



## Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

18-2 | 2016

L'ergonomie du genre : quelles influences sur l'intervention et la formation ?

---

### Biais de genre dans la reconnaissance des maladies professionnelles : l'exemple des troubles musculosquelettiques (TMS) en Italie et en Suisse

*Gender Bias in the Recognition of Occupational Diseases: The Case of Musculoskeletal Disorders in Italy and Switzerland*

*Sesgo de género en el reconocimiento de las enfermedades profesionales : el ejemplo de los trastornos musculoesqueléticos (TME) en Italia y Suiza*

Isabelle Probst et Silvana Salerno

---



#### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/pistes/4889>

DOI : 10.4000/pistes.4889

ISSN : 1481-9384

#### Éditeur

Les Amis de PISTES

Ce document vous est offert par HES-SO Haute École spécialisée de Suisse occidentale



#### Référence électronique

Isabelle Probst et Silvana Salerno, « Biais de genre dans la reconnaissance des maladies professionnelles : l'exemple des troubles musculosquelettiques (TMS) en Italie et en Suisse », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 18-2 | 2016, mis en ligne le 01 novembre 2016, consulté le 24 juin 2021. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/4889> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/pistes.4889>

---

Ce document a été généré automatiquement le 24 juin 2021.



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

---

# Biais de genre dans la reconnaissance des maladies professionnelles : l'exemple des troubles musculosquelettiques (TMS) en Italie et en Suisse

*Gender Bias in the Recognition of Occupational Diseases: The Case of Musculoskeletal Disorders in Italy and Switzerland*

*Sesgo de género en el reconocimiento de las enfermedades profesionales : el ejemplo de los trastornos musculoesqueléticos (TME) en Italia y Suiza*

**Isabelle Probst et Silvana Salerno**

---

*Remerciements : Dr. Angela Goggiamani (Comité consultatif médical, INAIL, Italie) ; Serge Quarroz (Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents, Suisse).*

## 1. Introduction

- 1 La reconnaissance des maladies professionnelles est le fruit de systèmes d'indemnisation qui, prenant en compte des connaissances en matière d'étiologie, instaurent une limite entre des atteintes à la santé qui seront reconnues comme causées par l'exercice d'une activité professionnelle et d'autres qui ne le seront pas (Bruno et coll., 2012 ; Déplaud, 2003 ; Hatzfeld, 2009 ; Rosental, 2009 ; Thébaud-Mony, 1991). Les femmes ont été généralement défavorisées à la fois dans la recherche scientifique et dans la négociation entre acteurs sociaux concernant les risques professionnels, ce qui a contribué à occulter les maladies professionnelles qu'elles subissent (Dembe, 1996 ; Messing, 2000 ; Vogel, 2003). En effet, les expositions professionnelles ne sont pas les mêmes pour les femmes et les hommes : la ségrégation sexuelle ayant concentré les femmes dans certains secteurs et activités, elles ne sont globalement pas exposées aux mêmes contraintes que les hommes

(Messing et Östlin, 2006). En outre, les effets d'une même situation ne sont pas nécessairement les mêmes pour les individus des deux sexes, car les caractéristiques du travail interagissent avec des différences, d'origine biologique, culturelle et sociale, entre femmes et hommes (Messing, 2000 ; 2004).

- 2 Les statistiques confirment que les systèmes de reconnaissance et d'indemnisation des risques professionnels ne sont pas neutres en matière de genre (Messing et Östlin, 2006 ; Lippel et Cox, 2012). En Europe, la fréquence des maladies professionnelles reconnues est nettement plus faible chez les femmes (Tieves, 2011 ; Vogel, 2011) avec une exception toutefois pour la France. Dans ce pays, le nombre de maladies professionnelles a progressé deux fois plus vite pour les femmes que pour les hommes entre 2001 et 2012 si bien qu'en 2012, les cas de maladies professionnelles sont presque aussi nombreux chez les femmes (26 438 cas) que chez les hommes (27 577 cas) (Chappert et Thery, 2014), ce qui correspond à un taux accru de maladies professionnelles reconnues chez les femmes si on les rapporte au nombre d'heures travaillées (Euzenat, 2010). Mais en France comme ailleurs des inégalités subsistent dans le type de maladies reconnues : par exemple, les cancers professionnels sont presque exclusivement masculins, ce qui ne reflète pas l'exposition aux cancérogènes (Paiva, 2014), alors que les femmes se voient essentiellement reconnaître des troubles musculosquelettiques (TMS) (Euzenat, 2010). Les différences observées dans les statistiques d'indemnisation doivent être qualifiées de biais dès lors qu'elles ne reflètent pas la fréquence des atteintes d'origine professionnelle parmi la population féminine et masculine, mais sont produites par le système de reconnaissance (Lippel et Cox, 2012 ; Bruno et coll., 2012). Ces biais entraînent des inégalités d'accès aux prestations et à la prévention, et entretiennent l'invisibilité de conditions de travail nocives pour les femmes comme pour les hommes. Toutefois, la mise en évidence des biais pose des problèmes méthodologiques, par manque de sources de données indépendantes avec lesquelles comparer les chiffres des systèmes d'indemnisation.
- 3 Notre objectif principal est de décrire les mécanismes liés aux systèmes de déclaration et reconnaissance des maladies professionnelles qui expliquent des disparités de traitement des TMS entre les hommes et les femmes dans deux pays, la Suisse et l'Italie. Nous souhaitons aussi interroger, au regard des évolutions récentes dans ces deux pays, les moyens susceptibles de promouvoir l'égalité dans les processus de reconnaissance des maladies professionnelles. Cette démarche s'inspire grandement des travaux de Katherine Lippel (2003 ; 2009) sur le Québec et de Laurent Vogel (2011 ; 2015) sur la Belgique. En travaillant sur deux pays, il ne s'agit pas de comparer directement les statistiques nationales, car les chiffres ne recouvrent pas les mêmes réalités puisque les systèmes d'indemnisation sont différents à bien des égards. En instaurant une distance par rapport à chaque situation, la comparaison permet de se dégager d'une lecture immédiate des statistiques de maladies professionnelles et de mieux comprendre comment chaque système traite les maladies professionnelles des femmes et des hommes. Plus largement, les analyses visent à questionner les limites de la régulation assurantielle de la santé au travail, qui fait dépendre la reconnaissance des atteintes de rapports de pouvoir asymétriques, dans le système d'assurance comme au sein de l'entreprise (Bruno, 2012). Les analyses questionnent la dimension genrée de cette gestion assurantielle des risques professionnels.
- 4 Nous commencerons par présenter et comparer les systèmes de reconnaissance en Suisse et en Italie. Une section méthodologique détaillera ensuite les bases de données à

disposition dans chaque pays et les analyses effectuées. Les résultats porteront sur les évolutions récentes de la déclaration et de la reconnaissance des TMS en Suisse et en Italie. À partir de ces deux cas, la discussion portera sur les moyens susceptibles de remettre en cause les biais de genre dans la reconnaissance des maladies professionnelles, mais aussi plus généralement sur les limites du système assurantiel en ce qui concerne la mise en visibilité et la reconnaissance sociale des atteintes à la santé dues au travail.

## 2. Dispositifs de reconnaissance des maladies professionnelles en Suisse et en Italie

### 2.1 Le système suisse

- 5 En Suisse, les maladies professionnelles sont couvertes par la Loi fédérale sur l'Assurance-Accidents (LAA) de 1981<sup>1</sup>. L'assurance-accidents couvre de manière obligatoire les salarié-e-s<sup>2</sup> (art. 1a LAA) alors que les indépendant-e-s peuvent s'assurer à titre facultatif (art. 4 LAA). Une pluralité d'assureurs, publics et privés, pratiquent cette assurance. La reconnaissance de maladies professionnelles a plusieurs enjeux : les prestations de l'assurance-accidents sont meilleures qu'en cas de maladie ordinaire ; les primes qui servent à couvrir leurs coûts sont à la charge des employeurs ; enfin, la reconnaissance a pour objectif officiel de contribuer à la prévention des maladies dues au travail.
- 6 Les conditions et procédures de reconnaissance des maladies professionnelles sont les mêmes pour tous les secteurs d'activité, y compris le secteur public. La loi impose des conditions strictes : pour qu'une maladie soit reconnue, elle doit être due de manière prépondérante à des substances nocives ou à certains travaux figurant sur une liste (art. 9 al. 1 LAA). Des maladies peuvent être reconnues *hors liste*, mais il faut alors que l'exercice de l'activité professionnelle en soit la cause *nettement prépondérante* (art. 9 al. 2 LAA). Selon la jurisprudence (ATF114 V 109, consid. 3) cela correspond à une cause professionnelle de 50 % pour les maladies de la liste et de 75 % pour les maladies hors liste. La causalité est donc examinée au cas par cas dans un système qui ne connaît pas de présomption d'origine. La preuve épidémiologique joue un rôle central dans cet examen (Probst, 2012) : selon la jurisprudence, pour reconnaître une maladie hors liste, il faut qu'elle soit quatre fois plus fréquente dans le groupe professionnel concerné que dans la population générale (ATF 116 V 136, consid. 5c) et pour une maladie de la liste, la fréquence doit être deux fois plus élevée (SVR 2000 UV Nr. 22 S. 75 E. 4b, U 293/99, cité par le jugement U 95/06 du 7 mai 2007). La liste des maladies professionnelles ne contribue donc qu'à alléger, et non à supprimer, le fardeau de la preuve pour l'assuré-e. Cette liste est édictée par le gouvernement. Seul un petit nombre de TMS y figure : bursites chroniques (p. ex. bursite du genou), paralysies nerveuses périphériques (p. ex. syndrome du canal carpien), tendovaginites<sup>3</sup>.
- 7 Le déroulement de la procédure peut être résumé de la manière suivante. Ce sont le plus souvent les médecins traitant-e-s qui conseillent à leurs patient-e-s d'annoncer une maladie professionnelle, la médecine du travail n'étant pas généralisée en Suisse (Chiarini et coll., 2009). Les salarié-e-s annoncent la maladie à l'employeur, qui fait la déclaration auprès de l'assureur. L'absence de présomption d'origine confère un rôle déterminant à la manière dont les assureurs interprètent les données concernant la situation de la personne (dossier médical, expositions professionnelles) ainsi que les données scientifiques concernant le lien entre maladies et expositions. Elle donne aussi une

importance primordiale à la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui est la plus haute instance judiciaire de Suisse, pour préciser et faire évoluer les critères d'acceptation.

