



## Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

11-2 | 2009

2e conférence du Groupe de recherche francophone sur les troubles musculo-squelettiques (TMS)

---

### La dimension de genre dans la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles

*The gender dimension in the recognition of MSDs as occupational diseases*

*La dimensión de género en el reconocimiento de las lesiones músculo esqueléticas (LMS) como enfermedades profesionales.*

Isabelle Probst

---



#### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/2395>

DOI : 10.4000/pistes.2395

ISSN : 1481-9384

#### Éditeur

Les Amis de PISTES

#### Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2009

#### Référence électronique

Isabelle Probst, « La dimension de genre dans la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 11-2 | 2009, mis en ligne le 01 novembre 2009, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/2395> ; DOI : 10.4000/pistes.2395

---

Ce document a été généré automatiquement le 1 mai 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.

---

# La dimension de genre dans la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles

*The gender dimension in the recognition of MSDs as occupational diseases*

*La dimensión de género en el reconocimiento de las lesiones músculo esqueléticas (LMS) como enfermedades profesionales.*

Isabelle Probst

---

## 1. Introduction

### 1.1 Problématique

- 1 S'il y a un consensus sur le fait que les TMS sont des pathologies d'origine multifactorielle, le poids des différents facteurs, notamment professionnels (par exemple, force, posture, répétitivité des mouvements, etc.) et personnels (par exemple, âge, maladies systémiques, prédispositions, etc.) reste l'objet d'une controverse persistante (Punnett et Wegman, 2004). Cette controverse scientifique concernant l'origine des TMS a aussi des conséquences sur leur indemnisation au titre de maladies professionnelles, sur les pratiques de prévention et, plus largement, sur la reconnaissance sociale du rôle du travail dans la genèse de ces troubles.
- 2 Or, le genre est une dimension essentielle des questions de santé au travail en général et de la reconnaissance des maladies professionnelles en particulier (Messing, 2000 ; Vogel, 2003). En effet, les femmes et les hommes ne subissent pas les mêmes atteintes professionnelles, ce qui tient à plusieurs facteurs et, surtout, au produit de leurs interactions. En suivant Messing (2004), on peut ainsi distinguer l'effet de différences biologiques (par exemple, caractéristiques anatomiques moyennes ou influences hormonales), l'apprentissage de rôles sexués (qui induisent des spécificités sexuées dans

les façons d'agir face aux contraintes du travail), les expositions différentielles découlant de la division sexuée de l'emploi et du travail (ségrégation des tâches et métiers, positions hiérarchiques, mais aussi tâches et responsabilités domestiques) ou de la conception des postes de travail. Jusqu'à présent, peu de recherches ont cependant porté sur la manière dont les systèmes d'indemnisation reconnaissent et réparent les lésions que les femmes et les hommes rencontrent dans le contexte de leur travail. Quelques études ont montré que les maladies professionnelles des travailleuses sont globalement moins souvent indemnisées que celles des travailleurs, que ce soit en Europe (Vogel, 2003), en Australie (Guthrie et Jansz, 2006) ou au Canada (Chung, Cole et Clarke, 1998 ; Messing, 2000, p. 216-218). En ce qui concerne plus spécifiquement les TMS, les travaux de Lippel (2003) ont mis en évidence la discrimination subie par les femmes dans le contexte québécois.

## 1.2 Objectifs

- 3 Les spécificités de chaque système national - voire régional - d'indemnisation font que les résultats de recherches sont difficilement transposables d'un contexte à un autre. C'est pourquoi la présente contribution vise à analyser la dimension sexuée de la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles dans le contexte suisse. Les questions traitées seront les suivantes : Comment les TMS sont-ils indemnisés au titre de maladies professionnelles en Suisse ? Quelles sont les différences de déclaration et de reconnaissance entre travailleuses et travailleurs ? Quels sont les processus susceptibles d'expliquer ces différences, tant du point de vue du système d'indemnisation que des pratiques des assurances ? Avant de présenter les méthodes et analyses mises en œuvre pour répondre à ces questions, il est par ailleurs nécessaire de décrire le cadre légal réglant la reconnaissance des maladies professionnelles en Suisse.

