se

⁵¹ Laquelle reconnaît volontiers « délaissé » les reprotoxiques et les mutagènes comparativement aux cancérigènes.

⁵² Dans celle de 2003, 1,4 % des hommes et 0,5 % des femmes sont exposés aux reprotoxiques. Les secteurs les plus touchés sont ceux de la production (2,5 %), de la maintenance (2,5 %) et de la recherche (1,8 %). On peut toutefois supposer que ces chiffres ne reflètent qu'une infime partie de la réalité compte tenu du nombre de substances prises en compte. Dans l'enquête Sumer 2003, seuls le plomb et ses dérivés (phrase de risque R1), le diméthylformamide (R2) et le Cadmium et ses dérivés (R2 et R3) ont été inclus. Celle de 2010 inclut 5 produits reprotoxiques (diméthylformamide, cadmium et dérivés, plomb et dérivés) sur environ 150 reconnus par l'Union Européenne.

⁵³ L'INRS est à l'origine de la base de données DEMETER créée en 2006 qui a vocation à recenser les produits reprotoxiques. Elle en comptabilise à ce jour aux alentours de 300 tout en reconnaissant que ce chiffre est probablement très en-deçà de la réalité.

⁵⁴ Quelques travaux sont en cours à l'INRS. Voir le site Internet de l'INRS, dossier Reproduction.

⁵⁵ A ce sujet, voir par exemple les travaux de S. Boudia.

⁵⁶ La seule étude que nous ayons identifiée est l'étude PELAGIE (pour Perturbateurs endocriniens : étude longitudinale sur les anomalies de la grossesse, de l'infertilité et de l'enfant) menée en Bretagne auprès de plus de 3000 femmes enceintes et travaillant, sous la direction de F. Pelé.

⁵⁷ Sans oublier que d'autres facteurs que le travail sont plus volontiers et spontanément avancés : les comportements individuels dits à risque, le hasard, la malchance, la nature, les facteurs génétiques...

⁵⁸ Les recours en CRRMP, dans le cadre du système complémentaire mis en place depuis 1993, sont certes possibles, mais, dans les faits, peu nombreux voire anecdotiques et d'autant plus difficiles qu'assez peu de substances reprotoxiques sont identifiées. Sur les quatre régions étudiées, deux cas ont été portés en CRRMP et un seul reconnu (exposition au plomb). Nous ne sommes pas parvenus à obtenir ces données au niveau national, même en mobilisant des personnes ressources des Carsat, ce qui en dit long sur la difficulté à identifier ces problématiques...

désintéresser de ce risque dont elles semblent avoir l'exclusivité. Lever le voile implique d'inclure cette approche genrée.

➤ *Le caractère heuristique d'une approche genrée des risques professionnels*

La femme au travail est largement impensée et comme le dit C. Teiger, la « tendance à la mise au neutre masculin » domine (Teiger, 2013). Même si, comme l'auteure le rappelle, elles font depuis longtemps l'objet de recherches à l'exemple des tailleuses de vigne au début du 20^{ème} siècle, des standardistes dans les années 1930, des ouvrières des industries de production dans les années 1960, etc., la dimension « genre » peine à s'imposer comme angle d'analyse (*Ibid.*). Travail au demeurant souvent considéré comme « léger », « minutieux » sous-entendu sans danger à l'inverse du travail des hommes (Guignon, 2008). Par ailleurs, et compte tenu de la division sexuelle des emplois et des tâches qu'elles ont à réaliser, le travail des femmes est souvent perçu comme le prolongement de l'activité domestique⁵⁹ nécessitant la mobilisation de qualités naturelles, ce qui nuit à la reconnaissance du travail et de ses contraintes.

