

E4 - L'avis d'inaptitude totale et définitive comme prisme de lecture des rapports sociaux de sexe

H. Polesi^a, M. Brom^b, F. Imbert^a

^a ORS Alsace, Strasbourg, France ; ^b Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), Strasbourg, France

RESUME

Introduction. En France, licencier une personne directement en raison de son état de santé est interdit, sauf si le médecin du travail constate chez un salarié une inaptitude médicale au poste de travail : cette inaptitude se comprend comme une incompatibilité avérée entre l'état de santé d'un salarié et la charge physique ou mentale inhérente à son poste. En suite à un avis d'inaptitude définitive au poste, l'employeur doit rechercher une solution de reclassement, proposer une formation ou licencier le salarié (majorité des situations). Le travail réalisé par l'ORS Alsace vise à décrire le profil des personnes concernées et surtout à dégager des éléments de connaissance de leur devenir à un an.

Matériels et méthodes. Les médecins du travail de la région ont signalé à l'ORS les personnes déclarées inaptes au poste entre septembre 2006 et septembre 2007, *via* un questionnaire descriptif rempli par les salariés avec l'aide des médecins du travail. Un second questionnaire instruit par le médecin du travail porte sur ses motivations à prononcer une inaptitude au poste. Un suivi des situations par voie postale, avec des questionnaires auto-instruits par les salariés à deux, quatre, huit et douze mois a ensuite été réalisé par l'Orsal. Les données quantitatives ont été traitées sous SPSS et les écarts testés avec le χ^2 de Pearson. L'analyse des correspondances multiples a été réalisée sous R, librairie FactoMineR, procédure MCA.

Résultats. Le taux de participation peut être estimé à 25 % (540 dossiers). Deux limites à la représentativité de l'échantillon résident dans le caractère volontaire de la participation des médecins du travail et une sous-représentation des salariés les plus âgés. La description des situations objectives confirme la division sexuelle du travail déjà connue : travail à temps partiel (43 % des femmes contre 6 % des hommes), qualification moindre (67 % des femmes ouvrières sont non qualifiées contre 28 % des hommes), valorisation moindre du niveau d'études (15 % des femmes bachelières sont techniciennes ou cadres contre 23 % des hommes), etc. La division sexuelle du travail se manifeste également dans la situation spécifique de l'inaptitude au poste : motivations du médecin à rendre l'avis (la possibilité d'un reclassement motive l'avis pour 21 % des femmes contre 32 % des hommes), accès aux reconnaissances administratives (la reconnaissance de travailleur handicapé est acquise ou en cours pour 20 % des femmes contre 34 % des hommes), pathologies à l'origine de l'inaptitude.

Discussion et conclusion. Les éléments dégagés concourent à décrire une situation moins favorable pour les femmes. Au croisement des sphères du travail et de la santé, l'inaptitude au poste révèle de façon particulièrement marquée les inégalités selon le sexe.

Mots-clés : Inaptitude, Rapports sociaux de sexe, Poste de travail, Inégalités
Keywords: *Inaptitude, Social sex links, Work station, Inequalities*

1. INTRODUCTION/OBJECTIF

En France, le médecin du travail dispose de la possibilité de rendre un avis d'inaptitude au poste pour un salarié ; cet avis signifie que l'état de santé du salarié n'est plus compatible avec les contraintes liées au poste qu'il occupe. A la réception de cet avis, l'employeur est sensé prendre des mesures d'aménagement de poste ou de reclassement. Si l'entreprise ne permet pas d'envisager un devenir pour le salarié compatible avec son état de santé, alors l'employeur dispose de la possibilité de licencier le salarié. Cette dernière issue compose le devenir immédiat de la très large majorité des salariés déclarés inaptes au poste par la médecine du travail (Omnès, 2004). Soutenu financièrement par l'Agefiph, la Direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle et par le Conseil général du Bas-Rhin, l'ORS Alsace a réalisé une étude sur les personnes déclarées inaptes au poste, grâce à la participation active des médecins du travail de la région. Les buts poursuivis par cette étude étaient de dégager une connaissance régionale du profil de ces salariés et de disposer d'éléments concernant leur devenir immédiat, mais également et surtout sur leur devenir un an après l'inaptitude. De façon incidente, cette étude est également l'occasion d'observer les rapports sociaux de sexe (Kergoat, 2004)(Pfefferkorn, 2007) tels qu'ils s'expriment dans la sphère du travail en général et dans l'articulation entre état de santé et travail en particulier. C'est à ce sujet-ci que le présent article est consacré.

