

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE AUX MÉTHODES MIXTES SUR LA RELATION ENTRE L'ETHNICITÉ ET LA  
SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN SCIENCES DE L'ENVIRONNEMENT

PAR  
STÉPHANIE PREMJI

OCTOBRE 2008

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## AVANT-PROPOS

La thèse est composée de six chapitres, dont deux sont des articles publiés ou sous presse dans des périodiques scientifiques et desquels la candidate est première auteure. Le premier chapitre introduit la pertinence du travail effectué en présentant l'état des connaissances quant aux aspects suivants : les mécanismes de risque accru de problèmes de santé liés au travail chez les minorités ethniques ; les inégalités dans les taux d'accidents, de maladies et de décès liés au travail ; les inégalités dans les soins de santé et l'indemnisation ; et l'impact différentiel selon l'ethnicité des problèmes de santé liés au travail. Le deuxième chapitre présente les aspects méthodologiques de la thèse, qui comporte un volet quantitatif et un volet qualitatif. Le troisième chapitre, qui s'intitule *Inégalités selon l'ethnicité et le genre dans le risque de lésions professionnelles indemnisées à Montréal*, présente les résultats des analyses quantitatives. Pour cette partie, la candidate, Stéphanie Premji, a obtenu, préparé et analysé les données sous la supervision de Karen Messing et Katherine Lippel (directrice et co-directrice). Les quatrième et cinquième chapitres présentent les résultats des analyses qualitatives. Le quatrième chapitre est un article intitulé « *On travaille à la seconde! Rémunération à la pièce et santé et sécurité du travail dans une perspective qui tient compte de l'ethnicité et du genre*, publié en 2008 dans *PISTES (Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, volume 10, numéro 1). Le cinquième chapitre est un article intitulé *Broken English, broken bones? Mechanisms linking language proficiency and occupational health in a Montreal garment factory*, publié dans *International Journal of Health Services* en 2008 (volume 38, numéro 1, pages 1-19). Dans les deux cas, la première auteure (la candidate) a élaboré le protocole de recherche, effectué la collecte et l'analyse des données et rédigé l'article ; les co-auteurs Karen Messing et Katherine Lippel ont supervisé la recherche. Le dernier chapitre discute de l'ensemble des résultats de la thèse et présente les conclusions générales.

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les travailleuses et travailleurs qui ont participé à l'étude, ainsi que la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) qui a rendu possible l'accès au milieu de travail, particulièrement Carole Gingras du Service de la Condition Féminine et la présidente du syndicat local. Je tiens également à remercier les délégué(e)s syndicaux qui m'ont guidée et accompagnée lors de mes visites dans ce milieu.

Je remercie les membres du Centre des Travailleurs et Travailleuses Immigrants (CTI), et particulièrement Tess Tesalona, d'avoir partagé avec moi leur vaste savoir sur les conditions de travail et de vie des immigrants à Montréal.

Je remercie Denis Gonthier et Jean Poirier du Centre Interuniversitaire québécois de statistiques sociales (CIQSS) pour leur appui en lien avec l'obtention des données de Statistiques Canada, Paul Hartung de Statistiques Canada pour la production des tableaux personnalisés, et Patrice Duguay de l'Institut de Recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) pour son aide avec l'obtention des données de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Je suis particulièrement reconnaissante à Patrice car je n'aurais pas pu réaliser mes analyses quantitatives sans ses innombrables explications des indicateurs de risque indemnisé. Je tiens également à remercier Gael LeJeune et Danielle Forest du CIQSS, Georgia Roberts de Statistiques Canada et Bertrand Fournier du Service de consultation en analyse de données (SCAD) de l'UQÀM pour leur aide concernant les analyses statistiques.

Sur une note plus personnelle, je remercie Karen Messing, ma directrice, de m'avoir ouvert la porte et donné tant de belles opportunités. Son apport dans ma vie tant au niveau intellectuel que personnel est impossible à inventorier. Je remercie également Katherine Lippel, ma co-directrice, pour son soutien infaillible tout au long de ce parcours.

Plusieurs membres du CINBIOSE m'ont grandement aidée à traverser ce chemin, plus particulièrement Ana-Maria Seifert qui m'a donné son appui et son amitié.

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans l'appui financier du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), du Ontario Institute for Work and Health (IWH), de l'Institut Santé et Société (ISS), du CIQSS, et de la Chaire de recherche du Canada en droit de la santé et de la sécurité du travail, Université d'Ottawa. Le travail a été effectué dans le cadre du programme *l'Invisible qui fait mal*, qui bénéficie d'une subvention d'équipe du FQRSC.

## TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	ii
LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	xi
RÉSUMÉ.....	xii
CHAPITRE I	
INTRODUCTION.....	1
1.1 Définition de l'ethnicité.....	1
1.2 État de la littérature sur l'ethnicité et la santé et sécurité du travail.....	2
1.3 Mécanismes de risque accru de problèmes de santé liés au travail chez les minorités ethniques.....	4
1.3.1 Surreprésentation des minorités ethniques dans les secteurs et emplois à risque.....	4
1.3.2 Différences selon l'ethnicité dans les tâches effectuées pour des titres d'emplois identiques.....	6
1.3.3 Différences selon l'ethnicité à l'intérieur de tâches de travail identiques.....	8
1.4 Inégalités selon l'ethnicité dans les problèmes de santé liés au travail.....	12
1.5 Soins de santé et indemnisation.....	18
1.6 Impact des problèmes de santé liés au travail.....	21
1.7 Problématique.....	22
1.8 Objectifs de recherche.....	23
CHAPITRE II	
MÉTHODOLOGIE.....	24
2.1 Cadre conceptuel.....	24
2.2 Utilisation de méthodes mixtes.....	26
2.3 Étude quantitative.....	27
2.3.1 Sources de données.....	27
2.3.2 Unité d'analyse.....	29
2.3.3 Aire géographique.....	30

2.3.4 Population couverte par l'étude .....	30
2.3.5 Variables .....	31
2.3.6 Analyses .....	34
2.4 Étude qualitative.....	35
2.4.1 Description du milieu.....	35
2.4.2 Procédure d'accès au milieu.....	36
2.4.3 Recrutement des participants .....	36
2.4.4 Collecte des données .....	37
2.4.5 Analyse des données .....	39
2.4.6 Validation des résultats .....	39
2.5 Étude jurisprudentielle.....	40
2.5.1 Méthode .....	40
 CHAPITRE III	
INÉGALITÉS SELON L'ETHNICITÉ ET LE GENRE DANS LE RISQUE DE LÉSIONS PROFESSIONNELLES INDEMNISÉES À MONTRÉAL.....	
3.1 Rappel de l'objectif .....	42
3.2 Résultats .....	42
3.2.1 Résultats descriptifs .....	42
3.2.2 Résultats des analyses .....	46
3.3 Discussion .....	49
 CHAPITRE IV	
« ON TRAVAILLE À LA SECONDE ! » REMUNERATION À LA PIÈCE ET SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS UNE PERSPECTIVE QUI TIENT COMPTE DE L'ETHNICITÉ ET DU GENRE.....	
Abstract .....	53
Résumé.....	54
4.1 Introduction .....	55
4.1.1 Objectifs.....	57
4.2 Méthodologie.....	57
4.2.1 Entrevues.....	57
4.2.2 Jurisprudence.....	60

4.3 Résultats .....	61
4.3.1 Le contexte .....	61
4.3.2 Travail à la pièce, genre et ethnicité.....	63
4.3.3 La main d'œuvre .....	64
4.3.4 Exigences de production .....	67
4.3.5 Contraintes à la production .....	74
4.3.6 Stratégies de production.....	80
4.3.7 Stratégies pour protéger sa santé.....	85
4.3.8 Gestion des problèmes de santé .....	87
4.3.9 Impact des problèmes de santé liés au travail .....	90
4.4 Discussion .....	93
4.4.1 Travail à la pièce et santé et sécurité.....	93
4.4.2 Implications juridiques.....	97
4.4.3 Genre et ethnicité .....	98
4.4.4 Limitations de l'étude .....	100
4.5 Conclusion.....	100
4.6 Remerciements .....	101
CHAPITRE V	
BROKEN ENGLISH, BROKEN BONES? MECHANISMS LINKING LANGUAGE	
PROFICIENCY AND OCCUPATIONAL HEALTH IN A MONTREAL GARMENT	
FACTORY .....	
	102
Abstract .....	102
Résumé.....	103
5.1 Introduction .....	104
5.1.1 Language and occupational health .....	104
5.2 The Montreal, Québec context .....	106
5.3 The garment industry – socio-economic and legal context .....	107
5.4 Methodology .....	108
5.4.1 Setting .....	108
5.4.2 Recruitment of participants .....	108
5.4.3 Data collection and analysis.....	108

5.5 Results .....	109
5.5.1 How the factory works .....	109
5.5.2 OHS considerations.....	110
5.5.3 Mechanisms linking language to OHS.....	111
5.6 Conclusions .....	120
5.7 Acknowledgements .....	123
DISCUSSION .....	124
CONCLUSION .....	132
BIBLIOGRAPHIE .....	133
APPENDICE A.....	151
APPENDICE B.....	152

## LISTE DES FIGURES

	Page
4.1 Paiements par quotas chez Confections Inc. pour une classe d'emploi rémunérée à 10\$/heure pour une production de 100%, pour un travailleur(euse) dont le taux de base est le salaire minimum (8\$/heure).....	69

## LISTE DES TABLEAUX

	Page
2.1 Sources de données pour l'étude quantitative.....	28
3.1 Indicateurs des lésions indemnisées, données de la CSST pour 2000-2002, pour Montréal et banlieues, selon le sexe.....	43
3.2 Descripteurs ethno-culturels, données du recensement de 2001 pour Montréal et banlieues.....	44
3.3 Les 10 catégories d'emplois ayant les taux de fréquence de lésions indemnisées les plus élevés pour les hommes, pour Montréal et banlieues.....	45
3.4 Les 10 catégories d'emplois ayant les taux de fréquence de lésions indemnisées les plus élevés pour les femmes, pour Montréal et banlieues.....	46
3.5 Relations entre les données ethno-culturelles du recensement de 2001 et les données sur les taux de fréquences des lésions indemnisées à la CSST pour 2000-2002 pour les grands groupes industriels croisés avec les grandes catégories professionnelles (manuel, non-manuel, mixte), pour la région de Montréal et banlieues.....	47
3.6 Relations entre les données ethno-culturelles du recensement de 2001 et les données sur la durée moyenne d'indemnisation de la CSST pour 2000-2002 pour les grands groupes industriels croisés avec les grandes catégories professionnelles (manuel, non-manuel, mixte), pour la région de Montréal et banlieues.....	48
4.1 Caractéristiques des personnes interviewées et interprètes.....	58

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

FTQ	Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
CTI	Centre des travailleurs et travailleuses immigrants
CIQSS	Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
SCAD	Service de consultation en analyse de données
UQÀM	Université du Québec à Montréal
CINBIOSE	Centre de recherche interdisciplinaire sur la biologie, la santé, la société et l'environnement
FQRSC	Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture
IWH	Institute for Work and Health
ISS	Institut santé et société
ETC	Équivalent temps complet
SST	Santé et sécurité du travail
C.L.P.	Commission des lésions professionnelles
OHS	Occupational health and safety

## RÉSUMÉ

Dans les dernières années, des études provenant principalement des États-Unis et de l'Europe ont constaté que les minorités ethniques immigrantes et non-immigrantes avaient davantage de problèmes de santé liés au travail. Cette situation serait attribuable, d'une part, à la surreprésentation des minorités ethniques dans les secteurs et emplois à risques et, d'autre part, à des différences présentes à l'intérieur de mêmes emplois et tâches de travail. Au Canada, bien que les inégalités selon l'ethnicité dans le domaine de l'emploi soient bien documentées, il existe peu d'information sur les écarts potentiels en matière de santé et sécurité. En l'absence de données canadiennes ou québécoises permettant d'examiner le taux de fréquence de lésions professionnelles selon l'ethnicité, cette étude a cherché à documenter, dans le contexte montréalais, les mécanismes qui sous-tendent les inégalités. Ainsi, les objectifs de l'étude étaient 1) d'évaluer la relation entre la proportion d'individus définis en fonction de l'ethnicité et du genre et le niveau de risque lié au travail mesuré selon des catégories d'emplois; et 2) d'identifier les processus liés à l'ethnicité et au genre qui pourraient influencer l'exposition différentielle aux risques à l'intérieur de mêmes emplois et tâches de travail. Pour le premier objectif, nous avons utilisé des données provenant du recensement de 2001 et de la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail (CSST) pour 2000-2002 pour caractériser, selon la distribution ethnique et selon le niveau de risque, des catégories d'emplois définies comme des grands groupes industriels croisés avec trois catégories professionnelles (manuel, non-manuel, mixte). Les variables du recensement étaient : le statut d'immigrant, la période d'immigration, le lieu de naissance, le statut des générations, le statut de minorité visible, ainsi que la langue parlée à la maison, la langue maternelle, la connaissance des langues officielles et la langue de travail. Les indicateurs de risque calculés à partir des données de la CSST étaient : le taux de fréquence des lésions et la durée moyenne d'indemnisation. La relation entre la proportion de groupes définis en fonction de l'ethnicité et le niveau de risque a été évaluée à l'aide du coefficient de corrélation de Kendall. Pour le deuxième objectif, nous avons réalisé une étude qualitative dans une grande entreprise de fabrication de vêtements à Montréal. Entre 2004 et 2006, nous avons effectué 25 entrevues individuelles semi-dirigées avec 15 femmes et 10 hommes de 14 pays de naissance. Les entrevues ont été réalisées en français (12), en anglais (9) et en d'autres langues avec l'aide de collègues-interprètes (4). Les entrevues ont été transcrites et codées selon les thèmes émergents. Les résultats des analyses quantitatives ont démontré que les minorités ethniques à Montréal avaient une probabilité plus élevée de se retrouver dans un emploi où le niveau de risque indemnisé était élevé. Ce résultat était plus clair pour les femmes que pour les hommes, une situation qui s'expliquerait par des différences selon le genre dans les emplois occupés. D'autre part, les résultats des analyses qualitatives ont démontré que les hommes et les femmes effectuaient généralement des tâches différentes à l'intérieur de mêmes titres d'emplois, ce qui influençait la nature des risques auxquels ils étaient exposés. De plus, nous avons constaté plusieurs différences selon l'ethnicité et le genre à l'intérieur de mêmes tâches de travail qui pouvaient influencer l'exposition. Notamment, le favoritisme, la connaissance des langues officielles et la réalité socioéconomique des travailleurs(euses) immigrants pouvaient influencer l'exposition aux risques à l'intérieur de tâches identiques. Des problèmes particuliers ont aussi été identifiés

au niveau du recours à l'indemnisation et de l'impact des problèmes de santé. Des facteurs individuels et institutionnels interagiraient pour créer ou amplifier les différences observées. Notre étude propose que les stratégies de prévention et de réduction des risques chez les travailleurs(euses) de minorités ethniques immigrantes et non-immigrantes devraient tenir compte non seulement des spécificités sociales et culturelles de ces populations, mais également des conditions structurelles qui influencent leur santé.

Mots clés : ethnicité; genre; santé et sécurité du travail; industrie du vêtement.

## CHAPITRE I

### INTRODUCTION

#### 1.1 Définition de l'ethnicité

Il existe plusieurs manières de définir l'ethnicité. Dans notre étude, l'ethnicité se réfère à la façon dont une personne se perçoit ou est perçue par les autres comme faisant partie d'un groupe sur la base de caractéristiques telles que la couleur de la peau, la religion, la langue, les coutumes, l'ascendance, l'histoire, etc. Une ou plusieurs de ces caractéristiques peut servir à identifier un groupe ethnique (définition citée dans Oppenheimer 2001). Le concept d'ethnicité se distingue de celui de race, lequel est basé sur la notion de différences biologiques ou génétiques entre des groupes de populations. Il est maintenant généralement accepté que le concept de race devrait être écarté, parce que des recherches ont démontré que les variations génétiques à l'intérieur de présumés groupes raciaux étaient plus importantes que les variations entre groupes (Goodman 2000; Pearce et coll. 2004). Le terme « race » est toutefois encore régulièrement utilisé en référence à des catégories telles que « blancs », « noirs » et « hispaniques », et ce particulièrement dans le contexte américain (Williams 1996). Cependant, ces termes se réfèrent généralement eux aussi à des construits socio-politiques (Krieger 2001). Cela est vrai des études ici recensées, lesquelles mettent l'emphase sur les différences sociales, culturelles et économiques entre groupes, même si ceux-ci sont parfois identifiés comme « groupes raciaux ». De plus, les termes « noirs » / « afro-américains » et « hispaniques » / « latinos » sont souvent utilisés de manière interchangeable. Pour des raisons de simplification uniquement, nous utilisons ici le terme privilégié par l'auteur de la publication à laquelle nous référons.

Tout comme les concepts d'« ethnicité » et de « race », les concepts de « genre » et de « sexe » ne sont pas équivalents. Le terme « genre » se réfère à des différences sociales entre les hommes et les femmes qui sont apprises, changent avec le temps et varient à l'intérieur et entre les cultures. D'autre part, le terme « sexe » est utilisé en référence à des différences

biologiques entre « mâles » et « femelles » (Fausto-Sterling 2000). Le genre et le sexe représentent tous les deux des concepts pertinents pour la recherche en santé (Krieger 2003). Toutefois, en santé au travail, il est difficile de distinguer ces concepts dans des exemples concrets (<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU5471123123212772611>). Finalement, selon l'Organisation Internationale du travail (<http://www.ilo.org/public/french/protection/safework/cis/index.htm>) et l'Organisation mondiale de la santé ([http://www.who.int/occupational\\_health/en/](http://www.who.int/occupational_health/en/)), la santé et sécurité du travail (SST) fait référence à la notion de bien-être physique, psychique et social des travailleurs(euses).

## **1.2 État de la littérature sur l'ethnicité et la santé et sécurité du travail**

Depuis quelques années, l'étude des liens entre des caractéristiques sociales (ethnicité, statut socioéconomique, genre) et la santé reçoit de plus en plus d'attention. Ces recherches ont mis en lumière des inégalités sociales dans des mesures générales de la santé telles que la mortalité et la morbidité (Lynch et coll. 1998; Mackenbach et coll. 1997) ainsi que dans des domaines particuliers tels que les maladies allergiques (Chen et coll. 2002), les maladies du cœur (Nazroo 2001), et les troubles musculo-squelettiques (Brage et coll. 1998). Les expositions occupationnelles, en plus d'autres facteurs environnementaux, sociaux et individuels, sont généralement considérées comme des déterminants des inégalités en santé (Raphael 2000; Wilkinson et Marmot 2003). Il existe cependant peu d'études sur les inégalités sociales dans le contexte spécifique de la santé et sécurité du travail. Par exemple, parmi les 35,284 références d'articles obtenues par l'entremise de Medline avec l'expression « occupational health » entre 1966 et 2007, seulement 1,748 références (ou 5%) ont été obtenues avec les termes additionnels « sex » ou « gender ». Encore moins d'articles ont été obtenus avec les termes additionnels « social class » ou « socioeconomic » ou « socio-economic » (713), et encore moins avec « race » ou « ethnic\* » (374). Bien que cette recherche dans Medline soit limitée, les résultats illustrent néanmoins le fait que les

chercheurs en santé et sécurité du travail ont jusqu'ici peu abordé les inégalités entre groupes sociaux.

La littérature sur la relation entre l'ethnicité et la santé et sécurité du travail provient majoritairement de pays associés à l'immigration, plus particulièrement des États-Unis et de pays européens. Cette littérature est relativement récente : à l'exception de quelques articles produits en Europe dans les années soixante-dix (Araibia 1977; Djordjevic 1977; Opfermann 1977) et aux États-Unis dans les années quatre-vingt (Davis et Rowland 1983; Friedman-Jimenez 1989; Morris 1989; Mullings 1984; Robinson 1984), la majorité des études sur ce sujet a été publiée dans les dernières années. En Europe, les recherches ont examiné surtout les populations migrantes et immigrantes, alors que du côté américain elles se sont concentrées principalement sur des groupes de minorités ethniques non immigrantes, notamment les noirs et les hispaniques. Comparativement aux études américaines et européennes, les études canadiennes sur ce sujet sont peu nombreuses, et elles concernent presque exclusivement les immigrants (Breslin et coll. 2006; Facey 2003; Gannagé 1999; Gravel et coll. 2003; Gravel et coll. 2006; Krahn et coll. 1990; Lin et coll. 2007; Mimeault et Simard 1999; Thurston et Verhoef 2003).

Quelques revues de la littérature ont été réalisées sur la santé et sécurité du travail des travailleurs(euses) de minorités ethniques immigrantes et non-immigrantes (Ahonon et coll. 2007; Dembe 1999; Frumkin et coll. 1999). Ces revues indiquent qu'il existerait des inégalités selon l'ethnicité en ce qui a trait aux expositions aux risques en milieu de travail; aux accidents, maladies et décès liés au travail; et à l'accès aux soins de santé et à l'indemnisation. Ces études ont aussi proposé des mécanismes qui expliqueraient les inégalités. À partir de ces études et de notre propre revue de la littérature, nous examinons le lien entre l'ethnicité et la santé et sécurité au travail.

### **1.3 Mécanismes de risque accru de problèmes de santé liés au travail chez les minorités ethniques**

Les membres de minorités ethniques immigrantes et non-immigrantes peuvent être davantage à risque de problèmes de santé lié au travail en raison d'un ou de plusieurs mécanismes : 1) ils peuvent être surreprésentés dans les secteurs et emplois à risque; 2) à l'intérieur de titres d'emplois identiques, ils peuvent effectuer les tâches les plus dangereuses; 3) à l'intérieur de tâches de travail identiques, des facteurs sociaux, économiques ou culturels peuvent influencer leur exposition aux risques liés au travail.

#### **1.3.1 Surreprésentation des minorités ethniques dans les secteurs et emplois à risque**

Des études ont examiné la représentation des minorités ethniques dans les emplois les plus et moins à risque. Par exemple, Robinson (1984), se basant sur des données provenant de trois enquêtes américaines effectuées dans les années 70, a démontré que le travailleur(euse) noir moyen était dans un emploi qui contenait de 37% à 52% plus de chances de produire une lésion professionnelle grave que l'emploi du travailleur(euse) blanc moyen. Depuis, plusieurs ont documenté le fait que les travailleurs(euses) noirs et hispaniques aux États-Unis étaient généralement sous-représentés dans les emplois les moins à risques et surreprésentés dans les emplois les plus à risque (Friedman-Jimenez 1989; Frumkin et coll. 1999; Morris 1989; Moure-Eraso et Friedman-Jimenez 2001; Robinson 1985). Bien qu'il existe peu de données désagrégées selon le genre, il appert que la situation soit semblable pour les hommes et les femmes. Par exemple, Lucas (1974) a trouvé que les hommes noirs aux États-Unis avaient 25% plus de chances d'avoir un emploi comportant au moins un risque que les hommes blancs, alors que les femmes noires avaient 93% plus de chances d'avoir un emploi comportant au moins un risque que les femmes blanches. Plus récemment, Dula et collègues (1993) ont démontré que les femmes afro-américaines étaient surreprésentées dans les emplois les plus à risque de problèmes de santé reproductive.

Un bon nombre d'études ont aussi été réalisées sur les risques et problèmes de santé inhérents aux industries et professions où l'on retrouve des minorités ethniques en grande

majorité. Notamment, des études ont documenté des conditions de travail physiques et psychologiques difficiles et/ou des problèmes de santé répandus chez les travailleurs agricoles saisonniers (Basok 1999; Mimeault et Simard 1999; Mobed et coll. 1992), les travailleuses domestiques et de soins à domicile (Bakan et Stasiulis 1995; Neysmith et Aronson 1997), les travailleuses de l'industrie du vêtement (Gannagé 1999; Gauvreau 1994; Labelle et coll. 1987), les travailleurs(euses) à domicile (Park et Pellow 2005), les chauffeurs de taxi (Facey 2003), et les travailleuses d'usines de transformation de volaille (Lipscomb et coll. 2007a; Lipscomb et coll. 2007b). Par exemple, Lipscomb et collègues (2007b) ont démontré que les troubles musculo-squelettiques étaient répandus chez les travailleuses principalement noires et immigrantes de l'industrie de la transformation de volaille en Caroline du Nord. En fait, la prévalence de symptômes du cou et des membres supérieurs était 2.4 fois plus élevée chez les travailleuses de cette industrie que chez les membres d'un groupe de comparaison.

La répartition non-aléatoire des personnes de différents groupes ethniques sur le marché du travail en Amérique du Nord et en Europe a été attribuée à des facteurs tels que l'éducation et l'expérience de travail, le transfert des qualifications, les réseaux interpersonnels, la connaissance des langues officielles, et la discrimination (Baklid 2004; Basran et Zong 1998; Bureau international du travail 1983; Chui 2003; Jackson 2002; Scassa 1994). Le rôle de la discrimination ne devrait pas être sous-estimé. Dans l'étude de Robinson (1984), par exemple, les travailleurs(euses) noirs avaient plus de chances que les travailleurs(euses) blancs de se retrouver dans un emploi à risque même lorsque leurs niveaux d'éducation et d'expérience de travail étaient identiques.

En fait, les travailleurs(euses) faisant partie de minorités ethniques immigrantes et non-immigrantes sont souvent privilégiés pour combler les emplois les plus dangereux. Par exemple, Thébaud-Mony (2000) a démontré, dans son analyse des centrales nucléaires en France, que la majorité du travail en zone contaminée était réservée à des employés « extérieurs » – en grand nombre des étrangers – par l'entremise d'entreprises de sous-traitance. D'autres chercheurs ont documenté des situations en France où la vulnérabilité des

nouveaux arrivants, hommes et femmes, était exploitée pour combler des postes offrant des conditions de travail particulièrement pénibles (Puech 2006; Yun et coll. 2006). Pareillement, aux États-Unis, des chercheurs ont décrit comment les minorités ethniques étaient embauchées suite à des catastrophes, comme les ouragans de 2005 et les événements du 11 septembre 2001, pour nettoyer les dégâts dans des conditions de travail difficiles et dangereuses (Aguilar et Podolsky 2006; Malievskaya et coll. 2002). Le contexte historique de l'apparition de ce type d'inégalités en emploi dans le contexte américain a été discuté ailleurs (Pellow 2000).

La surreprésentation des minorités ethniques dans les emplois à risque est problématique pour deux raisons additionnelles. Premièrement, étant sous-représentées dans les emplois de gestion et de supervision, les minorités ethniques ne bénéficient pas de l'autorité nécessaire pour prendre des décisions qui puissent améliorer leurs conditions de travail de manière significative (Hamilton 1999b; Morris 1989). Des stratégies de résistance des travailleurs(euses) peuvent toutefois avoir un impact positif sur la santé et sécurité (Pellow 2000). Deuxièmement, les minorités ethniques ont une plus grande probabilité que les autres travailleurs(euses) de demeurer dans des emplois dangereux en raison de leur faible mobilité professionnelle (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007; Gravel et coll. 2003; Pellow 2000). Berdahl (2008), par exemple, a analysé des données du « U.S. National Longitudinal Survey of Youth » pour la période 1988-1998. Elle a trouvé que le risque de lésion professionnelle des hommes blancs avait subi une baisse substantielle durant la période de dix ans, alors que le risque des hommes latinos avait diminué plus lentement et le risque des hommes noirs n'avait pas changé dans le temps. Il n'y avait cependant pas de différences selon l'ethnicité dans la trajectoire des femmes.

### **1.3.2 Différences selon l'ethnicité dans les tâches effectuées pour des titres d'emplois identiques**

Des différences sociales dans les tâches effectuées à l'intérieur de titres d'emplois identiques ont été documentées dans quelques études (Avril 2003; McMullin et Marshall

2001; Messing et coll. 1998; Messing et coll. 1994; Scherzer 2003). Scherzer (2003), par exemple, a décrit comment aux États-Unis le travail d'infirmière a traditionnellement été stratifié selon l'ethnicité et la classe sociale. Alors que les infirmières pratiques étaient principalement des femmes faisant partie de minorités ethniques de classe ouvrière, les infirmières autorisées étaient surtout des femmes blanches de classe moyenne. Entre les deux dans l'échelon social, les infirmières techniques étaient principalement des femmes blanches de classe moyenne inférieure. Aux infirmières pratiques et techniques, qui étaient considérées comme subordonnées aux infirmières autorisées, était régulièrement assigné le travail routinier et insalubre.

Même lorsque la hiérarchisation sociale n'est pas formalisée en différentes sous-catégories d'emplois comme dans le cas des infirmières, il appert que les minorités ethniques immigrantes et non-immigrantes soient désavantagées en ce qui a trait aux tâches de travail. Araibia (1977), par exemple, a écrit qu'en France, les travailleurs(euses) immigrants étaient « utilisés pour les tâches les plus pénibles, les plus dangereuses, les plus insalubres ». Au Québec, un rapport de la Centrale des syndicats nationaux (1989) a indiqué que dans plusieurs syndicats : « Les noir-e-s sont plus exploités que les autres travailleurs, ils sont davantage surveillés, on exige d'eux des prestations de travail plus importantes, on exige d'eux des tâches non incluses dans leur définition d'emploi ».

Ces différences au niveau des tâches effectuées peuvent se traduire par un risque accru de problèmes de santé liés au travail pour certaines populations, même pour des personnes ayant un titre d'emploi identique. Une illustration classique de ce phénomène provient d'une étude épidémiologique réalisée par Lloyd (1971) sur le cancer du poumon chez les métallurgistes. L'étude a démontré que les travailleurs noirs avaient un taux plus élevé de cancer du poumon que les autres travailleurs. Selon l'auteur, cette différence s'expliquait non par des différences génétiques, mais plutôt par la surreprésentation de ces travailleurs dans la section de four à coke où l'exposition aux émanations et substances cancérigènes était la plus prononcée. En fait, les travailleurs noirs avaient une probabilité cinq fois plus élevée que les travailleurs blancs de travailler dans cette section. De telles

différences ont été notées dans d'autres études documentant des inégalités selon l'ethnicité en santé et sécurité (Lee et Wrench 1980; Richardson et coll. 1997).

### **1.3.3 Différences selon l'ethnicité à l'intérieur de tâches de travail identiques**

Des facteurs sociaux, économiques et culturels spécifiques à des groupes de population peuvent faire en sorte que la relation avec l'exposition aux risques peut être différente pour des personnes qui effectuent la même tâche de travail. Les barrières linguistiques constituent un de ces facteurs : elles peuvent influencer la capacité d'individus à comprendre de l'information verbale ou écrite relative à la santé et sécurité (Krahn et coll. 1990; Loosemore et Lee 2002; Trajkovski et Loosemore 2006), ou encore rendre plus difficile la communication par les travailleurs(euses) de situations problématiques en milieu de travail (Loosemore et Lee 2002). Ainsi, les barrières linguistiques ont été associées à un risque accru de problèmes de santé liés au travail (Corvalan et coll. 1994; Okurowski et coll. 2003). De plus, ces barrières peuvent engendrer des situations problématiques avec les collègues, superviseurs et clients, par exemple en créant des situations d'exclusion. Ce type de situation a été lié à des problèmes de santé psychologiques chez les travailleurs(euses) (Hitlan et coll. 2006; Lin et coll. 2007; Roberts et coll. 2006). Cependant, la langue n'est pas le seul facteur qui puisse influencer la communication d'information. Les différences culturelles peuvent aussi jouer un rôle, notamment en raison de différences au niveau des attitudes, mentalités, comportements et rôles sociaux (Loosemore et Lee 2002; Smith 1993). Selon certains auteurs (Krahn et coll. 1990; Smith-Jackson et Essuman-Johnson 2002), la culture influencerait par exemple la capacité de certains groupes à identifier correctement les pictogrammes de sécurité. Les difficultés de communication, en plus des lacunes dans la disponibilité de l'information dans des milieux où travaillent majoritairement des minorités ethniques, font en sorte qu'il existe souvent chez ces travailleurs(euses) une méconnaissance des droits et des mesures de sécurité (Aguilar et Podolsky 2006; Gravel et coll. 2003; Hamilton 1999a; Krahn et coll. 1990; Martinez Noth et coll. 2005).

Les différences culturelles peuvent aussi influencer la perception du risque, le rapport avec la douleur, ce qui est considéré être un symptôme, comment les problèmes de santé sont communiqués, les croyances sur les causes des problèmes de santé, les attitudes envers les médecins, et les traitements qui sont désirés ou acceptés (Huerta et Macario 1999). Par exemple, Lin et collègues (2007) ont décrit comment la résignation chez des travailleurs(euses) d'origine chinoise à Toronto se traduisait en une acceptation des risques et des problèmes de santé liés à leur travail. D'autre part, Water et collègues (2004) ont expliqué que le machisme chez des travailleurs latinos sans papiers à San Francisco encourageait le travail ardu et contribuait au sentiment d'échec dans le cas d'un accident de travail. Le rôle de la disponibilité d'information en santé et sécurité – et non seulement des spécificités culturelles – sur la perception des risques en milieu de travail a été mis en lumière ailleurs (Martinez Noth et coll. 2005). La langue, la culture et d'autres facteurs liés à l'ethnicité peuvent aussi être à la base de solidarité et de conflits en milieu de travail, ce qui peut avoir un impact à la fois direct et indirect sur la santé et sécurité (Scherzer 2003; Seifert et Messing 2006; Valenta 2008). Par exemple, Seifert et Messing (2006) ont décrit comment les alliances sur la base de l'ethnicité et de la classe sociale chez les préposées aux chambres d'hôtels à Montréal jouaient un rôle dans la régulation de la charge de travail et assistaient à la défense des membres du groupe contre l'injustice perçue.

Le contexte socioéconomique des travailleurs(euses) de minorités ethniques immigrantes et non-immigrantes influence également le rapport avec le risque. Dans une étude sur les chauffeurs de taxi faisant partie de minorités visibles à Toronto, Facey (2003) a décrit comment l'incertitude économique de ces travailleurs influençait leur santé physique et psychologique en les encourageant à travailler de longues heures, à accepter des clients fumeurs ou potentiellement dangereux, à ne pas aller à la toilette ou encore à faire concurrence à leurs collègues en faisant des excès de vitesse, entre autres. Toutefois, les chauffeurs de taxi utilisaient également des stratégies protectrices individuelles, comme par exemple parler avec les clients problématiques afin d'éviter les situations conflictuelles. D'autre part, Richardson et collègues (1997) ont déterminé qu'entre 1977 et 1991 en Caroline du Nord, les fermiers noirs avaient un taux de décès presque deux fois et demi plus élevé que celui des fermiers blancs. Les auteurs ont expliqué que cette différence pouvait être attribuée

notamment à la précarité économique des fermiers noirs qui affectait leur vitesse de travail et l'état de leur machinerie. Dans un autre exemple, Aguilar et Podolsky (2006) ont noté, dans le cadre d'une étude sur des travailleurs latinos immigrants employés pour nettoyer les dégâts causés par les ouragans de 2005 aux États-Unis, que la précarité économique des travailleurs, en plus de leur statut légal précaire, faisait en sorte que ceux-ci ne réclamaient pas leurs droits par peur de perdre leur emploi. La précarité économique engendrait également des conditions de vie pénibles qui s'ajoutaient aux conditions de travail difficiles. Le rôle des expositions cumulées – au travail, à la maison, dans la communauté – dans le développement ou l'aggravation des problèmes de santé liés au travail chez les populations minoritaires et à faible revenu a été discuté par plusieurs auteurs (Dula et coll. 1993; Frumkin et coll. 1999; Levenstein et Wooding 1998; Sexton et Adgate 1999).

La discrimination peut aussi influencer la santé et sécurité à l'intérieur de tâches de travail identiques. La discrimination en milieu de travail est répandue chez les minorités ethniques (Krieger et coll. 2006), et elle a été associée à des problèmes de santé physiques (Din-Dzietham et coll. 2004) et psychologiques (Bhui et coll. 2005; Mays et coll. 1996). Cette discrimination peut être individuelle ou institutionnelle. En Angleterre, par exemple, Miller et Travers (2005) ont trouvé que les enseignants de minorités ethniques rapportaient une moins bonne santé psychologique et moins de satisfaction au travail comparé à d'autres groupes. Les enseignants ont rapporté que la discrimination par les collègues et élèves vécue sur une base régulière contribuait à leur niveau de stress. De plus, presque la moitié des enseignants croyait travailler dans un environnement institutionnellement raciste qui se manifestait par la sous-représentation des minorités ethniques dans la profession, certaines pratiques de gestion du personnel, l'existence de barrières à l'avancement, la marginalisation, l'expression de stéréotypes, et le traitement différencié des élèves.

L'environnement de travail peut aussi influencer l'exposition aux risques pour des tâches de travail identiques. En Angleterre, Lee et Wrench (1980) ont analysé la distribution de 4,110 accidents chez des travailleurs(euses) de 5 entreprises du secteur manufacturier. Ils ont trouvé que les manutentionnaires dans les magasins étaient principalement des

travailleurs britanniques, alors que les manutentionnaires sur le plancher ou entre les sections de l'usine étaient principalement des travailleurs asiatiques. Le travail de manutentionnaire en magasin était généralement considéré plus sécuritaire que le travail sur le plancher ou entre sections, ce qui selon les auteurs contribuait au taux plus bas d'accidents chez les britanniques. Les différences dans l'environnement de travail peuvent aussi être sociales. Par exemple, McMullin et Marshall (2001) ont rapporté que dans le secteur du vêtement à Montréal, certains groupes ethniques, tels que les vietnamiens, se retrouvent principalement dans des usines non-syndiquées où le travail est mal payé. Ces différences dans l'environnement social peuvent affecter le climat de santé et sécurité, même pour deux personnes qui effectuent la même tâche de travail.

Finalement, l'expérience de travail et l'âge ont été mentionnés dans la littérature comme des déterminants non seulement des emplois occupés, mais de l'exposition aux risques pour des tâches identiques. De ce fait, certaines données ont indiqué que le risque de lésions professionnelles mortelles et non-mortelles chez les immigrants serait particulièrement élevé dans les premières années, voire les premières semaines suivant l'installation dans le pays hôte, pour éventuellement aboutir au niveau moyen de l'industrie ou de l'occupation (Baker 1987; Bureau international du travail 1983; Corvalan et coll. 1994; Döös et coll. 1994; Wu et coll. 1997). D'autres études ont trouvé que les jeunes travailleurs(euses) de minorités ethniques immigrantes et non-immigrantes, tout comme les jeunes travailleurs(euses) en général, étaient particulièrement à risque de lésions professionnelles (Baker 1987; Döös et coll. 1994; Loh et Richardson 2004; Windau 1997). Le fait que les travailleurs(euses) minoritaires soient moins expérimentés ou plus jeunes pourrait donc constituer des facteurs confondants dans les études sur le lien entre l'ethnicité et les problèmes de santé liés au travail.

#### **1.4 Inégalités selon l'ethnicité dans les problèmes de santé liés au travail**

Des études ont documenté des inégalités selon l'ethnicité dans les taux de mortalité liée au travail. Aux États-Unis, Loh et Richardson (2004) ont examiné des données provenant du « Bureau of Labor Statistics » (BLS). Ils ont démontré que pour l'année 2001, les travailleurs(euses) nés à l'étranger avaient un taux de mortalité de 5.7 par 100,000 travailleurs(euses), comparativement à un taux de 4.3 pour l'ensemble des travailleurs(euses) américains. Le taux variait selon le lieu de naissance, les travailleurs(euses) mexicains ayant un taux particulièrement élevé. En fait, durant la période 1996-2000, le taux de mortalité chez les travailleurs(euses) nés à l'étranger a augmenté de 43%, alors que leur représentation sur le marché du travail a augmenté de 22%. La concentration des travailleurs(euses) nés à l'étrangers dans les secteurs et emplois à risque expliquerait ces résultats. En Europe, des recensions de données officielles provenant de divers pays ont aussi démontré que les travailleurs(euses) immigrants et migrants avaient des taux de mortalité liée au travail plus élevés que le reste de la population, notamment en Espagne, en Irlande et en Italie (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007; Vartia-Väänänen et coll. 2006). Pareillement, en Australie entre 1982-1984, le taux de mortalité liée au travail était plus élevé chez les travailleurs(euses) nés à l'étranger dans les secteurs agricoles et miniers (Corvalan et coll. 1994).

Les minorités ethniques non-immigrantes ont également un risque accru de mortalité occupationnelle. Loomis et Richardson (1998) ont démontré que, entre 1977 et 1991 en Caroline du Nord, les afro-américains avaient un taux de mortalité liée au travail de 30% à 50% plus élevé que le taux de mortalité pour les blancs. Ces inégalités existaient autant pour les hommes que pour les femmes et, selon les auteurs, elles s'expliquaient par des différences au niveau des emplois occupés, des tâches de travail et de l'environnement de travail. Plus récemment, une étude basée sur des données du BLS pour l'ensemble des États-Unis pour la période 1992-1997 a confirmé un taux de mortalité plus élevé pour les travailleurs(euses) noirs que pour les travailleurs(euses) blancs (Viscusi 2003). Des études effectuées sur des industries particulières, tels que la construction et l'agriculture, ont aussi démontré que les

travailleurs noirs et hispaniques avaient des taux de mortalité plus élevés que les autres travailleurs (Dong et Platner 2004; Richardson et coll. 1997). Les inégalités persistaient à l'intérieur de titres d'emplois, ce qui selon les auteurs pouvait être attribué à des différences de tâches ainsi qu'à des facteurs économiques, sociaux et culturels.

