

Santé au travail, maintien en emploi et genre dans les très petites entreprises

Anastasia Meidani*

Prenant appui sur 32 monographies, le présent article se propose d'interroger la manière dont les travailleur·ses (salarié·es ou dirigeant·es) de très petites entreprises (TPE) en exercice dans trois secteurs d'activité (le bâtiment, la restauration et la coiffure) abordent la survenue d'un événement de santé, qu'il s'agisse d'une maladie chronique, d'un accident du travail (AT) ou d'une grossesse. Côté salarié·es, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte quand un événement de santé surgit : en particulier, les femmes et les hommes ne font pas face aux mêmes contraintes, financières notamment, et n'appréhendent pas le maintien dans l'emploi, le chômage ou la sortie vers l'inactivité de la même manière. Les dirigeant·es de TPE ont, quant à eux/elles, avant tout à cœur de préserver la santé économique de leur entreprise : pour y parvenir, ils et elles invisibilisent parfois leurs propres problèmes de santé, s'efforcent de compenser par eux/elles-mêmes ou en mobilisant des membres de leur famille les arrêts de travail de leurs salarié·es, voire évitent de recruter des candidates en âge d'avoir des enfants.

Si le maintien en emploi des personnes confrontées à des problèmes de santé constitue un enjeu majeur tant pour les salarié·es et les entreprises (BARADAT, FOSSET, 2017) que pour les politiques de santé au travail, force est de constater que la production de connaissances en la matière reste faible (CARRICABURU, HENRY, 2010). En partie impulsée par la structuration du cadre législatif au niveau européen (MIAS, 2010), l'attention portée à la désinsertion professionnelle liée à des événements de santé est présente dans les trois plans nationaux santé-travail successifs (PST 2005-2009, 2010-2014, 2016-2020). La question est également documentée dans le rapport ISSINDOU selon lequel, en 2015, en France, 95 % des salarié·es déclaré·es inaptes sont licencié·es – pour l'essentiel des femmes (LANQUETIN *et al.*, 2004) –, tandis qu'une petite minorité seulement parvient à retrouver un travail – principalement des hommes (*ibid.*). Parmi ces salarié·es, celles et ceux atteint·es de maladies chroniques sont les

* Université de Toulouse II Jean Jaurès, LISST, Délégation CNRS CERTOP; anastasia.meidani@univ-tlse2.fr.

plus nombreux·ses. Enfin, selon les statistiques de l'Assurance maladie, les hommes sont les grands perdants en matière de morbidité (PAÏTA *et al.*, 2016).

Dans la continuité de ce qui précède, la majorité des travaux en santé au travail ont adopté une entrée par pathologie. Aussi instructive soit-elle, cette littérature ne renseigne pas la diversité des expériences de santé qui constitue le point de départ de notre recherche. Notre intention initiale était d'interroger les manières dont des travailleurs et des travailleuses parviennent à articuler activité professionnelle et « problèmes de santé¹ », dans le contexte singulier des très petites entreprises (TPE)². Très rapidement, maladies chroniques (reconnues, ou pas, comme maladies professionnelles), incidents reproductifs³ et accidents de travail (AT) avec séquelles (invalidité/inaptitude⁴) se sont imposés à nous comme catégories d'analyse. Nous avons alors tenté de comprendre ce qu'il y avait de commun entre toutes ces expériences, et de prendre la mesure du genre en tant que variable explicative. Pour ce faire, nous nous sommes intéressée à trois secteurs d'activité – le bâtiment et travaux publics (BTP), la restauration et la coiffure – à la fois parce qu'ils concentrent la majorité des TPE et parce que les activités professionnelles qui s'y déploient sont très variées. Par le choix des TPE, nous cherchions également à combler – du moins en partie – les lacunes de la littérature sur les répercussions des événements de santé sur l'activité professionnelle dans ces structures.

Plus précisément, si un certain nombre de travaux a exploré l'impact de la santé sur la vie professionnelle, et plus particulièrement le maintien en emploi des salarié·es atteint·es de maladies chroniques (JAOUEN, TORRÈS, 2008 ; DUJIN, 2011 ; DELGOULET *et al.*, 2014 ; HUYEZ-LEVRAT, WASER, 2014 ; WASER *et al.*, 2014 ; LHUILIER, WASER, 2016 ; BARADAT, FOSSET, 2017), à notre connaissance aucun d'entre eux ne concerne spécifiquement les TPE, qui représentent pourtant en France 94 % des entreprises et emploient 19 % des salarié·es (MORÉNILLAS, SKLÉNARD, 2019). Dans les études disponibles ciblant les TPE, les accidents du travail et les questions de santé reproductive ne sont quant à eux considérés que de manière marginale, notamment en ce qui concerne leur dimension genrée (ANGELOFF, 2011, 2012 ; SAMUEL *et al.*, 2012 ; JOUNIN, 2015 ; DENAVE *et al.*, 2020).

Soulignant les particularités de ces entreprises en matière de gestion de la santé au travail, la littérature (JAOUEN, TORRÈS, 2008 ; KORNIG, VERDIER, 2008 ; WALTERS, WADSWORTH, 2016 ; COUTROT, LÉONARD, 2017 ; DARES, DGT, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, 2021) indique que les dispositifs de prévention (dont la mise en œuvre revient généralement aux chef·fes d'entreprise) y sont peu développés : plus de la moitié

1. La morbidité n'était pas un critère d'inclusion dans l'échantillon. « Problèmes de santé » est une expression utilisée par les enquêtés et qui recouvre tout événement de santé susceptible de déboucher sur une situation problématique pour les enquêtés.

2. Le décret n° 2008-1354 du 18 décembre 2008 précise la définition économique de l'entreprise et distingue quatre types d'entreprise dont les TPE : moins de 10 salarié·es avec un chiffre d'affaires annuel inférieur à 2 millions d'euros.

3. Il s'agit ou bien de grossesses « qui se passent mal », c'est-à-dire identifiées comme pathologiques par les médecins, ou des interruptions volontaires de grossesses, pour motif médical ou non.

4. Si l'inaptitude et l'invalidité sont des catégories institutionnelles pas tout à fait équivalentes, dans les propos recueillis elles sont mobilisées indistinctement.

des TPE n'a pas encore rédigé le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP, obligatoire depuis 2001)⁵. La mise à disposition des équipements de protection, tant collective qu'individuelle, y est peu fréquente (COUTROT, LÉONARD, 2017). De plus, les connaissances et compétences restreintes en santé au travail des dirigeant-es de TPE, leur attitude de défiance à l'égard des pouvoirs publics (KORNIG, VERDIER, 2008) et leur capacité souvent limitée à organiser le travail de façon stable sur du moyen et long terme sont identifiées comme autant de freins à la bonne gestion des problématiques de santé au travail. Enfin, la complexité de la réglementation et l'absence de contact avec les conseiller-es de prévention chargé-es de s'assurer du respect de la réglementation au sein des différentes instances dont les TPE relèvent en fonction de leur secteur d'activité, constituent aussi des facteurs explicatifs (JAOUEN, TORRÈS, 2008 ; WALTERS, WADSWORTH, 2016).

Par ailleurs, la majorité des travaux qui explorent la santé au travail, passant outre la structuration genrée de leurs enjeux, tiennent les expériences de santé pour homogènes. Ce n'est que récemment que la prise en compte du genre dans l'analyse des trajectoires professionnelles perturbées par des incidents de santé a permis de montrer que les études scientifiques portaient jusqu'alors essentiellement sur l'analyse d'emplois principalement occupés par des hommes (ZAHM, BLAIR, 2003 ; PAIVA, 2012, 2016 ; LIPPEL, 2015). Si ces recherches ont mis en évidence l'invisibilisation des femmes, en particulier dans la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie chronique ou d'un AT, ces processus restent encore mal saisis par l'analyse⁶. La valeur heuristique du genre est le plus souvent mobilisée pour expliquer les écarts genrés en matière de santé par des différences de statut, de rémunération, de qualification et/ou de rôles assumés dans la sphère professionnelle (LAUFER, 2001, 2008, 2014 ; LAUFER, FOUQUET, 2001 ; JOSEPH, LEMIERRE, 2005 ; ALBER, 2013)⁷, ou encore par des disparités genrées à l'œuvre dans la sphère privée – qu'il s'agisse des soins octroyés à des proches ou des tâches domestiques, tous deux assignés aux femmes (HUNT, MACINTYRE, 2000).

Les études qui, à la lisière entre les champs du travail et de la santé, ont pris en considération le genre, sans pour autant cibler explicitement les TPE, se sont pour la plupart focalisées sur le cancer. Ainsi Isabelle PROBST et Silvana SALERNO (2016, paragraphe 2) montrent que « les cancers professionnels sont presque exclusivement masculins, ce qui ne reflète pas l'exposition aux cancérogènes (PAIVA, 2016), alors que les femmes se voient essentiellement reconnaître des troubles musculo-squelettiques (TMS) (EUZENAT, 2010) ». Le recours aux arrêts maladies enregistre aussi des disparités

5. Julien V., Moachon E. (2015), *Risques professionnels et prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles*, Paris, INRS, Viavoice [en ligne] : <http://www.inrs.fr/dms/inrs/Presse/presse-2015/resultats-Etude-TPE-Viavoice-INRS/resultats-etude-tpe-viavoice-inrs.pdf>, consulté le 31 mai 2022.

6. En particulier, les femmes ont plus de difficultés à faire reconnaître l'origine professionnelle de leurs maladies chroniques que les hommes, de même qu'il leur est plus difficile de faire reconnaître leurs accidents de travail comme tels.

7. Postes de direction *versus* d'exécution, division genrée des tâches professionnelles, écarts de salaires entre hommes et femmes, moindre qualification des emplois féminins, ou encore phénomènes de plafond de verre et de plancher collant.

de genre : alors que les femmes sont significativement plus souvent en arrêt maladie que les hommes dans les deux ans qui suivent la survenue de la maladie, cette situation s'inverse ensuite (BARNAY *et al.*, 2015). Par ailleurs, les hommes reprennent plus vite le travail que les femmes, et c'est davantage le cas lorsqu'ils sont en couple (EICHENBAUM-VOLINE *et al.*, 2008 ; MARINO *et al.*, 2013). Selon Ingrid ROBEYNS (2007), les travailleuses atteintes d'un cancer se maintiennent plus souvent en emploi que les hommes à l'issue de leur maladie, tout en subissant plus souvent des difficultés financières. Concernant le champ des travailleur·ses indépendant·es, l'étude de Philippe HA-VINH et ses co-auteurs (2014) montre que les hommes malades ont un risque de cessation d'activité supérieur à leurs homologues féminines.

