



HAL
open science

Les femmes salariées face aux risques toxiques pour la reproduction : genre, santé reproductive et risques professionnels

Emilie Legrand, Anastasia Meidani

► To cite this version:

Emilie Legrand, Anastasia Meidani. Les femmes salariées face aux risques toxiques pour la reproduction : genre, santé reproductive et risques professionnels. Anastasia Meidani; Arnaud Alessandrin. Parcours de santé. Parcours de genre, Presses universitaires du Midi, pp.91-108, 2018, Santé société, 978-2-8107-0575-7. <hal-02129266>

HAL Id: hal-02129266

<https://univ-tlse2.hal.science/hal-02129266v1>

Submitted on 14 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Parcours de santé. Parcours de genre

Sous la direction de

Anastasia Meidani

Arnaud Alessandrin

Table des matières

Anastasia MEIDANI et Arnaud ALESSANDRIN

Introduction

Première Partie : L'expérience cancéreuse au prisme du genre

Pierre AÏACH

Inégalités sociales de santé, cancer et genre

Brigitte ESTEVE-BELLEBEAU

Cancer, corps et identité de genre

Anastasia MEIDANI

Le cancer a-t-il un genre

Deuxième Partie : La place du genre dans la santé reproductive et la sexualité

Émilie LEGRAND et Anastasia MEIDANI

Les femmes salariées face aux risques toxiques pour la reproduction : genre, santé reproductive et risques professionnels

Virginie ROZÉE

La GPA en Inde au prisme des discours des professionnels de la santé et de leur pratique

Anastasia MEIDANI et Arnaud ALESSANDRIN

Sexualité et genre au grand âge : quoi de neuf ?

Troisième Partie : Autour de la construction sociale de corps sexués : jeux et enjeux de santé

Marielle TOULZE

Représentations de l'obésité et corps de l'obèse

Alain GIAMI

« Compter » les trans : enjeux politiques et épistémologiques

Érik SCHNEIDER

Changement de paradigme médical : de la binarité à la diversité sexuée et genrée dans l'enfance

Liste des auteurs

AÏACH Pierre, sociologue ; Directeur de recherche honoraire à l'INSERM et membre d'IRIS (Institut de recherche interdisciplinaire).

ALESSANDRIN Arnaud, sociologue ; Post-doctorant, Université de Bordeaux, Centre Émile Durkheim.

BELLEBEAU-ESTEVE Brigitte, philosophe ; IA-IPR (Inspecteurs d'Académie - Inspecteurs Pédagogiques Régionaux) de Philosophie, Référente académique laïcité, Académie de Poitiers.

GIAMI Alain, psychologue ; Directeur de recherche à l'INSERM _ CESP (Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations) - U1018.

LEGRAND Émilie, sociologue ; Maîtresse de conférences en Sociologie, Université du Havre, IDEES.

MEIDANI Anastasia, sociologue ; Maîtresse de conférences en Sociologie, Université de Toulouse Jean-Jaurès, LISST (Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires) - CERS (Centre d'Étude des Rationalités et des Savoirs).

ROZÉE Virginie, anthropologue ; Post-doctorante, INED (Institut National d'Études Démographiques) Fécondité, famille, sexualité (UR3).

SCHNEIDER Érik, psychiatre, psychothérapeute ; Luxembourg.

TOULZE Marielle, sémiologue ; Maîtresse de conférences en Sciences de Communications, Université de Saint-Étienne.

Deuxième partie

La place du genre dans la santé reproductive et la sexualité

Dans la poursuite de notre lecture genrée des expériences de santé, nous ouvrons une seconde patrie qui se structure, quant à elle, autour des questions de santé reproductive et sexuelle. Au travers des trois textes qui la composent, nous retiendrons deux perspectives qui nous semblent centrales. La *première* esquisse un glissement des représentations sexuelles dans les préoccupations de la santé publique et notamment en termes de droits. Si la question des droits sexuels s'est d'abord limitée à celle des droits des femmes, elle tend aujourd'hui à emprunter des nouvelles voix analytiques du côté des personnes vieillissantes ou du « bien être sexuel » tel que défini par l'OMS, ou encore des droits liés aux minorités sexuelles et aux minorités de genre. Une *seconde* interprétation de cette triade « santé, genre et sexualité » nous pousse à porter notre regard sur la santé reproductive des personnes avec une attention soutenue à la police des corps des femmes, alors que la recherche en ce domaine s'est longtemps concentrée sur des questions qui la portaient loin des enjeux liés à la gestation ou aux risques reprotoxiques considérées ici. Cette seconde partie s'ouvre ainsi sur de nouveaux horizons de recherche inexplorés.

Plus spécifiquement, la première contribution de cette partie porte sur la santé reproductive et le travail et s'attarde notamment sur les femmes salariées confrontées aux risques reprotoxiques : « Santé reproductive et travail : les femmes salariées face aux risques reprotoxiques ». Émilie Legrand et Anastasia Meidani reviennent sur l'aspect heuristique d'une telle perspective mêlant alors les questions de genre, de santé et de travail dans une même dynamique. Cette contribution analyse d'un point de vue sociologique la manière dont sont pensés et appréhendés (en termes de prévention prioritairement) ces risques particuliers, à différentes échelles : régionale, dans l'entreprise mais aussi au niveau des salariées. Ce triptyque permet aux chercheuses de mettre en relief ce qui, au sein des politiques publiques et des entreprises, participe d'une prise en compte de cette problématique mais également ce qui se joue dans les représentations des femmes concernées. Priorisent-elles leur carrière, leur santé ou leur projet d'enfant ? Quelles connaissances ont-elles de ces risques ? Comment s'organisent-elles pour y faire face ? Les auteures indiquent alors que cette lecture genrée des risques au travail permet d'appréhender ce qu'elles nomment « la centralité des normes traditionnelles de genre dans la prescription des rôles » professionnels contemporains. Si l'accent est porté sur les femmes salariées, le texte se lit également comme une mise en perspective des attendus liés aux masculinités qui, en creux, interrogés par ces politiques de santé au travail. L'analyse genrée des risques de santé entrouvre alors une lecture interpersonnelle du genre, et non pas uniquement bi-catégorielle et encore moins oppositionnelle.

Le second texte éclaire d'un point de vue anthropologique ce qui tend à apparaître comme un nouveau sujet polémique au cœur de l'actualité sociétale. Virginie Rozée porte son regard sur « La gestation pour autrui : les pratiques médicales et les discours des médecins en Inde. » Afin d'inscrire ses observations dans le contexte peu connu des politiques de suivi des demandes de GPA en Inde, la chercheuse propose de revenir non seulement sur sa méthode de recherche anthropologique, mais aussi sur les conditions de réalisation des GPA sur le sol indien. L'analyse permet de mettre en évidence un rapport à l'éthique des soins que nos discussions nationales ne resituent pas. Il faut alors lire ce texte non comme un argumentaire à destination d'une prise de position *pour* ou *contre* la GPA, mais plus encore (et là se situe son intérêt majeur), comme une complexification de nos représentations sur cette thématique si brûlante, loin des apories qui jonchent les affrontements contemporains sur cette question. Dans cette perspective, l'auteure revient longuement sur les conditions de gestation des femmes qu'elle a pu rencontrer en soulignant d'une part, les conditions de prises en charge particulières qui entourent ces pratiques et d'autre part, le statut « silencieux » qui marque l'expérience de ces mères porteuses.

Enfin, nous concluons cette partie avec le texte d'Anastasia Meidani et Arnaud Alessandrin qui interrogent les marges de la sexualité, et notamment « La sexualité de ces figures hors-sexe du grand âge ». La contribution s'articule autour d'une revue de la littérature nationale et internationale et prend appui sur trois enquêtes d'un protocole méthodologique mixte. Ces études portent tant sur les personnes dites âgées que sur la question des expériences de santé que le grand âge inaugure. Le texte met alors en avant les conditions d'émergence d'une sexualité interdite (un « hors-sexe » lira-t-on), généralement tue dans les derniers cycles de vie et parfois même « sanctionnée ». D'une sexualité impensée par les personnes vieillissantes elles-mêmes à une visibilité « seniors » qui inclut les questions de sexualité, la contribution discute la plus-value d'une approche sociologique de la santé sexuelle au grand âge à partir des données qualitatives et quantitatives. Adoptant un regard innovant, les auteur.e.s questionnent la grille de lecture biomédicale appliquée à la sexualité des personnes vieillissantes. Plus encore, la sexualité « seniors » est discutée à travers les récits des personnes vieillissantes qui, réinventant un soi corporel, font place aux questions du plaisir et du désir. Ainsi les personnes vieillissantes rebattent les cartes des savoirs en la matière et incitent à revenir sur les expériences individuelles d'une sexualité *pour* soi, déculpabilisante et inclusive.

Les femmes salariées face aux risques toxiques pour la reproduction : genre, santé reproductive et risques professionnels

Émilie Legrand, Anastasia Meidani

La femme au travail est largement impensée et comme le dit Teiger¹, la « tendance à la mise au neutre masculin » domine ; dans les publications scientifiques, précise-t-elle, les ouvrières deviennent des opérateurs. Même si les femmes font depuis longtemps l'objet de recherches à l'exemple des tailleuses de vigne au début du XX^e siècle, des standardistes dans les années 1930, des ouvrières des industries de production dans les années 1960, etc., la dimension genrée peine à s'imposer comme angle d'analyse². Le travail des femmes reste au demeurant souvent considéré comme « léger », « minutieux », sous-entendu sans danger, à l'inverse du travail des hommes³. En outre, et compte tenu de la division sexuée des emplois et des tâches qui reste à leur charge, ce travail est souvent perçu comme le prolongement de l'activité domestique⁴ nécessitant la mobilisation de qualités « naturelles », ce qui nuit à la reconnaissance du travail et de ses contraintes. Femmes qui de surcroît bénéficient moins que les hommes de ressources potentielles pour les protéger de leur travail comme des formations en santé et travail ou des dispositifs de formation professionnelle⁵.

Néanmoins, depuis quelques années, l'attention à la dimension genrée au travail se développe⁶. En prenant appui sur une recherche sociologique de deux ans subventionnée par l'ANSES⁷, portant sur les risques toxiques pour la reproduction en milieu professionnel, le présent texte questionne le caractère heuristique d'une approche genrée des risques professionnels. Pour cela l'accent est porté sur les représentations et pratiques mises en œuvre par les femmes travaillant dans des secteurs divers et dits à risques pour la santé reproductive, en s'intéressant aux effets combinés du genre, du statut socioprofessionnel, de l'âge et de génération.

Objectifs de recherche et enquête empirique

La présente contribution s'appuie sur une enquête menée entre 2013 et 2015 dans quatre régions françaises (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Haute-Normandie et Île de France), financée par l'ANSES. Nous avons privilégié une approche qualitative s'appuyant sur des monographies⁸ d'entreprises, elles-mêmes conduites à partir d'entretiens semi-directifs, auprès de différents acteurs des entreprises étudiées, auxquels s'ajoutent des entretiens approfondis

¹ Teiger, 2013.

² Teiger, 2013.

³ Guignon, 2008.

⁴ Le travail des infirmières est souvent cité à titre d'exemple, profession féminine au demeurant bien étudiée. Cf. par exemple Bouffartigues, Pendariès et Bouteiller, Horrelou-Lafarge, Kergoat.

⁵ Teiger, à paraître en 2017.

⁶ Le lecteur peut se référer, sans exhaustivité, aux travaux des auteures suivantes : Bercot, de Caroly, Kergoat, Messing, Molinié, Teiger, etc.

⁷ Le projet intitulé « Santé reproductive et travail : la prévention des risques reprotoxiques » (REPRO – n° 099) a été financé dans le cadre du PNR EST Programme national de recherche Environnement-Santé Travail et dirigé par Legrand. L'étude s'est attachée à analyser la manière dont sont pensés et appréhendés (en termes de prévention) ces risques particuliers, à différentes échelles : régionale, de l'entreprise, et enfin celle des salarié.e.s.

⁸ Dufour, Fortin et Hamel, 1991.

avec les acteurs institutionnels agissant dans le champ de la santé au travail. Cette recherche est structurée en trois volets, complémentaires les uns des autres.

Le premier volet part de l'hypothèse d'un déficit de connaissances et de reconnaissances des risques toxiques pour la reproduction. Nous avons cherché à analyser la mise en pratique de l'action publique en matière de risques toxiques pour la reproduction et leur place sur l'agenda institutionnel. Pour y répondre, nous avons choisi de mettre en perspective quatre régions : Aquitaine, Haute-Normandie, Ile-de-France, Midi-Pyrénées. Au sein de ces régions, une quarantaine d'entretiens a été réalisée auprès de quatre des principaux acteurs du champ de la santé au travail agissant préférentiellement dans le champ du travail (la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) et la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat)) ou de la santé (Agence régionale de santé (ARS) et consultations de pathologies professionnelles).