2. MATERIELS/METHODES

Il a été demandé aux médecins du travail de la région Alsace d'inviter, entre septembre 2006 et septembre 2007, tous les salariés qu'ils déclaraient inaptes au poste à participer à l'étude initiée par l'ORS. Ceux d'entre eux acceptant de participer devaient alors remplir un premier questionnaire incluant notamment un descriptif sociodémographique, des éléments concernant leur environnement de travail et des données d'anamnèse. Les médecins du travail, de leur côté, remplissaient une fiche de recueil distincte portant principalement sur leurs motivations à déclarer le salarié inapte ainsi que sur le descriptif des démarches engagées préalablement à l'avis d'inaptitude. Le recueil de ces informations était réalisé *via* une liste finie d'éléments à cocher, liste construite par un comité technique comptant des médecins du travail et le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre. Huit semaines après l'inaptitude, les salariés recevaient à domicile, par voie postale, un questionnaire concernant leur devenir (formation, reclassement, licenciement). Ce document était également l'occasion de signaler la nature de la pathologie à l'origine de l'inaptitude. L'ensemble de la démarche a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Cnil. L'analyse que nous allons présenter porte donc sur les différences entre hommes et femmes. Les différents tris proposés par la suite ont été réalisés sous SPSS et soumis au test du χ^2 de Pearson. Une vision d'ensemble est proposée à partir d'une analyse des correspondances multiples, réalisée sous R, librairie FactoMineR, procédure MCA.

3. RESULTATS

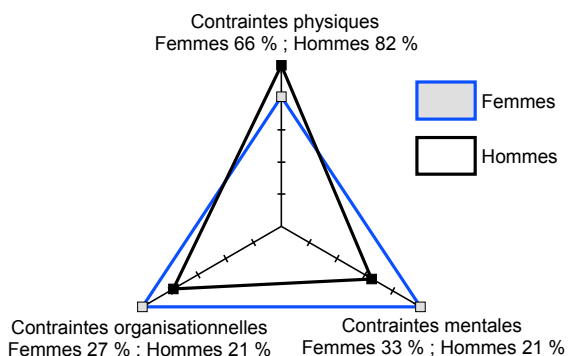
Il convient de distinguer deux grandes catégories de résultats. D'une part, nous avons des éléments descriptifs des personnes déclarées inaptes qui confirment la description des rapports sociaux de sexe au travail donnée par ailleurs dans la littérature. D'autre part, nous disposons d'éléments plus spécifiquement liés à l'inaptitude, qui entrent bien entendu en résonance avec la première catégorie d'éléments et confirme les mécanismes à l'œuvre.

Des différences classiques entre hommes et femmes dans le travail

Largement décrites par ailleurs (Gollac, et al., 2002) (Bihr, et al., 2002) (Goudswaard, et al., 2003), les différences que nous retrouvons entre hommes et femmes dans notre population d'étude méritent d'être rappelées. La première différence, à la fois une des plus massives et les plus largement connues (Maruani, et al., 2005), concerne le travail à temps partiel : 43 % des femmes déclarées inaptes au poste travaillaient à temps partiel (incluant 22 % de temps partiel choisi) contre 6 % des hommes ($p < 0.001$). En matière de qualification du poste, les différences sont également observables : 78 % des hommes employés sont qualifiés, contre seules 59 % des femmes employées ($p = 0.024$), 72 % des hommes ouvriers sont qualifiés, contre 33 % des femmes ouvrières ($p < 0.001$). Enfin, le rapport entre niveau de formation initiale et devenir professionnel n'est pas le même selon le sexe : 18 % des hommes titulaires d'un CAP/BEP sont techniciens ou cadre, contre 1 % des femmes ($p < 0.001$).

