Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

16-2 | 2014

Travailleurs immigrants et santé et sécurité du travail

Mécanismes d'inégalités en santé et sécurité : modèle conceptuel et agenda de recherche

Mechanisms of inequalities in health and safety : conceptual model and research agenda

Mecanismos de desigualdad en la salud y la seguridad: modelo conceptual y agenda de investigación

Stephanie Premji

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3963>

DOI : 10.4000/pistes.3963

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Référence électronique

Stephanie Premji, « Mécanismes d'inégalités en santé et sécurité : modèle conceptuel et agenda de recherche », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 16-2 | 2014, mis en ligne le 25 avril 2014, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3963> ; DOI : 10.4000/pistes.3963

Ce document a été généré automatiquement le 20 avril 2019.

Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Mécanismes d'inégalités en santé et sécurité : modèle conceptuel et agenda de recherche

Mechanisms of inequalities in health and safety : conceptual model and research agenda

Mecanismos de desigualdad en la salud y la seguridad: modelo conceptual y agenda de investigación

Stephanie Premji

Nous remercions Karen Messing, Niklas Krause, James Nazroo, Hester Lipscomb, Emily Ahonen, Wayne Lewchuk et Butch de Castro pour leurs commentaires constructifs sur les premières versions de cet article. Cependant, l'auteure assume l'entière responsabilité de toute erreur.

1. Introduction

- 1 Les personnes nées à l'étranger composent une part croissante du marché du travail canadien. Les immigrants représentent 21 % de la main-d'œuvre et une proportion croissante d'entrants sur le marché du travail (Citoyenneté et immigration Canada, 2012). Les migrants temporaires, eux, occupent environ 75 % des nouveaux emplois, selon un communiqué de presse récent du Congrès du travail du Canada (2013). Bien qu'ils représentent une bonne part de la population active, les migrants et les immigrants — les femmes en particulier — se trouvent souvent au bas de la hiérarchie professionnelle, dans des emplois mal rémunérés, de faible statut et à risques élevés. En fait, les preuves scientifiques en provenance du Canada et d'autres pays industrialisés s'accumulent pour confirmer que cette clientèle est mal desservie en matière de santé et de sécurité au travail; cette réalité préoccupe de plus en plus les groupes communautaires, les syndicats et les organismes responsables de la prévention et de l'indemnisation.
- 2 Malgré ce gain d'intérêt pour la question, les inégalités en santé au travail sont loin d'être nouvelles. Par exemple, vers la fin du XIX^e siècle, des travailleurs chinois ont été

embauchés pour construire le chemin de fer du Canadien Pacifique à une fraction du salaire versé aux autres travailleurs. On les a affectés aux tâches les plus dangereuses, telles que le déblayage de la plate-forme par le dynamitage de tunnels dans la roche. Beaucoup d'ouvriers ont ainsi péri, dans les explosions ou dans les éboulements subséquents (Li, 1998). Comme pour ces travailleurs chinois de jadis, des conditions de travail médiocres et un taux disproportionné de lésions professionnelles mortelles et non mortelles reflètent toujours la vulnérabilité de la main-d'œuvre étrangère. Dans certains cas, les inégalités sont seulement présentes ou plus marquées parmi la main-d'œuvre féminine ou masculine (Ahonen et coll., 2006 ; Smith et Mustard, 2009), suggérant une dynamique sous-jacente fortement basée sur le genre.

- 3 Si l'existence des inégalités en matière de santé et sécurité au travail est bien attestée, ses mécanismes ne le sont pas. Les recherches dans le domaine sont généralement menées dans un vide théorique, sans s'appuyer les unes sur les autres, ce qui complique la tâche de discerner les mécanismes sous-jacents à ces inégalités. Récemment, Benach et ses collaborateurs (2010) ont souligné avec justesse la nécessité de développer des modèles conceptuels qui faciliteraient l'analyse des mécanismes causaux. Murray (2003), Lipscomb (2006) et Krieger (2010) avaient déjà proposé des modèles conceptuels sur les inégalités en santé au travail; cependant, leurs modèles ne ciblaient pas les mécanismes en jeu pour la main-d'œuvre étrangère. Ils ne ciblaient pas non plus les mécanismes pour des emplois et des affectations de tâches identiques, même si les inégalités persistent parfois après le contrôle des facteurs d'emploi (Buchanan et coll., 2010). L'objectif de notre article est donc double. D'abord, grâce à l'élaboration d'un modèle conceptuel, nous cherchons à élucider les mécanismes qui créent ou amplifient les inégalités en matière de santé et de sécurité entre la main-d'œuvre étrangère et la main-d'œuvre native. En second lieu, nous cherchons à identifier des lacunes dans les sujets de recherche dans ce domaine et à proposer des pistes prometteuses vers l'obtention de résultats significatifs et applicables.