Pour le deuxième volet de cette enquête, nous avons analysé les pratiques concrètes de prévention au sein de plusieurs entreprises de secteurs d'activités divers mais, pour l'essentiel, relevant de l'industrie chimique, des soins ou de la recherche utilisant des substances reprotoxiques. L'échantillon se compose de 7 entreprises privées et 4 établissements publics à dominante tantôt féminine tantôt masculine, d'une taille suffisamment conséquente pour qu'il y ait un Comité d'Hygiène, Sécurité, et des Conditions de travail (CHSCT). L'enquête auprès de ces établissements repose sur 75 entretiens réalisés dans 11 entreprises différentes réparties sur le territoire national afin d'identifier les démarches de prévention initiées.

Enfin, le troisième volet de l'enquête empirique (sur lequel se base largement la présente contribution) considère le rapport dialectique entre la dimension cognitive et l'attitude privilégiée envers les risques professionnels (ici les risques toxiques pour la reproduction). Dans ce cadre nous avons pour objectif de cerner les représentations de ces risques chez les différentes personnes concernées par l'organisation de la prévention, mais aussi celles à qui elles s'adressent : les salariées, avec une focale portée sur les femmes. Ce troisième volet s'attache donc aux expériences de femmes salariées concernant leur santé reproductive. Il vise à identifier leurs connaissances et perceptions des risques reprotoxiques et la manière dont elles s'y rapportent et s'en préviennent dans leurs pratiques professionnelles. Nous avons rencontré 43 femmes, pour la plupart salariées des entreprises étudiées, en veillant à la diversité concernant : leur position dans la hiérarchie professionnelle, leur âge, leur statut parental (certaines sont mère d'un ou plusieurs enfants, d'autres pas) et leur trajectoire de santé reproductive (certaines femmes ont connu plusieurs épisodes de fausses-couches, d'autres ont dû recourir à des fécondations *in-vitro*, d'autres encore ont eu des enfants avec des problèmes de santé).

C'est principalement sur ce dernier volet que nous nous appuyons pour construire notre argumentaire. Toutefois, la « bonne » compréhension des pratiques et représentations des salariées, ne peut être déliée des deux autres volets de l'enquête. Nous leur réservons la première partie de cette contribution qui examine la santé reproductive à l'aune des dispositifs socio-sanitaires promus par les politiques publiques et observés dans les entreprises considérées dans le cadre de cette recherche. Plus concrètement, à un niveau macrosociologique une approche genrée permet de débusquer les représentations sexuées relatives à la santé reproductive véhiculées par les dispositifs socio-sanitaires dédiés à sa prise en charge et agissant dans des milieux professionnels dits à risque. Tel sera l'objet de la première partie. À un niveau microsociologique, elle permet d'étudier dans quelle mesure et de quelle manière ces représentations orientent les pratiques et les logiques de femmes en situation de procréation. Dans cette seconde partie, il s'agira d'examiner comment et à quel degré ces pratiques individuelles mises en place par des femmes en activité participent à la reproduction des rapports sociaux (de sexe et pas seulement) en milieu professionnel.

L'approche genrée paraît d'autant plus pertinente pour l'analyse de la gestion professionnelle de cette étape de la péri-parentalité⁹ que cette dernière est l'objet d'une multiplication de prescriptions normatives - à la fois, médicales, sanitaires et sociales - dont la déclinaison est questionnée ici en termes de différenciations sociales relatives aux statuts socio-économiques, aux trajectoires de parentalité, aux catégories d'âge et de générations.

Santé reproductive : entre dispositifs et idéologie de naturalisation différentielle

L'analyse des dispositifs de prise en charge de la santé reproductive au travail interroge la construction sociale des « minorités féminines », à la fois du point de vue de la politisation et de la gestion des questions de grossesse par les institutions¹⁰, et du point de vue de l'expérience des femmes, plus ou moins minorisées en âge de procréer. À un niveau analytique, l'usage du terme « minorité » est à comprendre en référence à « des positions statutaires relatives [...] assignées aux individus »¹¹ au sein de rapports sociaux inégaux et à des processus de minorisation, de différenciation ou de naturalisation, observables en milieu professionnel. Ce processus de construction de l'altérité et des identifications dans le cadre des relations interpersonnelles professionnelles est à étudier en lien avec les autres rapports sociaux en œuvre au travail. À ce sujet, notons que l'usage que nous faisons des catégories de « sexe » est non essentialiste et qu'en optant pour une définition relationnelle des catégories de genre¹², nous considérons que ces dernières sont produites au sein de rapports sociaux inégalitaires et non pas qu'elles sont des caractéristiques objectives.

Par ailleurs et sans épouser complètement une optique matérialiste (promue par les politiques publiques), nous concevons le genre comme un processus de séparation, d'opposition et de hiérarchisation inter et intragroupes professionnels composés de femmes et d'hommes salarié.e.s. Dans cette perspective, et en empruntant aux thèses de Nicole-Claude Mathieu, nous avançons que la naturalisation apparaît ici comme un outil de légitimation des inégalités sexuées au travail. La grossesse, objet naturalisé dans le sens commun et dans des champs scientifiques, devient alors l'argument massue de cette idéologie de naturalisation différentielle, promue par les dispositifs de sa prise en charge qui œuvrent au sein des structures professionnelles considérées ici. Selon les représentations divulguées par ces dispositifs, cette expérience de la vie constituerait la preuve même de la matérialisation d'essences différentes, distinguées et hiérarchisées. Si ces discours qui retentissent du système patriarcal ont pu évoluer ces dernières années, les injonctions sexistes réactualisées qui incombent spécifiquement, et presque exclusivement, aux femmes, demeure.

À l'heure de la promotion du gender-mainstreaming¹³ et face aux idéologies de naturalisation différentielle de sexes, l'analyse des dispositifs considérés ici a l'intérêt de

⁹ Ce concept introduit par d'I.G. Leon (Perinatal Loss. A critique of current hospital practices, *Clinical Pediatrics (Phila)*, 31, 6), pose la question du statut de parentalité qui demeure en suspens dans la mesure où il y a interruption de grossesse permettant ainsi de considérer ces étapes qui précèdent à la naissance physique d'un enfant.

¹⁰ Fassin, 2006.

¹¹ Lorcerie, 2003, p. 32.

¹² Nous empruntons à la sociologie des relations interethniques une définition relationnelle du genre (Poutignat, Streiff-Fénart, 1995).

¹³ Selon le Groupe de spécialistes pour une approche intégrée de l'égalité (EG-S-MS) du Conseil de l'Europe, le gender mainstreaming est : « la (ré)organisation, l'amélioration, l'évolution et l'évaluation des processus de prise de décision, aux fins d'incorporer la perspective de l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines et à tous les niveaux, par les acteurs généralement impliqués dans la mise en place des politiques ». http://igym-iefh.belgium.be/fr/domaines_action/gender_mainstreaming

donner à voir les enjeux que posent l'institutionnalisation du genre, médiatisés par l'expérience de la santé reproductive dans divers milieux professionnels et ses différentes déclinaisons selon les publics visés : femmes-travailleuses-enceintes, femmes-travailleuses-mères ou encore femmes-travailleuses-ayant un projet d'enfant. Cette même catégorie publique (travailleuses-enceintes) apparaît alors comme un véritable révélateur des modes de régulation sociale des questions d'un triple registre de problématisation et des tensions qui en résultent entre secteurs professionnels, sanitaires et questions genrées ¹⁴.

Devant la complexité des phénomènes étudiés, un regard réflexif qui prône l'intersectionnalité s'impose ¹⁵. Une telle approche permet de rendre compte des effets du croisement des catégories de genre, de statut social et économique, d'âge et de génération, tant au niveau d'assignation politiques et institutionnelles qu'au niveau des expériences individuelles en matière de santé reproductive en lien avec le travail. La perspective genrée qui en découle souscrit alors à l'analyse des manières dont la question des femmes travailleuses enceintes, allaitantes et / ou ayant un projet d'enfant - dans leur pluralité - est problématisée en tant que « problème » public et en tant que cible d'intervention socio-sanitaire en milieu professionnel à risque. L'émergence récente de ce public-cible (travailleuses-enceintes) révèle, en effet, un modèle de gouvernance situé ¹⁶, susceptible de construire ou de réguler les tensions entre « cause des femmes » (« cause des minorités ») et grossesse, au prisme de modèles d'insertion et de carrière professionnelle.

Passer les politiques publiques au tamis d'une approche genrée permet de briser leur apparente cohérence mettent en exergue un constat paradoxal. Alors même que la centralité des enjeux sociaux relatifs à la grossesse n'est plus à démontrer, les risques toxiques pour la reproduction ne sont au cœur d'aucune des politiques institutionnelles en charge de la santé et / ou de la santé au travail étudiées (ARS, Carsat, Direccte). En même temps les risques CMR (Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques) sont présentés comme une priorité de l'action des politiques publiques alors que ce sont en réalité les seuls cancérogènes (soit le C) qui occupent relativement le devant de la scène. « Relativement » seulement car de nombreuses études pointent le déni et l'oubli dont ils font l'objet ¹⁷ au point d'être qualifiés par Mengeot de « plaie sociale » ¹⁸. En effet, les risques reprotoxiques (le R) sont confondus dans la catégorie générique des CMR qui se résument le plus souvent aux cancérogènes.

En parallèle, la coordination des actions des différentes institutions reste difficile et, semble-t-il, soumise aux contingences locales et individuelles, ce qui limite l'ampleur du décloisonnement et de la transversalité recherchés et représente un frein important à la mise en place d'une authentique « gouvernance territoriale des risques du travail » ¹⁹. Pourtant, parmi l'ensemble des enjeux sanitaires liés au travail, la problématique CMR est sans doute une de celles qui, de par sa complexité, nécessite les plus grands besoins de coordination.

Au final, il apparaît que les risques toxiques pour la reproduction sont totalement invisibles, voire invisibilisés, alors que l'analyse des politiques de santé au travail promues par les pouvoirs publics régionaux et les pratiques préventives mises en place par les

¹⁴ Dorlin, 2009 ; Delphy, 2006 ; Guénif, 2005 ; Fassin, 2006 ; 2009.

¹⁵ Crenshaw, 1994.

¹⁶ En absence de comparaison avec les dispositifs de politiques publiques d'autres pays, il paraît difficile d'avancer ici qu'il s'agit d'un modèle spécifiquement français, même si ce modèle de gouvernance porte inéluctablement les spécificités socioculturelles du contexte dans lequel il se déploie.

¹⁷ Thébaud-Mony, 2008 ; 2012.

¹⁸ Mengeot, 2007.

¹⁹ Verdier, 2008.

entreprises donnent à voir une illusion protectionniste largement partagée. En réalité, la prévention des risques pour la reproduction en milieu de travail, quand elle existe, se cristallise sur la grossesse (déclarée), mais oublie les autres dimensions de la santé reproductive, et passe – au mieux – par une approche individuelle visant à protéger la femme enceinte, et non par une approche collective visant à l'élimination des risques reprotoxiques en tant que tels. Cela revient à perpétuer les expositions aux risques pour la plupart des salarié.e.s, tout en donnant l'illusion d'une prévention existante voire efficace. Certes, parfois les reprotoxiques sont pris en considération en dehors de la grossesse mais par ricochet, le plus souvent parce qu'ils sont également cancérigènes et non parce qu'ils constituent la cible d'action. Les propos de cet ingénieur de la Carsat le reflètent parfaitement : *« si le reprotoxique arrive tant mieux pour lui, mais c'est toujours le cancérigène qui est mis en avant. Les reprotoxiques en tant que tels, on ne s'y intéresse pas vraiment »*. La grossesse et les cancérigènes fonctionnent alors comme « des écrans »²⁰ laissant supposer que la prévention est efficace.

Dans l'entreprise, comme en dehors, les reprotoxiques constituent un objet entouré de silence social : les instances représentatives (CHSCT, syndicats) dominés par la gent masculine ne maîtrisent pas le sujet, ont peu de choses à en dire (cela n'a quasiment jamais fait l'objet de discussions au sein des collectifs de travail des entreprises étudiées) et tendent à considérer que cette problématique « de femmes » doit rester confiner au domaine privé. Toutefois, il semblerait que le sexisme dont les femmes font l'objet soit aussi un frein à leur expression.