Sur le plan des lésions professionnelles non-mortelles, la majorité des recherches semble indiquer que les minorités ethniques auraient des taux plus élevés d'accidents et de maladies liés au travail. Par exemple, aux États-Unis, Chen et Layne (1999) ont examiné des données provenant du « National Electronic Injury Surveillance System » pour 1996, un échantillon national de probabilités des urgences des hôpitaux. Les analyses ont démontré que les femmes afro-américaines avaient un taux plus élevé de blessures non-mortelles liées au travail que les femmes blanches et ce, pour tous les groupes d'âge. Plus récemment, Friedman et Forst (2008) ont utilisé le « Illinois Trauma Registry » pour examiner les différences selon l'ethnicité dans les accidents de travail traumatiques qui se sont produits entre 1997-2003 dans l'état de l'Illinois. Le taux de blessures des hispaniques était deux fois celui des blancs, cependant le taux de blessures des afros-américains était plus bas que celui des blancs. Dans les deux cas, les auteurs ont noté que des différences dans les emplois occupés expliqueraient les résultats observés. Au Canada la situation pourrait être semblable. Par exemple, Thurston et Verhoef (2003) ont administré un questionnaire à 532 travailleurs(euses) d'immigration récente (au Canada depuis 7 années ou moins) employés dans divers secteurs en Alberta. L'étude a démontré que le taux d'accidents avec perte de temps chez cette population était significativement plus élevé que le taux pour la population en général.

Des études portant sur des industries ou professions particulières aux États-Unis ont aussi documenté des inégalités selon l'ethnicité dans la prévalence des lésions professionnelles (Buchanan et coll. 2007; Lloyd 1971; Wang et coll. 2007). Par exemple, dans le secteur de l'hôtellerie, Buchanan et collègues (2007) ont examiné des données provenant des registres d'employeurs des cinq plus grandes chaînes d'hôtels pour 2003-2005. Les taux d'accidents et de maladies étaient plus élevés pour les minorités et les femmes que

pour les blancs et les hommes, respectivement. Ces différences persistaient dans la plupart des analyses intra-occupationnelles. Pour leur part, Wang et collègues (2007) ont démontré, dans une étude portant sur 520 opérateurs de machines à coudre de 13 entreprises du vêtement à Los Angeles, que les travailleurs(euses) hispaniques avaient un risque accru de troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs.

Des données européennes présentent un portrait similaire. Dans les années 70, un certain nombre d'études réalisées dans le cadre d'un symposium international sur la santé et sécurité des travailleurs(euses) migrants ont démontré que les travailleurs(euses) migrants et immigrants avaient des taux plus élevés d'accidents de travail et de maladies professionnelles graves comparativement aux autres travailleurs(euses) (Bureau international du travail 1983). Par exemple, des données nationales pour la France pour l'année 1973 indiquent que le taux d'accidents avec arrêt et d'accidents graves était deux fois plus élevé pour les travailleurs(euses) immigrants que pour les autres travailleurs(euses). La prévalence des accidents variait également selon la nationalité (Djordjevic 1977). Depuis, des données provenant de divers pays ont démontré que les travailleurs(euses) migrants et immigrants en Europe continuaient de présenter des taux élevés de lésions professionnelles (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007; Vartia-Väänänen et coll. 2006).

En Europe, tout comme aux États-Unis, des études effectuées pour des industries et professions particulières ont aussi constaté l'existence d'inégalités (Baker 1987; Engkvist et coll. 2000; Lee et Wrench 1980; Miller et Travers 2005). Par exemple, en Angleterre, Baker (1987) a analysé les accidents de travail chez 4,482 employés d'une usine de fabrication de moteurs de voitures. Le taux d'accident était plus élevé chez les asiatiques et les indiens que chez les personnes d'origine européenne, mais la différence disparaissait après avoir été contrôlée pour l'emploi, l'âge et l'ancienneté. En Suède, Engkvist et collègues (2000) ont effectué une étude sur les blessures au dos chez le personnel infirmier d'hôpitaux de Stockholm. Les auteurs ont trouvé que le statut d'immigrant était associé à un risque accru de

blessures à l'intérieur de ce titre d'emploi, une situation qui selon les auteurs pouvait être liée aux barrières linguistiques ou à des différences au niveau du travail effectué.

Les études sur ce sujet provenant de pays extérieurs à l'Europe et à l'Amérique du nord sont plutôt rares (al-Arrayed et Hamza 1995; Carangan et coll. 2004; Gomes et coll. 1997; Nuwayhid et coll. 2003; Wu et coll. 1997), mais la majorité semble indiquer qu'il existerait ailleurs aussi des inégalités. Par exemple, des données ont démontré que, à Bahrain entre 1988 et 1991, les travailleurs asiatiques, c'est-à-dire de l'Inde, du Pakistan et du Bangladesh, avaient un risque particulièrement élevé d'accidents de travail (al-Arrayed et Hamza 1995). D'autre part, des données sur les travailleurs agricoles des Émirats arabes unis ont montré que les travailleurs migrants de l'Égypte et du Pakistan avaient des taux plus élevés de toxicité liée à l'exposition aux pesticides que les autres travailleurs agricoles (Gomes et coll. 1997).

Une analyse différenciée selon le genre peut aussi révéler des portraits très différents pour les hommes et les femmes (Berdahl 2008; Lee et Wrench 1980; Wu et coll. 1997). Par exemple, Berdahl (2008) a examiné le risque de lésion professionnelle selon l'ethnicité et le genre à partir des données du « U.S. National Longitudinal Survey of Youth » pour la période 1988-1998. Pour l'ensemble de la période, les hommes latinos et noirs avaient des taux plus faibles de lésions professionnelles que les hommes blancs. Les femmes noires, cependant, avaient un taux de lésions plus élevé que les femmes blanches et latinos. Des différences dans les dimensions physiques, organisationnelles et sociales des emplois occupés expliqueraient ces inégalités. D'autre part, Lee et Wrench (1980), dans leur analyse de la distribution des accidents chez des travailleurs(euses) du secteur manufacturier en Angleterre, ont trouvé que les hommes immigrants avaient un taux plus élevé d'accidents de travail que les hommes britanniques, alors que les femmes immigrantes avaient un taux d'accidents plus faible que les femmes britanniques. Ces résultats, selon les auteurs, s'expliqueraient par des différences au niveau des emplois, des tâches et de l'environnement de travail.

Il existerait des inégalités au niveau non seulement de la prévalence mais de la sévérité des lésions professionnelles. Bien que certaines études n'aient pas trouvé de lien entre l'ethnicité et la sévérité des lésions (Nuwayhid et coll. 2003), ou encore aient trouvé que les minorités n'étaient pas désavantagées sur ce plan (Friedman et Forst 2008), d'autres ont démontré que les minorités ethniques subissaient des lésions plus graves que le reste de la population. Anderson et collègues (2000), par exemple, ont effectué une étude sur 3,290 travailleurs de la construction traités en salle d'urgence à Washington, D.C., pour accident de travail non-mortel entre 1990 et 1998. Les auteurs ont trouvé que les travailleurs hispaniques présentaient une proportion plus élevée de blessures graves que les autres travailleurs victimes d'accidents, toutefois ces différences disparaissaient lorsque les analyses contrôlaient pour le métier. Les durées d'absence, indicateurs de la sévérité, seraient aussi plus importantes pour les travailleurs(euses) faisant partie de minorités ethniques (Carangan et coll. 2004; Pransky et coll. 2002; Strong et Zimmerman 2005). Par exemple, Pransky et collègues (2002) ont distribué un questionnaire à 427 travailleurs(euses) latinos en milieu urbain en Virginie. Les analyses ont démontré que le taux annuel de problèmes de santé liés au travail chez cette population était plus élevé que pour l'ensemble de la population, et que les jours d'absence étaient plus nombreux (médiane de 13.75 jours, comparé à 5 jours pour l'ensemble des États-Unis). Des résultats semblables ont été rapportés par Strong et Zimmerman (2005) à partir du "National Longitudinal Survey of Youth". Bien que les analyses n'aient pas démontré de différences entre les minorités et non-minorités dans la fréquence de rapports d'un accident ou d'une maladie lié au travail, les minorités rapportaient manquer plus de journées de travail à cause de ces lésions. Chez les hommes, les afro-américains et hispaniques manquaient significativement plus de journées que les blancs, alors que chez les femmes les afro-américaines manquaient significativement plus de journées que les blanches. Il n'y avait pas de différence significative entre les femmes hispaniques et blanches au niveau de la durée d'absence.

Les recherches indiquent également qu'il existerait des différences selon l'ethnicité et le genre en ce qui a trait aux causes des décès, accidents et maladies liés au travail (Anderson et coll. 2000; Carangan et coll. 2004; Friedman et Forst 2008; Loh et Richardson 2004; Windau 1997), ainsi qu'aux parties du corps affectées par les lésions professionnelles (Chen

et Layne 1999; Nuwayhid et coll. 2003). Ces différences s'expliqueraient par des différences au niveau des expositions spécifiques. Ainsi, des études ont démontré que la distribution de risques spécifiques selon l'ethnicité est complexe (Institut de la Statistique du Québec 2002; Quinn et coll. 2007; Robinson 1984). Par exemple, Quinn et collègues (2007) ont effectué une étude avec 1,282 travailleurs(euses) de 14 milieux de travail syndiqués provenant de divers secteurs à Boston. Les auteurs ont démontré que les expositions rapportées à des risques de poussières, de produits chimiques, de bruit, et à des risques ergonomiques et psychologiques variaient selon l'ethnicité. Ainsi, les minorités ethniques, définies selon la couleur de la peau ou le lieu de naissance, rapportaient des expositions élevées à certains risques et faibles à d'autres, et plusieurs différences persistaient après avoir contrôlé pour l'emploi. Des différences au niveau des tâches effectuées ou encore de la perception des expositions ou de la propension de les rapporter expliqueraient les résultats.

Les études recensées ne sont toutefois pas inéquivoques. Dans certains cas, des études n'ont pas trouvé de lien entre l'ethnicité et la prévalence de lésions (Nuwayhid et coll. 2003; Oh et Shin 2003; Strong et Zimmerman 2005; Sullivan et Yuan 1995). D'autres ont présenté des résultats contre-intuitifs, c'est-à-dire qui ont démontré que les minorités ethniques avaient un risque plus faible de lésions professionnelles que le reste de la population (Breslin et coll. 2006; Döös et coll. 1994; Salminen et Johansson 2000). Breslin et collègues (2006), par exemple, ont examiné des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes portant sur 14,541 travailleurs(euses) âgés de 15 à 24 ans. Les résultats ont démontré que les minorités visibles avaient un risque plus faible d'accident de travail limitant les activités normales dans les 12 derniers mois, même lorsque les analyses tenaient compte de l'emploi et des heures travaillées. Toutefois, la majorité des études semble indiquer que les immigrants et les minorités ethniques non-immigrantes auraient des taux plus élevés de décès et de problèmes de santé liés au travail. Il existerait également des différences au niveau de la sévérité, de la cause et de la nature des problèmes de santé.

### 1.5 Soins de santé et indemnisation

Les recherches concernant les inégalités selon l'ethnicité dans les soins de santé pour lésion professionnelle sont plutôt rares et exclusivement américaines. Ces études ont identifié des difficultés au niveau de l'accessibilité et de la qualité des soins. Les barrières financières des travailleurs(euses) minoritaires et à faible revenu ont été identifiées comme une réalité, même si en théorie les régimes d'indemnisation des travailleurs(euses) aux États-Unis garantissent généralement l'accès au traitement médical et à une indemnité pour perte de revenu (Dembe 1999). Les barrières linguistiques, l'impossibilité de se libérer du travail pour un rendez-vous médical, la peur de perdre son emploi, les difficultés de transport et le manque d'information sur la disponibilité des soins de santé ont aussi été mentionnés (Burgel et coll. 2004). L'accessibilité à des cliniques médicales spécialisées en santé et sécurité dans les communautés composées majoritairement de minorités ethniques et les connaissances des professionnels de la santé en ce qui a trait aux problèmes de santé liés au travail et à la réalité sociale, culturelle et économique des travailleurs(euses) minoritaires poseraient également des difficultés (Brown 1975; Friedman-Jimenez 1989; Moure-Eraso et Friedman-Jimenez 2001). De plus, des préjugés des professionnels de la santé sur la base de l'ethnicité et du genre pourraient parfois compliquer le diagnostic et le traitement d'un problème de santé lié au travail (Dembe 1996; Messing 1998). Par exemple, Dembe (1996) a décrit comment au début du 20<sup>ème</sup> siècle, les troubles des poignets et des mains chez les femmes et chez les immigrants juifs et de l'Europe de l'est étaient perçus par les médecins comme des « tendances nerveuses » qui étaient prétendument spécifiques à ces groupes.

Des pratiques de l'employeur dans des milieux précaires où sont employés des minorités ethniques en grande majorité pourraient aussi influencer les soins de santé pour lésion professionnelle. Une étude basée sur des groupes de discussion avec des travailleurs(euses) au bas de l'échelle de divers groupes ethniques et provenant de différentes industries en Californie a trouvé que plusieurs avaient été envoyés chez des médecins de l'employeur qui minimisaient leurs problèmes de santé, ou avaient été laissés à l'urgence ou encore avaient été laissés sans soins. D'autres ont rapporté avoir été traités minimalement

pour ensuite avoir été forcés à travailler. Plusieurs employeurs avaient aussi essayé de faire payer les travailleurs(euses) les frais des soins médicaux (Lashuay et Harrison 2006).

Ainsi, dans le cadre d'une étude auprès de 427 travailleur(euses) latinos d'un centre urbain aux États-Unis, Pransky et collègues (2002) ont trouvé que seulement 10% des travailleurs(euses) accidentés dans les 3 dernières années avaient cherché et obtenu des soins de santé pour leur condition; de plus, un peu plus du quart avaient cherché à se faire soigner mais avaient éprouvé de la difficulté. Dans le cadre d'une autre étude basée sur les données du « National Ambulatory Medical Care Survey » pour la période 1997-1998, Dembe et collègues (2005) ont identifié des différences dans le traitement des problèmes de santé liés au travail selon l'ethnicité qui sembleraient problématiques. Notamment, les hispaniques avaient moins de chances que les non-hispaniques de voir un médecin ou de se faire prescrire un médicament, et plus de chances de se faire administrer une radiographie et de nécessiter une autorisation de la compagnie d'assurance. D'autre part, les afro-américains avaient plus de chances que les autres de recevoir des conseils en santé mentale et de la physiothérapie, et moins de chances de voir une infirmière. Ces résultats ne s'expliquaient pas par des différences au niveau de la nature des problèmes de santé, mais possiblement par des différences selon l'ethnicité dans le type de soins recherchés ou administrés.

De plus, des données américaines indiquent que les minorités ethniques seraient moins souvent couvertes par les régimes d'indemnisation des travailleurs(euses) que le reste de la population (Costich et coll. 2006; Frumkin et coll. 1995; Pransky et coll. 2002). La sous-déclaration des lésions professionnelles serait aussi particulièrement répandue chez ces travailleurs(euses). Par exemple, dans l'étude de Pransky et collègues (2002), près de 60% des travailleurs(euses) accidentés n'avaient pas fait de réclamation, une situation qui, selon les auteurs, s'expliquait par le manque de couverture, l'influence dissuasive de l'employeur, les lacunes au niveau de l'information, le travail illégal, les barrières linguistiques et la peur de perdre son emploi ou d'être déporté. Pareillement, une étude a démontré qu'à Philadelphie, plus des trois quarts des travailleurs accidentés, principalement afro-américains de quartiers défavorisés, n'avaient pas fait de réclamation, possiblement en raison du manque

de couverture et des lacunes dans l'information (Frumkin et coll. 1995). Dans une étude effectuée auprès de 100 travailleuses unilingues chinoises de l'industrie du vêtement en Californie dont 99% avaient un problème de santé diagnostiqué lié au travail, 93% n'avaient pas fait de réclamation. Les problèmes mentionnés étaient le manque d'information, le manque d'assistance avec le processus de réclamation, les barrières linguistiques, l'accès limité aux soins de santé, et la peur des répercussions (Burgel et coll. 2004). Dans le cadre d'une autre étude sur les préposées aux chambres d'hôtels majoritairement immigrantes à Las Vegas, 80% des travailleuses accidentées n'avaient pas fait de réclamation pour indemnisation en raison des difficultés liées au processus, de la peur et du manque d'information (Scherzer et coll. 2005). Toutes ces raisons et d'autres, comme par exemple la pression des responsabilités familiales, ont été mentionnées dans l'étude qualitative de Lashuay et Harrison (2006). Dans cette étude, plusieurs travailleurs(euses) ont aussi rapporté travailler malade en raison de ces facteurs. Le problème n'est toutefois pas limité aux États-Unis; ainsi, une étude qualitative effectuée auprès de 200 travailleurs(euses) migrants en Angleterre a révélé que la majorité ne rapportait pas les accidents de travail par peur de perdre leur emploi ou d'être déporté (McKay et coll. 2006).

Même lorsque les travailleurs(euses) font une réclamation, ils ne sont pas nécessairement indemnisés. Des études ont démontré que les femmes étaient sous-indemnisées pour leurs problèmes de santé liés au travail (Lippel 1999; Lippel 2003), et quelques études indiquent qu'il en serait de même pour les minorités ethniques. Par exemple, une étude a démontré que, en raison de la sous-déclaration et/ou sous-indemnisation, les accidents et maladies liés au travail des minorités ethniques – dans ce cas-ci des personnes d'ethnicité Laotienne et Cambodgienne – étaient sous-représentées dans les données d'indemnisation (Azaroff et coll. 2003). Des études ont démontré que le taux de refus en fait était plus élevé pour les minorités ethniques que pour les autres travailleurs(euses) (Herbert et coll. 1999; Nevitt et coll. 1994). Par exemple, Nevitt et collègues (1994) ont examiné 157 réclamations d'hommes ayant des problèmes de poumons liés à l'exposition à l'amiante dans l'état de Washington entre 1982 et 1986. Ils ont trouvé que les réclamations des noirs avaient été rejetées deux fois plus souvent que celles des blancs, même lorsque les analyses

contrôlaient pour la sévérité de la maladie, la catégorie d'emploi, le statut de fumeur et autres facteurs confondants. Une étude canadienne menée entre 2000 et 2004 auprès de 104 travailleurs(euses) immigrants et non-immigrants victimes de lésions musculo-squelettiques liées au travail a démontré que certains facteurs contribuaient au taux de refus plus élevé chez les immigrants. Notamment, l'incompréhension des procédures et des délais et les problèmes de traduction et d'interprétation affectaient les diverses dimensions du parcours d'indemnisation, qu'il s'agisse du volet administratif, médical ou juridique (Gravel et coll. 2006; Patry et coll. 2005).

### **1.6 Impact des problèmes de santé liés au travail**

Il existe très peu d'information sur l'impact différentiel des problèmes de santé liés au travail selon l'ethnicité. Selon Friedman-Jimenez (1989), l'impact d'un problème de santé serait plus grave pour un travailleur faisant partie d'une minorité ethnique en raison de certaines forces sociales et économiques. Notamment, le taux élevé de chômage chez ces communautés ferait en sorte que plusieurs choisiraient de rester dans des emplois dangereux, ce qui entraînerait une exposition plus intense et plus longue aux risques en milieu de travail, et donc possiblement une détérioration de leur état de santé. Toutefois, pour ceux qui cessent de travailler, l'impact peut être tout aussi dévastateur. Frumkin et collègues (1995) ont noté, dans leur étude sur les travailleurs(euses) au bas de l'échelle majoritairement afro-américains à Philadelphie, que la moitié des répondants avaient perdu plus de 3 journées de travail en raison de leur problème de santé, et 15% avaient perdu plus d'un mois. Plusieurs avaient rapporté des problèmes persistants après leurs blessures, et la majorité ne travaillait plus à l'endroit où ils avaient été blessés. Ces éléments étaient particulièrement problématiques en raison des insécurités financières et sociales de ces travailleurs(euses), ainsi que du taux de chômage élevé et des insuffisances des filets sociaux dans cette communauté. L'impact socioéconomique d'un problème de santé lié au travail affecterait non seulement le travailleur, mais l'ensemble de la famille, qu'elle soit locale ou outre-mer, comme dans le cas des travailleurs(euses) migrants ou immigrants qui envoient de l'argent dans leur pays

d'origine sur une base régulière (Walter et coll. 2004). Ainsi, dans l'étude d'Anderson et collègues (2000) sur les travailleurs de la construction traités en salle d'urgence à Washington, D.C., les auteurs ont trouvé que les conséquences physiques, financières et émotives des accidents de travail étaient plus apparentes un an plus tard pour les travailleurs hispaniques, même lorsque les analyses contrôlaient pour le métier.

### **1.7 Problématique**

Au Canada, les inégalités selon l'ethnicité et le genre dans le domaine de l'emploi sont bien documentées. On retrouve notamment des différences au niveau du type d'emploi occupé, du revenu moyen et du taux de syndicalisation pour ne nommer que quelques exemples (Armstrong et Armstrong 1994; Badets et Howatson-Leo 1999; Duchemin et coll. 2003; Jackson 2002; Renaud 2001). Bien que des études provenant principalement des États-Unis et de l'Europe aient identifié des inégalités selon l'ethnicité dans différentes sphères de la santé et sécurité du travail, il existe comparativement peu d'information sur les écarts potentiels dans le contexte canadien.

L'absence relative d'études canadiennes est liée en partie au manque de données quantitatives permettant d'étudier cette question. Les données administratives provenant des hôpitaux et cliniques et celles provenant des commissions d'indemnisation ne contiennent pas d'information sur le groupe ethnique. De manière similaire, les diverses enquêtes nationales et provinciales sur le travail ou la santé incorporent rarement de l'information à la fois sur l'ethnicité et la SST et, lorsque les deux aspects sont inclus, les petits effectifs des sous-groupes de populations peuvent limiter l'analyse des données. Il existe cependant quelques exceptions, et présentement des études sont en cours à partir de l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes par des chercheurs du « Ontario Institute for Work and Health ».

Il est donc difficile, avec les données disponibles, d'examiner de manière adéquate les inégalités selon l'ethnicité dans les mesures habituelles d'exposition aux risques ou de

problèmes de santé liés au travail. De plus, le jumelage de bases de données pour associer les données d'un même individu pose des problèmes de confidentialité, alors que la cueillette de nouvelles données quantitatives nécessite des ressources importantes. Cependant, il est possible, par le jumelage de données agrégées et par la cueillette de données qualitatives, de documenter les mécanismes pouvant expliquer les inégalités dans l'exposition aux risques en milieu de travail, c'est-à-dire les différences au niveau des secteurs et emplois et les différences présentes à l'intérieur de mêmes titres d'emplois et de tâches de travail.

### **1.8 Objectifs de recherche**

L'objectif général de cette recherche est d'explicitier la nature de la relation entre l'ethnicité et l'exposition aux risques en milieu de travail dans le contexte montréalais. Les objectifs spécifiques incluent :

- a. Évaluer la relation entre la proportion d'individus définis en fonction de l'ethnicité et du genre, d'une part, et le niveau de risque lié au travail mesuré selon des catégories d'emplois, d'autre part.
- b. Identifier les processus liés à l'ethnicité et au genre qui pourraient influencer l'exposition différentielle aux risques à l'intérieur de mêmes emplois et tâches de travail.

## CHAPITRE II

### MÉTHODOLOGIE

#### 2.1 Cadre conceptuel

Cette recherche est de type exploratoire plutôt que vérificatif. Dans une recherche vérificative, « le cadre conceptuel et méthodologique est stabilisé dès que l'opérationnalisation de l'hypothèse est terminée » (Van der Maren 1996 p.382). Dans une recherche exploratoire, le modèle initial « doit rester ouvert tant que durent la collecte des données et l'analyse préliminaire qui l'accompagne, car il faut que le chercheur puisse envisager de nouvelles questions, parfois essentielles à la compréhension de son objet, à partir des informations qu'il recueille » (Van der Maren 1996 p.400-1).

Quelques modèles conceptuels ont été proposés par des chercheurs américains pour expliquer le lien entre l'ethnicité et divers aspects de la SST (Dembe 1999; Frumkin et coll. 1999; Lipscomb et coll. 2006; Sexton et coll. 1993). Notre étude se base sur un modèle développé par Lipscomb et collègues (2006) (Appendice A); il se distingue des autres parce qu'il met l'emphase sur les comportements et caractéristiques des institutions plutôt que des travailleurs(euses) individuels pour expliquer les inégalités sociales en SST. Selon les auteurs du modèle, les facteurs institutionnels sont largement responsables de la création et du maintien des inégalités sociales en santé; il est donc important d'éviter de « blâmer les victimes » en mettant l'emphase seulement sur la responsabilité individuelle.

Le modèle de Lipscomb et collègues propose que les différences dans l'exposition aux risques en milieu de travail soient liées à divers facteurs qui reflètent notre recension des écrits. Premièrement, l'exposition différentielle serait liée à la surreprésentation des minorités ethniques dans les emplois les plus à risque, et celle-ci serait due à la fois à des facteurs individuels (éducation, qualifications, etc.) et institutionnels (politiques du travail,

discrimination institutionnelle, etc.). En deuxième lieu, les écarts observés seraient causés par une ségrégation sociale dans les tâches effectuées, incluant à l'intérieur de titres d'emplois identiques. Finalement, bien que cet aspect ne soit pas représenté graphiquement dans le modèle, les auteurs indiquent que des facteurs sociaux et culturels chez certaines populations, tels que les barrières linguistiques et le manque d'information, pourraient influencer l'exposition, y compris pour des personnes qui effectuent la même tâche de travail. Comme nous l'avons vu dans la littérature, plusieurs facteurs intra-tâche peuvent influencer l'exposition. De plus, ces facteurs ne sont pas purement individuels ; ils contiennent divers éléments institutionnels qui viennent créer ou amplifier les difficultés vécues par les travailleurs(euses) de minorités ethniques. Ces trois niveaux conceptuels sont aussi régulièrement utilisés pour expliquer les inégalités selon le genre en SST (Dahlberg et coll. 2004; Messing 1998; Messing et coll. 1994). Au niveau intra-tâche, par exemple, il a été démontré que les différentes responsabilités familiales des hommes et des femmes pouvaient affecter leur rapport avec la SST (Prévost et Messing 2001).

Notre étude met l'emphase sur les mécanismes rattachés à l'exposition aux risques mais, comme l'illustre le modèle, cette exposition est liée aux autres facettes de la santé et sécurité, notamment l'incidence des lésions professionnelles et leur impact sur le bien-être physique, psychologique et socioéconomique des travailleurs(euses) et de leur entourage familial. Le modèle comprend également les notions de soins de santé, de réclamations et d'indemnisation et illustre l'influence de ces recours sur les lésions et leurs impacts. De plus, il tient compte du rôle des stratégies individuelles et collectives dans la médiation des relations identifiées. Le modèle décrit le rôle des déterminants sociaux dans chacune de ces sphères de la SST, entremêlant les notions d'ethnicité, de genre et de statut socioéconomique. Il est à noter que notre recherche se concentre principalement sur le rôle de l'ethnicité, adoptant toutefois une approche différenciée selon le genre (Messing et coll. 2003).

Bien que le modèle de Lipscomb et collègues soit utile pour l'étude de la relation entre l'ethnicité et la santé et sécurité du travail, particulièrement en ce qui a trait à l'identification des niveaux d'analyse et à l'emphase mise sur les facteurs institutionnels, le modèle définit les groupes ethniques en fonction de catégories telles que « noirs » et

« blancs », mettant toutefois l'emphase sur les différences socio-économiques associées à ces catégories plutôt que sur des présumées différences biologiques ou génétiques. Comme nous l'avons vu, notre définition de groupe ethnique se base aussi sur diverses caractéristiques liées au concept d'ethnicité, tel que le statut d'immigrant ou de minorité linguistique. Étant donné que chacune de ces caractéristiques peut présenter une relation particulière avec la santé et sécurité du travail, cette complexité est prise en compte dans la présente étude et examinée de manière explicite. De plus, le modèle de Lipscomb se base essentiellement sur des données américaines. Ainsi, la spécificité du contexte canadien, québécois et montréalais fait en sorte qu'il pourrait exister des différences quant à la présence et nature des mécanismes qui expliqueraient l'exposition différentielle selon l'ethnicité aux risques liés au travail. Par exemple, dans le contexte montréalais, la grande majorité des emplois exige le bilinguisme (français/anglais), et cela est particulièrement vrai dans le secteur des services. Les personnes qui ne maîtrisent pas à la fois ces deux langues pourraient donc se retrouver en plus forte concentration dans le secteur manufacturier qui est plus à risque pour la santé.

## **2.2 Utilisation de méthodes mixtes**

Les recherches aux méthodes mixtes (« mixed-method research ») sont des recherches qui utilisent à la fois des techniques quantitatives et qualitatives. Selon Greene et collègues (1997; 1989), cette approche a plusieurs avantages, notamment la complémentarité des méthodes, la possibilité de répondre à un plus grand éventail de questions de recherches, la convergence et la corroboration des résultats (triangulation), et la production de connaissances plus complètes afin d'informer la théorie et la pratique. L'approche a cependant plusieurs désavantages liés au besoin d'expertise, au temps et aux coûts.

L'intégration des méthodologies quantitatives et qualitatives peut se faire à différents stades de la recherche. Notre recherche représente en fait deux études indépendantes qui se rejoignent au niveau de l'élaboration de la théorie du lien entre l'ethnicité et l'exposition aux risques en milieu de travail dans le contexte montréalais. Chaque étude explore un niveau particulier : l'approche quantitative sert à évaluer les différences au niveau des secteurs et

emplois, tandis que l'approche qualitative sert à expliciter les processus en place à l'intérieur d'emplois et de tâches de travail. Selon Greene et collègues (1989), les recherches intégrant des études quantitatives et qualitatives indépendantes peuvent être classifiées à partir de deux dimensions : l'ordre chronologique (parallèle ou séquentiel) et l'emphase du paradigme (statut égal ou statut dominant). Dans notre étude, les deux volets ont été réalisés parallèlement. L'approche qualitative est toutefois dominante parce qu'elle fait l'objet d'une analyse plus poussée. Il est à noter qu'une analyse jurisprudentielle a également été réalisée dans le cadre de l'étude présentée au Chapitre IV. Nous présentons également ici cette méthodologie.

### **2.3 Étude quantitative**

Cette étude vise le premier objectif de la recherche qui est d'évaluer, dans le contexte montréalais, la relation entre la proportion d'individus définis en fonction de l'ethnicité et du genre et le niveau de risque lié au travail mesuré selon des catégories d'emplois définies comme des grands groupes industriels croisés avec trois catégories professionnelles (manuel, non-manuel, mixte).

#### **2.3.1 Sources de données**

Pour caractériser les catégories d'emplois selon l'ethnicité et le risque, nous avons utilisé trois sources de données (Tableau 2.1).

**Tableau 2.1** Sources de données pour l'étude quantitative

<b>Caractéristiques des catégories d'emplois</b>	<b>Numérateur</b>	<b>Dénominateur</b>
Proportions de groupes ethniques	Recensement canadien de 2001 – effectifs de population non ajustés pour les variations saisonnières	Recensement canadien de 2001 – effectifs de population non ajustés pour les variations saisonnières
Niveau de risque indemnisé	CSST, données de 2000-2002	Pour taux de fréquence : Recensement canadien de 2001 – heures travaillées ajustées pour les variations saisonnières avec les données de l'Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures de travail (EERH) pour l'année 2000 Pour durée moyenne : CSST, données de 2000-2002

Les données de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ont été utilisées pour caractériser les catégories d'emplois selon le niveau de risque indemnisé. Les données de la CSST couvrent la période 2000-2002. Elles ont été extraites avec les mises à jour du 1<sup>er</sup> juillet 2003 (données de 2000), du 1<sup>er</sup> juillet 2004 (données de 2001) et du 1<sup>er</sup> juillet 2005 (données de 2002). En date de la mise à jour il y a environ 95% des dossiers qui sont fermés, c'est-à-dire pour lesquels il n'y a plus de jours indemnisés et de débours qui s'ajoutent au dossier. Ces données ont été obtenues par l'entremise de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), l'institut de recherche affilié à la CSST. Comme nous l'avons vu, les données de la CSST ne permettent pas d'identifier l'ethnicité de l'individu.

Les données du recensement canadien de 2001 ont été utilisées pour caractériser les catégories d'emplois selon leur composition ethnique. Le recensement nous procure également les données sur les heures travaillées qui sont utilisées comme dénominateur dans le calcul du taux de fréquence des lésions (Duguay et Cloutier 1996). Ces données sont des estimés qui proviennent d'un échantillon représentant 20% de la population canadienne. Une

pondération est appliquée aux données du recensement afin d'assurer la représentativité des résultats. Les données du recensement ont été obtenues de Statistiques Canada par l'entremise du Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales (CIQSS). Il est à noter que plusieurs délais liés aux procédures d'accès aux données du recensement ont retardé le projet. Les données finales ont été obtenues en hiver 2007, plus de 3 ans après la demande initiale au CIQSS.

Les données mensuelles de l'Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures de travail (EERH) pour l'année 2000 ont été utilisées pour ajuster les données sur les heures travaillées provenant du recensement parce que celui-ci offre uniquement un portrait de la semaine qui précède le jour du recensement (15 mai 2001), identifiée comme la « semaine de référence ». Les données de l'EERH pour l'année 2001 ne sont pas disponibles selon la classification industrielle utilisée dans notre étude. En raison des limites de l'EERH, le même facteur d'ajustement a été utilisé pour toutes les catégories professionnelles et pour les deux sexes pour chacune des industries, et les facteurs d'ajustement pour le Québec ont été utilisés pour notre unité géographique. Les proportions de groupes ethniques n'ont pas été ajustées pour les variations saisonnières parce que l'information nécessaire – données désagrégées selon l'ethnicité – n'est pas disponible. L'EERH est une enquête de Statistiques Canada mais les facteurs d'ajustement ont été obtenus par l'entremise de l'IRSST, qui en fait également usage dans son calcul des indicateurs des lésions indemnisées (Duguay et coll. à paraître en 2008).

### **2.3.2 Unité d'analyse**

L'unité d'analyse de l'étude est la catégorie d'emploi. Les catégories d'emplois sont définies comme des catégories industrielles (grands groupes ou « catégories à 2 chiffres ») croisées avec trois grandes catégories professionnelles (manuel, non-manuel, mixte). Pour les catégories industrielles, les données du recensement ont été obtenues selon la Classification Type des Industries, 1980 (CTI-1980), alors que les données de la CSST ont été obtenues selon la Classification des activités économiques du Québec, 1984 (CAEQ-1984). Les deux

classifications concordent parfaitement au niveau des grands groupes. Cependant, les classifications professionnelles du recensement et de la CSST ne concordent pas du tout, même au niveau le plus général. Des grandes catégories professionnelles (manuel, non-manuel, mixte) basées sur l'aspect physique des tâches de travail ont été utilisées pour les fins de notre étude. Ces catégories ont été établies par des chercheurs de l'IRSST à partir des professions détaillées de l'ancienne classification du recensement et de la classification de la CSST (Hébert et coll. 1996). Ainsi, chaque profession détaillée a été classée dans une seule catégorie professionnelle. Les catégories ont été révisées en tenant compte de la nouvelle classification nationale des professions de 2001 (CNP 2001) utilisée par Statistiques Canada au recensement de 2001 (Duguay et coll. à paraître en 2008).

### **2.3.3 Aire géographique**

L'étude couvre la région de Montréal et ses banlieues (Rive Sud et Rive Nord). Nous n'avons pas utilisé une région géographique plus large car cela aurait pu masquer les dynamiques présentes dans le milieu urbain où les minorités ethniques, définies de diverses façons, sont concentrées. Nous avons identifié les municipalités couvertes par les bureaux régionaux de la CSST de Montréal, de la Rive Sud et de la Rive Nord, qui sont déterminés par le lieu de résidence du travailleur(euse), et nous avons obtenu les données du recensement pour les individus résidant dans ces mêmes municipalités.

### **2.3.4 Population couverte par l'étude**

La population à l'étude représente les travailleurs(euse) couverts ou susceptibles d'être couverts par la CSST (Duguay et coll. 2003; Smith et coll. 2004). Les données du recensement n'incluent que la population active occupée, ce qui comprend les individus âgés de 15 ou plus qui étaient en emploi durant la semaine de référence. De plus, les données ne contiennent que les salariés, ce qui exclut les travailleurs(euses) autonomes constitués en société ou non et les travailleurs(euses) familiaux non rémunérés parce que ces populations

sont peu ou pas représentées dans les données de la CSST. Cette façon de procéder entraîne une sur-estimation du taux de fréquence des lésions parce que le dénominateur exclut les personnes qui étaient en emploi à un autre moment que durant la semaine de référence, et donc qui étaient couverts par la CSST, ainsi que les travailleurs(euses) autonomes qui se sont auto-couverts (l'auto-couverture des travailleurs(euses) autonomes n'est pas obligatoire). De plus, des études effectuées à partir des données du recensement canadien indiquent que les immigrants et les minorités visibles ont des taux de chômage et de travail autonome plus élevés que le reste de la population, bien qu'il existe des différences selon le sexe, la période d'immigration, le lieu d'origine et le groupe de minorité visible (Statistics Canada 2002b; Tran 2004). On peut donc généralement parler d'une sous-estimation des proportions d'immigrants et de minorités visibles dans notre étude. Les employés du gouvernement fédéral, qui sont régis par la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, sont également exclus des analyses. Ces employés sont indemnisés par la CSST et celle-ci est par la suite remboursée par le gouvernement fédéral en tant qu'« employeur tenu personnellement aux paiements des indemnités ». Pour cette raison, les données de la CSST sur les employés du fédéral sont incomplets. Les travailleurs(euses) domestiques qui sont à l'emploi d'individus ne sont pas automatiquement couverts par la CSST, toutefois ils sont inclus dans les données de Statistiques Canada car il est impossible de différencier, au niveau des professions, ceux qui sont à l'emploi d'un individu de ceux qui ne le sont pas.

### **2.3.5 Variables**

Cette étude étant exploratoire, plusieurs variables ethno-culturelles ont été utilisées afin de saisir les différentes facettes du concept d'ethnicité. Les descriptions suivantes sont tirées du dictionnaire du recensement de 2001 (Statistics Canada 2003) :

#### Profession et industrie

Ces variables se réfèrent au genre de travail que faisaient les personnes pendant la semaine de référence, défini par le type d'emploi occupé et la description des tâches les plus importantes et, pour l'industrie, la nature générale de l'activité de l'établissement où travaille la personne.

Même si l'individu occupe plus d'un emploi, l'information est disponible pour l'emploi principal seulement.

#### Heures travaillées

Heures travaillées dans tous les emplois occupés durant la semaine de référence. Cette variable sur-estime les heures travaillées dans l'emploi principal, puisqu'elle inclut les heures travaillées à un autre emploi. Il est impossible de connaître la proportion des personnes qui ont un ou des emplois supplémentaires car le recensement ne recueille pas cette information.

#### Statut d'immigrant et de résident non permanent

Les immigrants sont des personnes qui sont ou qui ont déjà été des immigrants reçus, même s'ils avaient acquis la citoyenneté au moment du recensement. Les résidents non permanents sont des personnes d'un autre pays qui sont titulaires d'un permis de travail, d'un permis de séjour pour étudiants ou d'un permis ministériel, ou qui revendiquent le statut de réfugié, ainsi que les membres de leur famille vivant avec elles.

#### Période d'immigration

Bloc d'années, par exemple 1991-2001, au cours duquel un immigrant a obtenu le droit de résider au Canada pour la première fois.

#### Statut de minorité visible

Les minorités visibles sont les personnes qui ne s'identifient pas comme étant de race blanche ou comme ayant la peau blanche. Les autochtones sont exclus des catégories de minorité et de non-minorités visibles.

#### Connaissance des langues officielles

Cette variable se réfère à la capacité de soutenir une conversation dans les langues officielles. Les données sont basées sur une auto-évaluation par les recensés.

#### Langue parlée à la maison

Langue parlée le plus souvent à la maison ou de façon régulière.

### Langue de travail

Langue le plus souvent utilisée au travail. Deux langues sont rapportées seulement si elles sont utilisées également. Cela n'inclut pas les langues utilisées seulement lors des pauses-café, des repas ou d'autres types de pauses.

Deux indicateurs de risque indemnisé ont été utilisés, sur la fréquence et la gravité des lésions indemnisées : le taux de fréquence des lésions et la durée moyenne d'indemnisation.

### Taux de fréquence

Les heures travaillées, utilisées comme dénominateur dans le calcul du taux de fréquence, sont converties en effectifs de travailleurs(euses) équivalent temps complet (ETC) selon la formule suivante :

$$(Heures\ travaillées\ ajustées\ X\ 48\ semaines) / 2000\ heures\ de\ travail\ par\ année$$

Le taux de fréquence est calculé de la manière suivante :

$$(Total\ des\ lésions\ indemnisées\ pour\ 2000-2002\ / 3\ années) / ETC\ X\ 100$$

Le taux de fréquence est basé sur la notion de « time-loss injuries », ou de lésions avec perte de temps. Ainsi, les lésions indemnisées comprennent les accidents avec perte de temps, les maladies avec ou sans perte de temps mais avec débours et les décès. Cette définition exclut les accidents du travail déclarés et les cas d'assignation temporaire déclarés qui n'ont pas eu de jours indemnisés par la CSST. Ils ont été exclus car, pour ces lésions, la profession n'est codée que dans la moitié des cas. Ce problème empêche le croisement de grands groupes d'industries par grandes catégories professionnelles pour ces dossiers. Le nombre de lésions professionnelles est donc sous-estimé pour ces analyses, et peut être sous-estimé particulièrement pour des groupes non-syndiqués qui auraient probablement moins tendance à enregistrer des réclamations en l'absence de perte de temps.

### Durée moyenne d'indemnisation

Cet indicateur est calculé comme suit:

$$\text{Somme des jours d'indemnisation} / \text{Total des lésions indemnisées}$$

Afin de réduire la variabilité des données, la durée moyenne a été calculée pour les catégories d'emplois présentant un minimum de 100 lésions indemnisées pour les trois années (2000-2002).