Les disparités de genre se confirment aussi dans le cadre des AT dont la baisse globale masque en fait une hausse pour les femmes⁸. L'augmentation des maladies professionnelles est, quant à elle, deux fois plus rapide pour les femmes⁹. Enfin, les problématiques liées à la santé reproductive renforcent ce tableau, plaçant les femmes en première ligne de carrières en pointillé (ANGELOFF, 2012).

À l'aune de cette revue de littérature et en vue d'analyser les relations entre emploi, travail et événements de santé dans les TPE (encadré), nous nous intéressons à la gestion des situations de travail que les travailleur·ses des TPE identifient comme « problématiques » et dont l'origine, réelle ou supposée, est un problème de santé (maladie chronique et/ou incident reproductif) ; et, inversement, à la gestion des problèmes de santé dont l'origine, réelle ou supposée, est en lien avec des situations de travail que ces travailleur·ses considèrent comme « problématiques » (AT) (WASER *et al.*, 2014 ; LHUILIER, WASER, 2016).

Nous avons opéré le rapprochement de l'ensemble de ces expériences de santé à la suite d'un triple constat. Tout d'abord, plutôt que d'imposer des catégories exogènes, nous avons examiné toutes les situations que nos interviewé·es identifiaient comme des problèmes de santé, et cherché à saisir les liens qu'ils et elles établissaient entre ces situations et leur travail. Le fait que les incidents reproductifs soient spontanément et quasi systématiquement cités tant par les salariées que par les dirigeantes de TPE, nous a amenée à inclure ces situations dans l'analyse des événements de santé, ainsi que les formes de tension (parfois même de souffrance) insidieuses qui y sont adossées (SAMUEL *et al.*, 2012). Et ce, d'autant que les liens que le travail entretient avec la santé reproductive nous ont paru ignorés, déniés, refoulés ou censurés du côté des hommes, dirigeants ou salariés des TPE. Baromètre de « la santé des femmes », l'analyse des incidents reproductifs met en évidence les stratégies que les travailleuses adoptent pour contourner les difficultés qui en découlent et combiner vie professionnelle et vie privée ; ce faisant, elle révèle l'emprise que l'environnement professionnel des TPE exerce sur ces travailleuses.

8. Assurance maladie, « Statistiques sur les accidents du travail » [en ligne]. <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/statistiques-et-analyse/sinistralite-atmp/dossier/nos-statistiques-sur-les-accidents-du-travail-par-ctn.html>, consulté le 11 février 2022.

9. *Ibid.*

En outre, si la maladie chronique s'accompagne souvent d'une invalidité, dans l'imaginaire collectif, la grossesse est aussi associée à des complications et surtout à un nouveau statut – la maternité – souvent vécu comme un handicap social, puisque certaines femmes qui en font l'expérience, se trouvent de fait, durant leur congé maternité, exclues de la sphère professionnelle pendant un temps et exposées au risque de discrimination et de relégation professionnelles. En d'autres termes, au-delà des grossesses pathologiques, l'avènement d'un·e enfant ne se résume pas à une simple parenthèse dans le cours d'une vie, mais nécessite un réajustement de long terme dans le quotidien du travail, ce qui n'est pas sans rappeler la gestion de la chronicité de certaines situations de santé.

Enfin, le rapprochement entre incidents reproductifs, maladie chronique et AT souligne le caractère éminemment corporel et pénalisant des expériences considérées ici, qui, de surcroît, doivent faire l'objet de certificats délivrés par les instances médicales. Adossées à une conception déficitaire du corps, véhiculée – entre autres – par les dispositifs de protection sociale¹⁰ et associée à des représentations collectives disqualifiantes, ces expériences sont essentiellement pensées sous un angle négatif, tant par les salarié·es que par les employeur·ses.

ENCADRÉ

Méthodologie

Le présent article prend appui sur le volet sociologique de l'enquête multi-sites *SANTPE*¹ – *Santé et travail dans les très petites entreprises* : un creuset pour les inégalités sociales de santé ? Au total 32 monographies, s'appuyant sur des études de cas (tableau récapitulatif en annexe) menées au moyen d'entretiens semi-directifs et d'observations, ont été réalisées. L'échantillon est composé de TPE : des restaurants de taille variable, employant de 2 à 10 personnes (22 entretiens)², des salons de coiffure regroupant de 1 à 6 personnes (19 entretiens), et des entreprises du bâtiment et travaux publics (BTP), rassemblant de 3 à 9 personnes (33 entretiens). Compte tenu de la grande diversité de métiers dans le BTP, le choix a été fait de resserrer la focale sur les secteurs de la maçonnerie, de la rénovation, de la plomberie, sur une entreprise spécialisée en restauration de façades et sur une entreprise de charpente-couverture, en raison de la multitude de risques encourus mais aussi de leur diversité selon l'activité considérée. L'accès au terrain a été rendu possible principalement par les réseaux de connaissances de l'équipe de chercheuses.

1. L'enquête *SANTPE*, à laquelle la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) a apporté son soutien financier et dont Émilie Legrand a assuré la responsabilité scientifique, n'a pas pâti de la crise sanitaire, le recueil des données ayant eu lieu avant.

2. La restauration rapide et la restauration gastronomique étaient exclues.

10. La maladie (professionnelle ou pas), l'AT et la maternité sont reconnus comme des risques sociaux et couverts en tant que tels par la Sécurité sociale.

Si les travailleur·ses peu qualifié·es de notre échantillon ont en commun des expositions aux risques élevées et des problèmes de santé importants (troubles musculo-squelettiques et psychosociaux), ils et elles présentent néanmoins une grande diversité de caractéristiques. Les secteurs d'activité enquêtés recouvrent des populations différenciées tant en ce qui concerne le statut (dirigeant·e, simple salarié·e, responsable d'équipe), que le genre et l'appartenance ethno-raciale : secteurs fortement féminisés (coiffure), masculinisés (BTP) et mixtes (restauration), où les minorités racisées sont présentes (notamment dans le BTP et la restauration).

L'organisation du travail et le mode de gestion de la main-d'œuvre sont assez différents d'une entreprise à l'autre, laissant plus ou moins de place, selon les cas, à l'initiative des salarié·es et à un management horizontal, avec des figures patronales peu ou prou marquées par une posture dirigeante « traditionnelle ». Le recours (ou non) des dirigeant·es aux membres d'une même famille vient compléter ce panorama. C'est probablement au niveau de la santé économique des entreprises et des relations interpersonnelles en leur sein que la diversité est moindre. Les TPE qui ont accepté de participer à l'enquête sont, en effet, dans l'ensemble, des entreprises qui se portent relativement bien sur le plan économique et où les relations entre salarié·es ou entre salarié·es et patronat sont globalement jugées « bonnes » par les travailleur·ses. Cela étant, du fait de la vulnérabilité due à leur statut de travailleur·ses en TPE, la plupart ont connu par le passé des difficultés économiques et/ou relationnelles, d'autres en connaissent d'ailleurs encore. Le dispositif d'enquête les amène à nous parler de leurs problèmes de santé actuels ou passés qui, subrepticement, permettent de révéler les difficultés et contraintes rencontrées dans leurs activités professionnelles.

Centré sur les intrications entre problèmes de santé et situations de travail identifiées comme problématiques par les salarié·es et les dirigeant·es des TPE, l'article est construit en deux parties. La première est consacrée au regard que portent les salarié·es des TPE sur ces intrications ; la seconde à celui des dirigeant·es. Au sein de chaque partie, nous nous intéressons d'abord aux situations de maintien dans l'emploi, puis aux sorties du métier : inaptitude, chômage et reconversion.

Regards de salarié·es de TPE sur les liens santé-travail

Le maintien dans l'emploi au prix d'un oubli de la santé : des contraintes financières aux contraintes familiales

Fatima¹¹, 46 ans, serveuse considérée comme « méritante » par ses patron·nes du restaurant marocain *Le Marrakech*, est atteinte d'un cancer, une maladie qui s'ajoute au diabète dont elle souffre depuis de nombreuses années. Nazira, à la fois patronne du restaurant et cuisinière, a accepté de conserver le poste de Fatima et de le basculer en

11. Pour des questions d'anonymisation, tous les prénoms mobilisés dans ce texte sont des pseudonymes.

mi-temps thérapeutique : avant son diagnostic, Fatima assurait 21 heures par semaine. Mais le mari de la patronne n'est pas d'accord, et même s'il souhaite se montrer solidaire envers une vieille amie « du bled » qui élève seule ses enfants, il considère que Fatima « est payée à rien faire » : « Avec mon fils, on peut faire tourner le restau sans elle. »

Si le fait de travailler en (quasi-)famille est généralement jugé par les enquêtés comme « très adapté » au fonctionnement des TPE, il peut avoir un impact économique non négligeable, générant des conflits de loyauté au fort coût moral. Ainsi, le maintien du poste de Fatima en mi-temps thérapeutique se fait au prix d'un niveau de rémunération faible pour les membres de la maisonnée travaillant dans le restaurant et un coût moral élevé, tant pour la patronne et son mari que pour leur fils. Le père et le fils en salle doivent non seulement accepter de faire ce que la salariée ne peut plus faire, mais aussi, disent-ils, « subir sa mauvaise humeur », ce qui est également le cas de la clientèle¹².