Dans le cas où l'on en parle (de ce qui a trait à la santé reproductive), c'est souvent au détour de railleries, voire de propos sexistes, par l'entremise de blagues misogynes et machistes. Par conséquent, sans surprise, l'expérience des femmes et leur point de vue sur la mise en jeu de leur santé dans le travail sont peu entendus dans les réunions syndicales et les réunions de CHSCT. Leur argumentaire est « coupé » et contredit, et les femmes qui entreprennent de défendre leur santé lorsque des éléments n'ont pas été pensés, sont mal vues. En effet, dans les entreprises à dominante masculine, les femmes partageant les conditions de travail de leurs homologues masculins sont censées en partager également l'éthos de l'héroïsme professionnel viril, à propos de la prise de risque valorisée, et donc ne pas se plaindre de leur sort, comme le ferait une « femmelette », « une mauviette ». Elles doivent finalement passer l'épreuve de la virilité, voire avoir le goût du risque. La domination virile s'impose aux femmes comme aux hommes, bref à tous ceux qui n'adoptent pas le comportement attendu en référence au modèle de masculinité hégémonique²¹. Par exemple, les collègues masculins qui prendraient la défense des femmes ou soutiendraient leur cause subissent le même sort qu'elles : coupés, contredits, peu écoutés.

Mais cette tendance au silence dépasse ce seul cadre des hommes ou des instances de représentation du personnel, elle est beaucoup plus générale et concerne tout autant les femmes qui en parlent peu – sauf sur le ton de la confidence à une tierce personne bien choisie. Acceptation des risques, déni²², éthos du dévouement qui trouve son écho masculin dans l'éthos de la virilité, enjeux de carrière et d'emploi, etc. constituent autant de freins à la tombée du voile²³. À cela s'ajoutent les superstitions qui entourent l'enfantement, l'intimité à

²⁰ Mohammed-Brahim et Garrigou, 2009.

²¹ Connel, 1995.

²² Beck, 2001.

²³ Ces aspects seront développés plus longuement dans le prochain point.

laquelle renvoie la procréation, domaine privé s'il en est, entouré de performativité (sexuelle !).

Au total, à regarder l'activité de travail de près, la prévention des risques reprotoxiques se réduit, dans le meilleur des cas, à la prévention de la grossesse. Un médecin du travail le résume ainsi :

Dans les représentations, c'est un risque juste pour les femmes, et encore pour les femmes enceintes. Pour les hommes on ne se pose pas la question. C'est la différence sans doute avec les cancérrogènes. Dans les entreprises, c'est lorsqu'une femme est enceinte qu'on est attentif²⁴.

Le sexisme des pratiques professionnelles croise celui des politiques publiques pour partie inopérante car, en plus de procéder d'une logique de discrimination sexuée, sont exclues les autres étapes de la santé reproductive que la grossesse (fertilité et allaitement), laquelle n'est, au demeurant, pas forcément bien protégée (premières semaines, pollutions indirectes, femmes qui poursuivent l'activité par choix ou contraintes, etc.), ainsi que toute une partie des travailleurs : les hommes. En écartant les femmes enceintes de leur poste de travail, ou en agissant sur les CMR sans distinction des C, M, R, on pense agir sur le risque mais en réalité on « se prive de marge de manœuvre mobilisable pour une démarche intégrée de prévention du risque chimique »²⁵, ici par une démarche préventive globale sur les toxiques pour la reproduction. C'est dans ce sens que nous soutenons que la gestion de la procréation dans l'univers professionnel, conçue comme un enjeu des rapports sociaux, est un lieu performant pour comprendre l'intrication des discriminations genrées et sociales.

Femmes et risques toxiques pour la reproduction : pratiques et représentations

L'analyse proposée dans cette partie porte sur les représentations et les pratiques mises en place par les femmes travaillant dans des secteurs à risques pour la santé reproductive en s'intéressant aux effets combinés du genre, de l'âge et du statut socioprofessionnel.

Des femmes « naturellement » prudentes ? Autour de représentations genrées

L'idée que les femmes seraient plus sensibles aux questions de santé que les hommes et plus enclines à appliquer les recommandations de « bonnes pratiques » n'est pas nouvelle. De nombreuses enquêtes, surtout anglo-saxonnes²⁶, attestent de la véracité de ce constat qui se retrouve également dans les témoignages récoltés :

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

²⁴ C'est nous qui soulignons.

²⁵ Mohammed-Brahim et Garrigou, 2009, p. 52.

²⁶ Emslie et Hunt, 2008 ; Broom, 2009 ; Romo-Avilés *et al.*, 2009.

De telles considérations laissent sous-entendre que jamais ces femmes ne mettraient en danger leur progéniture à partir du moment où elles sont conscientes du risque. Cela confirme l'idée, bien étayée par ailleurs dans la littérature scientifique ²⁷, selon laquelle les hommes adopteraient plus de comportements à risques que les femmes. Si les études, principalement anglophones classent de telles affirmations dans le lot des thèses bien fondées, la présente étude tendrait à relativiser ce point, en regard des écarts aux règles de protection souvent rapportés dans les entretiens réalisés auprès des salariées. Si on ne peut pas les mesurer, leur présence nous a été confirmée à plusieurs reprises, notamment dans certains milieux professionnels féminins ou mixtes.

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

En réalité, la conscience des risques et l'existence de pratiques prudentielles sont à nuancer. La majorité des femmes interviewées déclarent peu connaître les effets des produits reprotoxiques, lacunes non comblées par l'entreprise qui dispense très peu d'informations sur ces risques. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, lorsque l'information existe, les femmes prises en compte dans le cadre de cette enquête reconnaissent ne pas la consulter. Encore plus étonnant, elles affirment ne pas faire le lien entre exposition professionnelle et difficultés liées à la reproduction, y compris en cas de problème répertorié par le passé. Ainsi, à titre d'exemple, alors que de nombreuses femmes déclarent avoir vécu des fausses couches ou avoir rencontré des problèmes de fertilité, elles n'établissent aucune relation de causalité entre leurs conditions de travail et leurs problèmes en matière de procréation. Au « mieux » émettent-elles un doute « *peut-être, on ne peut pas savoir* », très vite dissipé par l'incertitude scientifique derrière laquelle elles se retranchent, en même temps que tous les autres facteurs possibles. Parmi ces autres, la « nature » arrive en premier, comme l'argument clé : « *la nature fait bien les choses* » nous dit l'une ; « *la nature élimine ce qui n'est pas viable, ce n'est pas forcément à incriminer aux cytotoxiques* » souligne l'autre, cadre supérieur de santé en cancérologie ayant fabriqué les chimiothérapies et connu deux fausses couches... Ainsi la nature se présente avec la force d'un argument contre lequel on ne peut pas lutter, tout comme l'on ne peut pas lutter contre la malchance ou la volonté divine. Ce faisant, la grossesse et ses aléas continuent d'être consacrés au rang d'objet naturalisé. Réalité ? Méconnaissance ? Stratégies de déni pour poursuivre l'action ? Incorporation des représentations collectivement entretenues ? Le travail ne semble pas avoir partie liée, dans les représentations de la plupart des femmes, avec la santé reproductive. Et lorsque la chercheuse les invite à se questionner plus avant sur leur travail, sur les produits manipulés ou par exemple sur la répétition de fausses couches dans un service donné, après un « *ah oui c'est vrai, je n'ai jamais vraiment fait le rapprochement* » énigmatique, d'autres logiques sont mobilisées renvoyant à une certaine acceptation des risques parce qu'ils font partie du métier, parce qu'on a confiance dans les dispositifs de protection ou encore parce qu'on pense les maîtriser comme cela a été montré dans de nombreux travaux portant sur les rapports aux risques des travailleurs ²⁸.

²⁷ Scott-Samuel, 2009 ; Schofield *et al.*, 2000 ; Connell et Messerschmidt, 2005.

²⁸ Duclos, 1987 ; Gollac *et al.*, 2006 ; Jounin, 2006 ; Schepens, 2005 ; Sorignet, 2006 ; Omnès, 2009, etc.

Ce sentiment de maîtrise est particulièrement tangible chez les femmes opérant dans les univers médicaux ou chimiques, ce qui est à mettre en lien avec la formation initiale de cette population impliquant une supposée « bonne » connaissance des produits et / ou de leurs effets. Plutôt à tort qu'à raison d'ailleurs, d'autant que les producteurs eux-mêmes connaissent mal les risques reprotoxiques. De plus, ces mêmes risques sont peu abordés en tant que tels dans les classifications internationales. Cette supposée « bonne » connaissance du risque chimique semble partagée par les directions qui, comme le signale cet inspecteur du travail, « ont l'impression qu'ils ont à faire à un personnel formé ». Quant à ce dernier et en raison de son domaine professionnel, il serait, par définition, plus ou moins sensible à la « culture sécurité », à l'instar des laboratoires *a priori* plus favorables à l'adoption des « bonnes » pratiques qu'en production. Ainsi, un niveau de formation élevé a souvent pour corollaire une culture professionnelle plus prompte aux enjeux de prévention. Il en résulte la difficulté à sensibiliser des salariés d'une culture professionnelle différente de celle des préventeurs, en raison d'une moindre connaissance des contraintes du métier. À l'inverse, les préventeurs partant du présumé selon lequel certaines catégories de personnel sont bien formées, ou à même de trouver elles-mêmes les informations, justifient la quantité moindre d'informations à leur délivrer. C'est le cas pour les médecins, qui auraient *a priori* à leur disposition des connaissances jugées solides et de « bonnes » pratiques sous le coude : « les médecins je me suis dit qu'ils en connaissent autant que moi et qu'ils peuvent se former tout seuls », confie l'un des médecins du travail rencontré²⁹. Par ailleurs, il se peut qu'une telle attitude soit liée à la hiérarchie des disciplines médicales qui opère à un niveau représentationnel. Ainsi, la partie de l'enquête réalisée auprès des professionnels de santé révèle que ceux-ci considèrent très mal la médecine du travail, et donc on peut supposer que cette dernière se sente peu légitime pour intervenir auprès de collègues qui les disqualifient.

Au-delà des différences selon le niveau de formation, le processus de recherche entre aussi en ligne de compte, notamment dans les métiers hautement qualifiés. Les manipulations expérimentales des chercheuses contiennent une part de risque souvent impossible à mesurer car les mélanges et les tests impliquent la création de produits, sous-produits et mélanges dont les caractéristiques sont souvent inconnues. Cet élément est d'ailleurs au cœur même du principe de la recherche. Et la plupart du temps, les femmes chercheuses acceptent de prendre des risques mal mesurés, comme l'aventurier qui découvre des terres inconnues sans savoir ce qui l'y attend. Dans ce choix, un certain éthos de l'héroïsme scientifique est de mise³⁰. L'objectif de recherche poursuivi est d'ailleurs souvent présenté comme « leur bébé », ce qui implique une marge de négociation non négligeable avec les recommandations qui leur sont faites (si toutefois il y en a).

Des différences de pratiques selon...

Certes, au moment de la grossesse, les femmes interviewées déclarent faire preuve de plus d'attention lors des manipulations³¹. Mais malgré tout, et quels qu'en soient les ressorts, une certaine minimisation des risques est palpable. Ce constat mérite néanmoins d'être nuancé en fonction du niveau d'instruction, des catégories d'âge et de générations ainsi que de

²⁹ En réalité, les médecins rencontrés, tout comme les infirmières, reconnaissent peu connaître les risques professionnels. La quantité et la qualité des informations relatées s'apparentent ni plus ni moins à celles des aides-soignantes si l'on établit la comparaison dans la hiérarchie hospitalière.

³⁰ Fellinger, 2010 ; Hughes, 1996.

³¹ Aussi prudentes soient-elles, plusieurs limites s'opposent à l'efficacité des pratiques prudentielles.

certaines postes ou métiers. Sur ce dernier point, les métiers relationnels ou en contact avec le public (coiffeuses, infirmières, femmes de ménage) forment une catégorie à part qu'il convient d'analyser comme telle. Lorsque la relation humaine est en jeu, la satisfaction du client ou du patient semble primer sur la nécessité de se protéger. Des témoignages de salariées (notamment des infirmières) qui travaillent dans ces secteurs d'activité expriment cette difficulté : ne pas faire peur au patient (ou au client), c'est se dévouer pour son bien-être, quitte à oublier le sien. Ce principe de l'éthos professionnel revient souvent dans les témoignages des infirmières³². Dans ces métiers relationnels, l'oubli de soi se présente parfois comme une condition pour satisfaire sa vocation, c'est-à-dire être au service de son prochain. Tout consiste à dire que les mécanismes de protection de soi entrent en concurrence avec cette vocation et tendent à accroître la possibilité de l'existence d'écart par rapport aux règles de protection.