Les taux de fréquence et durées moyennes d'indemnisation pour la région de Montréal et banlieues ont été comparés, pour fins de validation, avec les indicateurs pour l'ensemble du Québec calculés par L'IRSST pour la même période (Duguay et coll. à paraître en 2008). Bien que le portrait ne soit pas identique, nos indicateurs reflètent de manière générale les indicateurs calculés à l'échelle provinciale (données non présentées).

### **2.3.6 Analyses**

La relation entre la proportion de groupes ethniques, définis de diverses façons, et le risque de subir une lésion professionnelle indemnisée ou une lésion indemnisée ayant une durée élevée a été évaluée à travers les catégories d'emplois avec le coefficient de corrélation de Kendall (données non-paramétriques). Afin de tenir compte des erreurs liées à l'échantillonnage des données du recensement, nous avons inclus dans les analyses seulement les catégories d'emplois contenant un minimum de 500 personnes, ce qui procure un coefficient de variation acceptable ( $\leq 16.5\%$ ) pour la plupart des variables ethno-culturelles examinées. Ces analyses ont été effectuées pour la population totale et pour les hommes et les femmes séparément. Le seuil de signification statistique a été établi à 0.05.

## **2.4 Étude qualitative**

Cette étude vise le deuxième objectif de la recherche, qui est d'identifier les processus liés à l'ethnicité et au genre qui pourraient influencer l'exposition différentielle aux risques à l'intérieur de mêmes emplois et tâches de travail. Il est à noter que le protocole de cette étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal.

### **2.4.1 Description du milieu**

L'étude a été effectuée dans une grande entreprise syndiquée de fabrication de vêtements de Montréal. Des données provenant du syndicat indiquent que la main d'œuvre de l'entreprise est composée majoritairement de femmes (~70%) et d'immigrants (~98%) représentant un peu plus de 40 pays de naissance. Bien que nous n'ayons pas les données sur l'ancienneté de la main d'œuvre, le syndicat estime que l'ancienneté moyenne est d'environ 20 ans, autant pour les hommes que pour les femmes. L'entreprise est divisée en une cinquantaine de sections englobant différents emplois et tâches de travail. La plupart des emplois sont rémunérés à la pièce.

Il est à noter que l'industrie du vêtement au Québec est en déclin depuis les années 90. Cette situation est attribuable à plusieurs facteurs tels que l'ouverture des marchés, la libéralisation de l'économie et la restructuration de l'industrie (Pilon 2005). Les mises à pied représentent une crainte constante pour les employé(e)s de cette industrie de même que pour les syndicats qui ne disposent que d'une très mince marge de manœuvre. L'entreprise qui fait l'objet de l'étude ne fait pas exception : dans les dernières années, les mises à pied ont été considérables et la dernière convention collective a entraîné des pertes pour les travailleurs(euses). Le contexte est donc précaire et peu propice aux revendications.

#### **2.4.2 Procédure d'accès au milieu**

Le choix du milieu s'est fait sur la base de deux critères : 1) la présence d'une main d'œuvre diversifiée sur le plan de l'ethnicité (origines ethniques, langues parlées, etc.); et 2) l'accessibilité du milieu aux chercheurs. Le service de la condition féminine de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ), qui fait partie de l'équipe *L'Invisible qui fait mal*, a identifié le milieu de travail à partir de nos critères. Nous avons ensuite rencontré la présidente de la section locale afin de présenter nos intérêts de recherche et s'enquérir des attentes et besoins du milieu. Par la suite, nous avons rencontré les membres du comité exécutif de la section locale dans le but de présenter notre projet de recherche et formaliser l'entente de collaboration. Lors de cette rencontre, nous avons obtenu des membres de l'exécutif une compréhension globale des conditions de travail et sociales qui prévalent dans le milieu.

La chercheure principale a ensuite effectué une visite préliminaire du bureau syndical et de la cafétéria de l'entreprise en compagnie de la présidente de la section locale, et cette visite a été suivie par une visite guidée de l'ensemble de l'entreprise en compagnie de la présidente de la section locale et du directeur du Service des ressources humaines. Durant cette visite, nous avons eu l'occasion de poser plusieurs questions en trait à l'organisation du travail. Nous avons subséquemment contacté par lettre le directeur des ressources humaines afin de présenter les objectifs de notre recherche et obtenir la permission de libérer des travailleurs(euses) pour les entrevues. Le directeur a acquiescé à notre demande et nous a offert l'usage d'un local pour les entrevues.

#### **2.4.3 Recrutement des participants**

Nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage à variabilité maximale afin d'obtenir le plus de diversité possible dans les caractéristiques individuelles d'intérêt pour notre étude. Selon Lincoln et Guba (1985) « l'objectif du jeu n'est pas de mettre l'emphase sur les similitudes qui peuvent être développées en généralisations, mais de détailler toutes

les spécificités qui donnent au contexte sa saveur unique » (notre traduction, p. 201). Ainsi, les participants ont été sélectionnés parce qu'ils reflétaient la distribution sexuelle et ethnique de la main d'œuvre et parce qu'ils couvraient une variété d'âges, de périodes d'immigration, de compétences linguistiques, de situations familiales, de temps d'ancienneté, de catégories d'emplois, et de statut de santé liée au travail (lésion professionnelle rapportée ou non, demande d'indemnisation ou non). Les participant(e)s potentiels ont été identifiés par le syndicat ou le Service des ressources humaines à partir de nos critères, selon leur connaissance de la main d'œuvre et/ou selon leurs données informatisées. La sélection des participant(e)s s'est faite par étape, c'est-à-dire qu'après chaque 4-5 entrevues nous avons réévalué les critères de sélection pour les entrevues ultérieures. Par exemple, une analyse du premier groupe d'entrevues a révélé que l'échantillon ne comprenait pas de femmes ayant des enfants en bas âge. Nous avons donc demandé au syndicat et au Service des ressources humaines de sélectionner quelques femmes répondant à ce critère. Une fois les participant(e)s potentiels sélectionnés, la chercheure principale les a rencontrés afin de présenter le projet. Le consentement a été obtenu dans la majorité des cas.

#### **2.4.4 Collecte des données**

Entre 2004 et 2006, nous avons effectué 25 entrevues individuelles auprès de 15 travailleuses et 10 travailleurs de 14 pays de naissance. Les superviseurs n'ont pas été inclus dans l'échantillon parce que ceux-ci ne sont pas syndiqués. L'objectif initial était de réaliser une quinzaine d'entrevues, toutefois nous avons effectué des entrevues supplémentaires afin d'atteindre la saturation de l'échantillon en termes de diversité de situations. Les entrevues étaient semi-dirigées (guide d'entrevue souple). Douze entrevues ont été réalisées en français, 9 en anglais, et 4 dans une autre langue avec l'aide de collègues-interprètes. La méthode triadique d'entrevue est utile dans un tel contexte parce qu'en plus de permettre la communication, elle sert à diminuer l'isolation sociale du répondant et à égaliser la relation d'autorité (Gannagé 1999). Cette méthode présente d'autres avantages, notamment en ce qui a trait au contrôle de l'entrevue et aux coûts de transcription et de traduction. Les interprètes ont été choisis par le syndicat ou le Service des ressources humaines sur la base de liens

interpersonnels pré-existants. Comme les interprètes (deux femmes et deux hommes) étaient des employés de l'entreprise, ils apportaient parfois leur point de vue et ces données ont été intégrées séparément dans les analyses. Un formulaire de consentement et de confidentialité, disponible en français et en anglais, a été signé par les participants et les interprètes. Le formulaire a parfois été lu aux participants ou traduit oralement par les interprètes.

Les questions d'entrevues couvraient à la base une grande variété de thèmes (voir l'Appendice B) et ont été limitées progressivement après l'analyse initiale de chaque groupe d'entrevues. Ainsi, seulement une partie des questions présentées à l'Appendice B a été posée à l'ensemble des participants. De plus, la formulation des questions a été adaptée à chaque participant. Certains thèmes qui n'avaient pas été considérés initialement ont aussi été rajoutés, notamment en ce qui a trait aux activités supplémentaires ((emploi(s) supplémentaire(s), cours), au temps supplémentaire, et au mode de rémunération. Les questions visaient à dresser un portrait des expériences, préoccupations, connaissances et besoins des participants. Les entrevues ont duré entre 45 minutes et 1.5 heures et elles ont été enregistrées (audio). Elles ont été réalisées durant les heures de travail et n'ont occasionné aucune perte financière aux participants, l'équipe de recherche ayant assumé les coûts des libérations. Afin de mieux comprendre la réalité du travail dans cette entreprise et de compléter certaines informations obtenues lors des entrevues, nous avons effectué de l'observation sur le plancher en une occasion suite à la visite guidée (total = 1.5 heure) ainsi que dans d'autres endroits de l'entreprise (bureau syndical, cafétéria, etc.) à divers moments au cours du projet, pendant un total de 25 heures. Durant ces moments, la chercheuse principale a eu de nombreuses conversations informelles avec la présidente du syndicat local, les délégué(e)s, les travailleurs(euses) et le personnel du Service des ressources humaines. Ces observations et conversations ont largement aidé à la compréhension de l'organisation du travail et des relations sociales. Notamment, l'observation sur le plancher a permis une compréhension accrue du processus de distribution des paquets à confectionner, lequel constitue un aspect central de notre étude.

#### **2.4.5 Analyse des données**

Les entrevues ont été transcrites, et chaque entrevue a été lue par deux chercheures. Les entrevues ont été codées avec le logiciel *Atlas-ti* selon un codage mixte, c'est-à-dire que les codes sont en partie définis a priori et en partie définis en cours de route (Miles et Huberman 1984). Nous avons suivi une démarche d'analyse qualitative générique, laquelle permet le développement d'une analyse descriptive. Tout au long de cette démarche, nous avons suivi certains principes de l'analyse qualitative tels qu'énoncés par Miles et Huberman (1984). Ainsi, une fois les données réduites par le codage, elles ont été organisées graphiquement afin de dresser des modèles et de discerner les relations entre leurs éléments. Finalement, des conclusions ont été tirées et vérifiées en revisitant les données. Nous avons également adopté une approche différenciée selon le sexe à tous les stages de la recherche, en raison des différences hommes-femmes en matière de santé et sécurité du travail (Messing et coll. 2003). Notamment, les hommes et les femmes sont assignés à des secteurs, des emplois et des tâches différents (Armstrong et Armstrong 1994; Messing 1998; Statistique Canada 2000) ce qui affecte la nature des risques auxquels ils sont exposés. Les risques liés au travail des femmes peuvent être difficiles à percevoir tandis que plusieurs de ceux liés au travail des hommes sont plus visibles. Les effets des emplois des femmes se manifestent plus souvent sur le long terme, comparativement à la situation des hommes. Les travailleuses sont donc proportionnellement plus représentées comme victimes de maladies professionnelles alors que les hommes sont plus souvent victimes d'accidents (Messing 1998). Les travailleuses ont aussi des difficultés particulières en ce qui a trait à l'interaction entre les paramètres de la tâche et leur gabarit physique (Messing et Stevenson 1996), la conciliation travail-famille (Prévost et Messing 1997) et la reconnaissance de leurs lésions professionnelles (Lippel 2003; Lippel et coll. 1999).

#### **2.4.6 Validation des résultats**

Au cours de la collecte et de l'analyse des données, nous avons eu des rencontres périodiques avec le service de la condition féminine de la FTQ et la présidente du syndicat

local dans le but de discuter des résultats préliminaires et d'orienter la recherche. Nous avons également rencontré l'exécutif à une autre reprise à mi-chemin afin d'éplucher les résultats et planifier les prochaines étapes du projet. À la fin de l'analyse, les conclusions ont été présentées pour fins de validation (Messing et coll. 2005) à un groupe de travailleurs(euses) qui n'avaient pas participé aux entrevues originales.

## 2.5 Étude jurisprudentielle

Cette analyse a été réalisée dans le cadre de l'étude présentée au chapitre IV. L'étude décrit, dans le contexte d'une entreprise montréalaise de fabrication de vêtements, les mécanismes par lesquels le travail à la pièce influence la santé et identifie le rôle de l'ethnicité et du genre dans ces dynamiques. L'analyse de la jurisprudence vise à confronter la réalité du travail à la pièce à la représentation que s'en font différents intervenants (employeurs, travailleurs, décideurs, médecins) telle que rapportée dans les décisions relatives aux réclamations pour lésion professionnelle.

### 2.5.1 Méthode

Nous avons regardé 62 décisions publiées et non-publiées rendues sur une période de sept ans (2000 à 2007) par la Commission des lésions professionnelles (C.L.P.). Ces décisions portent sur des réclamations faites en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*<sup>1</sup> pour indemnisation à la suite d'une lésion professionnelle. Ces décisions ont été obtenues par recherche par mots clés dans la banque informatisée de la C.L.P. Les mots clés étaient : « à la pièce » (dans l'intégral) et « lésion professionnelle » (dans l'indexation) ou « maladie professionnelle » (dans l'indexation). Nous avons retenu les décisions mentionnant le travail à la pièce et portant sur l'industrie du vêtement. Pour chaque décision, nous avons lu les résumés des décisions et nous avons fait une recherche par mots clés dans les textes intégraux (ex. « cadence », « production », « productivité », « pièce(s) »,

---

<sup>1</sup> L.R.Q.c.A-3.001.

« efficacité », « quotas », « répétition », etc.) afin d'identifier le discours des différents intervenants sur le travail à la pièce. Des thèmes ont ensuite été identifiés à partir des citations pour chaque catégorie d'intervenant. L'analyse porte uniquement sur les décisions rendues par le tribunal d'appel (C.L.P.) car elles seules sont accessibles au public. L'échantillon de l'analyse jurisprudentielle est complètement indépendant de celui de l'analyse qualitative, c'est-à-dire qu'aucun effort n'a été fait pour inclure les réclamations pouvant avoir été faites par les sujets d'entrevues dans l'analyse des décisions, et vice-versa.

## CHAPITRE III

### INÉGALITÉS SELON L'ETHNICITÉ ET LE GENRE DANS LE RISQUE DE LÉSIONS PROFESSIONNELLES INDEMNISÉES À MONTRÉAL

#### 3.1 Rappel de l'objectif

L'objectif de cette étude est d'évaluer, dans le contexte montréalais, la relation entre la proportion d'individus définis en fonction de l'ethnicité et du genre et le niveau de risque lié au travail mesuré selon des catégories d'emplois définies comme des grands groupes industriels croisés avec trois catégories professionnelles (manuel, non-manuel, mixte). Étant donné les résultats des études recensées, il est attendu que les statuts d'immigrant (et particulièrement d'immigrant récent), de minorité visible et de minorité linguistique soient associés à une probabilité plus forte de se retrouver dans un emploi à risque de lésion indemnisée ou de lésion indemnisée ayant une durée élevée.

#### 3.2 Résultats<sup>2</sup>

##### 3.2.1 Résultats descriptifs

Pour la région de Montréal et banlieues, nous comptons, à partir des données de la CSST, une moyenne de 43,032 nouveaux cas de lésions indemnisées par année pour la période 2000-2002. La population à l'étude comprend, selon les données de Statistiques Canada, 1,140,505 personnes pour l'année 2001. Ces chiffres régionaux représentent approximativement le tiers des lésions indemnisées et de la population couverte ou

---

<sup>2</sup> Avertissement : Bien que la recherche et les analyses soient fondées sur des données de Statistique Canada et de la CSST, les opinions exprimées ne représentent pas celles de Statistique Canada ni de la CSST.

susceptible d'être couverte par le régime d'indemnisation de l'ensemble du Québec (Duguay et coll. 2003).

Les tableaux 3.1 et 3.2 présentent les données descriptives sur les indicateurs de lésions indemnisées et les descripteurs ethno-culturels respectivement, pour notre région géographique. Ces données démontrent que le niveau de risque indemnisé et la proportion de groupes définis en fonction de l'ethnicité varient largement d'une catégorie d'emploi à une autre.

**Tableau 3.1** Indicateurs des lésions indemnisées, données de la CSST pour 2000-2002, pour Montréal et banlieues, selon le sexe

	Toutes les catégories d'emplois			Étendue		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Taux de fréquence	4.5%	5.9%	2.8%	N=154* (0%-30.7%)	N=139* (0%-31.5%)	N=109* (0%-36.1%)
Durée moyenne	60.6 jours	56.3 jours	71.2 jours	N=102** (22.7-138.3)	N=88** (21.7-123.1)	N=54** (31.3-178.1)

\*Sur 228 croisements possibles de grands groupes industriels et de grandes catégories professionnelles. Le taux de fréquence est calculé seulement lorsque les croisements incluent  $\geq 500$  personnes; \*\*Sur 228 croisements possibles de grands groupes industriels et de grandes catégories professionnelles. La durée moyenne est calculée seulement lorsque les croisements incluent  $\geq 500$  personnes et lorsque la somme des lésions indemnisées pour 2000-2002 est  $\geq 100$ .

Sources : CSST – Dépôt de données central et régional, tableau personnalisé (traitement de l'IRSST); Statistiques Canada, recensement de 2001, tableau personnalisé.

**Tableau 3.2** Descripteurs ethno-culturels, données du recensement de 2001 pour Montréal et banlieues

	Population Totale (%)	Étendue*
Immigrants et résidents non permanents	22.8	(4.9%-81.2%)
§Période d'immigration - avant 1991	14.6	(3.4%-47.1%)
§Période d'immigration - entre 1991 et 2001	7.2	(0%-32.2%)
Minorité visibles (inclut minorités multiples & n.i.a.)	14.0	(1.8%-66.1%)
Parle seulement une ou des langue(s) non-officielle(s) à la maison	5.5	(0%-39.7%)
Connaît l'anglais seulement	6.3	(0%-32.9%)
Connaît le français seulement	24.9	(3.2%-55.9%)
Ne connaît ni l'anglais ni le français	0.5	(0%-8.1%)
Langue de travail - anglais seulement	8.3	(0%-29%)
Langue de travail – français seulement	38.2	(4.6%-79.2%)
Langue de travail - langue non-officielle (avec ou sans langue officielle)	4.7	(0%-36.9%)

\*Pour N=154

§Coefficient de variation <=16.8%

||Coefficient de variation >16.3% et <=19.3% seulement lorsque croisements <700 personnes.

Les totaux des variables complémentaires ne donnent pas nécessairement 100% à cause de l'arrondissement.

Source : Statistiques Canada, recensement de 2001, tableau personnalisé.

Ces données varient également selon le sexe. Les tableaux 3.3 et 3.4 présentent, à titre d'illustration, les dix catégories d'emplois ayant les taux de fréquence de lésions les plus élevés pour les hommes et pour les femmes, respectivement.

**Tableau 3.3** Les 10 catégories d'emplois ayant les taux de fréquence de lésions indemnisées les plus élevés pour les hommes, pour Montréal et banlieues

<b>Industrie</b>	<b>Catégorie professionnelle</b>	<b>Taux de fréquence pour 100 travailleurs</b>
Toutes les industries	Toutes les catégories professionnelles	5.9
Entreposage	Manuel	31.5
Administrations locales	Manuel	29.9
Services aux entreprises	Manuel	28.9
Industries du bois	Manuel	28
Industries des boissons	Manuel	25.2
Industries de la machinerie (sauf électrique)	Manuel	24.8
Industries de la fabrication des produits métalliques	Manuel	24.1
Industries des produits minéraux non métalliques	Manuel	23.2
Commerce de détail de marchandises diverses	Manuel	22.5
Commerce de gros de produits alimentaires, boissons, médicaments et tabac	Manuel	21.2

Sources : CSST – Dépôt de données central et régional, tableau personnalisé (traitement de l'IRSST); Statistiques Canada, recensement de 2001, tableau personnalisé.

**Tableau 3.4** Les 10 catégories d'emplois ayant les taux de fréquence de lésions indemnisées les plus élevés pour les femmes, pour Montréal et banlieues

Industrie	Catégorie professionnelle	Taux de fréquence pour 100 travailleuses
Toutes les industries	Toutes les catégories professionnelles	2.8
Administrations locales	Manuel	36.1
Divertissements et loisirs	Manuel	20.5
Industries des produits en matière plastique	Manuel	17.4
Commerce de gros de produits divers	Manuel	17.2
Services d'enseignement	Manuel	16.6
Industries des aliments	Manuel	16.2
Hébergement	Mixte	15.4
Commerce de détail de marchandises diverses	Manuel	14.9
Industries de la fabrication des produits métalliques	Manuel	14.7
Associations	Manuel	14.7

Sources : CSST – Dépôt de données central et régional, tableau personnalisé (traitement de l'IRSST); Statistiques Canada, recensement de 2001, tableau personnalisé.

Comme les tableaux 3.3 et 3.4 le démontrent, seulement trois groupes industriels se trouvent dans les deux listes : administrations locales, commerce de détail de marchandises diverses, industries de la fabrication des produits métalliques. Les catégories d'emplois à risque sont donc très différentes pour les hommes et les femmes.

### 3.2.2 Résultats des analyses

Les associations entre les caractéristiques ethno-culturelles et les taux de fréquence et durées moyennes des lésions indemnisées des catégories d'emplois sont présentées aux tableaux 3.5 et 3.6, respectivement. En général, les résultats sont en accord, bien que pas fortement, avec une hypothèse voulant que le statut de minorité ethnique soit associé à une

probabilité plus forte de se retrouver dans un secteur industriel et une catégorie professionnelle où le taux de lésions indemnisées et la durée moyenne d'indemnisation sont plus élevés. Ce résultat est plus clair pour les femmes que pour les hommes.

**Tableau 3.5** Relations entre les données ethno-culturelles du recensement de 2001 et les données sur les taux de fréquences des lésions indemnisées à la CSST pour 2000-2002 pour les grands groupes industriels croisés avec les grandes catégories professionnelles (manuel, non-manuel, mixte), pour la région de Montréal et banlieues

Variables ethno-culturelles (%)	Taux de fréquence Total (N=154 catégories d'emplois)		Taux de fréquence Hommes (N=139 catégories d'emplois)		Taux de fréquence Femmes (N=109 catégories d'emplois)	
	Ta	valeur p	Ta	valeur p	Ta	valeur p
Immigrants et résidents non permanents	0.0804	0.1394	0.0100	0.8627	0.1762	<b>0.0067</b>
Période d'immigration - avant 1991	0.0217	0.6903	-0.0535	0.3512	0.1203	0.0641
Période d'immigration - entre 1991 et 2001	0.1613	<b>0.0030</b>	0.1087	0.0578	0.2234	<b>0.0006</b>
Minorité visibles (inclut minorités multiples & n.i.a.)	0.1710	<b>0.0017</b>	0.1497	0.0090	0.2994	<b>0.0001</b>
Parle seulement une ou des langue(s) non-officielle(s) à la maison	0.2743	<b>0.0001</b>	0.2304	<b>0.0001</b>	0.2749	<b>0.0001</b>
Connaît l'anglais seulement	0.1119	<b>0.0396</b>	0.0624	0.2770	0.1317	<b>0.0427</b>
Connaît le français seulement	0.6182	<b>0.0001</b>	0.6401	<b>0.0001</b>	0.5685	<b>0.0001</b>
Ne connaît ni l'anglais ni le français	0.2527	<b>0.0001</b>	0.2094	<b>0.0001</b>	0.2977	<b>0.0001</b>
Langue de travail, anglais seulement	-0.0428	0.4320	-0.0579	0.3131	-0.0071	0.9145
Langue de travail, français seulement	0.5137	<b>0.0001</b>	0.4981	<b>0.0001</b>	0.4794	<b>0.0001</b>
Langue de travail, langue non-officielle (avec ou sans langue officielle)	0.1127	<b>0.0382</b>	0.0559	0.3299	0.2159	<b>0.0009</b>

Sources : CSST – Dépôt de données central et régional, tableau personnalisé (traitement de l'IRSST); Statistiques Canada, recensement de 2001, tableau personnalisé.

**Tableau 3.6** Relations entre les données ethno-culturelles du recensement de 2001 et les données sur la durée moyenne d'indemnisation de la CSST pour 2000-2002 pour les grands groupes industriels croisés avec les grandes catégories professionnelles (manuel, non-manuel, mixte), pour la région de Montréal et banlieues

Variables ethno-culturelles (%)	Durée moyenne Total (N=102 catégories d'emplois)		Durée moyenne Hommes (N=88 catégories d'emplois)		Durée moyenne Femmes (N=54 catégories d'emplois)	
	Ta	valeur p	Ta	valeur p	Ta	valeur p
Immigrants et résidents non permanents	0.1691	<b>0.0119</b>	0.1186	0.1025	0.2718	<b>0.0038</b>
Période d'immigration - avant 1991	0.1609	<b>0.0167</b>	0.1165	0.1088	0.2593	<b>0.0058</b>
Période d'immigration - entre 1991 et 2001	0.1617	<b>0.0161</b>	0.1364	0.0604	0.2341	<b>0.0127</b>
Minorité visibles (inclut minorités multiples & n.i.a.)	0.1081	0.1079	0.0543	0.4556	0.2173	<b>0.0207</b>
Parle seulement une ou des langue(s) non-officielle(s) à la maison	0.2064	<b>0.0021</b>	0.2288	<b>0.0016</b>	0.2704	<b>0.0040</b>
Connaît l'anglais seulement	0.0447	0.5079	0.0528	0.4688	0.2068	<b>0.0277</b>
Connaît le français seulement	-0.0724	0.2821	0.0340	0.6420	-0.0161	0.8696
Ne connaît ni l'anglais ni le français	0.1590	<b>0.0159</b>	0.1829	<b>0.0090</b>	0.2481	<b>0.0074</b>
Langue de travail, anglais seulement	0.0992	0.1403	0.0703	0.3341	0.2621	<b>0.0053</b>
Langue de travail, français seulement	-0.1755	<b>0.0090</b>	-0.1123	0.1221	-0.1502	0.1104
Langue de travail, langue non-officielle (avec ou sans langue officielle)	0.3461	<b>0.0001</b>	0.2659	<b>0.0002</b>	0.3110	<b>0.0009</b>

Sources : CSST – Dépôt de données central et régional, tableau personnalisé (traitement de l'IRSST); Statistiques Canada, recensement de 2001, tableau personnalisé.

### 3.3 Discussion

Les résultats démontrent de manière générale que, dans la région de Montréal, les minorités ethniques, définies sur la base de diverses variables, ont une probabilité plus élevée de travailler là où le taux de lésions indemnisées et la durée moyenne d'indemnisation sont plus élevés. Bien que de nombreuses études canadiennes aient documenté des inégalités selon l'ethnicité au niveau des emplois occupés (Badets et Howatson-Leo 1999; Jackson 2002), aucune n'avait jusqu'ici considéré le niveau de risque associé à ces emplois. Les résultats de notre étude vont dans la même direction que les recherches américaines qui ont démontré que les afro-américains et les hispaniques sont surreprésentés dans les emplois les plus à risque (Friedman-Jimenez 1989; Frumkin et coll. 1999; Moure-Eraso et Friedman-Jimenez 2001; Robinson 1984).

Les résultats appuient aussi le modèle de Lipscomb et collègues (2006), qui propose que les différences dans l'exposition aux risques en milieu de travail soient liées en partie à la surreprésentation des minorités ethniques dans les emplois les plus à risque. Les résultats de notre étude peuvent aussi être liés plus globalement à la littérature sur l'équité environnementale, qui soutient que les minorités ethniques sont exposées de manière disproportionnée aux risques présents dans l'environnement (Brown 1995; Sexton et Adgate 1999), y compris l'environnement montréalais (Premji et coll. 2007). Les membres de minorités ethniques sont ainsi souvent exposés à des risques cumulés au travail et dans leur communauté, ce qui contribue au développement ou à l'aggravation des problèmes de santé chez ces populations.

Au Canada, l'éducation, l'expérience de travail canadienne, le transfert des qualifications, les réseaux interpersonnels, la connaissance des langues officielles et la discrimination font en sorte que les emplois les moins recherchés sont souvent les seuls disponibles pour les immigrants, les minorités visibles et les minorités linguistiques (Baklid 2004; Chui 2003; Jackson 2002; Scassa 1994). Les mécanismes en jeu varient toutefois selon la manière de définir un groupe ethnique (selon le statut d'immigrant, la langue, etc.), un

aspect qui n'est pas considéré dans le modèle de Lipscomb. Les caractéristiques des emplois déterminent donc la composition de la main d'œuvre qui les occupe, et non vice-versa. Des modèles explicatifs incorporant des caractéristiques d'emplois tels que le niveau de risque, la rémunération, la présence d'un syndicat et le niveau de prestige (Pineo et Porter 1973) se doivent d'être développés.

Les barrières linguistiques limitent la nature des emplois qu'une personne peut occuper (Chui 2003; Scassa 1994). L'association positive entre la proportion de personnes qui connaissent ou parlent seulement une langue non officielle ou travaillent dans une langue non officielle et le niveau de risque indemnisé n'est donc pas étonnante. En ce qui a trait à la langue de travail, nos résultats sont similaires à ceux d'une étude effectuée auprès de 532 travailleurs(euses) immigrants en Alberta employés dans divers secteurs qui a démontré que le travail dans une langue autre que l'anglais était associé à une plus grande probabilité d'avoir un accident de travail. Selon les auteurs, ces résultats seraient expliqués par des lacunes au niveau des procédures et politiques de prévention des accidents dans les milieux de travail non-anglophones (Thurston et Verhoef 2003).

Les inégalités observées pourraient être expliquées par la surreprésentation des minorités ethniques dans le travail manuel, comparativement aux non-minorités. Cette surreprésentation se verrait particulièrement pour les femmes minoritaires, qui se retrouveraient plus souvent en travail manuel que d'autres femmes. Alors que le travail manuel des femmes, par exemple dans le secteur manufacturier, est peu rémunéré, certains emplois manuels des hommes, par exemple les emplois syndiqués dans le secteur de la construction, sont relativement bien rémunérés. Ainsi, plusieurs emplois manuels des hommes peuvent être plus recherchés par la majorité, et donc moins accessibles aux minorités. De plus, les hommes minoritaires pourraient avoir un meilleur accès aux emplois mieux rémunérés et non-manuels que les femmes minoritaires en raison de différences dans le niveau de scolarité. Cette situation pourrait expliquer le fait que pour plusieurs variables, les relations sont significatives pour les femmes seulement. Des analyses préliminaires effectuées à l'intérieur des emplois manuels révèlent que la plupart des relations s'inversent pour les hommes et les femmes, à l'exception des variables « connaît le français seulement »

et « langue de travail – français seulement » qui restent positivement associées aux indicateurs de risque indemnisé. Des analyses plus poussées et une réflexion sur la sous-déclaration et sous-indemnisation des populations vulnérables sont en cours.

Notre étude est limitée par le fait que le niveau de risque attribué aux catégories d'emplois est basé sur les lésions indemnisées par la CSST. Plusieurs études ont démontré que la sous-déclaration des lésions professionnelles est répandue (Pransky et coll. 1999; Rosenman et coll. 2000; Shannon et Lowe 2002). De plus, toutes les réclamations ne sont pas indemnisées. En fait, au Québec, environ 95% des dossiers indemnisés sont des accidents (Duguay et coll. à paraître en 2008), ce qui peut être lié au fait que les accidents sont soit plus répandus, soit plus souvent déclarés, soit plus souvent indemnisés. De plus, la sous-déclaration et/ou la sous-indemnisation des lésions professionnelles sont particulièrement répandues chez certaines populations, notamment chez les femmes (Lippel 1999; Lippel 2003) et les minorités ethniques immigrantes et non-immigrantes (Gravel et coll. 2006; Nevitt et coll. 1994; Scherzer et coll. 2005). Ces facteurs font en sorte que les mesures de risque indemnisé représentent une sous-estimation du risque réel, particulièrement pour les catégories d'emplois ayant une forte proportion de femmes et de minorités. Il est à noter toutefois que les seules études sur la sous-déclaration et/ou sous-indemnisation des minorités ethniques non-immigrantes proviennent des États-Unis, et qu'il n'existe pas d'études concernant les minorités linguistiques sur ce sujet. Il faut donc considérer que les mécanismes sous-jacents peuvent varier d'une population à une autre.

Les définitions de risque et d'ethnicité utilisées dans notre étude ont certaines limitations. En ce qui a trait aux mesures de risque, le choix d'indicateurs différents, par exemple la proportion de dossiers ayant une atteinte permanente ou la proportion de dossiers ayant un certain type de lésion, pourraient révéler des dynamiques distinctes de celles identifiées. Les définitions de groupes ethniques, pour leur part, sont fixées par Statistiques Canada. Cela fait en sorte que, par exemple, la définition d'un immigrant comme une personne qui est ou a déjà été un immigrant reçu peut être très différente de l'auto-définition d'un individu comme personne immigrante, surtout pour ceux ayant immigré il y a de nombreuses années. Également, la classification « manuel », « non-manuel » et « mixte », bien qu'utile pour

pallier les problèmes de concordance entre les données professionnelles du recensement et de la CSST, n'est pas suffisante ; il existe énormément de variation à l'intérieur de ces grandes catégories. De plus, certaines professions détaillées ne sont pas bien codées dans les grandes catégories professionnelles : Les emplois physiques des hommes ont tendance à être classifiés comme « manuels » alors que ceux des femmes tendent à être classifiés comme « mixtes », ce qui a pu affecter les résultats obtenus dans notre analyse. La CSST va changer sa classification professionnelle prochainement afin qu'elle corresponde à celle du recensement.

Néanmoins, cette étude démontre le besoin de poursuivre l'étude des inégalités selon l'ethnicité en santé et sécurité du travail. Le portrait est complexe car il varie selon la définition de minorité ethnique, selon le genre, et selon l'indicateur de risque indemnisé. Les lacunes au niveau des données canadiennes contribuent toutefois à l'invisibilité du problème. Il importe donc, à la base, de cueillir des données qui permettent d'étudier ces questions, tout en maintenant un équilibre entre la protection des individus contre la discrimination – par exemple au niveau des soins de santé ou de l'indemnisation – et la capacité des chercheurs à documenter les inégalités.

## CHAPITRE IV

### « ON TRAVAILLE À LA SECONDE ! » REMUNERATION À LA PIÈCE ET SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS UNE PERSPECTIVE QUI TIENT COMPTE DE L'ETHNICITÉ ET DU GENRE

Stéphanie Premji<sup>1</sup>, Katherine Lippel<sup>2</sup>, Karen Messing<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CINBIOSE, Université du Québec à Montréal, CP 8888, Succ. Centre-ville, Montréal QC, H3C 3P8, Canada.

<sup>2</sup>Canada Research Chair on Occupational Health and Safety Law, Law Faculty, University of Ottawa, 57 Louis-Pasteur, Ottawa ON, K1N 6N5, Canada.

Publié dans *PISTES* en 2008 (vol. 10, no. 1)

<http://www.pistes.uqam.ca/v10n1/articles/v10n1a2.htm>

#### **Abstract**

Few qualitative studies have described the mechanisms by which piecework influences health. We present the results of 25 interviews conducted between 2004 and 2006 in a large garment factory in Montreal. We describe the workforce, made up in large part of women and immigrants, the requirements and constraints of production, workers' strategies favouring production and those favouring health, and the management and impact of the health problems experienced by workers. In addition, we compare the experience of piecework to its representation by various stakeholders (employers, workers, decision-makers, doctors) as reported in 62 decisions regarding compensation claims for work-related health problems rendered by the Commission des lésions professionnelles (C.L.P.) between 2000 and 2007, decisions pertaining to the garment industry and mentioning piecework. We examine the causes and discuss the implications of our results.

## Résumé

Peu d'études qualitatives ont décrit les mécanismes par lesquels le travail à la pièce influence la santé. Nous présentons les résultats de 25 entrevues réalisées entre 2004 et 2006 dans une grande entreprise de fabrication de vêtements à Montréal. Nous décrivons la main d'œuvre, constituée en grande majorité de femmes et d'immigrants, les exigences et contraintes de production, les stratégies des travailleurs(euses) favorisant la production et celles favorisant la santé, et la gestion et l'impact des problèmes de santé vécus par les travailleurs(euses). De plus, nous confrontons la réalité du travail à la pièce à la représentation que s'en font différents intervenants (employeurs, travailleurs(euses), décideurs, médecins) telle que rapportée dans 62 décisions sur des réclamations pour lésion professionnelle rendues par la Commission des lésions professionnelles (C.L.P.) entre 2000 et 2007, décisions portant sur l'industrie du vêtement et mentionnant le travail à la pièce. Nous examinons les causes et discutons des implications de nos résultats.

Mots clés : travail à la pièce; santé et sécurité du travail; ethnicité; immigrants; genre.

#### 4.1 Introduction

Selon l'Enquête Sociale et de Santé 1998 (Institut de la Statistique du Québec 2001), 14.1% des travailleurs(euses) québécois sont rémunérés au moins occasionnellement au rendement, à la commission ou au bonus. L'Enquête révèle que proportionnellement plus d'hommes que de femmes travaillent selon l'une ou l'autre de ces modalités. Cependant, des données indiquent que les femmes sont plus souvent rémunérées à la pièce, et moins souvent à la commission ou au bonus (Geddes et Heywood 2003). Il n'existe pas de données quantitatives sur la représentation des groupes ethniques dans le travail à la pièce. Par contre, des études qualitatives ont observé une forte représentation d'immigrant(e)s dans des milieux offrant cette forme de rémunération, et ont décrit la précarité socioéconomique associée à cette réalité (Herzog 1980; Park et Pellow 2005).

Il existe très peu d'études, et particulièrement d'études récentes, sur le travail à la pièce. Quelques études épidémiologiques ont examiné la rémunération à la pièce comme facteur de risque pour la santé dans le secteur manufacturier. Bien que certaines études n'aient pas trouvé de lien clair entre le fait de travailler à la pièce et les problèmes de santé (Goulet et Thériault 1987; Nadeau et coll. 1990; Schibye et coll. 1995; Wrench et Lee 1982), d'autres ont associé cette forme de rémunération aux accidents et maladies (Mayhew et Quinlan 1999), aux incapacités sévères (Brisson et coll. 1989; Vézina et coll. 1989) et à la prise de médicaments (Vinet et coll. 1989). Dans ces études, les mécanismes sous-jacents sont évoqués en termes de facteurs tels que la fréquence des mouvements et les contraintes de temps. Ces facteurs ont été associés à des problèmes de santé physique et psychologique en milieu de travail (Punnett et coll. 2000; Silverstein et coll. 1986; Teiger 1973).

Peu d'études qualitatives ont décrit les mécanismes liant le travail à la pièce à la santé. Dans une perspective sociologique, Cheng (1997) a rapporté les expériences de personnes souffrant de blessures aux mains à Hong Kong et leurs récits des causes de leurs blessures, dont l'influence du travail à la pièce sur leurs attitudes et comportements. Klein (1964) aussi a présenté les propos de travailleurs rémunérés à la pièce, qui ont mentionné entre autres le lien entre leur rythme de travail et leur degré de fatigue. Du côté ergonomique,

Vézina et collègues (1992) ont effectué une analyse du travail d'opératrices de machines à coudre rémunérées à la pièce et ont décrit une importante charge physique de travail et son lien avec les troubles musculo-squelettiques rapportés. Une autre étude ergonomique portant sur des opératrices de machine à coudre dans une usine de fabrication de bottes, étude effectuée à la suite de l'implantation d'un système modulaire comportant un système de rémunération à la pièce calculée pour chaque module, a présenté une analyse des composantes du travail et de son organisation, soulignant notamment l'impact de l'organisation du travail sur les dynamiques relationnelles, et le lien entre ces facteurs et les troubles musculo-squelettiques observés (Vézina et coll. 2003).

La littérature sociologique aussi a examiné les dynamiques relationnelles engendrées par le travail à la pièce, n'abordant toutefois qu'indirectement le lien avec la santé. Bien que ces études aient été réalisées il y a plusieurs décennies, les dynamiques sociales et de travail engendrées par ce mode d'organisation du travail demeurent des questions d'intérêt aujourd'hui. Les travaux du sociologue Donald Roy (1952; 1953; 1954; 2006a), basés sur son expérience en tant qu'employé d'un atelier d'usinage aux États-Unis dans les années 40, et ceux de son confrère Michael Burawoy (1979), employé dans le même atelier, 30 ans plus tard, sont des exemples classiques de récits d'observation participante. Miklós Haraszti (1977) a également décrit, dans le contexte d'une usine de fabrication de tracteurs en Hongrie, les relations sociales et de travail créées par ce mode de rémunération. Offrant une perspective féministe, Marianne Herzog (1980) a de son côté produit de riches descriptions de journées entières de travail rémunéré à la pièce à partir de son expérience comme employée de différentes usines en Allemagne de l'ouest dans les années 70. Dans les années 80, dans le contexte montréalais, Labelle et collègues (1987) ont mis en évidence les conditions physiques et psychologiques du travail à la pièce dans le secteur manufacturier par le biais de récits d'ouvrières immigrantes. Ces récits illustrent notamment les relations difficiles avec les employeurs, superviseurs et collègues ainsi que les problèmes de conciliation entre le travail et la famille. La méthode qualitative nous semble donc toute désignée pour lier ces riches descriptions des conditions aux résultats des études épidémiologiques par un examen des liens multiples entre les exigences et contraintes du travail et les effets sur la santé.

### 4.1.1 Objectifs

L'objectif principal de notre étude est de décrire de manière qualitative, dans le contexte d'une entreprise montréalaise de fabrication de vêtements, les mécanismes par lesquels le travail à la pièce influence la santé, ainsi que d'identifier le rôle de l'ethnicité et du genre dans ces dynamiques. Un objectif secondaire est de confronter la réalité du travail à la pièce à la représentation que s'en font différents intervenants (employeurs, travailleurs, décideurs, médecins) telle que rapportée dans les décisions relatives aux réclamations pour lésion professionnelle.

## 4.2 Méthodologie

Cette étude se base sur deux sources de données : des entrevues individuelles et des décisions sur des réclamations pour indemnisation. Ces échantillons sont complètement indépendants l'un de l'autre, c'est-à-dire qu'aucun effort n'a été fait pour inclure les réclamations pouvant avoir été faites par les sujets d'entrevues dans l'analyse des décisions, et vice-versa.