Néanmoins, depuis quelques années, l'attention à la dimension genrée au travail se développe⁶⁰, en témoigne le récent séminaire (2012-2013) dirigé par R. Bercot sur les questions de genre et santé⁶¹ ou encore le colloque organisé par l'institut Emilie du Chatelet en juin 2015. Cette étude appelle à poursuivre dans cette direction en raison du caractère heuristique d'une telle approche pour la compréhension des représentations et pratiques face aux risques professionnels et à leur prévention. Ainsi, une approche qui prône l'intersectionnalité s'impose (Crenshaw, 1994). Dans cette perspective, la recherche a en effet permis de rendre compte des effets du croisement des catégories et des normes de genre, de statut social et économique, d'âge et de génération, tant au niveau des logiques de catégorisation et d'assignation politiques et institutionnelles qu'au niveau des expériences individuelles vécues en matière de santé reproductive.

Une telle approche permet de développer une analyse diversifiée des manières dont la question des femmes travailleuses enceintes, allaitantes et/ou ayant un projet d'enfant - dans leur pluralité - est problématisée en tant que catégorie, « problème » public ou cible d'action publique et en tant que catégorie d'intervention socio-sanitaire en milieu professionnel à risque. L'émergence récente de ce public-cible révèle, en effet, une façon spécifiquement française de construire ou de réguler les tensions entre « cause des femmes » (« cause des minorités ») et grossesse au prisme de modèles d'insertion/carrière professionnelle. A l'heure de la promotion d'un gender-mainstreaming, l'analyse des dispositifs considérés ici a l'intérêt de donner à voir les enjeux que posent l'institutionnalisation du « genre » médiatisé par l'expérience de grossesse dans divers milieux professionnels, et ses différentes déclinaisons selon les cibles : femmes-travailleuses-enceintes, femmes-travailleuses-mères, ou encore femmes-travailleuses-ayant un projet d'enfant. Cette même catégorie publique (travailleuses-enceintes) apparaît comme un véritable révélateur des modes de régulation sociale des questions liées aux minorités de genre, et comme un objet de cristallisation d'un triple registre de problématisation et des tensions qui en découlent entre questions professionnelle, sanitaire et questions de genre (Dorlin, 2009 ; Delphy, 2006 ; Hamel, 2005 ; Guénif, 2005 ; Condon/Hamel, 2007 ; Mucchielli, 2005 ; Fassin, 2006, 2009).

L'analyse montre la centralité des normes traditionnelles de genre dans la prescription des rôles « modernes » de ce public des femmes (professionnelles en situation de procréer). Les données témoignent d'un ciblage sur les femmes enceintes qui laisse dans l'ombre les hommes qui travaillent dans des milieux professionnels à risques. Centrée sur la consubstantialité des rapports sociaux, le rapport permet de comprendre notamment la réactualisation de modèles de masculinités hégémoniques avec la production de masculinités complices, subordonnées et marginalisées et, en creux, l'injonction au virilisme qui pèse sur les hommes (voire les femmes) en activité, interrogeant de la sorte la production de soupapes sexistes. Ainsi la démocratie sexuée, réalité en mouvement et idéal instrumentalisé, apparaît à travers l'analyse des représentations comme une sphère discursive et symbolique où s'articulent d'autres catégorisations, recoupant aussi des questions de classes, de générations, de « races », d'âge. Par ailleurs, l'analyse rend compte du transfert d'une mobilisation

⁵⁹ Le travail des infirmières est souvent cité à titre d'exemple, profession féminine au demeurant bien étudiée. Voir par exemple P. Bouffartigues, J.-R. Pendariès & Bouteiller J. ; C. Horrelo-Lafarge ; D. Kergoat, etc.

⁶⁰ Le lecteur peut se référer, sans exhaustivité, aux travaux des auteures suivants : S. de Caroly, D. Kergoat, K ; Messing, P. Molinié, C. Teiger. Voir bibliographie pour davantage de précisions.

⁶¹ Séminaire qui a donné suite à une publication, du même titre, aux éditions EHESP en 2015.

collective locale et d'une reprise institutionnelle à un niveau individuel de la gestion du risque qui implique la responsabilisation (voire la culpabilisation) des publics des femmes ainsi visés, puisque la grossesse ne serait pas forcément compatible avec une carrière ambitieuse et revendiquée comme telle.