## 2.2 Le système italien

- 8 En Italie, l'Institut national pour l'assurance contre les accidents du travail (INAIL) est un organisme public qui protège les travailleurs et travailleuses contre les dommages physiques et économiques découlant d'accidents et maladies provoqués par le travail. Les prestations sont meilleures qu'en cas de maladie ordinaire. L'INAIL joue aussi un rôle dans la prévention des maladies professionnelles car, depuis 2010, il a intégré les fonctions de recherche de l'Institut supérieur de prévention et de sécurité sur les lieux de travail (ISPESL) et de l'Institut de prévention pour le secteur maritime (IPSEMA).
- 9 L'assurance est obligatoire pour les salarié-e-s, les artisans, les indépendant-e-s du secteur agricole (23 millions au total, 2015), mais près d'un quart des travailleurs et travailleuses n'est pas couvert par l'INAIL : personnes travaillant dans des secteurs sensibles comme les forces armées, les pompiers, la police et indépendant-e-s d'autres secteurs qui connaissent des systèmes spécifiques. En outre, les personnes travaillant au noir, parmi lesquelles les femmes sont nombreuses (Tofani, 2013), sont couvertes seulement en cas d'inspection judiciaire.
- 10 L'INAIL libère l'employeur de toute responsabilité civile par rapport aux lésions subies par ses propres employé-e-s ou d'autres subordonné-e-s. La prime est exclusivement à charge de l'employeur, de l'artisan-e ou de l'indépendant-e du secteur agricole. Chaque fois qu'une maladie professionnelle se manifeste, le travailleur ou la travailleuse doit informer son employeur dans un délai de *quinze jours* et lui remettre son certificat médical. De son côté, l'employeur doit présenter la déclaration à l'INAIL dans un délai de cinq jours après réception du certificat médical. Ce sont le plus souvent les médecins du travail en pratique privée ou publique (49 %) qui conseillent d'annoncer une maladie professionnelle, la médecine du travail étant généralisée en Italie (SIMLII, 2014).
- 11 L'Italie connaît un système mixte. D'une part, la liste des maladies professionnelles comprend deux séries de tableaux : l'une concerne le travail dans l'industrie et les services, l'autre l'agriculture. Les statistiques INAIL sont tenues séparément pour ces deux secteurs. D'autre part, des maladies professionnelles *hors liste* peuvent être reconnues si le travailleur ou la travailleuse démontre avec plus de 75 % de probabilité leur nature professionnelle.
- 12 **Les maladies professionnelles** sont désormais reconnues et indemnisées dans le cadre des « Nouveaux tableaux des maladies professionnelles dans l'industrie [et les services] et l'agriculture » (21.7.2008) institués par le Décret ministériel sur la santé et la sûreté dans les lieux du travail (N. 81 du 9 avril 2008)<sup>4</sup>. Ces tableaux comportent 85 maladies pour l'industrie et les services et 24 pour l'agriculture. L'actualisation de la liste a élargi les conditions pour la reconnaissance des maladies professionnelles grâce à la prise en compte de la plupart des TMS désignés par les Codes sanitaires (suivant la Classification internationale des maladies, CIM 10) « maladies ostéo-articulaires, musculaires et du tissu conjonctif » et « maladies du système nerveux ». En particulier, de nouveaux tableaux concernent la surcharge des membres supérieur et inférieur (tableaux 78 et 79 industrie et services), la surcharge du membre supérieur (tableau 23 agriculture) et la hernie discale lombaire (tableaux 77 industrie et services et 22 agriculture). Ces nouveaux tableaux viennent s'ajouter à d'autres plus anciens qui ne permettaient de reconnaître

qu'une minorité de TMS dus aux vibrations d'usinage, si bien que la plupart des cas de TMS devaient être déclarés par la procédure hors liste. Les affections relevant de la liste bénéficient d'une présomption d'origine avec quelques limites liées au genre d'activité et au délai maximum pour la déclaration après la cessation du travail. Par exemple, dans le cas des différents TMS il est possible d'annoncer la maladie entre un et deux ans au maximum après la cessation du travail.

## 2.3 Comparaison

- 13 Les différences entre les dispositifs en Suisse et en Italie, résumées dans le tableau 1 ci-dessous, interdisent de comparer directement les statistiques. Plusieurs de ces différences sont susceptibles d'avoir un impact sur la reconnaissance genrée des maladies professionnelles. En particulier, la population couverte n'est pas la même : dans les deux pays, certains groupes de personnes sont exclus de l'assurance. L'impact différentiel de ces exclusions sur les femmes et les hommes mériterait une analyse à part entière. Un autre point fondamental est la différence des critères de reconnaissance : l'Italie connaît une présomption d'origine qui confère un rôle central aux listes de maladies professionnelles. Cette présomption n'existe pas en Suisse, pays où la jurisprudence joue un rôle plus important.

Tableau 1. Principales caractéristiques des systèmes de reconnaissance en Suisse et en Italie

	Suisse	Italie
Population couverte	Assurance obligatoire pour les salarié-e-s.	Assurance obligatoire pour les salarié-e-s, les artisan-e-s, les indépendant-e-s du secteur agricole.
Organisme responsable	Plusieurs assureurs privés et publics.	Un seul organisme public (INAIL) couvrant la majorité des salarié-e-s.
Liste des maladies professionnelles	Liste commune pour tous les secteurs d'activité.	Liste avec tableaux spécifiques pour : 1) industrie et services 2) agriculture.
TMS inclus dans la liste ou les tableaux	Bursite chronique ; paralysie nerveuse périphérique par pression (dont syndrome du canal carpien) ; tendovaginite.	Surcharge du membre supérieur (notamment syndrome du canal carpien, tendinite du supra-épineux, épicondylite, tendinite et péri-tendinite des fléchisseurs et extenseurs) ; surcharge du membre inférieur ; hernie discale lombaire.
Présomption d'origine	Pas de présomption d'origine. Nécessité d'une causalité professionnelle de 50 % pour les maladies de la liste et 75 % pour les maladies hors liste.	Présomption d'origine pour les maladies de la liste. Nécessité d'une causalité de 75 % pour les maladies hors liste.

## 3. Méthodologie

### 3.1 Bases de données consultées

#### 3.1.1 En Suisse : les statistiques de l'assurance-accidents

- 14 En Suisse, les statistiques des maladies professionnelles ne portent que sur l'assurance-accidents obligatoire des salarié-e-s et excluent les indépendant-e-s. Les assureurs transmettent leurs données au Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents (SSAA) qui établit les statistiques communes. Les rapports publiés sur le site du SSAA (<http://www.unfallstatistik.ch>) sont limités aux cas reconnus et ne sont pas ventilés selon le sexe. C'est pourquoi nous avons demandé au SSAA de nous fournir des données complémentaires ad hoc.

#### 3.1.2 En Italie : les statistiques de l'INAIL

- 15 Les statistiques des maladies professionnelles publiées par l'INAIL sur le site internet ([www.inail.it](http://www.inail.it)) permettent d'analyser la variable sexe (ainsi que l'âge, la condition d'immigré-e, la région géographique), le type de maladie professionnelle (tableau) et le code sanitaire de la Classification internationale des maladies (CIM 10) de l'Organisation mondiale de la Santé, ceci pour l'ensemble des maladies professionnelles (liste et hors liste). Les statistiques sont ventilées selon trois domaines d'activité : « Industrie et services », « Agriculture », « Compte de l'État » (qui concerne des employé-e-s des administrations publiques, mais la majorité des employé-e-s de l'État sont inclus-es dans le domaine « services »). Nous ne considérerons ici que les deux premières catégories, les plus nombreuses et les plus importantes pour les TMS.
- 16 Les données publiées par l'INAIL ne portent que sur les cinq dernières années.

#### 3.1.3 Limites des statistiques officielles des maladies professionnelles

- 17 Les statistiques officielles présentent plusieurs limites. Tout d'abord, la reconstitution des données présente des difficultés. En Suisse les statistiques publiées ne permettent pas l'analyse du sexe et des déclarations tandis qu'en Italie elles ne portent que sur les cinq dernières années, empêchant de reconstituer les dynamiques temporelles plus longues. Par ailleurs, le nombre de personnes assurées de chaque sexe n'est pas directement connu et les estimations qui peuvent en être faites restent grossières. En Suisse, les statistiques établies pour l'Office fédéral de la statistique estiment les équivalents plein temps par sexe, ce qui n'est pas le cas en Italie.
- 18 D'autres limites entravent la compréhension des processus de reconnaissance des maladies professionnelles. D'une part, il n'existe pas en Suisse et en Italie de statistiques indépendantes du système d'assurance portant sur les taux de prévalence et d'incidence des TMS. Il n'est par conséquent pas possible de chiffrer directement les phénomènes de sous-déclaration et sous-reconnaissance. D'autre part, les données ne permettent pas de connaître les raisons de refus des cas déclarés et donc de comprendre les différences de genre dans les taux d'acceptation.

## 3.2 Analyses effectuées

- 19 Les analyses portent sur les nombres de cas déclarés et reconnus selon le sexe, ainsi que les taux d'acceptation. Les cas sont recensés selon l'année d'annonce de la maladie, ce qui autorise à calculer des taux d'acceptation annuels. Les années prises en compte sont 2010 à 2014, et pour la Suisse l'évolution depuis 2005. Étant donné que les chiffres peuvent varier d'une année à l'autre pour des raisons aléatoires, nous incluons aussi des analyses sur les moyennes de cinq années.
- 20 Pour la Suisse, nous incluons sous le terme « TMS » les trois catégories de la liste (bursites, paralysies nerveuses périphériques, tendovaginites) ainsi que les maladies hors liste codées comme « maladies de l'appareil locomoteur » par le SSAA (arthropathies, dorsopathies, maladies des parties molles et osthéopathies). Pour l'Italie, nous retenons comme « TMS » les tableaux « surcharge du membre supérieur » qui comportent les catégories suivantes : syndrome du canal carpien, tendinite du supra-épineux, épicondylite, tendinite et péri-tendinite des fléchisseurs et extenseurs. Par ailleurs, l'analyse selon le Code sanitaire ICM 10 (qui inclut les maladies de la liste et hors liste) porte sur les « maladies ostéo-articulaires, musculaires et du tissu conjonctif » et les « maladies du système nerveux » (seulement le syndrome du canal carpien).
- 21 Une publication précédente (Probst, 2009) présentait les statistiques des maladies selon les équivalents plein temps. Cet indicateur a l'avantage de tenir compte des variations de la population active au cours du temps et du fait que les femmes effectuent un moins grand nombre d'heures de travail professionnel que les hommes, car la majorité d'entre elles travaillent à temps partiel en Suisse (59 % des femmes et 16 % des hommes) (OFS, 2015a) comme en Italie (32 % des femmes et 8 % des hommes) (ISTAT, 2012). Toutefois, ce choix méthodologique ne reflète pas bien la manière dont le système d'assurance sous-estime les atteintes à la santé. À titre d'exemple, si deux femmes actives à mi-temps développent chacune des TMS dus à leur travail, ce sont bien deux cas que l'assurance devrait reconnaître, et non pas un seul. Pour éviter ce biais, il faudrait prendre en compte le nombre de personnes assurées. Ce nombre n'est toutefois pas établi directement par les statistiques du SSAA et de l'INAIL. C'est pourquoi nous baserons les analyses sur les nombres de cas, tout en donnant des points de repère tirés des enquêtes sur la population active.
- 22 L'analyse statistique repose sur le test du chi<sup>2</sup> et la fréquence des variables 2x2 pour évaluer les principales différences liées au genre.