2. Mécanismes sous-jacents des inégalités

- 4 Nous proposons un modèle conceptuel des principaux facteurs d'inégalité en santé professionnelle pour la main-d'œuvre migrante et immigrante (schéma 1). Le modèle a été construit par un processus itératif de représentation visuelle et de description, après une recension critique de la littérature scientifique et « grise » sur l'immigration, la migration, le travail et la santé connue de l'auteure. En tant que tel, notre modèle n'est pas exhaustif, mais sert plutôt de tremplin à l'élaboration d'hypothèses. Il reflète les résultats d'études qui corroborent le lien entre la distribution différentielle des maladies et les facteurs environnementaux, plutôt que biologiques ou génétiques (Yens et Syme, 2009). En conséquence, les taux élevés de lésions professionnelles sont expliqués par l'exposition disproportionnée de la main-d'œuvre étrangère aux risques, et ce, à travers les professions ainsi qu'au sein de mêmes professions. Cette situation est aggravée par des lacunes dans la prévention (Ahonen et coll., 2009; Gravel et coll., 2011), par un accès déficient aux soins, à l'indemnisation et à la réadaptation, ainsi que par des expériences défavorables liées à ces trois domaines (Côté, 2012; Dong et coll., 2007; Gravel et coll., 2007; Kosny et coll., 2011).
- 5 Les différences dans les conditions de travail jouent un rôle important dans la génération de ces inégalités. Les immigrants et les migrants sont surreprésentés dans les emplois à haut risque, et, dans le cadre d'emplois de même appellation, ils peuvent être affectés aux

tâches les plus ingrates (Preibisch et Bindford, 2008; Premji et coll., 2010; Smith et coll., 2009). Pire encore, ces emplois sont souvent ceux les moins bien protégés. Les migrants, par exemple, constituent une grande part de la main-d'œuvre agricole et d'entretien ménager, secteurs moins réglementés que d'autres en matière de protection (Liebman et autres., 2013). De plus, la main-d'œuvre étrangère risque davantage d'exercer des emplois non syndiqués (Smith et Mustard, 2010), informels (Hazans, 2011) et non standard (c.-à-d. travail journalier, temporaire ou de sous-traitance) (Buchanan, 2004; Knox, 2010; Thébaud-Mony, 2000). Ces caractéristiques d'emplois ont des conséquences sur la santé à cause des facteurs suivants : une exposition accrue aux risques; une protection et une formation incomplètes; l'absence de couverture d'assurance publique ou privée; et un manque de respect des lois ou de leur application.

Figure 1. Modèle conceptuel des mécanismes d'inégalité en santé et sécurité au travail pour la main-d'œuvre étrangère

- 6 Aux inégalités en santé découlant des conditions de travail, il faut ajouter celles engendrées par la connaissance limitée des travailleurs en matière de santé et de sécurité au travail, par la communication laborieuse avec l'employeur et les fournisseurs de service, par des attitudes et des comportements nuisibles à la santé et à la sécurité, et par un pouvoir d'agir limité. Ces processus, étroitement liés les uns aux autres, entrent en jeu à travers les emplois et dans les mêmes emplois, de sorte que, pour une tâche identique, les risques, ainsi que les expériences en prévention, en soins, en indemnisation et en réadaptation peuvent varier d'un travailleur à l'autre. Mais pourquoi les migrants et les immigrants vivent-ils des conditions de travail médiocres et des difficultés en matière de connaissances, de communication, de comportements et de pouvoir d'agir? En fait, cette situation découle de la vulnérabilité qu'engendrent les barrières linguistiques, les différences culturelles, le statut juridique, le statut économique, la nouveauté dans l'emploi et le pays d'accueil, l'instruction et les compétences inférieures, ainsi que la discrimination. Ces facteurs interagissent les uns avec les autres dans des variations infinies influencées par le contexte social, économique, juridique et politique général, qui, au bout du compte, marginalisent la main-d'œuvre étrangère.
- 7 Voici un exemple pour illustrer la façon dont ces facteurs relèguent la main-d'œuvre étrangère aux emplois dangereux : lors d'entrevues menées auprès de 200 travailleurs

migrants en Angleterre et au Pays de Galles, McKay et ses collaborateurs (2006) ont constaté que la volonté des travailleurs de faire le plus d'argent possible en un court laps de temps les incitait à accepter des emplois dangereux et à y rester. De son côté, à la suite d'entrevues menées auprès de femmes de chambre en France, Puech (2006) a constaté que leur manque de qualifications — après avoir été épouses et mères à temps plein dans leurs pays d'origine — les orientait vers l'industrie, exploitante, de l'entretien ménager. L'instruction et l'expérience, en particulier si elles sont obtenues à l'étranger, ne garantissent en rien un bon emploi sécuritaire. À Toronto, des travailleurs chinois, dont les deux tiers avaient pourtant une formation universitaire comparativement à la moitié des blancs, ont rapporté des conditions de travail dangereuses plus souvent que les blancs. Cet état de choses peut être attribuable à diverses raisons, individuelles ou institutionnelles, telles que les pratiques discriminatoires de l'employeur, les politiques d'immigration et d'intégration de l'État, et des systèmes d'accréditation professionnelle restrictifs.