➤ *L'illusion de la protection : un cas exemplaire du « modèle par écrans »*

La prévention des risques pour la reproduction en milieu de travail, quand elle existe, se décline autour de la grossesse et des cancérogènes pour l'essentiel, et non par une action sur les reprotoxiques en tant que tels. Ceux-ci (grossesse et cancérogènes) fonctionnent comme « des écrans » (Mohammed-Brahim, Garrigou, 2009) laissant supposer que la prévention est efficace. Or, à regarder l'activité réelle de travail, une telle approche est pour partie inopérante car, en plus de procéder d'une logique de discrimination sexuée, sont exclues les autres étapes de la santé reproductive que la grossesse qui, au demeurant, n'est pas forcément bien protégée (premières semaines, pollutions indirectes, femmes qui poursuivent l'activité par choix ou contraintes, etc.), et toute une partie des travailleurs (hommes). En écartant les femmes enceintes de leur poste de travail ou en agissant sur les CMR sans distinction des C, M, R, - constitués comme barrières aux dangers identifiés - on pense agir sur le risque mais en réalité on « se prive de marge de manœuvre mobilisable pour une démarche intégrée de prévention du risque chimique » (*Ibid.* : 52), ici par une démarche globale de prévention sur les toxiques pour la reproduction.

3.4 Tableau de suivi de réalisation des tâches et d'utilisation des ressources⁶²

3.5 Liste du personnel financé par ou ayant contribué au projet

LEGRAND Emilie
Université du Havre, UMR IDEES
Responsable scientifique du projet
Maitresse de conférences
70 % du temps de recherche

FELIU François
Université de Rouen, Dysola
Ingénieur d'études
20 % du temps de travail

GRANAUX Sonia
Université du Havre, UMR IDEES
Ingénieure de recherche, contractuelle sur le projet
Le financement de ce projet a permis de rémunérer Sonia Granaux pendant 10 mois à 70 % et 6 mois à 100 %

JACQUES Béatrice
Université de Bordeaux, Centre Emile Durkheim
Maitresse de conférences
5 % du temps de recherche

MEIDANI Anastasia
Université de Toulouse, LISST-CNRS
Maitresse de conférences
20 % du temps de recherche

MIAS Arnaud
Université Paris-Dauphine, IRISSO-CNRS
Professeur des universités
10% du temps de recherche

⁶² L'enquête qualitative telle qu'elle a été menée ne nous permet pas de compléter le tableau proposé. Toutefois, l'ensemble des travaux prévus initialement a été réalisé. Nous renvoyons l'évaluateur au point relatif à la description des résultats et nous nous tenons à la disposition de l'ANSES et des évaluateurs pour tout complément d'information sur ce point.

RENOUX Jean-Louis
Docteur en sociologie, chercheur associé IRISSO-CNRS
Jean-Louis Renoux a réalisé des vacances (155 heures) sur le site Ile-de-France

Deux étudiantes ont également participé au projet :

Mallory Debize
Etudiante en master 1 à l'université Victor Segalen de Bordeaux
Elle a réalisé un mémoire de master 1 sur la prévention des risques professionnels dans un centre de lutte contre le cancer sous la direction de Béatrice Jacques
Elle a également réalisé des vacances pour le projet (retranscription d'entretiens) grâce au budget disponible

Eléonore Rodriguez
Etudiante en master 1 à l'université Victor Segalen de Bordeaux
Elle a réalisé un mémoire de master 1 sur les connaissances et représentations des risques reprotoxiques chez les professionnels de la naissance (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes et pédiatres) et sur leur rôle dans la prévention et la détection de ces risques auprès des femmes.

4. DISSEMINATION DES RESULTATS ET TRANSFERT DE CONNAISSANCES

➤ Liste des publications scientifiques

Legrand E. (2014), « De la lumière à l'ombre. Les pouvoirs publics régionaux face aux risques cancérigènes et reprotoxiques », *Etudes Normandes*, n°1, Rouen, PURH.

Legrand E., Meidani A., « Un risque pour les femmes, un risque invisible. Le cas des toxiques pour la reproduction en milieu de travail » (titre provisoire), Chapitre d'ouvrage collectif en cours de préparation « Parcours de santé, parcours de genre » aux éditions EHESP.