En termes de contraintes liées au poste occupé déclarées par les salariés, les différences observées sur notre population de personnes déclarées inaptes au poste sont également conformes à ce qui est documenté par ailleurs (Guignon, et al., 2008) : les hommes sont principalement concernés par les contraintes physiques, les femmes par les contraintes mentales. Si les différences entre les sexes sont significatives pour ces deux familles de contraintes (respectivement $p < 0.001$ et $p = 0.004$), les effectifs en jeu ne permettent pas de conclure pour les contraintes organisationnelles ($p = 0.122$), bien que l'écart ne soit pas négligeable (6 points).

Figure 1 : proportion de salariés soumis aux différentes familles de contraintes selon le sexe (femmes, n=277 ; hommes, n=256)



Rapidement présentée, la population des salariés inaptes au poste semble présenter les mêmes traits caractéristiques que la population salariée dans son ensemble en matière de division sexuelle du travail (Bihl, et al., 2002) (Kergoat, 1982).

Les informations particulières issues de l'enquête

Première spécificité qu'il nous faut relever, le *sex ratio* de notre population d'étude (0,93 homme pour 1 femme) est inversé par rapport à celui de la population salariée (1,28 en Alsace d'après l'exploitation des données Unédic 2006 et 2007). Cette particularité, relevée par d'autres travaux sur le sujet (Cormier, 2005), peut être la traduction d'une plus grande exposition des femmes aux risques d'inaptitudes.

Lorsque la pathologie à l'origine de l'inaptitude est d'origine professionnelle, il s'agit d'un accident pour 53 % des hommes et d'une maladie pour 80 % des femmes. L'écart pourrait s'expliquer par les différences de secteurs d'emploi, les hommes étant par exemple plus nombreux à provenir du secteur de la construction, grand pourvoyeur d'accidents du travail. La différence reste cependant très fortement marquée entre hommes et femmes en matière d'origine de la pathologie amenant à l'inaptitude, même en ne prenant pas en compte les salariés provenant de la construction.

En termes d'anamnèse, peu d'éléments distinguent hommes et femmes, qu'il s'agisse d'inaptitude temporaire, d'inaptitude partielle, d'arrêt de travail en relation avec la pathologie à l'origine de l'inaptitude ou de demande d'aménagement de poste. La seule différence observable concerne l'avis d'aptitude avec restriction (avis d'aptitude au poste sur lequel le médecin du travail exprime des réserves par rapport à certaines tâches, comme le port de charges lourdes par exemple) : 31 % des hommes en avaient bénéficié, contre 23 % des femmes ($p = 0.041$). Sur le plan des reconnaissances médico-administratives, des différences fortes apparaissent selon le sexe. Au moment de l'inaptitude, 34 % des hommes ont acquis la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou ont engagé une procédure de reconnaissance, contre 20 % des femmes ($p < 0.001$). De la même façon, 28 % des hommes déclarent bénéficier d'une invalidité de seconde catégorie contre seulement 18 % des femmes ($p = 0.010$). Ces données sont à rapprocher des travaux signalant une moindre reconnaissance du handicap des femmes indiquant que « non seulement les femmes font moins de demande de reconnaissance d'un handicap ou d'une invalidité mais cette reconnaissance leur est moins souvent accordée » (Ravaud, et al., 2003).

Au vu des modalités de recueil de la pathologie à l'origine de l'inaptitude (indication en toutes lettres par les salariés sur le premier questionnaire reçu à domicile par voie postale), les informations proposées ici se limitent aux grands chapitres de la CIM10.

Si les maladies du système ostéo-

Figure 2 : Principales familles de pathologie à l'origine de l'inaptitude au poste selon le sexe (femmes, n=157 ; hommes, n=159)

	Homme	Femme	Total
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	52%	61%	57%
Troubles mentaux et du comportement	10%	20%	15%
Maladies de l'appareil circulatoire	10%	2%	6%
Maladies du système nerveux	3%	6%	4%
Autre pathologie	25%	11%	18%
Total	100%	100%	100%

articulaire, des muscles et du tissu conjonctif sont largement en tête pour les deux sexes, des différences importantes sont à relever pour les autres familles de pathologies. Les femmes souffrent en effet avant tout de troubles mentaux et du comportement, lorsque les hommes se répartissent entre ces mêmes troubles et les maladies de l'appareil circulatoire, ces dernières concernant plus fréquemment les hommes en population générale. La différence entre les sexes est significative sur le plan statistique ($p < 0.001$).