### 4.2.1 Entrevues

Les entrevues ont été réalisées dans une grande entreprise de fabrication de vêtements de Montréal (« Confection Inc. »<sup>3</sup>), où la majorité des emplois sont rémunérés à la pièce. Typique du secteur, la main d'œuvre de cette entreprise est constituée en majorité de femmes (~70%) et d'immigrants (~98%) représentant un peu plus de 40 pays de naissance.<sup>4</sup> Entre 2004 et 2006, nous avons réalisé 25 entrevues auprès de 15 travailleuses et 10 travailleurs de 14 pays de naissance (22 immigrants et 3 non-immigrants), sélectionnés parce qu'ils reflétaient la distribution ethnique de la main d'œuvre et parce qu'ils couvraient une variété d'âges, de périodes d'immigration, de compétences linguistiques, de situations familiales, de

---

<sup>3</sup> Le nom de l'entreprise est fictif

<sup>4</sup> Estimés provenant du syndicat local

catégories d'emplois, et de statut de santé liée au travail (lésion professionnelle rapportée ou non, demande d'indemnisation ou non). Les sujets potentiels ont été identifiés à l'aide du syndicat et du Service de ressources humaines à partir de ces critères. Les travailleuses étaient âgées de 19 à 62 ans et les travailleurs de 21 à 51 ans. Les entrevues ont été réalisées en français (12), en anglais (9) ou dans une autre langue avec l'aide de collègues interprètes (4). Les entrevues ont été transcrites, codées avec le logiciel Atlas-ti et analysées suivant certains principes de l'analyse qualitative (Miles et Huberman 1984) et selon une approche différenciée selon le sexe (Messing et coll. 2003). Comme les interprètes (deux femmes et deux hommes) étaient des employés de l'entreprise, ils apportaient parfois leur point de vue et ces données ont été intégrées dans les analyses. À la fin de l'analyse, les conclusions ont été présentées pour fins de validation à un groupe de travailleurs(euses) qui n'avaient pas participé aux entrevues originales. Il est à noter que nous avons également effectué de l'observation dans le milieu de travail à divers moments au cours du projet, pendant un total de 25 heures. Ce projet a été réalisé en collaboration avec le syndicat, affilié à la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ), et a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal. Certaines caractéristiques individuelles et occupationnelles des interviewé(e)s et interprètes sont présentées au tableau 4.1.

**Tableau 4.1 Caractéristiques des personnes interviewées et interprètes**

Pseudo-nyme (Interprète=I)	Sexe	Immigrant	Langue de l'entrevue (Fr/Ang/Autre)	Responsabilités familiales au Canada	Catégorie d'emploi	Travail à la pièce	Problème de santé décrit comme étant lié au travail (passé ou présent)
Ahmad	M	O	A	O	Presse	O	Brûlure, douleur aux membres inférieurs et supérieurs et au dos
Alex	M	O	F	N	Autre	N	Aucun
Alicia	F	O	F	O	Coupe	O	Coupure, allergies, maux de tête
Ann	F	O	A	O	Autre	N	Douleur au bras, au cou

Asha	F	O	Autre	A	Couture	N	Piqûre d'aiguille, douleur aux doigts
Ben	M	O	A	O	Presse	O	Douleur aux doigts et au dos
Carl	M	N	F	O	Coupe	O	Coupures, autres accidents
Chloé	F	N	F	A	Presse	O	Aucun
Delia	F	O	A	O	Presse	O	Douleur à la jambe, au poignet, au dos
Farida	F	O	A	O	Autre	N	Accident
Ghassan	M	O	F	A	Autre	N	Douleur aux membres supérieurs
Isabelle	F	N	F	A	Autre	N	Tendinite du pouce, douleur au bras, problèmes de sinus
Jean	M	O	F	N	Autre	N	Aucun
Jing	F	O	Autre	O	Couture	O	Problème de vision, douleur aux épaules
Judi	F	O	Autre	A	Couture	N	Douleur aux épaules
Karima	F	O	A	O	Autre	O	Aucun
Léa	F	O	F	O	Couture	O	Fausses couches, douleur au pied, accident
Leyla (I)	F	O	A	O	n/d	n/d	n/d
Lourdes	F	O	F	O	Autre	N	Tendinite du bras, allergies
Malcolm (I)	M	O	A	n/d	n/d	n/d	n/d
Malti (I)	F	O	A	N	Couture	O	Piqûre d'aiguille, douleur au dos et aux épaules
Marie-Ève	F	O	F	O	Couture	O	Douleur à une jambe

Meili	F	O	F	O	Presse	O	Eczéma, douleur aux membres inférieurs
Peter (I)	M	O	A	O	Presse	O	Douleur à l'épaule et à la main, problèmes respiratoires
Rahul	M	O	A	O	Autre	O	Douleur aux membres supérieurs et au dos
Ruth	F	O	F	N	Presse	O	Douleur aux mains, inflammation du poignet
Shakeel	M	O	A	O	Autre	N	Douleur aux membres inférieurs et supérieurs, accident causé par violence
Shezam	M	O	Autre	A	Presse	O	Entorse au dos
Sid	M	O	A	O	Autre	N	Douleur aux membres inférieurs et supérieurs
O=oui, N=non, n/d: non déterminé. Catégorie d'emploi, Autre= Autre profession à part la coupe, la couture ou la presse. Responsabilités familiales, A = a une famille mais la famille se compose entièrement de personnes adultes présumées autonomes.							

#### 4.2.2 Jurisprudence

Nous avons regardé 62 décisions publiées et non-publiées rendues sur une période de sept ans (2000 à 2007) par la Commission des lésions professionnelles (C.L.P.). Ces décisions portent sur des réclamations faites en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*<sup>5</sup> pour indemnisation à la suite d'une lésion professionnelle. Ces décisions ont été obtenues par recherche par mots clés dans la banque de la C.L.P. Les mots

<sup>5</sup> L.R.Q.c.A-3.001.

clés étaient : « à la pièce » (dans l'intégral) et « lésion professionnelle » (dans l'indexation) ou « maladie professionnelle » (dans l'indexation). Nous avons retenu les décisions mentionnant le travail à la pièce et portant sur l'industrie du vêtement. Pour chaque décision, nous avons lu les résumés des décisions et nous avons fait une recherche par mots clés dans les textes intégraux (ex. « cadence », « production », « productivité », « pièce(s) », « efficacité », « quotas », « répétition », etc.) afin d'identifier le discours des différents intervenants sur le travail à la pièce. Des thèmes ont ensuite été identifiés à partir des citations pour chaque catégorie d'intervenant. L'analyse porte uniquement sur les décisions rendues par le tribunal d'appel (C.L.P.) car elles seules sont accessibles au public.

### 4.3 Résultats

#### 4.3.1 Le contexte

Depuis les années 90, l'industrie du vêtement au Québec est en déclin, ayant perdu près de 13,000 emplois entre 1990 et 1999. Cette situation est attribuable à plusieurs facteurs : l'ouverture des marchés, la libéralisation de l'économie – notamment en ce qui a trait à la déréglementation – et la restructuration de l'industrie par la consolidation des entreprises et la mondialisation de leurs activités (Pilon 2005). Dans ce contexte, les mises à pied représentent une crainte constante pour les employé(e)s de cette industrie de même que pour les syndicats qui ne disposent que d'une très mince marge de manœuvre. Chez Confection Inc., les négociations et le vote sur la plus récente convention collective reflètent cet état de fait, tel que relaté par Carl<sup>6</sup> :

Moi je sens ça, je sens la peur!...Peut-être qu'ils se disent dans leur tête... « Je veux garder ma place »...Parce que moi quand j'ai eu la convention collective...j'étais dans la salle, et puis ils ont dit : « Vous pouvez aller voter! », puis avant ils ont dit : « Si vous avez des questions à poser là, posez-les! »...Là, là, moi j'ai levé ma main, puis j'ai parlé au micro...J'ai dit « On va être 3 ans sans augmentation de salaire »...Mais les gens n'écoutaient plus! Parce que les gens voulaient juste signer...parce qu'ils ne voulaient pas perdre leur emploi.

---

<sup>6</sup> Tous les prénoms sont des pseudonymes

En fait, la dernière convention collective a entraîné des pertes financières pour les travailleurs(euses), notamment par le fait que le bonus annuel et certains congés sont maintenant rémunérés en fonction du salaire de base et non du salaire basé sur la production moyenne, qui est plus élevé. De ce fait, plusieurs travailleurs(euses), dont Karima, ont mentionné une possible intensification du travail :

Certaines personnes disent « Ok après les vacances je vais faire ma production plus ». Je commence à entendre ça parce que la compagnie donne les nouveaux règlements maintenant, l'entente qu'ils ont signée avec le syndicat...Alors les gens maintenant...Ils ne veulent pas arrêter. Il continuent de travailler, à la pièce, à la pièce.

Cette industrie a été l'objet d'une déréglementation dans les années récentes. Au Québec, des décrets couvraient depuis 1934 certaines subdivisions de l'industrie du vêtement, décrets qui ont été abolis en 1999-2000 (Morin et Brière 2003). Les décrets encadraient certaines conditions de travail dans l'industrie avec le double objectif d'uniformiser les conditions des travailleurs(euses) syndiqués et des travailleurs(euses) non syndiqués et de protéger les employeurs contre la compétition déloyale. Les décrets étaient administrés par des comités composés à parts égales de représentants patronaux et syndicaux.

Présentement, les conditions minimales de travail sont régies par la Loi sur les normes du travail<sup>7</sup>. Cette Loi touche aux conditions de travail telles que le salaire, la durée du travail, les pauses et les congés. Certaines conditions particulières s'appliquent à certaines catégories d'employé(e)s, tels les employé(e)s de l'industrie du vêtement. Notamment, pour ces employé(e)s, la semaine normale de travail est de 39 heures au lieu de 40 heures, le salaire minimum est de 8.25\$ l'heure au lieu de 8.00\$, et il existe des différences en ce qui a trait aux jours fériés, chômés et payés, à la durée des congés annuels et au montant de l'indemnité, et aux jours d'absence à l'occasion d'un décès ou de funérailles<sup>8</sup>. En ce qui a trait à la prévention des problèmes de santé liés au travail, elle est régie par la Loi sur la santé et la sécurité du travail<sup>9</sup>. La Loi détermine divers droits et obligations auxquels sont soumis l'ensemble des employé(e)s et employeurs. Entre autres, elle exige, à son article 51, que

<sup>7</sup> *Loi sur les normes du travail*, L.R.Q.c.N-1.1

<sup>8</sup> Règlement sur des normes du travail particulières à certains secteurs de l'industrie du vêtement, R.Q., c. N-1.1, r.3.1.

<sup>9</sup> *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, L.R.Q.c.S-2.1

l'employeur prenne toutes les mesures nécessaires pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs(euses). La Loi énonce non seulement des obligations en lien avec les conditions matérielles du travail, mais également avec l'organisation du travail<sup>10</sup>.

#### 4.3.2 Travail à la pièce, genre et ethnicité

Chez Confection Inc., la majorité des personnes (interviewé(e)s et interprètes) pour lesquelles nous avons l'information travaillent à la pièce (16/27) (voir tableau 4.1). Les personnes qui travaillent à l'heure sont ainsi rémunérées en raison de leur emploi (évaluateurs(trices) de qualité, travailleurs(euses) auxiliaires, travailleurs(euses) d'ouvrage général) ou on leur a assigné temporairement un travail dit léger en raison d'un problème de santé ou d'une grossesse. Certaines personnes qui travaillent à l'heure avaient déjà travaillé à la pièce et vice-versa.

Des données provenant de l'entreprise<sup>11</sup> indiquent qu'il existe des différences selon le genre dans le mode de rémunération : 14% des travailleurs sont rémunérés à la pièce, comparativement à 53% des travailleuses. Cette différence est liée à la nature du travail effectué par les hommes et par les femmes. Par exemple, nous avons observé, dans notre échantillon ainsi que lors de nos observations, que la grande majorité des couturiers(ières) sont des femmes, tandis que la grande majorité des travailleurs(euses) auxiliaires (ceux qui déplacent et distribuent le matériel) sont des hommes. Certains emplois, comme presseur(euse) et coupeur(euse), sont occupés autant par des femmes que par des hommes (voir tableau 4.1). Il existe cependant des différences selon le genre au niveau des tâches effectuées à l'intérieur de mêmes titres d'emplois. Par exemple, les coupeurs utilisent généralement des machines à coupe tandis que les coupeuses utilisent habituellement des ciseaux. Cette division du travail semble être parfois le choix des travailleurs(euses) (ils demandent ces emplois) et parfois celui de l'entreprise (elle offre ces emplois aux travailleurs(euses)). Il ne semble pas y avoir de division ethnique du travail, que ce soit parmi les travailleurs(euses) ou entre travailleurs(euses) et superviseur(e)s. En fait, l'entreprise a

---

<sup>10</sup> article 51, paragraphe 3

<sup>11</sup> Données du mois d'octobre 2007

comme politique de mélanger les groupes ethniques sur le plancher. Selon les dirigeants de l'entreprise, l'objectif serait de prévenir la formation de « clans » ; toutefois, il est difficile de savoir si le but est de prévenir les conflits inter-groupes ou la solidarité intra-groupe.

### 4.3.3 La main d'œuvre

Les travailleurs(euses) de Confection Inc. vivent des réalités socioéconomiques particulières en raison de facteurs liés au genre et à l'ethnicité. Dans cette entreprise, l'ethnicité se confond avec la réalité immigrante puisque la main d'œuvre y est principalement immigrante. Il est important de connaître ces réalités afin de comprendre ce qui motive, en plus des exigences et contraintes du travail, les attitudes et comportements par rapport au travail à la pièce, et afin de saisir les conséquences réelles du travail sur la santé.

Premièrement, la réalité immigrante peut entraîner des responsabilités financières additionnelles. Certaines de ces responsabilités sont liées aux procédures associées au statut d'immigrant (demandes de résidence permanente, de parrainage, etc.) qui engendrent des dépenses en frais d'avocats pouvant atteindre plusieurs milliers de dollars. D'autres sont liées à la famille. Par exemple, sur les 16 personnes immigrantes pour lesquelles nous avons cette information, dix envoient de l'argent dans leur pays régulièrement ou occasionnellement (4/8 femmes, 6/8 hommes). Léa, qui envoie à tous les mois des centaines de dollars dans son pays, explique que sa décision de venir au Canada était liée au besoin d'aider sa famille :

Ça, c'était vraiment parmi les choses, les premières choses pour venir au Canada...C'était aider mes parents...Ma mère, ma sœur et sa petite, trois personnes...Parce que mon père est décédé alors ma mère elle ne travaille pas. J'ai ma sœur qui est divorcée.

Quelques personnes ont également mentionné des responsabilités financières envers leur famille élargie au Canada. Ces obligations ne sont pas seulement morales, elles sont parfois aussi légales, c'est-à-dire qu'elles relèvent parfois du parrainage officiel. Certain(e)s ont mentionné être les seuls à subvenir aux besoins de leur famille, soit parce que leur mari ou femme est aux études ou soit parce que leur femme est à la maison, parfois en raison de

spécificités culturelles. Des femmes ont indiqué être les seules gagne-pain parce que cheffes de famille monoparentale, une réalité qui transcende la condition immigrante. De plus, plusieurs immigrants ont évoqué la notion de sacrifice personnel pour le bien de leurs enfants :

Je veux continuer mes études...Ma femme ne veut pas dépenser tout l'argent sur l'école...Elle veut économiser pour mettre de côté pour l'avenir pour les enfants. Elle dit « Nous avons de la difficulté maintenant, nous n'allons pas laisser notre prochaine génération avoir les mêmes problèmes que nous ». Alors nous mettons de côté pour eux.

Ben

Dans ce contexte, le travail à la pièce représente une option attrayante parce qu'il offre la possibilité d'augmenter son revenu en augmentant ses efforts. Il requiert toutefois un compromis au niveau de la santé :

L'objectif est d'être efficace, pas de protéger votre santé...En tant que mari vous devez surmonter certaines choses, vous ne pouvez pas penser trop à votre santé, vous avez des responsabilités. Nous n'avons pas le choix, si vous ne travaillez pas fort, si vous ne vous poussez pas, vous faites seulement \$7,45 de l'heure<sup>12</sup>. Ce n'est pas assez, vous devez faire plus.

Ben

Le travail à la pièce est toutefois contradictoire, parce que bien qu'il puisse procurer aux travailleurs(euses) un certain contrôle sur leur salaire ou, comme le dit Haraszti « un semblant d'indépendance » (1977, p.56, notre traduction), il peut entraîner en même temps énormément d'insécurité parce que le résultat de ce travail est incertain (voir aussi Klein 1964). Chez Confection Inc., Isabelle explique :

J'étais extrêmement stressée « Est-ce que je vais faire ma production? »...Parce que moi j'ai élevé mes enfants seule. Alors je me disais « Il ne faut pas que je me permette une trop grosse baisse de salaire. » Parce que, quand vous élevez deux enfants et puis que vous êtes seule, vous n'avez pas de pension alimentaire, on ne peut pas se permettre de dire une semaine « Bon bien là, ce n'est pas grave si je ne la fais pas. »

---

<sup>12</sup> 7.45\$ représentait le salaire minimum au moment de l'entrevue. Il s'agit du taux général et non pas celui des salariés de l'industrie du vêtement, qui est plus élevé, soit 8.00\$ à cette époque (R.Q., c. N-1.1, r.3.1., art.3). L'entreprise refuse toutefois de payer le taux des salariés de l'industrie du vêtement à ses employé(e)s.

Les responsabilités financières accrues des immigrant(e)s poussent aussi certaines personnes à faire du temps supplémentaire le plus souvent possible<sup>13</sup>, celui-ci étant offert avant ou après les heures de travail, durant une partie du dîner ou encore le samedi :

Avant je travaillais jusqu'à neuf heures...À ce moment j'ai vu juste des immigrants...Peut-être parce que notre situation et leur situation [celle des non-immigrants] n'est pas pareille.

Shakeel

Ce fardeau financier fait aussi en sorte que pour plusieurs, l'emploi chez Confection Inc. n'est pas le seul emploi. Sur les 18 personnes pour lesquelles nous avons l'information, six ont mentionné avoir au moins un emploi supplémentaire (3/11 femmes, 3/7 hommes). Par exemple, Marie-Ève explique qu'elle vend des pâtisseries à ses collègues de Confection Inc. durant les pauses et le dîner pour venir en aide à son frère pâtissier :

Moi je marche partout là dans la compagnie (rire). Je marche toujours à cause de mon activité là. Quand je ne travaille pas je cherche les commandes des autres là pour que je les apporte les vendredis (rire). Et je marche toujours.

En plus du temps supplémentaire et des emplois supplémentaires, certaines personnes ont mentionné prendre des cours pour apprendre une ou les deux langues officielles du Canada, pour mettre à niveau leurs qualifications ou pour maîtriser un nouveau métier. En fait, sur les 18 personnes pour lesquelles nous avons l'information, six ont mentionné suivre un ou plusieurs cours (2/11 femmes, 4/7 hommes).

Je finis le travail à 16 :00. Je reste deux heures dans la cafétéria...J'étudie quelque chose. Deux jours j'apprends le français [cours offerts dans la cafétéria après le travail]. De quatre à six. Après 18 :00 vais étudier [dans une école technique]. Après je retourne à la maison à 22 :30...Quand je retourne à la maison je suis très, très fatigué. Comme un cadavre.

Ahmad

Il faut comprendre que plusieurs travailleurs(euses) de Confection Inc. ont subi une déqualification professionnelle. En effet, huit des 21 personnes pour lesquelles nous avons l'information ont mentionné avoir un niveau d'éducation universitaire (2/10 femmes, 6/11

---

<sup>13</sup> Au moment des entrevues, le temps supplémentaire était offert de façon régulière. Depuis, le temps supplémentaire a diminué en raison d'une réduction des commandes.

hommes). Les domaines de formation des travailleurs(euses) sont variés et incluent l'informatique, la médecine, le génie, ou encore la haute couture. Les cours de mise à niveau et de formation sont donc très importants.

Les femmes principalement sont aussi responsables des tâches familiales, ce qui pourrait expliquer la plus faible participation des femmes dans les activités supplémentaires (emplois supplémentaires, cours). Bien que certaines femmes reçoivent de l'aide de leur famille élargie sur une base quotidienne pour les tâches ménagères et le soin des enfants, la plupart ne sont pas aussi avantagées. En fait, sur les 17 femmes pour lesquelles nous avons cette information, quatre seulement ont mentionné recevoir une telle aide.

Tu rentres et il y a un autre travail à la pièce encore. Moi je dis toujours à mon boss « Moi je travaille jusqu'à 20 :30 à la pièce » parce que tu dois préparer à manger, tu dois donner à manger au petit, tu dois donner le bain, tu dois lui parler un petit peu.

Léa

Ces réalités influencent la santé des travailleurs(euses) de différentes façons. L'intensité du travail et la durée d'exposition dans le même emploi ou dans des emplois différents affectent le degré d'exposition aux risques de même que la récupération. Les cours et les responsabilités familiales affectent aussi la récupération.

#### **4.3.4 Exigences de production**

Chez Confection Inc., les quarts de travail sont de 8 heures (7 heures les vendredis) incluant deux pauses rémunérées de 15 minutes qui sont accordées et imposées par l'employeur. Les travailleurs(euses) bénéficient d'une heure non rémunérée pour le dîner. Pour chaque tâche rémunérée à la pièce, un quota de production est déterminé par les ingénieurs de l'entreprise en fonction d'estimés de la distance et du temps associés à chaque mouvement. Des études indiquent que l'objectif des ingénieurs est essentiellement de maximiser la production, sans tenir compte des besoins physiologiques et psychologiques des travailleurs(euses) (London et Bhattacharya 1985; Wells et coll. 2007). Le quota est établi sur la base d'une journée de 7,5 heures pour tenir compte des deux pauses de 15 minutes. Ce nombre est ensuite divisé par 8 heures pour déterminer le nombre de pièces devant être

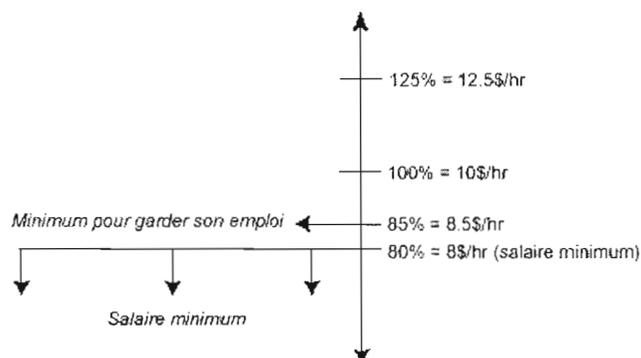
produites à l'heure (ex. 1600 pièces par journée de 7.5 heures; 1600 pièces / 8 heures = 200 pièces à l'heure). La production est calculée selon le nombre de paquets de vêtements produits. Les paquets sont des liasses de pièces semblables à coudre, associées à une étiquette. Les travailleurs(euses) passent les étiquettes attachées aux paquets dans une machine qui est placée sur leur poste de travail. Ce système informatisé permet aux travailleurs(euses) et à l'employeur de consulter leur production en tout temps. Les travailleurs(euses) doivent compléter leur quart de travail même si ils remplissent leur quota avant la fin de la journée.

Lorsque les travailleurs(euses) produisent 100% de leur quota, il sont payés au taux qui correspond à la classe d'emploi dans laquelle ils se trouvent. Le taux est réduit si la production est plus basse que 100%, et augmenté si elle dépasse 100%. Cependant, le taux ne peut jamais être plus bas que le salaire de base, qui est déterminé en fonction de l'ancienneté. Le minimum absolu représente le salaire minimum général. Une production minimale de 85% est demandée pour maintenir son emploi, et il n'existe pas de maximum de production<sup>14</sup>. Le principe de paiements par quotas est illustré à la figure 4.1. La production moyenne individuelle, calculée sur diverses échelles temporelles, détermine le salaire pour les congés, le bonus annuel, les vacances, le temps supplémentaire et le travail rémunéré à l'heure, lequel est octroyé aux travailleurs(euses) lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de produire, par exemple en raison d'un bris ou d'un manque de matériel.

---

<sup>14</sup> Il existe également dans l'entreprise une section de type « modulaire » qui emploie moins de 10% de la main d'œuvre. Dans cette section, qui produit des modèles à prix plus élevés et qui favorise la qualité plutôt que la quantité, l'entreprise a établi une production minimale de 80%, une production maximale de 110%, ainsi qu'un bonus de qualité de groupe.

**Figure 4.1 Paiements par quotas chez Confection Inc. pour une classe d'emploi rémunérée à 10\$/heure pour une production de 100%, pour un travailleur(euse) dont le taux de base est le salaire minimum (8\$/heure)**



Pour chaque personne, « faire sa production » veut dire quelque chose de différent. Certains ont l'objectif d'atteindre 85-100%, un objectif déjà difficilement atteignable, tandis que d'autres ont des objectifs personnels beaucoup plus élevés. Dans notre échantillon, sept des neuf personnes pour lesquelles nous avons l'information effectuent régulièrement une production de plus de 100%. « Faire sa production » peut causer un stress énorme. Le stress provient, d'une part, des besoins monétaires des travailleurs(euses) et, d'autre part, de la pression des superviseur(e)s, qui subissent à leur tour la pression des dirigeants de l'entreprise, une pression que l'on peut caractériser de verticale :

Elle [la superviseure] voulait toujours 100% mais pas de la bonne façon...Par exemple elle m'appelait « Fais ça! Pourquoi est-ce que tu es debout? Pourquoi est-ce que tu ne travailles pas? Tu dois faire ça! Ah! Oui! Tout vite! Toute de suite! »... Parce que tu sais chaque superviseur a à sa charge une section, alors il se soucie de produire, alors la pression ça vient comme ça.

Ruth

Le travail à la chaîne fait en sorte que les travailleurs(euses) peuvent également subir une pression de la part de leurs collègues, une pression que l'on peut qualifier d'horizontale :

Moi si je fais un petit peu moins ça ne me dérangerait pas, mais le gars qui ramasse lui il est payé moins cher [mais toujours à la pièce], lui il a besoin de sa paie, lui il veut faire le plus possible parce qu'il a un salaire qui est plus petit. Fait que moi si je ralentis, lui il ralentit, il ne sera pas content après moi. T'sais je serais tout seul puis bof!...Fait que pas le choix! Il faut y aller à la planche, toujours à la planche.

Carl

Le travail à la chaîne fait aussi en sorte que ceux qui ne sont pas rémunérés à la pièce peuvent tout de même ressentir une pression, une situation aussi notée par Herzog (1980). Chez Confection Inc., Sid explique :

Je travaille à l'heure, mais j'aime donner une bonne production...Parce qu'après ma vérification quelqu'un attend, comme un presseur [payé à la pièce]. Ils attendent alors je dois aller vite...Si je ne vais pas vite ils attendent, ils n'ont pas de travail alors ce n'est pas bon.

Les exigences de production peuvent également entraîner un stress physique. Le travail de couture, par exemple, impose des mouvements stéréotypés, répétés plusieurs fois par minute, dans un environnement physique qui ne peut pas être ajusté en fonction de la taille ou de la forme du travailleur(euse) (Vézina et coll. 1992). Pour un groupe de travailleuses à la pièce, le total du poids manipulé avec les membres supérieurs a été calculé à 3,486 kg par jour; la pression des membres inférieurs sur la pédale était de 16,821 kg (Vézina et Courville 1992). Chez Confection Inc., plusieurs travailleurs(euses), comme Léa, ont décrit l'impact physique d'un travail hautement répétitif et très rapide :

J'ai comme des kystes ici, parce que je travaille avec le pied droit, avec la pédale, toujours la pédale, vite, vite, vite !

Les mouvements associés au calcul de la production peuvent aussi contribuer à l'hyper-sollicitation du corps. Par exemple, une décision de la C.L.P. rapporte ces propos d'un médecin témoin : « Il est également essentiel de noter que chaque lot de pantalons prélevé implique que la travailleuse introduise une carte à puce dans une machine située à sa gauche par dessus l'overlock. La travailleuse doit alors effectuer une fois de plus le mouvement d'abduction et rotation interne de l'épaule droite... [Cette abduction] est répétée en autant de fois que la travailleuse prélève un lot de pantalons...Ce qui semble être un indicateur exhaustif de la répétition des gestes d'abduction effectués.»<sup>15</sup>

Les exigences de production et les pressions verticales et horizontales du travail à la pièce et à la chaîne font en sorte que les travailleurs(euses) exercent peu de contrôle sur leur

---

<sup>15</sup> Voir *Selvaranjini Kandasamy et Vêtements Peerless inc. C.L.P.*, n° 122010937, 19 octobre 2004 (commissaire Kushner).

rythme de travail. Ainsi, dans les décisions analysées qui accueillent les réclamations pour lésion professionnelle, on retrouve souvent la mention du travail à la pièce, cette forme de rémunération étant associée à la cadence accélérée ou à la fréquence de mouvements.<sup>16</sup> Toutefois, à la C.L.P., des employeurs soutiennent parfois que, pour les travailleurs(euses) à la pièce, il n'y a pas de cadence imposée parce qu'il n'y a pas d'obligation de produire autant.<sup>17</sup> Dans les 3 cas cités, cet argument n'a pas été retenu par la C.L.P. Toutefois, dans une autre décision, le tribunal a refusé la réclamation d'une opératrice de machine à coudre rémunérée à la pièce en partie parce qu'elle jugeait que la travailleuse contrôlait son rythme de travail : « Il est vrai que madame Doan travaille à la pièce et que son employeur lui impose une certaine productivité. Il n'en demeure pas moins qu'elle conserve un contrôle sur son rythme de travail et qu'elle fait des mouvements variés... ».<sup>18</sup>

De plus, des employeurs soutiennent parfois que le fait de travailler à l'heure et non à la pièce fait en sorte que l'employé(e) peut vaquer à d'autres tâches (même si il existe des exigences de production)<sup>19</sup>, ou que le travail comporte moins de risques d'être atteint d'une maladie professionnelle. L'extrait d'une décision permet de comprendre la nature de ce genre d'argument, appliqué à la situation d'un travailleur qui effectue le même mouvement plus de 800 fois par jour : « Le représentant de l'employeur soumet que la réclamation de monsieur Daraïche ne révèle aucun risque particulier, le temps supplémentaire n'est pas significatif, la manipulation des pantalons n'est pas différente des autres pantalons, le travailleur est payé à

<sup>16</sup> *Franca Barba et Bruno Tricots, Caramy Tricots et Corporation de ski Filmar*. C.L.P., n°125047100, 5 janvier 2006 (commissaire Kushner); *Thérèse Bolduc et Manufacturiers Ste-Clotilde Inc.* C.L.P., n°127110807, 5 décembre 2005 (commissaire Jolicoeur); *Linda Labrecque et Canadelle Inc.* C.L.P., n°119043933, 15 juillet 2005 (commissaire Boudreault); *Clairemira Jean-Marie et Les Sous-Vêtements U.M. Inc.* C.L.P., n°126528926, 23 juin 2005 (commissaire Morin); *Tapash Kumar Das et Vêtements Peerless Inc.* C.L.P., n°119129716, 3 mars 2005 (commissaire Lévesque); *Vêtements Peerless Inc. et Lilian Castaneda.* C.L.P., n°115887275, 12 février 2004 (commissaire Suicco); Voir *Tricots Main Inc. et Maria Andrade.* C.L.P., n°121676035, 28 novembre 2003 (commissaire Ducharme); Voir *Vêtements Peerless Inc. et Mesquita Benvinda Raposo.* C.L.P., n°119411940, 11 septembre 2002 (commissaire Nadeau).

<sup>17</sup> Voir *Tricots Main Inc. et Maria Andrade.* C.L.P., n°121676035, 28 novembre 2003 (commissaire Ducharme); *Claudette Cyr et G.A. Boulet Inc.* C.L.P., n°117814681-1, 21 mars 2001 (commissaire Langlois); *Marie Indombe Ifoku et Manufacturier de Bas Iris Inc.* C.L.P., n°117019158-1, 5 décembre 2000 (commissaire Vaillancourt).

<sup>18</sup> *Vêtements Peerless Inc. et Thi Diep Doan.* C.L.P., n°115890998, 24 août 2000 (commissaire Bélanger)

<sup>19</sup> *Brigitte Drouin et Les Confections de Beauce Inc.* C.L.P., n°126206390, 28 février 2007 (commissaire Savard)

l'heure et non à la pièce, aucune cadence n'est imposée, sa productivité se situe dans la moyenne, il n'exécute aucun mouvement contraignant, tous les mouvements des épaules sont de faibles amplitudes. Le fait que le travailleur doive de temps en temps s'approvisionner en pantalons et mobiliser lui-même des supports survient occasionnellement seulement. Pour ces raisons, il soumet que le travailleur n'a pas démontré être atteint d'une maladie professionnelle ». <sup>20</sup> Dans ces deux cas, le tribunal n'a pas retenu l'argumentation de l'employeur. Cependant, dans une autre affaire où la C.L.P. a décidé qu'une employée rémunérée à l'heure n'avait pas subi de lésion professionnelle, le fait de ne pas avoir eu de cadence imposée ou d'avoir bénéficié d'un temps de récupération suffisant a été considéré comme un facteur défavorable à la reconnaissance de la lésion. <sup>21</sup> Notre étude démontre qu'au contraire, des employé(e)s rémunérés à l'heure peuvent aussi ressentir une pression pour accroître leur production en raison de divers facteurs liés à l'organisation du travail.

Il est également important de mentionner que dans le cadre de litiges soumis à la C.L.P., la productivité d'employé(e)s rémunérés à la pièce est régulièrement utilisée pour caractériser la cadence de travail. Ainsi, les employeurs utilisent ces données pour démontrer que le travail n'est pas répétitif ou moins répétitif que pour d'autres ou que ce que l'employé(e) prétend. <sup>22</sup> Dans ces cas, le tribunal a parfois décidé en faveur de l'employé(e), et parfois en faveur de l'employeur.

Chez Confection Inc., en plus des exigences de production, il existe des exigences de qualité. En fait, la majorité des sections de l'entreprise sont supervisées à la fois par un(e) superviseur(e) de quantité et un(e) de qualité. Les exigences de qualité peuvent elles aussi

---

<sup>20</sup> *Henri Paul Daraïche et Corporation Laverdure (F), Jolicoeur ltée, Rosting Pant, et Vêtements Golden Brand Canada ltée*. C.L.P., n°126620731, 12 octobre 2006 (commissaire Vaillancourt), par.45 : révision pour cause demandée.

<sup>21</sup> *Sonia Pothier et Ballin Inc.* C.L.P., n°118606540, 20 juin 2001 (commissaire Gauthier)

<sup>22</sup> *Brigitte Drouin et Les Confections de Beauce Inc.* C.L.P., n°126206390, 28 février 2007 (commissaire Savard); Voir *Selvaranjini Kandasamy et Vêtements Peerless inc.* C.L.P., n° 122010937, 19 octobre 2004 (commissaire Kushner); *Teresa Visconti et Manufacture Lingerie Le Château*. C.L.P., n°115888760, 19 juin 2003 (commissaire Boucher); *Vêtements Peerless Inc. et Mesquita Benvinda Raposo*. C.L.P., n°119411940, 11 septembre 2002 (commissaire Nadeau); *Lynda Boissonneault et Confection St-Gérard Inc.* C.L.P., n°115601379, 2 février 2001 (commissaire Savard); *Esterina Delpercio et Signature Renaissance Montréal Inc.* C.L.P., n°115451551, 6 septembre 2000 (commissaire Desbois).

causer un stress, particulièrement parce qu'elles sont perçues par les travailleurs(euses) comme étant en opposition avec les exigences de production, une situation aussi décrite par Klein (1964). Chez Confection Inc., Marie-Ève explique :

Ça donne beaucoup de pression parce que, par exemple quand on travaille il faut toujours voir ce qu'on fait. Si on travaille on voit juste la quantité on ne voit pas la qualité, après...on va vous appeler au bureau.

Alors que les exigences de production et de qualité peuvent accroître le stress chez les travailleurs(euses), l'atteinte du quota peut entraîner un sentiment d'accomplissement personnel très valorisant. Roy a également évoqué les récompenses non économiques du travail à la pièce. Il écrit : « L'incertitude relative du résultat final, due aux possibilités toujours présentes de malchance, transformait la réalisation des quotas en une partie excitante à jouer contre l'horloge accrochée au mur, une partie dans laquelle la maîtrise, faite de connaissances, d'ingéniosité et de célérité, avivait l'intérêt et favorisait un sentiment grisant de performance » (traduction citée dans Roy 2006b, p.79). De manière similaire, chez Confection Inc., plusieurs personnes, tel que Karima, ont parlé avec fierté de leur productivité:

Mon superviseur m'a donné le surnom « cheval »...parce que je travaille comme ça, vite. Il dit que n'importe où Karima va, elle mange tout...Je vide tout. « Ok, cette section, j'ai trop de travail, ok si je mets Karima ici, Karima va tout vider. » Alors ils ont une travailleuse rapide.

Les quotas sont fixes, toutefois plusieurs facteurs viennent modifier les conditions de travail et influencer la capacité des travailleurs(euses) à atteindre leurs quotas. Nous discutons des contraintes à la production dans la section suivante.

#### 4.3.5 Contraintes à la production

« Le nombre de pièces reste le même dès le premier jour que vous vous démenez à le faire. L'été, vos doigts peuvent enfler avec la chaleur faisant en sorte que l'ajustement, la soudure et le poinçonnage ralentissent, mais ça ne changera pas le nombre de pièces. Si vous avez vos règles et que vous n'êtes pas capable de travailler vite, ou si vos enfants sont malades, alors c'est votre problème! Chaque femme doit faire cracher de sa machine le nombre de pièces requises, une après l'autre, chaque jour ».

(Herzog 1980, p.102, notre traduction)

Les travailleurs(euses) de Confection Inc., tout comme Herzog et ses collègues, doivent maintenir leur production dans le cadre de conditions de travail qui varient de jour en jour, d'heure en heure et parfois de minute en minute. Ces contraintes, individuelles, matérielles et organisationnelles, placent les travailleurs(euses) dans un état constant d'insécurité. Au niveau individuel, l'état physique ou psychologique a été évoqué comme facteur important :

Elle faisait son 100%, mais maintenant qu'elle est enceinte...c'est pourquoi elle est un peu lente, elle ne veut pas trop pousser. [Elle fait] entre 85, 90.

Interprète, parle de Judi

Au niveau matériel, les travailleurs(euses) ont mentionné divers facteurs qui peuvent influencer leur productivité et donc leur niveau de stress. Entre autres, ils ont noté que le fonctionnement de l'équipement pouvait avoir un impact important :

Si [il y a un besoin de] réparation le matin, le soir le réparateur vient. S'il est occupé, peut-être le jour suivant... Ce jour-là on ne peut pas faire la production.

Malti

La compagnie dit ajuster le salaire de l'employé(e) lorsqu'un tel événement se produit. Toutefois, certains travailleurs(euses) ont noté des problèmes relatifs aux ajustements de salaire, qui selon eux ne sont pas faits de façon systématique. De nouveaux équipements ou arrangements peuvent aussi influencer la production :

Un technicien qui travaille ici...Un jour, il est venu à ma place. Normalement [la machine de presse prend] quatorze secondes pour compléter. Après ils ont mis un programme, vingt secondes...J'ai demandé, « Ceci prend plus de temps. Je ne peux pas faire argent à la pièce à vingt secondes ». Ce gars a dit, « Oh, ferme-la, tu travailles ».

Ahmad

Les paquets de vêtements représentent aussi une importante contrainte matérielle. Selon les travailleurs(euses), il existe des bons et des mauvais paquets, les bons étant ceux qui peuvent être traités plus rapidement ou plus facilement. En général, un bon paquet est gros, contient des petites tailles, du matériel léger, des couleurs identiques, des modèles plus faciles et des couleurs particulières (ex. teintures moins incommodes, couleurs qui permettent de mieux voir les fils, etc.). Les mauvais paquets sont néfastes pour la production mais aussi pour la santé physique et psychologique :

Quand je fais vraiment des matériels lourds et dois mettre de la pression alors il y a un peu [de douleur]...parce que cette main, tu presses. J'utilise le fer et je dois mettre plus de vapeur, je dois mettre un peu plus de pression.

Delia

Les commandes représentent une autre source de variation. Marie-Ève explique comment elle a réagi face à une demande de son superviseur de changer de couleur pour accommoder les besoins de la production :

J'avais un gros lot de la même couleur, et puis il [le superviseur] voulait que je fasse les rush [commandes urgentes]. Il faut que je change de couleur pour faire les rush, moi. Je ne voulais pas vraiment changer de fil là pour faire le rush!...Surtout quand on commence à travailler on ne voit pas vraiment la quantité qu'on va faire...Et puis là j'ai crié, je disais « Non, je ne veux pas! »...Mais j'ai crié, j'ai pleuré là, j'étais vraiment fâchée...Quand ils demandent ça là c'est exigeant!

Les commandes causent aussi un manque de régularité dans la quantité de matériel disponible. L'entreprise a comme politique qu'avant qu'un(e) employé(e) ne soit payé à l'heure, il doit être sans travail pour une période minimale de 20 minutes, ce qui représente une éternité pour les travailleurs(euses) à la pièce. De plus, les travailleurs(euses) doivent demander pour être mis à l'heure. Certain(e)s ont parlé à cet égard de favoritisme ou d'insouciance de la part des superviseur(e)s, qui attendent inutilement avant de les mettre à l'heure.

Le manque de régularité dans la qualité et quantité du matériel provient aussi du comportement des travailleurs(euses) auxiliaires, qui déplacent les paquets de vêtements à confectionner d'une opération à l'autre et les distribuent aux travailleurs(euses). Plusieurs personnes ont mentionné du favoritisme de la part de ces travailleurs(euses), une situation aussi observée par Klein (1964). Chez Confection Inc., Ruth explique :

Des fois ça vient seulement large, large, large, après ça vient moyen, après ça vient le small, et tout le large s'en va seulement à une seule personne.

