

Santé mentale au travail et genre. Intérêt et limites d'une approche statistique au travers de l'enquête Sumer¹ en France

Paul Bouffartigue* et Jacques Bouteiller**

* Directeur de recherche CNRS, et membre du Laboratoire d' Economie et de Sociologie du Travail (LEST), Université Aix-Marseille

** Socioéconomiste, chercheur associé au LEST, Université Aix-Marseille

Approcher les relations entre travail, genre et santé mentale à partir de sources statistiques se heurte à une série de difficultés théoriques et méthodologiques. Avant même que surgissent de « nouvelles » pathologies professionnelles telles que les troubles musculosquelettiques (TMS) et les risques psychosociaux (RPS) qui dépassent les atteintes à la santé physique, l'ergonomie de l'activité avait montré les limites d'une vision causaliste — ignorant les circularités et les interdépendances entre santé et perception des conditions de travail² — et décontextualisée, en termes de « facteurs de risques » (Volkoff et Molinié 2008). Avec les nouveaux enjeux de la santé mentale au travail, c'est désormais frontalement qu'il convient d'interroger la vision « toxicologique » qui soutient la notion de « risques professionnels » en tant qu'elle présuppose un opérateur passif « exposé » à des agents dangereux, à rebours du point de vue selon lequel tout sujet s'approprie, au travers de son activité, les données, contraintes et ressources de cette dernière (Clot 2010)³.

Par ailleurs la dimension genrée de l'activité et de la construction de la santé au travail n'est investiguée que depuis peu (Messing 2002 ; 2009), *a fortiori* concernant sa dimension psychique (Bercot 2014 ; 2015). Les différences et les

1. L'enquête « SURveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels » (SUMER), a été conçue et réalisée par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé français. 2400 médecins du travail ou de prévention (soit 20 % de l'effectif total) ont participé à l'enquête SUMER de 2010. Au cours des examens périodiques, ces praticiens de santé au travail ont interrogé plus de 50 000 salariés représentatifs de 22 millions de travailleurs des secteurs privé et public en France.

Une nouvelle enquête SUMER a été réalisée en 2016-2017 dont les premiers résultats ont été publiés en septembre 2019. Ces premiers résultats ne mentionnent pas les données sexuées, il n'était donc pas possible de les utiliser (ndlr).

2. À titre d'exemple, les individus dont la santé est fragilisée pour des raisons éventuellement étrangères à l'univers du travail tendent à déclarer des conditions de travail plus pénibles que les individus en meilleure santé.

3. D'où notre préférence pour la notion de confrontation - plutôt que celle d'exposition - à des facteurs de RPS, ou encore pour celle d'enjeux psychosociaux. Cette expression est celle retenue par le colloque « Comment agir sur la santé au travail ? » du Domaine d'Intérêt Majeur Groupe d'Etudes sur la Souffrance au Travail et le Travail (DIM-GESTES), qui s'est tenu à Paris les 11 et 12 juin 2015. On utilise également la notion de « santé mentale au travail ».

inégalités entre les deux sexes au sein du monde du travail sont indissociables du fait que les professions et les conditions de travail sont genrées. Le genre est un construit social du masculin et du féminin qui naturalise et légitime les positions et les pratiques différentes et hiérarchisées de chaque sexe dans l'organisation sociale, selon le principe de la domination masculine. D'où la naturalisation et l'invisibilisation des compétences et des pénibilités professionnelles féminines, expliquant notamment le sous-classement et la sous-rémunération des professions et des postes attribués aux femmes. Et les stéréotypes de genre sont mobilisés jusque dans les tâches concrètes, y compris pour des postes de travail ayant les mêmes appellations (Fortino 2009). D'où la contre-formulation des chercheuses féministes en termes de « toutes choses inégales par ailleurs ». Dans cet esprit, notre démarche vise ici d'une part à compléter l'exploration des apports et des limites d'analyses de type « toutes choses égales par ailleurs » (« TCPA » dans la suite du texte) par la prise en compte de familles professionnelles sexuées et d'autre part à conduire d'autres recherches, qualitatives, empiriques, auprès de groupes professionnels dans lesquels les relations entre genre et santé peuvent être observées sur un mode idiosyncratique (Bouffartigue *et al.* 2009 ; Bouffartigue et Bouteiller 2015). Ajoutons que, au regard de notre objet, l'enquête SUMER-2010 comporte des limites quant à son champ et à son questionnaire, tant sur le volet des facteurs psychosociaux de risque, que de la santé mentale (cf. encadré). C'est donc armés d'une vigilance critique que l'on explore ici ce que cette enquête peut nous apprendre.