Un article de synthèse de l'étude sera publié dans le numéro de janvier 2016 de la rubrique Savoirs de la revue Santé & Travail, sur sollicitation du rédacteur en chef François Desriaux.

La Dares, par l'intermédiaire de Sarah Memmi qui coordonne l'enquête Sumer, fait référence à cette enquête REPRO dans le cadre d'un document en cours de finalisation sur l'exposition aux CMR en milieu professionnel : Memmi S., Cavet M. et Léonard M., *Les expositions aux produits chimiques cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) dans l'enquête Sumer 2010 : une attention portée sur huit produits chimiques*, DARES Analyses 2015 (à paraître).

Des contacts ont été pris avec Gilbert de Terssac, qui co-dirige la collection Travail & activité humaine aux éditions Octares, dans la perspective de la publication d'un ouvrage.

Nous envisageons d'organiser un colloque en 2016 (et sous réserve que nous obtenions les financements nécessaires) pour présenter nos résultats sur le thème de la santé reproductive en milieu professionnel et la prévention des risques chimiques. Les acteurs institutionnels y auront toute leur place, y compris en qualité de partenaires de l'organisation du colloque (les institutions participant au projet dans le cadre du comité de pilotage (INRS, ETUI, Direccte, Carsat, ARS...) seront contactées en ce sens). D'autres chercheurs dont les travaux font écho aux nôtres seront invités à présenter leurs travaux.

➤ Participation à des manifestations scientifiques : posters et présentations

Granaux S., Legrand E., Meidani A. (2014), « Et si leur complexité les invisibilisait ? Perception et prévention des risques reprotoxiques », 6^{ème} congrès santé dans le monde du travail, Lausanne, 20 juin.

Granaux S., Legrand E. (2014), « Femmes, travail et risques reprotoxiques : quelles perceptions ? Quelle prévention ? », Poster dans le cadre de la journée de restitution du programme national de recherche environnement santé travail, ANSES, Paris, novembre.

Granaux S. (2015), « Retour sur le terrain des risques chimiques : les risques reprotoxiques pour les salariés, évolution de la place et du rôle des CHSCT dans l'organisation de la prévention des risques professionnels », Journée d'étude « Syndicalisme et santé » organisée par le centre Pierre Naville, Paris, 6-7 mai.

Granaux S., Legrand E., Meidani A., Jacques B. (2015), « Les femmes face aux risques chimiques reprotoxiques dans l'univers professionnel : une question de genre ? », Colloque de l'Institut Emile Parent du châtelet en partenariat avec l'INSERM, Paris, 8-9 juin.

Granaux S. (2015), « Prévenir le risque d'exposition des femmes à des produits chimiques pour la reproduction en milieu de travail : quels apports de la sociologie ? », 5^{ème} journée du pôle santé et société, Inauguration de l'Institut santé-travail Paris-Est, « Santé et travail en France : enjeux sociaux et médicaux », Paris, 10 juin.

Legrand E. (2015), « Des risques par nature invisibles ? Femmes et risques toxiques pour la reproduction en milieu de travail », Congrès de l'Association Française de Sociologie, RT 38, Saint-Quentin-en Yvelines, 1^{er} juillet.

Legrand E., Meidani A. (2015), « Femmes et santé reproductive : les risques reprotoxiques dans l'univers professionnel », Congrès de l'Association Française de Sociologie, RT 19, Saint-Quentin-en Yvelines, 30 juin.

5. RETOMBÉES ET PERSPECTIVES

L'étude a permis la mise en exergue des dynamiques de construction sociale de l'invisibilité des risques toxiques pour la reproduction et l'importance de développer des recherches pluridisciplinaires sur ces aspects avant que n'éclate un scandale sanitaire. Certains se précipiteraient pour nous taxer d'alarmistes compte tenu des liens supposés sporadiques entre santé reproductive et travail (voire environnement) mais en prenant au sérieux les témoignages de ces femmes et les problèmes de santé reproductive auxquels elles se sont confrontées, et considérant l'histoire comme les travaux les plus récents sur ces questions, ceux-ci semblent bien réels. Toujours est-il qu'en l'absence d'études d'horizons divers, quiconque ne pourra infirmer ou confirmer un tel lien. A. Thébaud-Mony a encore récemment rappelé la difficulté de la tâche, les embûches à traverser pour faire émerger ces problèmes de santé publique sur le devant de la scène (2014), compte tenu des lobbys industriels qui pèsent sur la science.