## 1.3 La reconnaissance des lésions professionnelles en Suisse

- 4 Le système de sécurité sociale suisse prévoit une assurance obligatoire contre les accidents (professionnels et non professionnels) et les maladies professionnelles pour les salarié·e·s<sup>1</sup>. Deux types d'institutions, communément appelées « assurances accidents », pratiquent l'assurance obligatoire contre les accidents et maladies professionnelles. D'une part, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, désignée par son sigle alémanique « Suva », est une entreprise de droit public assurant selon le principe de la mutualité. La Suva dispose d'un monopole sur certains secteurs d'activités, notamment les entreprises industrielles et de la construction (art. 66 LAA) et assure ainsi un peu plus de la moitié des travailleurs·euses (Suva, 2008). D'autre part, les secteurs d'activités non couverts par la Suva constituent un marché que se partagent, en 2007, 36 compagnies d'assurances privées ou publiques (Suva, 2008) autorisées à tirer un bénéfice de leurs activités. Les prestations de l'assurance obligatoire sont définies légalement et sont les mêmes quelle que soit l'institution d'assurance.
- 5 La couverture des maladies professionnelles est identique à celle des accidents, ce qui présente pour les patient·e·s plusieurs avantages en comparaison avec les maladies ordinaires. De manière simplifiée, les différences sont les suivantes : a) tout d'abord, les frais de traitements sont intégralement pris en charge, alors que les maladies ordinaires engendrent une participation aux frais de la part de l'assuré·e ; b) ensuite, la perte de salaire est compensée à hauteur de 80 % jusqu'à ce que la personne puisse reprendre un

emploi ou touche une rente d'invalidité. En cas de maladie ordinaire, la perte de salaire n'est en revanche compensée que pour une durée limitée. L'employeur est astreint à verser le salaire complet durant quelques semaines à quelques mois selon la durée des rapports de travail. Cette obligation peut être levée si l'employeur a contracté une assurance d'indemnités journalières<sup>2</sup>, dont les prestations sont en général de 80 % du salaire pour une durée qui est en principe de deux ans ; c) en outre, les rentes en cas d'invalidité ou de décès par suite d'une maladie professionnelle sont bien plus élevées que pour les maladies ordinaires ; d) enfin, des indemnités spécifiques existent pour les accidents et maladies professionnelles (notamment indemnité pour atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique, et indemnité pour changement d'occupation).

- 6 Cette différence de prestations se double d'une différence dans la prise en charge des coûts. Les frais engendrés par les maladies professionnelles sont très largement<sup>3</sup> couverts par les assurances accidents, dont les primes sont entièrement à la charge des employeurs. Cette attribution des frais aux employeurs découle de leur responsabilité socialement reconnue dans la survenance des accidents et maladies professionnels. Elle a également pour but d'inciter financièrement les employeurs à prévenir les risques professionnels. En revanche, les coûts des maladies ordinaires sont assumés par d'autres acteurs, notamment les assurances maladie des soins dont les primes sont payées par les habitant·es de Suisse (primes « par tête ») ; les assurances d'indemnités journalières pour les incapacités temporaires (primes en général réparties entre employeurs et employé·es) ; l'assurance invalidité et les caisses de pension pour les incapacités de longue durée ; les pouvoirs publics (par exemple, financement des hôpitaux, subsides pour les primes d'assurance maladie, etc.)<sup>4</sup>.
- 7 La reconnaissance des maladies professionnelles présente donc à la fois des enjeux de prestations pour les travailleurs·euses malades et de répartition des coûts, en particulier entre salariat et patronat. Le fait que de nombreuses atteintes d'origine professionnelle soient exclues de la catégorie de maladie professionnelle peut être considéré comme une forme « d'externalisation des coûts par les entreprises » (Conne-Perréard, Glardon, Parrat et Usel, 2001, p. 6). L'indemnisation par l'assurance est en outre, en l'absence d'autres instances de régulation, le principal facteur qui donne une visibilité sociale aux atteintes à la santé dues au travail et qui peut ainsi fournir un point d'appui pour améliorer les conditions de travail (Thébaud-Mony, 1991, p. 107).

#### 1.4 La reconnaissance des maladies professionnelles en Suisse

- 8 Du point de vue du type de pathologies reconnues comme maladies professionnelles, le cadre légal suisse prévoit un double système avec, d'une part, une liste de substances et d'affections dues à certains travaux et, d'autre part, une clause générale permettant l'indemnisation de maladies hors liste (art. 9 de la Loi fédérale sur l'assurance accidents, LAA). À la différence d'autres pays, le système suisse n'offre pas de présomption d'origine. La travailleuse ou le travailleur doit pouvoir prouver que le travail est une cause prépondérante (à raison de 50 % au moins) de l'affection dans le cas des maladies et substances figurant sur la liste (art. 9 al. 1 LAA), voire qu'il s'agit d'une cause nettement prépondérante (à raison de 75 % au moins) dans le cas des maladies hors liste (art. 9 al. 2 LAA). La définition légale des maladies professionnelles est donc délibérément restrictive (Ghélew, 1992, p. 65). Elle rend particulièrement ardue la reconnaissance des pathologies

multifactorielles comme les TMS, pour lesquelles il est délicat de démêler l'influence des facteurs professionnels et non professionnels intervenant dans chaque cas particulier.