L'importance de la « carrière », la « passion » pour son métier ainsi que le « travail sur projet » ont été également mentionnés par certaines des femmes rencontrées pour justifier la poursuite de leurs tâches professionnelles en dépit des risques qu'elles ne peuvent ignorer. Sur ce dernier point, soulignons qu'une partie de la population féminine qui a participé à cette enquête a déclaré se heurter à l'organisation même de certains postes professionnels, par exemple, le travail sur projet dans la recherche. Les femmes ne veulent pas, et souvent ne peuvent pas, arrêter un projet en cours parce qu'elles sont enceintes³³. La volonté de mener leur projet à bien (« pour ne pas être exclues » ou encore par pure déontologie professionnelle) peut les amener à trouver des astuces acrobatiques : travailler à distance, dans la salle d'à côté avec leur ordinateur, chez-elles, etc. (avec toutes les limites que de telles attitudes impliquent en termes de protection). Mais même dans ces compromis, de nombreux écarts aux recommandations sont évoqués. À ce sujet, l'envie d'aller voir « en vrai » les résultats de leur expérimentation a souvent été décrite, alors qu'il paraît que de tels petits écarts peuvent être significatifs pour la santé reproductive, s'ils sont répétés. Ajoutons que le travail sur projet est un modèle organisationnel répandu dans les métiers qualifiés. Par conséquent, il devient de plus en plus difficile pour une femme qui occupe un poste (aussi précaire soit-il) hautement qualifié dans la hiérarchie professionnelle, d'abandonner ses collègues en cours de route, lorsque les échéances ont été décidées longtemps à l'avance (à l'exemple des doctorantes qui, partout, mais en sciences dites exactes en particulier, sont enjointes à terminer leur thèse dans les trois ans impartis). Dans de telles configurations, l'étau du temps se resserre de plus en plus sur l'ensemble des salariés, les échéances non respectées sont de moins en moins acceptées par les collègues et les projets s'accumulent sur un nombre restreint de travailleurs. Dès lors, il est très difficile pour une femme engagée dans un projet de s'éloigner de ses activités professionnelles au nom du risque encouru pour son embryon / fœtus.

Par ailleurs, les femmes qui évoluent dans des univers professionnels hautement qualifiés sont victimes du plafond de verre³⁴. Leur carrière est conditionnée par le temps consacré à l'enfantement, ce qui les oblige souvent à choisir entre « réussite » professionnelle et vie familiale. Comme elles ne parviennent pas à choisir entre les deux, elles s'arrangent pour que la grossesse n'affecte pas leur carrière. On peut se demander alors si certaines d'entre elles ne multiplient pas les écarts aux recommandations de protection de la santé de leur

³² Bouffartigues *et al.*, 2010.

³³ Ces aspects peuvent être mis en parallèle avec la difficulté, pour les enseignants-chercheurs, à bénéficier de leur congé maternité (même si des évolutions sont à noter ces dernières années), cf. les travaux d'O. Bui-Xuan (2001).

³⁴ Marry et Jonas, 2005.

progéniture en effectuant, malgré tout, des manipulations interdites ou déconseillées. L'analyse fournit des éléments qui vont dans ce sens. Sur ce point, précisons que le fait de voir ses collègues en « bonne » santé après plusieurs années (voire une carrière) passées à travailler dans des conditions d'exposition aux risques reprotoxiques, semble faire oublier le risque que courent ces femmes au quotidien d'autant que sa factualité est souvent reliée à la connaissance de cas précis dans l'entourage professionnel. Argument au demeurant à relativiser car la connaissance de cas de fausses couches (y compris pour soi-même), qui repose d'ailleurs le plus souvent sur des bruits de couloirs, ne suffit pas toujours à s'interroger sur le lien éventuel avec son travail.

Si certaines de ces femmes occupant des postes hautement qualifiés prennent des risques en conscience au nom de leur carrière, d'autres et à l'extrémité opposée de l'échelle professionnelle, en prennent parfois tout autant consciemment, au nom de l'emploi et du maintien en emploi. Pour les femmes en poste précaire, la santé se présente comme secondaire, y compris celle de l'enfant. Les propos de cette jeune femme de ménage sont éloquentes : « *je travaille enceinte jusqu'au bout parce que je n'ai pas le choix, les risques chimiques, les risques pour le bébé, on n'y pense même pas* ». Pléthore d'études a montré que précarité et santé ne font pas bon ménage³⁵. Les récits recueillis décrivent le dilemme entre protéger sa santé (ainsi que celle de son enfant à venir) et être reconduite dans son poste, voire être « bien vue » par ses supérieurs hiérarchiques. De nombreuses femmes acceptent donc de travailler dans des environnements dangereux sans annoncer leur grossesse, ou le plus tard possible, et hésitent à demander des aménagements de leur poste.

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

Au-delà du statut socio-professionnel de ces travailleuses, des écarts générationnels ont également été repérés. Si le *corpus* ne permet pas d'affirmer avec certitude l'existence de clivages, les données laissent entrevoir des écarts significatifs. Ainsi, la partie la plus jeune du public interviewé se dit « plus sensible » à ces questions des risques pour la santé au travail et affirme se protéger mieux que les anciens « récalcitrants ». Ce constat qui prend plutôt les contours d'une hypothèse à vérifier dans une plus large recherche comparative, pourrait s'expliquer par la sensibilisation de cette jeune génération dans le cadre de sa formation, même si par ailleurs certains travaux soulignent une sous-évaluation du danger par les jeunes prompts aux comportements dits à risques³⁶. Dans certains secteurs, comme celui du bâtiment, la mise en danger (refus de porter le casque ou le harnais de sécurité par exemple) apparaît

³⁵ Hélardot, 2011 ; Thébaud-Mony *et al.*, 2015 ; Parizot, 2003.

³⁶ Le Breton, 2006.

comme une sorte de passage initiatique où les jeunes ouvriers sont amenés à braver les risques sous peine d'être exclus du groupe.

Au-delà des questions d'exposition aux risques, ces nouvelles générations affichent un moindre engagement dans le métier, en refusant d'y sacrifier leur vie personnelle pour se dévouer totalement à leur travail, y compris au sein de professions dotées d'un certain prestige. À titre indicatif, les médecins enregistrent une montée du salariat corrélée avec la féminisation de ce secteur d'activité et le refus, de plus en plus répandu, de faire des heures qui nuisent à leur vie privée, réaffirmant de la sorte la place des préoccupations personnelles. Par ailleurs, dans de nombreux récits et dans l'imaginaire collectif, les anciens seraient davantage enclins au déni des risques³⁷, qui relèveraient d'une forme d'acceptation fataliste, et se présenteraient comme un public plus difficile à sensibiliser. En effet, il semblerait plus compliqué de modifier des habitudes de travail de plusieurs décennies, d'autant que les adeptes de telles pratiques paraissent toujours en « bonne » santé : « *En atelier, il y a des jeunes et des moins jeunes qui vont vous répondre "ça fait 20 ans que je manipule comme ça, il ne m'est jamais rien arrivé".* » (Responsable prévention des risques, PHARMA). Il est également mentionné, dans les entretiens comme la littérature, que les plus âgés, en production, au sein du milieu ouvrier, pourraient avoir une influence négative sur les jeunes avec parfois une « surenchère virile »³⁸ de la part de ces derniers pour se montrer à la hauteur des anciens ; un constat qui ne semble toutefois pas se vérifier en laboratoire.

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

³⁷ Peretti-Watel, 2003.

³⁸ Le Breton, 2006.

pour poursuivre l'action, en l'absence de dispositifs de protection, comme l'a bien montré depuis maintenant quelques années la psychodynamique du travail, à l'exemple de Déjours³⁹.

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

Conclusion

Les mécanismes d'occultation des risques reprotoxiques en milieu professionnel est favorisée par au moins quatre éléments. L'ignorance toxique⁴⁰ eu égard au déficit de connaissances toxicologiques (au moins 90 % des substances ne sont pas testées donc pas classées) à laquelle s'ajoute l'ignorance épidémiologique ne donnant aucune factualité à ce risque (les problèmes de santé reproductive comme les fausses couches, stérilité, malformations, etc. ne sont pas toujours recensés et s'ils le sont le lien avec l'activité professionnelle n'est pas établi. En outre l'invisibilité sociale : à quelques exceptions près, ces risques ne font l'objet de mobilisations ni scientifiques, ni citoyennes se cumule à, l'ignorance de spécificités genrées des pratiques professionnelles féminines. En effet, la femme au travail est largement impensée et, parallèlement, le risque pour la reproduction reste, dans les représentations, superposé aux femmes – ainsi par réciprocité on aurait tendance à oublier ou à se désintéresser de ce risque.

L'analyse des pratiques concrètes de prévention répertoriées au sein des entreprises a néanmoins permis d'identifier un écart à cette tendance à l'occultation : la période de la grossesse. Il s'agit là de la seule période à faire éventuellement l'objet d'attention, sans toutefois présumer de l'efficacité des mesures prises (écartement provisoire, arrangements clandestins des femmes entre elles, pratiques prudentielles plus développées, etc.), d'autant que les pollutions indirectes sont nombreuses et l'efficacité des dispositifs de protection collective parfois discutable en dépit d'une croyance partagée en leur efficacité. Cette focalisation sur la femme enceinte est instructive à au moins deux égards : elle révèle, d'une part, que la santé reproductive est pensée strictement au féminin et donc témoigne de l'influence des stéréotypes féminins dans la prévention des risques reprotoxiques ; elle montre, d'autre part, que c'est la grossesse qui génère l'action (et implique que celle-ci soit déclarée pour que des mesures soient prises) et non pas le risque reprotoxique en tant que tel que l'on n'élimine pas à sa source. Une telle perspective obère totalement la question de la protection de la santé reproductive dans sa complexité : les premières semaines de grossesse, angle mort majeur de la prévention des risques et période au demeurant la plus à risque, la période de conception ou encore l'allaitement, et bien sûr les hommes.

Par ailleurs l'analyse montre la centralité des normes traditionnelles de genre dans la prescription des rôles « modernes » de ces professionnelles en situation de procréer. Centrée sur la consubstantialité des rapports sociaux, elle permet de comprendre notamment la réactualisation de modèles de masculinités hégémoniques⁴¹ avec la production de masculinités complices, subordonnées et marginalisées et, en creux, l'injonction au virilisme qui pèse sur les hommes (mais aussi les femmes) en activité, interrogeant de la sorte la

³⁹ Déjours, 2000.

⁴⁰ Thébaud-Mony, 2012.

⁴¹ Connell, 1995.

production de soupapes sexistes. Ainsi la démocratie sexuée, réalité en mouvement et idéal instrumentalisé, apparaît à travers l'analyse des représentations comme une sphère discursive et symbolique où s'articulent d'autres catégorisations, recoupant aussi des questions de classes, de générations, d'âge, de trajectoire de santé reproductive. Par ailleurs, l'analyse rend compte du transfert d'une mobilisation collective locale, marquée par une reprise institutionnelle, vers un niveau individuel de la gestion du risque qui implique la culpabilisation des femmes ainsi visées, puisque la grossesse ne serait pas forcément compatible avec une carrière ambitieuse et revendiquée comme telle. La culpabilisation dont il est question ici avance masquée, prenant les contours d'une apparente responsabilisation.

Dans les discours, l'inertie envers la protection de la santé reproductive des femmes est très souvent compensée par l'idée selon laquelle, de toutes les manières, les femmes sont « naturellement » plus prudentes, comme elles sont, tout aussi naturellement plus « douces », plus « sensibles »... et qu'elles ne mettraient jamais en danger leur progéniture. En réalité, la conscience des risques et l'existence de pratiques prudentielles sont à relativiser (même s'il est vrai que les femmes déclarent être plus prudentes quand elles sont enceintes), en raison des rapports aux risques observés qui oscillent entre acceptation / fatalité - au nom du maintien de l'emploi, des enjeux de carrière - ou acceptation / héroïque et acceptation / dévouement parce qu'ils font partie du métier, parce qu'on le fait au nom de la science ou de ses patients. Ces derniers éléments trouvent leur écho masculin dans l'ethos de la virilité. De telles attitudes étant favorisées par le sentiment de maîtrise de ces risques en raison de sa formation, et / ou de la confiance dans les dispositifs de protection, d'autant plus que notre bon état de santé ou celui de nos collègues en atteste.