Intérêt et limites de l'enquête SUMER-2010

Réalisée grâce au concours de médecins du travail, cette enquête interroge désormais un échantillon quasiment représentatif de la population active salariée occupée (48 000 personnes). Les chômeurs et les salariés précaires sous-représentés y sont donc absents. L'absence de questions sur le parcours professionnel et de santé ainsi que sur la situation de famille interdit d'évaluer les effets de sélection par la santé ainsi que les effets d'interaction vie hors travail/vie de travail. On sait pourtant que, pour les femmes comme pour les hommes, les chômeurs et les adultes en âge de travailler dits « inactifs » déclarent une santé physique et mentale nettement moins favorable que celle des « actifs » en emploi, et que les contraintes de la « double journée » pèsent principalement sur les femmes et leur santé.

Concernant les RPS, le questionnaire 2010 reprend celui de Karasek, en y ajoutant une partie de celui de Sigriest. Mais il ne couvre pas l'ensemble des six dimensions proposées par le rapport du collège des experts réunis pour mettre en place une nouvelle enquête sur ce thème (Gollac et Bodier 2011). Nous avons exploité principalement les deux premières dimensions du questionnaire de Karasek (« demande psychologique » et « latitude décisionnelle ») et l'indicateur qui résulte de leur combinaison « être en situation de job strain ». Nous avons par ailleurs choisi le questionnaire « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HAD) pour approcher la santé mentale. Il comporte 14 questions, 7 évaluant l'anxiété et 7 la dépressivité. Ses résultats apparaissent fragiles, montrant une proximité entre les deux sexes sur cette seconde dimension, qui contredit les enquêtes épidémiologiques attestant d'une plus grande fréquence de

symptômes dépressifs chez les femmes. Nous avons donc choisi de privilégier le score global HAD, plus cohérent avec l'état des connaissances sur la différence de genre sur le plan de la santé mentale.

Exposition aux RPS et persistance d'un « effet sexe » dans les analyses TCPA

Les deux sexes ne sont pas inscrits dans les mêmes conditions de travail ni confrontés aux mêmes risques professionnels. Moins exposées aux pénibilités physiques et aux risques chimiques, les femmes semblent globalement moins concernées par les risques professionnels. Mais les enquêtes sur les conditions de travail et les risques professionnels, initialement conçues sur un mode très industrialiste et « masculiniste », ont commencé à montrer que sur de nombreuses dimensions, généralement moins visibles que d'autres, les femmes sont davantage concernées par de nombreuses pénibilités. Par exemple, travailler quotidiennement au « contact de personnes en détresse » reste perçu comme prolongeant les qualités naturelles de compassion féminine, et donc ne légitimant ni compensation salariale ni prévention de risques professionnels, contrairement au « port de charges lourdes ». Mais l'émergence de « nouveaux risques » — comme les « TMS » ou les « RPS » — qui les concernent davantage, ne signale-t-elle pas qu'une mise en visibilité de risques plus « féminins » serait en cours ?

Selon l'enquête SUMER-2010, 31 % des femmes sont en situation de « job strain »⁴, contre 27 % des hommes (voir le tableau 1). Cette « surexposition » relative des femmes par rapport aux hommes semble en recul au regard de l'enquête de 2003 (avec respectivement 28 % et 20 %). La même tendance se dégage pour l'indicateur d'« isostrain ». Cette diminution de la surexposition féminine aux facteurs de RPS résulte d'une évolution plus défavorable aux hommes, plus touchés notamment par le phénomène général d'accroissement de la « demande psychologique » et de diminution de la « latitude décisionnelle » (Guignon *et al.* 2008 ; Arnaudo *et al.* 2012).

Les autres indicateurs synthétiques d'exposition aux RPS vont dans le même sens. Cette exposition est plus forte dans les catégories d'employé-e-s et d'ouvrier-e-s que dans celles de cadres et de professions intermédiaires. Mais cette surexposition des femmes aux RPS se vérifie dans toutes les grandes catégories socioprofessionnelles, même si dans la catégorie des employé.e.s elle est un peu moins marquée. D'un sexe à l'autre, les inégalités socioprofessionnelles se

4. Les indicateurs de « job strain » et d'« isostrain » se définissent comme suit : le « job strain » ou « tension au travail » est la combinaison d'une faible latitude décisionnelle et d'une forte demande psychologique ; il est associé à un risque plus élevé de troubles cardio-vasculaires, de troubles musculosquelettiques et de troubles dépressifs. L'« isostrain » renvoie au cumul d'une situation de jobstrain et d'un faible soutien social au travail.

nuencent : chez les hommes ce sont les employés les plus concernés, chez les femmes ce sont les ouvrières non qualifiées.