- 8 Il ne faut pas sous-estimer l'influence des pratiques discriminatoires ou abusives de l'employeur dans la surreprésentation des travailleurs migrants et immigrants dans les emplois dangereux. Les employeurs font parfois du favoritisme dans l'attribution du travail (de Castro et coll., 2006), comportement qui tient peut-être à des suppositions au sujet des compétences physiques ou psychologiques des travailleurs. Par exemple, dans le secteur agricole en Ontario, certains producteurs affectent des groupes de travailleurs à des tâches d'après des stéréotypes : « Les Mexicains... Ils n'aiment pas transplanter les conifères, mais donnez-leur une houe et ils travaillent plus fort que les Jamaïcains n'importe quand ». Les employeurs peuvent aussi exploiter sciemment la vulnérabilité de la main-d'œuvre étrangère pour pourvoir les postes ayant les pires conditions. Aux États-Unis, par exemple, des employeurs ont embauché, à maigre salaire, des travailleurs hispaniques clandestins pour nettoyer les débris laissés par les attentats du 11 septembre 2001 et par le passage de l'ouragan Katrina en 2005, sans leur fournir d'équipement de protection, les exposant ainsi à des risques sanitaires, dermatologiques, respiratoires et mentaux (Aguilar et Podolsky, 2006; Malievskaia et coll., 2002).
- 9 La langue, la culture, le statut juridique, le statut économique, la nouveauté, l'instruction et la discrimination influencent non seulement la distribution des travailleurs migrants et immigrants sur le marché du travail, mais aussi la connaissance, la capacité à communiquer, le comportement et le pouvoir d'agir. Une arrivée récente dans le pays d'accueil signifie souvent un manque de connaissances au sujet des droits et des ressources en santé et sécurité (Agudelo-Suarez et coll., 2009; McKay et coll., 2006). Cette situation est aggravée par la pénurie d'information ciblant cette population (Kosny et Lifshen, 2012). Pour les travailleurs migrants et immigrants, l'entrée dans un emploi dans le pays d'accueil — à la suite d'un déclassement ou pour un tout premier travail rémunéré, comme c'est le cas pour beaucoup de femmes — peut s'accompagner d'un manque de connaissances nécessaires pour effectuer le travail en toute sécurité. Les barrières linguistiques et les différences culturelles limitent la capacité de comprendre l'information verbale ou écrite fournie aux travailleurs; elles peuvent également entraver l'acquisition des connaissances particulières à un emploi (O' Connor et coll., 2005; Trajkovski et Loosemore, 2006), difficultés amplifiées par l'absence de formation systématique ou de programmes proactifs en santé et en sécurité (Premji et coll., 2008).
- 10 Le fait de ne pas savoir comment faire, ou à qui s'adresser, pour soulever des préoccupations peut affecter la capacité d'agir de la main-d'œuvre étrangère (Burger et

coll., 2004; Kosny et coll., 2011; McKay et coll., 2006). Mais ce n'est pas le seul facteur : à cause des barrières linguistiques, la main-d'œuvre étrangère peut éprouver de la difficulté à exprimer ses inquiétudes à l'employeur, à trouver des fournisseurs de soins et à communiquer avec eux, ainsi qu'à comprendre le système d'indemnisation, ce qui inclut la façon de remplir les formulaires, de communiquer avec les agents, ou encore, de défendre sa cause et de respecter la procédure (Burger et coll., 2004; Gravel et coll., 2010). Certains suggèrent un lien entre la culture et les obstacles au pouvoir d'agir. Par exemple, selon certaines études, la main-d'œuvre chinoise ne remettrait pas en question les conditions de travail dangereuses à cause de l'importance qu'elle accorde aux rapports hiérarchiques et à leur harmonie, et aussi à cause de son attitude fataliste et résignée (Gong et coll., 2009; Liu et coll., 2008). Selon d'autres études cependant, la réticence de la main-d'œuvre étrangère à agir découle en premier lieu de son pouvoir de négociation restreint, lié à la vulnérabilité de son statut juridique et à sa précarité économique (Madan et coll., 2008; Menzet et Gutierrez, 2010).

- 11 La crainte de perdre son emploi, de subir des représailles, de perdre son statut, ou d'être déporté est souvent justifiée puisque certains employeurs jouent cette carte pour décourager la main-d'œuvre étrangère de rapporter des problèmes de santé liés au travail . Par exemple, dans notre étude du personnel préposé à l'entretien ménager dans les hôtels de Las Vegas (, nous avons constaté que les employeurs punissaient ou décourageaient expressément les immigrants et la main-d'œuvre dont l'anglais était la langue seconde de rapporter des accidents et maladies liées au travail par des techniques telles que le dépistage de drogues. Le pouvoir d'agir peut également être restreint par les taux plus bas de couverture par les régimes d'indemnisation (et d'assurance maladie publics ou privés chez la main-d'œuvre étrangère , qui peuvent être en partie causés par des exclusions basées sur le statut juridique . Les préjugés ou la méconnaissance des fournisseurs de services de santé et des agents d'indemnisation à l'égard de la main-d'œuvre étrangère représentent des barrières structurales additionnelles).
- 12 Enfin, il ressort de certaines études que les migrants et les immigrants peuvent avoir des comportements nuisibles à la santé et à la sécurité. Il existe des exemples documentés de migrants et d'immigrants dont les attitudes et les comportements les placent dans des situations de risques accrus de lésions professionnelles; alors que, pour expliquer ce phénomène, certains ont souligné le rôle de la culture, d'autres ont avancé l'argument de la vulnérabilité socio-économique en premier lieu. Par exemple, Menzel et Gutierrez (2010) et Walter et coll. (2004) ont suggéré que le machisme des Latinos encourage le travail intense et décourage l'utilisation d'équipements de sécurité. D'autres auteurs expliquent plutôt ces comportements téméraires par le pouvoir limité des travailleurs et par les conditions contextuelles — telles que le manque d'information ou d'équipements (Alexopoulos et coll.; 2009 ; Roelofs et coll., 2011). L'influence de la culture sur le comportement en santé est légèrement plus claire : elle peut guider les perceptions de la maladie ou des blessures, de même que l'attitude à l'égard de douleur , la façon de faire face aux problèmes de santé (Hoppe, 2011), les préférences de traitement (Arcury et coll., 2006), et l'attitude à l'égard des médecins.