## 4. Résultats

### 4.1 La reconnaissance des TMS en Suisse selon le genre

- 23 La reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles en Suisse ayant déjà fait l'objet d'un article approfondi (Probst, 2009), nous en résumerons les conclusions avant de centrer notre propos sur les évolutions récentes.



### 4.1.1 Un biais de genre

- 24 Les résultats d'une recherche sur les années 2001 à 2005 mettaient en évidence un biais de genre dans la reconnaissance des TMS au titre de maladies professionnelles (Probst, 2009). Les chiffres officiels des assureurs accidents indiquaient que les TMS des femmes étaient moins souvent déclarés que ceux des hommes et que le taux d'acceptation était plus bas pour les femmes. L'analyse permettait de relever les rôles du cadre juridique restrictif et de la liste des maladies professionnelles. Une analyse documentaire (publications des assureurs, cas de procédures individuelles) permettait également de conclure que les experts des assurances invoquaient des facteurs individuels spécifiques aux femmes à travers la notion de « prédisposition » et tendaient à sous-estimer les expositions associées aux emplois féminisés telles que la répétitivité des mouvements ou la faible autonomie décisionnelle. Deux hypothèses interprétatives étaient considérées pour expliquer pourquoi les femmes déclaraient moins souvent les cas de TMS. La *première* portait sur les représentations stéréotypées des risques qui rendraient difficile l'identification des facteurs de TMS dans les travaux effectués par des femmes. La *seconde* était que des acteurs clés (en particulier les médecins) jugeraient négativement les chances de succès de procédures de reconnaissance engagées par les femmes. Au-delà de l'analyse de genre, les résultats permettaient de conclure à une sous-déclaration et une sous-reconnaissance massives des TMS dans le système assurantiel pour les travailleurs comme pour les travailleuses.

### 4.1.2 Quelles évolutions du point de vue statistique ?

- 25 Une dizaine d'années plus tard, il est intéressant de relever les évolutions de la déclaration et de la reconnaissance. Au cours de cette période, le thème des maladies de l'appareil locomoteur a été investigué en Suisse par des études académiques (programme de recherche n° 53 du Fonds national de la recherche scientifique « Santé musculosquelettique – douleurs chroniques ») et des enquêtes nationales : l'Enquête suisse sur la santé (Krieger et Graf, 2009 ; Marquis, 2014) et le volet suisse de l'Enquête européenne sur les conditions de travail (Graf et coll., 2007 ; Krieger et coll., 2012). Ces travaux ont montré que les TMS arrivent en tête des problèmes de santé mentionnés par les travailleuses comme par les travailleurs et ont souligné l'importance des enjeux sanitaires, sociaux et économiques des TMS (Quadrell et coll., 2009). Cette attention accrue portée aux TMS se serait-elle accompagnée d'une plus grande déclaration et reconnaissance au titre de maladies professionnelles, notamment pour les femmes ?
- 26 En comparant les chiffres des dernières années, 2010 à 2014, avec ceux de 2001 à 2005 (présentés dans l'article de 2009), on constate au contraire que le nombre de TMS déclarés a chuté pour les femmes comme pour les hommes (tableau 2), poursuivant une tendance observable depuis le début des années 1990. La diminution relative entre 2001-2005 et 2010-2014 ne présente pas de différence significative selon le sexe.

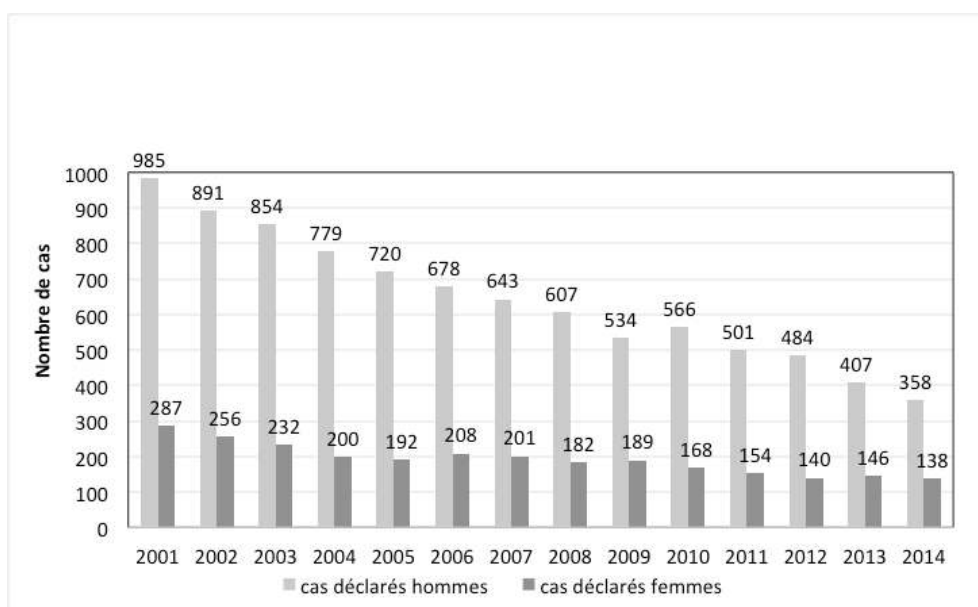
Tableau 2. Nombre de cas de troubles musculosquelettiques déclarés en moyenne en 2001-2005 et 2010-2014 selon le genre

Genre	2001-2005	2010-2014	Diminution relative
Hommes	845,4	463,2	- 45 %

Femmes	234,2	149,2	- 36 %
Total	1079,6	612,4	- 43 %

- 27 Les femmes déclarent toujours nettement moins de cas de TMS que les hommes. Entre 2010 et 2014, elles sont à l'origine de 24 % des cas de TMS déclarés alors qu'elles composent 45 % de la population active (OFS, 2015b). Pourtant, plusieurs de ces troubles sont aussi, voire plus fréquents chez les travailleuses que chez les travailleurs (Roquelaure et coll., 2006 ; Ha et coll., 2009).

Figure 1. Évolution du nombre de troubles musculosquelettiques déclarés entre 2001 et 2014



- 28 Cette diminution des cas déclarés par les femmes comme les hommes (figure 1) est encore plus prononcée si on la rapporte à l'évolution de la population assurée : celle-ci a passé d'environ 3,7 millions en 2001 à environ 4,6 millions en 2014 (Suva, 2002 ; 2015). La diminution du nombre de cas ne peut pas être attribuée à une amélioration des conditions de travail. Deux enquêtes couvrant une partie de cette période indiquent au contraire une péjoration de plusieurs facteurs de risque. Ainsi l'Enquête suisse sur la santé fait état d'une augmentation entre 2007 et 2012 du nombre de travailleurs et travailleuses disant être exposés au moins un quart du temps à des « mouvements répétitifs », à des « positions douloureuses ou fatigantes » ou au fait de « soulever ou déplacer de lourdes charges » (Marquis, 2014, p. 9). Le volet suisse de l'enquête européenne sur les conditions de travail indique que les « cadences élevées » et la « pression des délais » ont augmenté entre 2005 et 2010 pour les personnes des deux sexes (Krieger et coll., 2012). On peut en conclure que la sous-déclaration s'est accrue au cours des dix dernières années, peut-être par effet d'anticipation de décisions négatives ou à cause de l'absence de mobilisation sur ce thème de la part des milieux médicaux et syndicaux.
- 29 Le nombre de cas reconnus a reculé entre les années 2001-2005 et 2010-2014 (tableau 3). La diminution relative entre les deux périodes ne présente pas de différence significative selon le sexe.

Tableau 3. Nombre de cas de troubles musculosquelettiques en moyenne en 2001-2005 et 2010-2014

Genre	2001-2005	2010-2014	Diminution relative
Hommes	618	274	- 56 %
Femmes	121,2	56,4	- 53 %
Total	739,2	330,4	- 55 %

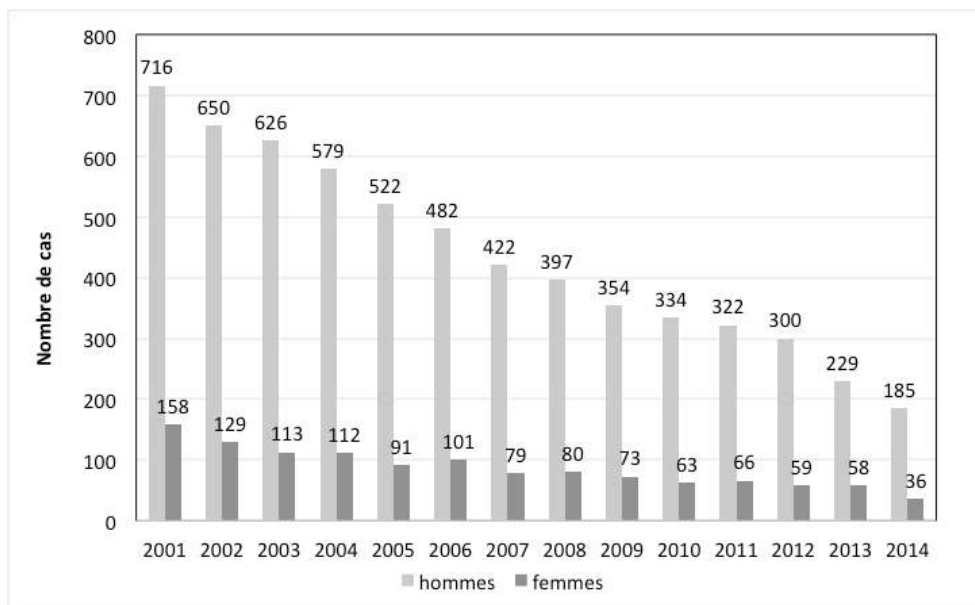
- 30 Ce recul est plus marqué que celui des déclarations (tableau 2), ce qui traduit une diminution du taux d'acceptation (tableau 4). Les assureurs ont donc montré une sévérité croissante dans l'examen des cas, poursuivant une tendance observable depuis le début des années 1990.