Capucine, 30 ans, seule employée du salon de coiffure d'Émilie, souffre du dos, en raison de la station debout prolongée exigée par son activité professionnelle, que l'enquêtée met en lien avec « ses problèmes de dos ». De plus, à la suite de sa grossesse, une forme d'endométriose lui a été diagnostiquée, pathologie en théorie incompatible, selon son médecin, avec son métier de coiffeuse, qu'elle n'envisage pourtant pas de quitter. Elle a également un problème de canal carpien nécessitant une intervention chirurgicale qu'elle reporte sans cesse, ainsi que des allergies et des crevasses aux mains. Malgré ses problèmes et ses douleurs diffuses, Capucine n'envisage pas d'engager une procédure de reconnaissance en maladie professionnelle, et tient le même discours de banalisation de ses problèmes de santé que sa patronne, seule réponse apportée à « ses soucis ». Ainsi, elle accepte la douleur et compose avec, car « cela fait partie du métier : ton métier, tu l'as choisi, tu sais ce que tu veux, donc c'est comme ça. » Du fait de sa socialisation secondaire développée lors de sa trajectoire de formation¹³ et du discours de sa patronne, Capucine a fait sienne l'idée que dans ce métier les douleurs de dos et d'articulations sont fréquentes et « normales ». Par conséquent, une fois dans le métier, on est tenu de les accepter, de ne pas s'en plaindre, de « ne pas s'écouter ». D'ailleurs, rien n'est mis en place, par elle-même ou par sa patronne, pour prévenir ses douleurs ou pour les diminuer, dans le travail ou en dehors. D'après Capucine, c'est donc sa « nature » résistante qui lui permet de tenir, parce qu'elle est « dure au mal ».

Les cas présentés ci-dessus sont à mettre en regard des résultats d'enquêtes (BARNAY, 2005, 2008 ; BARNAY *et al.*, 2010 ; MARUANI, 2017), selon lesquels les femmes sont, tous secteurs d'activité confondus, plus souvent en emploi que les

12. Notons que tous secteurs confondus, les hommes salariés ont moins recours au temps partiel thérapeutique que les femmes. Dans les TPE, si les hommes demandent moins souvent un temps partiel que les femmes, c'est aussi (du moins en partie) parce que les employeur-ses sont moins enclin-es à leur proposer ou à accepter une réduction de leur quotité de travail.

13. La formation de Capucine consiste en un certificat d'aptitude professionnelle (CAP), complété par un brevet professionnel (BP) coiffure.

hommes après un diagnostic de maladie grave – ce qui correspond au cas de Capucine. Si cette observation se confirme du côté des TPE – et ce quelle que soit l'expérience de santé examinée –, la prise en compte du statut professionnel est indispensable pour saisir les enjeux du maintien dans l'emploi pour ces salarié·es. Plus concrètement, nous soutenons qu'au-delà des contraintes financières, les contraintes familiales sont également à considérer pour rendre compte de ces situations.

Selon la littérature, une fois en couple, les hommes ont une meilleure « rentabilité » sur le marché du travail (LOLLIVIER, 2001 ; ALLARD *et al.*, 2002 ; DUPRAY, NOHARA, 2013) et notamment une meilleure rémunération et des postes plus élevés que les femmes (MORIN, REMILA, 2013 ; GEORGES-KOT, 2020). Les femmes sont plus nombreuses dans les emplois à temps partiel, qui sont souvent plus précaires (tous secteurs d'activité confondus, 30,6 % de travailleuses occupent un emploi à temps partiel, contre seulement 7,7 % des hommes ; GEORGES-KOT, 2020), et ont davantage tendance à réduire leur offre de travail à la naissance d'un·e enfant. Enfin, pour Bassem BEN HALIMA et ses co-auteur·rices (2016), l'effet délétère de l'âge sur l'emploi n'a été observé que pour la population féminine : le risque de ne plus être en emploi à la suite d'une épreuve de santé est plus élevé chez les femmes que chez les hommes – et ce notamment après 50 ans.

À l'intersection du genre et de la situation familiale, dans le contexte singulier d'une trajectoire professionnelle dans les TPE déstabilisée par une épreuve de santé, c'est la présence d'au moins un·e enfant à charge qui semble favoriser le maintien en emploi, en particulier chez les salariées qui sont mères de famille monoparentale. Ce constat, issu de l'enquête *SANTPE* (encadré 1), complète les conclusions de Marie-Thérèse LANQUETIN et de ses co-auteur·rices (2004), qui rendent compte des inégalités persistantes entre les hommes et les femmes sur le marché du travail.

Par ailleurs, l'impact de l'environnement professionnel des TPE sur la gestion des expériences de santé est également à prendre en compte. À la suite de l'annonce-diagnostic d'une maladie grave et chronique ou d'un incident reproductif, les femmes, initialement moins présentes dans les postes de direction et plus souvent concernées par le temps partiel, décident généralement de diminuer leur quotité de travail, tandis que les hommes réduisent plus fréquemment leur temps réel de travail, tout en se maintenant à temps plein (MEIDANI, 2022). Et c'est justement leur statut professionnel qui leur permet de le faire. Les exemples des patrons des restaurants *Bacchus* et *Promenade* confirment cette observation : pour faire face à leurs problèmes de santé (dus à des postes antérieurs particulièrement usants dans la restauration), ces patrons demandent l'aide de leurs enfants et du personnel, sans pour autant renoncer à la rémunération d'une activité à temps plein.

Enfin, le système de compensation sociale (indemnités journalières pour arrêt maladie) étant un dispositif destiné à compenser la perte de salaire induite par une réduction de la capacité de travail résultant d'une maladie, le montant de la pension versée dépend du salaire. Le niveau de rémunération des femmes, plus faible que celui des hommes, pourrait donc expliquer la tendance de celles-ci à être plus souvent

en emploi que leurs homologues masculins, et ce malgré la dégradation de leur état de santé. D'autant que, nous l'avons vu, elles doivent prendre en considération des contraintes non seulement financières, mais aussi familiales. En outre, repoussant *de facto* à plus tard l'accès aux postes de direction, les incidents reproductifs entrent en ligne de compte dans la régulation de leur activité professionnelle. L'impact de tels incidents sur l'activité est, de fait, plus prononcé chez les femmes salariées des TPE. En effet, dans les TPE, les femmes occupent des postes qui, plus encore que dans les autres types d'entreprises, sont exigeants envers les corps, qui peuvent être de plus fragilisés par l'épisode de santé reproductive.

Patronne du salon de coiffure *La Boutique*, Marion travaillait auparavant dans une grande enseigne. Au bout de six mois dans ce précédent poste, elle tombe enceinte. À son retour de congé maternité, elle apprend que l'entreprise a été rachetée, alors qu'elle avait espéré devenir rapidement responsable du salon. Elle y reste tout de même employée avant qu'un « bébé surprise » ne vienne de nouveau interrompre provisoirement sa trajectoire professionnelle. En 2015, au terme de son second congé maternité, elle décide de quitter la coiffure pour trouver un emploi avec « des horaires de bureau », plus compatible avec sa vie familiale. Elle est alors embauchée en tant qu'assistante de direction dans l'entreprise de transport de son père. Mais « la coiffure lui manque » et, malgré des avis médicaux qui s'y opposent, elle décide d'acheter le salon dans lequel elle travaillait avant de tomber enceinte. Depuis, son statut de dirigeante lui impose un rythme effréné de travail qu'elle embrasse « sans broncher » : elle a « deux gosses à élever ».

Chômage *versus* invalidité et effet de genre : la « bonne ambiance » au travail comme régulateur des aléas de santé du personnel

Dans la lignée de ce que montre la littérature, nos résultats donnent à voir des figures masculines endommagées par les épreuves de santé (HUNT, MACINTYRE, 2000 ; MEIDANI, 2018, 2020 ; MEIDANI, ALESSANDRIN, 2019) : les hommes sont ainsi plus souvent que les femmes en situation d'inactivité pour invalidité qu'au chômage, chômage que les femmes mobiliseraient davantage, parfois à titre « préventif » pour se soigner (CHAUPAIN *et al.*, 2007 ; ANGELOFF, 2012).

Âgée de 35 ans, Mélanie raconte qu'elle a rejoint l'équipe du salon de coiffure *L'Équilibre* « pour rendre service au patron¹⁴ », à la suite du départ de Pauline, une de ses quatre salariées, en congé maternité. Née en France métropolitaine, Mélanie a vécu à La Réunion pendant quinze ans, où elle a travaillé comme coiffeuse. Mais elle a également beaucoup voyagé avec son conjoint, rencontré sur l'île, et a cessé de travailler à la naissance de ses enfants pour « profiter » de sa vie de famille. Son conjoint, en inactivité, et elle-même ont vécu des aides sociales « pendant toute une

14. En effet, au cours de l'entretien, Mélanie insiste sur le fait que le salaire n'est pas vraiment nécessaire pour vivre, les aides sociales pouvant suffire.

période », ce qui semble témoigner d'un rapport distancié au travail rémunéré. Et c'est justement parce que le travail n'est pas central dans sa vie, que Mélanie parvient à s'économiser et à éviter les problèmes de santé, pense-t-elle :

« Le travail, c'est pas la vie. Certes, on a besoin de travailler pour manger et pour machin mais on a pas besoin de travailler pour vivre quoi, donc non, non. Moi je vais plutôt essayer de m'économiser au travail des forces [*rires*] pour chez moi avec les enfants machin [...] que de faire l'inverse. Je fais passer le travail après ma vie, [...] je suis pas une fana du travail, j'adore travailler, j'adore le contact avec les gens, j'aime ce que je fais et tout ça, mais je veux pas que ça empiète non plus sur ma vie, et j'ai d'autres choses à faire que travailler [*rires*]. Donc voilà, c'est peut-être pour ça que j'ai pas de problèmes de santé, que j'ai pas trop de mal de dos et que... Parce que je fais vraiment la différence. »

Pour autant, Mélanie a un projet professionnel. Adepte du yoga et de la méditation qu'elle pratique quotidiennement depuis plus de quinze ans, elle se forme en vue de développer sa propre activité de « coiffure itinérante : coiffure bien-être », pour laquelle elle prévoit d'acheter un camping-car.