Tableau 1 Évolution 2003-2010 du « job strain » et de l'« isostrain »

Job strain	2003	2010
Tous : % tendu(e)s	23,4	27,32
Femmes : % tendues	28,17	30,89
Hommes : % tendus	19,62	24,43
Isostrain	2003	2010
Tous : % en isostrain	14,46	17,25
Femmes : % en isostrain	17,19	18,91
Hommes : % en isostrain	12,49	15,90

Source : enquêtes SUMER

Si l'on raisonne en termes de facteurs d'exposition, les RPS concernent davantage les femmes en raison de logiques qui tiennent, pour partie, à leur situation professionnelle et, pour partie, à d'autres dimensions reliant genre et travail qui ne sont pas renseignées par cette enquête, ou qui ne peuvent pas l'être par ce type d'enquête (statistique, par questionnaire) mais qui le sont dans d'autres.

Santé mentale et persistance d'un « effet sexe » dans les analyses « TCPA »

Selon l'enquête Santé et itinéraire professionnel de 2006⁵ (SIP-2006), comme selon bien d'autres, l'état de santé mentale des femmes apparaît relativement dégradé eu égard à celui des hommes, et ce dans la population générale comme dans la population en emploi (voir le tableau 2)⁶.

Tableau 2 Fréquence (%) de troubles de santé mentale selon le sexe (population générale ou en emploi)

	Population générale		Population en emploi	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Au moins 3 symptômes dépressifs	4,6	9,8	3,8	8,0
Au moins 3 symptômes d'anxiété	3,8	7,9	3,3	6,7

Source : Enquête SIP 2006

5. L'enquête SIP recueille une biographie sur le travail, l'emploi et la santé de personnes interrogées 2 fois à 4 ans d'intervalle.
6. Le questionnaire en santé mentale ici utilisé est le « MINI », nettement plus développé que le questionnaire « HAD » : Mini International Neuropsychiatric Interview.

La fragilisation relativement plus fréquente de la santé mentale des femmes se vérifie quelle que soit la situation au regard de l'emploi et de l'activité : en emploi, en recherche d'emploi, en retraite, au foyer. Et, malgré les limites du questionnaire HAD utilisé, cela se vérifie dans l'enquête SUMER-2010.

Tableau 3 Indicateurs de santé mentale selon le sexe (%) (population en emploi)

	Hommes	Femmes
Anxiété : score > 8	47,4	56,5
Dépression : score > 10	25,5	25,0
Score HAD-1 (> 17)	52,1	57,8
Score HAD-2 (> 21)	13,3	17,7

Note : indicateurs de santé mentale construits à partir du questionnaire HAD : un score total de 0 à 42 est calculé par sommation des quatre réponses proposées à chacun des 14 symptômes – du type « la plupart du temps », « souvent », « de temps en temps », « jamais ». Les seuils retenus ici sont 17 (« HAD-1 ») et 21 (« HAD-2 »).
Source : Enquête SUMER-2010

La différenciation de l'indicateur HAD selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe suggère qu'il peut être utilisé : il traduit en effet une santé mentale tendanciellement plus fragile dans les catégories socio-professionnelles (CSP) moins qualifiées.

Tableau 4 Indicateurs de santé mentale (HAD-2), selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle (CSP) (%)

CSP	Hommes	Femmes
Ouvriers non qualifiés (ONQ)	14,5	23,2
Ouvriers qualifiés (OQ)	13,2	20,6
Employés (EMPL)	15,2	17,8
Agents de maîtrise (A de M)	14,6	16,8 *
Techniciens (TECH)	12,8	21,7 *
Professions intermédiaires dans la fonction publique (PROF INT F PUBL)	8,9	12,2
Ingénieurs-cadres du privé (I-C)	12,2	15,9
Cadres de la fonction publique (CAD F PUBL)	6,6	13,2
Ensemble	13,3	17,7

* La faiblesse des effectifs féminins dans ces deux catégories socio-professionnelles incite à la prudence.
Source : Enquête SUMER-2010