L'un des apports de l'étude consiste dans le recueil des motivations déclarées par les médecins du travail, ainsi que des démarches entreprises préalablement à l'avis d'inaptitude. Pour résumer les différences observables entre hommes et femmes, nous proposons une analyse des correspondances multiples (ACM) autour des motivations exprimées par les médecins et pour lesquelles une différence significative au seuil

Figure 3 : Eléments principaux pris en compte dans la décision de l'avis d'inaptitude présentant un écart significatif selon le sexe des salariés (% de salariés concernés) (femmes, n=261 ; hommes, n=238)

	Hommes	Femmes	p
Demande du salarié	31%	40%	0,034
Présence d'autres revenus dans le ménage	2%	6%	0,018
Conditions de travail	59%	46%	0,004
Gravité de la pathologie	57%	45%	0,008
Existence d'une possibilité de reclassement	32%	21%	0,004
Secteur de l'entreprise	25%	11%	0,000
Présence d'un danger pour le salarié	19%	12%	0,040
Effectif de l'entreprise	6%	2%	0,021
Présence d'un danger pour l'entourage	6%	0%	0,000

de 5 % apparaît entre hommes et femmes. La liste de ces motivations est donnée dans le tableau ci-après. En première partie de tableau apparaissent les deux motivations plus fréquemment associées aux avis d'inaptitude rendus pour des femmes que pour les hommes : la demande du salarié et, dans une mesure nettement moindre, l'existence d'autres revenus dans le ménage. Sont ensuite données les motivations plus fréquemment associées aux avis d'inaptitude rendus pour des hommes. Nous pouvons relever, en ce qui concerne la motivation « effectif de l'entreprise », qu'en moyenne les hommes et les femmes proviennent de structures de taille identique, que le motif « effectif de l'entreprise » soit retenu ou non. Il convient également de noter que les conditions de travail et la gravité de la pathologie sont les motivations qui arrivent en tête pour les deux sexes.

L'analyse des correspondances multiples est réalisée sur les motivations concernant plus d'un salarié sur dix, cette restriction étant essentiellement liée à un souci de lisibilité. Sur le plan construit à partir des motivations, nous projetons le sexe des salariés, qui est donc utilisé ici comme variable illustrative. Nous observons deux regroupements de motivations : celles concernant les conditions de travail et la possibilité de reclassement d'une part, et d'autre part la demande du salarié, la gravité de la pathologie et le secteur d'emploi. L'absence de danger pour le salarié (Danger pour le salarié : NON) se combine avec l'absence de gravité de la pathologie (Gravité de la pathologie : NON), la non prise en compte du secteur d'emploi (Secteur d'emploi du salarié : NON) et la présence d'une demande du salarié (Demande du salarié : OUI). C'est cette combinaison qui caractérise les femmes.

Figure 4 : ACM des éléments principaux pris en compte dans la décision de l'avis d'inaptitude