3. Programme de recherche

- 13 Comme le démontre notre modèle conceptuel, nous savons généralement quels sont les mécanismes d'inégalités. Cependant, nous ne les comprenons pas suffisamment pour en

extrapoler des pistes de prévention ou d'intervention. Bref, nous manquons d'information détaillée sur les chemins menant aux inégalités, comment ils diffèrent selon le genre ou l'ethnie, et comment ils sont influencés par les structures sociales, économiques, politiques et juridiques plus larges. Nous manquons également d'information sur les stratégies de réduction des inégalités. Nous discutons ci-dessous ces limites et proposons des avenues pour la recherche.

3.1 Les données sur les facteurs d'inégalité sont insuffisantes

- 14 À titre d'exemple, s'il est vrai que nous comprenons assez bien l'effet négatif des barrières linguistiques sur la santé et la sécurité, nous saisissons moins bien le rôle des différences culturelles. Même à propos des barrières linguistiques, nous manquons de données sur certains mécanismes moins connus. Par exemple, nous comprenons le rôle de la langue en tant que mode de communication, mais pas nécessairement en tant qu'instrument de pouvoir — c'est-à-dire en tant que facteur d'influence sur les attitudes et les perceptions. De plus, nous ne comprenons pas toujours comment elle contribue à générer ou à amplifier des relations de pouvoir inégales. Le problème réside dans le fait que notre compréhension du rôle des barrières linguistiques dans la production des inégalités — tout comme celle des autres facteurs liés au statut de migrant ou d'immigrant — est principalement basée sur les études quantitatives et qualitatives où la langue ne représente qu'un des facteurs examinés, parmi tant d'autres, plutôt que l'objet de recherche. En conséquence, les divers mécanismes en jeu sont discutés d'un point de vue essentiellement théorique, ou encore sont simplement énumérés, sans grands détails sur leur mode de fonctionnement.
- 15 Tout comme les appellations d'emplois ne sont pas des indicateurs idéaux d'exposition professionnelle, les groupements de populations tels qu'« immigrants » sont trop généraux pour rendre compte de l'expérience des travailleurs et fournir des pistes concrètes d'action. Nous proposons donc plutôt que tous les mécanismes d'inégalités en santé et en sécurité, à savoir la langue, la culture, le statut juridique, le statut économique, la nouveauté, l'instruction et la discrimination, soient considérés comme des déterminants. Nous sommes toutefois conscients que la question de l'opérationnalisation de chacune de ces variables n'est pas réglée et que la segmentation de larges groupements de populations n'est pas toujours possible, lorsqu'il s'agit de données d'enquêtes ou de statistiques administratives antérieures, par exemple.

3.2 Les raisons des variations des différents facteurs selon le genre et l'ethnie sont mal comprises

- 16 Non seulement nous manquons de données détaillées sur les mécanismes en jeu, mais aussi sur la façon dont ils diffèrent pour les hommes et les femmes. Lorsque, dans certaines études épidémiologiques, des écarts dans les données selon le sexe font surface, on n'en tient généralement pas compte (Ahonen et Benavides, 2006) ou alors, pour les expliquer, on avance des hypothèses qui restent à vérifier (Smith et Mustard, 2009). Les études qualitatives antérieures avec échantillon mixte ou ciblant un seul sexe n'offrent pas davantage de pistes de réflexion sur la question. La variabilité de la population migrante et immigrante est rarement prise en compte, alors qu'on analyse des groupes hétérogènes sur les plans de l'appartenance ethnique et de l'âge, pour ne citer que ces

quelques caractéristiques. On a plutôt tendance à considérer les groupes comme étant homogènes.

- 17 Il serait utile que les études en santé professionnelle prennent en compte l'intersectionnalité du statut d'étranger, du genre, de l'ethnie et d'autres caractéristiques. Il n'est pas suffisant de s'assurer de la diversité dans l'échantillon des études. Les données doivent être analysées séparément et les résultats, présentés séparément; de plus, la question des différences de sous-groupes doit faire l'objet d'une discussion. Toutefois, il faut aussi se garder de tomber dans le piège de l'essentialisme, où certains membres d'un groupe se voient assigner des circonstances ou des attributs particuliers. Au final, cette approche fera en sorte que les questions spécifiques des groupes peu puissants ou peu visibles reçoivent l'attention qu'elles méritent.