- 9 La procédure standard pour une demande de prestations en cas d'accident ou de maladie professionnelle est la suivante (Suva, 2007, p. 79-83). La personne annonce l'affection à son employeur, qui est tenu de l'annoncer à son tour à l'assurance accidents. Cette dernière peut mettre en œuvre divers moyens (notamment rapports médicaux, entretiens avec la victime, témoignages de tiers, visites sur le lieu de travail et expertises) pour juger du caractère professionnel de l'affection. L'assurance rend une décision, acceptant ou refusant d'accorder ses prestations pour le cas. Une décision négative peut être contestée par voie d'opposition interne auprès de l'assurance, puis par voie de recours devant le Tribunal cantonal et enfin devant le Tribunal fédéral.

## 2. Données

- 10 Les données de l'étude sont constituées par trois types de documents qui seront décrits ci-dessous : les statistiques officielles des maladies professionnelles ; les publications des assurances accidents sur les TMS ; des documents produits par une assurance accidents lors de demandes d'indemnisation.

### 2.1 Statistiques des maladies professionnelles

- 11 Le Service de centralisation des statistiques de l'assurance accidents, géré par la Suva, publie chaque année les chiffres concernant les maladies professionnelles reconnues par les diverses compagnies d'assurance (Suva, 2005), ainsi que tous les cinq ans un rapport de synthèse (Suva, 2004). Je m'appuierai en outre sur des statistiques plus précises, aimablement fournies par ce même service (SSAA, 2008). À partir des chiffres bruts, les calculs de l'incidence ou du taux d'acceptation sont effectués par mes soins. Compte tenu des effectifs restreints, les variations aléatoires d'une année à l'autre pourraient induire des biais considérables. C'est pourquoi ce sont les chiffres de cinq années (2001 à 2005) qui sont pris en compte.

### 2.2 Publications des assurances accidents sur les TMS

- 12 Quelques publications des assurances accidents contiennent des informations permettant de comprendre les critères et raisonnements tenus pour déterminer l'origine professionnelle des TMS. Ces publications ne sont pas très nombreuses et portent spécifiquement sur certaines pathologies : le syndrome du canal carpien (Vogt, 1998), l'épicondylite (Bär et Kiener, 2000), les troubles du membre supérieur (Vogt, 2005) et les troubles du dos (Ludwig, 2005).

### 2.3 Des documents produits lors de demandes d'indemnisation

- 13 Trois ouvrières, travaillant dans la même entreprise, m'ont fourni les documents concernant leurs procédures de reconnaissance de TMS (syndrome du canal carpien et épicondylite) comme maladies professionnelles. Ce sont les documents produits par l'assurance (rapports médicaux, comptes rendus de visite d'entreprise et décisions) qui seront analysés ici. Ce matériel n'étant pas public, il ne sera cité que de manière

complètement anonyme. Il s'agit d'une source d'information précieuse, car c'est la seule qui permette d'étudier la manière dont les experts des assurances mettent en pratique les critères de reconnaissance des maladies professionnelles.

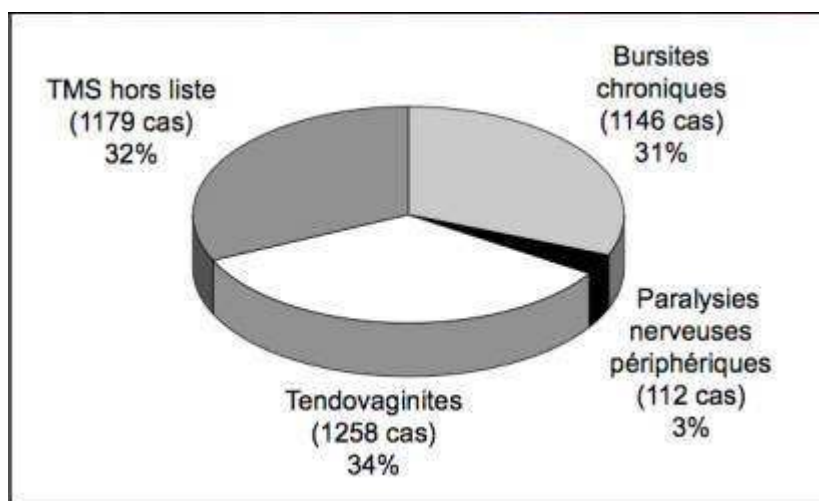
### 3. Résultats

- 14 Les résultats seront présentés en trois temps. Tout d'abord, les statistiques des assurances accidents permettront de dépeindre les grands traits de la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles en Suisse. Ensuite, les différences d'indemnisation entre travailleurs et travailleuses seront analysées, toujours à partir des mêmes statistiques. Enfin, diverses hypothèses expliquant l'écart de reconnaissance selon le sexe seront discutées.