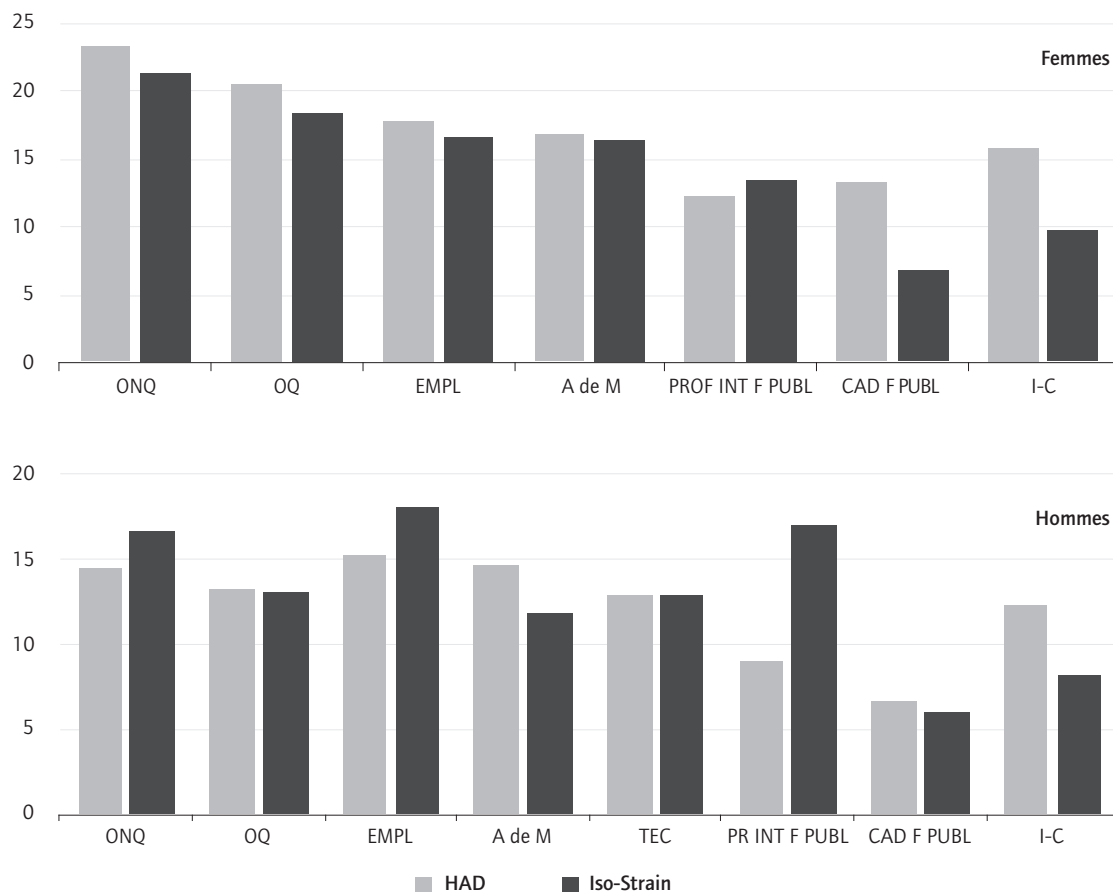
En reprenant les variables mobilisées plus haut en relation avec l'exposition aux RPS au sens de Karasek, et en ajoutant des variables propres à cette exposition, les résultats attestent d'un effet propre et important de l'appartenance de sexe. Ils montrent aussi un effet important des conditions de travail, au premier rang desquelles celles qui indiquent une exposition aux RPS telles que « craindre pour son emploi ou pour des changements dans son travail », « être inquiet pour ses conditions salariales », « ne pas bénéficier d'un soutien social

au travail » et « être en situation de "job strain" ». Toutes ces variables jouent de manière remarquablement proche dans les modèles, qu'on les applique aux deux sexes ensemble ou séparément.

Les professions féminines : à la fois surexposées aux RPS et ayant une santé mentale fragilisée

Il s'agit ici de progresser vers une compréhension plus réaliste et synthétique de l'impact des facteurs psychosociaux, d'abord selon la hiérarchie socioprofessionnelle, puis à l'échelon plus fin des professions et familles professionnelles (voir le graphique 1).