3.3 Les mécanismes sous-jacents aux inégalités sont rarement considérés au niveau structurel

- 18 Le contexte général des politiques sociales, économiques et professionnelles, ainsi que les programmes et les lois de l'État font rarement partie des facteurs de l'équation. Par exemple, dans la grande majorité des études sur la santé et la sécurité où l'aspect linguistique est pris en compte, on s'est concentré sur des facteurs individuels tels que le manque d'information et les difficultés de communication. L'incidence des facteurs structuraux tels que la disponibilité de l'information ou de services de traduction, ou l'insuffisance de moyens d'intégration (comme des cours de langue, par exemple) a rarement été prise en compte dans les diverses études, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives. En conséquence, les mécanismes sont conceptualisés selon les différences de capital humain, et considérés comme intrinsèques. Ce genre d'approche peut malheureusement donner lieu à la stigmatisation des victimes et contribuer à la perpétuation des stéréotypes ou des notions déterministes.
- 19 Dans le cadre de la recherche sur les inégalités en santé et sécurité, l'accent devrait donc être mis sur la nature du contexte particulier des rapports étudiés. Par exemple, les études sur l'incidence d'un statut juridique précaire sur la santé des travailleurs devraient prendre en compte le contexte des politiques et des lois sur la migration et l'immigration, ces dernières étant source d'insécurité, de dépendance à l'employeur et d'illégalité. Ces études devraient aussi faire état des lacunes dans la réglementation du travail et des services publics selon le statut juridique. Une telle approche structurale peut être utilisée même pour les analyses quantitatives, comme le prouve l'étude de Berdahl : elle y examine le lien entre le recours aux services médicaux pour soigner des lésions professionnelles et le fait d'être prestataire d'une assurance maladie (2001). Grâce à cette approche, les inégalités en santé professionnelle ne seront plus faussement attribuées à des facteurs biologiques, génétiques ou d'aptitudes; ainsi, en prévention comme en intervention, on pourra cibler les facteurs à petite et à grande échelle. Dans le même ordre d'idée, il faudrait davantage de recherche sur la façon dont les divers acteurs du système — médecins, personnel des services d'indemnisation ou de réadaptation, superviseurs — se comportent avec la main-d'œuvre étrangère. Cette recherche est importante, car les disparités en santé professionnelle émanent en partie des pratiques et des attitudes à la ligne de front des systèmes de soins et d'indemnisation, autant que des interactions quotidiennes au travail. Meershoek (2011) fournit un exemple intéressant de cette approche. Dans son étude qualitative, elle examine, par l'entremise des observations

des participants, l'attitude des médecins à l'égard des travailleurs migrants qui souffrent de lésions professionnelles. Son analyse révèle que les médecins interprètent les comportements des migrants en termes culturels, ce qui diminue leur capacité de traiter le patient. Le diagnostic et le traitement s'en trouvent compromis et les migrants demeurent inaptes au travail pour une période prolongée.

3.4 Il existe peu d'information sur les stratégies pour réduire les inégalités

- 20 La recherche vise de plus en plus à identifier des façons de réduire les risques de santé et de sécurité chez la main-d'œuvre étrangère. Bien entendu, les projets de diffusion d'information sur des sujets spécifiques (les pesticides, par exemple) auprès des travailleurs sont au cœur de la plupart de ces études; elles tiennent compte des barrières linguistiques ou culturelles et visent à influencer la connaissance, les attitudes ou le comportement. Plusieurs approches novatrices ont été employées, y compris des programmes de marketing social (Menzel et Shrestha, 2012) et des interventions participatives communautaires. Par exemple, Arcury et ses collaborateurs (2009) ont étudié un programme d'intervention d'éducateurs laïcs en santé où des *promotoras* bénévoles enseignaient l'utilisation sécuritaire des pesticides à la main-d'œuvre agricole féminine aux États-Unis. Les auteurs ont toutefois remarqué que les programmes de modification du comportement sont limités et ont aussi conclu à la nécessité d'un programme plus structurel, en conjonction avec des changements de politiques qui ciblent les employeurs, pour traiter la question de l'exposition aux pesticides. Les chercheurs devraient donc continuer d'étudier les pratiques exemplaires en ce qui concerne les stratégies pour réduire les inégalités, tout en explorant les façons de promouvoir une culture de la sécurité en milieu de travail où l'on trouve de la main-d'œuvre étrangère (Arcury et coll., 2010).

4. Conclusions

- 21 Les preuves d'inégalités en santé et en sécurité au travail entre la main-d'œuvre étrangère et la main-d'œuvre native sont nombreuses, mais la recherche dans ce domaine s'est faite dans un vide théorique. Puisque l'analyse de données empiriques exige de la clarté théorique sur les causes sous-jacentes des inégalités, nous avons proposé un modèle conceptuel des mécanismes en jeu. Nous avons décrit comment la langue, la culture, le statut juridique, l'instruction, les qualifications, la nouveauté, le statut économique et la discrimination, seuls ou en combinaisons, génèrent des vulnérabilités qui se transposent en inégalités dans les conditions de travail, les connaissances, la communication, les comportements et le pouvoir d'agir. Par un effet d'enchaînement, ces inégalités s'étendent à l'exposition aux risques, à la prévention, aux soins, à l'indemnisation et à la réadaptation. Ces mécanismes expliquent les inégalités qui ont été observées à travers le marché du travail, ainsi qu'à l'intérieur de tâches identiques. Autrement dit, ils expliquent pourquoi les travailleurs étrangers qui effectuent les mêmes tâches que leurs homologues natifs peuvent quand même avoir un taux supérieur de lésions professionnelles. Cependant, ces mécanismes doivent faire l'objet de recherches, en même temps que l'incidence des processus structurels et des divers systèmes de stratification sociale doit être prise en compte. Autrement dit, on obtiendra des résultats