#### 3.1 Les TMS : des pathologies rarement déclarées et indemnisées comme maladies professionnelles

- 15 Ni la loi ni les assurances n'utilisent de notions telles que « troubles musculo-squelettiques » ou encore moins « repetitive strain injuries ». Cependant, certaines pathologies sont regroupées par les assurances accidents sous l'expression de « maladies de l'appareil locomoteur » (Suva, 2004, p. 57), que l'on peut considérer comme un équivalent helvétique des TMS. Trois de ces maladies figurent sur la liste des affections professionnelles (Annexe 1 de l'Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance accidents) : les bursites chroniques par pression constante (en particulier les hygromas du genou, provoqués par la position agenouillée), les paralysies nerveuses périphériques par pression (parmi lesquelles le syndrome du canal carpien) et les tendovaginites de type « *peritendinitis crepitans* ». En outre, certaines maladies de l'appareil locomoteur hors liste peuvent être reconnues par le biais de la clause générale. Cette énumération montre que, contrairement aux recommandations de la Commission européenne (Commission européenne, 2003, p. 238), seule une forme particulière d'affection des tendons ou gaines tendineuses, la *peritendinitis crepitans*, est incluse dans la liste. Par ailleurs, les TMS touchant le dos ne figurent pas sur la liste et les statistiques des assurances accidents indiquent que ce type de TMS n'est quasiment jamais indemnisé à titre de maladie hors liste (SSAA, 2008).
- 16 Entre 2001 et 2005, 3696 cas de TMS au total ont été reconnus comme maladies professionnelles (SSAA, 2008). Comme le montre le graphique 1, les catégories de bursites, tendovaginites et TMS hors liste représentent chacune environ un tiers des cas indemnisés, alors que les paralysies nerveuses périphériques ne constituent que 3 % des cas.

Graphique 1. Proportion des divers types de pathologies indemnisées, années 2001 à 2005  
(Source : SSAA, 2008)



- 17 Ces cas reconnus ne représentent qu'une infime minorité des TMS. En effet, leur incidence correspond à 20,98 cas pour 100 000 travailleurs-euses en équivalents plein temps par an. Or, selon les données suisses de l'Enquête européenne sur les conditions de travail, les TMS sont le problème de santé au travail le plus fréquent et touchent une très grande part de la population active : 22 % des travailleurs et 12 % des travailleuses affirment que leur travail est source de maux de dos ; 14 % des travailleurs et 12 % des travailleuses disent souffrir, à cause de leur travail, de douleurs musculaires dans les épaules, la nuque ou les membres (Graf et collab., 2007).
- 18 Le faible taux d'indemnisation par rapport à la fréquence réelle du problème résulte de plusieurs « filtres » (Azaroff, Levenstein et Wegman, 2002) : tout d'abord, la conception du système d'indemnisation, qui définit de manière restrictive la catégorie de maladie professionnelle, ensuite la sous-déclaration des cas qui pourraient répondre à cette définition et enfin la sévérité des critères mis en œuvre par les assurances pour décider de l'acceptation des cas qui leur sont annoncés.
- 19 Concernant le premier filtre, comme cela a déjà été mentionné plus haut, la loi suisse définit les maladies professionnelles de manière restrictive, puisqu'elle ne connaît pas de présomption d'origine, mais exige au contraire une preuve du lien de causalité naturelle et adéquate entre le travail et la maladie dans chaque cas particulier.
- 20 Au sujet du deuxième filtre, la sous-déclaration de lésions qui pourraient entrer dans le système d'indemnisation est un phénomène attesté par la littérature internationale (voir par exemple, pour le Canada : Alamgir et collab., 2006 ; Shannon et Lowe, 2002 ; pour les États-Unis : Morse et collab., 2005 ; Rosenman et collab., 2000 ; pour l'Europe : de Brucq, 2001). Le phénomène est encore plus massif pour les maladies professionnelles que pour les accidents, et les TMS n'y font pas exception (Diricq, 2008). Les études relèvent différents freins à la déclaration, parmi lesquels on peut citer, de manière non exhaustive : l'ignorance concernant les droits ou les procédures ; le fait de ne pas percevoir le lien entre conditions de travail et maladie ; à l'inverse, la représentation que l'atteinte fait partie intégrante du travail ; la crainte d'un licenciement ou d'autres formes de représailles ; le désintérêt, voire l'opposition de l'employeur face aux démarches<sup>5</sup> ; l'absence de prise en compte des risques professionnels de la part des médecins ou encore