Graphique 1 Santé mentale (% HAD > 21), exposition aux RPS (« isostrain »)

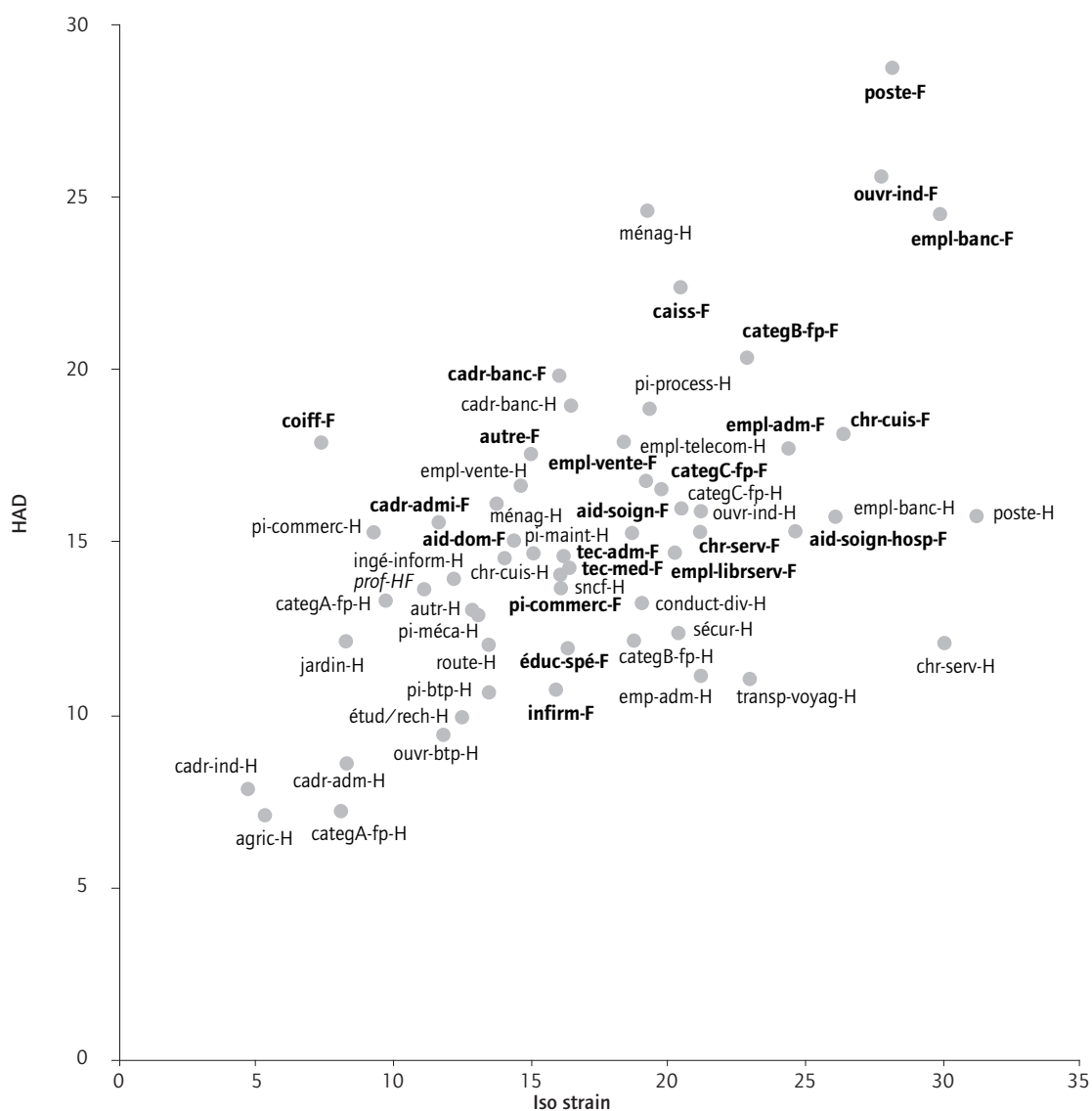


Source : Enquête SUMER-2010

Chez les femmes, d'une catégorie socioprofessionnelle à l'autre, la santé mentale semble varier de manière associée à l'exposition aux RPS : des ouvrières non qualifiées aux professions intermédiaires de la fonction publique, les scores

des deux indicateurs diminuent tous les deux régulièrement. Chez les femmes cadres du secteur privé, l'indicateur de santé mentale se disjoint de l'indicateur d'exposition aux RPS. Ce dernier est nettement moins élevé que chez les autres salariés, alors que l'indicateur de HAD n'est guère meilleur que celui des employées. Chez les hommes, d'une catégorie socioprofessionnelle à l'autre, le lien est moins net : par exemple, les cadres du secteur privé présentent un indicateur de santé mentale médiocre, proche de celui des techniciens et même des ouvriers qualifiés, alors qu'ils sont sensiblement moins exposés aux RPS.