Ainsi, à l'issue de cette recherche, nous proposons de réfléchir à un dispositif associant reconnaissance de maladies professionnelles et prévention des risques, qui, même en n'étant pas exhaustif puisque tous les produits ne sont pas connus, permettrait d'avancer sur cette question, d'infirmer ou de confirmer l'existence d'un danger pour la santé reproductive des hommes et des femmes dans le travail et d'agir sur les expositions.

Parallèlement, les investigations de l'étude montrent que les mesures métrologiques sont peu usitées tout comme les mesures biométrologiques, mis à part pour quelques produits. Il conviendrait pourtant de réfléchir à la façon d'inciter les entreprises à mesurer les polluants autour des postes de travail, dans les bureaux, les couloirs des bâtiments, sur les équipements de travail, les poignées de portes, etc. et leur faciliter la tâche en mettant des outils et techniques à leur disposition. En effet, des pollutions pourraient bien être présentes malgré les recommandations de « bonnes » pratiques car les salariés, tout comme les différents acteurs des entreprises, n'ont pas toujours conscience que même lorsque le risque semble confiné (sorbonnes, isolateurs, cabines), il persiste au-delà de ce que l'on imagine. Le cas des salariés de l'amiante ramenant des polluants chez eux et portant atteintes à la santé de leur famille est illustratif ; les polluants se déplacent sous toutes formes de support et sur des distances qui peuvent paraître étonnantes.

Sans attendre les preuves tangibles, autrement dit statistiquement significatives, d'atteintes à la santé reproductive attestées par ce type de dispositifs et de mesurages, les données de la présente étude appellent à la mise en place d'une nouvelle campagne de sensibilisation pour les femmes et les

hommes en âge de procréer. Elle devra prioritairement porter sur les expositions pendant les trois premiers mois de grossesse, période la plus à risque pour le futur enfant et qui, dans le même temps, offre le moins de prises pour l'action. Une telle campagne se doit de prendre en compte les mécanismes genrés et statutaires. Il paraît également impératif que les règlements et recommandations visant à singulariser ces risques dans les formations et l'action des services de santé au travail soient plus systématiquement mis en œuvre (partie du DUE réservée aux reprotoxiques, recherche de postes provisoires en amont pour les salariés souhaitant se retirer de leur poste le temps de la grossesse, pendant la période de conception ou au moment de l'allaitement, information sur les risques pour la fertilité et la grossesse à l'embauche mais aussi régulièrement par le médecin du travail et/ou d'autres agents).

Concrètement, l'équipe de cette recherche souhaiterait poursuivre cette première étude sur les risques reprotoxiques en :

- associant les chercheurs de l'équipe et les acteurs institutionnels (notamment ceux du comité de pilotage voire d'autres contactés à l'occasion de l'enquête empirique) autour de la création d'un document à diffuser au niveau national, pour sensibiliser hommes comme femmes. Ceci pourrait à la fois favoriser l'égalité des sexes au travail et la réduction du risque à la source.

- mettant en place un réseau de recherche sur le modèle du Giscop. Un dispositif, regroupant des acteurs de la santé des entreprises, de la recherche, des institutions (inspection du travail, médecine du travail, ingénieur carsat), des élus CHSCT... dont le but serait, à la fois, de favoriser la reconnaissance de cas d'atteintes à la santé reproductive hors tableaux et la prévention de ces risques, puisqu'à travers la reconnaissance et la connaissance de cas, il est plus aisé d'identifier les situations et les entreprises à risque, de déployer des actions de prévention ciblées, et de créer des matrices emploi-exposition.