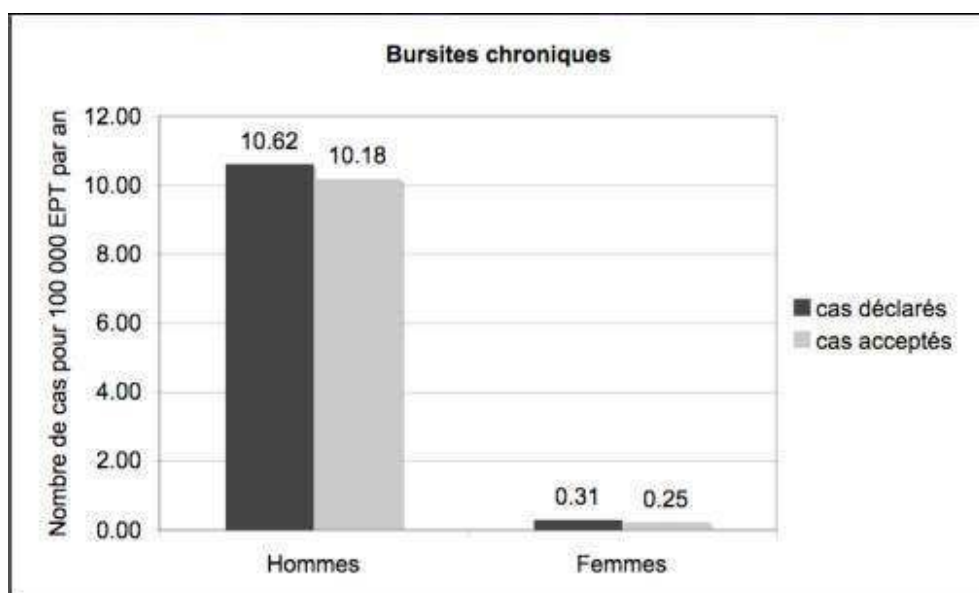
l'anticipation d'un éventuel échec de la démarche d'indemnisation (Azaroff, Levenstein et Wegman, 2002 ; Diricq, 2008 ; Lippel et collab., 2005 ; Thébaud-Mony, 1991). Il serait nécessaire de conduire une recherche approfondie sur les processus de déclaration, afin de comprendre les obstacles et incitations propres au contexte helvétique, par exemple les procédures d'indemnisation, le droit du travail en matière de licenciements ou le rôle joué par des institutions comme la médecine du travail ou les syndicats.

- 21 En ce qui concerne le troisième filtre, le taux d'acceptation des TMS par les assurances est de 68 % pour les cas annoncés entre 2001 et 2005 (3696 cas acceptés contre 1702 refusés ou retirés) (SSAA, 2008). Le taux d'acceptation des TMS est ainsi moins élevé que celui des autres maladies professionnelles, qui est pour les mêmes années de 85 % (14 358 cas de maladies professionnelles hors TMS acceptés contre 2536 refusés ou retirés). La taille de l'échantillon laisse moins d'une chance sur 10 000 que cette différence soit due au hasard. En outre, le taux d'acceptation des TMS hors liste est particulièrement faible, de 44 % seulement, dénotant une sévérité qui contribue probablement à décourager l'annonce de maladies ne figurant pas sur la liste.

### 3.2 La dimension sexuée des statistiques d'indemnisation des TMS

- 22 L'indemnisation des TMS au titre de maladies professionnelles est marquée par une forte dimension de genre. Les femmes ne représentent que 16 % des personnes indemnisées pour des TMS entre 2001 et 2005 alors qu'elles forment 45 % de la population active (OFS, 2006) et réalisent, du fait du travail à temps partiel, 37 % des heures de travail salarié (OFS, 2005).
- 23 Les graphiques 2 à 5 présentent les taux d'incidence des différents types de TMS déclarés et reconnus comme maladies professionnelles, chez les femmes et les hommes. Les taux d'incidence calculés en équivalents plein temps tiennent compte du fait que les hommes effectuent plus d'heures de travail salarié que les femmes<sup>6</sup>.