L'étude a toutefois permis de montrer la perception différenciée des risques selon les effets du genre, du statut socioprofessionnel mais aussi de la génération et du statut parental. En somme, les pratiques excluantes et les logiques qui les animent analysées tout au long de cette recherche participent des inégalités sexuées au travail. Un écartement, même temporaire, peut en effet être préjudiciable au parcours professionnel des femmes et à leur carrière et favorise, sans en être le seul facteur, les attitudes de déni des risques, de secret, voire de dissimulation de la grossesse. On retrouve ici un débat ancien et récurrent affrontant deux logiques : celles de l'universalisme et du protectionnisme. La première serait intégratrice mais moins protectrice ; la seconde, qui semble s'imposer, serait quant à elle davantage protectrice mais discriminante. Le binôme laisse de côté les possibilités de mise en place d'une voie médiane : celle de la protection universelle et atemporelle, des hommes et des femmes tout au long de leur trajectoire professionnelle.

Références bibliographiques

- ADAMS Jean, WHITE Martin, FORMAN David, « Is the rate of biological aging, as measured by age at diagnosis of cancer, socioeconomically patterned? », *Journal Epidemiological Community Health*, n° 59, 2005, p. 146-151.
- ADDIS Michael, MAHALIK James, « Men, masculinity, and the contexts of help seeking », *American Psychologist*, n° 58, 2003, p. 5-14.
- ADKINS Lisa, *Gender and Sexuality in Late Modernity*, Oxford University Press, Buckingham, 2002.
- AÏACH Pierre, *Les inégalités sociales de santé*, Economica/Anthropos, Bordeaux, 2010.
- AÏACH Pierre, « Processus cumulatif d'inégalités: effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale », *Santé, Société, Solidarité*, n° 2, 2004, p. 38-47.
- AÏACH Pierre, MARSEILLE Marie, THEIS Ivan, (dir), *Pourquoi ce lourd tribut payé au cancer? Le cas exemplaire du Nord-Pas-de-Calais*, ENSP, Paris, 2008.
- AÏACH Pierre « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », dans AÏACH Pierre, CÈBE Dominique, CRESSON Geneviève, PHILIPPE Claudine, (dir), *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, ENSP, Paris, 2001, p. 117-148.
- AÏACH Pierre, « La prévention: une idéologie de progrès? », *Agora*, 1994, n° 30, vol.12, p. 11-15.
- AÏACH Pierre, CÈBE Dominique, *Expression des symptômes et conduites de maladie*, Les éditions Inserm/Doin, Paris, 1991.
- ALESSANDRIN Arnaud, « Être un.e jeune trans en France aujourd'hui », *Agora*, n° 73, 2016, p. 07-21.
- ALESSANDRIN Arnaud, ESPINEIRA Karine, *Sociologie de la transphobie*, MSHA, Bordeaux, 2015.
- ALESSANDRIN Arnaud, « Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre »: ce que le DSM fait des variances de genre », *Socio-logos*, n° 9, 2014.
- ALESSANDRIN Arnaud, « Santé psychiatrique: le principe de précaution est-il un principe éthique ? », *Éthique et santé*, n° 11, 1994, p. 44-50.
- ALESSANDRIN Arnaud, BELLEBEAU Brigitte, (dir.), *Genre!*, Des ailes sur un tracteur, Paris, 2014.
- ALESSANDRIN Arnaud, *Aux frontières du genre*, L'Harmattan, Paris, 2012.
- ALMEIDA WILSON Kayigan, LERT France, BERDOUGO François, HAZERA Hélène, « Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 27, 2008, p. 240-244.
- ALSOP Rachel, FITZSIMONS Annette, LENNON Kathleen, *Theorizing gender*, Polity, Cambridge, 2002.
- APFELDORFER Gérard, *Anorexie, boulimie, obésité*, Flammarion, Paris, 1995.
- ARTAZCOZ Lucia, BORRELL Carme, BENACH Joan, « Gender inequalities in health among workers: the role of family demands, *Journal of Epidemiology and Community Health* », n° 55, vol. 9, 2001, p. 639-647.
- ÄRZTE Zeitung, *Psychotherapeuten warnen, Seelische Probleme nicht überdiagnostizieren*, 2014.

- BACHELOT Annie, DE MOUZON Jacques, ADJIMAN Maurice, « La fécondation in vitro : un parcours qui reste difficile », dans DE LA ROCHEBROCHARD Élise (dir.), *De la pilule au bébé éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales ?* INED, Paris, 2008, p. 243-261.
- BAJOS Nathalie, BOZON Michel, « La sexualité à l'épreuve de la médicalisation », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, n° 128, 1999, p. 34-37.
- BAJOS Nathalie, BOZON Michel, « Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans : un vieillissement genré », *Gérontologie et société*, n° 1, vol. 140, 2012, p. 95-108.
- BANCROFT John, LOFTUS Jennis, LONG John, « Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships », *Archives of Sexual Behavior*, n° 32, vol. 3, 2003, p. 193-208.
- BASDEVANT Arnaud, *Obésité, une véritable épidémie ?*, Platyus Press, Paris, 2003.
- BHARADWAJ Aditya, « Why adoption is not an option in India: the visibility of infertility, the secrecy of donor insemination, and other cultural complexities », *Social Science & Medicine*, n° 56, 2003, p. 1867-1880.
- BIVALACQUA Trinity, HELLSTROM Wayne, « Potential application of gene therapy for the treatment of erectile dysfunction », *Journal of Andrology*, n° 22, vol. 2, 2001, p. 183-190.
- BLANC Nicolas, *Le rôle de l'infirmière bariatrique coordinatrice, dans la prise en charge du patient obèse, au sein d'une équipe pluridisciplinaire*, Mémoire professionnel, Diplôme Universitaire Nutrition et maladies métaboliques, Université Rennes 1, 2013.
- BECK Ulrich, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Aubier, Paris, 2001.
- BLANCHARD Ray, « The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, n° 177, vol. 10, 1989, p. 616-623.
- BOCKTING Walter, « Transforming the paradigm of transgender health : a field in transition », *Sexual and Relationship Therapy*, n° 24, vol. 2, 2009, p. 103-107.
- BOKHOUR G. Barbara, _CLARK A. Jack, _INUI S., Thomas, *et al.*, « Sexuality after treatment for early prostate cancer », *Journal of General Internal Medicine*, n° 16, vol. 10, 2001, p.649-655.
- BOUFFARTIGUES Paul, PENDARIES Jean-Réné, BOUTEILLER Jacques, « La perception des liens travail/santé. Le rôle des normes de genre et de profession », *Revue française de sociologie*, n° 51, 2010, p. 247-280.
- BOURDIEU Pierre, *La domination masculine*, Seuil, Paris, 1998.
- BROCELIANDE DE Ludiane, *Ma fille est un homme*, Les Éditions du Net, Suresnes, 2015.
- BROMBERGER Joyce, « A psychosocial understanding of depression in women: for the primary care physician », *Journal of the American Medical Women's Association*, n° 59, vol. 3, 2004, p. 198-206.
- BROOM Dorothy, « Men's health and women's health: deadly enemies or strategic allies », *Critical Public Health*, n° 19, vol. 3-4, 2009, p. 269-277.
- BRYANT Karl, « Making Gender Identity Disorder of Childhood: Historical Lessons for Contemporary Debates, Sexuality Research & Social Policy », *Journal of NSRC*, n° 3, vol. 3, 2006, p. 23-39.
- BUTLER Judith, *Défaire le genre*, Amsterdam, Paris, 2006.

- BUTLER Judith, *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*, Routledge, New York, 1990.
- CAMACHO Maria, REYES-ORTIZ Carlos, « Sexual dysfunction in the elderly: age or disease ? », *International Journal of Impotence Research*, n° 17, vol. 1, 2005, p. 52-56.
- CANGUILHEM Georges, *Ecrits sur la médecine*, Seuil, Paris, 2002.
- CANGUILHEM Georges, *La connaissance de la vie*, Vrin, Paris, 1992.
- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Quadrige, Paris, 1966.
- CHASLES Virginie, « Inégalités de genre et restrictions spatiales. L'exemple du recours aux soins des femmes en Inde rurale », *Sciences sociales et santé*, n° 27, vol. 2, 2009, p. 37-45.
- CHASLES Virginie, « Femmes en Inde », *L'information géographique*, n° 72, vol. 1, 2008, p. 57-69.
- CHENU Alain, « Sexe et mortalité en France, 1906-1980 », *Revue française de sociologie*, n° 29, vol. 2, 1988, p. 293-324.
- COCKBURN Cynthia, « Gender relations as causal in militarization and war: a feminist standpoint », *International Feminist Journal of Politics*, n° 12, 2010, p. 139-157.
- COHEN-KETTENIS Peggy, PFÄFFLIN Friedemann, « The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults », *Archives of Sexual Behavior*, n° 39, 2010, p. 499-513.
- COHEN-KETTENIS Peggy, GOOREN Louis, « Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment », *Journal of Psychiatric Research*, n° 46, vol. 4, 1999, p. 315-333.
- COHEN Patrice, *Figures contemporaines de la santé en Inde*, L'Harmattan, Paris, 2008.
- CONNELL Raewyn, « Change among the gatekeepers: men, masculinities, and gender equality in the global arena », *Signs*, n° 30, 2005, p. 1801-1825.
- CONNELL Raewyn, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Amsterdam, Paris, 2014.
- CONNELL Raewyn, « Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world », *Perspective, Social Science & Medicine*, n° 24, 2012, p. 1675-1683.
- CONNELL Raewyn, MESSERSCHMIDT James, « Hegemonic masculinity. Rethinking the concept », *Gender & Society*, n° 19, vol. 6, 2005, p. 829-859.
- COURTENAY Will, « Constructions of masculinity and their influence on well-being: a theory of gender and health », *Social Science and Medicine*, n° 50, vol. 10, 2000a, p. 1385-1401.
- COURTENAY Will, « Engendering health: a social constructionist examination of men's health beliefs and behaviours », *Psychology of Men and Masculinities*, n° 1, 2000b, p. 4-15.
- COUSTEAUX Anne-Sophie, *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, Alain Chenu (dir.), Thèse en Sociologie, Institut d'études politiques de Paris, 2011.
- CREIGHTON Genevieve, OLIFFE John, « Theorising masculinities and men's health: a brief history with a view to practice », *Health Sociology Review*, n° 19, 2010, p. 409-418.
- CRENSHAW Kimberlé Williams, « Mapping the Margins of Intersectionality, identity politics and violence against women of color », dans ALBERTSON Fineman, (dir.), *The Public Nature of Private Violence: The Discovery of Domestic Abuse*, Routledge, New York, 1994, p. 93-118.

- CRENSHAW Kimberlé Williams, « Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics », dans BARTLETT Katherine, KENNEDY Rosanne, (dir.), *Feminist legal theory*, Boulder, Westview, 1991, p. 57-80.
- CURRAH Paisley, STRYKER Susan, « Introduction », *Transgender Studies Quarterly*, n° 2, vol. 1, 2015, p. 1-12.
- DARGENT Jérôme, *Le corps obèse : obésité, sciences et culture*, Champs Vallon, Paris, 2015.
- DAVIDSON Megan, « Seeking refuge under the umbrella: inclusion, exclusion, and organizing within the category transgender », *Sexuality research & social policy*, n° 4, vol. 4, 2007, p. 60-80.
- DE CUYPERE, Greta *et al*, « Prevalence and demography of transsexualism in Belgium », *European Psychiatry*, n° 22, 2007, p. 137-141.
- DE PINHO Ronaldo, « The age of cancer », *Nature*, n° 408, vol. 9, 2000, p. 248-54.
- DEJOURS Christophe, *Travail, usure mentale*, Bayard, Paris, 2000.
- DELAMATER John, HYDE Janet, FONG Mei-Chia, « Sexual satisfaction in the seventh decade of life », *Journal of Sex and Marital Therapy*, n° 34, 2008, p. 439-454.
- DENTON Margareth, PRUS Steven, WALTERS Vivienne, « Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health », *Social Science and Medicine*, n° 58, vol. 12, 2004, p. 2585-2600.
- DEONANDAN Raywat, GREEN Samantha, VAN BEINUM Amanda, « Ethical concerns for maternal surrogacy and reproductive tourism », *Journal of Medical Ethics*, n° 38, 2012, p. 742-745.
- DERRIDA Jacques, *De la Grammatologie*, Minuit, Paris, 1976.
- DETREZ Christine, *La construction sociale du corps*, Seuil, Paris, 2002.
- DIAMOND Jed *Male Menopause*, Sourcebooks, Naperville, 1997.
- DORLIN Elsa, *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination*, PUF, Paris, 2009.
- DOYAL Lesley, « Putting gender into health and globalisation debates: new perspectives and old challenges », *Third World Quarterly*, n° 23, 2002, p. 233-250.
- DRESCHER Jack, COHEN-KETTENIS Peggy, « Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11 », *International Review of Psychiatry*, n° 24, vol. 6, 2012, p. 568-577.
- DRESCHER Jack, « Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual », *Archives of Sexual Behavior*, n° 39, 2010, p. 427-460.
- DRULHE Marchel, SICOT Francois, *La santé à cœur ouvert*, Presses Universitaires du Mirail, Toulouse, 2011.
- DUBET Francois, *L'expérience sociologique*, La découverte, Paris, 2007.
- DUCLOS Denis, « La construction sociale du risque: le cas des ouvriers de la chimie », *Revue française de sociologie*, n° 28, 1987, p. 17-42.
- EHRENSAFT Diane, « Found in Transition: Our Littlest Transgender People » *Contemporary Psychoanalysis*, n° 50, vol. 4, 2014, p. 571-592.
- EHRENSAFT Diane, « From Gender Identity Disorder to Gender Identity Creativity : True Gender Self Child Therapy », *Journal of Homosexuality*, n° 59, vol. 3, 2012, p. 337-356.
- EHRENSAFT Diane, *Gender born, gender made*, The Experiment, New York, 2011.