- mettant en œuvre un questionnaire à destination des gynécologues et des pédiatres afin de repérer des cas de femmes qui ont des soucis de santé reproductive et des enfants dont les pathologies pourraient être éventuellement liées à une exposition de la mère dans son travail et qui aurait pu être exposée à des risques chimiques reprotoxiques. Ces cas pourraient être ensuite soumis à un collège d'experts (médecins de la reproduction, pédiatres, épidémiologistes, sociologues).

- en réalisant une nouvelle étude qui pourrait permettre de dégager des pistes dans chaque région, favoriser la pluridisciplinarité autour de ce problème, faire émerger des secteurs et entreprises particuliers, et réévaluer le risque, renforçant de la sorte notre connaissance des entreprises et secteurs où sont présents ces produits.

Une première initiative issue de ce projet est en cours en région Midi-Pyrénées à travers un CHU préoccupé, suite à notre rencontre, par les nombreux produits chimiques qui n'ont jamais fait l'objet d'une attention particulière dans leur établissement. Ce Giscop-CHU de Toulouse, partirait de l'étude de cas de cancers professionnels de l'établissement pour s'élargir aux substances reprotoxiques et aux pathologies associées. Il associera des oncologues, médecins de la santé reproductive, pédiatres du CHU et les médecins du travail volontaires. Un financement de l'ARS Midi-Pyrénées pourrait être sollicité dans ce cadre ou bien un financement de l'ANSES. Une pré-étude de faisabilité de ce dispositif au CHU de Toulouse devrait être réalisée à l'automne.

Bibliographie

Bercot R. (2011), « La santé des femmes au travail en France », *REMEST*, vol. 6, n°2, p. 26-49

Bevort A., Jobert A., Lallement M., Mias A. (2012), *Dictionnaire du travail*, Paris, PUF.

Boudia S. (2009), « Les problèmes de santé publique de longue durée », in C. Gilbert & E. Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, p. 37-53.

Bouffartigues P., Pendariès J-R. & Bouteiller J. (2010), « La perception des liens travail/santé. Le rôle des normes de genre et de profession », *Revue française de sociologie*, vol. 51, n°2, p. 247-280.

Bui-Xuan O. (2011), « Le congé de maternité des enseignantes-chercheuses », *Droit et société*, n°77, 1, p. 109-136

Caroly (de) S. (2013), « Le genre des troubles musculo-squelettiques. Interventions ergonomiques en France et au Canada », *Travail, genre et sociétés*, 1, n°29.

Condon S., Hamel C. (2007), « Contrôle social et violences subies parmi les descendantes d'immigrés maghrébins », in M. Jaspard et N. Chetcuti, *Violences envers les femmes. Trois pas en avant, trois pas en arrière*, L'Harmattan, p. 201-222

Crenshaw K. W. (1994), "Mapping the Margins of Intersectionality, Identity Politics and Violence Against Women of Color", In M. Albertson Fineman & R. Mykitiuk (Eds.), *The Public Nature of Private Violence: The Discovery of Domestic Abuse*, New York:Routledge, p. 93-118.

Delphy C. (2006), « Antisexisme ou antiracisme : un faux dilemme », *Nouvelles Questions féministes*, 25/1, p. 59–84.

Dorlin E. (2009), *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, Paris, PUF.

Fassin E. (2006), « Questions sexuelles, questions raciales. Parallèles, tensions et articulations », in D. Fassin et E. Fassin, *De la question sociale à la question raciale ? Représenter la société française*, Paris, La Découverte, p. 230-248.

Fassin E. (2009), « Le sexe de l'immigration », in Association Cette France-là, *Cette France-là*, Volume 1, Paris, La Découverte, p.108-117.

Fellinger A. (2010), « Femmes, risque et radioactivité en France. Les scientifiques et le danger professionnel », *Travail, genre et sociétés*, n°23, 1, p. 147-165.

Fillion E., Torny D. (2015), « Des malades rendus visibles par le droit ? L'expérience judiciaire individuelle et collective des victimes du Distilbène », in A. Meidani, E. Legrand & B. Jacques, *La santé : du public à l'intime*, Rennes, EHESP, p. 19-36.