Tableau 4. Taux d'acceptation des troubles musculosquelettiques (%) en moyenne 2001-2005 et 2010-2014

Genre	2001-2005			2010-2014		
	Cas déclarés	Cas acceptés	Taux d'acceptation	Cas déclarés	Cas acceptés	Taux d'acceptation
Hommes	845,4	618	73,1 %	463,2	274	58,6 %
Femmes	234,2	121,2	51,8 %	149,2	56,4	37,7 %
Total	1079,6	739,2	68,5 %	612,4	330,4	54,0 %

- 31 La diminution du taux d'acceptation entre 2001-2005 et 2010-2014 est significative chez les hommes ( $\chi^2 = 26,8$   $p < 0,001$ ) et les femmes ( $\chi^2 = 7,1$   $p < 0,01$ ). Le taux d'acceptation reste significativement plus faible pour les femmes que pour les hommes en 2010-2014 ( $\chi^2 = 20,7$   $p < 0,001$ ) comme en 2001-2005 ( $\chi^2 = 38,7$   $p < 0,001$ ).
- 32 Au final, le nombre de cas de TMS reconnus sur la période 2001-2014 est en baisse constante et drastique alors que de fortes différences de genre perdurent (figure 2).

Figure 2. Évolution du nombre de troubles musculosquelettiques reconnus entre 2001 et 2014



- 33 Les autres types de pathologies n'ont pas connu pareille diminution. Par conséquent, alors que les TMS représentaient 23,6 % des maladies professionnelles reconnues en 2001, ils n'en représentent plus que 9,9 % en 2014. Ces chiffres contrastent avec le fait que les TMS sont les troubles les plus fréquemment mentionnés par les travailleuses et travailleurs dans les enquêtes suisses sur la santé au travail (Graf et coll., 2007 ; Krieger et Graf, 2009 ; Krieger et coll., 2012 ; Marquis, 2014).
- 34 On peut en conclure que la sous-déclaration et la sous-reconnaissance des TMS se sont aggravées au cours des dernières années, alors que l'écart entre femmes et hommes s'est maintenu. La jurisprudence récente pourrait toutefois faire évoluer la pratique restrictive des assurances et inciter les travailleurs et surtout les travailleuses à mieux déclarer ce type de troubles.

#### 4.1.3 L'évolution de la jurisprudence

- 35 En 2009, un jugement du Tribunal fédéral (arrêt 8C\_410/2009 du 10 novembre 2009) reconnaissait comme maladie professionnelle un cas d'épicondylite. Ce cas est particulièrement intéressant, car l'épicondylite ne figure pas en Suisse sur la liste des maladies professionnelles : pour la faire reconnaître, il faut donc rendre vraisemblable une causalité professionnelle de 75 % au moins. La procédure concernait une employée travaillant au montage du journal télévisé de la Télévision suisse romande sur un appareil qui comprenait un écran tactile et un stylet. Trois éléments ont joué un rôle déterminant pour l'issue du jugement. *Premièrement*, le jugement s'est appuyé sur une revue de la littérature sur l'épicondylite intégrant des études ergonomiques (expertise ordonnée par le Tribunal administratif du canton de Berne, jugement du 10 novembre 2005) alors que les assurances se basent principalement sur la littérature médicale et épidémiologique (Bär et Kiener, 2000). Cette revue de la littérature concluait que l'on ne pouvait d'emblée rejeter une causalité professionnelle de l'épicondylite, contrairement à la position soutenue par les experts des assurances, et sur la base de laquelle les cas d'épicondylite étaient systématiquement rejetés (Bär et Kiener, 2000). *Deuxièmement*, il s'agit d'un des

rare cas où une expertise interdisciplinaire indépendante, ordonnée par le tribunal, a mis en œuvre une analyse ergonomique approfondie de l'activité (Kern, 2010). Troisièmement, l'expertise a comparé les prévalences de l'épicondylite et des autres TMS membre supérieur parmi l'ensemble des monteuses et monteurs travaillant dans l'unité concernée avec celles établies par Roquelaure et coll. (2006) dans la population active. Le risque relatif très fortement augmenté parmi les monteuses et monteuses a constitué un argument épidémiologique en faveur de l'origine professionnelle de l'épicondylite dans ce cas précis. Plusieurs de ces éléments sont liés aux choix méthodologiques effectués par les expert-e-s pour répondre aux questions posées par le tribunal dans sa requête d'expertise. On relèvera que la désignation des expert-e-s (qualifications, temps et moyens à disposition, indépendance, etc.) revêt une importance primordiale pour l'issue du jugement.

- 36 Nous insisterons ici sur l'analyse ergonomique de l'activité. Cette analyse a contredit l'appréciation portée par l'assureur sur les contraintes de l'activité de montage avec cet appareil (un poste de travail mixte comprenant une majorité de femmes). Comme cela a déjà été évoqué plus haut, les assureurs tendent à sous-estimer les expositions professionnelles, particulièrement dans les tâches qui ne correspondent pas aux stéréotypes du travail de force traditionnellement dévolu à des hommes. Dans le cas qui nous intéresse, l'un des arguments principaux avancés par l'assurance pour nier la maladie professionnelle est que l'activité de montage est « répétitive, mais avec des contraintes minimales » ou encore que « la force nécessaire pour guider le stylo sur la plaque est très faible » (jugement du 13 novembre 2008 du Tribunal des assurances du canton de Vaud, confirmé par le Tribunal fédéral). L'analyse ergonomique, impliquant non seulement des observations et des entretiens, mais également l'analyse de séquences filmées, met au contraire en évidence les fortes contraintes de l'activité de montage : les mouvements fins et précis engendrent une *tension contraignante*, la gestuelle est répétitive et unilatérale avec un temps de repos extrêmement restreint, le travail est effectué sous forte contrainte de temps et des mouvements spécifiques comme le *swipe* (jet rapide sur le côté) sont d'importants facteurs de risques de TMS.
- 37 L'issue de la procédure judiciaire montre donc qu'une analyse fine de l'activité et de ses contraintes a contribué à surmonter certaines appréciations stéréotypées sur les risques (Messing et coll., 1998). Toutefois, cette procédure n'a pas remis en question l'exigence, introduite par la jurisprudence (ATF 116 V 136, consid. 5c), d'une preuve épidémiologique ; la comparaison de la prévalence dans la population générale et dans le milieu professionnel concerné a constitué l'un des arguments déterminants. Or, ce type de preuve est très difficile à produire, pour diverses raisons (p. ex. manque d'études, notamment dans les emplois féminisés, résultats contradictoires, etc.) y compris des limites propres à la méthode épidémiologique (ex. écart temporel entre exposition et développement des maladies, difficulté à définir une population non exposée, etc.) (Messing, 2000 ; Thébaud-Mony, 2014). L'exigence d'une preuve épidémiologique dans la jurisprudence suisse contribue ainsi à entraver la reconnaissance des maladies professionnelles.
- 38 Le jugement de 2009 pourrait en théorie favoriser la déclaration et la reconnaissance d'un plus grand nombre de TMS, notamment chez les travailleuses. Cependant, on ne constate pas d'augmentation ni du nombre de cas déclarés ni des cas reconnus sur les années 2010 à 2014 (figure 1 et 2). Il apparaît que les acteurs (médecins, syndicats, juristes, notamment) qui pourraient exploiter cette jurisprudence pour encourager des

travailleurs et travailleuses à déclarer les TMS ne l'ont pas fait jusqu'à présent. Parmi les hypothèses qui pourraient expliquer cette absence de réaction : le faible investissement des syndicats dans les questions relatives à la santé au travail, l'absence de réseaux ou d'associations prenant en charge les victimes de lésions professionnelles ou encore le fait que la médecine du travail soit très peu développée en Suisse.

- 39 Plus récemment, en 2013, des jugements cantonaux basés sur la nouvelle jurisprudence fédérale ont conduit à accepter des cas de TMS survenus chez six ouvrières d'une même entreprise de gainerie (Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève, arrêts ATAS/664/2013 et ATAS/664/2013 du 25 juin 2013 ; ATAS/1161/2013, ATAS/1162/2013, ATAS/1163/2013 et ATAS/1164/2013 du 26 novembre 2013). Ces jugements ont confirmé le potentiel de reconnaissance des TMS des travailleuses ouvert par l'expertise de 2005 et le jugement de 2009. Pour l'heure, ils n'ont pas non plus donné lieu à des actions ou campagnes d'informations de la part des milieux concernés ni à des changements perceptibles dans le nombre de déclarations.

## 4.2 La reconnaissance des TMS en Italie selon le genre

### 4.2.1 Maladies professionnelles et genre en Italie

- 40 Toutes pathologies confondues, les femmes représentent 29 % des 48 603 maladies professionnelles déclarées (industrie-services et agriculture) et 27 % des 20 676 maladies reconnues en moyenne entre les années 2010 et 2014 en Italie (tableau 5). Or, sur ces mêmes années, les femmes représentent en moyenne 46,4 % des salarié-e-s occupé-e-s (ISTAT, 2013). Les femmes déclarent donc moins et se voient moins souvent reconnaître les maladies professionnelles que les hommes. En outre, le *taux d'acceptation moyen* des cas est plus bas pour les femmes (39 %) que pour les hommes (44 %), cette différence étant significative ( $\chi^2$  87,4  $p < 0,001$ ).

Tableau 5. Maladies professionnelles déclarées et reconnues en Italie selon le genre – Industrie-services et agriculture - moyennes 2010-2014 (mis à jour le 31 octobre 2015)

Genre	Déclarées	Reconnues	Taux d'acceptation %
Hommes	34430	15110	44
Femmes	14173	5566	39 *
Total	48603	20676	42,5

\* $p < 0,001$ .

### 4.2.2 Déclaration et reconnaissance des TMS

- 41 Comme dans plusieurs autres pays de l'Union européenne (Tieves, 2011) et aux États-Unis d'Amérique (Punnett et Herbert, 2000), et contrairement à la Suisse, les TMS sont les maladies professionnelles les plus fréquemment déclarées en Italie. De toutes les maladies professionnelles (de la liste et hors liste), les plus déclarées chez les femmes sont celles du tableau « surcharge du membre supérieur » (33 % de tous les cas déclarés), avec pour ce

tableau le syndrome du canal carpien en première position (42 % des cas industrie-services ; 43 % des cas agriculture). Viennent ensuite les cas de hernies discales lombaires (6 % des cas industrie-services ; 12 % des cas agriculture). Les hommes aussi déclarent le plus souvent une « surcharge du membre supérieur » (14 % de toutes les maladies professionnelles), mais à l'intérieur de ce tableau c'est la tendinite du supra-épineux qui est en première position (41 % des cas industrie-services et 44 % des cas agriculture). Viennent ensuite les cas de hernies discales lombaires (8 % des cas industrie-services et 16 % des cas agriculture). Autrement dit, les TMS sont les maladies les plus souvent déclarées tant chez les hommes que chez les femmes, mais les types de TMS déclarés par les unes et les autres diffèrent.