Selon les travailleurs(euses), les travailleurs(euses) auxiliaires donnent les bons paquets aux travailleurs(euses) plus rapides, aux personnes qu'ils préfèrent en raison d'amitiés, d'apparence physique ou d'appartenance ethnique, ou encore en échange de faveurs :

Quand il y a un travail dur, il doit être partagé pour les 3 ou 4 filles qui font la même chose. Mais il y a des fois...tu rentres le lendemain tu trouves que tout ce qui est difficile est à côté de toi. Ce qui n'est pas difficile est à côté des autres. [Lorsqu'on lui a demandé si il y a du favoritisme sur la base de l'ethnicité] : Ouais, ouais! Ça c'est beaucoup. Oui, il y en a beaucoup, mais moi je n'ai pas de chance, jamais! Il n'y a pas de [personnes de mon pays].

Léa

Il y a une madame...je lui donne...comme du bon matériel à elle...Parce que des fois comme par exemple...j'ai besoin d'argent comme 5\$, 2\$, je vais demander à elle, elle me donne comme ça...Alors moi j'ai une faveur pour elle. Ça c'est secret entre moi et elle.

Ghassan (travailleur auxiliaire)

Les travailleurs(euses) qui obtiennent des mauvais paquets de façon récurrente sont exposés de manière accrue à des risques physiques et psychologiques. Pour contrer le favoritisme dans la distribution des paquets, les travailleurs(euses) disent devoir surveiller constamment ce qui se passe autour d'eux, ce qui peut contribuer à leur état de stress. Ils se plaignent aussi régulièrement au/à la superviseur(e), mais celui-ci ne remédie pas toujours à la situation. L'entreprise a également comme politique de faire une rotation des travailleurs(euses) auxiliaires, mais celle-ci n'est pas systématique et pas nécessairement pratique car chaque travailleur(euse) auxiliaire connaît les capacités et préférences des travailleurs(euses) de sa section.

La disponibilité du matériel dépend aussi des travailleurs(euses) auxiliaires. Alex, un travailleur auxiliaire, explique qu'il est difficile pour lui d'aller à la toilette parce que les gens qui dépendent de lui vont manquer de travail :

Une fois ça m'est arrivé (rire). J'avais tellement besoin d'aller à la toilette. Il y avait un monsieur avec juste 5 paquets. C'est environ...25 pièces, 10 min pour les finir. Alors moi j'ai dit : « Je vais aller. ». Mais après ça je suis revenu, le monsieur a dit : « Ah! Où tu étais? Regarde! Je n'ai plus de coupe ». J'ai dit : « Monsieur, excuse-moi, je voulais aller aux toilettes. ».

Plusieurs personnes ont aussi mentionné que certains travailleurs(euses) auxiliaires, payés à l'heure, travaillent lentement, ce qui peut causer un stress à ceux qui dépendent de leur travail :

Avant il y a [une personne d'une certaine origine], un petit garçon, qui travaille ici...c'est lui qui donne l'ouvrage. Mais lui, il ne travaille pas! Au début ça va, ok, après il trouve que ce travail ce n'est pas intéressant, pas beaucoup d'argent, et c'est fatigant...Il est toujours à la toilette ou bien parti ailleurs, on ne sait pas où il est là, bon, dans ce cas-là on le chicanait un peu là...On avait rien à faire là.

Meili

Une situation similaire a été notée par Burawoy (1980), qui écrit « Pour les opérateurs rémunérés à la pièce, du temps perdu était de l'argent perdu; pour les travailleurs auxiliaires, du temps perdu était de l'effort économisée » (p.273, notre traduction).

Compte tenu de ces facteurs, il n'est pas surprenant que les travailleurs(euses) auxiliaires rapportent subir de la violence psychologique et physique de manière régulière :

Le monsieur il était vraiment fâché. Il m'a dit : « Si tu me donnes le paquet de 3, je vais sortir et je vais te frapper. ». J'ai dit : « Mais pourquoi tu vas faire ça, c'est mon travail de te donner le travail puis toi tu dois le passer. »...Je lui ai donné le travail. Après ça lui il est fâché. Quand je suis retourné...il m'a donné un coup ici dans le dos, un coup de poing (rire)...Et pour ça j'ai parlé à mon boss, il est venu ici, puis le monsieur a été suspendu.

Alex

En plus du manque de régularité dans la qualité et la quantité du matériel, les travailleurs(euses) font également face à des contraintes liées au changement de tâche. La

majorité des employé(e)s, les nouveaux particulièrement, se voient assigner plus d'une tâche de travail dans l'espoir de prévenir les problèmes de santé liés à la répétition des mêmes mouvements.<sup>23</sup> Il existe aussi pour certaines tâches des variantes qui ont des quotas différents. Les changements de tâche exigent un temps de réajustement, ce qui ralentit la production. De plus, certaines tâches ou variantes sont plus difficiles que d'autres, ce qui peut causer aux travailleurs(euses) énormément d'angoisse.

Toujours nous changer!...Il te dit « Ici, il y a beaucoup de travail, ici il n'y en a pas » et là moi je vais où il y a beaucoup de travail pour aider ou pas. Mais pour moi ce n'est pas bon...juste tu arrives à une place tu le fais d'une différente manière tu comprends?...J'étais très nerveuse...Je n'arrivais pas à faire 100%...parce qu'il y a certaines places c'est plus et certaines places c'est moins.

Lourdes (alors qu'elle travaillait à la pièce)

Les changements de taux de rémunération représentent un autre facteur de pression. Lorsque la majorité des travailleurs(euses) d'une tâche font une production élevée, les quotas pour cette tâche sont augmentés. Plusieurs auteurs ont décrit des formes de contrôle collectif de la production qui ont comme objectif de régulariser les taux (Edwards et Scullion 1982; Levine 1992; Roy 1952). Cela fait en sorte que certaines personnes se sentent angoissées par la production des autres, ou par le regard jeté par les autres sur leur production. Lourdes, par exemple, explique :

Elle me regardait toujours : « Aie! Toi pourquoi tu en fais beaucoup? Après...ils nous en mettent beaucoup »...J'ai toujours travaillé, qu'est-ce que je vais attendre ici lentement, elle s'est chicanée avec moi parce que moi j'en fais beaucoup...Et un jour je me suis fâchée, à mon boss...j'ai dit « Excuse pourquoi elle, elle vient me regarder ici moi »...J'ai dit toujours elle me fait de la chicane, combien je fais.

L'augmentation des taux peut aussi avoir un effet sur la santé physique des travailleurs(euses) en incitant à l'augmentation de la vitesse de travail. Quelques décisions de la C.L.P. font état de cette situation, alors que des travailleurs(euses) rapportent une détérioration de leur état à

<sup>23</sup> Cette pratique ne garantit pas une réduction de troubles musculo-squelettiques, surtout quand les différentes tâches sollicitent les mêmes parties du corps, comme c'est souvent le cas (Frazer, M.B., Norman, R.W., Wells, R.P. and Neumann, P.W. 2003. 'The effects of job rotation on the risk of reporting low back pain'. *Ergonomics* 46: 904-19.

la suite d'une demande d'augmentation de la productivité.<sup>24</sup> Dans plusieurs cas, le tribunal fait également un lien entre une demande d'augmentation de la productivité et une lésion professionnelle.<sup>25</sup>

Au moment des entrevues, Confection Inc. donnait des bonis aux employé(e)s lorsqu'elle montait les quotas de production, mais ces bonis n'étaient pas octroyés aux employé(e)s nouvellement affectés à cette tâche. Ainsi, pour la même tâche, il peut exister des différences quant au nombre de pièces requises pour obtenir le même salaire, ce qui crée chez certains du ressentiment envers leurs collègues :

Eux autres, ils ont demandé d'avoir un bonus t'sais parce que en premier les taux ce n'était pas correct supposément, mais ils ne les ont pas donnés à tout le monde!...Et puis on fait tous le même emploi...On coupe des [vêtements], il faut en couper 13 à l'heure pour faire 100%, mais eux autres il faut peut-être qu'ils en coupent 9 à l'heure pour faire 100%...Fait que t'sais, moi je trouve que c'est psychologique, moi je trouve qu'ils jouent avec notre tête!

Carl

L'entreprise a depuis changé cette pratique et procure maintenant un bonus compensatoire, payable en une fois, aux anciens employé(e)s des opérations sujettes à de tels changements. Les augmentations de quotas représentent toutefois une perte de salaire à long terme pour l'ensemble des employé(e)s.

Finalement, les aléas du travail parcellisé et à la chaîne donnent aussi lieu à des situations contraignantes, alors que des erreurs commises en amont de la chaîne affectent la capacité de production des travailleurs(euses) :

---

<sup>24</sup> Voir *Vêtements Peerless Inc. et Mesquita Benvinda Raposo*. C.L.P., n°119411940, 11 septembre 2002 (commissaire Nadeau); *Pea Pervin Khondaker et Manufacture Lingerie Le Château Inc.* C.L.P., n°117022186, 9 août 2001 (commissaire Bélanger); *Lura Alcantara et Vêtements Peerless Inc.* C.L.P., n°114233539, 13 septembre 2000 (commissaire Robichaud).

<sup>25</sup> *Kim Ngu Lieu et Vêtements Peerless Inc.* C.L.P., n°116298886, 18 octobre 2001 (commissaire Côté); *Pea Pervin Khondaker et Manufacture Lingerie Le Château Inc.* C.L.P., n°117022186, 9 août 2001 (commissaire Bélanger); *Vêtements Peerless Inc. et Lilian Castaneda*. C.L.P., n°115887275, 22 mars 2001 (commissaire Lamarre); *Marie Indombe Ifoku et Manufacturier de Bas Iris Inc.* C.L.P., n°117019158-1, 5 décembre 2000 (commissaire Vaillancourt).

Je dois vérifier trois pièces de matériel pour le même numéro. Parfois dans la section avant, des gens ont mélangé le matériel...J'ai besoin de 23-23-23. Parfois, ils ont fait 23-25 ou 28-29. Alors à ce moment on doit détacher le paquet et le retourner. À ce moment on perd du temps.

Malti

En somme, les contraintes individuelles, matérielles et organisationnelles sont sources d'angoisse pour les travailleurs(euses) et les placent dans un état permanent d'insécurité. Ainsi, les travailleurs(euses) utilisent diverses stratégies dans le but de contrôler leurs conditions de travail, stratégies que nous décrivons dans la section qui suit.

#### 4.3.6 Stratégies de production

On dirait qu'on a tellement peur de ne pas faire notre production que là on essaie toujours de tricher un peu.

Isabelle

Les travailleurs(euses) de Confection Inc. emploient différentes stratégies afin de maintenir leur production. L'utilisation de stratégies s'explique par la précarité socioéconomique des travailleurs(euses), ainsi que par les exigences élevées et les contraintes multiples du travail. Elles ne sont pas particulières à Confection Inc., comme le démontrent certaines décisions de la C.L.P. impliquant diverses entreprises.<sup>26</sup>

Une des stratégies utilisées par les travailleurs(euses) de Confection Inc. est bien sûr d'augmenter le rythme de leur travail, et comme nous l'avons vu, de surveiller les autres et de se plaindre au/à la superviseur(e). Mais il existe une panoplie d'autres stratégies. Par exemple, les travailleurs(euses) choisissent parfois de s'approprier des paquets au lieu d'attendre qu'ils soient distribués par les travailleurs(euses) auxiliaires, une stratégie qui est

---

<sup>26</sup> Voir *Sylvie Lachance et Les Confections des Beauces inc.* C.L.P., n°124805953, 16 juillet 2004 (commissaire Savard); *Tricots Main Inc. et Maria Andrade.* C.L.P., n°121676035, 28 novembre 2003 (commissaire Ducharme); *Teresa Visconti et Manufacture Lingerie Le Château.* C.L.P., n°115888760, 19 juin 2003 (commissaire Boucher); *Tricots Main Inc. et Shella Clitis.* C.L.P., n°119215572, 14 janvier 2002 (commissaire Lemire); *Boualom Boungnavong et Vêtements Peerless Inc.* C.L.P., n°115893182, 6 juillet 2001 (commissaire Lemire); *Christine Takacs et Confection Troy Ltée.* C.L.P., n°118255199, 29 mai 2001 (commissaire Brazeau).

motivée par le manque de régularité dans la quantité et la qualité des paquets. Cette pratique, qui est interdite, est à la base de nombreux conflits interpersonnels entre les travailleurs(euses) qui effectuent la même tâche :

Parfois il n'y a pas de travail alors s'ils ne vous donnent pas par heure...votre presse va ralentir...Alors parfois...je vais aller chercher la pièce vous savez. On dit le paquet...Je prends le paquet à moi parce qu'il n'y a pas de travail...Quand j'en ai pris un le gars [un collègue] ne m'a pas laissé le prendre. Il s'est battu avec moi vous savez.

Peter

Les travailleurs(euses) se disputent non seulement le matériel mais également les équipements les plus performants. Ces conflits, suscités par le manque de ressources matérielles, ont été notés ailleurs (Haraszti 1977; Herzog 1980). Chez Confection Inc., il n'est donc pas surprenant que plusieurs personnes, dont Léa, aient décrit avec chagrin l'atmosphère individualiste et compétitive qui règne sur le plancher :

Chacun travaille pour lui...Chacun il veut gagner tout seul...Quand je suis rentrée comme ça, je rigolais avec une fille il [le superviseur] m'a dit : « Attends moi je vais te donner un conseil, il n'y a pas d'amis ici »...Vraiment il a raison...Il n'y a pas de relations!...Tu sais chaque personne voit le petit écran là [qui mesure la production], trrrrrrr...pour 1200, 1400 [pièces] et même pas des relations. Tu ne sais même pas qu'est-ce qu'elle a ton amie, si elle pleure!

En plus de s'approprier des paquets, plusieurs personnes ont mentionné travailler durant une ou les deux pauses, durant l'heure du dîner, ou un peu avant ou après le travail :

Moi aussi je l'ai fait [pas prendre de pauses]...Par exemple ça dépend du matériel...comme le « corduroi » [velours côtelé] par exemple, alors ça prend du temps et ça oui...quelques fois je l'ai fait mais pas toujours.

Ruth

Le fait de travailler à l'extérieur des heures de travail affecte la durée totale des expositions et des périodes de repos. Cette stratégie peut également avoir des effets sur les conditions de travail des collègues, en contribuant à l'augmentation des taux, aux inégalités dans la disponibilité du matériel (le bon matériel étant accaparé par les travailleurs(euses) qui travaillent à l'extérieur des heures de travail), au refus de certains superviseur(e)s de mettre les travailleurs(euses) à l'heure lorsqu'il manque de travail, et à l'accumulation du travail en l'absence des travailleurs(euses) auxiliaires :

Il y a 2 messieurs là-bas, il y a un [travailleur d'une certaine nationalité] puis il y a un [travailleur d'une certaine couleur de peau]. Ah ! Eux autres, ils ne prennent pas de break ! Des fois quand après le break, moi j'y vais : « Oh, C'est tout bloqué ici ! Ah ! » Moi j'ai dit à mon superviseur « Eux autres, ils travaillent dans le break ! » Il a dit « Ok, ok, je vais l'arranger ». Il a oublié.

Ghassan (travailleur auxiliaire)

Afin de contrer ces pratiques, les superviseur(e)s et travailleurs(euses) prennent leurs pauses à des moments différents. Toutefois, tel qu'illustré par la citation de Ghassan, certains superviseur(e)s choisissent d'ignorer ces infractions, particulièrement lorsque la demande de production est élevée. Cette attitude des superviseurs a aussi été notée dans l'étude de Haraszti (1977).

Les travailleurs(euses) ont également mentionné des stratégies visant à ne pas perdre de temps durant le travail. Carl explique que ces stratégies sont nécessaires parce que « Le but de ça à la pièce, c'est que la machine ne soit jamais arrêtée ». Par exemple, plusieurs personnes ont mentionné ne pas aller à la toilette durant le travail, et ont parlé de minutes ou de secondes perdues lorsqu'elles y vont :

On ne travaille pas à la pièce ou à l'heure, on travaille à la seconde!... Comme elle doit faire 1,300 [pièces] par 8 heures, même le break, elle va calculer sur le break! Avant [le break de] 9h05, elle doit faire rentrer...la quantité du break!...Tu fais 5 minutes de toilette, c'est vous qui le perdez. C'est comme 20 vestes que tu dois faire rentrer, tu dois le faire vite, vite dans le break ou quelque chose.

Léa

Pour ne pas aller à la toilette, certaines personnes disent ne pas boire d'eau, et ce malgré le niveau élevé de chaleur dans plusieurs sections de l'entreprise. Comme l'a noté Karima, cette pratique peut avoir des conséquences désastreuses sur la santé:

Une des femmes, une amie m'a dit, elle a été jusqu'à l'hôpital. Vous savez pourquoi? Elle ne va pas à la toilette. Elle ne boit pas l'eau pendant 8 heures. Je ne sais pas si c'est la raison ou quoi mais l'urine est bloquée. Mon amie lui a demandé « Pourquoi tu ne bois pas l'eau? ». Elle a dit « Oh si je bois l'eau je dois aller à la toilette. Alors les temps que je vais à la toilette je perds ma production. »

Également, pour ne pas perdre de temps ou faire perdre de temps à leurs collègues, les travailleurs(euses) vont souvent attendre les pauses ou le dîner pour faire part de problèmes

liés au travail à leur superviseur(e) ou demander de l'aide à leurs collègues. Cela crée un délai dans la résolution des problèmes :

Durant le travail tout le monde se presse, personne ne peut laisser sa position...Juste durant l'heure du dîner, quand ils...communiquent et disent quelque chose...Mais vous savez que l'évènement est déjà passé...Vous ne pouvez pas résoudre le problème tout de suite.

Ben

Une autre stratégie utilisée par les travailleurs(euses) est d'abandonner les mesures de sécurité qui ralentissent la production :

Quand on met le garde [pour les aiguilles], c'est difficile de faire la pièce. Alors quand on travaille vite...c'est pour ça qu'on met notre doigt à l'intérieur de la machine...Le superviseur très peur « Oh, qu'est-ce que je peux faire! ». Ils ne peuvent pas sortir mon doigt de la machine. Alors ils appellent le mécanicien.

Malti

En plus d'ignorer certaines mesures de sécurité, les travailleurs(euses) développent des méthodes de travail qui leur permettent d'augmenter leur productivité. Toutefois, souvent, la méthode utilisée n'est pas la méthode préconisée, ce qui peut engendrer des réprimandes :

Peut-être que vous connaissez les ordinateurs...Quand les autres composantes sont en marche...le processeur n'arrête jamais. Comme moi je n'arrête jamais. Alors quand la machine travaille de ce côté je peux travailler de l'autre côté...Et...la semaine dernière, la compagnie a dit que je travaille trop vite, parce que je ne suis pas les instructions. Il a dit « Vous devez attendre la machine, bien lever et après fermer ».

Ben

Certaines méthodes de travail utilisées par les travailleurs(euses) dans le but d'augmenter leur productivité peuvent avoir un impact plus direct sur leur santé. Ainsi, plusieurs personnes ont mentionné choisir de travailler debout alors qu'ils ont parfois la possibilité de s'asseoir :

Certaines sections...ont la chaise...À ce moment ils vont vite, alors ils se disent « Si je m'assois peut-être que la production va ralentir ».

Sid

Pour aller encore plus vite, les travailleurs(euses) planifient autant que possible leur journée de travail. Carl compare son travail comme coupeur à un jeu d'échecs, dont le but est de s'approprier les petits lots :

On bouge les machines vis-à-vis les tables qui ont les lots. L'autre [travailleur], les bons paquets, lui il va les voir...Parce que pendant qu'elle [la machine] coupe, on les voit, les tables sont toutes là...Des fois là il va y avoir un petit lot qui va être sur la table qui est là, et puis lui...il va s'en aller ici [où est le petit lot], parce qu'en arrière il y a des gros lots, fait que lui il ne s'en irait pas là-bas pour me laisser le petit lot, il va me bloquer pour que moi je ne puisse pas passer par-dessus sa machine. Fait que lui s'il y a deux petits lots là, c'est sûr qu'il n'ira pas faire ce petit lot là [le plus loin] en premier, il va aller sur le petit lot là [le plus proche]. Il va se mettre ici, il va faire ce petit lot-là, il est gourmand puis il va aller faire l'autre après!

L'exemple de Carl sert également à illustrer l'esprit individualiste et compétitif qui règne sur le plancher et que nous avons déjà décrit. Toutefois, certaines personnes ont aussi mentionné collaborer avec leurs collègues afin d'augmenter leur production. Par exemple, les travailleurs(euses) rémunérés à la pièce refilent parfois les mauvais paquets à des collègues qui sont à l'heure :

Comme je te dis avec [une personne d'un certain pays], on se respecte...Moi si une journée il n'y a pas de travail, puis il y a off [c'est-à-dire que Carl est à l'heure, tandis que l'autre personne est toujours à la pièce], moi ce que je vais faire c'est tout ce qu'il y a de gros lots là...moi je vais les faire, puis je vais lui laisser tous les petits pour que lui fasse de l'argent...Puis lui il est pareil, il va faire la même chose pour moi.

Carl

Chez Confection Inc. les travailleurs(euses) ont aussi mentionné que parfois les personnes à l'heure font comptabiliser des paquets qu'ils ont complétés à leurs collègues à la pièce, une situation aussi vécue et décrite par Herzog (1980). Les personnes qui travaillent à la pièce s'échangent également des paquets selon la couleur afin d'éviter de changer le fil :

J'ai deux filles qui m'aident...Comme si il y a un paquet...il y a 2 qui sont beiges et 3 qui sont bleus, on change les fils? Non!...Je peux faire les 2 beiges, au lieu qu'elle les fait.

Léa

Les travailleurs(euses) s'aident également avec les machines, comme l'explique Lourdes, qui travaille à l'heure :

Si il y a un problème elles me demandent à moi tout le temps, même si c'est un problème de la machine...La fille elle me dit : « Toi pourquoi tu ne fais pas la mécanique? ». Parce que des fois je répare la machine et elles sont contentes parce qu'elles font de la production en plus.

Ces collaborations peuvent avoir un impact positif sur la santé psychologique des travailleurs(euses), en fournissant un soutien social protecteur et en facilitant le maintien de la production en dépit des contraintes du travail. Cependant, comme nous l'avons vu, la plupart des stratégies de production employées par les travailleurs(euses) peuvent aussi avoir un impact négatif sur leur santé. Ce choix entre la production et la santé n'en est pas réellement un lorsque l'on considère la précarité des travailleurs(euses) et les exigences et contraintes du travail. En effet, il est faux de dire que les travailleurs(euses) ne se préoccupent pas de leur santé. Nous discutons des stratégies favorisant la santé dans la section suivante.

#### **4.3.7 Stratégies pour protéger sa santé**

Les travailleurs(euses) de Confection Inc. utilisent diverses stratégies individuelles de protection de la santé, tels que l'utilisation d'équipements (ex. gants, coussins) ou l'adoption de comportements (ex. étirements, méthodes de travail). Certaines de ces stratégies représentent un choix favorisant directement la santé aux dépens de la production. Ainsi, plusieurs personnes ont parlé du besoin d'être en santé pour leur bien-être personnel et pour celui de leur famille, comme Shakeel qui dit :

Je ne veux pas mourir parce que derrière j'ai femme, j'ai bébé. Je dois penser à l'avenir de mon bébé, pour elle je dois vivre...

Cette considération pour la santé fait en sorte que certaines personnes préfèrent travailler à l'heure plutôt qu'à la pièce, même si cela fait en sorte qu'elles demeurent à salaire fixe. Selon Lourdes, qui a travaillé à la pièce et qui travaille maintenant à l'heure en raison d'une maladie (travail léger) :

Quand une personne travaille à la pièce c'est pour se faire mourir, une personne travaille à l'heure et on y arrive.

De plus, certaines personnes préfèrent avoir plus d'une tâche de travail :

Différentes tâches sont bonnes pour la santé...Je pense que c'est bon. Parce que certaines personnes ne peuvent pas continuer de s'asseoir. Certaines personnes ne peuvent pas continuer de rester debout...Alors pourquoi pas...deux heures travail travail assis, et revenir et travail debout.

Karima

Certaines personnes, comme Malti, ont aussi mentionné l'importance pour leur santé de prendre leurs pauses et d'aller à la toilette pendant les heures de travail :

Quand [vient] jeudi, vendredi, je ne peux pas continuellement asseoir et coudre. Parce que je sens de la douleur, douleur au dos. Alors je me lève et vais à la toilette, et bois de l'eau. Juste une petite marche.

Une autre stratégie est de contrôler sa production :

Peut-être que si je voulais faire du 140%, là je serais stressée. Parce que ça doit être un gros stress si tu veux faire du 140...Si je fais 140% il y aurait un gros impact [sur la santé]...C'est un compromis à faire.

Chloé

Parfois, la décision de contrôler sa production est prise à la suite d'un problème de santé, comme l'illustre cette citation de Peter :

Trop vite, mon épaule est douleur. Je crois que ce n'est pas bon. Maintenant je ralentis. Même si tu me paies plus d'argent je ne travaillerai pas aussi vite qu'avant.

D'autres, comme Ruth, ont mentionné travailler de manière intensive afin d'atteindre leur objectif pour ensuite pouvoir prendre des petites pauses :

Quand j'arrive à faire qu'est-ce que je veux faire...moi j'arrête pratiquement...Alors je prends un petit break je m'en vais aux toilettes...Je me donne mon temps pour arranger mon matériel... Je vais être plus à l'aise, je vais relaxer un peu.

Le besoin de contact humain au travail, en dépit des obstacles liés aux exigences de production, à la désapprobation des superviseur(e)s et au bruit associé aux machines, fait aussi en sorte que certain(e)s choisissent de parler avec leur collègues même si cela représente un compromis par rapport à leur productivité. Marie-Ève, par exemple, explique :

Je ne mets pas vraiment entièrement. Je donne 90 % mais l'autre 10 % je le laisse pour moi (rire). Parce qu'il faut que je me lève la tête quand quelqu'un passe. Si la personne veut me dire bonjour, il faut que je réponde. Si la personne me sourit, je souris aussi. Alors c'est, vraiment je ne peux pas donner 100 % sur l'opération. Et ça aide aussi à la santé, parce que parfois on a besoin de se lever la tête pour bouger un peu là.

#### 4.3.8 Gestion des problèmes de santé

Certains facteurs organisationnels viennent influencer la façon dont les travailleurs(euses) vivent leurs problèmes de santé. Premièrement, les travailleurs(euses) relèvent certaines contradictions dans les attitudes des gestionnaires qui privilégient tantôt la production, tantôt la sécurité. Carl explique :

Ils disent : « Bien là, ralentis là ! T'sais tu n'es pas obligé d'aller aussi vite que ça. » Mais ils nous paient à la pièce pour qu'on aille plus vite ! Mais quand il arrive quelque chose : « Ralentis ! T'sais arrête ta machine !...Non, non, là, là, tu roules trop vite ! »

Les entreprises ont intérêt effectivement à ne pas enregistrer d'accidents ou de maladies, parce que ceux-ci font hausser leur niveau de cotisation à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Mais, face à la compétition internationale, les entreprises veulent surtout hausser la productivité. Certaines adoptent la stratégie de limiter les réclamations, par exemple en les contestant systématiquement (Lippel et coll. 2005). Plusieurs autres facteurs incitent les travailleurs(euses) qui vivent un problème de santé qui pourrait être lié au travail à ne pas présenter de réclamation : manque d'information ; difficultés de communication ; peur des répercussions (sanctions, congédiement) ; expériences négatives de collègues ; manque de marge de manœuvre financière permettant d'attendre l'indemnisation ; incertitude quant à l'origine du problème de santé, particulièrement en ce qui a trait aux troubles musculo-squelettiques (Lippel et coll. 1999), etc. En effet, nos entrevues indiquent que la sous-déclaration d'accidents, et de maladies particulièrement, est répandue. Sur 27 personnes pour lesquelles nous avons l'information, 23 ont décrit des problèmes de santé, diagnostiqués ou non, qu'elles associent à leur travail (voir tableau 4.1). La plupart de ces problèmes n'a pas été rapportée à l'employeur.

Il n'y a pas d'assurance salaire chez Confection Inc. Les personnes qui ne font pas de réclamation à la CSST et qui sont incapables de travailler se retrouvent en congé de maladie, rémunérées selon le régime de l'assurance-emploi si le problème cause une absence de plus de deux semaines, ce qui entraîne une perte d'argent et de droits dans l'éventualité de complications. Ceux qui en sont capables continuent parfois de travailler lorsqu'ils sont malades :

Ma compagne par exemple a le même problème [accident de travail] mais elle ne dit pas rien du tout, rien du tout. Elle se met un bandage par exemple...La position à elle : le mari est étudiant, elle doit travailler, alors elle ne dit pas rien du tout...Elle n'aimerait pas perdre son travail parce qu'elle a encore, sa cause c'est entre l'immigration, et jamais elle ne va manquer au travail.

Ruth

Les personnes à qui on a assigné des travaux légers selon un avis médical sont parfois transférées dans une section dédiée aux travaux légers, mais on leur assigne parfois la même tâche de travail rémunérée à l'heure. Cela est le cas pour les femmes enceintes, la C.A.L.P.<sup>27</sup> s'étant prononcée dès 1992 sur la pertinence de ce type d'affectation dans l'affaire Canadelle et Durette<sup>28</sup>. Dans cette affaire, la travailleuse, une opératrice de machine à coudre rémunérée à la pièce, fut réaffectée par son employeur à la suite de l'exercice de son droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte. L'affectation consistait en une autorisation à prendre des pauses de 10 minutes après chaque heure de travail et à se lever pour aller à la salle de toilettes ou aller boire de l'eau aussi souvent que désiré. Le tribunal dans cette affaire décida que l'affectation éliminait les dangers énoncés dans le certificat médical. Cette décision impliquait que la travailleuse demeurait au travail tout au long de sa grossesse tout en étant rémunérée à l'heure. Cette pratique d'attribution d'un travail rémunéré à l'heure a cours chez Confection Inc., et on y constate que, bien que ces personnes soient rémunérées à l'heure, la nature du travail à la chaîne fait en sorte qu'il existe tout de même une pression. L'entreprise s'attend également à une certaine productivité, particulièrement lorsqu'il y a une surcharge de travail en raison des commandes. Même si certains préfèrent travailler à l'heure à la même tâche de travail, soit pour ne pas perdre leur rythme ou par sentiment de responsabilité,

---

<sup>27</sup> Commission d'appel en matière de lésions professionnelles, tribunal qui a été remplacé par la C.L.P. en 1998.

<sup>28</sup> C.A.L.P., n°0431430, 19 juin 1992 (commissaire Roy)

plusieurs personnes déplorent ce système parce qu'il n'élimine pas nécessairement la pression ou la charge physique du travail :

Même à l'heure là...on avait encore le même travail à faire, des fois mon superviseur avait beaucoup, beaucoup de travail. Mais là juste prendre les paquets comme ça puis les changer de place, le mal revenait.

Isabelle

Les travailleurs(euses) qui s'absentent du travail pour une période prolongée, que ce soit pour un problème de santé lié au travail ou pour un accouchement, ont parlé des difficultés qu'ils éprouvent à leur retour au travail. Les difficultés sont encore plus importantes lorsqu'il y a eu une augmentation des quotas de production entre temps. L'entreprise accorde une certaine période de réadaptation à l'abri des avertissements ou du congédiement, et octroie de façon informelle une semaine rémunérée à l'heure. Cependant, les travailleurs(euses) subissent tout de même une baisse de salaire :

J'ai entre parenthèses bûché pour avoir mon salaire, parce que...quand je suis revenue j'ai recommencé au pied de l'échelle...Il a fallu que je bûche beaucoup pour avoir le salaire que j'ai maintenant.

Isabelle

Notre lecture des décisions de la C.L.P. démontre en effet que les employeurs exigent souvent que les travailleurs(euses) réintègrent leur poste à la pièce le plus rapidement possible. Par exemple, dans l'affaire *Teresa Visconti et Manufacture Lingerie Le Château Inc.*, le tribunal rapporte en ces termes ce qu'il retient du témoignage du directeur des ressources humaines : « lorsqu'un travailleur ne peut temporairement occuper son poste payé à la pièce à cause d'un problème de santé ou d'une lésion professionnelle, il est transféré à un poste payé à l'heure. C'est ce dont a bénéficié la travailleuse après avoir transmis sa réclamation à la CSST...Cependant, après que cet organisme ait refusé la réclamation, il a dû exiger que la travailleuse réintègre son poste...Parce qu'elle ne pouvait le faire, il l'a placée (sic) en congé-maladie »<sup>29</sup>. Pareillement, dans l'affaire *Maunise Alain et Manufacturier de Bas Iris Inc.*, il est mentionné : « Après deux mois et demi de travaux légers elle [la travailleuse] a repris le travail régulier au début avec rémunération à l'heure, mais rapidement

<sup>29</sup> *Teresa Visconti et Manufacture Lingerie Le Château*. C.L.P., n°115888760, 19 juin 2003 (commissaire Boucher)

elle a dû passer à la rémunération à la pièce car l'employeur ne tolère pas qu'une travailleuse ne puisse pas recommencer le travail avec rémunération à la pièce. »<sup>30</sup>

Les décisions démontrent également que le service de réadaptation de la CSST ne tient pas toujours compte de la réalité du travail à la pièce et à la chaîne. Dans un cas<sup>31</sup>, la travailleuse, qui a réintégré son emploi à la suite d'une lésion professionnelle, a soutenu que son emploi n'était pas convenable notamment parce qu'elle était incapable d'accéder au boni de production en suivant une des recommandations de la CSST, c'est-à-dire en prenant une pièce de vêtement à la fois : « en prenant moins de pièces à la fois...cela l'obligeait à faire plus de manipulations. Elle perdait du temps et cela nuisait à sa rapidité d'exécution. La travailleuse explique qu'il s'agit d'un travail à la chaîne...la fille au carton a fait pression sur elle pour l'inciter à aller plus vite, ce qui la rendait mal à l'aise ». Dans ce cas, le tribunal a décidé que le poste était convenable, mais que la travailleuse avait droit à l'indemnité de remplacement du revenu réduite qui vise à assurer le maintien de son revenu malgré sa perte de productivité imputable à la lésion professionnelle.

#### 4.3.9 Impact des problèmes de santé liés au travail

Plusieurs travailleurs(euses) de Confection Inc. ont mentionné qu'ils avaient ralenti leur production, délibérément ou non, à la suite d'un problème de santé lié au travail. L'examen des décisions de la C.L.P. indique également que dans de nombreux cas, les travailleurs(euses) lient leurs douleurs causées par le travail à une baisse de productivité.<sup>32</sup> Toutefois, un problème de santé n'implique pas toujours une baisse de productivité, car les travailleurs(euses), comme nous l'avons vu, travaillent malades ou utilisent diverses stratégies afin de maintenir leur production. Il arrive cependant que cela leur nuise. Nous

<sup>30</sup> *Maunise Elaine et Manufacturier de Bas Iris Inc.*, C.L.P. n°118975747, 5 février 2003 (commissaire Sauvé)

<sup>31</sup> *Brigitte Poulin et REMDEL Inc.* C.L.P., n°117731604, 18 juillet 2003 (commissaire Cusson)

<sup>32</sup> Voir *Selvaranjini Kandasamy et Vêtements Peerless inc.* C.L.P., n° 122010937, 19 octobre 2004 (commissaire Kushner) ; *Vêtements Peerless Inc. et Lilian Castaneda.* C.L.P., n°115887275, 12 février 2004 (commissaire Suicco); *Claudia Elvira Cano Perez et Christina Amérique Inc. et Christina Amérique Inc. et Claudia Elvira Cano Perez.* C.L.P., n°115900847, 27 novembre 2000 (commissaire Suicco).

avons identifié quelques décisions de la C.L.P., portant en particulier sur des problèmes de dos, dans lesquelles le tribunal a refusé la réclamation pour indemnisation en partie à cause de l'absence d'une réduction significative de la productivité.<sup>33</sup>

Une baisse de productivité implique une réduction de salaire et, de ce fait, certaines personnes ont mentionné se trouver un emploi supplémentaire afin de compenser ce manque à gagner. Par exemple, Shezam, qui a subi une entorse au dos qui l'empêche de tirer de son travail le même salaire qu'avant, s'est trouvé un emploi supplémentaire comme cuisinier afin de compenser sa baisse de salaire :

Le travail de restaurant...temps partiel, trois heures, 4 heures...J'ai besoin d'argent, mon salaire baisse...à cause de la production, alors je dois équilibrer.

Il en résulte une situation paradoxale où un travailleur(euse) est obligé de prendre un emploi supplémentaire en raison d'un problème de santé potentiellement chronique, ce qui ne favorise pas l'amélioration de son état. De plus, lorsqu'un travailleur(euse) travaille pour différents employeurs, il n'est pas rémunéré pour le temps supplémentaire, alors que le temps supplémentaire serait rémunéré à un taux plus élevé si il travaillait pour le même employeur pour toutes les heures travaillées. Il est à noter qu'un problème de santé peut également affecter la capacité d'un travailleur(euse) de maintenir un emploi supplémentaire.

Les problèmes de santé résultant du travail peuvent aussi influencer la mobilité professionnelle des travailleurs(euses), une situation également décrite par Patry et collègues (2005). Ainsi, plusieurs travailleurs(euses) ont déclaré qu'il est plus difficile pour eux d'obtenir un emploi ailleurs en raison de leurs problèmes de santé :

Si je vais à l'extérieur pour trouver un travail, c'est plus difficile pour moi parce que je suis malade. J'ai un problème mais je sais que le problème est ici alors c'est pourquoi je travaille ici.

Ann (médecin de formation)

---

<sup>33</sup> *Christine Takacs et Confection Troy Ltée.* C.L.P., n°118255199, 29 mai 2001 (commissaire Brazeau) ; *Lura Alcantara et Vêtements Peerless Inc.* C.L.P., n°114233539, 13 septembre 2000 (commissaire Robichaud).

D'autres ont décrit une certaine difficulté à suivre des cours à cause de leurs problèmes de santé. Ils peuvent donc se retrouver dans une situation où la maladie acquise au travail les empêche de quitter leur emploi dangereux.

Les problèmes de santé vécus par les travailleurs(euses) ont souvent aussi un impact sur leur entourage. Cela est particulièrement vrai pour les femmes, qui sont principalement responsables des tâches familiales :

Moi, travail à la pièce, trop, trop. Après moi comme 100%, 120, après problème, après moi pas m'occuper des enfants...Trop de travail, vient ici, après le matin 5h se lever, 2 enfants...après pas bon.

Farida

Ainsi, il n'est pas surprenant que les travailleurs(euses) s'inquiètent de l'impact du travail à la pièce sur leur santé à long terme :

Pour le long terme, nous sommes debout toute la journée, 8 heures, et parfois travaillons tout le temps, comme 9 heures par jour à long terme...Est-ce qu'il y a des problèmes pour le futur? Et nos doigts, utiliser nos muscles. Mêmes mouvements, répéter, comme 2000 fois par jour. Est-ce qu'il y a des problèmes quand tu vieillis et vieillis, notre bras peut avoir des problèmes.

Ben

Les travailleurs(euses) ne sont pas seulement préoccupés par l'impact de leur travail sur leur santé mais aussi par l'incertitude quant à leur capacité de continuer à faire leur production et donc de maintenir leur emploi après un certain âge. Cette préoccupation, qui a aussi été décrite par Klein (1964), est exprimée par Shezam :

Je ne crois pas à ma force physique, parce que le physique ne peut pas me supporter tout le temps. C'est pourquoi je compte chercher un travail...peut-être un travail de bureau...Automatiquement quand votre âge augmente vous ne pouvez pas travailler plus, mais la compagnie ne vous garde jamais parce que la personne ralentit...Ils peuvent vous torturer, ils peuvent vous jeter dehors.

## 4.4 Discussion

### 4.4.1 Travail à la pièce et santé et sécurité

Nos résultats démontrent que la rémunération à la pièce peut affecter la santé des travailleurs(euses) de multiples façons, et que les travailleurs(euses) déploient des efforts quotidiens pour développer des stratégies afin de maintenir un équilibre entre les exigences et contraintes du travail, leur santé physique et psychologique et leur vie de famille. Les exigences de production, qui entrent en contradiction avec les exigences de qualité, peuvent exercer de la pression sur les travailleurs(euses) et leur occasionner un stress physique important en raison de la rapidité et de la répétition des mouvements associés aux tâches et au calcul de la production. Cela est particulièrement préoccupant lorsque l'on considère le contexte actuel d'intensification du travail qui provient, d'une part, de l'accroissement des exigences de production face à la compétition internationale et, d'autre part, des reculs de la dernière convention collective qui incitent les travailleurs(euses) à augmenter leur productivité afin de compenser leur perte financière. Une productivité accrue a été associée à une augmentation de la prévalence des symptômes musculo-squelettiques chez des opératrices de machines à coudre rémunérées à la pièce (Schibye et coll. 1995).

Les contraintes du travail peuvent créer de leur côté du stress, de l'insécurité et des conflits interpersonnels, et peuvent entraîner une augmentation de la charge de travail. En fait, de fortes pressions et un faible contrôle au travail ont été associés à des problèmes de santé physiques et psychologiques dans divers milieux (Escriba-Aguir et coll. 2006; Theorell et Karasek 1996). Notre étude met en lumière le rôle de l'organisation du travail, plutôt que des différences individuelles ou culturelles, dans la création des conflits interpersonnels. Des dynamiques comparables, causées par des facteurs organisationnels tel que le manque de personnel auxiliaire, ont aussi été décrites par Burawoy (1979) dans les termes suivants : « La...dépendance par rapport au personnel auxiliaire a comme conséquence de redistribuer les conflits d'une direction hiérarchique vers une direction horizontale, dans laquelle les travailleurs individuels se retrouvent en conflit ou compétition. » (p.81, notre traduction). Nos résultats démontrent également que l'organisation du travail contribue aux sentiments d'injustice vécus par les travailleurs, que ce soit au niveau individuel (ex. en permettant le

favoritisme de la part des superviseur(e)s et des travailleurs(euses) auxiliaires dans les conditions de travail), ou au niveau organisationnel (ex. en établissant différentes exigences de production pour la même tâche de travail). La perception par les travailleurs(euses) de ce type d'injustice s'inscrit dans la littérature sur la justice organisationnelle (Greenberg et Cropanzano 2001) et a été liée à des problèmes de santé au travail (Ferrie et coll. 2006; Kivimaki et coll. 2003).