Garrigou A., Baldi I., Dubuc P. (2008), « Apports de l'ergotoxicologie à l'évaluation de l'efficacité réelle des EPI : de l'analyse de la contamination au processus collectif d'alerte », *Pistes*, vol. 10, n°1.

Ghasarian C. (1999) « La vanne et la pression », *Ethnologie française*, 29, p. 599-605.

Gollac M. & Volkoff S. (2002), « La mise au travail des stéréotypes de genre. Les conditions de travail des ouvrières », *Travail, Genre et Sociétés*, n°8, p. 25-53.

Gollac M. & Volkoff S. (2006), *La perception subjective du travail : rôle des identités de genre et des conditions d'emploi (quelques éléments d'analyse statistique)*, n° 69, octobre, CEE.

Guénif-Soulamas N. (2005), entretien avec Christelle Taraud (ed.), *Les féminismes en questions, éléments pour une cartographie*, Paris, Amsterdam ed.

Guignon N. (2008), *Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ?*, Dares.

Hamel C. (2005), « De la racialisation du sexisme au sexisme identitaire », *Migrations et Sociétés*, vol.17, n° 99-100.

Henry E. (2007), *Amiante : un scandale improbable*, Rennes, PUR.

Horrelou-Lafarge C. (2011), La santé des infirmières, *REMEST*, n°2, vol. 6.

INRS (2012), *Travail des femmes et risques professionnels*.

INRS (2005), *Salariées enceintes exposées à des substances toxiques pour le développement foetal. Surveillance médicale*, DMT.

INRS (2011), *Cadre réglementaire du travail des femmes enceintes*.

Jas N. (2007) « Public Health and pesticide regulation in France before and after Silent Spring », *History and technology*, vol. 23, n° 4, p. 369-388.

- Jouzel J-N. (2012), *Des toxiques invisibles. Sociologie d'une affaire sanitaire oubliée*, Paris, EHESS.
- Jouzel J-N., Dedieu F. (2013), « Rendre visible et laisser dans l'ombre. Savoir et ignorance dans les politiques de santé au travail », *Revue française de science politique*, vol. 63, n°1, p. 29-49.
- Kergoat D. (1992), « Les absentes de l'histoire, dans ouvriers-ouvrières. Un continent morcelé et silencieux », *Autrement*, n°126, p. 73-83.
- Kergoat D. (1992b) « Ouvrières et infirmières, deux rapports à la qualification », in D. Kergoat, F. Imbert, H. Le Doaré, D. Sénotier, *Les infirmières et leur coordination 1988- 1989*, éd. Lamarre.
- Kergoat D. (1982), *Les ouvrières*, Paris, ed. du Sycomore.
- Kergoat D. (2005), « Rapports sociaux et division du travail entre les sexes », in M. Maruani (dir.), *Femmes, genres et sociétés. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, p. 94-101.
- Kergoat D. (2012), *Se battre, disent-elles*, Paris, La dispute.
- Lafon D. (ss dir.) (2010), *Grossesse et travail. Quels sont les risques pour l'enfant à naître ?*, Paris, INRS.
- Legrand E., Mias A. (2013), « Zones d'ombre dans la prévention des risques cancérigènes », *Sociologies Pratiques*, n°26.
- Malenfant R., De Koninck M., Côté N. (2004), *Grossesse et travail. La construction sociale du risque*, Rapport de recherche, RIPOST, Québec, Université de Laval.
- Malenfant R., Gravel A-R., Laplante N., Plante R. (2011), « Grossesse et travail : au-delà des facteurs de risques pour la santé », *REMEST*, vol. 6, n°1.
- Malenfant R. (1986), *Travail et grossesse. Peut-on laisser la maternité en dehors de l'entreprise ?*, Montréal, Editions Liber.
- Marichalar P. (2014), *Médecin du travail, médecin du patron ?*, Paris, Presses de SciencesPo.
- Mengeot M-A. (2007), *Les cancers professionnels : une plaie sociale trop souvent oubliée*, Bruxelles, ETUI-REHS.
- Mengeot A., Vogel L. (2008), *Produire et reproduire. Quand le travail menace les générations futures*, Bruxelles, ETUI.
- Marry C., Jonas I. (2005), « Chercheuses entre deux passions. L'exemple des biologistes », *Travail, genre et sociétés*, 2, n° 14, p. 69-88.
- Mias A., Legrand E., Carricaburu D., Féliu F., Jamet L. (2013), *Le travail de prévention. Les relations professionnelles face aux risques cancérigènes*, Toulouse, Octarès.
- Mias A. (2015), « La lisibilité de la politique du travail au prix de l'autonomie des inspecteurs du travail », *Nouvelle Revue du Travail*, n° 7, à paraître.
- Messing K. (1999), *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*, Bruxelles, BTS.
- Messing K. (2000), *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle ?*, Québec, Les éditions du remue-ménage.
- Messing K. (2009), « Santé des femmes au travail et égalité professionnelle : des objectifs conciliables ? », *Travailler*, 2, n°22, p.43-58.
- Messing K., Neis B. & Dumais L., (dir.) (1995), *Invisible : la santé des travailleuses*, Charlottetown, PEI Gynergy Books.