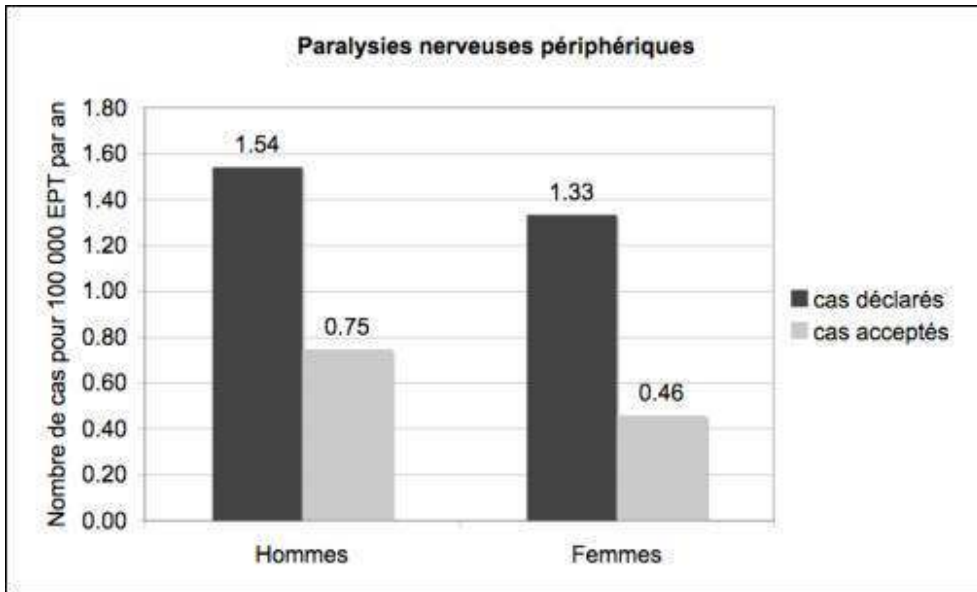
Graphique 2 : Incidence des bursites chroniques déclarées et reconnues, selon le sexe, moyenne de 2001 à 2005



Source : SSAA, 2008

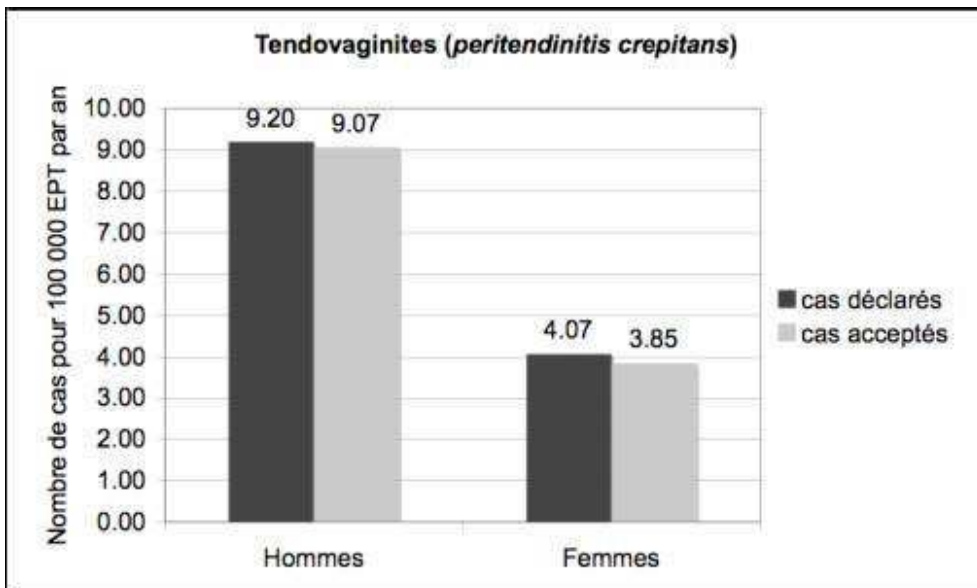


Graphique 3 : Incidence des paralysies nerveuses déclarées et reconnues, selon le sexe, moyenne de 2001 à 2005



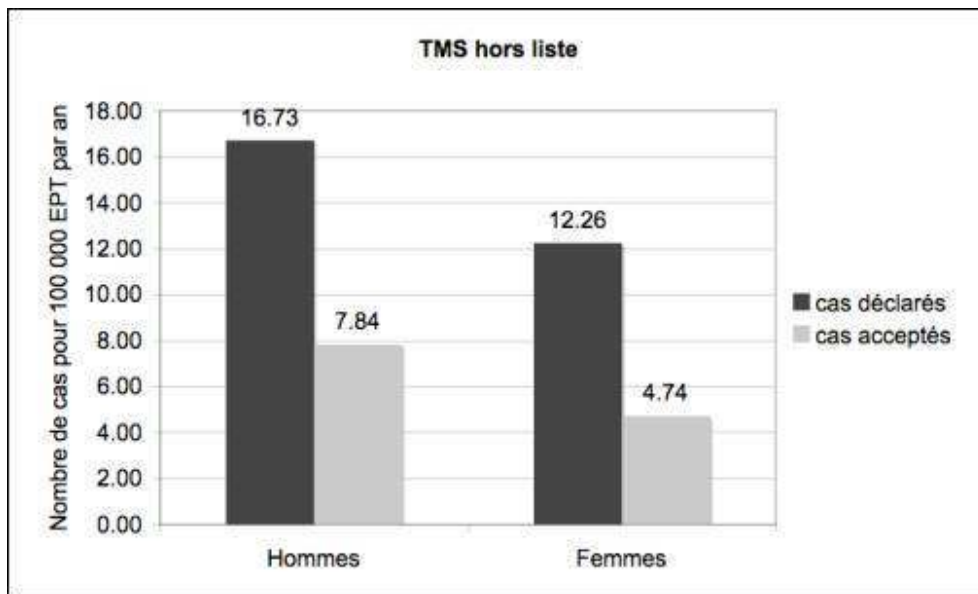
Source : SSAA, 2008

Graphique 4 : Incidence des tendovaginites déclarées et reconnues, selon le sexe, moyenne de 2001 à 2005