Alors que Mélanie semble avoir trouvé une stratégie efficace pour la gestion de sa propre santé, elle est dans le même temps mise en cause par ses collègues en raison de son absence d'investissement dans le travail au salon. Parce qu'elle ne vient pas spontanément en aide à ses collègues et parce que, de surcroît, elle fait « mal son boulot », le collectif de travail affirme être fragilisé par sa présence. Par ricochet, c'est la santé des autres salariées qui en est affectée : physiquement, en raison d'une surcharge de travail (l'une d'entre elles reprend une partie de la clientèle de Pauline lorsque celle-ci part en congé maternité), mais aussi mentalement.

Le témoignage de Mélanie recoupe celui de Laetitia dans le sens où cette dernière, comme Mélanie, songe à partir du salon dans lequel elle exerce afin de monter un projet qui lui convienne mieux et lui permette de préserver sa santé. Actuellement apprentie dans le salon de coiffure de Sara, Laetitia envisage de s'installer au *black* – projet dont Sara n'est pas au courant. Laetitia compte passer le CAP juste après son opération au genou prévue deux mois plus tard, qui devrait lui permettre « de remédier à ses douleurs diffuses aux jambes et au dos à force de piétiner ». Elle envisage d'enchaîner avec une période de chômage, le temps de mettre au point son projet. Laetitia mentionne aussi des douleurs aux poumons qu'elle attribue au stress qu'elle éprouve au travail et à sa consommation de tabac qu'elle juge « excessive ». Alors que Sara, comme c'est souvent le cas au sein des milieux populaires dont elle est issue, a plutôt tendance à se résigner aux risques du travail, ce n'est pas le cas de Laetitia, ce qui est plutôt en adéquation avec le milieu plutôt aisé dont elle est issue. C'est d'ailleurs Laetitia, et non pas sa patronne, qui nous parle des gants et de la nécessité d'utiliser un masque (« même si ce n'est pas très cool pour les clients ») ou encore du recours à la hotte qui permet de « contrôler la toxicité des produits ».

Cette logique anticipatrice, qui se conjugue au féminin, détonne avec la manière dont les salariés du BTP gèrent les dommages corporels survenus à la suite d'un AT.

En 2003, Gilles, dont le fils était également employé dans l'entreprise familiale dirigée par Chantal, traverse un toit en fibrociment et devient paraplégique. Gilles n'a porté plainte contre sa patronne qu'à contrecœur, quelques années après l'accident et sur les conseils de son avocat. Il ne souhaitait pas le faire mais ce dernier lui a expliqué que c'était nécessaire pour obtenir des indemnités.

Examinant les sorties de l'emploi du point de vue du genre et de l'âge, un certain nombre de recherches (LANQUETIN *et al.*, 2004 ; BONNET, HOURRIEZ, 2012 ; ROSENDE, SCHOENI, 2012 ; MORIN, REMILA, 2013 ; CHAMKHI, TOUTLEMONDE, 2015) ont pu établir un double constat. Alors que les femmes font des études plus longues que les hommes, elles ont des trajectoires professionnelles plus souvent interrompues (à cause des congés maternité et d'épisodes de chômage), ce qui implique également des interruptions dans le versement de leurs cotisations. Par conséquent, les inégalités de genre sont manifestes en fin de carrière notamment – le montant moyen des pensions de retraite des femmes étant nettement inférieur à celui des hommes. Les femmes doivent donc travailler plus longtemps pour valider le nombre de trimestres nécessaires à l'obtention d'une pension de retraite complète, et à cela s'ajoutent des rémunérations plus faibles que les hommes, les TPE ne faisant pas figure d'exception à cet égard. Le départ vers l'inactivité, moins fréquent chez les femmes travaillant dans une TPE que chez celles travaillant dans d'autres types d'entreprises, résulterait donc de parcours professionnels différenciés. S'attendant à recevoir une compensation financière moins importante (voire insuffisante) que celle des hommes, ces travailleuses seraient ainsi plus souvent contraintes à se maintenir en activité : en emploi ou au chômage. Ce qui revient à dire que, chez les femmes, ce n'est pas la dégradation de la santé qui conduit à anticiper l'âge de cessation d'activité, mais les conditions d'exercice professionnel en TPE qui les empêchent de le faire, les conduisant à rester en emploi en dépit de leurs problèmes de santé – à condition bien sûr que les séquelles de la maladie ou de l'AT le leur permettent.

Si l'analyse qui précède met en lumière la gestion genrée des épreuves de santé et des modalités de sortie de l'emploi, elle ne prend pas en compte les modes de régulation élaborés par le collectif de travail pour éviter qu'il y ait rupture. Les témoignages recueillis indiquent que la « bonne ambiance », adossée à la qualité des relations interpersonnelles au travail, limiterait les déséquilibres induits par les aléas de santé du personnel. Le bénéfice moral ainsi obtenu, qui permet de « tenir au travail », s'accompagne d'une acceptation de conditions de travail susceptibles d'être néfastes pour la santé. Ainsi, l'état du collectif, qui se mesure à la qualité relationnelle et à la solidarité entre collègues, l'homogénéité de leur profil sociodémographique ainsi que la vitalité économique de l'entreprise en viennent à passer avant la santé de chaque salarié.e.

Claudine, épouse du patron et responsable du salon *L'Équilibre*, est en arrêt maladie longue durée depuis deux ans au moment de l'enquête : elle souffre d'un cancer et finit par être placée en soins palliatifs. Si, dans un premier temps, les quatre salariées du salon ont pu absorber la charge de travail supplémentaire consécutive à

l'absence de Claudine, le départ en congé maternité de Pauline a rendu obligatoire l'embauche de Mélanie. Mais le détachement de Mélanie vis-à-vis de son travail (voir *supra*), son manque d'investissement dans la vie du salon, le fait qu'elle semble aux yeux de ses consœurs bien moins compétente que Pauline qu'elle remplace ainsi qu'un comportement jugé « décalé » lui valent des critiques virulentes de la part de ses collègues. Émeline par exemple (qui assure des fonctions de responsable depuis le départ de Claudine en arrêt maladie), lui reproche de « boire son café à la caisse située à l'entrée du salon », tandis que Laura estime « inadmissible » qu'il lui arrive de boire au robinet du bac à shampoing, juste derrière les clients dont elle s'occupe. Face à un tel « tempérament » qui rend difficile son intégration dans le collectif, les salariées sont unanimes : il s'agit de la situation de travail la plus problématique qu'elles aient jamais rencontrée. Outre le fait qu'elle affecte l'« ambiance » dans le salon, elle entraîne une surcharge de travail pour Émeline, Laura et Agathe, qui pallient les « failles » de Mélanie, en reprenant une grande partie de la clientèle de Pauline.

Émeline souligne ainsi être « sur les nerfs », ce qui, pense-t-elle, aggrave ses insomnies qui peuvent lui valoir de passer des nuits blanches. Pour autant, elle ne considère pas avoir un problème de santé : « J'ai pas de problème de santé, moi, j'ai juste des problèmes de sommeil. » Au cours de l'entretien, Émeline oscille entre la minimisation, voire le déni de ses troubles de sommeil, et leur description détaillée : elle estime que, depuis deux ans, ils ont des répercussions « catastrophiques » sur son moral, sa vie privée et son travail, puisqu'elle considère que son irritabilité et ses pertes de mémoire sont des effets indésirables des somnifères qu'elle consomme. Lorsque l'enquêtrice lui demande si elle rencontre des difficultés sur le plan moral, Émeline indique : « J'ai pas le tempérament comme ça, donc je le ressens pas ou je veux pas le voir. »

Les dirigeant·es de TPE face à la maladie

« Tenir au travail » coûte que coûte ?

D'après les discours des dirigeant·es de TPE confronté·es à un problème de santé, nous comprenons que les hommes se maintiennent aussi souvent en emploi que les femmes, et que la situation financière de ces dernières est plus précaire que celle de leurs homologues masculins. La structuration même du travail dans les TPE semble ainsi en partie gommer les effets de genre. Le témoignage d'André, patron du restaurant *Le Terroir*, 45 ans, opéré d'un cancer de la thyroïde, va dans ce sens :

« Moi j'ai été arrêté [*sourire*], cancer, l'année dernière ; donc ça c'est pareil, c'est très compliqué, très compliqué, dans nos petites boîtes d'être arrêté : qui va me remplacer à part ma femme ? Même ma femme, ça a été compliqué avec son coude [*cassé*] [...] ; c'est trois mois d'arrêt [*pour le cancer*] et je me suis arrêté quinze jours. [...] On est une trop petite entreprise pour s'arrêter, on peut pas rester chez nous dans le canapé,

c'est pas possible [*sourire*], c'est le gros problème de nos métiers, très gros problème. [...] Pour mon cancer-là, il a fallu que je me fasse opérer donc j'ai pas eu le choix. Et donc du coup, j'ai dit à ma femme : "Le soir tu fermes, le vendredi soir, le samedi soir", donc perte de chiffre d'affaires. [...] J'aurais pas été en couple, qu'est-ce que j'aurais fait ? [*soupir*] Qu'est-ce que j'aurais fait ? J'aurais peut-être perdu mon fonds de commerce. On peut pas demander à un salarié de faire vingt heures [par jour]. »

Les propos d'André illustrent les configurations socio-économiques et organisationnelles propres aux TPE, et témoignent de la nécessaire prise en compte des trois contraintes structurelles du secteur de la restauration : extension du temps de travail le soir, la nuit et le week-end, polyvalence limitée car tout le monde ne détient pas les compétences de cuisinier et, enfin, travail en « quasi-famille ». Ils confirment également les effets souvent à double tranchant des stratégies que les dirigeant-es mobilisent pour faire face aux contraintes liées à des problèmes de santé. La régulation – ou solution – trouvée pour soulager l'une des difficultés pesant sur l'activité peut, à son tour, avoir un effet délétère. Ainsi, le coude cassé de l'épouse d'André est la conséquence d'un AT qu'elle pense provoqué par la surcharge de tâches qu'elle a dû assurer depuis que son mari est malade du cancer. Enfin, à une exception près au sein de notre terrain, nous n'avons repéré aucune figure masculine venir en aide à son épouse, cheffe d'entreprise, pour pallier sa santé fragilisée. Le soutien familial semble donc avoir un caractère genré.