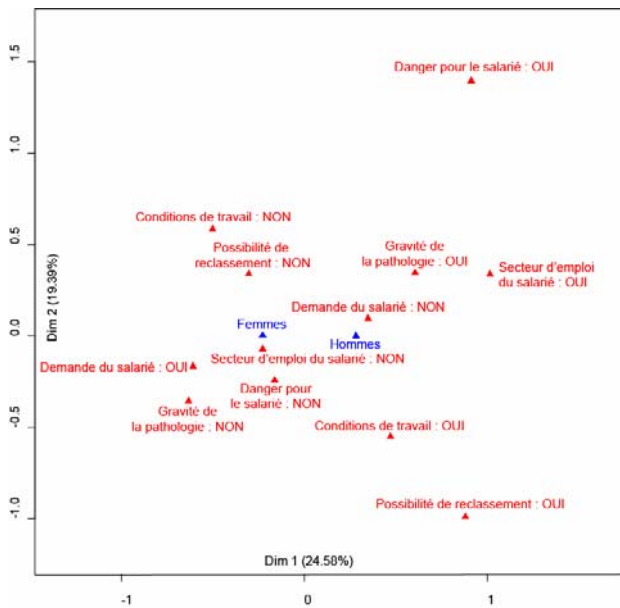
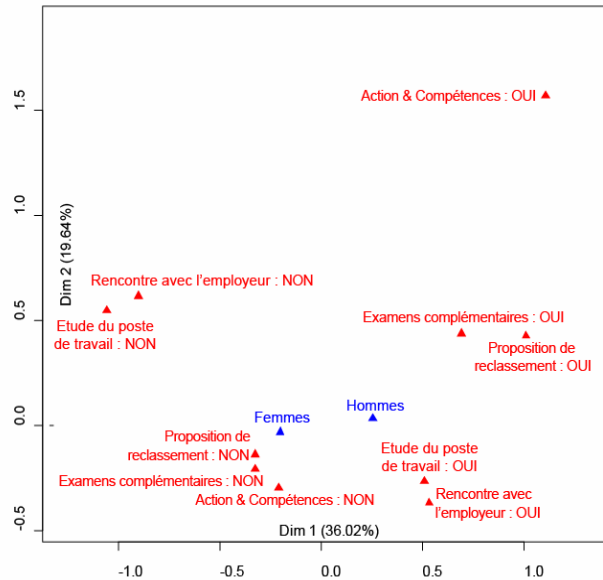


Figure 5 : ACM des démarches engagées préalablement à l'avis d'inaptitude



La même méthode peut être appliquée aux démarches entreprises par le médecin du travail préalablement à l'avis d'inaptitude. Les femmes sont caractérisées par l'absence de proposition de reclassement (Proposition de reclassement : NON), l'absence d'examen complémentaires (Examens complémentaires : NON) et la non sollicitation d'un organisme de maintien dans l'emploi (Action & Compétences : NON). Les hommes pour leur part se caractérisent par l'étude du poste de travail (Etude du poste de travail : OUI) et la rencontre du médecin avec l'employeur (Rencontre avec l'employeur : OUI).

4. DISCUSSION/CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, l'analyse des données issues de l'étude sur les personnes déclarées inaptes au poste par la médecine du travail en Alsace amène de nombreux éléments conformes aux connaissances actuelles en matière de division sexuelle du travail. L'inaptitude s'avère également révélatrice en matière de disparités dans le regard porté sur les situations, voire d'inégalités de traitement. En effet, les observations réalisées sur l'ACM des motivations peuvent être interprétées en termes d'opposition entre inaptitude objectivement fondée (plutôt celle des hommes) et inaptitude basée sur la réponse à une demande du salarié (plutôt celle des femmes). De la même façon, l'ACM portant sur les démarches peut être lue comme indiquant deux modes différents de prise en charge, distinguant l'absence de démarche (plutôt l'inaptitude féminine) de la réalisation d'actions de maintien dans l'emploi (plutôt l'inaptitude masculine). Pour les hommes serait donc considérée une inaptitude objectivement fondée (secteur d'emploi, gravité de la pathologie, etc.) et faisant suite à des mesures pragmatiques (étude du poste de travail, rencontre du médecin du travail avec l'employeur), pour les femmes une inaptitude ne succédant pas à des mesures de sauvegarde et fondée sur la subjectivité du salarié. Nous retrouvons là quelque chose de l'ordre du droit à être objectivement reconnu usé dont bénéficieraient plutôt les salariés masculins (Gollac, et al., 2002) : rappelons par exemple que les tendinites du poignet ou du coude, pathologies touchant principalement les femmes, ont été initialement perçues comme des « névroses de masse » (Messing, 2000).