Graphique 2 Familles professionnelles, « iso-strain » et santé mentale



Note : En abscisse : le % en « isostrain » ; en ordonnée : le % de scores HAD >21.
 En noir (gras) : professions féminines ou femmes des familles professionnelles mixtes.
 En noir : professions masculines, ou hommes des familles professionnelles mixtes.
 Source : Enquête SUMER-2010

La plupart des professions ayant un sexe, nous avons construit 57 « familles professionnelles sexuées » — 24 sont féminines, 31 masculines et seulement 2 sont mixtes⁷. Sur les 27 familles professionnelles dont l'état de santé mentale est plus négatif que la moyenne, 19 sont féminines, et les 7 dont l'état de santé mentale est le plus négatif sont féminines : 4 sont des professions ouvrières ou d'employées (employées de la Poste, ouvrières de l'industrie, femmes de ménage et employées de banque) ; les 2 autres sont, d'une part, les professions intermédiaires administratives de la fonction publique et, d'autre part, la profession de cadre de banque. Ce dernier cas illustre ce qui a été vu plus haut : les femmes cadres du secteur privé peuvent avoir un HAD médiocre sans que leurs indicateurs d'exposition aux RPS soient défavorables. À l'autre extrémité, les dix professions déclarant la meilleure santé mentale sont toutes masculines, à l'exception des infirmières. Celles-ci déclarent pourtant une exposition relativement forte aux RPS. Si on n'est guère surpris d'y retrouver les cadres de la fonction publique et les ingénieurs et cadres d'industrie, plus étonnante — on y revient plus bas — est la présence des ouvriers du Bâtiment, ceux des Travaux publics, ou encore celle des conducteurs du transport de voyageurs.

Dans le graphique 2, la plupart de ces « familles professionnelles sexuées » sont distribuées selon deux axes — exposition au « job strain » et état de santé mentale.

Deux premiers constats se dégagent de l'analyse du graphique 2 : (1) le nuage de points dessine une diagonale qui indique une certaine corrélation entre degré d'exposition au « job strain » et état de santé mentale ; (2) les familles féminines sont plus nombreuses dans la partie droite. Ainsi, parmi les 18 familles professionnelles caractérisées à la fois par une surexposition au « job strain » et par un état de santé mentale dégradé, 14 sont féminines. Inversement, parmi les 18 familles professionnelles caractérisées par une sous-exposition aux RPS et par un état de santé mentale meilleur que la moyenne, seulement trois sont féminines. Dans le quadrant « nord-ouest », on trouve huit familles dont l'état de santé mentale est moins bon que la moyenne mais qui ne sont pas surexposées au « job strain », dont trois féminines (coiffeuses-esthéticiennes, cadres administratives et financières, autres professions). On relève le cas des coiffeuses esthéticiennes, d'autant plus paradoxal *a priori* qu'il s'agit d'une profession très jeune — la plus jeune, avec 32 ans en moyenne et plus de la moitié ayant moins de 30 ans — et dont l'insatisfaction au travail n'est pas plus fréquente que la moyenne. Dans le quadrant « sud-est » se situent huit familles, à la fois relativement protégées du « job strain » et des atteintes à la santé mentale, dont seulement deux féminines (professions intermédiaires et cadres commerciales, cadres de la fonction publique). On note qu'elles sont un peu plus jeunes que la moyenne des femmes, et dans deux cas sur trois un peu plus satisfaites de leur travail. Une profession féminine, celle des infirmières, se singularise par une exposition aux « RPS » légèrement supérieure à la moyenne, mais une bonne santé mentale. Concernant les quatre professions masculines

7. Il s'agit de deux familles professionnelles relativement mixtes et dont les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour qu'on les scinde en deux : les employé.e.s de libre-service et les enseignant.e.s.

situées dans le quadrant « nord-est » — indiquant une surexposition au « job strain » et un état de santé mentale inférieur à la moyenne —, on n'est guère étonné de trouver les ouvriers de l'industrie. On y trouve aussi trois catégories d'employés — de la banque, de la Poste et des Télécoms — qui sont tous relativement âgés et qui déclarent nettement plus souvent que les autres une insatisfaction au travail.

Peut-on rapprocher ces résultats d'autres enquêtes permettant de relier conditions de travail et santé mentale ? Pour décrire l'exposition aux RPS et ses relations avec la santé en général et la santé mentale en particulier, une typologie de six groupes de travailleurs a été élaborée à partir de l'enquête SIP-2010 (Bègue 2014). Chaque groupe est défini par un degré et des formes d'exposition aux RPS, et par un degré d'atteintes à la santé et à la santé mentale⁸. Les trois premiers groupes se signalent notamment par une probabilité plus faible qu'en moyenne de déclarer « un épisode dépressif majeur ou un trouble anxieux généralisé » au cours de l'année écoulée, les trois derniers par une probabilité plus forte — et nettement croissante du quatrième au dernier — de déclarer de tels troubles.