D'autres trajectoires vont dans le même sens que ce qui vient d'être relaté. Malgré des difficultés respiratoires dues à un « asthme professionnel », des essoufflements qui se sont déclarés au moment de sa seconde grossesse et des maux de dos occasionnels, Marion (cf. *supra*) a acheté le salon de coiffure dans lequel elle a travaillé par le passé. Pourtant les médecins lui avaient indiqué qu'il faudrait qu'elle stoppe son activité de coiffeuse à moyen terme, du fait de ses problèmes de santé. Confrontée aux tensions dues à ses nouvelles fonctions de direction, Marion décide plutôt d'arrêter son suivi médical : « Après franchement, honnêtement, j'ai un peu lâché le truc parce que si on écoute les médecins, faut tout arrêter. On va à la médecine du travail, on a mal au dos, on est mis en invalidité. Donc... » Toutefois, Marion précise que depuis deux mois environ, elle éprouve une importante fatigue ainsi que des baisses de moral, probablement occasionnées par les longues journées de travail qu'elle enchaîne : six jours sur sept, sans interruption ou presque. Mais son ethos professionnel l'emporte sur ses difficultés.

L'endurance et l'abnégation face aux risques du métier sont des qualités également attendues par Émilie, dirigeante d'un salon de coiffure depuis plus de dix ans. Pour cette cheffe d'entreprise, il est inenvisageable de s'arrêter, y compris pour des raisons de santé. Pourtant sa propre santé mentale et psychique semble fragilisée. Elle ressent un important stress professionnel, en particulier depuis qu'elle rencontre des difficultés économiques en raison d'un environnement devenu très concurrentiel avec l'ouverture de deux salons de grandes enseignes à proximité du sien. Mais Émilie persiste : « À ton compte, tu n'as pas le droit d'être malade. » Cette endurance est

une qualité qu'elle reconnaît à Capucine, sa salariée. Émilie nous explique qu'elle est d'autant plus attachée à son employée que les générations actuelles se plaignent trop à son avis, comparativement aux plus anciennes, beaucoup plus robustes et moins geignardes : « Mes anciens patrons, je ne les ai jamais entendus se plaindre comme on se plaint. On s'écoute un peu trop, je trouve. »

Le fait qu'Émilie fasse référence à ses anciens patrons témoigne des liens que l'ethos professionnel entretient avec le genre, l'âge et la génération. Pour la majorité des dirigeant·es de TPE, lors des recrutements, l'âge des candidat·es est une variable d'ajustement. En embauchant des jeunes, ils et elles espèrent compenser la pénibilité inhérente à leur métier. Mais cette stratégie se trouve percutée par une logique de genre : les jeunes femmes retenues, tout en faisant preuve d'esprit d'initiative, s'avèrent moins fidèles à l'entreprise que leurs aînées. En effet, elles accordent tout autant d'importance à la sphère privée, aux préoccupations qui y sont liées et aux questions de santé qu'à leur activité professionnelle.

D'origine cambodgienne, Sara est la patronne du salon *Max coif*. En raison de son accent prononcé, Sara peine à se faire comprendre par ses client·es qui, parfois, cherchent auprès des apprenties la « traduction » de ses propos. Sara ne s'appesantit pas pour autant et « trace », comme elle dit. Pour drainer davantage de monde, elle cherche à attirer la clientèle de passage, ce qui implique une double organisation « sans et avec RDV », d'autant que Sara « ne dit jamais non ». Pour relever le défi, la patronne déclare « ne pas travailler avec la montre, comme les Français », et mise sur ses « assistantes » qui présentent toutes le même profil : de « jeunes femmes » apprenties, âgées de 17 à 25 ans, sans enfant, en fin de parcours de formation. Si ce choix permet à Sara d'avoir des horaires d'ouverture étendus, les propos de la patronne sur « les Français » et les « jeunes femmes » révèlent aussi ses difficultés à embaucher et à fidéliser la main-d'œuvre. Pour Sara, recruter en fonction de l'âge, du statut parental et du genre est une condition à la fois pour tenir la cadence, répondre à l'imprévisibilité des demandes et minimiser les charges. Un tel choix vise aussi à stabiliser les interactions entre la patronne – dont l'autorité est, d'après elle, fragilisée par son profil migratoire – et ses employées. Pourtant, Sara se trouve confrontée à la multiplication des départs inopinés de ses « assistantes ». Ainsi, si la patronne se dit « satisfaite » de son apprentie actuelle, Laetitia, elle ne manque pas de préciser qu'« elle est tout le temps malade et, parfois même, elle ne prévient pas », si ce n'est à la dernière minute. Plus généralement, Sara déclare en avoir assez des arrêts maladie et des congés maternité de ses apprenties, pour lesquelles « la vie privée passe avant leur activité professionnelle », ce qui représente une source de stress permanent pour elle.

Dans le secteur fortement masculinisé du BTP, les dirigeant·es s'appuient sur les figures masculines « du pays », faisant ainsi la part belle aux solidarités « communautaires ». Mario a quitté son pays, le Portugal, en 1987. « Clandestin » à son arrivée, il a monté son affaire avec un compatriote et est devenu associé et codirigeant de l'entreprise *Maçonnerie SARL*. Âgé de 56 ans au moment de l'entretien, Mario se remémore ses premiers pas au pays aux côtés de son père, entrepreneur indépendant

dans le BTP également. Mario se montre critique face à l'évolution de ce secteur d'activité en France et à la place qui y est réservée aux questions de santé :

« J'avais 13 ans quand j'ai commencé. Au Portugal, on commence très tôt. C'est ce qu'on devrait faire ici en fait, il y aurait moins de grèves pour les retraites [*pires*]. [...] Je prends pas [d'apprenti] parce que je vais pas payer un bonhomme 800 euros par mois à rien faire, parce qu'il a le droit de rien faire un apprenti. [...] Les maçons non plus parce qu'il y en a pas. [...] Personne veut bosser dans le bâtiment aujourd'hui. Vous allez au Pôle emploi, vous demandez un maçon, ils rigolent. [...] Moi, j'ai tendance à dire qu'on vit dans un monde de feignants. [...] [Au début], on connaissait personne. Et on avait un client, c'était un seul client, c'était un Portugais qui avait une entreprise depuis quarante ans. [...] En fait, ça nous a permis de nous lancer parce qu'on travaillait avec son matériel à lui. [...] Romain [salarié], c'était, on va dire, une ancienne connaissance puisqu'il est quand même d'origine portugaise. [...] Toutes ces embauches se passent comme ça, c'est des connaissances. »

En avançant dans son récit, Mario fait référence à son état de santé, banalise ses problèmes de dos et souligne que son statut ne lui permet pas de se mettre en arrêt, contrairement à ses salariés qui n'hésitent pas à se saisir de cette possibilité, même s'il s'agit de « gars du pays » : « J'ai quarante et quelques années au chantier, donc moi aussi j'ai mal au dos. [...] Il [salarié] a commencé à faire des arrêts. C'est un ouvrier. Voilà. »

À l'instar de Mario, Sara, Émilie ou André, les dirigeant·es de TPE seraient donc réticent·es à se mettre en arrêt maladie de peur de compromettre l'avenir de leur entreprise : la nature des postes qu'ils et elles occupent pèserait plus dans leurs décisions que l'appartenance de genre. L'impact de celle-ci ressurgit quand on considère les stratégies de régulation différenciées mises en place par les dirigeants et les dirigeantes : recours aux membres de la famille et notamment aux femmes ; recrutement de jeunes et notamment d'apprenties ; embauches de « gars du pays ». La combinaison heureuse de ces stratégies s'observe rarement. En général, chacune d'entre elles – en s'articulant aux contraintes de l'activité (forte amplitude horaire, pénibilité inhérente au métier, etc.) – contribue plutôt à renforcer les conséquences négatives sur la santé.

Les dirigeant·es des TPE face à la sortie du métier : inaptitude, chômage et reconversion

Mais comment le personnel dirigeant se positionne-t-il face aux sorties de l'emploi ? C'est sans doute la gestion des AT qui dessine le plus clairement le clivage entre salarié·es et dirigeant·es. Ainsi, Eduardo, codirigeant d'une entreprise de maçonnerie, « dénonce » une stratégie mise en place par les salarié·es du BTP, pour la plupart des hommes, qui n'hésiteraient pas à tirer profit des risques du métier :

« Fin juin, il [salarié] rentre un vendredi après-midi bloqué, bloqué du dos. [...] [Le lundi suivant, le salarié m'appelle :] “Non mais ça va mieux, demain je viens bosser.” Donc le mardi matin, il vient, il commence à 8 heures. À 8 h 15, il rentre chez lui. [...] »

Et la semaine d'après, il m'envoie une prolongation et un récapitulatif du premier arrêt : AT. [...] J'appelle mon comptable, je lui dis : "Ça se passe comment ?" Il me dit : "C'est simple, tu as trois semaines pour le reclasser ou tu vires." [...] Donc on lui envoie une lettre, on [le] vire [...]. Moi, je crois qu'il connaissait mieux les bureaux à l'inspection du travail que sa maison à lui en fait... [...] Dix-neuf ans d'entreprise, il a toujours eu un salaire pas mal, il était à 2400 net quand il est parti. J'avais 17000 et quelques euros d'indemnités d'ancienneté. [...] Par contre, l'histoire d'incapacité, c'est la sécu. En fait si la sécu vient à accepter l'accident de travail, tu dois payer l'incapacité. [...] C'est les indemnités fois deux. [...] Heureusement qu'on avait un peu de sous parce que ça nous foutait dans la merde... [...] Je suis passé la veille de Noël lui faire un chèque de trente et quelque mille. [...] Le mec, il a eu l'audace en fait de me recevoir avec les mains pleines de colle de carrelage et de silicone. [...] Aujourd'hui, il est autoentrepreneur dans le bâtiment. Donc... [...] Il y a de l'abus et on ne fait rien. [...] Le gouvernement, c'est un truc de plus qui tombe dans leur caisse. »

L'étude de Jean-François RAVAUD et Isabelle VILLE (2003, p. 248), qui s'appuie sur les enquêtes *Handicaps, incapacités, dépendance*, montre qu'« à âge, incapacités, aides et limitation équivalents, les femmes se déclarent au final 30 % de fois moins souvent handicapées que les hommes ». Les auteur·rices ajoutent que, d'une part, à âge équivalent, les femmes font moins de demandes d'invalidité et, d'autre part, lorsqu'elles le font, leur demande est moins souvent acceptée. Témoinant d'une gestion sociale du handicap différente selon le genre, ces constats font écho à nos résultats. Certes, les hommes sont plus souvent victimes d'AT que les femmes – du moins dans les secteurs d'activité considérés ici. Mais ce que décrivent J.-F. RAVAUD et I. VILLE laisse également supposer que, dans le cas spécifique des AT dans les TPE, la mise en arrêt de travail (plus fréquente chez les femmes) et la mise en invalidité (plus fréquente chez les hommes) sont la conséquence de perceptions et de représentations différentes, car générées, des conséquences handicapantes d'une dégradation de la santé. La prise en charge institutionnelle des conséquences durables des AT, relativement bien balisée aujourd'hui, devrait niveler de telles différenciations. Or, la réalité des faits ne le confirmant pas, elle accrédite le bien-fondé d'une analyse prenant en compte le genre.