Messing K., Lippel K. (2013), « L'invisible qui fait mal. Un partenariat pour le droit à la santé des travailleuses », *Travail, genre et sociétés*, 1 - n° 29, p. 31 à 48.

Mohammed-Brahim B., Garrigou A. (2009), « Une approche critique du modèle dominant de prévention du risque chimique. L'apport de l'ergotoxicologie », *Activités*, n°1, p. 49-67.

Mohammed-Brahim B. (2009), « Travailler en présence de substances toxiques : un corps à corps au quotidien », *Corps*, n°6, mars, p. 52-59.

Molinier P (2009), « Editorial », *Travailler*, n°22, 2.

Molinier P. (2009), Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ?, *Temporalités*, 9.

Molinier P. (2013), *Le travail du care*, Paris, La dispute.

Mucchielli L. (2005), *Le scandale des « tournantes ». Dérives médiatiques, contre-enquête sociologique*, Paris, La Découverte.

Nicourt C. Girault J-M. (2009), « Le coût humain des pesticides : comment les viticulteurs et les techniciens viticoles font face au risque », *Vertigo*, n°3, décembre.

Nicourt C., Girault J-M. (2013), « Viticulteurs et techniciens viticoles face à leur exposition aux pesticides », *Economie rurale*, n°333, janvier/février.

Paiva M. (2012), « Des femmes invisibles », *Plein droit*, 2, p. 21-24.

Penin N. (2006), « Le sexe du risque », *Ethnologie française*, 4, p. 651-658.

Raewyn C. (2014), *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Éditions Amsterdam.

Soutoul J-H. (2009), Les caractéristiques de la femme française au travail et les nouveaux problèmes gynécologiques posés en médecine d'entreprise, *Travailler*, n°22, 2, p.79-94.

Teiger C. (2006), « Quand les ergonomes sont sortis du laboratoire... à propos du travail des femmes dans l'industrie électronique », *Pistes*, 8-2.

Teiger C. (2013), « Tenir au travail », *Travail, genre et sociétés*, 1, n°29, p.23-30.

Thébaud-Mony A. (2008), « Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2-3, p. 237-254.

Thébaud-Mony A. (2012), « Cancers professionnels », in Bevort A., Jobert A., Lallement M., Mias A., *Dictionnaire du travail*, Paris, PUF, p. 66-72.

Thébaud-Mony A. (2014), *La science asservie*, Paris, La découverte.

Travailler (2009), *Femmes, santé, travail*, n°22, 2.

Verdier É. (2008), « Vers une gouvernance territoriale des risques du travail ? », *Travail et Emploi*, n° 113, p. 103-115.

Vogel L. (2002), « La dimension du genre en santé au travail. Premiers enseignements d'une enquête Européenne », *BTS Newsletter*, n°18, mars.

Vogel L. (2003), *La santé des femmes au travail en Europe : des inégalités non reconnues*, BTS.

Vogel L. (2009), *Risques pour la reproduction, prévention et égalité*, mars 2009, <http://osha.europa.eu>