- EMSLIE Carol, HUNT Kate, « The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: a qualitative study », *Social Science and Medicine*, n° 67, vol. 5, 2008, p. 808–816.
- EPSTEIN Debbie, MORRELL Robert, MOLETSANE Relebohile, UNTERHALTER Elaine, « Gender and HIV/AIDS in Africa south of the Sahara : interventions, activism, identities », *Transformation*, n° 54, 2004, p. 1-16.
- ERTUL Servet, MELCHIOR Jean, EPINAY Christian, *Subjectivation et redéfinition identitaire*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2014.
- FASSIN Éric, « Le sexe de l’immigration », dans CETTE FRANCE-LA (dir.), *Cette France-là*, Volume 1, La Découverte, Paris, 2009, p. 108-117.
- FASSIN Didier, FASSIN Éric, *De la question sociale à la question raciale? Représenter la société française*, La Découverte, Paris, 2006.
- FELLINGER Anne, « Femmes, risque et radioactivité en France. Les scientifiques et le danger professionnel », *Travail, genre et sociétés*, n° 23, vol. 1, 2010, p. 147-165.
- FERGUS Karen, GRAY Rose, FITCH Margaret, « Sexual dysfunction and the preservation of manhood: experiences of men with prostate cancer », *Journal of Health Psychology*, n° 7, vol. 3, 2002, p. 303–316.
- FERGUSON Susan, KASPER Anne, *Breast cancer: society shapes an epidemic*, New York, 2000.
- FERLAY Jacques, STELIAROVA-FOUCHER Eva, LORTET-TIEULENT Joannie, *et al.*, « Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012 », *European Journal Cancer*, n° 49, vol. 6, 2013, p. 1374-1403.
- FERRET Stephane, *Le bateau de Thésée. Le problème de l’identité à travers le temps*, Éd. de Minuit, Paris, 1996.
- FOUCAULT Michel, *Subjectivité et vérité. Cours au Collège de France, 1980-1981*, Gallimard, Seuil, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2004.
- FOUCAULT Michel, *Dits et écrits (1954-1988), tome I : 1954-1975*, Gallimard, Coll. Quarto, Paris, 2001.
- FOUCAULT Michel, *Il faut défendre la société: Cours au Collège de France, 1975-1976*, Paris, Seuil, 1997.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité*, vol. I., *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976.
- FRANCES Allen, *Sommes-nous tous des malades mentaux? Le normal et le pathologique. La vérité sur le DSM-5*, Odile Jacob, Paris, 2013.
- FRASER Julie, MATICKA-TYNDALE Eleanor, SMYLIE, « Lise Sexuality of Canadian women at midlife », *Canadian Journal of Human Sexuality*, n° 3, 2004, p. 171–187.
- FREUD Sigmund, *L’inquiétante étrangeté*, Folio Essais, Paris, 1985.
- Gagnon John, « The explicit and implicit use of scripting perspective in sex research », *Annual Review of Sex Research*, n° 1, 1990, p. 1-43.
- GAGNON JOHN, « Sex Research and social change », *Archives of Sexual Behavior*, n° 4, vol. 2, 1975, p. 111-141.
- GARCIA-CALVENTE Maria, DEL RIO Maria, EGUIGUREN Anna, « Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud », *Inguruak Revista Vasca de Sociologia*, n° 44, vol. 3, 2007, p. 291–308.

- GIAMI Alain, « Procréation et parentalité dans la population Trans' : Genre, parcours biographique, parcours de transition », dans HÉRAULT Laurence (dir.), *La parenté transgenre*, Presses Universitaires de Provence, Aix-en-Provence, 2014, p. 93-105.
- GIAMI Alain, BEAUBATIE Emmanuel, LE BAIL Jonas, « Caractéristiques socio-démographiques, identifications de genre, parcours de transition médico-psychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 42, 2011, p. 433-437.
- GIAMI Alain, « Identifier et classer les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers », *L'Information Psychiatrique*, n° 87, 2011, p. 269-277.
- GIAMI Alain, « Socio-épidémiologie de l'impuissance masculine », *Andrologie*, n° 9, vol. 2, 1999, p. 177-190.
- GIAMI Alain, « Le questionnaire de l'enquête ACSF - Influence d'une représentation épidémiologique de la sexualité », *Population*, n° 5, 1993, p. 1229-1256.
- GIAMI Alain, « De Kinsey au sida : l'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives », *Sciences Sociales et santé*, n° 9, vol. 4, 1991, p. 23-56.
- BAJOS Nathalie, BOZON Michel, FERRAND Alexis, GIAMI Alain, SPIRA Alfred (dir.), *La sexualité aux temps du sida*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998.
- GODELIER Maurice, *La production des grands hommes. Pouvoir et domination masculine chez les Baruya de Nouvelle-Guinée*, Fayard, Paris, 1982.
- GOFFMAN Erving, *L'arrangement des sexes*, La Dispute, Paris, 2002.
- OLLAC Michel, CASTEL Marie-Josèphe, JABOT François, PRESSESQ Philippe, « Du déni à la banalisation. Note de recherche : Sur la souffrance mentale au travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 163, 2006, p. 39-45.
- GORI Roland, DEL VOLGO Marie-José, *La santé totalitaire*, Denoël, Paris, 2005.
- GRAHAM Hilary, « Social determinantss and their inequal distribution: clarifying policy », *The Milbank Quarterly*, n° 82, vol.1, 2004, p. 101-124.
- GRAY Roe, FITCH Margaret, PHILLIPS Catherine, LABRECQUE Manon, FERGUS Karen, « Prostate cancer and erectile dysfunction: Men's experiences », *International Journal of Men's Health*, n° 1, 2002, p. 15-29.
- GROSSMAN Arnold, D'AUGELLI Anthony, « Transgender Youth: Invisible and Vulnerable. Publié simultanément », *Journal of Homosexuality*, n° 51, vol. 1, 2006, p. 111-128.
- GUIGNON Nicole, *Risques professionnels: les femmes sont-elles à l'abri ?* Dares, Paris, 2008.
- HALBERSTAM Judith, *Gaga Feminism: Sex, Gender, and the End of Normal (Queer Ideas/Queer Action)*, Beacon Press, Boston, 2013.
- HALBERSTAM Judith, *Female masculinity*, Duke University Press, Durham, 2008.
- HALLOWELL Nina, « Reconstructing the body or reconstructing the woman? Problems of prophylactic mastectomy for hereditary breast cancer risk », dans POTTS Laura (dir.), *Ideologies of breast cancer: feminist perspectives*, Macmillan Press, London, 2000, p. 153-180.
- HAUSMAN Bernice, *Changing sex: transsexualism, technology, and the idea of gender*, Duke University Press, Durham, 1995.
- HECKATORN Douglas, « Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations », *Social Problems*, n° 44, 1997, p. 174-199.

- HÉLARDOT Valentine, « Au cœur des enjeux de santé : le travail et ses transformations », dans DRULHE Marcel, SICOT François, *La santé à cœur ouvert*, Toulouse, PUM, 2000, p. 137-159.
- HERDT Gilbert H., *Third sex, third gender - Beyond sexual dimorphism in culture and history*, Zone Books, New York, 1994.
- HERITIER Françoise, « Le recours au politique pour un changement des rapports sociaux de sexe », *Sciences sociales et santé*, n° 22, vol. 3, 2004, p. 7-11.
- HERITIER Françoise, *Masculin, Féminin. La pensée de la différence*, Odile Jacob, Paris, 1996.
- HERTZLICH Claudine, PIERRET Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot, Paris, 1991.
- HIDALGO A. Marco, EHRENSAFT Diane, TISHELMAN Amy C. *et al.*, « The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn », *Human Development*, n° 56, 2013, p. 285-290.
- HILL Darril ROZANSKI Cristina, CARFAGNINI Jessica, WILLOUGHBY Brian, « Gender identity disorders in childhood and adolescence: a critical inquiry », *International Journal of Sexual Health*, n° 19, 2007, p. 57-75.
- HUMBYRD Casey, « Fair trade international surrogacy. *Developing World Bioethics* », n° 9, vol. 3, 2009, p. 111-118.
- INHORN Maria, GURTIN Zeynep, « Cross-border reproductive care: a future research agenda », *Reproductive Biomedicine Online*, n° 23, 2011, p. 665-676.
- ISHIHARA Osamu, ADAMSON G. David, DYER Silke, *et al.* « International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies: World Report on Assisted Reproductive Technologies », *Fertility and Sterility*, n° 103, vol. 2, 2015, p. 402-413.
- JACQUES Béatrice, *Sociologie de l'accouchement*, Presses Universitaires de France, Paris, 2007.
- JANKELEVITCH Vladimir, *La mort*, Quadrige, Paris, 1966.
- JADVA Vasanti, MURRAY Clare, LYCETT Emma, MACCALLUM Fiona, GOLOMBOK Susan, « Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child », *Human Reproduction*, n° 30, vol. 2, 2015, p. 373-379.
- JONAS Hans, *Entre le néant et l'éternité. Le fardeau et la grâce d'être mortel*, Belin, Paris, 1996.
- JOUGLA Éric, RICAN Stéphane « Disparités sociales de mortalité », *La Revue du Praticien*, n° 50, vol. 20, 2004, p. 2228-2232.
- JOUGLA Éric, SALEM Gerard, RICAN Stéphane, LEFEVRE Hassina « Disparités de la mortalité par cancer dans l'Union européenne. Situation de la France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 41, 2003, p. 198-201.
- JOUNIN Nicolas, « La sécurité au travail accaparée par les directions. Quand les ouvriers du bâtiment affrontent clandestinement le danger », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 165, 2006, p. 72-91.
- KATZ Stephen, MARSHALL Barbara, « New sex for old: lifestyle, consumerism and the ethics of aging well », *Journal of Aging Studies*, n° 17, vol. 1, 2003, p. 3-16.
- KATZ Stephen, « Busy bodies: activity, aging, and the management of life », *Journal of Aging Studies*, n° 14, vol. 2, 2000, p. 135-51.