- 42 Si l'on examine le tableau « surcharge du membre supérieur », les chiffres des années 2010 et 2014 montrent que le nombre de TMS déclarés a augmenté pour les femmes et les hommes dans les secteurs industrie-services (+ 18 %) et agriculture (+ 87 %) (tableau 6). Toutefois l'augmentation des cas déclarés est, de manière statistiquement significative, plus faible chez les femmes que chez les hommes. Cet écart est plus marqué dans le secteur industrie-services (+ 5 % vs + 33 %) que dans l'agriculture (+ 68 % vs + 102 %). Les déclarations se sont donc globalement accrues au cours des cinq dernières années, après le passage de la « surcharge du membre supérieur » dans la liste des maladies professionnelles en 2008, mais cet accroissement est plus faible chez les femmes dans les deux secteurs considérés (figures 3 et 4).

Tableau 6. Nombre de cas déclarés de « surcharge du membre supérieur » - Industrie-services et agriculture en 2010 et 2014 (mis à jour le 31 octobre 2015)

<b>Industrie-services</b>	<b>2010</b>	<b>2014</b>	<b>Augmentation de 2010 à 2014</b>
Hommes	2812	3734	+ 33 %
Femmes	3190	3350	+ 5 % **
Total	6002	7084	+ 18 %
<b>Agriculture</b>			
Hommes	679	1375	+ 102 %
Femmes	542	914	+ 68 % *
Total	1221	2289	+ 87 %

\*p < 0,05 \*\*p < 0,001.

Figure 3. Évolution du nombre de cas déclarés selon le tableau « surcharge du membre supérieur » - Industrie-services (2010-2015 mis à jour le 31 octobre 2015)

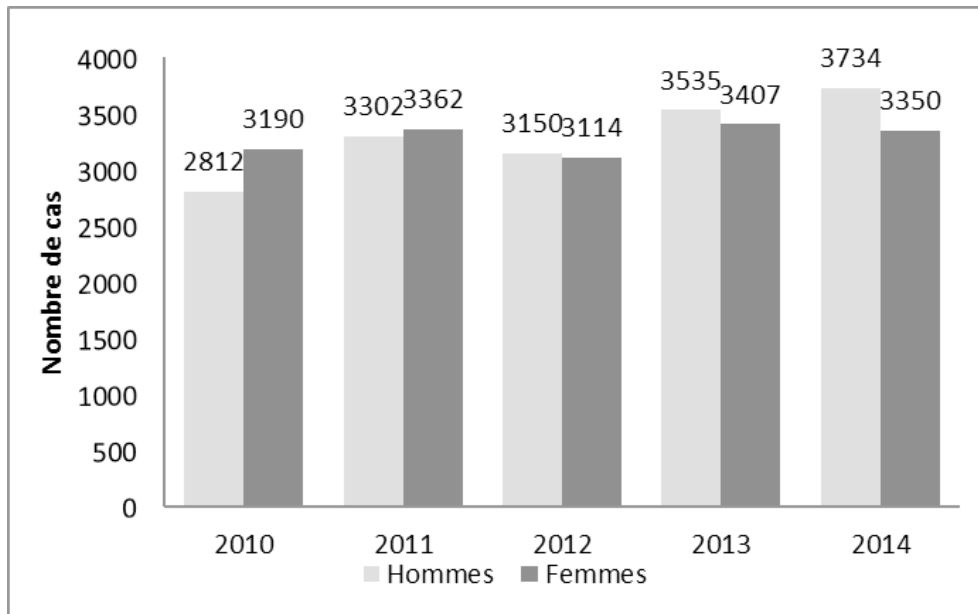
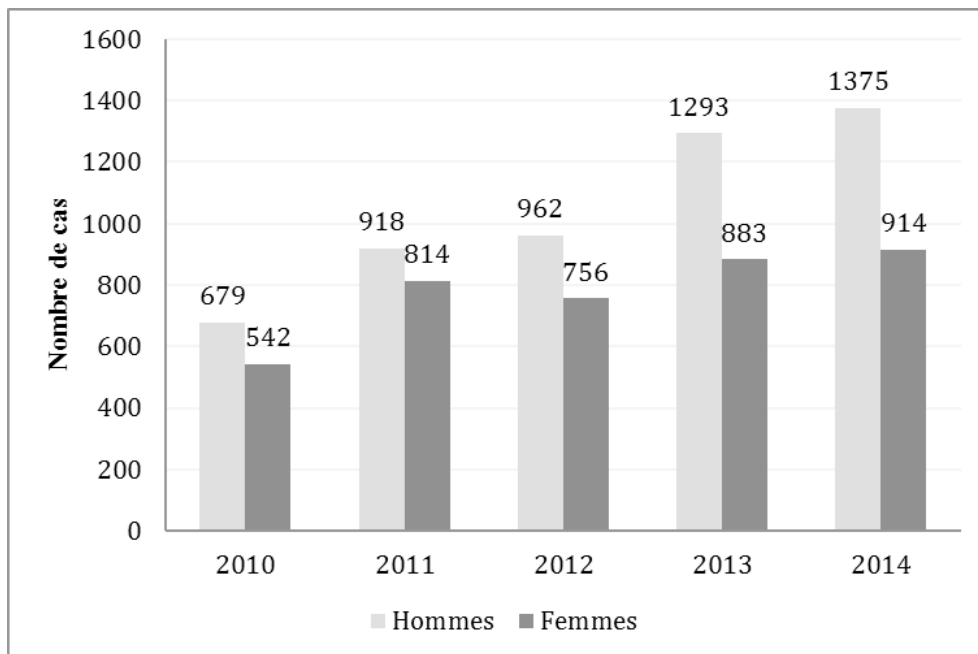


Figure 4. Évolution du nombre de cas déclarés selon le tableau « surcharge du membre supérieur » - Agriculture (2010-2014 mis à jour le 31 octobre 2015)



- 43 Les taux d'acceptation de la « surcharge du membre supérieur » sont plus faibles, de manière significative, pour les femmes dans le secteur industrie-services en 2014 ( $\chi^2 = 32$   $p < 0,001$ ) (mais non en 2010) et dans le secteur agriculture en 2010 ( $\chi^2 = 6,8$   $p < 0,01$ ) (mais non en 2014) (tableau 7). Les taux d'acceptation moyens pour les années 2010-2014 sont aussi plus bas pour les femmes dans les secteurs industrie-services (55,7 vs 59,2 %) ( $\chi^2 8,1$   $p < 0,01$ ) et agriculture (65,4 vs 71 %) ( $\chi^2 = 6,2$   $p < 0,05$ ). Ces résultats montrent que, bien que les taux d'acceptation varient selon les années, une tendance globale



défavorisant les femmes est repérable. Pour mieux comprendre ces différences de genre, il serait nécessaire de pouvoir étudier le processus d'acceptation des cas, notamment les raisons de leur acceptation ou refus par l'INAIL.

Tableau 7. Taux d'acceptation pour le tableau « surcharge du membre supérieur » - Industrie-services et agriculture – en 2010 et 2014 (mis à jour le 31 octobre 2015)

Genre	2010			2014		
	Cas déclarés	Cas acceptés	Taux d'acceptation %	Cas déclarés	Cas acceptés	Taux d'acceptation %
Industrie-Services						
Hommes	2812	1677	59,6	3734	2068	55,3
Femmes	3190	1918	60	3350	1629	48,6**
Total	6002	3595	59,8	7084	3697	52,1
Agriculture						
Hommes	679	513	75,5	1375	864	62,8
Femmes	542	373	68,8*	914	559	61,1
Total	1221	886	72,5	2289	1423	62,1

\*p < 0,01 \*\*p < 0.001.

- 44 Pour affiner l'analyse, nous avons étudié spécifiquement le *syndrome du canal carpien* qui est la pathologie la plus souvent annoncée parmi les femmes dans le tableau « surcharge du membre supérieur ». À l'intérieur de ce tableau, le *syndrome du canal carpien* représente en effet 42,4 % des cas déclarés parmi les femmes et 28,8 % des cas déclarés parmi les hommes. Le tableau 8 montre les taux d'acceptation pour le *syndrome du canal carpien* dans les secteurs industrie-services et agriculture pour les années 2010 et 2014. Ces taux ne présentent pas de différence significative entre hommes et femmes. Le taux d'acceptation moyen pour les cinq années (2010-2014) est plus faible pour les femmes dans le secteur agriculture (67 vs 72,5  $\chi^2 = 139$  p < 0,001), mais ne montre pas de différence significative dans le secteur industrie-services (57 vs 59 %).

Tableau 8. Taux d'acceptation du « syndrome du canal carpien » (%) - Industrie-services et agriculture - en 2010 et 2014 (mis à jour le 31 octobre 2015)

Genre	2010			2014		
	Cas déclarés	Cas acceptés	Taux d'acceptation %	Cas déclarés	Cas acceptés	Taux d'acceptation %
Industrie-Services						

Hommes	848	505	59,5	1090	587	53,8
Femmes	1411	844	59,8	1332	680	51
Total	2259	1349	59,7	2422	1267	52,3
<b>Agriculture</b>						
Hommes	268	205	76,4	459	307	66,8
Femmes	312	223	71,4	417	270	64,7
Total	580	428	73,7	876	577	65,8

- 45 Pour pouvoir intégrer dans l'analyse non seulement les maladies de la liste, mais aussi les maladies hors liste, nous avons étudié la catégorie de TMS la plus fréquente selon le Code sanitaire INAIL - CIM-10, soit les « maladies ostéo-articulaires, musculaires et du tissu conjonctif » (tableau 9). Les taux d'acceptation pour les femmes sont plus faibles, de manière statistiquement significative, dans le secteur industrie-services (2010 :  $\chi^2 = 46$   $p < 0,001$  ; 2014 :  $\chi^2 = 144$   $p < 0,001$ ) et dans l'agriculture (2010 :  $\chi^2 = 86$   $p < 0,001$  ; 2014 :  $\chi^2 = 31$   $p < 0,001$ ). Les taux d'acceptation moyens pour les années 2010 à 2014 sont également plus faibles pour les femmes dans les secteurs industrie-services (36,5 vs 44 % ;  $\chi^2 = 111$   $p < 0,001$ ) et agriculture (43,9 vs 53 % ;  $\chi^2 = 132$   $p < 0,001$ ).