significatifs et applicables seulement si l'on se concentre sur la production sociale des inégalités en santé professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- Agudelo-Suarez, A., Gil-Gonzalez, D., Ronda-Perez, E., Porthe, V., Paramio-Perez, G., Garcia, A.M., Gari, A. (2009). Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med*, 68, 1866-1874.
- Aguilar, T., 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. (2006). Risk of fatal and non-fatal occupational injury in foreign workers in Spain. *J Epidemiol Community Health*, 60, 424-426.
- Ahonen, E.Q., Porthe, V., Vazquez, M.L., Garcia, A.M., Lopez-Jacob, M.J., Ruiz-Frutos, C., Ronda-Perez, E., Benach, J., Benavides, F.G. (2009). A qualitative study about immigrant workers' perceptions of their working conditions in Spain. *J Epidemiol Community Health*, 63, 936-942.
- al-Arrayed, A., Hamza, A. (1995). Occupational injuries in Bahrain. *Occup Med (Lond)*, 45, 231-233.
- Alexopoulos, E.C., Kavadi, Z., Bakoyannis, G., Papantonopoulos, S. (2009). Subjective risk assessment and perception in the Greek and English bakery industries. *Journal of environmental and public health*, 891754.
- Arcury, T., Vallejos, Q., Feldman, S., Quandt, S. (2006). Treating Skin Disease. Self-management behaviors of Latino farmworkers. *Journal of Agromedicine*, 11, 27-35.
- Arcury, T.A., Estrada, J.M., Quandt, S.A. (2010). Overcoming language and literacy barriers in safety and health training of agricultural workers. *Journal of Agromedicine*, 15, 236-248.
- Arcury, T.A., Marín, A., Snively, B.M., Hernández-Pelletier, M., Quandt, S.A. (2009). Reducing farmworker residential pesticide exposure : evaluation of a lay health advisor intervention. *Health promotion practice*, 10, 447-455.
- Benach, J., Muntaner, C., Chung, H., Benavides, F.G. (2010). Immigration, employment relations, and health : Developing a research agenda. *Am J Ind Med*, 53, 338-343.
- Berdahl, T.A. (2010). Medical care utilization for work-related injuries in the United States 2002-2006. *Med Care*, 48, 645-651.
- Buchanan, S. (2004). Day labor and occupational health : time to take a closer look. *New Solut* 14 : 253-260.
- Buchanan, S., Vossenas, P., Krause, N., Moriarty, J., Frumin, E., Shimek, J.A., Mirer, F., Orris, P., Punnett, L. (2010). Occupational injury disparities in the US hotel industry. *Am J Ind Med*, 53, 116-125.
- Burgel, B.J., Lashuay, N., Israel, L., Harrison, R. (2004). Garment workers in California : health outcomes of the Asian Immigrant Women Workers Clinic. *AAOHN J*, 52, 465-475.

- Canadian Labour Congress (2013). Migrant workers account for most new jobs.
- Citizenship and Immigration Canada (2012). The Canadian labour market : setting the context.
- Côté, D. (2012). Intercultural communication in health care : challenges and solutions in work rehabilitation practices and training : a comprehensive review. *Disabil Rehabil.*
- de Castro, A.B., Fujishiro, K., Sweitzer, E., Oliva, J. (2006). How immigrant workers experience workplace problems. A qualitative study. *Archives of Environmental and Occupational Health*, 61, 249-258.
- De Souza, R.A., Hecker, S., de Castro, A., Stern, H., Hernandez, A., Seixas, N. (2012). Novel Approaches to Development, Delivery and Evaluation of a peer-led occupational safety training for Latino day laborers. *New solutions : a journal of environmental and occupational health policy*, 22, 387-405.
- Dong, X., Ringen, K., Men, Y., Fujimoto, A. (2007). Medical costs and sources of payment for work-related injuries among Hispanic construction workers. *J Occup Environ Med*, 49, 1367.
- Gong, F., Baron, S., Ayala, L. (2009). Formative research in occupational health and safety intervention for diverse, underserved worker populations : a homecare worker intervention project. *Public Health Rep*, 124, Suppl 1, 84-89.
- Gravel, S., Brodeur, J.M., Vissandjée, B., Champagne, F., Lippel, K. (2007). Incompréhension des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles de leurs difficultés d'accéder à l'indemnisation. *Migration et Santé*, 131, 1-42.
- Gravel, S., Rhéaume, J., Legendre, G. (2011). Strategies to develop and maintain occupational health and safety measures in small businesses employing immigrant workers in metropolitan Montreal. *International Journal of Workplace Health Management*, 4, 164-178.
- Gravel, S., Vissandjée, B., Lippel, K., Brodeur, J.M., Patry, L., Champagne, F. (2010). Ethics and the compensation of immigrant workers for work-related injuries and illnesses. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12, 707-714.
- Hazans, M. (2011). Informal workers across Europe : evidence from 30 countries. Discussion Paper Series Bonn : Institute for the Study of Labor (IZA).
- Hoppe, A. (2011). Psychosocial working conditions and well-being among immigrant and German low-wage workers. *J Occup Health Psychol*, 16, 187-201.
- Knox, A. (2010). 'Lost in translation' : an analysis of temporary work agency employment in hotels. *Work, Employment & Society*, 24, 449-467.
- Kosny, A., Lifshen, M. (2012). A national scan of employment standards, occupational health and safety and workers' compensation resources for new immigrants to Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 103, 53-58.
- Kosny, A., MacEachen, E., Lifshen, M., Smith, P., Jafri, G.J., Neilson, C., Pugliese, D., Shields, J. (2011). Delicate dances : immigrant workers' experiences of injury reporting and claim filing. *Ethn Health*.
- Krieger, N. (2010). Workers are people too : societal aspects of occupational health disparities--an ecosocial perspective. *Am J Ind Med*, 53, 104-115.
- Lashuay, N., 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, 128p.