- KAMMEN Jessica, *Conceiving Contraceptives. The Involvement of Users in Antifertility Vaccines Development*, Dissertation University of Amsterdam, Amsterdam, 2000.
- KARON John, WEJNERT Cyprian, « Statistical Methods for the Analysis of Time–Location Sampling Data », *Journal of Urban Health*, n° 89, vol. 3, 2012, p. 565-586.
- KEINS Peter, *Trans*Kinder. Eine kleine Fibel*, Create Space Independent Publishing Platform, Charleston, 2015.
- KENNEDY Natacha, HELLEN Mar, « Transgender children: more than a theoretical challenge », *Graduate Journal of Social Science*, n° 7, vol. 2, 2010, p. 25-43.
- KIMMEL Michael HEARN Jeff, CONNELL Raewyn, *Handbook of studies on men and masculinities*, Thousand Oaks, Sage, 2005.
- KIMMEL Michael, MESSNER Michael, *Men's Lives*, MacMillan, New York, 1997.
- KIVITS Joelle, « Jalons pour une recherche interdisciplinaire en santé et en sciences humaines et sociales: apports d'un séminaire de recherché », *Santé Publique*, n° 5, vol. 25, 2013, p. 579-586.
- KOGEVINAS Manolis, PEARCE Neil, SUSSE Mervyn, BOFFETA Paolo, *Social inequalities and cancer*, IARC Scientific Publications, Lyon, 1997.
- KONTULA Osmo, HAAVIO-MANNILA Elina, « The impact of aging on human sexual activity and sexual desire », *Journal of Sex Research*, n° 46, 2009, p. 46-56.
- KRIEGER Nanc, « Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology », *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 59, 2005, p. 350-355.
- KRISTEVA Julia, *Le pouvoir de l'horreur, essai sur l'abjection*, Seuil, Paris, 1980.
- KULICK Don, *Travesti: Sex, Gender and Culture among Brazilian Transgendered Prostitutes*, Chicago University of Chicago Press, Chicago, 1998.
- KUNST Anton, GROENHOF Feikje, MACKENBACH Johan, « Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens », dans LECLERC Annette, FASSIN Didier, GRANJEAN Henri, KAMINSKI Monique, LANG Thierry (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, p. 53-68.
- LAGREE Jacqueline, *Le médecin, le malade, et le philosophe*, Bayard, Paris, 2002.
- LANGER Susan, MARTIN James, « How Dresses Can Make You Mentally Ill: Examining Gender Identity Disorder in Children », *Child and Adolescent Social Work Journal*, n° 21, vol. 1, 2004, p. 5-23.
- LAPLANTINE François, *L'énergie discrète des lucioles*, L'Harmattan, Paris, 2013.
- LAURIE Nina, « Establishing development orthodoxy: negotiating masculinities in the water sector », *Development and Change*, n° 36, 2005, p. 527-549.
- LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*, Presses Universitaires de France, Paris, 2008.
- LE BRETON David, « Prévenir les consommations à risques chez les jeunes. Conduites à risque ou... passion du risque », *La santé de l'Homme*, n° 11, 2006, p. 22-25.
- LE BRETON David, *Sociologie du corps*, Presses Universitaires de France, Paris, 1992.
- LE BLANC Guillaume, « La vie psychique de la maladie », *Revue Esprit*, n° 1, 2006, p. 109-122.
- LECOURT Dominique, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Quadrige, Paris, 2003.
- LEGUIL Clotilde., *L'être et le genre*, Presses Universitaires de France, Paris, 2015.

- LEOPOLD Ellen, *A Darker ribbon: breast cancer, women, and their doctors in the twentieth century*, Beacon Press, Boston, 1999.
- LEVINAS Emmanuel, *Totalité et infini, essai sur l'extériorité*, M. Nijhoff, 1961.
- LINDAU Stacy, SCHUMM Philip, LAUMANN Edward., LEVINSON Wendy, O'MUIRCHEARTAIGH Colm, WAITE Linda, « A study of sexuality and health among older adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, n° 357, 2007, p. 762–774.
- LOCKE John, *Essais sur l'entendement humain*, Le livre de Poche, Paris, 2009.
- LORBER Judith, MOORE Lisa, *Gender and the Social Construction of Illness*, Rowman Altamira Press, 2002.
- LORBER Judith, *Paradoxes of gender*, Yale University Press, New Haven, 1994.
- LUPTON Deborah *Medicine As Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*, Sage, London, 2003.
- LUPTON Deborah, « Femininity, responsibility, and the technological imperative: discourses on breast cancer in the Australian press », *Intentiona journal of health services*, n° 24, vol. 1, 1994, p. 73–89.
- MACNEIL Sheila, BYERS, Sandra, « Dyadic assessment of sexual selfdisclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples », *Social and Personal Relationships*, n° 22, 2009, p. 169–181.
- MANE Purnima, AGGLETON Peter, « Gender and HIV/AIDS: what do men have to do with it? » *Current Sociology*, n° 49 vol. 6, 2001, p. 23-37.
- MANSFIELD Phillis, KOCH Patricia, « Qualities midlife women desire in their sexual relationships and their changing sexual response », *Psychology of Women Quarterly*, n° 22, 1998, p. 285–303.
- MARMOT Michael, WILKINSON Richard, *Social determinants of health*, Oxford University Press, 1999.
- MARRY Catherine, JONAS Irene, « Chercheuses entre deux passions. L'exemple des biologistes », *Travail, genre et sociétés*, n° 2, vol. 14, 2005, p. 69-88.
- MARSHALL Barbara, « 'Hard science': gendered constructions of sexual dysfunction in the 'Viagra age' », *Sexualities*, n° 5, vol. 2, 2002, p. 131–58.
- MARWAH Vrinda, SAROJINI Naidu, Reinventing Reproduction, « Re-conceiving Challenges: An Examination of Assisted Reproductive Technologies in India », *Economic & Political Weekly*, n° 46, vol. 43, 2001, p. 104-111.
- MATHIEU Nicole Claude, *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Côté-Femme, Paris, 1991.
- MAURIN Louis, SAVIDAN Patrick, *L'état des inégalités en France*, Belin, Paris, 2016.
- MCBRIDE Ruari, *Grasping the Nettle: The Experiences of Gender Variant Children and Transgender Youth Living in Northern Ireland*, ICR, Belfast, 2003.
- MCFADDEN Emilie, LUBEN Robert, BINGHAM Sheila, WAREHAM Nicholas, KINMONTH Anne, KHAW Kay-tee, « Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women », *BMC Public Health*, n° 8, 2008, p. 1-8.
- MCNEIL Jay, BAILEY Louis, ELLIS Sonja, MORTON James, REGAN Maeve, *Trans Mental Health and Emotional Wellbeing Study 2012*, Retrieved from The Scottish Transgender Alliance, Glasgow, 2012.

- MEDA Dominique, *Le deuxième âge de l'émancipation. La société, les femmes et l'emploi*, Seuil, La République des Idées, Paris, 2007.
- MEIDANI Anastasia, ALESSANDRIN Arnaud, « Cancers et transidentités : une nouvelle « population à risques », *Sciences Sociales et Santé*, n° 35, vol. 1, 2007, p. 41-64.
- MEIDANI Anastasia, « Alcoolisation et pratiques à risques des jeunes: des logiques sociales aux logiques sexuées », dans CARRICABURU Danièle, CASTRA Michel, COHEN Patrice (dir.), *Risque et pratiques médicales*, Paris, Presses de l'École des Hautes Études En Santé Publique, 2010, p. 155-172.
- MEIDANI Anastasia, « Le genre dans l'histoire de la maladie cancéreuse: le façonnement sociétale de la santé et ses inégalités », *Sociologie Santé*, n° 28, 2008, p. 282-303.
- MEIDANI Anastasia, *Les fabriques du corps*, Toulouse, Presses Universitaires du Midi, 2007.
- MEIER Stacy, LABUSKI Christin, « The Demographics of the Transgender Population », dans BAUMLE Amanda (dir.), *International Handbook on the Demography of Sexuality*, Dordrecht, Springer Netherlands, 2013, p. 289-327.
- MENGEOT Marie-Anne, *Les cancers professionnels: une plaie sociale trop souvent oubliée*, ETUI-REHS, Bruxelles, 2007.
- MEMMI Dominique, FASSIN Didier, *Le gouvernement des corps*, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 2004.
- MENVIELLE Edgardo, « A Comprehensive Program for Children with Gender Variant Behaviors and Gender Identity Disorders », *Journal of Homosexuality*, n° 59, vol. 3, 2012, p. 357-368.
- MENVIELLE Edgardo, CHASTANG Jean-François, LUCE Danièle, LECLERC Annette, « Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par causes de décès », *Revue d'épidémiologie et santé publique*, n° 55, vol. 2, 2007, p. 97-105.
- MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945.
- MESLE FRANCE, « Ecart d'espérance de vie entre les sexes: les raisons du recul de l'avantage féminin », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n° 52, vol. 4, 2004, p. 333-352.
- MESSING Karen, STELLMAN Jane, « Sex, gender and women's occupational health: the importance of considering mechanism », *Environmental Research*, n° 101, 2006, p. 149-162.
- MEYEROWITZ Joanne, *How sex changed: A history of transsexuality in the United States*, Cambridge, Harvard University Press, London, 2002.
- MIGNOT Jean François, « L'adoption internationale dans le monde : les raisons du déclin », *Population & Sociétés*, n° 519, 2015, p. 1-4.
- MIZRAHI André, MIZRAHI Arié, *Etat de santé, vieillissement relatif et variables sociodémographiques, enquête sur la santé et la protection sociale 1988-1991*, Rapport CreDES, Paris, 1994.
- MOLLER-LEIMKUHLER Anne Maria, « The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, n° 253, 2003, p. 1-8.
- MONS Alain, *La transition du perçu à l'ère des communications*, Presse Universitaire de Bordeaux, Bordeaux, 2013.

- MORRELL Robert, SWART Sandra « Men in the third world: postcolonial perspectives on masculinity », dans KIMMEL Michael, HEARN Jeff, CONNELL Reawyn (dir.), *Handbook of studies on men and masculinities*, Thousand Oaks, Sage, 2005, p. 90-113.
- NANCY Jean Luc, *L'intrus*, Éd. Galilée, Plutarque, 2000.
- O'BRIEN Rosaleen, HUNT Kate, HART Graham, « Standing out from the herd: men renegotiating masculinity in relation to their experience of illness », *International Journal of Men's Health*, n° 6, vol. 3, 2007, p. 178–200.
- O'BRIEN Rosaleen, HUNT Kate, HART Graham, « It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate: men's accounts of masculinity and help seeking », *Social Science and Medicine*, n° 61, 2005, p. 503–16.
- OLSON Kristina, KEY Aidan, EATON Nicholas, « Gender Cognition in Transgender Children », *Psychological Science*, n° 26, vol. 4, 2015, p. 467-474.
- OMNES Catherine, « De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 58, vol. 1, 2009, p. 61-82.
- PAECHTER Carrie, « Masculine femininities / feminine masculinities – power, identities and gender », *Gender and Education*, n° 18, vol. 3, 2006, p. 253–63.
- PANDE Armita, « 'At least I am not sleeping with anyone': resisting the stigma of commercial surrogacy in India », *Feminist Studies*, n° 36, 2010, p. 292-314.
- PANDE Armita, *Wombs in Labor: Transnational Commercial Surrogacy in India*, Columbia University Press, 2014.
- PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus*, Presses Universitaires de France, Paris, 2003.
- PESTRE Dominique, *A contre-science*, Seuil, Paris, 2013.
- PERETTI-WATEL Patrick, MOATTI Jean Paul, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Seuil, La République des Idées, Paris, 2009.
- PERETTI-WATEL Patrick, *Sociologie du risque*, Armand Colin, Paris, 2003.
- PERRAUT SOLIVERES Anne, *Infirmières, le savoir de la nuit*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011.
- PETERSON Spike, *A critical rewriting of global political economy: Integrating reproductive, productive and virtual economies*, Routledge, London, 2003.
- PHADKE Shilpa, « Dangerous liaisons. Women and men: risk and reputation in Mumbai », *Economic & Political Weekly*, n° 42, vol. 17, 2007, p. 510-1518.
- PIETILÄ Ilkka, RYTKÖNEN Marja, « 'Health is not a man's domain': lay accounts of gender differences in life-expectancy in Russia », *Sociology of Health and Illness*, n° 30, vol. 7, 2008, p. 1070–85.
- POPAY Jenny, « Narrative in research on gender inequalities in health », dans ANNANDALE Ellen, HUNT Kate. (dir.) *Gender Inequalities in Health*, Cambridge, Open University Press, 2010.
- POTTS Annie, « Deleuze on Viagra (or, what can a Viagra-body do?) », *Body and Society*, n° 10, 2004, p. 17–36.
- POTTS Annie, GRACE Victoria, VARES Tiina, GAVEY Nicholas, « Sex for life? Men's counter-stories on erectile dysfunction, male sexuality and ageing », *Health & Illness*, n° 28, vol. 3, 2009, p. 306–329.
- POULAIN Jean Pierre, *Sociologie de l'obésité*, Presses Universitaires de France, Paris, 2009.