Afin de maintenir leur production en dépit des contraintes, les travailleurs(euses) adoptent diverses stratégies. Haraszti (1977) aussi a observé que les travailleurs de l'usine de fabrication de tracteurs devaient employer des stratégies afin d'atteindre leurs quotas parce que ceux-ci n'étaient pas calculés en fonction du temps nécessaire à l'arrangement du matériel et aux vérifications et ne tenaient pas compte des contraintes. Pour gagner un salaire décent, les travailleurs devaient briser les règles y compris les règles de sécurité, une façon de contourner les normes connue dans ce milieu sous le nom de « pillage » (« looting »). D'une certaine façon, l'utilisation de stratégies procure aux travailleurs(euses) un contrôle sur leurs conditions de travail. Toutefois, ces stratégies sont elles-mêmes contraignantes parce qu'elles favorisent souvent la production au détriment de la santé. Selon Wrench et Lee (1982), les bénéfices immédiats d'une production élevée représentent pour les travailleurs(euses) à la pièce une certitude calculable, tandis qu'un accident n'est considéré qu'une possibilité (p.522). Chez Confection Inc., ces stratégies occasionnent des conflits interpersonnels, augmentent la durée d'exposition, diminuent la période de repos, mènent à l'abandon des mesures de sécurité, causent des délais dans la résolution des problèmes, etc. Trevelyan et Haslam (2001) ont aussi remarqué, dans le cadre d'une étude d'une usine de fabrication de briques, que les travailleurs(euses) rémunérés à la pièce travaillaient plus vite et durant les pauses, ce qui selon les auteurs contribuait aux troubles musculo-squelettiques observés.

Il est toutefois important de noter que la plupart des travailleurs(euses) se préoccupent également de leur santé. En fait, la théorie ergonomique interprète les stratégies des travailleurs(euses) en tant que compromis entre la protection de la santé et le maintien de la performance (Guérin et coll. 2006), et les stratégies identifiées dans notre étude peuvent certainement être vues dans cette perspective. Certaines des stratégies de protection de la

santé que nous avons décrites ont été notées ailleurs. Notamment, Linhart (1978) a écrit que les ouvriers de la chaîne de montage qu'il a observés réussissaient parfois à amasser quelques minutes d'avance pour fumer une cigarette, une situation qu'il désigne « la minute volée ». Pareillement, Teiger (1995) a décrit comment les jeunes ouvrières françaises qu'elle a observées travaillaient intensément afin de gagner quelques secondes pour parler avec leurs collègues. Dans un contexte de travail parcellisé, à la pièce et à la chaîne, où les travailleurs(euses) se trouvent essentiellement isolés, chacun devenant une prolongation de sa machine (Burawoy 1980), le contact humain revêt une importance particulière. Ainsi, les ouvrières de Teiger, comme les travailleurs(euses) de Confection Inc., considéraient que le fait de parler aux collègues, même très brièvement, était essentiel à leur santé psychologique, malgré le fait que l'organisation du travail et le bruit limitaient les possibilités de conversation. L'impossibilité d'interagir avec les collègues est source de frustration, comme l'a noté Herzog (1980) qui a décrit son besoin profond de contact humain au travail et sa frustration par rapport aux éléments qui empêchaient les interactions, notamment les exigences de production et l'emplacement des postes de travail.

Ainsi, l'impact sur la santé du travail à la pièce est à la fois physique et psychologique, et il peut être immédiat ou à plus long terme, par exemple en ce qui a trait aux troubles musculo-squelettiques. Ces problèmes de santé ont de leur côté des répercussions qui dépassent largement le bien-être physique ou psychologique du travailleur(euse). Ils entraînent des répercussions économiques et sociales, en influençant la productivité et le salaire, la nécessité d'obtenir un emploi supplémentaire ou la capacité de le maintenir, la possibilité de suivre des cours, la mobilité professionnelle, l'entourage familial et les possibilités d'avenir. La gestion de ces problèmes de santé, d'autre part, n'est pas toujours adéquate, particulièrement en ce qui concerne le travail léger, le retour au travail et la réadaptation, qui ne tiennent pas toujours compte de la réalité du travail à la pièce telle que vécue par les travailleurs(euses).

La collectivité peut parfois aider à prévenir les problèmes de santé liés au travail par le biais de mécanismes de soutien et d'entraide. Comme nous l'avons vu, il arrive que les travailleurs(euses) s'échangent des paquets problématiques ou réparent les équipements de

leurs collègues. Toutefois, des facteurs organisationnels viennent freiner ces possibilités de collaborations potentiellement bénéfiques pour la santé. Notamment, les inégalités dans la quantité et qualité du matériel et des équipements de travail créent un climat de compétition qui génère de nombreux conflits interpersonnels et réduit les possibilités de collaboration. Le travail à la pièce et à la chaîne fait aussi en sorte que les travailleurs(euses) se mettent de la pression les uns sur les autres car ils ne peuvent pas tolérer une faible productivité de la part des collègues dont ils dépendent pour l'obtention des paquets. La politique de l'entreprise qui vise à séparer les groupes ethniques sur le plancher peut aussi empêcher les collaborations qui se font, en milieu de travail, souvent sur la base de l'ethnicité (Seifert et Messing 2006). Chez Confection Inc. ces mécanismes sont présents mais se limitent à l'extérieur des heures de travail (pauses, dîner, avant ou après le travail) (voir Premji et coll. 2008a pour une explication détaillée).

Nos résultats indiquent également que l'entreprise reporte plusieurs de ses coûts et risques sur les travailleurs(euses) individuels. On note par exemple que les travailleurs(euses) assument la perte de productivité liée aux accidents et maladies du travail, aux changements de tâches, aux ralentissements dans les commandes (et aux délais pour être mis à l'heure) et les risques pour la santé engendrés par les stratégies de production qui sont utilisées dans le but d'atteindre les exigences en dépit des contraintes. De plus, l'entreprise réprime les travailleurs(euses) qui ont recours à ces stratégies au lieu de redéfinir les aspects de l'organisation du travail qui les incitent à les adopter. En 2003, un rapport d'audit de gestion de la santé et de la sécurité du travail sollicité par l'entreprise avait recommandé, entre autres, d'établir un registre des problèmes rencontrés pour chaque sorte de vêtement afin d'adapter le travail en conséquence. Le rapport suggérait également à l'entreprise de considérer l'établissement d'une limite au bonus. En 2007, ces recommandations n'avaient toujours pas été instaurées. Comme nous l'avons vu, le syndicat est limité dans sa capacité d'établir des changements. Il vit sous la menace constante de fermeture et de mises à pied; il n'est pas très riche, parce que les cotisations syndicales sont basées sur les salaires qui sont très faibles. Sa priorité est donc d'intégrer dans le milieu de travail les gens de groupes ethniques différents et de régler les problèmes immédiats.

#### 4.4.2 Implications juridiques

Depuis l'abolition des décrets, on note un recul en ce qui a trait aux conditions de travail dans l'industrie du vêtement au Québec. De plus, l'entreprise ne respecte pas certaines de ses obligations légales. Notamment, les employé(e)s sont rémunérés en fonction d'un taux de base qui correspond au salaire minimum de la province plutôt qu'au salaire minimum plus élevé prévu pour les employé(e)s de l'industrie du vêtement. L'entreprise justifie ses actions par le fait que les employé(e)s obtiennent un bonus de production qui s'ajoute au salaire minimum général. Depuis plusieurs années, le syndicat tente de changer cette situation, jusqu'ici sans succès. L'organisation du travail contribue également au non-respect des lois régissant le travail. En effet, les exigences et contraintes de production incitent les employé(e)s à utiliser des stratégies qui sont néfastes pour leur santé physique et psychologique, comme de ne pas aller à la toilette et ne pas boire d'eau, reporter à plus tard la résolution de problèmes liés à la sécurité des machines, ignorer les équipements et mesures de sécurité, etc. L'organisation du travail contribue ainsi au non-respect de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, qui oblige notamment l'employeur à protéger la santé des travailleurs(euses). De plus, les exigences élevées de production et les multiples contraintes incitent les travailleurs(euses) à travailler en dehors des heures régulières de travail. La Loi sur les normes du travail prévoit une période de trente minutes pour le repas après une période de cinq heures de travail consécutives. Toutefois, notre étude démontre que plusieurs travailleurs(euses) travaillent durant une partie ou la totalité de l'heure du dîner. Selon la Loi, les employés du vêtement bénéficient aussi d'une semaine de travail normale de 39 heures. Cependant, le fait de travailler en dehors des heures de travail fait en sorte que la semaine de travail est plus longue pour certain(e)s. Ainsi, Mayhew et Quinlan (1999), dans leur étude sur l'externalisation du travail dans l'industrie du vêtement en Australie, écrivent : « Comme le risque principal pour la santé et sécurité du travail des travailleurs externes provient d'une combinaison de longues heures et de travail à la pièce, ces lois [celles sur les normes du travail] sont probablement plus centrales pour la préservation de leur santé et bien-être que les lois sur la santé et la sécurité du travail » (p.102, notre traduction). La Loi sur les normes du travail québécoise, à l'instar de la Loi sur la santé et de la sécurité du travail, permet difficilement de prendre en compte l'intensification du travail associée aux diverses

incitations à une plus grande productivité. Outre la possibilité de questionner l'organisation du travail qui compromet la santé, par le biais de l'article 51(3) de la L.S.S.T. (Quinlan 2007), les autres dispositions législatives n'encadrent pas le phénomène de l'intensification du travail. Cette situation permet de craindre que ces outils potentiels de protection, dans leur état actuel, ne servent pas à protéger adéquatement la santé des travailleurs.

#### 4.4.3 Genre et ethnicité

Étant majoritairement des femmes et des immigrants, les travailleurs(euses) de Confection Inc. vivent des réalités particulières, notamment une précarité socioéconomique qui ne leur est pas exclusive mais qui se manifeste de manière distincte. Des réalités socioéconomiques similaires ont été notées chez des travailleuses immigrantes dans l'industrie du vêtement à Toronto (Gannagé 1999). Cette précarité, s'ajoutant aux exigences et contraintes du travail, incite les travailleurs(euses) à utiliser des stratégies pour la plupart néfastes pour leur santé dans le but d'accroître leur revenu. De plus, elle contribue au sentiment d'insécurité associé au résultat incertain d'un travail rémunéré à la pièce. La situation socioéconomique des travailleurs(euses) les pousse également à faire du temps supplémentaire, à avoir un ou plusieurs emplois supplémentaires et à prendre des cours de langue ou de formation. Les hommes, plus souvent que les femmes, ont mentionné avoir des emplois supplémentaires et prendre des cours, une situation liée en partie au fait que les femmes sont plus souvent responsables des tâches familiales. Ces diverses activités amplifient l'impact du travail à la pièce à la fois en augmentant le degré d'exposition et en diminuant le temps de récupération. Il est donc important que l'examen de la santé et sécurité du travail chez des populations de femmes et d'immigrants incorpore les questions d'intégration sociale et économique qui sont à la base de ces problèmes.

Chez Confection Inc., nous avons identifié des différences selon le genre au niveau des emplois occupés et des tâches effectuées à l'intérieur de certains titres d'emplois. Cette division du travail peut affecter la nature des risques et des problèmes de santé liés au travail vécus par les travailleurs et travailleuses. Par exemple, les couturières, qui sont majoritairement des femmes, dépendent des travailleurs auxiliaires, qui sont majoritairement

des hommes. Les couturières ont peu de contrôle sur leurs conditions de travail comparativement aux travailleurs auxiliaires qui bénéficient d'un petit peu plus de marge de manœuvre. En fait, les risques et problèmes de santé associés au travail des femmes ont largement été sous-estimés par les décideurs, médecins et chercheurs (Lippel 2003; Messing 1998; Messing et Boutin 1997). Nos résultats démontrent que ce qui est perçu et défini comme un travail léger n'est toutefois pas exempt de facteurs de risques.

L'ethnicité et le genre peuvent également moduler la santé et la sécurité à l'intérieur de mêmes tâches de travail. Notamment, nous avons identifié des situations de favoritisme sur la base de l'ethnicité et du genre de la part de certains superviseur(e)s et travailleurs(euses) auxiliaires, favoritisme dans les conditions de travail qui peuvent avoir un impact sur la santé. Bien que nous n'ayons pas ici développé la question de la connaissance des langues officielles, cet aspect peut également agir sur les relations interpersonnelles qui régissent les conditions de travail, spécifiquement les relations avec les superviseur(e)s, travailleurs(euses) auxiliaires et collègues (Premji et coll. 2008a). Au niveau de l'impact des problèmes de santé, il peut être différent selon l'ethnicité et le genre, dans la mesure où les problèmes de santé affectent la mobilité professionnelle des travailleurs(euses) immigrants de manière particulière (plusieurs ayant subi une déqualification professionnelle) et influencent la capacité des femmes particulièrement d'effectuer les tâches familiales (celles-ci en étant les principales responsables). Nos résultats indiquent également que l'ethnicité joue un rôle par rapport à la sous-déclaration des accidents et maladies liés au travail en raison de facteurs tels que le manque d'information, les difficultés de communication et la peur des répercussions, ce qui pourrait entraîner un plus grand recours aux congés-maladies et une augmentation de la tendance à travailler malade. Il est à noter que la sous-déclaration a été notée ailleurs (Pransky et coll. 1999; Rosenman et coll. 2000; Shannon et Lowe 2002), incluant dans des milieux où sont employés en majorité des femmes immigrantes (Scherzer et coll. 2005).

Notre étude s'inscrit dans une littérature en développement qui démontre qu'il existe des différences selon l'ethnicité et le genre à l'intérieur de titres d'emplois et de tâches de travail, différences qui peuvent modifier l'exposition aux risques, la nature des problèmes de

santé, l'impact des problèmes de santé et les recours en cas d'accident ou de maladie lié au travail (Dembe 1999; Frumkin et coll. 1999; Lipscomb et coll. 2006; Messing et coll. 2003). Les types de mécanismes identifiés de manière qualitative dans notre étude peuvent ainsi expliquer les résultats d'études épidémiologiques qui démontrent des différences selon le genre et/ou l'ethnicité dans la santé au travail (voir par exemple Wang et coll. 2007 pour une étude qui démontre des inégalités sociales dans les troubles musculo-squelettiques chez des opérateurs et opératrices de machines à coudre). Notre étude met également en lumière le rôle de l'organisation du travail dans la structuration d'inégalités sociales en santé et sécurité du travail.

#### **4.4.4 Limitations de l'étude**

Notre étude se situe dans une grande entreprise syndiquée et a été effectuée en collaboration avec le comité de la condition féminine de la centrale syndicale. La majorité des immigrants au Québec, et les femmes particulièrement, travaillent dans des milieux plus petits et non-syndiqués (Renaud 2001) auxquels les chercheur(e)s ont un accès limité. De plus, les mécanismes liant le travail à la pièce et la santé dépendent largement de l'organisation du travail spécifique à l'entreprise étudiée. Ainsi, notre étude n'est peut-être pas entièrement représentative des conditions qui prévalent dans ces milieux.

#### **4.5 Conclusion**

Le travail à la pièce peut sembler archaïque. En fait, nous avons trouvé plusieurs similitudes entre notre étude et celles réalisées il y a plusieurs décennies et dans des contextes socioéconomiques et politiques très différents. Toutefois, cette forme de rémunération est couramment privilégiée dans certains secteurs afin d'encourager les employé(e)s à produire davantage. De plus, certains ergonomes soulignent une tendance croissante, dans d'autres emplois, à privilégier l'évaluation quantitative du travail. Par exemple, Caroly et collègues (2005) soulignent que la police française évalue les policiers en termes de « chiffres » d'arrestations, etc., ce qui nuit à la prévention.

Avec la compétition internationale qui est sentie très fortement dans l'industrie du vêtement, le travail à la pièce est susceptible de persister et les exigences de production d'augmenter. L'examen de la jurisprudence de la C.L.P. démontre que le travail à la pièce est parfois mal représenté par les employeurs ou mal compris par le tribunal. Notamment, il existe une incompréhension des pressions exercées sur les travailleurs(euses) rémunérés à l'heure dans un contexte de travail parcellisé et à la chaîne, du degré de contrôle sur le rythme d'un travail rémunéré à la pièce, de la réalité du retour au travail et de la réadaptation, et du lien entre les problèmes de santé et la productivité. Il est donc important, dans ce contexte, de comprendre la réalité du travail à la pièce telle que vécue par les travailleurs(euses).

#### **4.6 Remerciements**

Nous désirons remercier Marie-Claire Lefebvre et Ana-Maria Seifert ainsi que les évaluateurs(trices) anonymes pour leurs commentaires judicieux qui ont permis d'améliorer l'article. Cette recherche a été réalisée grâce à des bourses du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), du Ontario Institute of Work and Health, de l'Institut Santé et Société (bourse AON), et de la Chaire de recherche du Canada en droit de la santé et de la sécurité du travail, Université d'Ottawa. Cette recherche a été effectuée avec la collaboration de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, en particulier de Carole Gingras et du syndicat local concerné. Elle fait partie du programme l'Invisible qui fait mal, qui bénéficie d'une subvention d'équipe du FQRSC. Toutefois, les opinions émises n'engagent que les auteurs.

## CHAPITRE V

### **BROKEN ENGLISH, BROKEN BONES? MECHANISMS LINKING LANGUAGE PROFICIENCY AND OCCUPATIONAL HEALTH IN A MONTREAL GARMENT FACTORY**

Stéphanie Premji<sup>1</sup>, Karen Messing<sup>1</sup>, Katherine Lippel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CINBIOSE, Université du Québec à Montréal, CP 8888, Succ. Centre-ville, Montréal QC, H3C 3P8, Canada.

<sup>2</sup>Canada Research Chair on Occupational Health and Safety Law, Law Faculty, University of Ottawa, 57 Louis-Pasteur, Ottawa ON, K1N 6N5, Canada.

Publié dans *International Journal of Health Services* en 2008 (vol. 38, no. 1, pp.1-19).

#### **Abstract**

Language barriers are often cited as a factor contributing to ethnic inequalities in occupational health; however, little information is available about the mechanisms at play. We describe the multiple ways by which language influences occupational health in a large garment factory employing many immigrants in Montreal, Québec, Canada. Between 2004 and 2006, individual, semi-structured interviews were conducted with 15 women and 10 men from 14 countries of birth. Interviews were conducted in French and English, Canada's official languages, as well as in non-official languages with the help of colleague-interpreters. Observation within the workplace was also carried out at various times during the project. We describe how proficiency in the official languages influences occupational health by affecting workers' ability to understand and communicate information, and supporting relationships that can impact work-related health. We also describe workers' strategies to address communication barriers and discuss the implications of these strategies from an occupational health standpoint. We conclude that along with the longer-term objectives of integrating immigrants into the linguistic majority and addressing structural conditions that can impact health, policies and practices need to be put in place to protect the health and well-being of those who face language barriers in the short term.

## Résumé

Les barrières linguistiques sont souvent citées comme un des facteurs contribuant aux inégalités selon l'ethnicité en santé et sécurité du travail; cependant, il existe peu d'information sur les mécanismes en jeu. Nous décrivons les diverses façons par lesquelles la langue influence la santé du travail dans une grande entreprise de fabrication de vêtements qui emploie de nombreux immigrants à Montréal, Québec, Canada. Entre 2004 et 2006, des entrevues individuelles, semi-dirigées ont été réalisées avec 15 femmes et 10 hommes de 14 pays de naissance. Les entrevues ont été réalisées en français et en anglais, les langues officielles du Canada, de même qu'en d'autres langues avec l'aide de collègues-interprètes. De l'observation en milieu de travail a aussi été effectuée à divers moments au cours du projet. Nous décrivons comment les compétences linguistiques dans les langues officielles influencent la santé du travail en affectant la capacité des travailleurs(euses) à comprendre et communiquer de l'information et en soutenant des relations qui peuvent avoir un impact sur la santé liée au travail. Nous décrivons également les stratégies utilisées par les travailleurs(euses) pour faire face aux barrières communicationnelles et nous discutons des implications de ces stratégies du point de vue de la santé du travail. Nous concluons qu'en plus des objectifs à long terme d'intégrer les immigrants dans la majorité linguistique et de confronter les conditions structurelles qui peuvent avoir un impact sur la santé, des politiques et pratiques doivent être mises en place afin de protéger la santé et le bien-être de ceux qui font face aux barrières linguistiques à court terme.

## 5.1 Introduction

Growing evidence points to the existence of ethnic inequalities in occupational health as measured by occupational health and safety (OHS) indicators, including risk exposure; accidents, illnesses and deaths; and access to medical care and workers' compensation. Although evidence of inequalities has emerged from various countries, the majority of the research has come out of the United States in recent years and has focused on African-Americans and Hispanics/Latinos. Several explanatory models have been proposed in relation to these findings, and these have included both contextual and individual-level characteristics (Dembe 1999; Frumkin et al. 1999; Lipscomb et al. 2006). According to Dembe (1999), for instance, inequalities in occupational health may be explained by the overrepresentation of ethnic minorities in risky jobs; racism or discrimination in supervision or work requirements; confounding or modifying effects of environmental risks or behaviours; differences in socioeconomic status; and inferior access to health services. Language barriers are also regularly cited as a contributory factor in studies in which the population lacks proficiency in the country's official language. Below we review the literature on the relationship between language proficiency and occupational health, and report the findings of a qualitative study conducted in a large garment factory in Montreal, Canada. Language proficiency will refer here to the ability to understand and be understood, verbally and in writing.

### 5.1.1 Language and occupational health

A number of French researchers from the fields of sociology, psychology, ergonomics, and linguistics have examined the role of language in the workplace (Boutet 1993; Falzon 1996; Leplat 2001; Teiger 1995). This body of research has described, in different work contexts, the various uses of "language-related activities" ("*activités langagières*") whether or not prescribed by work tasks, at the levels of both information and relation, and influencing both the work activity and the social order. However, relatively few

studies have explored how language barriers might lead to difficulties in the workplace, and particularly to health problems related to work.

The large majority of what occupational health research there is has focused on the communication of OHS information to workers facing language barriers. Surveys have found that non-English speaking workers in English-speaking work environments report difficulties understanding verbal and written OHS information (Krahn et al. 1990; Loosemore and Lee 2002; Trajkovski and Loosemore 2006). Researchers have outlined or tested methods for conveying OHS information to non-English speaking workers (Brunette 2005; Elkind et al. 2002; Hong 2001; Wallerstein 1992), or for empowering such workers to take action to improve their working conditions (Cole and Brown 1996; Gallo 2002; Pun et al. 2004; Wands and Yassi 1992). Others have documented informal strategies, such as managers' use of "cultural gatekeepers" to communicate with particular groups (Loosemore and Lee 2002). While practically all of the literature has focused on workers whose native language differs from the country's official language, Smith (1993) has argued that African-Americans in the United States also face cultural and linguistic barriers which should be taken into account when non African-Americans are communicating to them information on work-related risks. Similarly, Loosemore and Lee (2002) have argued, in an occupational health context, that inter-cultural communication needs to consider language but also social organisation, roles, attitudes, thought patterns, and non-verbal behaviour.

Fewer studies have looked at communication by workers. Some have suggested that workers with little or no skills in the dominant language may have problems communicating potentially dangerous situations to managers (Loosemore and Lee 2002). Others have found that language barriers can result in workers experiencing frustration when interacting with colleagues, managers, and customers (Lin et al. 2007). Language barriers among colleagues can also impact health in other ways. Hitlan and colleagues (2006) found that individuals who felt ostracized by coworkers on the basis of language reported lower levels of organizational commitment and organizational citizenship behaviour (e.g. helping coworkers with job-related tasks), and higher levels of paranoia and prejudice than non-ostracized individuals.

Language has also long been considered an obstacle to access to appropriate health care (Flores 2006), although very little has been written on care in an OHS context. One study of one hundred symptomatic monolingual Chinese immigrant women working in the garment industry in California found language to be the most frequently reported barrier to accessing care for a work-related injury or illness. Specifically, being unable to speak English made it difficult for the women to make health care appointments (Burgel et al. 2004). The same study found language to be linked to difficulties with the workers' compensation system, a situation which has been reported by others (Gravel et al. 2006; Pransky et al. 2002). While the existing research has largely focused on communication problems, one study by Salminen and Johansson (2000) on occupational accidents among Swedish- and Finnish-speaking workers in Finland concluded that differences in mental models between people speaking different languages, such as difference in thinking about spatial relations, could lead to differences in thinking about dangers in the workplace.

Few in-depth qualitative data exist on the mechanisms linking language proficiency to occupational health, especially from a gender-based perspective. The objective of this study is therefore to describe the complex mechanisms by which language proficiency influences occupational health in a large garment factory while situating these mechanisms in relation to workplace practices and governmental policies. This study also seeks to describe workers' strategies to address communication barriers, as well as the benefits and pitfalls of these strategies from an occupational health standpoint.

## **5.2 The Montreal, Québec context**

Our study is based in Montreal, the second largest urban centre in Canada in terms of population, with over 3.2 million inhabitants (Statistics Canada 2002a). It is a bilingual city where both French and English, Canada's official languages, are regularly spoken. Montreal is located in the predominantly French-speaking province of Québec, where the preservation of French culture and language is considered a priority and is actively promoted. The Québec Charter of the French Language, enacted in 1977, defines French as the only official language of the province, as well as the only "normal and everyday language of work".

The major countries of birth of recent immigrants to Montreal (those who landed after 1985) include many where the first or second language is French, such as Algeria, Haiti, Morocco, Lebanon and France, but immigrants also come in significant numbers from Asian countries where the second language is English. While more than half of recent immigrants to Montreal most often speak a foreign language at home, a large proportion (96% of men and 92% of women) report being able to speak at least one of Canada's two official languages. French-English bilingualism is particularly common among the youngest age groups (<25) (Citizenship and Immigration Canada 2005).

### **5.3 The garment industry – socio-economic and legal context**

Immigrants to Québec are over-represented in the manufacturing sector, though the actual proportion varies according to gender and ethnic origin (Duchemin et al. 2003). In the garment industry, which is one of the most important in the sector, the majority of workers are women (73%) and immigrants (69%). This industry has been in decline since the 1990s, with almost 13,000 jobs lost between 1990 and 1999 (Pilon 2005). Therefore, workers in this industry are aware that their employment may be threatened.

In Québec, since 1934, certain subdivisions of the garment industry had been covered by decrees which were abolished in 1999-2000 in order to provide regulatory relief and offer businesses more flexibility (Morin and Brière 2003). Decrees regulated certain working conditions in the industry with the double objective of standardizing conditions between unionized and non-unionized workers and protecting employers from unfair competition. Decrees were administered by parity committees with equal employer and union representation. While there were no provisions for OHS in the text of the decrees, the structure that was put in place gave rise to a number of initiatives aimed at the prevention of work-related health problems in the industry. Currently, prevention is regulated by the Québec *Act Respecting Occupational Health and Safety*.<sup>34</sup> This legislation provides that

---

<sup>34</sup> *Act Respecting Occupational Health and Safety*, R.S.Q.c.S-2.1

employers are obliged to protect the health of workers and prevent work-related injuries and illnesses.

## **5.4 Methodology**

### **5.4.1 Setting**

This descriptive qualitative study was conducted with workers employed in a large unionized garment factory in Montreal. The factory's workforce includes primarily women (~70%) and immigrants (~98%) representing a little over 40 countries of birth. Although no data are available on seniority, the union estimates the average seniority as about 20y, irrespective of sex. This project was undertaken in collaboration with the union local affiliated to the Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, and with the consent of the company. The study protocol was approved by the Université du Québec à Montréal's ethics committee.

### **5.4.2 Recruitment of participants**

Maximum variability sampling was used in order to obtain as much diversity as possible in characteristics thought to be of interest for our research purposes. These included French and English proficiency, country of birth, immigration period, gender, age, family responsibilities, job, seniority, and occupational health status. Potential interviewees were identified by either the union or human resources' managers, based on our criteria. Following this, the principal researcher met with each potential interviewee to present the project and conduct the interview when consent was obtained.

### **5.4.3 Data collection and analysis**

Between 2004 and 2006, individual, semi-structured interviews were conducted with 15 women and 10 men. Nine interviews were carried out in English, twelve in French, and

four in another language with the help of a colleague-interpreter. Some of the quotes presented in this article were therefore translated from French by the authors. Our sample included individuals born in Bolivia, Peru, Nicaragua, Haiti, China, Sri Lanka, Bangladesh, India, Afghanistan, Morocco, Guyana, Turkey, Italy, and Canada. Interviews lasted between 45 minutes and 1.5 hours. They were conducted during work hours and incurred no financial loss to the participants. A consent form, available in both French and English, was signed by each participant. The consent form was at times read to participants or orally translated by interpreters. Interview questions originally covered a broad range of topics and were progressively narrowed down to more specific themes after an initial analysis of each set of interviews. The interviews were tape recorded, transcribed, and coded according to pre-existing and emerging themes using *ATLAS-ti* software. Each interview was read by two researchers. Data were analysed following some of the principles of qualitative analysis (Miles and Huberman 1984). A gender-based perspective was adopted at all stages of the process, given the different realities of women and men noted in the occupational health literature (Messing et al. 2003). Throughout the data collection and analysis stages, meetings were organized with union delegates to present and discuss preliminary results and plan future stages of the project. Observation of the factory floor was carried out for a few hours on two occasions and observation at other locations (union office, cafeteria, etc.) was carried out at various times over the duration of the project.

## **5.5 Results**

### **5.5.1 How the factory works**

Jobs in the factory are remunerated either on a piecework basis (e.g. sewing machine operators) or according to a fixed salary (e.g. general workers). Daily quotas for each piecework task are determined by production engineers. The factory is organized in sections, with various tasks performed within each section. The number of workers in a section ranges from a few to over a hundred. Each section is supervised by two first-line supervisors, one responsible for quantity and the other for quality. Supervisors manage things such as job or task assignment, overtime, time off, conflicts, etc. On the production line, “general workers”

distribute bundles of garments to workers. There are “good” and “bad” bundles, the good ones being those that are easier to work on (e.g. because of the characteristics of the material) and/or faster to finish (e.g. because of the size of the garments). Favouritism on the part of supervisors and general workers is rampant, and it is partly based on ethnicity (including language), partly on friendships that transcend ethnicity, and at times on other factors such as physical attraction, work speed, bribes, etc.

There is no ethnic division of labour, either in sections, jobs or tasks, since the company has an explicit policy of mixing ethnic groups. The official rationale for this policy is to prevent the formation of ethnic clans, although it is unclear whether the goal is to hinder inter-group conflict or intra-group solidarity. There is however a gender division of labour, with men and women generally performing different jobs and tasks. For example, sewing machine operators tend to be women while general workers tend to be men. Female cutters tend to be assigned to use scissors whereas male cutters tend to use cutting machines.

Work usually starts at 7AM and ends at 4PM, with a 1-hour lunch and two 15-minute breaks. Because of the size of the workforce and the limited cafeteria space, lunch and break times are scheduled on three shifts, with different sections on different shifts. Overtime is regularly offered before and after work, during lunch for half an hour, as well as on Saturdays. While many non-official languages are spoken within the factory, French and English are equally used as the languages of work.

### **5.5.2 OHS considerations**

The company reports an average annual accident and illness rate of 6%. Of these, about 11% are illnesses which, according to the company, include musculoskeletal disorders. However, our interviews indicate that under-declaration of injuries, and illnesses particularly, is extensive. Workers reported a wide range of health problems which they attributed to their work. Almost universal were musculoskeletal disorders, which are widespread in the garment industry (Brisson et al. 1989; Schibye et al. 1995).

I hurt my fingers. I feel my joints very tense at night. Even I cannot sleep but I have to. Now just paralysed. (“Tien”)

I had a leg that was swollen. Because I work with one leg. There is only one pedal. The other leg, I do nothing with it. It’s with that leg that I had problems. I think it’s due to blood circulation, because the leg doesn’t move. (“Marie”, translated from French)

Also extremely common were symptoms of stress, which were attributed to production demands, favouritism, and interpersonal conflicts:

The other day we had garments in velvet, it was hard to put through the machine. The weekend I did not sleep because of this job, because I thought that it would not go through the machine well. (“Sara”, translated from French)

Accidents such as cuts and burns were also frequently mentioned. Allergies and reproductive health issues were brought up by women:

I spoke to [my supervisor] earlier. On my skin, eczema. There, you see there, everywhere, eczema. When you work with dust it is more severe. (“Mae”, translated from French)

I lost two babies here. I had two miscarriages. The doctors always say “Too much stress! Too much work!” I say it’s the pressure. The second baby, I lost it here [in the factory]. It was sad. (“Sara”, translated from French)

Production demands were also found to impact health indirectly since workers often opted to work more, not take breaks, or not go to the washroom in order to meet or surpass their quotas.

### **5.5.3 Mechanisms linking language to OHS**

In part because of language barriers, immigrants often find themselves and remain in jobs that require low level skills (Chui 2003) and where they are exposed to a variety of health risks. Within specific workplaces, language proficiency continues to exert an influence on OHS. In this factory, language was found to affect workers’ ability to understand and communicate OHS information, and support relationships that can impact work-related

health. However, workers were also found to employ strategies to address communication barriers, strategies that have health implications. We describe these mechanisms and strategies in the following sections.

#### *Language to communicate information*

Workers are usually trained by a supervisor and/or by an experienced worker within their section. Training is arbitrary, and typically includes minimal or no information on OHS. In addition, trainer and trainee seldom speak the same native language, a situation created in part by the practice of mixing ethnic groups on the factory floor. Accordingly, communication is usually in basic French or English, or can involve no language at all. “Salima”, for instance, described using only “eye contact” to train a fellow worker, while “Soraya” explained how a colleague was trained “just by sign language”. As a result, some information or tips that have implications for health may not be passed on. “Soraya”, who was able to communicate with her trainer in English, explained how she was given an important tip:

She show me...how can I take the piece. When I work fast, I turn my hands. She say “If you like this, more easily you can feel pain”. She say, “Don’t turn your hand. Just you take straight, and stitching”. She told like that.

Tips such as these are especially important when considering that in a physically-exacting job done at very high speed, the tiniest details are critical for preservation of health (Vézina et al. 1992).

Since the abolition of the decree system, the amount and quality of OHS information conveyed to garment workers have decreased. The employer, the company’s joint employer-union health and safety committee, and the Joint Employer-Union Apparel Association<sup>35</sup> provide limited information, usually only in French and English (through meetings, information sheets, etc.). This can create difficulties for workers with limited proficiency in

---

<sup>35</sup> This association specializes in the prevention of work-related injuries in the industry. It is not voluntary but constituted in accordance with the *Act Respecting Occupational Health and Safety* (R.S.Q. c. S-2.1)

these languages. A number of workers reported not being able to understand information themselves, while others explained that colleagues have had difficulties:

A few months ago, they [the employers] invite some people to come here and introduce the safe and health knowledge to the workers...In English, French. So I think that some people understand them but many people they don't. ("Tom")

They give one book [the collective agreement]...Half the book in English, half the book in French...[when asked about people who have language problems]: They can't read it. A few people, still they don't know. ("Soraya")

Some OHS information is available in other languages or in the form of illustrations, but this may not always be adequate. For example, posters in the cafeteria in Spanish, Greek, Italian and Turkish on basic prevention in sewing fail to reflect the main language groups of the factory's workforce, which is predominantly Asian. Also, a poster on the preventive reassignment of pregnant or breastfeeding workers exposed to a health risk picturing a woman in a see-through dress was the subject of many complaints by both women and men who were offended by what they perceived as a lack of modesty. Given these factors, it is not surprising that the vast majority of workers interviewed reported not being communicated any OHS information.

Despite the legal obligation of employers to protect the health of workers and prevent work-related health problems, workers in this factory are largely responsible for managing their health and safety. "Shamshu" described the situation through the following analogy: "Baby cry, mother give the food if baby feel hungry. He don't cry, he [stays] hungry". Workers need to speak up if they want to: i) obtain equipment for comfort or safety such as ear plugs, fans, masks, etc.; ii) get their workstation adjusted; iii) get broken equipment fixed or get better equipment; iv) address health issues (injuries or illnesses, pregnancies, etc.); v) negotiate suitable working conditions, for instance following an injury or illness; vi) address psychosocial issues (i.e. conflicts); vii) deal with concerns related to the organization of work (overtime, quotas, etc.); and viii) attend to non-work issues (appointments, emergencies, etc.). However, some workers are hesitant or unable to express themselves:

Some people don't speak English or French, that's the main problem and also they don't want to express whatever they want... Three or four years ago, they complained that the old iron was the problem. That time some people complained [to each other] "Oh I have a pain, I have a pain", but they don't open their mouth [to the employer]. ("Salima")

Sometimes they have some problems with the machine or the production line, you know, how to manage, or they have some problems with coworkers, they compete, and some bullies. They cannot say. They have problems with language, they cannot speak themselves. It's hard. I know some Chinese persons, some ladies feel hurt in their heart, they cannot say. They just keep silent because they cannot say. ("Tien")

Workers frequently spoke of language barriers as an obstacle to communication, a situation which has been reported by others (Cole and Brown 1996; Loosemore and Lee 2002). At times, workers may be required to communicate in writing, for example by filling out forms, which can create an added difficulty. Other obstacles to communication include lack of information, fear (of retaliation, of being fired, of the factory closing) and timidity (possibly influenced by gender and culture). The socio-political environment can also be a factor. Indeed, under the decree system, there was an "air of militancy" that was more conducive to action, individual or collective, on the part of workers.

#### *Language to build relationships*

Language not only affects workers' ability to understand and communicate information, it also supports relationships that can impact work-related health. In the factory, workers tend to associate with other workers, including union delegates, who speak the same native language. In fact, delegates are suggested by the union president in part to reflect the main language groups of the factory's workforce, and an effort is made to include male and female delegates from each group. These relationships transcend workers' countries of birth. Some of the workers we interviewed even referred to their network of people as their "language people". Because of the factory's policy of mixing ethnic groups on the factory floor, introductions and interactions usually take place in the cafeteria during breaks and lunch. In fact, it is usual for groups with the same language (and gender) to sit at the same

tables in the cafeteria. Workers described these relationships as having a positive effect on their psychological health:

They understand us very well...That is why you see same language, same people sitting there...Because that time is our choice, we are free from any work...When we talk, it's a relaxed time, it's a break time. ("Nizar")

After working you're just relaxing. It's easier to just talk in your native language just to relax. ("Tien")

In the working time they cannot relax...That's why in the break time we have to relax, we have to have something to talk about with friends...Sometimes the problem from the work, very angry...so you want to talk for just to talk. ("Ming")

Relationships with individuals from different linguistic backgrounds are also seen for the most part as positive. Some of these interactions occur on the shop floor, since individuals who sit next to each other tend to be from different language groups. Interactions on the floor take place in spite of contextual factors that hinder communication, such as the "no talking rule" and the noisy work environment. These interactions are considered important by workers and are seen as having a positive impact on their health:

If we talk all the time we won't make the production. I know that I can make my production so I don't give really fully, I give 90% but the other 10% I keep for myself [laughs]. Because I need to lift my head when someone walks by. If the person wants to say hello to me, I need to answer. If the person smiles at me, I smile also. So, really I cannot give 100% on the operation, and it helps also for your health, because sometimes we need to lift our head to move a little bit. ("Marie", translated from French)

We joke around...it's to pass the time because...it's too exhausting, always working like this. ("Mark", translated from French)

Very similar conditions, in terms of contextual constraints and shop floor interactions, were noted by Teiger (1995) in a study of young women employed in the manufacturing sector in France. Since these interactions are usually quite basic, language is not an obstacle for the majority of workers. However, those who lack a basic command of French or English could find themselves isolated.

When language is insufficient, interactions can generate stress and other negative impacts:

When she started, her boss asked for overtime...She couldn't understand what he meant, and a lady who was there, she started to laugh, I don't know why, maybe she just did like that or maybe she found it funny. And it hurt her because she couldn't understand. The lady was laughing, and she felt bad. She says she wished she could speak a bit or she could understand a bit. ("Asrar")

Language barriers can also cause or intensify misunderstandings. The work climate can be extremely competitive, and interpersonal conflicts are common and at times even result in physical violence. Language can play a role in these conflicts in that some workers may not be able to properly explain themselves or manage problems by talking it out. On the other hand, linguistic differences can be used to avoid conflicts, by pretending not to understand:

Someone told me [in the cafeteria] "This is my place". I spoke to him in Spanish, I said "No comprendo" [laughs]. He said "Do you speak English"... "No". He said "Ah, I think she's new because she doesn't understand anything". ("Ana", translated from French)

Relationships on the shop floor with coworkers, supervisors and general workers can also impact health indirectly. For instance, workers sometimes exchange coloured garments with each other in order to avoid losing time by changing the thread, or pass on "bad" bundles to coworkers who are temporarily or permanently paid on an hourly rather than a piecework basis. They also help each other with tasks or machines. Indeed, teamwork has been shown to be essential to success in work in sewing under time pressure, by a number of mechanisms (Vézina et al. 2003). Workers also depend to a large extent on supervisors and general workers for good working conditions (e.g. "easier" tasks, "good" bundles). "Salima" related one of the advantages of having a good relationship with the supervisor:

If he like you, he will always talk for you...he always go talk with the lady "Bla bla bla" so if she do anything he don't go shout with the lady.