Quand la sortie de l'emploi signifie la mise au chômage, les dirigeant·es – et notamment les hommes – ont recours aux ruptures conventionnelles et ce, quelles que soient les raisons motivant le départ des salarié·es de l'entreprise, en lien ou non avec des problèmes de santé. Jean-Pierre, 58 ans, patron du restaurant *La Promenade*, présentant lui-même une comorbidité, cherche surtout à sauvegarder « l'ambiance dans l'entreprise » et ne semble pas se soucier outre mesure de la santé de ses employé·es : « Problème de santé ou pas, si les gens veulent partir ou qu'ils me cassent les pieds, je leur fais leur rupture conventionnelle sans problème, ils ont leur chômage. Et on passe à autre chose. [...] Et c'est bien pour l'entreprise [...] »

Pour le passage en inactivité, l'âge et le statut professionnel sont à prendre en considération. Alors que les plus âgé·es des dirigeant·es interviewé·es préfèrent être placé·es en situation d'inactivité pour invalidité en attendant l'âge légal de départ à

la retraite, les plus jeunes envisagent une réorientation professionnelle sous réserve que leur état de santé le leur permette. André explique le dilemme auquel il fait face :

« Déjà ça va faire dix [ans]. [...] Oui, moi j'ai 46... Je pense qu'à 50 ans, j'essaierai de trouver un boulot un peu plus cool, ça serait pas mal. [...] On adapte, on adapte, on adapte ; après, arrêter pour faire quoi ? C'est la question de ma femme : si j'arrête, je fais quoi ? [...] Contrairement à un salarié, un salarié peut démissionner, partir, faire autre chose. Nous, on peut mettre la clef sous la porte, mais c'est notre vie, c'est la vie de nos enfants. [...] On a vendu notre maison pour acheter un outil de travail et c'est vrai que, tant qu'on l'a pas vendu, il vaut rien ! [...] Notre capital retraite, c'est notre fonds de commerce, pour tout artisan. »

Le souhait d'André de se réorienter professionnellement n'est pas sans lien avec son cancer de la thyroïde, qui s'inscrit dans un profil polypathologique que l'interviewé partage avec la majorité des dirigeant·es du secteur de la restauration enquêté·es. André recule ainsi depuis neuf ans devant l'opération de son hernie discale – qui impliquerait un arrêt de deux à trois mois – et compose tant bien que mal avec son diabète qui lui est « tombé dessus y a... trois ans » :

« J'ai perdu 10 kg en un mois, j'étais crevé, tout le temps la sensation de soif, donc difficile de passer 80 heures comme ça. Après il a fallu faire des examens. [...] J'arrivais pas à me concentrer, plus du tout la niaque, plus du tout la motivation quoi... Grosse fatigue. [...] Pour le diabète j'ai pas été arrêté. [...] J'en pouvais plus le soir. »

Dans notre enquête, les profils de comorbidité sont plus fréquents chez les dirigeant·es que chez les salarié·es. Ils permettent également de mettre en évidence les liens que la population masculine entretient avec la consommation de substances psychoactives, particulièrement dans le secteur de la restauration où nous avons enquêté¹⁵. Les patrons des restaurants *Bacchus* et *La Promenade* se déclarent « détruits par les abus » et souffrent de problèmes cardiovasculaires qui risquent de les faire basculer à terme dans la sphère de l'invalidité. Âgé de 50 ans, le dirigeant du *Bacchus* nous raconte en allumant sa cinquième cigarette depuis le début de l'entretien :

« C'est le moral qui est compliqué ; je trouve que la santé mentale peut être affectée par ce genre de métier. [...] L'alcool, c'est un truc assez chiant dans notre boulot. Quand je suis au boulot..., quand je picole, je picole moi. J'ai du mal à faire deux verres. [...] Le fait de travailler tard le soir dans un bar, on a tendance à picoler quoi. »

Dans le cas des dirigeant·es de TPE, le statut d'indépendant·e mais également, pour certain·es, le fait d'avoir du personnel à encadrer, ont des implications sur leur gestion des incidents de santé. Certain·es employeur·ses déclarent ainsi ouvertement privilégier les hommes lors des recrutements afin d'éviter d'avoir affaire aux congés maternité, aux fausses couches et aux grossesses pathologiques. Lisa, patronne du salon de coiffure nantais *Lisa coiff*, a connu une période difficile entre octobre 2017 et

15. Si le lien en question est clairement situé du point de vue du genre (du moins dans les propos de nos interviewé·es), il convient toutefois de ne pas en faire une généralité.

août 2018, à la suite des grossesses de ses salariées et du départ de deux d'entre elles à cause de tensions interpersonnelles. Pour faire face, Lisa a travaillé seule dans le salon, multipliant les heures pour assurer la continuité de son activité, ce qui a constitué une véritable épreuve. Elle relate avoir travaillé entre 54 et 64 heures par semaine (au lieu de 50 heures en moyenne) et explique n'avoir pu prendre que deux semaines de vacances en un an : « Très, très compliqué euh... parce que le salon n'est pas fait pour une seule personne. [...] Il faut assurer après ! Pas trop le choix. » Cette expérience a incité Lisa à, dorénavant, plutôt recruter des hommes. Son équipe, entièrement masculine, est aujourd'hui stabilisée.

Malgré cette période difficile, Lisa se dit « satisfaite » de son travail qu'elle qualifie de « passion ». Pour cette patronne, l'« amour du métier » (MOREAU, 2003) permet de surmonter et de supporter les contraintes organisationnelles et l'usure du corps qui va avec. Lisa considère même qu'il est nécessaire de dissimuler l'existence de douleurs au médecin du travail, tout en précisant que ses salariés sont libres de dire ce qu'ils veulent lors de leur visite médicale. Elle en vient ainsi à opposer « conscience professionnelle » et problèmes de santé, le risque étant d'être « mis en arrêt, si jamais on se confie au médecin du travail ».

Les propos de Lisa sont à mettre en relation avec ce que montrent les résultats de la littérature scientifique (PAK, 2013 ; HAURET, WILLIAMS, 2017) sur les différences de genre relatives au temps de travail : les femmes sont généralement plus satisfaites que les hommes de la modification de leur temps de travail à la suite de la survenue d'un événement de santé. Si selon certaines études faites en population générale (PAK, 2013), les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à « subir » le temps partiel au travail¹⁶, d'autres travaux (MOULIN, 2016 ; MARUANI, 2017) ne révèlent pas de différence genrée significative pour ce qui est du temps de travail « subi » ou « choisi » et, par ricochet, pour ce qui concerne le niveau de satisfaction quant à la quotité de travail.



À l'aune des résultats de notre enquête, que peut-on dire de la manière dont les travailleur·ses mettent en jeu leur santé dans les TPE des trois secteurs étudiés ? Comment vont-ils et elles et comment travaillent-ils et elles à leur santé ? Tout d'abord, dans les métiers de la coiffure, de la restauration et du BTP, la santé est mise à rude épreuve – même si les pénibilités physiques et mentales font l'objet de peu de verbalisations spontanées ou de plaintes, que ce soit de la part des salarié·es ou de celle des dirigeant·es.

Plus encore, soulignant l'impact des conditions de travail propres aux TPE, nos résultats donnent à voir un maintien en emploi aussi fréquent chez les femmes que chez les hommes dirigeant·es confronté·es à des problèmes de santé, et une plus grande

16. Lequel est moins prévalent chez les hommes que chez les femmes travailleur·ses.

précarisation de la situation financière des femmes. En effet, c'est chez le personnel dirigeant en particulier que la santé et les arrêts maladie entrent en concurrence directe avec l'avenir de l'entreprise.

Plus concrètement, si l'étendue des problèmes de santé rencontrés par les travailleur·ses de TPE est largement invisibilisée par ces dernier·ères – ne serait-ce que pour éviter les institutions médicales et les arrêts de travail –, cette invisibilisation est plus prégnante chez les dirigeant·es que chez les salarié·es. Parmi ces dernier·ères, ce sont notamment les femmes qui s'autorisent à mettre à distance le travail afin de préserver leur santé, à condition qu'elles n'élèvent pas seules leur(s) enfant(s). En effet, à l'intersection du genre et de la situation familiale, dans le contexte singulier d'une carrière professionnelle dans les TPE ébranlée par des épreuves de santé, c'est la présence d'au moins un·e enfant à charge qui semble favoriser le maintien en emploi des femmes – et ce, en dépit de leur état de santé et de leur âge.

Par ailleurs, en population générale, la prévalence du temps partiel plus faible chez les hommes que chez les femmes laisse penser non seulement que les hommes sont moins prompts à le demander que les femmes, mais aussi que les employeur·ses sont moins enclin·es à le leur proposer ou à leur accorder que pour les femmes qu'ils ou elles emploient. De plus, les travailleuses se disent généralement « plus satisfaites » que les travailleurs de la modification de leur temps de travail à la suite de la survenue d'un événement de santé.