Source : SSAA, 2008

Graphique 5 : Incidence des TMS hors liste déclarés et reconnus, selon le sexe, moyenne de 2001 à 2005



Source : SSAA, 2008

- 24 Les graphiques permettent d'observer des différences entre les travailleuses et les travailleurs sur trois plans, qui seront détaillés ci-dessous : la fréquence des déclarations, le type de pathologie déclarée et le taux d'acceptation par les assurances.
- 25 Tous les types de TMS sont moins souvent déclarés par les femmes que par les hommes. Ce n'est pas surprenant en ce qui concerne les bursites, car selon les diagnostics relevés par les assurances (SSAA, 2008), la plupart des cas déclarés sont des hygromas du genou, typiques par exemple du travail de carreleur effectué en majorité par des hommes. En revanche, la faible déclaration de la part des travailleuses s'explique difficilement pour les autres types de pathologies. Ainsi, le syndrome du canal carpien, principale pathologie déclarée dans la catégorie des paralysies nerveuses périphériques, est au moins deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (Rosenbaum et Ochoa, 2002). Par ailleurs, les études menées sur la population active montrent que les tendovaginites ou les TMS du membre supérieur en général ne sont pas plus fréquents chez les travailleurs que chez les travailleuses, certaines études montrant même l'inverse (de Zwart, Frings-Dresen et Kilbom, 2000 ; Punnett et Herbert, 2000 ; Roquelaure et collab., 2006 ; Treaster et Burr, 2004). Il semble donc que les freins à la déclaration soient encore plus grands pour les femmes que pour les hommes.
- 26 Le type de maladies déclarées est différent chez les femmes et les hommes. Les maladies hors liste constituent la majorité des cas de TMS déclarés (68 %) chez les femmes, alors que ce sont les maladies de la liste qui forment la majorité des cas déclarés (56 %) chez les hommes (différence significative :  $\chi^2 = 215.68$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.0001$ ). La liste des maladies professionnelles semble donc plus appropriée pour appréhender les affections qui touchent en majorité des hommes plutôt que celles qui affectent souvent des femmes (Vogel, 2003). Ceci explique d'ailleurs partiellement que les TMS des hommes soient plus souvent déclarés que ceux des femmes. Le fait qu'une maladie figure sur la liste facilite son identification en tant que maladie d'origine professionnelle et rend plus probable son indemnisation par l'assurance, deux éléments qui favorisent la déclaration.

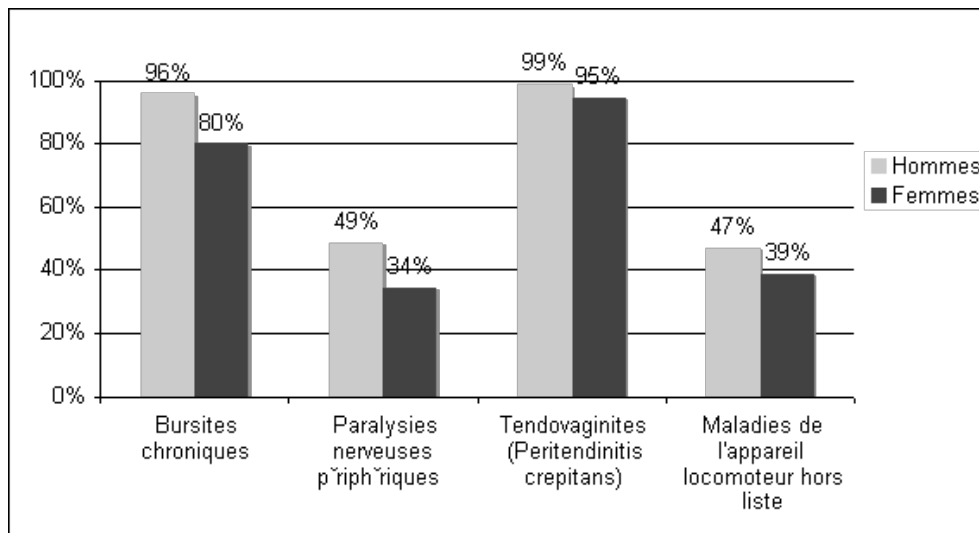
- 27 Le taux d'acceptation est plus bas pour les femmes que pour les hommes (voir tableau 1 et graphique 6 ci-dessous). Sur l'ensemble des TMS, le taux d'acceptation est de 73 % chez les hommes contre 52 % chez les femmes. En réalité, les profils d'acceptation varient selon les types de TMS. Les assurances acceptent la quasi-totalité des cas de bursites chroniques et de tendovaginites, mais elles rejettent tout de même plus les cas des femmes que ceux des hommes. En ce qui concerne les paralysies nerveuses périphériques et les TMS hors liste, les assurances rejettent plus de la moitié des demandes, avec une sélection encore plus sévère pour les femmes que pour les hommes. On notera que pour les paralysies nerveuses périphériques, la différence entre femmes et hommes est significative malgré la petite taille des effectifs.