- PRECIADO Beatriz, *Manifeste contra-sexuel*, Balland, Paris, 2000.
- PRIEUR Annick, *Mema's house, Mexico City: on transvestites, queens, and machos*, The University of Chicago Press, Chicago, 1998.
- PULLEN SANSFAÇON Annie *et al*, « The Experience of Parents Who Support Their Children's Gender Variance », *Journal of LGBT Youth*, n° 12, 2005, p. 39-63.
- PYNE Jake. Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *Canadian Journal of Human Sexuality*, n° 23 / 1, 2014, p. 1-8.
- QADEER Imrana, JOHN Mary, « The Business and Ethics of Surrogacy », *Economic & Political Weekly*, n° 44, vol. 2, 2009, p. 10-12.
- RADCLIFFE Sarah, LAURIE Nina, ANDOLINA ROBERT, « The transnationalization of gender and reimagining Andean indigenous development », *Signs*, n° 29, 2004, p. 387-416.
- RAGONÉ Helena, *Surrogate Motherhood*, Oxford, Westview, Boulder, 1994.
- RAYMOND Susan, GREENBERG Henri, LEEDER Stephen, « Beyond reproduction: women's health in today's developing world », *The International Journal of Epidemiology*, n° 34, 2005, p. 1144-1148.
- REGNIER Faustine, « Obésité, corpulence et statut social: une comparaison France / États-Unis (1970-2000) », *Inra, Sciences Sociales*, n° 1, 2005, p. 1-4.
- RICHARD Marie Sylvie, *Soigner la relation en fin de vie*, Dunod, Paris, 2004.
- RICŒUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris, 1990.
- RILEY Anne, SITHARTHAN Gomalthi, CLEMSON Lindy, DIAMOND Milton, « The need of gender-variant children and their parents: A parent survey », *International Journal of Sexual Health*, n° 23, 2011, p. 181-195.
- RILEY Anne, SITHARTHAN Gomalthi, CLEMSON Lindy, DIAMOND Milton, « Recognising the needs of gender-variant children and their parents », *Sex Education*, n° 13, vol. 6, 2013, p. 644-659.
- RILEY Anne, SITHARTHAN Gomalthi, CLEMSON Lindy, DIAMOND Milton, « Surviving a Gender-Variant Childhood: The Views of Transgender Adults on the Needs of Gender-Variant Children and Their Parents », *Journal of Sex & Marital Therapy*, n° 39, 2013, p. 241-263.
- ROBERTS Célia, « Biological behavior ? Hormones, psychology and sex », *Journal of the National Women's Studies Association*, n° 12, 2002, p. 1-20.
- ROBERTSON Steve, « I've been like a coiled spring this last week': embodied masculinity and health », *Sociology of Health & Illness*, n° 28, vol. 4, 2006, p. 433-56.
- ROMO-AVILÉS Nuria, MARCOS-MARCOS Jorge, RODRIGUEZ Ainhoa, CABRERA Andres, HERNÁN Mariano, « Girl power: risky sexual behaviour and gender identity among young Spanish recreational drug users », *Sexualities*, n° 12, vol. 3, 2009, p. 359-81.
- ROTHBLUM Esther, SOLOVAY Sondra, *The fat studies reader*, NYUP, NY, 2009.
- ROZÉE Virginie, LA ROCHEBROCHARD (DE) Elise, « Cross-border reproductive care among French patients: experiences in Greece, Spain and Belgium », *Human Reproduction*, n° 28, vol. 11, 2013, p. 3103-3110.
- ROZÉE Virginie, UNISA Sayeed, « Surrogacy as a growing practice and a controversial reality in India: exploring new issues for further research », *Women's Health, Issues & Care*, 2006, n° 6, vol. 4.

- ROZÉE Virginie, UNISA Sayeed, « Surrogacy from reproductive rights perspective: the case of India », *Autrepart*, n° 70, vol. 2, 2014, p. 185-203.
- RUDRAPPA Sharmila, « Des ateliers de confection aux lignes d'assemblage des bébés. Stratégies d'emploi des mères porteuses à Bangalore, Inde », *Cahiers du Genre*, n° 56, 2014, p. 59-86
- RUDRAPPA Sharmila, « Working India's Reproduction Assembly Line: Surrogacy and Reproductive Rights », *Western Humanities Review*, n° 66, vol. 3, 2012, p. 77-101.
- RUDRAPPA Sharmila, « Making India the 'Mother Destination': Outsourcing Labor to Indian Surrogates », dans WILLIAMS Christine, DELLINGER Kirsten (dir.), *Gender and Sexuality in the Workplace*, Emerald, 2010, p. 253-285
- RYAN Caithlyn, « Engaging Families to Support Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. The Family Acceptance Project », *The Prevention Researcher*, n° 17, vol. 4, 2010, p. 11-13.
- SARAVANAN Sheela, « An ethnomethodological approach to examine exploitation in the context of capacity, trust and experience of commercial surrogacy in India », *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, n° 8, vol. 10, 2013.
- SAROJINI Nadimpally, MARWAH Vrinda, SHENOI Anjal, « Globalisation of birth markets: a case study of assisted reproductive technologies in India », *Globalization and Health*, n° 7, vol. 27, 2011.
- SAUREL-CUBIZOLLES Marie Josephe, « Etats de santé », dans MARUANI Margaret (dir.), *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2003, p. 122-130.
- SCHEPENS Florent, « L'erreur est humaine mais non professionnelle: le bûcheron et l'accident », *Sociologie du travail*, n° 47, vol. 1, 2005, p. 1-16.
- SHIAVI Raul, REHMAN Jamil, « Sexuality and aging », *Urologic Clinics of North America*, n° 22, vol. 4, 1995, p. 711-726.
- SCHIPPERS, Mimi, « Recovering the feminine other: masculinity, femininity, and gender hegemony », *Theory and Society*, n° 36, vol. 11, 2007, p. 85-102.
- SCHLAGDENHAUFEN Régis, « Parler de sexualité en entretien ou comment rendre publics des propos privés ? », *Hermès*, n° 69, 2014, p. 34-38.
- SCHNEIDER Erik, *Normierte Kinder Bielefeld*, Transcript, 2014.
- SCHOFIELD Toni, CONNELL Raewyn, WALKER Linley, WOOD Julian, *et al.*, « Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice », *Journal of American College Health*, n° 48, vol. 6, 2000, p. 247-56.
- SCOTT-SAMUEL Alex, « Patriarchy, masculinities and health inequalities », *Gaceta sanitaria*, n° 23, vol. 2, 2009, p. 159-60.
- SCULLY Diana, *Men who control women's health: the mis-education of obstetrician*, Houghton, Mifflin Company, Boston, 1994.
- SMITH Elisabeth, JONES Tiffany, WARD Roza, *et al.*, *From Blues to Rainbows. The mental health and well-being of gender diverse and transgender young people in Australia*, University and University of New England, La Trobe 2014.
- SELDIN Daniel, FRIEDMAN Howard, MARTIN Leslie, « Sexual activity as a predictor of life-span mortality risk », *Personality and Individual Differences*, n° 33, 2002, p. 409-425
- SICARD Didier, *L'alibi éthique*, Plon, Paris, 2006.
- SLOTERDIJK Peter, *Écumes. Sphérologie plurielle*, Fayard/Pluriel, Paris, 2010.

- SMITH James, ROBERTSON Steve, « Men's health promotion: a new frontier in Australia and the UK? », *Health Promotion International*, n° 23, vol. 3, 2008, 283–289.
- SONTAG Susan, *La maladie comme métaphore*, Seuil, Paris, 1978.
- SPRECHER Susan, « Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability », *Journal of Sex Research*, n° 39, 2002, p. 190–196.
- STANISTREET Debbie, « Is patriarchy the source of men's higher mortality? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 59, vol. 10, 2002, p. 873–876.
- TEIGER Catherine, « Tenir au travail », *Travail, genre et sociétés*, n° 1, vol. 29, 2009, p. 23-30.
- TEMAN Elly, *Birthing a Mother: The Surrogate Body and the Pregnant Self*, University of California Press, Berkeley, 2010.
- THÉBAUD-MONY Annie, DAVEZIES Philippe, VOGEL Laurent, VOLKOFF Serge, *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, La Découverte, Paris, 2015.
- THÉBAUD-MONY Annie, *La science asservie, les collusions mortifères entre industriels et chercheurs*, La Découverte, Paris, 2014.
- THÉBAUD-MONY Annie, « Cancers professionnels », dans BEVORT Antoine, JOBERT Annette, LALLEMENT Michel, MIAS Arnaud, *Dictionnaire du travail*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012, p. 66-72.
- THÉBAUD-MONY Annie, « Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, 2008, p. 237-254.
- TOURETTE-TURGIS Catherine, THIEVENAZ Jonas, « La reconnaissance du «travail» des malades : un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, n° 46, 2013, p. 69-87.
- TLOUZE Marielle, Que font nos sexualités? Porno, art et féminisme (dir.), *Miroirs/Miroirs*. Paris, Des ailes sur un tracteur, 2015.
- UNISA Sayeed, « Adoption patterns among childless couples. Evidence from rural Andhra Pradesh », *The Indian Journal of Social Work*, n° 73, vol. 1, 2012, p. 21-44.
- VAN HOLLEN Cecilia, *Birth on the Threshold: Childbirth and Modernity in South India*, University of California Press, Berkeley, 2003.
- VERDIER Éric, « Vers une gouvernance territoriale des risques du travail ? », *Travail et emploi*, n° 113, 2008, p. 103-115.
- VERDONK Petra, SEESING Hannes, DE RIJK Angelique, « Doing masculinity, not doing health ? » *BMC Public Health*, n° 19, vol. 10, 2008, p. 712–23.
- VIGARELLO Georges, *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité du Moyen Age au XXe siècle*, Seuil, Paris, 2010.
- WINKIN Yves, *Anthropologie de la Communication*, Le Seuil, Paris, 1997.
- WINTON Mark Alan, « The medicalization of male sexual dysfunctions: an analysis of sex therapy journals », *Journal of Sex Education and Therapy*, n° 25, vol. 4, 2000, p. 231–239.
- ZUCKER J. Kenneth, WOOD Hayley, SINGH Devita, BRADLEY J. Susan, « A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder », *Journal of Homosexuality*, n° 59, vol. 3, 2012, p. 369-397.

- ZUCKER Kenneth, LAWRENCE Anne, « Epidemiology of Gender Identity Disorder: Recommendations for the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health », *International Journal of Transgenderism*, n° 11, vol. 1, 2009, p. 8-18.
- RIEKER P. Patricia, BIRD E. Chloé, “Rethinking Gender Differences in Health: Why We Need to Integrate Social and Biological Perspectives”, *The Journals of Gerontology: Series B*, n° 2, vol. 60, 2005, p. S40–S47.
- ALBERTS C. Susan, ARCHIE A. Elizabeth, GESQUIERE R. Laurence, ALTMANN Jeanne, VAUPEL W. James, CHRISTENSEN Kaare, « The Male-Female Health-Survival Paradox: A Comparative Perspective on Sex Differences », dans WEINSTEIN Maxine, LANE A. Meredith (éd.), *Aging and Mortality in Sociality, Hierarchy, Health: Comparative Biodemography*, Washington (DC), National Academies Press (US), 2014, p. 339-363.
- LIU Hui, “Gender Paradox (and the Health Myth)”, dans Cockerham C. William, Dingwall Robert, Quah Stella (éd.), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, Malden MA: John Wiley & Sons, 2014, p. 629-33.
- VAN OYEN Herman, NUSSELDER Wilma, JAGGER Kolip Carol Petra, CAMBOIS Emmanuelle, ROBINE Jean-Marie, “Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the “health–survival” paradox”, *International Journal of Public Health*, 2013, p. 58-143.
- BROOM Dorothy, “Men’s health and women’s health: deadly enemies or strategic allies”, *Critical Public Health*, n° 19, vol. 3–4, 2009, p. 269–77.
- BORRELL Carme, MUNTANER Carles, BENACH Joan, ARTAZCOZ Lucía, “Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour?”, *Social Science and Medicine*, n° 58, vol. 10, 2004a, p. 1869–87.
- ARTAZCOZ Lucía, BENACH Joan, BORRELL Carme, CORTÉS Immaculada, “Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class”, *American Journal of Public Health*, n° 94, vol. 1, 2004, p. 82–8.
- SCOTT-SAMUEL Alex, “Patriarchy, masculinities and health inequalities”, *Gaceta sanitaria*, n° 23, vol. 2, 2009, p. 159–60.
- SCHIPPERS Mimi, “Recovering the feminine other: masculinity, femininity, and gender hegemony”, *Theory and Society*, n° 36, vol. 11, 2007, p. 85–102.
- PAECHTER Carrie, “Masculine femininities / feminine masculinities – power, identities and gender”, *Gender and Education*, n° 18, vol. 3, 2006, p. 253–63.
- DENTON Margaret, PRUS Steven, WALTERS Vivienne, “Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health”, *Social Science and Medicine*, n° 58, vol. 12, 2004, p. 2585–600.
- STANISTREET Debbie, BAMBRA Clare, SCOTT-SAMUEL Alex, “Is patriarchy the source of men’s higher mortality?”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 59, vol. 10, 2005, p. 873–6.
- VERDONK Petra, SEESING Hannes, de RIJK Angelique, “Doing masculinity, not doing health? A qualitative study among Dutch male employees about health beliefs and workplace physical activity”, *BioMed Central Public Health*, n° 19, vol. 10, 2010, p. 712–23.
- DUFOUR Stéphane, FORTIN Dominic, HAMEL Jacques, *L'enquête de terrain en sciences sociales. L'approche monographique et les méthodes qualitatives*, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, 1991.