Tableau 9. Taux d'acceptation des « maladies ostéo-articulaires, musculaires et du tissu conjonctif » (%) (CIM 10) - Industrie-services et agriculture - 2010 et 2014 (mis à jour le 31 octobre 2015)

Genre	2010			2014		
	Cas déclarés	Cas acceptés	Taux d'acceptation %	Cas déclarés	Cas acceptés	Taux d'acceptation %
<b>Industrie-Services</b>						
Hommes	10434	5269	50,5	18661	7173	38,4
Femmes	5441	2439	44,8**	8212	2528	30,7**
Total	15875	7708	48,5	2422	1267	52,3
<b>Agriculture</b>						
Hommes	2199	1304	59,3	5173	2496	48,2
Femmes	1676	742	44,2**	3065	1285	41,9**
Total	3875	2046	52,7	8238	3781	45,8

\*\*  $p < 0,001$ .

- 46 Les codes sanitaires permettent d'étudier les cas de syndrome du canal carpien en incluant non seulement les cas annoncés dans la liste, mais aussi les cas hors liste. Le tableau 10 montre les taux d'acceptation pour le syndrome du canal carpien en 2010 et 2014. Les taux d'acceptation sont plus faibles chez les femmes dans l'industrie-services en 2010 ( $\chi^2 = 9$   $p < 0,01$ ) et 2014 ( $\chi^2 = 21$   $p < 0,001$ ) et dans l'agriculture en 2010 ( $\chi^2 = 3,5$   $p < 0,10$ ) et 2014 ( $\chi^2 = 4,9$   $p < 0,05$ ). Les taux d'acceptation moyens pour les cinq années (2010-2014) confirment des taux d'acceptation inférieurs pour les femmes dans l'industrie-services (53,2 % vs 58,5 ;  $\chi^2 = 9,1$   $p < 0,01$ ) et agriculture (65,8 % vs 70,3 ;  $\chi^2 = 2,9$   $p < 0,10$ ), les différences étant significatives.

Tableau 10. Taux d'acceptation pour le « syndrome du canal carpien » (CIM-10) Industrie-services et Agriculture 2010 et 2014 (mis à jour le 31 octobre 2015)

Genre	2010			2014		
	Cas déclarés	Cas acceptés	Taux d'acceptation %	Cas déclarés	Cas acceptés	Taux d'acceptation %
<b>Industrie-Services</b>						
Hommes	1396	945	67,6	2213	1139	51,4
Femmes	2116	1327	62,7 **	2390	1068	44,6 **
Total	3512	2272	64,6	4603	2207	47,9
<b>Agriculture</b>						
Hommes	403	325	80,6	768	499	64,9
Femmes	521	393	75,4 *	770	458	59,4 *
Total	924	718	77,7	1538	957	62,2

\* $p < 0,10$  ; 0,05 \*\* $p < 0,01$  ; 0,001.

- 47 Ces résultats montrent que dans le cas du syndrome du canal carpien, les femmes sont défavorisées en ce qui concerne les taux d'acceptation tant pour les maladies de la liste (analyse par le biais des tableaux) que pour les maladies professionnelles dans leur ensemble, de la liste et hors liste (analyse par le biais du code sanitaire). Pour ce qui est des maladies de la liste, certains refus sont motivés par les limites que posent les tableaux quant au type d'activité ou à la durée d'exposition au travail. Lorsqu'une femme ne travaille pas dans une activité reconnue par la liste, elle doit déclarer la maladie hors liste, avec une haute probabilité de refus puisque la causalité professionnelle doit alors être de 75 %. Une amélioration de la reconnaissance des maladies professionnelles touchant les femmes devrait prendre en compte non seulement le type de maladies incluses dans la liste, mais aussi les conditions de reconnaissance, par exemple l'activité assurée pour chaque maladie professionnelle. Par ailleurs, pour mieux cerner les processus sous-jacents, il serait utile d'étudier les raisons d'acceptation ou de refus par l'INAIL des maladies professionnelles hors liste. En particulier, il serait intéressant de

vérifier si, comme en Suisse ou au Québec (Lippel, 2003), l'assureur tend à sous-estimer les expositions professionnelles des femmes, particulièrement dans les tâches qui ne correspondent pas aux stéréotypes du travail masculin.

#### 4.2.3 Peut-on parler d'un biais de genre concernant les TMS en Italie ?

- 48 L'analyse des données de l'INAIL selon le genre montre donc que les femmes déclarent moins de cas de TMS comme maladies professionnelles et que les taux d'acceptation des TMS, que ce soit sur la liste (tableaux) ou hors liste (Code sanitaire), tendent à être plus bas chez les femmes que chez les hommes.
- 49 C'est la première fois que de telles inégalités sont mises en évidence en Italie concernant les TMS. En Italie c'est aussi le cas des mésothéliomes (Merler et coll., 2011). Ces inégalités étaient probablement bien plus fortes avant 2008 lorsque la liste des maladies professionnelles a été élargie pour intégrer de nouvelles catégories de TMS. Malheureusement, comme l'accès informatique aux données statistiques de l'INAIL ne débute qu'en 2010, il ne nous a pas été possible de reconstituer les taux d'acceptation avant cette date. On remarque toutefois une amélioration partielle pour les femmes (industrie-services) pour l'année 2010, soit après la réforme de la liste, mais qui n'est pas confirmée dans les années suivantes. Les données à disposition ne permettent pas de déterminer spécifiquement à quel moment du processus la discrimination commence et quels sont les facteurs scientifiques, mais aussi socioculturels en cause. On notera que l'absence de données concernant le nombre d'assuré-e-s et des équivalents plein temps par sexe représente une limite importante car elle empêche de connaître l'évolution des expositions aux risques professionnels.
- 50 Les TMS, pris dans leur ensemble, confirment une discrimination pour les maladies professionnelles de la *surcharge du membre supérieur* ainsi que les maladies « ostéo-articulaires, musculaires et du tissu conjonctif » et « maladies nerveuses » dans l'industrie-services et l'agriculture. L'unique exception est représentée par le *syndrome du canal carpien* (liste) qui, au cours des dernières années, a été reconnu avec presque le même taux parmi les hommes et les femmes. Cette amélioration partielle de la reconnaissance en Italie, spécifique et unique, est probablement due à l'inclusion sur la liste des maladies professionnelles de la *surcharge du membre supérieur* (avec le *syndrome du canal carpien* une catégorie qui concerne particulièrement les femmes et qui a eu des effets positifs sur la reconnaissance des TMS. La sous-déclaration du *syndrome du canal carpien* par les médecins généralistes avait été soulignée dans une étude épidémiologique qui avait montré qu'une part importante des interventions chirurgicales à la main n'étaient pas annoncées en tant que maladies professionnelles (Bena et coll., 2007). Cette étude avait été réalisée avant l'élargissement de la liste des maladies professionnelles en 2008.
- 51 Ce résultat confirme l'utilité d'avoir des listes et de les réviser pour y inclure les maladies les plus fréquentes parmi les travailleuses. On notera toutefois que d'autres maladies professionnelles dues au travail monotone et répétitif et à une faible autonomie/latitude décisionnelle (par exemple, *les troubles psychiques* qui touchent particulièrement les femmes, sont encore dans l'attente d'une étude similaire et d'un nouveau travail sur la liste pour surmonter la sous-déclaration. À titre d'exemple, en Italie les troubles psychiques ne figurent pas sur la liste et représentent seulement 1,2 % (INAIL, 2012) des maladies professionnelles déclarées.

- 52 L'élargissement de la liste de 2008 a eu lieu sous l'impulsion des recommandations européennes concernant la législation des pays membres (Commission européenne, 2003) ainsi que l'indication par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (Osha-EU) de considérer le genre dans les politiques liées de santé au travail (Osha-EU, 2003). La loi italienne 81/2008 a tenu compte de ce point de vue et la *Commission scientifique pour l'élaboration et la révision périodique des maladies professionnelles du Ministère du Travail et des Politiques sociales* a introduit la surcharge du membre supérieur sur la nouvelle liste pour améliorer la reconnaissance des cas les plus fréquents de maladies professionnelles.
- 53 La même loi (81/2008) a aussi introduit une évaluation obligatoire des risques au travail selon le genre. L'employeur est désormais tenu d'évaluer, dans le document d'évaluation des risques, les différences dans les activités, expositions et risques au travail entre hommes et femmes (de même que selon l'âge et la condition d'immigrée) (Salerno, 2010). Cette tendance, limitée mais positive, consistant à intégrer le genre dans l'analyse et la prévention des risques demande à être confirmée et renforcée ces prochaines années.

## 5. Discussion : les biais de genre et les pistes pour les surmonter

- 54 Les données présentées confirment que les statistiques d'indemnisation comportent de nombreux biais liés au processus de déclaration et reconnaissance des pathologies d'origine professionnelle (Thébaud-Mony, 1991). Les statistiques officielles, et plus largement la régulation assurantielle des risques (Bruno et coll., 2012), contribuent ainsi à masquer plutôt qu'à mettre en évidence le rôle de l'activité professionnelle dans la survenue des TMS. Nos données confirment que ces processus d'invisibilisation ne sont pas neutres en matière de genre (Lippel, 2003 ; Lippel et Cox, 2012 ; Paiva, 2014 ; Vogel, 2011).
- 55 Historiquement la reconnaissance des maladies professionnelles des femmes a été conditionnée par le fait que leur travail était considéré comme un travail léger, sans problèmes de sécurité (Messing, 1999 ; Habib et Messing, 2012). L'accroissement de l'activité salariée des femmes s'est accompagné d'une attention accrue pour les questions de genre dans le monde professionnel, mais l'importance de l'ergonomie pour un processus de conception du travail qui tienne compte du genre est encore sous-estimée (Teiger et Lacomblez, 2013). Si les femmes paient le prix de conditions de travail exigeantes, notamment au travers des TMS, ces atteintes à la santé restent souvent invisibles. La surcharge musculosquelettique due aux tâches ménagères réalisées par les femmes dans leur propre maison (Habib et coll., 2010) reste tout à fait exclue du système d'indemnisation, qui ne reconnaît que le travail salarié, et peut même représenter un motif d'exclusion de la reconnaissance lorsqu'elle est invoquée à titre de facteur extraprofessionnel.
- 56 Nos analyses nous permettent de déceler plusieurs afin de réduire les inégalités dans la reconnaissance et la prévention des maladies qui touchent les femmes et les hommes dans le cadre de leur activité professionnelle.
- 57 Tout d'abord, comme le montre le cas de l'Italie, la révision des listes de maladies professionnelles peut jouer un rôle important pour indemniser et sortir de l'invisibilité sociale des pathologies qui affectent fréquemment les femmes. Il faut aussi souligner que

le système italien de liste connaît une *présomption d'origine* qui évite de devoir départager dans chaque cas particulier le rôle respectif des facteurs professionnels et non professionnels, un processus susceptible de défavoriser particulièrement les femmes (Lippel, 2003 ; Probst, 2009).