Les travailleurs et les travailleuses naturalisent et endurent les douleurs et autres maux quotidiens, la résistance au mal constituant une composante centrale de leur ethos professionnel. De ce fait, on ne s'en plaint pas, on n'en parle pas, surtout si aucune sortie du métier n'est envisagée ou envisageable. Cette endurance s'observe d'autant plus souvent qu'elle répond à des nécessités économiques (qui ordonnent la poursuite du travail) et qu'elle est confortée par une certaine « ambiance » au travail qui la rend acceptable. Mieux les enquêté·es des TPE se sentent-ils et elles au travail, plus ils et elles tiennent physiquement. La qualité de l'« ambiance » au travail, condition nécessaire pour supporter les pénibilités physiques de l'activité, doit donc être préservée. Et là aussi, les disparités de genre sont de mise et avancent plus ou moins masquées, selon les questions de santé considérées : AT, incidents reproductifs, consommation de substances psychoactives, etc.

Mais cette logique atteint ses limites quand les trajectoires professionnelles dans les TPE se trouvent percutées par des AT avec des séquelles importantes ou par une évolution défavorable de la maladie : deux facteurs associés à une sortie de l'emploi. La mise au chômage *versus* le départ pour invalidité révèle l'impact à la fois du genre et du statut – qui, de fait, sont des facteurs de régulation de ces ruptures professionnelles – sur les aléas de santé. La mise en inactivité pour invalidité à la suite d'un AT concerne davantage les hommes, notamment dans le secteur du BTP. L'âge est également un facteur déterminant. Ainsi, les plus jeunes transitent plus souvent vers le chômage quand leur état de santé le leur permet, plutôt que de basculer dans l'inactivité, leur carrière étant encore longue. En d'autres termes, dans notre échantillon de personnes

enquêtées, le départ vers l'inactivité, moins fréquent chez les femmes, serait le résultat de deux caractéristiques. D'une part, les spécificités des trajectoires professionnelles considérées ici aboutissent à une compensation financière moins importante (voire insuffisante) pour ces travailleuses que celle des hommes, contraignant ainsi plus souvent ces femmes à se maintenir en activité (en emploi ou au chômage). D'autre part, plus concernés que les femmes par les AT (du moins dans les secteurs d'activité considérés ici), les hommes en activité dans les TPE font plus souvent que les femmes des demandes de mise en invalidité.

Au terme de cette analyse, il apparaît que la manière dont les travailleur·ses de TPE abordent la survenue d'un événement de santé est rarement univoque. Elle fait le plus souvent intervenir plusieurs facteurs, parmi lesquels les appartenances de genre, de classe, d'âge et ethno-raciales apparaissent comme les plus significatives. En ce sens, ces dynamiques sociales rebattent les cartes du vécu des conditions de travail dans les TPE, notamment dans les secteurs d'activité considérés ici.

BIBLIOGRAPHIE

ALBER A. (2013), « Un plafond de verre plus bas dans la fonction publique ? Une comparaison public/privé de l'accès des femmes aux fonctions d'encadrement », *Travail, genre et sociétés*, n° 30, p. 131-154.

ALLARD D., FLOOD L., KOCOGLU Y. (2002), « Offre de travail et répartition des activités domestiques et parentales au sein du couple : une comparaison entre la France et la Suède », *Économie et Statistique*, n° 352, p. 127-150.

ANGELOFF T. (2011), « Des hommes malades du chômage ? Genre et (ré-)assignation identitaire au Royaume-Uni », *Travail et Emploi*, n° 128, p. 69-82.

ANGELOFF T. (2012), « Monde du travail et sociologie du genre », in Alter N., *Sociologie du monde du travail*, 2^e éd., Paris, Presses universitaires de France, p. 289-306.

BARADAT D., FOSSET É. (2017), « Maladie chronique évolutive et maintien dans l'emploi. Et les addictions ? », in Crespin R., Lhuillier D., Lutz G. (dir.), *Se doper pour travailler*, Toulouse, Érès, p. 227-242.

BARNAY T. (2005), « Santé déclarée et cessation d'activité », *Revue française d'économie*, vol. 20, n° 2, p. 73-106.

BARNAY T. (2008), « Chômage et invalidité après 50 ans : deux dispositifs alternatifs de sortie de l'emploi pour les seniors en mauvaise santé ? », *Économie et Statistique*, n° 411, p. 47-63.

BARNAY T., BEN HALIMA M. A., DUGUET E., LANFRANCHI J., LE CLAINCHE C. (2015), « La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie », *Économie et Statistique*, n° 475-476, p. 157-186.

BARNAY T., SAUZE D., SULTAN-TAÏEB H. (2010), « La santé au travail : une préoccupation multi-forme pour les économistes », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 7-25.

- BEN HALIMA B., BEN HALIMA M. A., LANFRANCHI J., LE CLAINCHE C., REGAERT C. (2016), « L'impact du diagnostic du cancer sur les transitions professionnelles en France. Une étude sur données de panel administratives », *Documents de travail*, n° 188, Centre d'études de l'emploi.
- BONNET C., HOURRIEZ J.-M. (2012), « Égalité entre hommes et femmes à la retraite : quels rôles pour les droits familiaux et conjugaux ? », *Population*, n° 67, p. 133-158.
- CARRICABURU D., HENRY E. (2010), « Méconnaissances de la santé au travail », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, n° 2, p. 5-9.
- CHAMKHI A., TOUTLEMONDE F. (2015), « Ségrégation professionnelle et écarts de salaires femmes-hommes », *Dares analyses*, n° 082.
- CHAUPAIN S., GUILLOT O., WOLFF F.-C. (2007), « Les absences au travail : une analyse à partir des données françaises du *Panel européen des ménages* ; suivi d'un commentaire de François-Charles Wolff », *Économie et Statistique*, n° 408, p. 45-80.
- COUTROT T., LÉONARD M. (2017), « Les expositions aux risques professionnels dans les petits établissements en 2010 », *Dares résultats*, n° 049.
- DELGOULET C., CUVELIER L., GAUDART C., MOLINIÉ A.-F., VOLKOFF S. (2014), « Santé et formes de fragilisation dans le travail : construction d'une recherche-intervention », *49^e congrès de la SELF « Ergonomie et développement pour tous »*, La Rochelle, 1^{er}-3 octobre.
- DENAVE S., RENARD F., NOÛS C. (2020), « Des socialisations professionnelles tramées par des logiques scolaires : les CAP coiffure et métiers de l'automobile en lycée », *Formation emploi*, n° 150, p. 145-165.
- DIRECTION DE L'ANIMATION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES ET DES STATISTIQUES (DARES), DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAVAIL (DGT), SANTÉ PUBLIQUE FRANCE (2021), « Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail », *Synthèse Stat*, n° 37, Dares.
- DUJIN A. (2011), « Le maintien dans l'emploi des salariés ayant connu la longue maladie. Quelle place dans les stratégies des grandes entreprises en France et en Allemagne ? », *Pratiques et organisation des soins*, vol. 42, n° 1, p. 19-26.
- DUPRAY A., NOHARA H. (2013), « Les conditions d'activité des femmes en couple : une comparaison entre la France et le Japon sur la période 1992-2007 », *Revue française de socio-économie*, n° 12, p. 149-170.
- EICHENBAUM-VOLINE S., MALAVOLTI L., PARAPONARIS A., VENTELOU B. (2008), « Cancer et activité professionnelle », *Revue de l'OFCE*, n° 104, p. 105-134.
- EUZENAT D. (2010), « L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007 », *Dares analyses*, n° 056.
- GEORGES-KOT S. (2020), « Écarts de rémunération femmes-hommes : surtout l'effet du temps de travail et de l'emploi occupé », *Insee première*, n° 1803.
- HAURET L., WILLIAMS D. R. (2017), « Cross-National Analysis of Gender Differences in Job Satisfaction », *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, vol. 56, n° 2, p. 203-235.
- HA-VINH P., RÉGNARD P., SAUZE L. (2014), « Risque de cessation d'activité des travailleurs indépendants atteints de cancer », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, p. 193-215.

- HUNT K., MACINTYRE S. (2000), « Genre et inégalités sociales en santé », in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, p. 363-375.
- HUYEZ-LEVRAT G., WASER A.-M. (2014), « L'avantage mutuel. Recherche-action sur le retour et le maintien en activité de salariés touchés par une maladie chronique », *La Nouvelle Revue du travail*, n° 4 [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/nrt.1441>
- ISSINDOU M., PLOTON C., FANTONI-QUINTON S., BENSADON A.-C., GOSSELIN H. (2015), *Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »*, Rapport, n° 2014-142R, Paris, Igas [en ligne]. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_du_groupe_de_travail_aptitude_medicine_du_travail_2014-142R_.pdf, consulté le 4 février 2022.
- JAOUEN A., TORRÈS O. (dir.) (2008), *Les très petites entreprises : un management de proximité*, Paris, Lavoisier.
- JOSEPH O., LEMIERRE S. (2005), « Analyse des phénomènes de discrimination à l'encontre des jeunes femmes d'origine française et étrangère dans leur insertion professionnelle », *Reflète et perspectives de la vie économique*, tome XLIV, n° 2, p. 83-93.
- JOUNIN N. (2015), « Les risques du travail dans le BTP », in Thébaud-Mony A., Davezies P., Vogel L., Volkoff S., *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, p. 84-87.
- KORNIG C., VERDIER É. (2008), « De très petites entreprises de la réparation automobile face aux normes publiques de la prévention des risques professionnels », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, p. 161-184.
- LANQUETIN M.-T., LETABLIER M.-T., PÉRIVIER H. (2004), « Acquisition des droits sociaux et égalité entre les femmes et les hommes », *Revue de l'OFCE*, n° 90, p. 461-488.
- LAUFER J. (2001), « Travail, carrières et organisations : du constat des inégalités à la production de l'égalité », in Laufer J., Marry C., Maruani M. (dir.), *Masculin-Féminin : questions pour les sciences de l'homme*, Paris, Presses universitaires de France, p. 57-79.
- LAUFER J. (2008), « Les politiques des entreprises en matière de plafond de verre », *Santé, Société et Solidarité*, n° 7, p. 49-57.
- LAUFER J. (2014), *L'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes*, Paris, La Découverte.
- LAUFER J., FOUQUET A. (2001), « À l'épreuve de la féminisation », in Bouffartigue P., *Cadres : la grande rupture*, Paris, La Découverte, p. 249-267.
- LHUILIER D., WASER A.-M. (2016), *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*, Toulouse, Érès.
- LIPPEL K. (2015), *Reconnaissance des cancers d'origine professionnelle au Québec* [en ligne]. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3585403, consulté le 21 juillet 2022.
- LOLLIVIER S. (2001), « Les choix d'activité des femmes en couple : une approche longitudinale », *Économie et Statistique*, n° 349, p. 125-140.