- Lee, H., Chae, D., Lee, K., Lee, M. (2012). Application of community-based participatory research principles : preventing work-related musculoskeletal disorders among female korean-chinese migrant workers in Korea. *Workplace health & safety*, 60, 313.
- Li, P.S. (1998). *The Chinese in Canada*. Oxford University Press Toronto.
- Liebman, A.K., Wiggins, M.F., Fraser, C., Levin, J., Sidebottom, J., Arcury, T.A. (2013). Occupational Health Policy and Immigrant Workers in the Agriculture, Forestry, and Fishing Sector. *Am J Ind Med*, 56, 8, 975-84
- Lipscomb, H.J., Loomis, D., McDonald, M.A., Argue, R.A., Wing, S. (2006). A conceptual model of work and health disparities in the United States. *Int J Health Serv*, 36, 25-50.
- Liu, C., Nauta, M., Spector, P., Li, C. (2008). Direct and indirect conflicts at work in China and the US : A cross-cultural comparison. *Work & Stress*, 22, 295-313.
- Loh, K., Richardson, S. (2004). Foreign-born workers : trends in fatal occupational injuries, 1996-2001. *Mon Labor Rev* June, 42-53.
- Madan, I., Reading, I., Palmer, K.T., Coggon, D. (2008). Cultural differences in musculoskeletal symptoms and disability. *Int J Epidemiol*, 37, 1181-1189.
- Malievskaia, E., Rosenberg, N., Markowitz, S. (2002). Assessing the health of immigrant workers near ground zero : preliminary results of the World Trade Center Day Laborer Medical Monitoring Project. *Am J Ind Med*, 42, 548-549.
- McCollister, K.E., Arheart, K.L., Lee, D.J., Fleming, L.E., Davila, E.P., LeBlanc, W.G., Christ, S.L., Caban Martinez, A.J., West, J.P., Clark III, J.E. (2010). Declining health insurance access among US Hispanic workers : not all jobs are created equal. *Am J Ind Med*, 53, 163-170.
- McKay, S., Craw, M., Chopra, D. (2006). Migrant workers in England and Wales : an assessment of migrant worker health and safety risks. London, Health and Safety Executive, 274p.
- Meershoek, A., Krumeich, A., Vos, R. (2011). The construction of ethnic differences in work incapacity risks : Analysing ordering practices of physicians in the Netherlands. *Soc Sci Med*, 72, (15-22).
- Menzel, N.N., Gutierrez, A.P. (2010). Latino worker perceptions of construction risks. *Am J Ind Med*, 53, 179-187.
- Menzel, N.N., Shrestha, P.P. (2012). Social marketing to plan a fall prevention program for latino construction workers. *Am J Ind Med*, 55, 729-735.
- Murray, L.R. (2003). Sick and tired of being sick and tired : scientific evidence, methods, and research implications for racial and ethnic disparities in occupational health. *Am J Public Health*, 93, 221-226.
- Nicholson, V.J., Bunn, T.L., Costich, J.F. (2008). Disparities in work related injuries associated with worker compensation coverage status. *Am J Ind Med*, 51, 393-398.
- O'Connor, T., Loomis, D., Runyan, C., Abboud dal Santo, J., Schulman, M. (2005). Adequacy of health and safety training among young Latino construction workers. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 272-277.
- Preibisch, K., Binford, L. (2008). Interrogating racialized global labour supply : an exploration of the racial/national replacement of foreign agricultural workers in Canada. *Canadian Review of Sociology*, 44, 5-36.

- Premji, S., Lewchuk W. (2013). Racialized and gendered disparities in occupational exposures among Chinese and white workers in Toronto. *Ethnicity & Health*.
- Premji, S., Smith, P. (2013). Education-to-job mismatch and the risk of work injury. *Inj Prev*, 19, 106-111.
- Premji, S. (2012). Work reintegration of linguistic minorities in Ontario : an analysis of case law narratives from appeal decisions. Conference of the Canadian Association for Research on Work and Health Vancouver.
- Premji, S., Duguay, P., Messing, K., Lippel, K. (2010). Are immigrants, ethnic and linguistic minorities over-represented in jobs with a high level of compensated risk ? Results from a Montreal, Canada study using census and workers' compensation data. *Am J Ind Med* 53, 875-885.
- Premji, S., Krause, N. (2010). Disparities by ethnicity, language, and immigrant status in occupational health experiences among Las Vegas hotel room cleaners. *Am J Ind Med*, 53, 960-975.
- Premji, S., Messing, K., Lippel, K. (2008). Broken English, broken bones ? Mechanisms linking language proficiency and occupational health in a Montreal garment factory. *Int J Health Serv*, 38, 1-19.
- Puech, I. (2006). Femmes et immigrées : corvéables à merci. *Travail, genre et sociétés*, 16.
- Quinn, M.M., Sembajwe, G., Stoddard, A.M., Kriebel, D., Krieger, N., Sorensen, G., Hartman, C., Naishadham, D., Barbeau, E.M. (2007). Social disparities in the burden of occupational exposures : Results of a cross-sectional study. *Am J Ind Med*, 50, 861-875.
- Roelofs, C., Sprague-Martinez, L., Brunette, M., Azaroff, L. (2011). A qualitative investigation of Hispanic construction worker perspectives on factors impacting worksite safety and risk. *Environmental Health*, 10, 84.
- Sikka, A., Lippel, K., Hanley, J. (2011). Access to health care and workers' compensation for precarious migrants in Quebec, Ontario and New Brunswick. *McGill Journal of Law & Health* 5.
- Smith, P.M., Chen, C., Mustard, C. (2009). Differential risk of employment in more physically demanding jobs among a recent cohort of immigrants to Canada. *Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 15, 252-258.
- Smith, P.M., Mustard, C. (2009). Comparing the risk of work-related injuries between immigrants to Canada and Canadian-born labour market participants. *Occup Environ Med*, 66, 361.
- Smith, P.M., Mustard, C.A. (2009). Comparing the risk of work-related injuries between immigrants to Canada and Canadian-born labour market participants. *Occup Environ Med*, 66, 361-367.
- Smith, P.M., Mustard, C.A. (2010). The unequal distribution of occupational health and safety risks among immigrants to Canada compared to Canadian-born labour market participants : 1993-2005. *Safety Science*, 48, 1296-1303.
- Thébaud-Mony, A. (2000). *Industrie nucléaire, sous-traitance et servitude*. Paris, INSERM.
- Trajkovski, S., Loosemore, M. (2006). Safety implications of low-English proficiency among migrant construction site operatives. *International Journal of Project Management*, 24, 446-452.
- Walter, N., Bourgois, P., Loinaz, H.M. (2004). Masculinity and undocumented labor migration : injured latino day laborers in San Francisco. *Soc Sci Med*, 59, 1159-1168.
- Yen, I.H., Syme, S.L. (1999). The social environment and health : a discussion of the epidemiologic literature. *Annu Rev Public Health*, 20, 287-308.