Ces éléments s'inscrivent bien entendu dans la division sexuelle du travail induite par les rapports sociaux de sexe, division qu'il est possible de rapporter à deux principes organisateurs : « le

principe de séparation (il y a des travaux d'hommes et des travaux de femmes) ; le principe hiérarchique (un travail d'homme « vaut » plus qu'un travail de femme). » (Kergoat, 2001). Les éléments présentés ici nous invitent à poser l'hypothèse que le principe hiérarchique s'étend également à la perte d'emploi pour raisons de santé. Si le recours à la motivation « demande du salarié » est plus fréquent chez les femmes, est-ce parce que les femmes font plus fréquemment part aux médecins du travail d'une telle demande, ou parce que les autres éléments, qui caractérisent objectivement la situation, sont perçus comme ne suffisant pas à justifier l'inaptitude ? La situation des hommes « vaut-elle » une inaptitude, sans qu'il soit nécessaire de la motiver par une demande du salarié, ou ont-ils tout simplement moins tendance à demander l'inaptitude ? Et quand bien même les femmes expriment-elle plus fréquemment une demande, ne serait-ce pas parce qu'elles ont intégré que la reconnaissance sociale de la pénibilité de leur poste n'est pas suffisante pour que celle-ci justifie seule d'une décision d'inaptitude ? Des entretiens semi-directifs réalisés avec des personnes déclarées inaptées volontaires permettront peut-être de lever ces interrogations,

Il reste que l'inaptitude semble faire écho aux stéréotypes et préjugés sur lesquels reposent largement la division sexuelle du travail. Ces résultats peuvent être entendus comme exploratoires et appellent, comme d'autres travaux (Goudswaard, et al., 2003)(Thébaud-Mony, et al., 2005), à la prise en compte plus systématique du critère de sexe dans les études sur la santé et la sécurité au travail : il en va de la qualité du regard porté sur ce déterminant majeur de santé et de l'efficacité des démarches de prévention.

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'implication des médecins du travail de la région Alsace. Leur participation doit être particulièrement soulignée, dans la mesure où le rendu d'un avis d'inaptitude n'est jamais un moment facile : introduire la question de la participation à une étude dans ce contexte relève plus que de la simple formalité. Qu'ils soient donc remerciés pour leur participation à cette étude.

Il convient également de remercier l'inspection médicale régionale du travail et sa secrétaire Catherine Frammelsberger qui ont joué un précieux rôle d'interface entre l'Orsal et les médecins du travail dans la préparation et la réalisation de l'étude.

REFERENCES

- Bihr A. et Pfefferkorn R. (2002), *Hommes femmes quelle égalité ?* Paris : Les éditions de l'atelier Les éditions ouvrières.
- Cormier C. (2005), *Inaptitudes médicales définitives de 2002 à 2004 en région Pays de la Loire*. Nantes : Université de Nantes - Faculté de médecine.
- Omnès C. (2004), *Les mains inutiles*. Paris : Belin.
- Gollac M. et Volkoff S. (2002), « La mise au travail des stéréotypes de genre », *Travail, Genre et Sociétés*, 2002, 8, pp. 25-53.
- Goudswaard A. et al. (2003), *Gender issues in safety and health at work*. Bruxelles : European agency for safety and health at work.
- Guignon N., Niedhammer I. et Sandret N. (2008). « Les facteurs psychosociaux au travail », *Premières informations et premières synthèses*, 22.1.
- Kergoat D. (1982), *Les ouvrières*. Paris : Le Sycomore.
- Kergoat D. (2001), « Le rapport social de sexe. De la reproduction des rapports sociaux à leur subversion », *Actuel Marx*, 30, pp. 85-100.
- Kergoat D. (2004), « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », In Hirata H. et al. (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 35-44.
- European agency for safety and health at work (2005), *Mainstreaming gender into occupational safety and health*. Bruxelles.
- Maruani M. et Meulders D. (2005), « Chômage, sous-emploi et précarité », Margaret M. (dir.), *Femmes, genre et sociétés*. Paris : La découverte, pp. 225-236.
- Messing K. (2000). *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle ?*, Toulouse : Les éditions du Remue-ménage, Montréal & Octarès.
- Pfefferkorn R. (2007), *Inégalités et rapports sociaux. Rapports de classes, rapports de sexes*. Paris : La dispute.
- Ravaud J.-F. et Ville I. (2003). « Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap », *Revue française des affaires sociales*, 1-2, pp. 227-254.
- Thébaud-Mony A. et Volkoff S. (2005), « La santé et les conditions de travail des femmes », Margaret M. (dir.), *Femmes, genre et sociétés*. Paris : La découverte, pp. 289-296.