Ces six groupes sont les suivants :

1. « Faible exposition » (28 % de la population). Il s'agit d'un groupe mixte, où sont surreprésentés les plus de 50 ans, les employés des services directs aux particuliers, les ouvriers qualifiés de l'artisanat et les employés administratifs d'entreprise ;
2. « Sans reconnaissance mais sans dommage » (19 %). Il s'agit d'un groupe plutôt masculin et jeune, sans sur-représentation de catégories socioprofessionnelles spécifiques ;
3. « Forte exposition émotionnelle mais du soutien » (16 %). Ce groupe féminisé travaille souvent dans les services publics ;
4. « Sous pression » (15 %) : groupe plutôt masculin de cadres et professions intermédiaires du secteur privé ;
5. « Sans reconnaissance ni soutien » (13 %). Ce groupe est plutôt féminisé et âgé ; on y retrouve de nombreuses salariées des services publics de santé et d'action sociale ;
6. « Surexposition » (9 %) : groupe mixte où sont sur-représentés les personnels des services directs aux particuliers et les employés de commerce (deux CSP féminisées), comme les ouvriers non qualifiés et qualifiés de type industriel et les ouvriers non qualifiés de type artisanal (CSP masculines).

Le tableau 5 synthétise les caractéristiques des six groupes de travailleurs (têtes de colonne) en matière d'exposition aux facteurs de RPS et d'état de santé (en

8. Les différences méthodologiques entre cette enquête et SUMER incitent évidemment à la plus grande prudence dans ce rapprochement. Notamment, la notion de « RPS » est appréhendée de manière plus complète dans l'enquête SIP : elle reprend les six dimensions proposées par le collège des experts, au-delà donc des deux premières dimensions (demande psychologique/latitude décisionnelle) du modèle de Karasek ; et le questionnaire utilisé pour appréhender la santé mentale n'est pas le même (cf. note 3).

ligne). Il montre comment quelques-unes des familles professionnelles sexuées que nous avons identifiées à partir de l'enquête SUMER-2010 — citées dans sa dernière ligne — peuvent s'inscrire dans cette typologie.

Tableau 5 Typologie des professions en termes de degré et formes d'exposition aux RPS, et de niveau d'atteintes à la santé physique et mentale

	Faible exposition	Sans reconnaissance mais sans dommage	Forte exposition émotionnelle mais avec soutien	Sous pression	Sans reconnaissance ni soutien	Surexposition
Les six facteurs de RPS						
Exigences du travail	--	---		+++		+
Exigences émotion	-	-	+++			
Autonomie			-	-		+++
Rapports sociaux	---	+/- +/- -	--	-	+++	+
Conflits de valeurs				+		++
Insécurité économique				+		++
Pénibilités physiques	--	--	+	--		++
État de santé						
Limitations physiques	--	--	-	-	+	++
Santé mentale	--	--	+	--	+	++
Exemples de familles professionnelles sexuées	Aides à domicile (F) Ouvriers du BTP (H)	Conducteurs routiers (H) Salariés agricoles (H)	Employé.e.s de la Poste Agent(e)s des services hospitaliers	Cadres de banque Employé.e.s des Télécoms	Professions intermédiaires du travail social (F) et de la fonction publique (H et F)	Ouvrier.e.s non qualifié.e.s de l'industrie Caissières (F) Employé.e.s de libre-service (H et F)

Note : Lignes « facteurs de RPS » : les signes négatifs indiquent que la dimension RPS est fragilisante, les signes positifs qu'elle ne l'est pas. Lignes « État de santé » (physique et mentale) : les signes positifs indiquent un état relativement favorable, les signes négatifs un état relativement dégradé.

Source : Enquête SIP 2010 (Bègue 2014) et enquête SUMER-2010

Ainsi, les femmes ouvrières de l'industrie, caissières et employées de la Poste, mais aussi les employés de libre-service des deux sexes seraient plus fréquemment dans le groupe des « surexposés aux RPS » tout en présentant une santé mentale relativement dégradée.