- MARINO P., TEYSSIER L. S., MALAVOLTI L., LE CORROLLER-SORIANO A.-G. (2013), « Sex Differences in the Return-to-Work Process of Cancer Survivors 2 Years After Diagnosis: Results From a Large French Population-Based Sample », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 31, n° 10, p. 1277-1284.
- MARUANI M. (2017), *Travail et emploi des femmes*, Paris, La Découverte.
- MEIDANI A. (2018), « Le cancer a-t-il un genre ? » in Meidani A., Alessandrin A. (dir.), *Parcours de santé. Parcours de genre*, Toulouse, Presses universitaires du Midi, p. 71-88.
- MEIDANI A. (2020) (dir.), *Masculinités et féminités face au cancer*, Toulouse, Érès.
- MEIDANI A. (2022), *Parcours de vie, épreuves de santé et avancée en âge : de la dé-prise au genre comme marqueur d'inégalités sociales*, Habilitation à diriger des recherches en sociologie, Université de Rennes 2.
- MEIDANI A., ALESSANDRIN A. (2019), « Cancer, territoires et discrimination : des zones rurales aux quartiers prioritaires de la ville », *Santé publique*, vol. 31, n° 5, p. 1-9.
- MIAS A. (2010), *Les risques professionnels. Peut-on soigner le travail ?*, Paris, Ellipses Marketing.
- MOREAU G. (2003), *Le monde apprenti*, Paris, La Dispute.
- MORÉNILLAS N., SKLÉNARD G. (coord.) (2019), *Les entreprises en France. Édition 2019*, Montrouge, Insee.
- MORIN T., REMILA N. (2013), « Le revenu salarial des femmes reste inférieur à celui des hommes », *Insee première*, n° 1436.
- MOULIN S. (2016), *Inégalités : mode d'emploi. L'injustice au travail au Canada*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- PAÏTA M., RIVIÈRE S., TALA S., FAGOT-CAMPAGNA A. (2016), « Les bénéficiaires du dispositif affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005 », *Points de repère*, n° 46, CNAMTS [en ligne]. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2016-06_beneficiaires-ald-2014-evolutions-depuis-2005_points-de-repere-46_assurance-maladie.pdf, consulté le 16 avril 2022.
- PAIVA M. (2012), « Des femmes invisibles », *Plein droit*, n° 93, p. 21-24.
- PAIVA M. (2016), *De l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle à l'invisibilisation des risques cancérigènes dans le travail des femmes*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 8.
- PAK M. (2013), « Le temps partiel en 2011 : des profils et des conditions d'emploi très contrastés selon que le temps partiel est "choisi" ou "subi" », *Dares analyses*, n° 005.
- PROBST I., SALERNO S. (2016), « Biais de genre dans la reconnaissance des maladies professionnelles : l'exemple des troubles musculo-squelettiques (TMS) en Italie et en Suisse », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n° 18-2 [en ligne]. <https://doi.org/10.4000/pistes.4889>
- RAVAUD J.-F., VILLE I. (2003), « Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 225-253.

ROBEYNS I. (2007), « Le concept de capabilité d'Amartya Sen est-il utile pour l'économie féministe ? », trad. F. Boissenin et L. Gillioz, *Nouvelles Questions féministes*, vol. 26, n° 2, p. 45-59.

ROSENDE M., SCHOENI C. (2012), « Seconde partie de carrière, régime de retraite et inégalités de sexe. Le cas suisse », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 130-147.

SAMUEL O., MARTISKAINEN DE KOENIGSWARTER H., VILTER S. (2012), « Inactivité professionnelle féminine, maternité et santé », *Document de travail*, n° 122, série études et recherche, Drees.

WALTERS D., WADSWORTH E. (2016), *Contextes et dispositions en matière de santé et sécurité au travail dans les micro et petites entreprises de l'UE – projet SESAME*, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, Luxembourg, publications de l'Union européenne.

WASER A.-M., LHUILIER D., HUYEZ-LEVRAT G., BRUGEILLES F., LÉNEL P. (2014), « Maladies chroniques, handicap et gestion des situations de travail », *Sciences sociales et santé*, vol. 32, n° 4, p. 79-106.

ZAHM S. H., BLAIR A. (2003), « Occupational Cancer among Women: Where Have We Been and Where Are We Going? », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 44, n° 6, p. 565-575.

ANNEXE

TABLEAU – Récapitulatif des études de cas

Entreprise	Prénom	Âge	Fonction/statut	Diplôme	Problèmes de santé
Restaurant <i>Promenade</i>	Jean-Pierre	58 ans	Dirigeant	CAP* hôtellerie	Problèmes cardiaques
	Amandine	27 ans	Serveuse/salariée	Bac +3	Tendinites, nervosité
	Antoine	24 ans	Serveur/salarié	Bac +3	Rien à signaler
	Damien	28 ans	Serveur/salarié	Bac +5	Fatigue
	Gaëlle	22 ans	Serveuse/salariée	Bac +3	Épuisement Mal de dos
	Karl	23 ans	Serveur/salarié	Bac +3	Fatigue
Restaurant <i>Bacchus</i>	André	50 ans	Dirigeant	Bac +2 + CAP cuisine (reconversion)	Fatigue
	Guillaume	27 ans	Cuisinier/salarié	CAP (charcuterie)	Problèmes de dos et articulaires

Entreprise	Prénom	Âge	Fonction/statut	Diplôme	Problèmes de santé
<i>Restaurant Terroir</i>	André	46 ans	Codirigeant	Bac (+ formation continue)	Hernie discale Diabète Cancer (opération en 2017) Stress
	Julie	30 ans	Serveuse/salariée	Bac +3 (+ formation continue)	Arthrose juvénile Migraines Mal de pied Pyélonéphrite Problème de sommeil
	Olga	40 ans	Femme de chambre/ agent polyvalent/ (travail non déclaré)	CAP	Mal de dos
	Christian	30 ans	Cuisinier/salarié	Niveau bac + CAP cuisine	Mal de dos Migraines Varices
<i>Restaurant Le Marrakech</i>	Darifa	46 ans	Dirigeante	Niveau bac + CAP couture et formation petite enfance	Problèmes de dos
	Abdela	54 ans	Époux de la dirigeante (travail non déclaré)	Brevet des collèges	Problèmes articulaires
	Abdelkrim	21 ans	Fils de la dirigeante (travail non déclaré)	Niveau bac	Problèmes au genou à la suite d'un accident de foot
<i>Lisa Coiff</i>	Lisa	37 ans	Dirigeante	BP [*] coiffure	Arthrose déformatrice Problèmes de sommeil Douleurs aux épaules et aux cervicales
	Hugo	24 ans	Salarié	BP coiffure	Allergies
<i>Max coif</i>	Sara	48 ans	Dirigeante	BP coiffure	Douleurs au dos légères
	Laetitia	19 ans	Apprentie	BP coiffure (en cours)	Douleurs au genou (opération en perspective) mais aussi au dos et aux poumons Stress Addiction à l'alcool et au tabac
<i>Le Ciseau</i>	Émilie	39 ans	Dirigeante	BP coiffure	Stress
	Capucine	30 ans	Salariée	Bac	Endométriose Canal carpien Allergies
<i>L'Équilibre</i>	Émeline	33 ans	Responsable du salon	BP coiffure	Problèmes de sommeil
	Laura	20 ans	Apprentie	BP en cours	Douleurs au dos Douleurs au talon Moral
	Agathe	20 ans	Apprentie	BP coiffure	Asthme Scoliose Maux de tête Moral
	Mélanie	35 ans	Salariée	BP coiffure	Douleurs au dos

Entreprise	Prénom	Âge	Fonction/statut	Diplôme	Problèmes de santé
<i>Maçonnerie SARL</i>	Mario	56 ans	Codirigeant de l'entreprise	CAP-BEP*	Problèmes de dos
	Fifi	53 ans	Compatriote: associé et codirigeant de l'entreprise	Sans diplôme	Problèmes de dos Douleurs au genou
	Tony	45 ans	Salarié et compatriote	CAP-BEP	Problèmes de dos (scoliose) Problèmes d'articulation
<i>Piveteau</i>	Chantal	53 ans	Dirigeante	Bac pro secrétariat comptabilité	Moral
	Philippe	41 ans	Salarié/chef d'équipe/maçon	Brevet professionnel	Douleurs au dos surtout Plus rarement douleurs aux épaules et aux genoux Fatigue
	Romain	35 ans	Salarié/chef d'équipe/maçon	BTS [†] paysagiste	Scoliose et douleurs au dos (lombaires) Tendinite à l'avant-bras Douleurs articulaires (genou)
	Maxime	32 ans	Salarié/chef d'équipe/maçon	CAP-BEP	Hernie discale et maux de dos Sinusites Problèmes de vue
	Adrien	33 ans	Salarié/chef d'équipe/maçon	BP maçonnerie	Sciaticque
	Antoine	28 ans	Salarié/maçon	BEP maçonnerie	Rien à signaler
<i>La Brique</i>	Antonio	57 ans	Codirigeant	BEP maçonnerie	Douleurs dorsales et articulaires Problèmes de sommeil Moral
	Eduardo	55 ans	Codirigeant	BEP maçonnerie	Douleurs dorsales et articulaires Insomnies Moral
	Pedro	55 ans	Salarié	CAP-BEP	Douleurs dorsales et articulaires

* CAP: certificat d'aptitude professionnelle; BP: brevet professionnel; BEP: brevet d'études professionnelles; BTS: brevet de technicien supérieur.