- 58 En Suisse, contrairement à ce que nous avons vu du cas italien, il n'y a eu aucun élargissement de la liste pour mieux tenir compte des maladies affectant les femmes. Le cadre juridique pour la reconnaissance des TMS n'a pas évolué depuis l'adoption de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents en 1981. Dans les faits, les assurances se sont montrées de plus en plus sévères dans l'acceptation des cas depuis le début des années 1990. En Suisse, l'absence de *présomption d'origine* concernant les maladies professionnelles donne un poids plus important aux procédures judiciaires et à la jurisprudence pour déterminer quelles pathologies peuvent être reconnues et à quelles conditions. Les jugements évoqués ici n'ont pas eu d'effet sur le nombre de déclarations. Il semble que les acteurs potentiellement concernés ne s'en sont pas servis jusqu'ici pour mieux déclarer les TMS des femmes.
- 59 Au-delà de la reconnaissance des maladies professionnelles des femmes, la connaissance et visibilité des risques qu'elles encourent dans leur travail prend une importance nouvelle dans la période actuelle de crise économique. L'évolution récente dans l'industrie automobile italienne en témoigne. En effet, alors que la nouvelle loi italienne promeut désormais l'ergonomie pour combattre le travail monotone et répétitif, dans les faits les rythmes du travail salarié connaissent au contraire une augmentation et sont accompagnés d'une réduction des pauses. Ainsi, les constructeurs d'automobiles, dont Fiat en Italie, ont récemment élevé le rythme du travail et réduit les pauses dans leurs établissements de production. Dans ce contexte, des ergonomes experts des TMS (Occhipinti et Colombini, 2007 ; Occhipinti et coll., 2011) ont publié une confrontation entre la méthode ErgoUas, proposée par MTM-Methods-Time-Measurement et utilisée chez Fiat pour augmenter le rythme, et la méthode OCRA actuellement privilégiée dans la norme ISO 11228. Ils ont dénoncé la sous-estimation du risque d'hypersollicitation du membre supérieur induite par la méthode ErgoUas. Dans une enquête menée par le Parlement italien sur les accidents du travail, un groupe d'ouvrières syndicalisées de cette entreprise ont dénoncé auprès du Sénat de la République italienne la souffrance qu'elles subissaient du fait de ce rythme de travail accru (Tofani, 2013). Ces femmes ont ainsi dénoncé auprès de la plus haute institution législative italienne leurs conditions de travail pénibles en tant qu'atteintes graves à leurs conditions de vie. Le travail à la pièce et le rythme de travail constituent en effet des risques déterminants pour des TMS tels que le syndrome du canal carpien (Petit et coll., 2015). Une telle démarche interpelle également l'ergonomie dans sa capacité à rendre visible le lien entre les conditions de travail des femmes et leur santé et à participer à leur transformation (Teiger et coll., 2006 ; Messing, 2000).

## 6. Conclusion

- 60 Les analyses révèlent des différences importantes entre la Suisse et l'Italie. Elles montrent que les disparités de genre dans la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles sont difficilement généralisables au-delà des contextes dans lesquels elles sont mises en évidence. Certes, des facteurs généraux se retrouvent d'un contexte à l'autre : par exemple, selon Messing et Östlin (2006), les travailleuses souffrent souvent de

maladies moins spécifiques que celles provoquées par des agents matériels chimiques ou physiques ; Vogel (2003) met en avant le caractère souvent multifactoriel des pathologies des travailleuses. La conséquence est que les facteurs professionnels des maladies des femmes sont moins connus et reconnus. D'autres facteurs communs sont le regard porté sur le travail des femmes, qui conduit à en sous-estimer les risques (Messing, 1999) et qui rend difficile pour les femmes et leur entourage de reconnaître l'origine professionnelle de leurs TMS ou encore l'absence de formation et de sensibilisation aux différences de genre des acteurs impliqués dans la santé au travail, par exemple les médecins du travail. Au-delà de ces processus généraux que nous retrouvons en Italie et en Suisse, la manière dont le genre intervient dans la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles est spécifique au contexte : elle dépend notamment du cadre juridique (liste et tableaux de maladies professionnelles, présomption d'origine ou non), du fonctionnement du système d'indemnisation, de facteurs sociaux, culturels et économiques qui influencent les pratiques des acteurs en matière de déclaration des maladies professionnelles. Nous constatons en particulier que les évolutions récentes dans la reconnaissance des TMS des femmes et des hommes sont très différentes en Italie et en Suisse (augmentation versus diminution de la déclaration et de la reconnaissance, diminution versus maintien de l'écart entre femmes et hommes).

- 61 Par ailleurs, l'examen des statistiques de maladies professionnelles rappelle que ces données d'assurance ne peuvent être prises pour des reflets des atteintes à la santé, un raccourci pourtant souvent emprunté par les organismes de prévention et d'indemnisation. Il est donc impossible de conclure, sur la base des statistiques officielles, que les TMS d'origine professionnelle toucheraient plus les femmes ou les hommes. En revanche, ces statistiques permettent dans une certaine mesure de mettre en évidence des inégalités de genre dans la manière dont les cas sont déclarés et reconnus. Pour pouvoir mieux les étudier, il faudrait disposer de données plus précises, par exemple l'effectif assuré ou les heures travaillées par sexe, mais aussi avoir accès aux bases de décision des assurances ou encore aux contextes des déclarations.
- 62 Plus généralement, les deux cas présentés ici montrent qu'il serait utile de mieux étudier les effets des conditions de travail selon le genre pour mieux déclarer et reconnaître les maladies professionnelles des femmes, mais aussi répondre à l'augmentation des risques dus au travail monotone et répétitif. Cela permettrait de surmonter une prétendue neutralité de genre qui, en n'abordant pas cette dimension, produit en réalité un biais discriminatoire envers les femmes.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Bär, E., Kiener, B. (2000). L'épicondylite n'est pas une maladie professionnelle. Un changement de paradigme sur le plan médical. *Informations médicales de la Suva*, 72, 70-83.
- Bena, A., Mamo, C., Argentero, O., Baratti, A., Bruno, S., Ferraris, F., Demaria, M. (2007). Carpal tunnel syndrome (CTS) in the Piedmont Region: regional incidence and prevalence of CTS based on hospital records of patients who underwent surgery. *La Medicina del Lavoro*, 98, 4, 320-30.

- Bruno, A.S., Geerkens, É., Hatzfeld, N., Omnès, C. (2012). Une santé négociée ou les limites de la gestion assurantielle du risque professionnel. La France au regard d'autres pays industrialisés (XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> s.). Dans *Risques au travail. La santé négociée*, eds Catherine Courtet, Michel Gollac, p. 35-49, La Découverte, Paris.
- Chappert, F., Therry P. (2014). *Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2012. Des tendances d'évolution différenciées pour les femmes et les hommes*. ANACT.
- Chiarini, B., Chouanière, D., Praz-Christinaz, S.M., Danuser, B. (2009). Mieux connaître la médecine du travail. *Revue médicale suisse*, 196, 694-695.
- Commission européenne (2003). Recommandation de la Commission du 19 septembre 2003 concernant la liste européenne des maladies professionnelles. *Journal officiel de l'Union européenne*, 238, 28-33.
- Dembe, A.E. (1996). *Occupation and disease: How social factors affect the conception of work-related disorders*. Yale University Press, New Haven.
- Déplaud, M.O. (2003). Codifier les maladies professionnelles : Les usages conflictuels de l'expertise médicale. *Revue française de science politique*, 53, 5, 707-735.
- Euzenat, D. (2010). *L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007*. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, Paris.
- Osha-EU (European Agency for safety and health at work) (2003). *Gender issues in safety and health at work. A review*. European Agency for safety and health at work, Bruxelles.
- Graf Maggie, Pekruhl Ulrich, Korn Kati, Krieger Ralph, Mücke Anja, Zölch Martina (2007). *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail en 2005. Résultats choisis du point de vue de la Suisse*. Secrétariat d'État à l'Économie, Berne.
- Ha, C., Roquelaure, Y., Leclerc, A., Touranchet, A., Goldberg, M., Imbernon, E. (2009). The French musculoskeletal disorders surveillance program : Pays de la Loire network. *Occupational and Environmental Medicine*, 66, 7, 471-479.
- Habib, R., Messing, K (2012). Gender, women's work and ergonomics. *Ergonomics*, 55, 2, 129-32.
- Habib, R., Fathallah, F., , Messing, K. (2010). Full-time homemakers: workers who cannot "go home and relax". *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 16, 1, 113-28.
- Hatzfeld, N. (2009). Les malades du travail face au déni administratif : la longue bataille des affections périarticulaires (1919-1972). *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56, 1, 177-196.
- Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - Institut national pour l'assurance contre les accidents du travail (INAIL). [www.inail.it](http://www.inail.it)
- ISTAT- Istituto Nazionale di Statistica - Institut national pour la Statistique [http://noi-italia2014.istat.it/index.php?id=7&user\\_100ind\\_pi1%5Bid\\_pagina%5D=99&cHash=f707ddf35436a952f085b10a872fcffa](http://noi-italia2014.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=99&cHash=f707ddf35436a952f085b10a872fcffa)
- Kern, F. (2010). Reconnaissance d'un cas d'épicondylite comme maladie professionnelle. *IZA*, 57, 4, 11-12.
- Krieger, R., Graf, M. (2009). *Travail et santé. Récapitulation des résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Secrétariat d'État à l'Économie, Berne.
- Krieger, R., Pekruhl, U., Lehmann, M., Graf, M. (2012). *Cinquième enquête européenne sur les conditions de travail en 2010. Résultats choisis du point de vue de la Suisse*. Secrétariat d'État à l'Économie, Berne.