RÉSUMÉS

Un nombre croissant d'études provenant de pays industrialisés ont documenté des taux élevés d'accidents et de maladies professionnelles pour les travailleurs nés à l'étranger. Par contre, les mécanismes en jeu sont mal compris. Nous proposons un modèle conceptuel des mécanismes qui sous-tendent les inégalités. Nous décrivons comment les barrières linguistiques, les différences culturelles, la vulnérabilité liée au statut légal, la précarité économique, la nouveauté dans le pays hôte et/ou dans l'emploi, le niveau inférieur d'éducation ou d'expérience et la discrimination génèrent des vulnérabilités qui se reflètent dans des conditions de travail difficiles, des connaissances inférieures sur la santé et la sécurité, des problèmes de communication, des comportements préjudiciables vis-à-vis des risques ou de la santé, et des limites par rapport à la capacité d'agir. Ces processus, en retour, engendrent des inégalités en matière d'expositions ainsi qu'en ce qui a trait à la prévention, aux soins, à l'indemnisation et à la réhabilitation. Nous notons le manque d'information détaillée sur les chemins menant aux inégalités, et sur la façon dont ils diffèrent selon le genre et l'ethnicité et sont façonnés par les structures sociales, économiques et politiques. Nous notons également le manque d'information sur les stratégies pour réduire les inégalités. Nous proposons des avenues de recherche qui ont le potentiel de mener à des résultats significatifs et actionnables.

A growing number of studies from industrialized countries have documented elevated rates of occupational injuries and illnesses for foreign-born workers relative to their native counterparts. However, the mechanisms at play remain poorly understood. We propose a conceptual model of the mechanisms that underlie the observed inequalities. We describe how language barriers, cultural differences, vulnerable legal status, precarious economic status, newness in the host country and job, lower education and skill levels, and discrimination all generate vulnerabilities that are embodied as poor working conditions, limited knowledge of health and safety, impeded communication with employers and service providers, detrimental behaviours towards risks or health, and constrained agency. These processes, in turn, engender inequalities in exposures as well as in prevention, care, compensation and rehabilitation, which impact health. We note that in-depth information is lacking on pathways to inequalities, on how they differ by gender and ethnicity, and on how they are shaped by broader social, economic, political and legal structures. We also note the lack of information on strategies to reduce inequalities. We propose avenues for research that have the potential to lead to meaningful and actionable results.

Un número creciente de estudios proveniente de países industrializados han documentado tasas elevadas de accidentes y enfermedades profesionales dentro de los trabajadores nacidos en el extranjero en relación con sus contrapartes nativas. Sin embargo, los mecanismos en juego siguen siendo poco conocidos. Proponemos un modelo conceptual de los mecanismos que subyacen a las desigualdades observadas. Se describe cómo las barreras lingüísticas, las diferencias culturales, la vulnerabilidad relacionada con el estatus legal, la situación económica precaria, la llegada reciente al país de acogida y al trabajo así como la discriminación y un menor nivel de educación y de experiencia, todos generan vulnerabilidades: condiciones de trabajo difíciles, limitado conocimiento de la SST, problemas de comunicación con empleadores y proveedores de servicios, comportamiento prejudicial en relación a los riesgos de SST y una capacidad de acción limitada. Estos procesos, a su vez, generan desigualdades en la exposición así como en la prevención, la atención, la indemnización y la rehabilitación, lo que trae consigo una afectación a la salud. Notamos una falta de información profunda sobre los mecanismos que conducen a las desigualdades observadas y como estas se diferencian por género y etnia y como están determinadas por las estructuras sociales, económicas y políticas. Notamos también la falta

de información sobre las estrategias para reducir las desigualdades. Proponemos rutas de investigación que tienen el potencial de dar lugar a resultados significativos y acciones concretas.

INDEX

Palabras claves : desigualdades en salud y seguridad, mecanismos, modelo conceptual, inmigrantes y migrantes, género

Keywords : health and safety inequalities, mechanisms, conceptual model, immigrants and migrants, gender

Mots-clés : inégalités en santé et sécurité, mécanismes, modèle conceptuel, immigrants et migrants, genre

AUTEUR

STEPHANIE PREMJI

Assistant Professor, School of Labour Studies & Department of Health, Aging and Society,
McMaster University