Conclusion

L'approche des liens entre travail, genre et santé mentale à partir de l'enquête SUMER 2010 confirme que les femmes salariées, par ailleurs fortement concentrées dans un petit nombre de professions, sont à la fois davantage concernées par un certain nombre de contraintes ou d'enjeux d'ordre psychosocial, et qu'elles déclarent des symptômes de fragilité psychique — en l'occurrence plutôt de l'ordre de l'anxiété — d'autant plus souvent qu'elles sont concernées par ce type de contraintes ou d'enjeux. Cette approche a par ailleurs le mérite, par ses limites même, de mettre au jour des résultats *a priori* sur-

prenants. Le bon état de santé mentale des ouvriers de la construction pourrait être lié à des effets de sélection ou/et aux limites du questionnaire « HAD » utilisé. La bonne santé mentale des infirmières, dont on sait pourtant qu'elles sont souvent confrontées au « job strain », pourrait être liée aux limites du questionnaire de Karasek pour appréhender les ressources de santé inscrites dans les modes d'engagement et de satisfaction au travail. Des progrès sont donc sans doute à attendre des approches statistiques des liens entre exposition aux RPS et atteintes à la santé mentale, avec la mise en place de l'enquête nationale intégrant l'ensemble des six axes construits suite aux travaux du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail⁹ et d'autres investigations. Il est probable que ces approches continueront de buter sur la dimension toujours contextuelle, inscrite dans une configuration sociale, subjective et genrée de la construction de la santé et en particulier de la santé mentale ; cependant, elles sont précieuses en ce qu'elles contribuent indiscutablement à préciser et à orienter le questionnement dans des voies originales et souvent contre-intuitives, celles qui ouvrent sur les effets de sélection par la santé, sur les effets d'interaction entre normes de genre et normes professionnelles (Lefevre 2015), sur la souffrance au travail comme liée à l'activité empêchée (Clot 2010), ou comme pathologie de l'engagement (Hubault 2011).

Références

- Arnaudo B., Cavet M., Coutrot T., Léonard M., Sandret N. et Rivalin R. (2012) L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER, Dares Analyses 23, Paris, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.
- Bègue M.-H. (2014) Les risques psychosociaux au travail : un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010, Dares Analyses 31, Paris, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.
- Bercot R. (dir.) (2014) La santé au travail au prisme du genre : épistémologie, enquêtes et perspectives internationales, Toulouse, Octarès éditions.
- Bercot R. (dir.) (2015) Le genre du mal-être au travail, Toulouse, Octarès éditions.
- Bouffartigue P., Pendariès J.-R. et Bouteiller J. (2010) La perception des liens travail/santé : le rôle des normes de genre et de profession, *Revue française de sociologie*, 51 (2), 247-280.
- Bouffartigue P. et Bouteiller J. (2015) Les « RPS » au regard du genre. Le cas d'une profession mixte en relation avec le public : factrices et facteurs de la Poste, Rapport de recherche, Aix-en-Provence, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail (UMR 7317).
- Clot Y. (2010) *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte.

9. Formé à la fin de 2008 par l'INSEE à la demande du ministère en charge du travail, le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail est, conformément aux recommandations du rapport Nasse-Légeron, international et pluridisciplinaire. Les membres du Collège ont été choisis en fonction de leur reconnaissance scientifique, attestée notamment par le nombre et la qualité de leurs publications, par les citations dont celles-ci font l'objet et par les responsabilités scientifiques exercées. Il a rendu un rapport intitulé *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*.

- Fortino S. (2009) Mixité au travail, genre et conditions de travail : la construction sociale d'un processus, Document de travail, Paris, Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris.
- Gollac M. et Bodier M. (dir.) (2011) Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- Guignon N., Niedhamer I. et Sandret S. (2008) Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003, Premières Synthèses 22.1, Paris, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.
- Hubault F. (2011) Risques psychosociaux, troubles psychosociaux, charge psychosociale... Questions de travail, in Hubault F. (dir.) Risques psychosociaux : quelle réalité, quels enjeux pour le travail?, Toulouse, Octarès éditions, 197-195
- Lefevre N. (2014) Quelques défis pour l'appréhension sociologique des souffrances au travail sous l'angle du genre, in Bercot R. (dir.) La santé au travail au prisme du genre : épistémologie, enquêtes et perspectives internationales, Toulouse, Octarès éditions, 105-125.
- Messing K. (2002) La place des femmes dans les priorités de recherche sur la santé au travail au Québec, Relations Industrielles/Industrial Relations, 57 (4), 660-686.
- Messing K. (2009) Santé des femmes au travail et égalité professionnelle : des objectifs conciliables?, Travailler, 22 (2), 43-58.
- Volkoff S. et Molinié A.-F. (2008) Les études statistiques en santé au travail : ressources et pièges, in Henry E. (dir.) Santé au travail : quels nouveaux chantiers pour les sciences humaines et sociales?, Grenoble, Publications de la MSH-Alpes, 95-114.