- Lippel, K. (2009). Le droit québécois et les troubles musculo-squelettiques : règles relatives à l'indemnisation et à la prévention ». *PISTES*, 11, 2. <http://pistes.revues.org/2381>
- Lippel, K. (2003). Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec: Systemic discrimination against women workers? *International Journal of Health Services*, 33, 2, 253-281.
- Lippel, K., Cox, R. (2012). Invisibilité des lésions professionnelles et inégalités de genre : le rôle des règles et pratiques juridiques. In *Santé au travail. Approches critiques*, eds Thébaud-Mony Annie, Daubas-Letourneux Véronique, Frigul Nathalie et Jobin Paul, p. 153-179. La Découverte, Paris.
- Marquis, J.F. (2014). *Travail et santé. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2012*. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Merler, E., Bressan, V., Bilato, A.M., Marinaccio, A. (2011). I fattori che influenzano in Italia la domanda e il riconoscimento dei mesoteliomi di origine professionale Analisi basata su record-linkage tra dati del registro regionale del Veneto e INAIL. *Epidemiologia & Prevenzione*, 35, 5/6, 331-8.
- Messing, K. (1999). Comprendre le travail des femmes pour le transformer. Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité, Bruxelles.
- Messing, K. (2000). *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle ?* Remue-ménage, Montréal.
- Messing, K. (2004). Physical exposure in work commonly done by women. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 29, 5, 639-656.
- Messing, K., Chatigny, C., Courville, J. (1998). "Light" and "heavy" work in the housekeeping service of a hospital. *Applied Ergonomics*, 29, 6, 451-459.
- Messing, K., Östlin, P. (2006). *Gender equality, work and health: a review of the evidence*. World Health Organization, Genève.
- Occhipinti, E., Colombini, D. (2007). Updating reference values and predictive models of the OCRA method in the risk assessment of work-related musculoskeletal disorders of the upper limbs. *Ergonomics*, 50, 11, 1727-39.
- Occhipinti, E., Tuccino, F., Di Leone, G. (2011). Nota di sintesi su Ocra-Ergouas [www.snop.it/attachments/article/177/Nota\\_di\\_sintesi\\_su\\_Ocra\\_Ergouas.pdf](http://www.snop.it/attachments/article/177/Nota_di_sintesi_su_Ocra_Ergouas.pdf)
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2015a). Statistique de la population active occupée. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel. <http://www.bfs.admin.ch>
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2015b). *L'ESPA en bref 2014. L'enquête suisse sur la population active*. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- Paiva, M. (2014). Le sexe du cancer professionnel : le strictement féminin et l'inévitablement apolitique. *Raison Présente*, 190, 55-67.
- Petit, A., Ha, C., Bodin, J., Rigouin, P., Descatha, A., Brunet, R., Goldberg, M., Roquelaure, Y. (2015). Risk factors for carpal tunnel syndrome related to the work organization : a prospective surveillance study in a large working population. *Applied Ergonomics*, 47, 1-10.
- Probst, I. (2009). La dimension de genre dans la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles. *PISTES*, 11, 2. <http://pistes.revues.org/2395>
- Probst, I. (2012). *La reconnaissance des troubles musculo-squelettiques (TMS) comme maladies professionnelles : controverses sociales et trajectoires personnelles*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Lausanne. [http://my.unil.ch/serval/document/BIB\\_1835730B4C3C.pdf](http://my.unil.ch/serval/document/BIB_1835730B4C3C.pdf)

- Punnett, L., Herbert, R. (2000). Work-related musculoskeletal disorders : is there a gender differential, and if so, what does it mean ? Dans *Women and health*, eds Marlene B. Goldman, Maureen Hatch, p. 474-492, Academic Press, New York.
- Quadrello, T., Bevan, S., McGee, R.. (2009). *Fit for work ? Les troubles musculo-squelettiques et le marché suisse du travail*. The Work Foundation, London.
- Roquelaure, Y., Ha, C., Leclerc, A., Touranchet, A., Sauteron, M., Melchior, M., Goldberg, M. (2006). Epidemiologic surveillance of upper-extremity musculoskeletal disorders in the working population. *Arthritis & Rheumatism*, 55, 5, 765-778.
- Rosental, P.A (2009). De la silicose et des ambiguïtés de la notion de « maladie professionnelle ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56, 1, 83-98.
- Salerno, S. (2010). Genere al lavoro : dalla teoria alla pratica. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 32, 4, 468-71.
- Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents (SSAA). Statistique de l'assurance-accidents. [www.unfallstatistik.ch](http://www.unfallstatistik.ch)
- Società Italiana di Medicina del lavoro e Igiene Industriale (Société italienne de médecine du travail et hygiène industrielle) (SIMLII) (2014). *Patologie lavoro-correlate. Iter diagnostico, gestione, riconoscimento*. Nuova Editrice Berti, Piacenza.
- Suva (2002). *Statistique des accidents 2002*. Suva, Lucerne.
- Suva (2015). *Statistique des accidents 2015*. Suva, Lucerne.
- Teiger, C., Barbaroux, L., David, M., Duraffourg, J., Galisson, M.T., Laville, A., Thareaut, L. (2006). Quand les ergonomes sont sortis du laboratoire... à propos du travail des femmes dans l'industrie électronique (1963-1973). *PISTES*, 8, 2. <http://pistes.revues.org/3045>
- Teiger, C., Lacomblez, M. (eds) (2013). *(Se) Former pour transformer le travail. Dynamiques de constructions d'une analyse critique du travail*. European Trade Union Institute et Presses de l'Université Laval, Bruxelles, Québec.
- Thébaud-Mony, A. (1991). *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France*. La Documentation française, Paris.
- Thébaud-Mony, A. (2014). *La science asservie*. La Découverte, Paris.
- Tieves, D. (2011). *Women and occupational diseases in the EU*. European Trade Union Institute for Research Education and Health and Safety, Bruxelles.
- Tofani, O. (2013). Commissione Parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette « morti bianche » (*Commissione parlamentare d'indagine sur le phénomène des accidents du travail notamment en matière de soi-disant « morts blanches »*). Senato della Repubblica. XVI doc. XXII-bis N. 9.
- Vogel, L. (2015). *Desigualdad de género y enfermedades profesionales en Bélgica*. *Laboreal*, 11, 2, 10-27. <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0215lv>
- Vogel, L. (2011). *Femmes et maladies professionnelles. Le cas de la Belgique*. European Trade Union Institute, Bruxelles.
- Vogel, L. (2003). *La santé des femmes au travail en Europe - Des inégalités non reconnues*. Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité, Bruxelles.

## NOTES

1. La LAA de 1981 a remplacé la Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents de 1911. Si la loi de 1981 a étendu l'éventail des personnes couvertes et ouvert le marché de l'assurance contre les accidents et maladies professionnels, elle n'a pas fondamentalement transformé ses principes. Elle a toutefois modifié les conditions de reconnaissance des maladies professionnelles.

2. Du moment qu'elles exercent une activité lucrative dépendante, les personnes sans titre de séjour légal en Suisse ou les personnes non déclarées aux assureurs sont couvertes contre les accidents ou maladies professionnels. Mais elles ne sont pas nécessairement en mesure de faire valoir leur droit aux prestations.

3. La liste comprend aussi les maladies dues aux vibrations (notamment syndrome de Raynaud), que nous laissons de côté dans cet article.

4. Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura : [www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_normativa\\_1688\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_normativa_1688_allegato.pdf)

---

## RÉSUMÉS

Contexte. La compréhension des disparités de genre en santé au travail, en particulier dans le système d'indemnisation, est nécessaire pour développer la prévention. Objectif. Description de la déclaration et reconnaissance des troubles musculosquelettiques (TMS) comme maladies professionnelles dans deux pays, la Suisse et l'Italie, pour mettre en évidence les différences de genre. Sources de données. Statistiques des systèmes d'assurance contre les risques professionnels en Suisse et en Italie. Résultats. Un moindre taux d'acceptation des TMS déclarés par les femmes apparaît dans les deux pays. Il est mis en rapport avec des processus propres à chaque système d'indemnisation, notamment la liste des maladies professionnelles en Italie, et l'interprétation des données scientifiques et la jurisprudence en Suisse. Discussion. L'analyse confirme l'existence de différences de genre dans la reconnaissance des maladies professionnelles, déjà mises en évidence dans d'autres pays (Canada et Belgique). Des statistiques nationales intégrant le genre et leur monitoring seraient utiles pour favoriser la prévention des TMS.

Background. More knowledge of gender inequalities in occupational health, particularly those related with the insurance system, is necessary for prevention. Objectives. Describe the role of gender differences in the recognition and declaration of musculoskeletal disorders (MSD) as occupational diseases in two countries, Switzerland and Italy. Data Sources. Statistics of the Swiss and Italian occupational health insurance systems. Results. A lower recognition rate of musculoskeletal disorders in women was found in both countries. This result is primarily explained by each country's compensation system. In Italy, it was mainly due to the list of occupational diseases, and in Switzerland, case law and the interpretation of scientific data. Discussion. Gender inequalities in the recognition of musculoskeletal work-related diseases are confirmed as has been already shown in other countries (Canada and Belgium). Gender-oriented

national statistical data and their monitoring by both Italy and Switzerland would foster preventive actions.

Contexto. La comprensión de las diferencias de género en la salud ocupacional, especialmente en el sistema de compensación, es necesaria para el desarrollo de la prevención. Objetivos. Descripción de la declaración y reconocimiento de los trastornos musculoesqueléticos (TME) como enfermedades profesionales en dos países, Suiza e Italia, considerando las diferencias de género. Fuentes de datos. Estadísticas de los sistemas de seguro contra riesgos profesionales en Suiza e Italia. Resultados. Una menor tasa de aceptación de TME reportados por las mujeres aparece en los dos países. Se relaciona con los procesos propios de cada sistema de compensación, en particular la lista de enfermedades profesionales en Italia, y la interpretación de los datos científicos y la jurisprudencia en Suiza. Discusión. El análisis confirma la existencia de diferencias de género en el reconocimiento de las enfermedades profesionales, ya identificadas en otros países (Canadá y Bélgica). Las estadísticas nacionales que integran el género y su seguimiento serían útiles para promover la prevención de los TME.

## INDEX

**Keywords** : gender, musculoskeletal disorders, occupational diseases, Italy, Switzerland

**Mots-clés** : genre, troubles musculosquelettiques, maladies professionnelles, Italie, Suisse

**Palabras claves** : género, trastornos músculo-esqueléticos, enfermedades profesionales, Italia, Suiza

## AUTEURS

### ISABELLE PROBST

Haute Ecole de Santé Vaud, Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Av. de Beaumont 21, 1011 Lausanne, Suisse, Isabelle.Probst@hesav.ch

### SILVANA SALERNO

ENEA (Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile), Casaccia - Divisione di biomedicina, 00123 Rome, Italie, silvana.salerno@enea.it