Knowledge of French and English is essential to develop and maintain these relationships:

The supervisor, the other employees, they are from different cultures, different languages. Most of them know English and French...so you have to know English and French to communicate with them. (“Ravi”)

Individuals who are proficient enough in French or English to have such relationships can therefore benefit from better working conditions. However, it should be noted that this may be a mixed blessing in the context of a fast, piecework-based job. For example, while receiving bundles of smaller sizes on a regular basis may improve one’s production and lower one’s stress level, it may also lead to more frequent cramped movements.

*Workers’ strategies to address communications barriers*

Workers who face language barriers regularly refer to colleagues from their language group for information, including information pertaining to OHS:

My language people they don’t speak English or French. But if I know something [about] CSST [Québec workers’ compensation], they ask...I have to explain. (“Abdul”)

Most of the people, like her [a fellow worker] who doesn’t speak, they always go to the people [from their country]. Like she speaks [this language], so she always find somebody who works long time here, go and ask her or him to get information. (“Asrar”)

However, as “Asrar” then explained, this system has a disadvantage:

Whatever you are telling might not be the right one. Because law always changing. You know maybe you suggest something, but it might not be right. And then that person can be in worst situation.

Workers also mentioned referring to union delegates from their language group, who are a more accurate source of information. “Soraya” explained:

Most of the people have the language problem...Mostly Chinese, and our country too...They have problem, they can’t speak, they go to union. They have one Chinese lady, they meet, they speak. They ask advice from her...We have a guy [from our country] in the union. We go there we meet him, he explain everything.

These interactions, which for the most part are informal exchanges in the cafeteria or on the shop floor, are generally found to be helpful by workers.

Workers also call on others for help with interpreting and translating. Most commonly, interpreters/translators are workers' colleagues or union delegates:

Sometimes me I don't know French...One guy [from my country], work backside, I ask him, he talk with them, and he explain me. English too. I ask one black lady, she talk with them in French, and she explain to me in English. ("Soraya")

In my section, my friend, she don't speak English or French. Sometimes she ask me "Can you come to the office, can you help me", I come. ("Salima")

This strategy is supported by the union practice of keeping a list of the languages spoken by each delegate, and by the union and human resources practice of keeping information on the languages spoken by workers in their file. While the majority of interpreters/translators come from the factory, for women they can also be relatives such as husbands or children:

The other day there was a conflict between the two Vietnamese ladies and one lady...she didn't know how to say things to the boss, so she had called her husband. ("Mae", translated from French)

The delegates noted in meetings that there is an emotional aspect to these strategies, since workers sometimes bring interpreters with them for emotional support, and not strictly for language. Or, individuals speak some French or English, but because they are upset they prefer to express themselves in their first language and have an interpreter present.

Relying on interpreters/translators is not without its drawbacks. First, the exact meaning may be lost in translation. When husbands speak for their wives, they may not express the woman's point of view. Reliance on a colleague or delegate also means that a third party becomes knowledgeable about aspects of one's life which one may not necessarily want to disclose, a situation that may be particularly problematic with regard to health issues. As union delegates reported, gender is also important, in that women will sometimes prefer to speak with a female delegate from a different language group, than with a man from their own language group. This is particularly true for women of certain cultural backgrounds or in

specific, sensitive situations (e.g. abortions, menstrual problems, etc.). Also, according to delegates, workers will sometimes prefer to communicate with a delegate outside of their language group when the information is sensitive for a particular community and when there is a fear of gossip or judgment (e.g. family problems, divorce, etc.). Finally, relying on another person could cause a delay in the resolution of the problem. Because individuals do not want to lower their production or be responsible for lowering their colleagues' production, they will usually wait until their break or lunch to ask for help:

In the work time everyone rushes, no one can leave their position...Only lunchtime when they...communicate and say something: "Do you have time to go with me", but you know the event has passed already...you cannot solve the problem right away. ("Tien")

Even at that time, others may not be available:

There is a man...he is Chinese, he doesn't speak French or English. In the past I helped him, because he went to the [workers' compensation board] for his work accident, and I helped him fill out the form...But he told me today "the lawyer will come at noon", and he asked me to help interpret...Now at the union there is a lady who speaks Chinese, I said "Her, she speaks Chinese". She said that it is her break, she cannot work. And I thought for a little bit and said that for me it's the same, it's my break. I told him "Sorry for today". Sometimes it makes me uncomfortable because during the breaks I feel like sitting. Normally I don't say no, because if people ask for help they usually need help. ("Mae", translated from French)

As the story from "Mae" shows, using colleagues as interpreters/translators during their break time can adversely impact their own health maintenance by diminishing badly-needed rest from these stressful jobs.

Learning French and English was also seen by workers as an important strategy to address communication barriers. There are few opportunities to learn in the context of factory work, and outside of the factory interactions are often limited to members of one's family and language group. Accordingly, many workers had taken or were taking language classes, at times taking both French and English classes consecutively. Free, government-sponsored part-time classes are offered on days, evenings and weekends. However, not all locations offer a particular level according to a particular schedule (e.g. beginners/evening). This means that individuals at times must travel great distances to attend classes. In this factory,

government-sponsored French classes are offered after work, from four to six, twice a week. However, since overtime is regularly offered after work, many miss classes in order to work. Gender-specific circumstances may also be at play. In the evening, many men go to school to update their qualifications or learn a new skill or have a second or third job. Many women, on the other hand, have family responsibilities:

They [the men] don't have time to study. Sometimes he work two jobs...The men, not the women. At least they work...8 hours here, maybe over there 5 hours. ("Salima")

I didn't really take the opportunity [to learn French], because having kids and work is difficult. I have 4 [kids]. No time. ("Lisa")

Although the majority of individuals taking government-sponsored French classes are women (~60%) (Ministère de l'immigration et des communautés culturelles 2006), cultural norms in certain communities may hinder women's language learning. "Salima", for instance explained that for many women in her community, "the husband don't want to let them go to school".

While learning French and English impacts occupational health through the positive mechanisms outlined above, it may also impact workers' health negatively as a result of their crowded schedules:

Finish [work] four o'clock. I stay two hours in the cafeteria...I study something. Two days I learn French [in the factory]. Four to six. After six o'clock going to study [in a technical school]. After go back to home ten thirty...When I go back home I am very, very tired. Like a dead body. ("Abdul")

I was going to night classes, for English...at 18:30. But I just have time to go home and go back. I don't even have time to eat. At 21:30-22:00, finished, and then very tired. ("Clara", translated from French)

## 5.6 Conclusions

Our study described some mechanisms linking language proficiency to occupational health in a Montreal garment factory. We found that language influenced work-related health by affecting workers' ability to understand and communicate information and by supporting

relationships that can impact health. We found that in order to address communication barriers, workers enlisted the help of informal interpreters, translators and informers and made efforts to learn the country's official languages, and that these strategies had implications for health. At times, we found women to have distinct experiences because of factors such as cultural norms and family responsibilities. This study highlights the importance of relationships that are not dictated by work for work-related health. Previous studies on the link between language proficiency and occupational health have focused almost exclusively on the "information" and "prescribed" dimensions of communication (Cole and Brown 1996; Hong 2001; Krahn et al. 1990; Loosemore and Lee 2002; Smith 1993; Trajkovski and Loosemore 2006; Wallerstein 1992).

In this article we did not discuss access to medical care and workers' compensation due to our limited data on these issues; however, research indicates that language difficulties may also limit access (Gravel et al. 2006). In addition, because of the nature of factory work, the kinds of communications involved in the service or care sectors could not be observed. French researchers have documented the role of language-related activities in a variety of settings including contexts of collective or cooperative work (Grusenmeyer and Trognon 1997; Lacoste 2000) or situations involving care provision (Cosnier et al. 1993). Investigating these relationships from a language proficiency and occupational health perspective would undoubtedly reveal important dynamics not identified in our study.

Our study is set in a large unionized factory and was done with collaboration of the women's committee of the union confederation. The majority of immigrants to Québec, and women particularly, are employed in smaller and non-unionized workplaces (Renaud 2001) to which researchers' access is limited. Parallel to the interviews reported in this article, we conducted through Montreal community organizations a number of focus groups, individual interviews and workshops on health and safety issues with non-unionized immigrant workers employed in various smaller factories. Though not presented here, these exchanges suggest that these individuals are faced with more severe problems and that they fail to benefit from some of the more formalized strategies presented in this article. In addition, we predominantly interviewed individuals who communicated relatively well in French or

English. These individuals are not those facing the greatest communication barriers. Further qualitative research is needed on mechanisms that contribute to social inequalities in occupational health in a variety of settings and with various populations.

Given the importance accorded to the protection of French culture and language in Québec, it is not surprising that the public discourse with regard to immigrants has largely emphasized the need for their integration into the French majority. While the government should encourage language-learning and address obstacles to class attendance, we suggest that these initiatives alone will not result in equality or in fewer work-related health problems in the immigrant population. There is a need to address the structural conditions that can influence health. In the factory, a number of organizational factors were shown to amplify the difficulties identified: the amount and quality of the available OHS information, the lack of systematic training, the individual responsibility for dealing with health and safety issues, the policy of mixing ethnic groups on the factory floor, the no-talking rule, the production demands, and the issue of favouritism. At the level of governmental policies, the amount and quality of information on risks and prevention, the abolition of the decree system, the instability of the garment industry, and the accessibility of language classes were found to contribute to problems experienced by workers. As well, there is a need to address factors not related to language, such as discrimination on the basis of ethnicity in working conditions, that have been shown to contribute to inequalities in occupational health (Dembe 1999).

While not sufficient to tackle all the issues at hand, the presence of union delegates from both sexes representing the factory's main language groups, the interpretation/translation system supported by union and human resources staff, and the adaptation of some OHS information to workers facing language barriers are all examples of positive initiatives. These examples of accommodation of cultural diversity in the workplace are in line with the principle of "reasonable accommodation", as defined by Canadian case law (Nash 1990). Building on initiatives such as these is crucial for the protection of immigrants' health and well-being in the short term.

### **5.7 Acknowledgements**

This research was supported by the Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) and by the Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ). We thank Raymond Baril, Tess Tesalona, Ana-Maria Seifert, Patrizia Romito and James Roach for their valuable comments on earlier drafts of this manuscript.

## CHAPITRE VI

### DISCUSSION

Nos travaux ont permis d'expliciter la nature de la relation entre l'ethnicité et l'exposition aux risques en milieu de travail dans le contexte montréalais. Il s'agit d'une des rares études canadiennes effectuées sur ce sujet. L'analyse quantitative a permis de déterminer que les minorités ethniques, définies sur la base de diverses variables, avaient une probabilité plus élevée de se retrouver dans un emploi à risque d'une lésion professionnelle indemnisée ou d'une lésion indemnisée ayant une durée élevée. Nos résultats concordent avec les résultats d'études américaines qui ont démontré que les minorités ethniques étaient surreprésentées dans les emplois les plus à risque (Friedman-Jimenez 1989; Frumkin et coll. 1999; Moure-Eraso et Friedman-Jimenez 2001). Plus précisément, notre analyse a démontré que les proportions d'immigrants, d'immigrants récents, d'immigrants de certaines régions, de minorités linguistiques, de minorités visibles et de certains groupes de minorités visibles étaient positivement et significativement liées au taux de fréquence des lésions et à la durée moyenne d'indemnisation à travers les catégories d'emplois. Pour certains groupes, notamment les immigrants, cette situation était vraie pour les femmes seulement. Plusieurs études américaines et européennes ont trouvé que ces caractéristiques étaient associées à un risque accru de lésion professionnelle, qu'il existait des différences selon le genre, et que ces résultats s'expliquaient entre autres par des différences au niveau des emplois occupés (Berdahl 2008; Corvalan et coll. 1994; Döös et coll. 1994; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007; Friedman et Forst 2008; Loh et Richardson 2004; Okurowski et coll. 2003; Vartia-Väänänen et coll. 2006). Ce travail constitue une contribution originale parce que bien que de nombreuses études canadiennes aient documenté des inégalités selon l'ethnicité dans les emplois occupés (Badets et Howatson-Leo 1999; Jackson 2002), aucune n'avait jusqu'ici considéré le niveau de risque associé à ces emplois.

L'analyse qualitative, d'autre part, a permis de décrire les conditions de travail dans un milieu où les minorités ethniques, plus particulièrement les femmes immigrantes, sont surreprésentées. Notre analyse d'une entreprise de fabrication de vêtements a mis en lumière des conditions de travail difficiles dans un contexte de travail parcellisé, à la pièce et à la chaîne. Ainsi, les exigences de production et de qualité et les contraintes du travail pouvaient avoir un impact négatif sur la santé physique et psychologique des travailleurs(euses) à court et à long terme. Notre analyse a révélé toutefois que ces risques n'étaient pas distribués de manière uniforme sur l'ensemble de la main d'œuvre, et que certains facteurs liés à l'ethnicité et au genre pouvaient influencer l'exposition aux risques dans ce milieu de travail. Notamment, nous avons identifié des différences selon le genre dans les tâches effectuées à l'intérieur de titres d'emplois identiques qui pouvaient influencer les risques auxquels les travailleurs(euses) étaient exposés. Nous n'avons pas identifié de telle division ethnique du travail en raison de la politique de cette entreprise de mélanger les groupes ethniques sur le plancher. Nos résultats viennent appuyer les résultats d'études antérieures qui ont identifié des différences sociales dans les tâches effectuées pour des titres d'emplois identiques (Avril 2003; Lloyd 1971; McMullin et Marshall 2001; Messing et coll. 1998; Messing et coll. 1994; Scherzer 2003).

Plusieurs facteurs liés à l'ethnicité et au genre influençaient également l'exposition aux risques à l'intérieur de mêmes tâches de travail. Premièrement, les réalités socioéconomiques des travailleurs(euses) immigrants incitaient ceux-ci à utiliser des stratégies de production pour la plupart néfastes pour leur santé, à faire du temps supplémentaire, à avoir un ou des emplois supplémentaires et à prendre des cours de langue et de formation. Les hommes, plus souvent que les femmes, avaient des emplois supplémentaires et prenaient des cours, une situation qui s'expliquait par le fait que les femmes étaient plus souvent responsables des tâches familiales. Ces activités amplifiaient l'impact du travail à la pièce en augmentant le degré d'exposition et en diminuant le temps de récupération. Alors que l'influence de la réalité socioéconomique sur le rapport avec le risque a été discutée ailleurs (Aguilar et Podolsky 2006; Facey 2003; Richardson et coll. 1997), le rôle important du cumul d'activités (emplois, cours, etc.) chez les travailleurs(euses) immigrants et l'impact de ces activités sur la santé et sécurité est un aspect qui a rarement été

abordé. En fait, nous avons identifié une seule étude mentionnant le cumul d'emplois chez les travailleurs hispaniques comme une des raisons pouvant expliquer leur taux plus élevé de mortalité liée au travail dans le secteur de la construction (Dong et Platner 2004).

Notre analyse a aussi démontré que des situations de favoritisme sur la base de l'ethnicité et du genre de la part de certains superviseur(e)s et travailleurs(euses) auxiliaires, comme par exemple dans la distribution des paquets, pouvaient influencer les risques auxquels les travailleurs(euses) étaient exposés. Nous avons aussi décrit les façons par lesquelles la connaissance des langues officielles influençait l'exposition aux risques en affectant la capacité des travailleurs(euses) à comprendre et communiquer de l'information relative à la santé et sécurité et en agissant sur les relations interpersonnelles qui régissaient les conditions de travail. Le lien entre des facteurs tels que la discrimination et la langue et la santé liée au travail a déjà été constaté (Din-Dzietham et coll. 2004; Hitlan et coll. 2006; Krahn et coll. 1990; Loosemore et Lee 2002; Mays et coll. 1996; Miller et Travers 2005), toutefois ces problématiques ont rarement été explorées de manière qualitative, et jamais dans le contexte québécois. Ainsi, la spécificité montréalaise, plus particulièrement la nécessité de maîtriser à la fois le français et l'anglais, a révélé une complexité additionnelle à laquelle étaient confrontés les travailleurs(euses) immigrants.

Notre étude a également mis en évidence le rôle des stratégies individuelles et collectives employées par les travailleurs(euses) pour faire leur production et pour protéger leur santé. Elle a aussi identifié le rôle de l'ethnicité, notamment de la langue, dans la structuration des stratégies collectives, une situation qui a été notée dans d'autres contextes, notamment chez les préposées aux chambres d'hôtels (Seifert et Messing 2006). L'identification de stratégies de protection de la santé est un résultat particulièrement intéressant parce qu'il va à l'encontre de certaines perceptions des travailleurs(euses) immigrants comme étant peu préoccupés par la santé et sécurité (Gravel et coll. 2001). En fait, notre étude a démontré que les travailleurs(euses) immigrants étaient très préoccupés par leur santé, toutefois ils se retrouvaient parfois dans l'obligation de prendre des décisions qui les mettaient à risque en raison de leur précarité socioéconomique ou de facteurs liés à l'organisation du travail. En plus des stratégies de production et de protection de la santé,

l'analyse a identifié certaines stratégies de communication des travailleurs(euses) qui avaient un impact parfois positif, parfois négatif sur la santé. Jusqu'ici, les études avaient plutôt identifié des stratégies de communication des superviseurs à l'intérieur de milieux multilinguistiques (Loosemore et Lee 2002). Les stratégies que nous avons identifiées positionnent les travailleurs(euses) comme des acteurs impliqués dans une lutte quotidienne dont l'objectif est d'améliorer leurs conditions de travail et de vie.

Bien que notre étude ait mis l'emphase sur les facteurs influençant l'exposition aux risques, les résultats ont aussi démontré que les problèmes de santé entraînaient des répercussions économiques et sociales parfois dévastatrices chez cette population déjà défavorisée en influençant la productivité et le salaire, la nécessité d'obtenir un emploi supplémentaire ou la capacité de le maintenir, la possibilité de suivre des cours, la mobilité professionnelle, l'entourage familial et les possibilités d'avenir. Ces résultats viennent appuyer ceux des quelques études américaines portant sur l'impact des problèmes de santé liés au travail chez les minorités ethniques (Anderson et coll. 2000; Friedman-Jimenez 1989; Frumkin et coll. 1995). De plus, nos résultats indiquent que l'ethnicité jouerait un rôle par rapport à la sous-déclaration des accidents et maladies liés au travail en raison de facteurs tels que le manque d'information, les difficultés de communication et la peur des répercussions, ce qui pourrait entraîner un plus grand recours aux congés-maladies et une augmentation de la tendance à travailler malade. Ces mêmes facteurs ont été identifiés dans les contextes américain et européen (Burgel et coll. 2004; Frumkin et coll. 1995; Lashuay et Harrison 2006; McKay et coll. 2006; Pransky et coll. 2002; Scherzer et coll. 2005). Il est à noter toutefois que nous n'avons pas constaté de problèmes particuliers liés à l'accès aux soins de santé. Il est possible que la couverture quasi-universelle au Canada<sup>36</sup> ait joué un rôle à ce niveau.

Nos résultats viennent valider, dans un contexte canadien, le modèle conceptuel proposé par Lipscomb et collègues (2006) sur les inégalités sociales en santé et sécurité du travail. Ainsi, il existerait une exposition différentielle selon l'ethnicité aux risques liés au

---

<sup>36</sup> à l'exception du délai de carence de 3 mois pour les nouveaux arrivants dans certaines provinces canadiennes dont le Québec

travail en raison de la surreprésentation des minorités ethniques dans les emplois les plus à risque, ainsi qu'en raison de différences selon l'ethnicité à l'intérieur de mêmes titres d'emplois et tâches de travail. En fait, notre étude propose une contribution conceptuelle en ce qui a trait au rôle du niveau « intra-tâche » pour la compréhension des inégalités selon l'ethnicité en santé et sécurité. Notre étude constitue une des rares ayant examiné de manière explicite les processus liés à l'ethnicité qui peuvent influencer l'exposition différentielle aux risques à l'intérieur de mêmes titres d'emplois et tâches de travail. Le design de l'étude n'a toutefois pas permis l'exploration de certaines différences intra-tâches notées dans la littérature, notamment l'influence de la culture sur le rapport avec le risque et la santé, l'influence de l'âge et de l'expérience de travail, les différences dans l'environnement de travail physique et social, et le rôle des expositions cumulées au travail, à la maison et dans la communauté. De plus, certains sujets qui ont été abordés lors des entrevues n'ont pas été discutés dans la présente thèse parce que les informations obtenues étaient limitées. Notamment, nous n'avons pas discuté de l'influence de l'éducation, du statut légal d'immigrant ou du parcours d'immigration sur la santé et sécurité. Ces aspects méritent d'être explorés plus profondément dans des études ultérieures.

Le modèle de Lipscomb et collègues (2006), cependant, se base essentiellement sur le concept de « race » qui prévaut aux États-Unis, c'est-à-dire sur les différences en santé et sécurité selon le fait d'être « blanc », « noir » ou « hispanique ». Comme nous l'avons vu, il est possible de définir un groupe ethnique sur la base de diverses caractéristiques telles que le statut d'immigrant, le statut de minorité visible, la langue, etc. Chacune de ces caractéristiques en fait présente une relation particulière avec la santé et sécurité du travail. Par exemple, le statut d'immigrant, et particulièrement d'immigrant récent, pourrait être lié à des difficultés d'accès à l'information, à la peur des répercussions, à la discrimination, etc., tandis que le statut de minorité visible non-immigrante en théorie ne serait pas associé aux difficultés d'accès à l'information et à la peur des répercussions mais pourrait être lié à la discrimination. Il est donc important tenir compte de la complexité de la définition de l'ethnicité dans l'élaboration d'un modèle conceptuel propre au contexte canadien.

L'identification des mécanismes qui expliquent l'exposition différentielle aux risques est importante afin d'éviter d'identifier certaines populations comme étant « à risque » en raison de facteurs intrinsèques. L'approche par facteurs de risques des études épidémiologiques est particulièrement problématique si les mécanismes sous-jacents ne sont pas explicités. Ainsi, certaines études ont présenté des associations positives entre le statut de minorité ethnique et le taux de fréquence de lésions professionnelles sans toutefois en expliquer les raisons (pour un exemple voir Wang et coll. 2007). Cela soulève des préoccupations éthiques quant à l'identification d'inégalités, car les taux plus élevés de lésions professionnelles chez certains groupes peuvent être et ont été interprétés comme reflétant une susceptibilité accrue au lieu d'une exposition plus importante.

Selon le modèle, les comportements et caractéristiques des institutions, plutôt que des travailleurs(euses) individuels, expliqueraient les inégalités. L'objectif est d'éviter de « blâmer les victimes » en mettant l'accent seulement sur la responsabilité individuelle. L'étude quantitative ne nous a pas permis d'explorer les raisons qui expliquent l'association positive entre la proportion de minorités ethniques et le niveau de risque indemnisé. Selon Lipscomb et collègues (2006), la surreprésentation des minorités dans les emplois les plus à risque serait due à la fois à des facteurs individuels (éducation, qualifications, etc.) et institutionnels (politiques du travail, discrimination institutionnelle, etc.). Pareillement, au Canada, des facteurs tels que l'éducation, l'expérience de travail, la reconnaissance des qualifications, les réseaux interpersonnels, la connaissance des langues officielles et la discrimination déterminent les emplois auxquels ont accès les minorités ethniques (Baklid 2004; Chui 2003; Jackson 2002; Scassa 1994). En fait, l'étude qualitative a démontré que la non-reconnaissance des qualifications jouait un rôle important à ce niveau. Les emplois auxquels les minorités ont accès sont souvent les moins recherchés en raison de caractéristiques telles que le niveau de risque, la rémunération, la précarité, la présence d'un syndicat et le niveau de prestige. Toutefois, un emploi à risque peut être considéré comme un « bon emploi » si le risque est compensé et encadré. Par exemple, dans certaines régions, les emplois dangereux dans le secteur manufacturier, la foresterie et la construction sont bien rémunérés et syndiqués. Ils sont donc recherchés par la majorité et peu accessibles aux minorités. Des modèles explicatifs se doivent donc d'être développés afin d'explicitier les

caractéristiques des emplois qui déterminent les caractéristiques de la main d'œuvre qui les occupent.

L'étude qualitative, d'autre part, a démontré que les facteurs intra-tâches ne sont pas purement individuels ; ils incorporent divers éléments institutionnels qui viennent créer ou amplifier les difficultés vécues par les travailleurs(euses) immigrants. Par exemple, nous avons constaté que le favoritisme dans la distribution des paquets était permise par l'organisation du travail, notamment par le manque de régularité dans la quantité et qualité du matériel, par le contrôle exercé par les travailleurs(euses) auxiliaires, et par le manque de surveillance des superviseur(e)s. Nous avons aussi noté que les problèmes de communication des travailleurs(euses) étaient amplifiés par des facteurs organisationnels tels que les lacunes dans la disponibilité et la qualité de l'information, l'absence de formation systématique, la responsabilité individuelle pour la santé et sécurité, la politique de mélanger les groupes ethniques sur le plancher, le règlement empêchant les travailleurs(euses) de parler durant les heures de travail, et les exigences élevées de production. Au niveau des politiques gouvernementales, les lacunes dans la disponibilité et la qualité de l'information, l'abolition des décrets dans l'industrie du vêtement, l'instabilité de l'industrie et l'accessibilité des cours de langues contribuaient aux problèmes observés. Les défaillances des politiques gouvernementales d'intégration contribuaient aussi à la précarité socioéconomique des travailleurs(euses) immigrants, et donc au recours à des stratégies néfastes pour la santé, au temps supplémentaire, aux emplois supplémentaires et aux cours de langue et de formation.

Les stratégies de prévention et de réduction des risques chez les travailleurs(euses) de minorités ethniques se doivent donc de tenir compte non seulement des spécificités sociales et culturelles de ces populations, mais également des conditions structurelles qui influencent leur santé. Par exemple, en Angleterre, le « Health and Safety Commission » et le « Health and Safety Executive », les organismes responsables pour la régulation des risques en milieu de travail, ont développé un plan d'action qui prévoit entre autres une procédure d'évaluation des impacts de leurs politiques et pratiques pour les personnes de différents groupes ethniques (nommé « race impact assessment ») (Health and Safety Executive 2005). De telles initiatives se doivent d'être développées dans le contexte québécois. Il est important de

mentionner que la présente étude a donné lieu à un rapport de recherche qui fut réalisé en collaboration avec le Service de la condition féminine de la FTQ et présenté au syndicat local concerné (Premji et coll. 2008b). Le rapport contient plusieurs recommandations aux niveaux local, syndical et gouvernemental. Entre autres, des recommandations ont été faites sur les aspects de l'organisation du travail et des politiques gouvernementales qui ont été identifiées comme problématiques.

Cette étude démontre le besoin de poursuivre l'étude des inégalités selon l'ethnicité en santé et sécurité du travail dans le contexte canadien, et plus particulièrement d'examiner les multiples facettes de l'ethnicité en lien avec la santé et sécurité du travail. Présentement, la quasi-totalité des études canadiennes dans ce domaine a exploré la situation des travailleurs(euses) immigrants. Bien que nous ayons identifié des différences selon l'ethnicité au niveau des emplois occupés ainsi qu'à l'intérieur d'emplois et de tâches de travail, nous ne savons pas si ces différences se traduisent par un taux plus élevé de lésions professionnelles chez ces populations. Les lacunes au niveau des données canadiennes, c'est-à-dire l'absence d'information sur le groupe ethnique dans les données administratives et les limites des enquêtes nationales et provinciales, contribuent à l'invisibilité du problème. En même temps, l'inclusion d'information sur le groupe ethnique dans les bases de données administratives peut s'avérer problématique car ces données ont le potentiel d'être interprétées de telle sorte qu'elles cautionnent des idées ou des pratiques discriminatoires. Il importe donc, à la base, de cueillir des données qui permettent d'étudier ces questions, tout en maintenant un équilibre entre la protection des individus contre la discrimination et la capacité des chercheurs à documenter les inégalités. Le programme fédéral d'équité en emploi est un exemple d'une telle initiative. Dans la fonction publique, ce programme comprend une déclaration volontaire de la part des membres des groupes désignés (les femmes, les autochtones, les personnes handicapées et les membres de minorités visibles) afin d'assurer l'équité en emploi. Les renseignements contenus dans la déclaration sont confidentiels, et ils sont versés dans la Banque de données sur l'équité en emploi au Secrétariat du Conseil du Trésor à laquelle seuls les employés du ministère affectés à l'équité en emploi et un nombre restreint d'employés du Secrétariat du Conseil du Trésor ont accès. Tous les renseignements recueillis servent à des fins statistiques (<http://www.psagency-agencefp.gc.ca/ee-fra.asp>).

## CONCLUSION

Cette étude a déterminé, dans le contexte montréalais, que les minorités ethniques avaient une probabilité plus élevée de se retrouver dans les emplois les plus à risque d'une lésion professionnelle indemnisée ou d'une lésion indemnisée ayant une durée élevée. L'étude a aussi établi, dans le contexte d'une entreprise de fabrication de vêtements, que les risques à l'intérieur d'emplois et de tâches de travail n'étaient pas distribués de manière uniforme sur la population. Ce travail constitue une contribution originale aux connaissances parce qu'il existe très peu de données canadiennes sur cette question. De plus, aucune étude canadienne n'avait jusqu'ici exploré la thèse de la surreprésentation des minorités ethniques dans les emplois à risque, et peu d'études avaient examiné de manière explicite les processus liés à l'ethnicité qui peuvent influencer l'exposition différentielle aux risques à l'intérieur de mêmes titres d'emplois et tâches de travail. Des facteurs individuels et institutionnels, en interaction, servent à créer et amplifier les différences observées. Les stratégies de prévention et de réduction des risques chez les travailleurs(euses) de minorités ethniques doivent donc tenir compte non seulement des spécificités sociales et culturelles de ces populations, mais également des conditions structurelles qui influencent leur santé. La diversité croissante de la main d'œuvre et la préoccupation pour les questions d'équité en santé font de ces questions une priorité.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aguilar, T. et Podolsky, L. 2006. 'Risk amid recovery: occupational health and safety of Latino immigrant workers in the aftermath of the Gulf Coast hurricanes'. Los Angeles: UCLA Labor Occupational Safety and Health Program and the National Day Laborer Organizing Network.
- Ahonen, E.Q., Benavides, F.G. et Benach, J. 2007. 'Immigrant populations, work and health-- a systematic literature review'. *Scand J Work Environ Health* 33: 96-104.
- al-Arrayed, A. et Hamza, A. 1995. 'Occupational injuries in Bahrain'. *Occup Med (Lond)* 45: 231-3.
- Anderson, J.T.L., Hunting, K.L. et Welch, L.S. 2000. 'Injury and employment patterns among Hispanic construction workers'. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 42: 176-186.
- Araibia, A. 1977. 'Plus de quatre millions d'émigrés travaillent en France' *Safety and health of migrant workers international symposium*: Bureau international du travail.
- Armstrong, P. et Armstrong, H. 1994. *The double ghetto: Canadian women and their segregated work*. Toronto: McClelland & Stewart Inc.
- Avril, C. 2003. 'Quel lien entre travail et classe sociale pour les travailleuses du bas de l'échelle? L'exemple des aides à domicile auprès des personnes âgées dépendantes'. *Lien social et Politiques* 49: 147-154.
- Azaroff, L.S., Levenstein, C. et Wegman, D.H. 2003. 'Occupational health of southeast asian immigrants in a U.S. city: a comparison of data sources'. *American Journal of Public Health* 93: 593-598.
- Badets, J. et Howatson-Leo, L. 1999. 'Les nouveaux immigrants dans la population active' *Tendances Sociales Canadiennes*.
- Bakan, A.B. et Stasiulis, D.K. 1995. 'Making the match: domestic placement agencies and the racialization of women's household work'. *Signs* 20: 303-335.
- Baker, C.C. 1987. 'Ethnic differences in accident rates at work'. *Br J Ind Med* 44: 206-11.
- Baklid, B. 2004. 'The voices of visible minorities speaking out on breaking down barriers'. Ottawa: The Conference Board of Canada.
- Basok, T. 1999. 'Free to be unfree: Mexican guest workers in Canada'. *Labour, Capital and Society* 32: 192-221.

- Basran, G.S. et Zong, L. 1998. 'Devaluation of foreign credentials as perceived by visible minority professional immigrants'. *Canadian Ethnic Studies* 30: 6-23.
- Berdahl, T.A. 2008. 'Racial/ethnic and gender differences in individual workplace injury risk trajectories: 1988-1998'. *Am J Public Health*.
- Bhui, K., Stansfeld, S., McKenzie, K., Karlsen, S., Nazroo, J. et Weich, S. 2005. 'Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom'. *Am J Public Health* 95: 496-501.
- Boutet, J. 1993. 'Activité de langage et activité de travail'. *Futur antérieur* 2: 109-117.
- Brage, S., Nygård, J. et Tellnes, G. 1998. 'The gender gap in musculoskeletal-related long term sickness absence in Norway'. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 26: 34-43.
- Breslin, F.C., Smith, P., Mustard, C. et Zhao, R. 2006. 'Young people and work injuries: an examination of jurisdictional variation within Canada'. *Inj Prev* 12: 105-10.
- Brisson, C., Vinet, A., Vezina, M. et Gingras, S. 1989. 'Effect of duration of employment in piecework on severe disability among female garment workers'. *Scand J Work Environ Health* 15: 329-34.
- Brown, E.M. 1975. 'A focus on the occupational health needs of the non-white worker'. *Occupational Health Nursing* March: 14-16.
- Brown, P. 1995. 'Race, class, and environmental health: a review and systematization of the literature'. *Environ Res* 69: 15-30.
- Brunette, M.J. 2005. 'Development of educational and training materials on safety and health. Targeting Hispanic workers in the construction industry'. *Family & Community Health* 28: 253-266.
- Buchanan, S., Orris, P., Frumkin, E., Moriarty, J., Vossenas, P., Mirer, F., Krause, N. et Punnett, L. 2007. 'Race, ethnicity and gender-based disparities in injury rates among U.S. hotel workers' *PREMUS conference*. Boston.
- Burawoy, M. 1979. *Manufacturing consent. Changes in the labor process under monopoly capitalism*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Burawoy, M. 1980. 'The politics of production and the production of politics: a comparative analysis of piecework machine shops in the United States and Hungary'. *Political Power and Social Theory* 1: 261-299.
- Bureau international du travail 1983. 'Safety and health of migrant workers. International symposium'. Occupational Safety and Health Series no.41.

Burgel, B.J., Lashuay, N., Israel, L. et Harrison, R. 2004. 'Garment workers in California: health outcomes of the Asian Immigrant Women Workers Clinic'. *AAOHN Journal* 52: 465-75.

Carangan, M., Tham, K.Y. et Seow, E. 2004. 'Work-related injury sustained by foreign workers in Singapore'. *Ann Acad Med Singapore* 33: 209-13.

Caroly, S., Boussard, V. et Loriol, M. 2005. 'Du rapport entre jeunes et anciens au collectif de travail: Cas des gardiens de la paix' *Xèmes Journées de sociologie du travail*. Rouen.

Centrale des syndicats nationaux 1989. 'Résumé du "rapport d'enquête sur la situation des membres de la CSN provenant des communautés culturelles"'. Suivi des commentaires et recommandations du Comité d'immigration'. Montréal.

Chen, G.X. et Layne, L.A. 1999. 'Where African-American women work and the nonfatal work-related injuries they experienced in the U.S. in 1996, compared to women of other races'. *American Journal of Industrial Medicine Supplement* 1: 34-36.

Chen, J.T., Krieger, N., Eeden, S.K.V.D. et Quesenberry, C.P. 2002. 'Different slopes for different folks: socioeconomic and racial / ethnic disparities in asthma and hay fever among 173,859 U.S. men and women.' *Environmental Health Perspectives* 110: 211-216.

Cheng, Y.H. 1997. 'Explaining disablement in modern times: hand-injured workers' accounts of their injuries in Hong Kong'. *Social Science and Medicine* 45: 739-750.

Chui, T. 2003. 'Highlights of the longitudinal survey of immigrants to Canada: Process, progress and prospects'. Ottawa: Statistics Canada. Minister of Industry.

Citizenship and Immigration Canada 2005. 'Recent immigrants in metropolitan areas: Montréal - a comparative profile based on the 2001 census'. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.

Cole, B.L. et Brown, M.P. 1996. 'Action on worksite health and safety problems: A follow-up survey of workers participating in a hazardous waste worker training program'. *American Journal of Industrial Medicine* 30: 730-743.

Corvalan, C.F., Driscoll, T.R. et Harrison, J.E. 1994. 'Role of migrant factors in work-related fatalities in Australia'. *Scand J Work Environ Health* 20: 364-70.

Cosnier, J., Grosjean, M. et Lacoste, M. 1993. 'Soins et communications. Approches interactionnistes des relations de soins'. Lyon: Presses universitaires de Lyon.

Costich, J.F., Bunn, T.L. et Nicholson, V. 2006. 'Occupational injury disparities in patients with and without worker compensation coverage' *134th Annual Meeting of the American Public Health Association*. Boston.

- Dahlberg, R., Karlqvist, L., Bildt, C. et Nykvist, K. 2004. 'Do work technique and musculoskeletal symptoms differ between men and women performing the same type of work tasks?' *Appl Ergon* 35: 521-9.
- Davis, M. et Rowland, A. 1983. 'Problems faced by minority workers' dans Levy, B.S. et Wegman, D.H. (eds.) *Occupational health: recognizing and preventing work-related disease*. Boston: Little Brown & Company.
- Dembe, A. 1999. 'Social inequalities in occupational health and health care for work-related injuries and illnesses'. *International Journal of Law and Psychiatry* 22: 567-579.
- Dembe, A.E. 1996. *Occupation and disease. How social factors affect the conception of work-related disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Dembe, A.E., Savageau, J.A., Amick, B.C., 3rd et Banks, S.M. 2005. 'Racial and ethnic variations in office-based medical care for work-related injuries and illnesses'. *J Natl Med Assoc* 97: 498-507.
- Din-Dzietham, R., Nembhard, W.N., Collins, R. et Davis, S.K. 2004. 'Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999-2001'. *Soc Sci Med* 58: 449-61.
- Djordjevic, D. 1977. 'Les accidents du travail et la morbidité des travailleurs migrants, aperçu général' *Safety and health of migrant workers international symposium*: Bureau international du travail.
- Dong, X. et Platner, J.W. 2004. 'Occupational fatalities of Hispanic construction workers from 1992 to 2000'. *Am J Ind Med* 45: 45-54.
- Döös, M., Laflamme, L. et Backström, T. 1994. 'Immigrants and occupational accidents: a comparative study of the frequency and types of accidents encountered by foreign and Swedish citizens at an engineering plant in Sweden'. *Safety Science* 18: 15-32.
- Duchemin, É., Guyon, S., Lacroix, S. et Si-Ammour, S. 2003. 'Étude exploratoire sur la situation des salariées immigrantes du Québec, recensement de 1996'. Montréal: CAMO-Personnes Immigrantes.
- Duguay, P. et Cloutier, E. 1996. 'Taux d'incidence des accidents du travail et vieillissement: l'importance du type de dénominateur'. *Cahiers québécois de démographie* 25: 279-291.
- Duguay, P., Hébert, F. et Massicotte, P. 2003. 'Les indicateurs de lésions indemnisées en santé et en sécurité du travail du Québec: analyse par profession'. Montréal: IRSST.
- Duguay, P., Massicotte, P. et Prud'homme, P. à paraître en 2008. 'Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2000-2002: I - Profil statistique par activité économique'. Montréal: IRSST.

- Dula, A., Kurtz, S. et Samper, M.-L. 1993. 'Occupational and environmental reproductive hazards education and resources for communities of color'. *Environmental Health Perspectives* 101: 181-189.
- Edwards, P.K. et Scullion, H. 1982. *The social organization of industrial conflict: control and resistance in the workplace*. Oxford: Basil Blackwell.
- Elkind, P.D., Pitts, K. et Ybarra, S.L. 2002. 'Theatre as a mechanism for increasing farm health and safety knowledge'. *American Journal of Industrial Medicine Supplement*: 28-35.
- Engkvist, I.-L., Hjelm, E.W., Hagberg, M., Menckel, E. et Ekenvall, L. 2000. 'Risk indicators for reported over-exertion back injuries among female nursing personnel'. *Epidemiology* 11: 519-522.
- Escriba-Aguir, V., Martin-Baena, D. et Perez-Hoyos, S. 2006. 'Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff'. *Int Arch Occup Environ Health* 80: 127-33.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007. 'Employment and working conditions of migrant workers'. Dublin.
- Facey, M.E. 2003. 'The health effects of taxi driving. The case of visible minority drivers in Toronto'. *Canadian Journal of Public Health* 94: 254-257.
- Falzon, P. 1996. 'Travailler par le langage'. *Performances Humaines et techniques*: 3-8.
- Fausto-Sterling, A. 2000. *Sexing the body*. New York: Basic Books.
- Ferrie, J.E., Head, J., Shipley, M.J., Vahtera, J., Marmot, M.G. et Kivimaki, M. 2006. 'Injustice at work and incidence of psychiatric morbidity: the Whitehall II study'. *Occup Environ Med* 63: 443-50.
- Flores, G. 2006. 'Language barriers to health care in the United States'. *The New England Journal of Medicine* 355: 229-231.
- Frazer, M.B., Norman, R.W., Wells, R.P. et Neumann, P.W. 2003. 'The effects of job rotation on the risk of reporting low back pain'. *Ergonomics* 46: 904-19.
- Friedman, L.S. et Forst, L. 2008. 'Ethnic disparities in traumatic occupational injury'. *J Occup Environ Med* 50: 350-8.
- Friedman-Jimenez, G. 1989. 'Occupational disease among minority workers: a common and preventable public health problem'. *AAOHN Journal* 37: 64-70.
- Frumkin, H., Walker, E.D. et Friedman-Jiménez, G. 1999. 'Minority workers and communities'. *Occupational Medicine* 14: 495-517.

- Frumkin, H., Williamson, M., Magid, D., Holmes, J.H. et Grisso, J.A. 1995. 'Occupational injuries in a poor inner-city population'. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 37: 1374-1382.
- Gallo, M.L. 2002. 'Picture this: Immigrant workers use photography for communication and change'. *Journal of Workplace Learning* 14: 49-57.
- Gannagé, C.M. 1999. 'The health and safety concerns of immigrant women workers in the Toronto sportswear industry'. *International Journal of Health Services* 29: 409-429.
- Gauvreau, J. 1994. 'Incognito: les travailleuses immigrantes dans l'industrie de l'habillement à Montréal'. Québec: Ministère de la sécurité du revenu.
- Geddes, L.A. et Heywood, J.S. 2003. 'Gender and piece rates, commissions, and bonuses'. *Industrial Relations* 42: 419-444.
- Gomes, J., Lloyd, O., Revitt, D.M. et Norman, J.N. 1997. 'Erythrocyte cholinesterase activity levels in desert farm workers'. *Occup Med (Lond)* 47: 90-4.
- Goodman, A.H. 2000. 'Why genes don't count (for racial differences in health)'. *American Journal of Public Health* 90: 1699-1702.
- Goulet, L. et Thériault, G. 1987. 'Association between spontaneous abortion and ergonomic factors. A literature review of the epidemiologic evidence'. *Scand J Work Environ Health* 13: 399-403.
- Gravel, S., Boucher, L. et Kane, M. 2003. 'La santé et la sécurité au travail des travailleurs immigrants à Montréal: résultats d'une enquête exploratoire'. *Pistes* 5.
- Gravel, S., Boucheron, L., Kane, M. et Groslier, Y. 2001. 'Santé et sécurité au travail. La situation des travailleuses et travailleurs immigrants à Montréal'. Montréal: Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Gravel, S., Brodeur, J.-M., Champagne, F., Lippel, K., Patry, L., Boucheron, L., Fournier, M. et Vissandjée, B. 2006. 'Critères pour apprécier les difficultés d'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles'. *Pistes* 8.
- Greenberg, J. et Cropanzano, R. 2001. 'Advances in organizational justice': Stanford University Press.
- Greene, J.C. et Caracelli, V.J. 1997. 'Defining and describing the paradigm issue in mixed-method evaluation' dans Greene, J.C. et Caracelli, V.J. (eds.) *Advances in mixed-method evaluation: The challenges and benefits of integrating diverse paradigms*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Greene, J.C., Caracelli, V.J. et Graham, W.D. 1989. 'Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs'. *Educational Evaluation and Policy Analysis* 11: 255-274.
- Grusenmeyer, C. et Trognon, A. 1997. 'Les mécanismes coopératifs en jeu dans les communications de travail: un cadre méthodologique'. *Le Travail humain* 60: 5-31.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J. et Kerguelen, A. 2006. *Comprendre le travail pour le transformer: la pratique de l'ergonomie*. Montrouge, France: ANACT.
- Hamilton, K. 1999a. 'Final report: immigrant workers' education and outreach project. Results of the MFL Occupational Health Centre's Needs Assessment'. Winnipeg: MFL Occupational Health Centre.
- Hamilton, K. 1999b. 'Immigrant workers' education and outreach project. Results of the MFL Occupational Health Centre's needs assessment.' Winnipeg: MFL Occupational Health Centre.
- Haraszti, M. 1977. *A worker in a worker's state*. Harmondsworth, England: Penguin Books.
- Health and Safety Executive 2005. 'Race and equality scheme for the Health and Safety Commission and the Health and Safety Executive 2005-2008'. London.
- Hébert, F., Duguay, P., Massicotte, P. et Lévy, M. 1996. 'Révision des catégories professionnelles utilisées dans les études de l'IRSST portant sur les indicateurs quinquennaux de lésions professionnelles'. Montréal: IRSST.
- Herbert, R., Janeway, K. et Schechter, C. 1999. 'Carpal tunnel syndrome and workers' compensation among an occupational clinic population in New York State'. *Am J Ind Med* 35: 335-42.
- Herzog, M. 1980. *From hand to mouth. Women and piecework*. Markham: Penguin Books.
- Hitlan, R.T., Kelly, K.M., Schepman, S., Schneider, K.T. et Zárata, M.A. 2006. 'Language exclusion and the consequences of perceived ostracism in the workplace'. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 10: 56-70.
- Hong, O.-S. 2001. 'Limited English proficiency workers'. *AAOHN Journal* 49: 21-26.
- Huerta, E.E. et Macario, E. 1999. 'Communicating health risk to ethnic groups: reaching Hispanics as a case study'. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 25: 23-26.
- Institut de la Statistique du Québec 2001. 'Enquête sociale et de santé, 1998, 2ème édition'. Montréal.
- Institut de la Statistique du Québec 2002. 'Étude Santé Québec auprès des Communautés Culturelles 1998-1999'. Montreal.

- Jackson, A. 2002. 'Is work working for workers of colour?' Canadian Labour Congress.
- Kivimaki, M., Elovainio, M., Vahtera, J. et Ferrie, J.E. 2003. 'Organisational justice and health of employees: prospective cohort study'. *Occup Environ Med* 60: 27-33; discussion 33-4.
- Klein, L. 1964. 'Operators' attitudes to piecework'. *New Society* 16: 11-13.
- Krahn, H., Fernandes, A. et Adebayo, A. 1990. 'English language ability and industrial safety among immigrants'. *Sociology and Social Research* 75: 17-23.
- Krieger, N. 2001. 'The ostrich, the albatross, and public health: an ecosocial perspective - or why an explicit focus on health consequences of discrimination and deprivation is vital for good science and public health practice'. *Public Health Reports* 116: 419-423.
- Krieger, N. 2003. 'Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter?' *International Journal of Epidemiology* 32: 652-657.
- Krieger, N., Waterman, P.D., Hartman, C., Bates, L.M., Stoddard, A.M., Quinn, M.M., Sorensen, G. et Barbeau, E.M. 2006. 'Social hazards on the job: workplace abuse, sexual harassment, and racial discrimination--a study of Black, Latino, and White low-income women and men workers in the United States'. *Int J Health Serv* 36: 51-85.
- Labelle, M., Turcotte, G., Kempeneers, M. et Meintel, D. 1987. *Histoires d'immigrées. Itinéraires d'ouvrières Colombiennes, Grecques, Haïtiennes et Portugaises de Montréal*. Montréal: Les Éditions du Boréal Express.
- Lacoste, M. 2000. 'Le langage et la structuration des collectifs' dans Bencheqroun, T.H. et Weill-Fassina, A. (eds.) *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie*. Toulouse: Octarès Éditions.
- Lashuay, N. et Harrison, R. 2006. 'Barriers to occupational health services for low-wage workers in California. A report to the Commission on Health and Safety and Workers' Compensation, California Department of Industrial Relations'. San Francisco: University of California, San Francisco.
- Lee, G. et Wrench, J. 1980. "'Accident-prone immigrants": an assumption challenged'. *Sociology* 14: 551-566.
- Leplat, J. 2001. 'La gestion des communications par le contexte'. *Pistes* 3.
- Levenstein, C. et Wooding, J. 1998. 'Dying for a living. Workers, production, and the environment' dans Faber, D. (ed.) *The struggle for ecological democracy. Environmental justice movements in the United States*. New York: The Guilford Press.

- Levine, D.I. 1992. 'Piece rates, output restriction, and conformism'. *Journal of Economic Psychology* 13: 473-489.
- Lin, C.-Y.A., Williams, R.M., Shannon, H.S. et Wilkins, S. 2007. 'Work organization and its effect on the health of Chinese workers with English as a second language: A qualitative approach'. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* 28: 379-90.
- Lincoln, Y.S. et Guba, E. 1985. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: SAGE.
- Linhart, R. 1978. *L'établi*. Paris: Les Édition de Minuit.
- Lippel, K. 1999. 'Workers' compensation and stress: gender and access to compensation'. *International Journal of Law and Psychiatry* 22: 79-89.
- Lippel, K. 2003. 'Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec: systemic discrimination against women workers?' *International Journal of Health Services* 33: 253-281.
- Lippel, K., Lefebvre, M.-C., Schmidt, C. et Caron, J. 2005. 'Traiter la réclamation ou traiter la personne? Les effets du processus sur la santé des personnes victimes de lésions professionnelles'. Montréal: Université du Québec à Montréal, Service aux collectivités.
- Lippel, K., Messing, K., Stock, S. et Vézina, N. 1999. 'La preuve de la causalité et l'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif: rencontre des sciences de la santé et du droit'. *Recueil annuel de Windsor d'accès à la justice* 17: 35-85.
- Lipscomb, H.J., Dement, J.M., Epling, C.A., McDonald, M.A. et Schoenfisch, A.L. 2007a. 'Are we failing vulnerable workers? The case of black women in poultry processing in rural North Carolina'. *New Solutions* 17: 17-40.
- Lipscomb, H.J., Epling, C.A., Pompeii, L.A. et Dement, J.M. 2007b. 'Musculoskeletal symptoms among poultry processing workers and a community comparison group: Black women in low-wage jobs in the rural South'. *Am J Ind Med* 50: 327-38.
- Lipscomb, H.J., Loomis, D., McDonald, M.A., Argue, R.A. et Wing, S. 2006. 'A conceptual model of work and health disparities in the United States'. *International Journal of Health Services* 36: 25-50.
- Lloyd, J.W. 1971. 'Long-term mortality study of steel workers. V. Respiratory cancer in coke plant workers'. *Journal of Occupational Medicine* 13: 53-68.
- Loh, K. et Richardson, S. 2004. 'Foreign-born workers: trends in fatal occupational injuries, 1996-2001'. *Monthly Labor Review* June: 42-53.
- London, M. et Bhattacharya, A. 1985. 'The relation between frequency of industrial lifting and fatigue produced'. *Journal of Human Ergology* 14: 3-13.

- Loomis, D. et Richardson, D. 1998. 'Race and the risk of fatal injury at work'. *Am J Public Health* 88: 40-4.
- Loosemore, M. et Lee, P. 2002. 'Communication problems with ethnic minorities in the construction industry'. *International Journal of Project Management* 20: 517-524.
- Lucas, R. 1974. 'The distribution of job characteristics'. *Review of Economics and Statistics* 56: 530-40.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Cohen, R.D., Heck, K.E., Balfour, J.L. et Yen, I.H. 1998. 'Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States'. *American Journal of Public Health* 88: 1074-80.
- Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, A.E., Groenhof, F. et Geurts, J.J. 1997. 'Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health'. *Lancet* 7: 1655-1659.
- Malievskaia, E., Rosenberg, N. et Markowitz, S. 2002. 'Assessing the health of immigrant workers near ground zero: preliminary results of the World Trade Center Day Laborer Medical Monitoring Project'. *American Journal of Industrial Medicine* 42: 548-549.
- Martinez Noth, I., Forst, L.S. et Rocio, J. 2005. 'Occupational health risk perceptions of Latino migrant farmworkers in relation to their decision making process regarding protective eyewear use' *133rd Annual Meeting of the American Public Health Association*. Philadelphia.
- Mayhew, C. et Quinlan, M. 1999. 'The effects of outsourcing on occupational health and safety: a comparative study of factory-based workers and outworkers in the Australian clothing industry'. *International Journal of Health Services* 29: 83-107.
- Mays, V.M., Coleman, L.M. et Jackson, J.S. 1996. 'Perceived race-based discrimination, employment status, and job stress in a national sample of black women: implications for health outcomes'. *J Occup Health Psychol* 1: 319-29.
- McKay, S., Craw, M. et Chopra, D. 2006. 'Migrant workers in England and Wales: an assessment of migrant worker health and safety risks'. London: Health and Safety Executive.
- McMullin, J.A. et Marshall, V.W. 2001. 'Ageism, age relations, and garment industry work in Montreal'. *Gerontologist* 41: 111-22.
- Messing, K. 1998. *One-eyed science: occupational health and women workers*. Philadelphia: Temple University Press.
- Messing, K. et Boutin, S. 1997. 'La reconnaissance des conditions difficiles dans les emplois des femmes et les instances gouvernementales en santé et sécurité du travail'. *Relations Industrielles / Industrial Relations* 52: 333-362.

Messing, K., Chatigny, C. et Courville, J. 1998. 'Light' and 'heavy' work in the housekeeping service of a hospital'. *Applied Ergonomics* 29: 451-459.

Messing, K., Dumais, L., Courville, J., Seifert, A.M. et Boucher, M. 1994. 'Evaluation of exposure data from men and women with the same job title'. *J Occup Med* 36: 913-7.

Messing, K., Punnett, L., Bond, M., Alexanderson, K., Pyle, J., Zahm, S., Wegman, D., Stock, S.R. et deGrosbois, S. 2003. 'Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research'. *American Journal of Industrial Medicine* 22: 1-13.

Messing, K., Seifert, A.-M., Vézina, N., Chatigny, C. et Balka, E. 2005. 'Qualitative research using numbers: analysis developed in France and used to transform work in North America'. *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy* 15: 245-260.

Messing, K. et Stevenson, J.M. 1996. 'Women in procrustean beds: strength testing and the workplace'. *Gender Work and Organization* 3: 156-167.

Miles, M.B. et Huberman, A.M. 1984. *Qualitative data analysis. A sourcebook of new methods*. Beverly Hills: SAGE Publications.

Miller, G.V. et Travers, C.J. 2005. 'Ethnicity and the experience of work: job stress and satisfaction of minority ethnic teachers in the UK'. *Int Rev Psychiatry* 17: 317-27.

Mimeault, I. et Simard, M. 1999. 'Exclusions légales et sociales des travailleurs agricoles saisonniers véhiculés quotidiennement au Québec'. *Relations industrielles* 54: 388-409.

Ministère de l'immigration et des communautés culturelles 2006. 'Proportion of men and women taking government-sponsored French classes in Quebec': Personal communication.

Mobed, K., Gold, E.B. et Schenker, M.B. 1992. 'Occupational health problems among migrant and seasonal farm workers'. *West J Med* 157: 367-373.

Morin, F. et Brière, J.-Y. 2003. *Le droit de l'emploi au Québec, 2e édition*. Montréal: Wilson & Lafleur.

Morris, L.D. 1989. 'Minorities, jobs, and health. An unmet promise.' *AAOHN Journal* 37: 53-55.

Moure-Eraso, R. et Friedman-Jiminez, G. 2001. 'Occupational health among latino workers in the urban setting' dans Aguirre-Molina, M., Molina, C.W. et Zambrana, R.E. (eds.) *Health Issues in the Latino Community*. San Francisco: Jossey-Bass.

Mullings, L. 1984. 'Minority women, work, and health' dans Chavkin, W. (ed.) *Double Exposure*. New York: Monthly Review Press.

- Nadeau, D., Vézina, M., Vinet, A. et Brisson, C. 1990. 'Travail parcellaire et altérations de la santé mentale chez les opératrices de machines à coudre'. *Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale* 51: 479-487.
- Nash, M. 1990. 'Language barriers and safety. Speaking in tongues'. *Occupational Health & Safety Canada* 6: 110-115.
- Nazroo, J.Y. 2001. 'South Asian people and heart disease: an assessment of the importance of socioeconomic position'. *Ethnicity & Disease* 11: 401-411.
- Nevitt, C., Daniell, W. et Rosenstock, L. 1994. 'Workers' compensation for nonmalignant asbestos-related lung disease'. *Am J Ind Med* 26: 821-30.
- Neysmith, S.M. et Aronson, J. 1997. 'Working conditions in home care: negotiating race and class boundaries in gendered work'. *International Journal of Health Services* 27: 479-499.
- Nuwayhid, I., Fayad, R., Tamim, H., Kassak, K. et Khogali, M. 2003. 'Work-related injuries in Lebanon: does nationality make a difference?' *Am J Ind Med* 44: 172-81.
- Oh, J.H. et Shin, E.H. 2003. 'Inequalities in nonfatal work injury: the significance of race, human capital, and occupations'. *Soc Sci Med* 57: 2173-82.
- Okurowski, L., Pransky, G., Webster, B., Shaw, W.S. et Verma, S. 2003. 'Prediction of prolonged work disability in occupational low-back pain based on nurse case management data'. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 45: 763-770.
- Opfermann, R. 1977. 'Epidemiology and statistics of occupational accidents and morbidity in migrant workers' *Safety and health of migrant workers international symposium*: Bureau international du travail.
- Oppenheimer, G.M. 2001. 'Paradigm lost: race, ethnicity, and the search for a new population taxonomy'. *American Journal of Public Health* 91: 1049-1055.
- Park, L.S.-H. et Pellow, D.N. 2005. 'Making the invisible visible: Asian American/Pacific Islander workers in Silicon Valley'. *AAPI Nexus* 3: 45-66.
- Patry, L., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Vissandjée, B., Kane, M. et Beauvais, J. 2005. 'Accès à l'indemnisation des travailleuses et travailleurs immigrant(e)s victimes de lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelle'. Montréal: Direction de la santé publique.
- Pearce, N., Foliaki, S., Sporle, A. et Cunningham, C. 2004. 'Genetics, race, ethnicity, and health'. *British Medical Journal* 328: 1070-1072.
- Pellow, D.N. 2000. 'African-American labour at the margins: exploring the emergence of environmental health hazards in the workplace'. *Research in the Sociology of Work* 9: 95-114.

- Pilon, J.-L. 2005. 'Le sort de l'industrie du vêtement au Québec dans le contexte actuel de la libéralisation des marchés'. *La Chronique des Amériques* janvier: 1-8.
- Pineo, P.C. et Porter, J. 1973. 'Occupational prestige in Canada' dans Curtis, J.E. et Scott, W.G. (eds.) *Social stratification in Canada*. Scarborough: Prentice-Hall.
- Pransky, G., Moshenberg, D., Benjamin, K., Portillo, S., Thackrey, J.L. et Hill-Fotouhi, C. 2002. 'Occupational risks and injuries in non-agricultural immigrant latino workers'. *American Journal of Industrial Medicine* 42: 117-123.
- Pransky, G., Snyder, T., Dembe, A. et Himmelstein, J. 1999. 'Under-reporting of work-related disorders in the workplace: a case study and review of the literature'. *Ergonomics* 42: 171-82.
- Premji, S., Bertrand, F., Smargiassi, A. et Daniel, M. 2007. 'Socio-economic correlates of municipal-level pollution emissions on Montreal Island'. *Can J Public Health* 98: 138-42.
- Premji, S., Messing, K. et Lippel, K. 2008a. 'Broken English, broken bones? Mechanisms linking language proficiency and occupational health in a Montreal garment factory'. *International Journal of Health Services* 38: 1-19.
- Premji, S., Messing, K. et Lippel, K. 2008b. 'Rapport de recherche sur la santé et sécurité des travailleuses immigrantes dans l'industrie du vêtement'. Montréal.
- Prévost, J. et Messing, K. 1997. 'Quel horaire, what schedule? La conciliation travail-famille et l'horaire de travail irrégulier des téléphonistes' dans Soares, A. (ed.) *Stratégies de résistance et travail des femmes*. Montréal et Paris: Harmattan.
- Prévost, J. et Messing, K. 2001. 'Stratégies de conciliation d'un horaire de travail variable avec des responsabilités familiales'. *Le Travail humain* 64: 119-143.
- Puech, I. 2006. 'Femmes et immigrées: corvéables à merci'. *Travail, genre et sociétés* 16.
- Pun, J.C., Burgel, B.J., Chan, J. et Lashuay, N. 2004. 'Education of garment workers. Prevention of work-related musculoskeletal disorders'. *AAOHN Journal* 52: 338-343.
- Punnett, L., Fine, L.J., Keyserling, W.M., Herrin, G.D. et Chaffin, D.B. 2000. 'Shoulder disorders and postural stress in automobile assembly work'. *Scand J Work Environ Health* 26: 283-91.
- Quinlan, M. 2007. 'Organisational restructuring/downsizing, OHS regulation and worker health and wellbeing'. *International Journal of Law and Psychiatry* 30: 385-399.
- Quinn, M.M., Sembajwe, G., Stoddard, A.M., Kriebel, D., Krieger, N., Sorensen, G., Hartman, C., Naishadham, D. et Barbeau, E.M. 2007. 'Social disparities in the burden of occupational exposures: Results of a cross-sectional study'. *Am J Ind Med* 50: 861-75.

- Raphael, D. 2000. 'Health inequalities in Canada: current discourses and implications for public health action'. *Critical Public Health* 10: 193-216.
- Renaud, J. 2001. 'Ils sont maintenant d'ici! Les dix premières années au Québec des immigrants admis en 1989'. Québec: Les Publications du Québec.
- Richardson, D., Loomis, D., Wolf, S.H. et Gregory, E. 1997. 'Fatal agricultural injuries in North Carolina by race and occupation, 1977-1991'. *Am J Ind Med* 31: 452-8.
- Roberts, R., Grubb, P.L., Grosch, J.W. et Brightwell, W.S. 2006. 'Psychosocial stressors affecting minority workers: results of a community-based study' *134th Annual Meeting of the American Public Health Association*. Boston.
- Robinson, J.C. 1984. 'Racial inequality and the probability of occupation-related injury or illness'. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 62: 567-590.
- Robinson, J.C. 1985. 'Racial inequality and occupational health in the United States: the effect on white workers'. *Int J Health Serv* 15: 23-34.
- Rosenman, K.D., Gardiner, J.C., Wang, J., Biddle, J., Hogan, A., Reilly, M.J., Roberts, K. et Welch, E. 2000. 'Why most workers with occupational repetitive trauma do not file for workers' compensation'. *J Occup Environ Med* 42: 25-34.
- Roy, D. 1952. 'Quota restriction and goldbricking in a machine shop'. *American Journal of Sociology* 57: 427-442.
- Roy, D. 1953. 'Work satisfaction and social reward in quota achievement'. *American Sociological Review* 18: 507-514.
- Roy, D. 1954. 'Efficiency and the fix: informal intergroup relations in a piecework machine shop'. *American Journal of Sociology* 60: 255-266.
- Roy, D. 2006a. 'Cooperation and conflict in the factory: some observations and questions regarding conceptualization of intergroup relations within bureaucratic social structures'. *Qualitative Sociology* 29: 59-85.
- Roy, D. 2006b. *Un sociologue à l'usine. Textes essentiels pour la sociologie du travail*. Paris: Éditions La Découverte.
- Salminen, S. et Johansson, A. 2000. 'Occupational accidents of Finnish- and Swedish-speaking workers in Finland: A mental model view'. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics* 6: 293-306.
- Scassa, T. 1994. 'Language standards, ethnicity and discrimination'. *Canadian Ethnic Studies* 26: 105-121.

- Scherzer, T. 2003. 'The race and class of women's work'. *Race, Gender & Class* 10: 23-41.
- Scherzer, T., Rugulies, R. et Krause, N. 2005. 'Work-related pain and injury and barriers to workers' compensation among Las Vegas hotel room cleaners'. *Am J Public Health* 95: 483-8.
- Schibye, B., Skov, T., Ekner, D., Christiansen, J.U. et Sjogaard, G. 1995. 'Musculoskeletal symptoms among sewing machine operators'. *Scand J Work Environ Health* 21: 427-34.
- Seifert, A.M. et Messing, K. 2006. 'Cleaning up after globalization: an ergonomic analysis of work activity of hotel cleaners'. *Antipode* 38: 557-578.
- Sexton, K. et Adgate, J.L. 1999. 'Looking at environmental justice from an environmental health perspective'. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology* 9: 3-8.
- Sexton, K., Olden, K. et Johnson, B.L. 1993. 'Environmental justice: the central role of research in establishing a credible scientific foundation for informed decision-making'. *Toxicology and Industrial Health* 9: 685-727.
- Shannon, H. et Lowe, G. 2002. 'How many injured workers do not file claims for workers' compensation benefits?' *American Journal of Industrial Medicine* 42: 467-473.
- Silverstein, B.A., Fine, L.J. et Armstrong, T.J. 1986. 'Hand wrist cumulative trauma disorders in industry'. *Br J Ind Med* 43: 779-84.
- Smith, E.A. 1993. 'Cultural and linguistic factors in worker notification to blue collar and no-collar African-Americans'. *American Journal of Industrial Medicine* 23: 37-42.
- Smith, P.M., Mustard, C.A. et Payne, J.I. 2004. 'Methods for estimating the labour force insured by the Ontario Workplace Safety and Insurance Board: 1990-2000'. *Chronic Diseases in Canada* 25: 127-134.
- Smith-Jackson, T.L. et Essuman-Johnson, A. 2002. 'Cultural ergonomics in Ghana, West Africa: a descriptive survey of industry and trade workers' interpretations of safety symbols'. *Int J Occup Saf Ergon* 8: 37-50.
- Statistique Canada 2000. 'Femmes au Canada 2000. Rapport statistique fondé sur le sexe'. Ottawa.
- Statistique Canada 2002a. 'Population and dwelling counts and population rank, for urban areas, 2001 census - 100% data'. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Statistique Canada 2002b. 'Tendances concernant le travail autonome' *Le Quotidien*.
- Statistique Canada 2003. 'Dictionnaire du recensement de 2001. Référence.' Ottawa: Ministre de l'Industrie.

- Strong, L.L. et Zimmerman, F.J. 2005. 'Occupational injury and absence from work among African American, Hispanic, and non-Hispanic White workers in the national longitudinal survey of youth'. *Am J Public Health* 95: 1226-32.
- Sullivan, C. et Yuan, C. 1995. 'Workplace assaults on minority health and mental health care workers in Los Angeles'. *Am J Public Health* 85: 1011-4.
- Teiger, C. 1973. 'Tâches répétitives sous contrainte de temps et charge de travail'. Paris: Laboratoire de physiologie du travail et d'ergonomie du C.N.A.M.
- Teiger, C. 1995. 'Parler quand même! Les fonctions des activités langagières non fonctionnelles' dans Boutet, J. (ed.) *Paroles au travail*. Paris: L'Harmattan.
- Thébaud-Mony, A. 2000. *Industrie nucléaire, sous-traitance et servitude*. Paris: INSERM.
- Theorell, T. et Karasek, R.A. 1996. 'Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research'. *J Occup Health Psychol* 1: 9-26.
- Thurston, W. et Verhoef, M. 2003. 'Occupational injury among immigrants'. *Journal of International Migration and Integration* 4: 105-123.
- Trajkovski, S. et Loosemore, M. 2006. 'Safety implications of low-English proficiency among migrant construction site operatives'. *International Journal of Project Management* 24: 446-452.
- Tran, K. 2004. 'Les minorités visibles au sein de la population active: 20 ans de changements'. *Tendances Sociales Canadiennes* été: 9-14.
- Trevelyan, F.C. et Haslam, R.A. 2001. 'Musculoskeletal disorders in a handmade brick manufacturing plant'. *International Journal of Industrial Ergonomics* 27: 43-55.
- Valenta, M. 2008. 'The workplace as an arena for identity affirmation and social integration of immigrants'. *Forum: qualitative social research* 9.
- Van der Maren, J.-M. 1996. *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal: PUM.
- Vartia-Väänänen, M., Pahkin, K., Kuhn, K., Schieder, A., Mlodzka-Stybel, A., Tejedor, M., Laguarda, A., Nogareda, S., Debruyne, M. et Roskams, N. 2006. 'Literature study on migrant workers'. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work. European Risk Observatory.
- Vézina, M., Vinet, A. et Brisson, C. 1989. 'Le vieillissement prématuré associé à la rémunération au rendement dans l'industrie du vêtement'. *Le travail humain* 52: 203-212.
- Vézina, N. et Courville, J. 1992. 'Integrating women into non-traditional jobs'. *Women and Health* 18: 97-118.

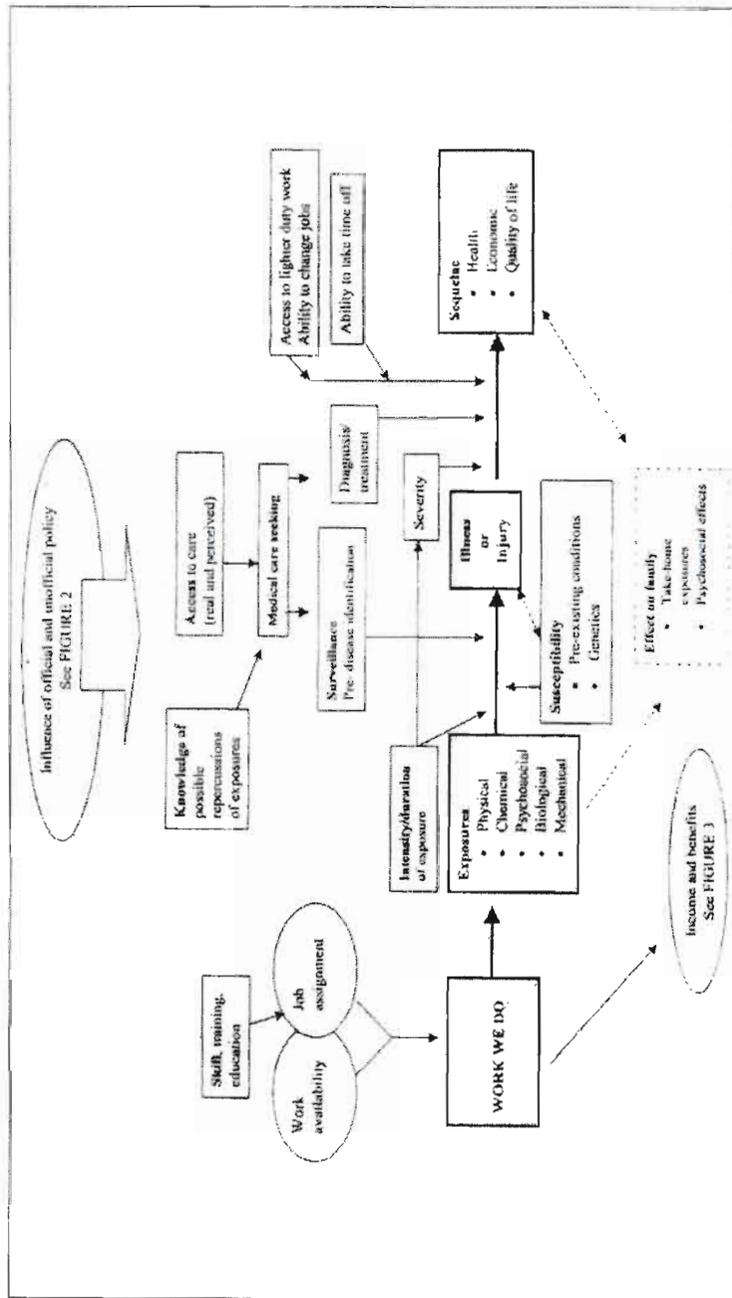
- Vézina, N., Stock, S., Simard, M., St-Jacques, Y., Marchand, A., Bilodeau, P.-P., Boucher, M., Zaabat, S. et Campi, A. 2003. 'Problèmes musculo-squelettiques et organisation modulaire du travail dans une usine de fabrication de bottes'. Montréal: Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail du Québec.
- Vézina, N., Tierney, D. et Messing, K. 1992. 'When is light work heavy? Components of the physical workload of sewing machine operators working at piecework rates'. *Appl Ergon* 23: 268-76.
- Vinet, A., Vezina, M., Brisson, C. et Bernard, P.M. 1989. 'Piecework, repetitive work and medicine use in the clothing industry'. *Soc Sci Med* 28: 1283-8.
- Viscusi, W.K. 2003. 'Racial differences in labor market values of a statistical life'. *The Journal of Risk and Uncertainty* 27: 239-256.
- Wallerstein, N. 1992. 'Health and safety education for workers with low-literacy or limited-English skills'. *American Journal of Industrial Medicine* 22: 751-765.
- Walter, N., Bourgois, P. et Loinaz, H.M. 2004. 'Masculinity and undocumented labor migration: injured latino day laborers in San Francisco'. *Social Science and Medicine* 59: 1159-1168.
- Wands, S.E. et Yassi, A. 1992. "'Let's Talk Back": A program to empower laundry workers'. *American Journal of Industrial Medicine* 22: 703-709.
- Wang, P.C., Rempel, D., Harrison, R., Chan, J. et Ritz, B. 2007. 'Work-organizational and personal factors associated with upper-body musculoskeletal disorders among sewing machine operators'. *Occup Environ Med* 64: 806-813.
- Wells, R., Mathiassen, S.E., Medbo, L. et Winkel, J. 2007. 'Time - A key issue for musculoskeletal health and manufacturing'. *Appl Ergon* 38: 733-744.
- Wilkinson, R. et Marmot, M. 2003. 'Social determinants of health: the solid facts. Second Edition.' Copenhagen: World Health Organization.
- Williams, D.R. 1996. 'Race / ethnicity and socioeconomic status: measurement and methodological issues'. *International Journal of Health Services* 26: 483-505.
- Windau, J. 1997. 'Occupational fatalities among the immigrant population'. *Compensation and Working Conditions* Spring: 40-45.
- Wrench, J. et Lee, G. 1982. 'Piecework and industrial accidents: two contemporary case studies'. *Sociology* 16: 512-525.

Wu, T.N., Liou, S.H., Hsu, C.C., Chao, S.L., Liou, S.F., Ko, K.N., Yeh, W.Y. et Chang, P.Y. 1997. 'Epidemiologic study of occupational injuries among foreign and native workers in Taiwan'. *Am J Ind Med* 31: 623-30.

Yun, G., Lévy, F. et Poisson, V. 2006. 'De la migration au travail. L'exploitation extrême des Chinois-e-s à Paris'. *Travail, genre et sociétés* 16.

APPENDICE A

Modèle conceptuel sur les inégalités sociales en SST (Lipscomb et coll. 2006)



## APPENDICE B

### Guide original d'entrevues

#### L'histoire personnelle

Quelles sont vos origines ethniques ou culturelles? Quel âge avez-vous? Quand avez-vous immigré au Canada? Pourquoi avez-vous immigré? Sous quel statut avez-vous immigré? Maintenez-vous des liens avec votre communauté ici à Montréal?

#### Le parcours professionnel

Avez-vous fait des études ici? Dans votre pays d'origine? Combien d'années d'études avez-vous fait (primaire, secondaire, etc.)? Dans quel domaine avez-vous étudié? Quel travail faisiez-vous dans votre pays? Était-ce un emploi syndiqué? Avez-vous eu d'autres emplois au Canada avant de travailler ici? Quels étaient ces emplois? Étaient-ce des emplois syndiqués? Comment avez-vous entendu parler de ces emplois? De celui-ci? Pourquoi ne travaillez-vous pas dans votre domaine? Quelles sont les différences entre votre emploi présent et l'emploi pour lequel vous avez été formé? Depuis combien de temps travaillez-vous ici? Quel est votre emploi? Avez-vous travaillé dans d'autres sections / postes? Comment vous êtes-vous retrouvé dans la section / dans le poste où vous travaillez maintenant? Avez-vous déjà essayé de changer de section / de poste? Y a-t-il une section / un poste où vous aimeriez mieux travailler? Pourquoi? Désirez-vous garder cet emploi longtemps?

#### La formation (école et autres types de formation) et l'information

Comment votre formation s'est-elle passée? Combien de temps a-t-elle duré? Qui vous l'a donnée? Vous a-t-on parlé de santé et sécurité au travail? Que vous a-t-on dit sur les risques potentiels de votre travail? Sur les façons de prévenir des maladies ou accidents liés au travail? Les informations qu'on vous a données dans la formation ou à un autre moment étaient-elles claires? Y a-t-il des choses pour lesquelles vous auriez aimé plus d'information? Y a-t-il des choses que vous avez apprises après votre formation? Quoi? De qui? Y a-t-il des choses (des trucs) que vous avez développés par expérience pour améliorer la qualité de votre travail? La quantité? La sécurité? Pour soulager les douleurs ou la fatigue / les inconforts?

#### La description du travail

Pouvez-vous me décrire une journée typique de travail? Pouvez-vous me décrire l'environnement physique de votre lieu de travail (l'espace autour de vous, les objets, la température)? Pouvez-vous me décrire vos tâches?

### Questions de pauses, de vacances

Avec qui passez-vous vos pauses? Votre lunch? Considérez-vous que vos pauses sont adéquates? Vos vacances sont-elles au bon moment?

### Conditions de travail

Quel est votre salaire horaire? En êtes-vous satisfait? Pourquoi pas? Combien devez-vous produire pour ce salaire? Avez-vous des bonus? En êtes-vous satisfait? Si non, pourquoi pas?

### Conciliation travail-famille

Avez-vous de la famille ici? Quelles-sont vos responsabilités envers votre famille ici? À l'étranger? Quel est l'impact de ces responsabilités (peut pas manquer le travail, etc.)? Que font les membres de votre famille ici (travail, étude, etc.)? Avez-vous ou avez-vous déjà eu des difficultés à concilier votre travail et vos responsabilités familiales? Pouvez-vous me donner des exemples? Avez-vous déjà pris du temps de travail pour une urgence familiale? Avez-vous déjà pris un congé humanitaire? Comment cela s'est-il passé?

### Questions de rapports avec les collègues, superviseurs, garçons de plancher

Comment décrivez-vous vos rapports avec vos collègues? Votre superviseur? Les garçons de plancher? Avez-vous déjà eu des conflits avec eux? Avez-vous des exemples de collaboration? Vous est-il déjà arrivé de discuter de vos conditions de travail avec vos collègues? Votre employeur / superviseur? Pouvez-vous me donner un exemple de discussion? Y a-t-il des gens de votre communauté dans votre section? Dans le milieu de travail en général? Avez-vous des liens avec eux? Y a-t-il des clans? Y a-t-il des gens qui vous aident à faire votre travail? Y a-t-il des gens que vous aidez? (demander le contexte) Y en a-t-il que vous n'aideriez pas? Pourquoi?

### Difficultés à faire reconnaître la quantité ou la qualité de sa production

Avez-vous déjà eu de la difficulté à faire reconnaître la quantité de votre production? La qualité? Avec qui? Que s'est-il passé?

### Qu'est-ce qu'on aime, n'aime pas

Quels sont les avantages de votre travail ou les choses que vous appréciez? Quels sont les inconvénients ou les choses que vous changeriez si vous le pouviez?

### Les douleurs et inconforts

Y a-t-il des choses dans votre travail qui vous donnent de la difficulté? Qui vous rendent inconfortable? Comment vous sentez-vous durant le travail? Comment vous sentez-vous après une journée de travail? Est-ce qu'il vous arrive de ne pas venir au travail ou de quitter parce que vous avez trop mal?

### Problèmes de santé liés au travail

D'après vous, votre travail comporte-t-il des risques (définir risques : ergonomiques, chimiques, etc.) pour votre santé? Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, des problèmes de santé que vous associez à votre travail (accidents, maladies)? Qu'est-ce que vous faites quand vous vous sentez comme ça (manquer travail, continuer de travailler, travailler différemment, médicaments, etc.)? Pourquoi? Est-ce que ça vous arrive souvent? Est-ce que parfois vous ne venez pas travailler pour éviter cela? Quelles sont les différences à ce sujet avec les autres sections où vous avez travaillé? Avec les autres emplois que vous avez occupés? Avez-vous fait quelque chose (ex. le dire à quelqu'un)? Que s'est-il passé? Ou, pourquoi ne l'avez-vous pas fait? Avez-vous déjà changé de travail pour cette raison? Connaissez-vous d'autres personnes qui ont eu des problèmes? Y a-t-il des choses que vous faites pour réduire les risques dans votre travail? D'après vous, quels sont vos recours? Avez-vous déjà fait une ou des réclamations à la CSST? Avez-vous eu recours à l'assurance emploi? Comment cela s'est-il passé?

### Impact et avenir

Quels ont été les impacts de votre problème de santé, sur vous ou votre famille? Quelles ont été les réactions des collègues, superviseur, entourage? Combien de temps pensez-vous être capable de continuer à travailler à votre poste? Y a-t-il d'autres postes où vous pourriez travailler plus confortablement? Pensez-vous y avoir accès? Y a-t-il des postes plus faciles où on retrouve les travailleurs plus âgés?

### Problèmes de stress au travail

Considérez-vous votre travail stressant? Qu'est-ce qui vous stresse le plus? Pouvez-vous me donner un exemple? Pensez-vous que ceci a un effet ou pourrait avoir un effet sur votre santé?

### Discrimination perçue

Avez-vous déjà vécu une situation que vous considérez injuste? Avez-vous déjà vécu de la discrimination? Avez-vous déjà été témoin d'une telle situation? Que s'est-il passé? En avez-vous parlé? À qui?

### Langue

Quelles langues parlez-vous? Avez-vous besoin du français ou de l'anglais pour travailler? Pour d'autres raisons? Comment communiquez-vous avec collègues, contremaître, etc.? Comment faites-vous pour résoudre des problèmes? Est-ce qu'il y a d'autres facteurs qui empêchent la communication (timidité, etc.)? Quand il y a un problème, est-ce plus facile pour vous de vous exprimer dans votre langue? Avez-vous pris ou prenez-vous des cours de langue (dans la compagnie, autre)?

### Différences sociales

Dans votre département, section, opération – est-ce qu'il y a plutôt des hommes ou des femmes, plutôt mêmes / autres ethnicités? Est-ce qu'il y a des différences au niveau de qui fait plus de production, etc? Est-ce qu'il y a des différences de classe sociale? Est-ce que les différences d'éducation change quelque chose au niveau de la conscience ou de la prévention des risques?

### Les services médicaux

Avez-vous déjà eu des contacts avec les premiers soins pour une maladie ou un accident lié au travail? Comment cela s'est-il passé? Comment avez-vous trouvé les services médicaux à l'usine? Avez-vous consulté des services médicaux en dehors de l'usine pour une maladie ou un accident lié au travail? Le médecin était-il de votre communauté? Comment cela s'est-il passé?

### Le syndicat

Qu'est-ce que fait votre syndicat? Avez-vous fait affaire à eux? Avez-vous participé aux activités sociales? Que pensez-vous de votre syndicat? Des syndicats en général? Des syndicats dans votre pays? Qui connaissez-vous dans le syndicat?

### Suggestions et priorités

Avez-vous des suggestions sur ce que l'employeur ou le syndicat pourrait faire pour améliorer la santé et sécurité au travail (sur les conditions de travail, l'information, les recours, etc.)? Quelles sont vos priorités dans ce domaine?