Tableau 1. TMS acceptés et refusés chez les femmes et les hommes entre 2001 et 2005

	Acceptés femmes	Acceptés hommes	Refusés femmes	Refusés hommes	Chi <sup>2</sup>	p
Tous types de TMS confondus	606	3090	565	1137	192.64	<0.0001
Bursites chroniques	16	1130	4	48	Les très faibles effectifs chez les femmes ne permettent pas de faire de test statistique.	
Paralysies nerveuses périphériques	30	83	57	88	4.07	0.04
Tendovaginites (Peritendinitis crepitans)	251	1007	14	14	13.33	0.0003
TMS hors liste	309	870	490	987	14.8	0.0001

Source : Statistique spéciale LAA

Graphique 6. Taux d'acceptation des TMS annoncés par les femmes et les hommes, moyenne de 2001 à 2005



Source : Statistique spéciale LAA

- 28 Pourquoi les cas de TMS sont-ils moins reconnus comme maladies professionnelles chez les femmes que chez les hommes ? Les TMS des travailleurs seraient-ils plus fréquemment d'origine professionnelle alors que ceux des travailleuses seraient plus souvent d'origine « personnelle » ? Rien dans la littérature ne permet de soutenir une telle hypothèse (Punnett et Herbert, 2000). En revanche, plusieurs indices permettent de supposer que certains biais entravent la reconnaissance des TMS des travailleuses au titre de maladies professionnelles. Pour la clarté de l'exposé, on peut distinguer des biais potentiels découlant de la conception même du système d'indemnisation et d'autres résultant de l'évaluation par les assurances des cas qui leur sont soumis.

### 3.3 Les biais sexuels inhérents au système d'indemnisation

- 29 La conception même du système d'indemnisation semble défavoriser la reconnaissance des TMS touchant les travailleuses. Nous avons déjà vu plus haut que la liste des maladies professionnelles n'est pas neutre du point de vue du genre, mais appréhende mieux les TMS dont souffrent les hommes que ceux dont sont victimes les femmes. En outre, la définition même de la maladie professionnelle repose sur la notion de métier, ce qui risque d'entraver plus particulièrement la reconnaissance des TMS des travailleuses. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, pour qu'une maladie hors liste soit reconnue, il faut « que les cas de lésions pour un groupe professionnel déterminé soient quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général » (Arrêt du Tribunal fédéral, 116 V 136 consid. 5c, p. 143)<sup>7</sup>. Pour une maladie de la liste, un ratio de 1 à 2 suffit. Le critère adopté par la jurisprudence définit donc les maladies professionnelles en fonction des groupes professionnels ou métiers.
- 30 Or, les recherches en ergonomie ont montré que le métier n'est pas un indicateur adéquat pour saisir les expositions, car celles-ci sont loin d'être uniformes à l'intérieur d'un même métier. Ce sont les tâches réelles et les conditions de leur exercice qui déterminent les risques de TMS, et non les intitulés des postes. En particulier, les activités à l'intérieur

d'un même métier peuvent être tout à fait différentes selon que celui-ci est exercé par des femmes ou des hommes (Messing, 2000). Si l'approche par métier n'est globalement pas pertinente, elle défavorise particulièrement les travailleuses. En effet, les femmes sont concentrées dans un petit nombre de professions (Maruani, 2003, p. 39-41), les tâches qu'elles effectuent sont moins souvent reconnues socialement comme des « métiers » qualifiés (Pfefferkorn, 2007, p. 356) et les travaux féminisés font l'objet de moins d'études que les travaux traditionnellement effectués par des hommes, qui sont plus facilement reconnus comme dangereux.

- 31 Par ailleurs, l'exigence de prouver que le travail est une cause prépondérante, voire nettement prépondérante, de la maladie a encore une autre conséquence en matière de genre. Cette exigence rend en effet plus ardue la reconnaissance d'une maladie professionnelle pour les personnes travaillant à temps partiel (ou cumulant plusieurs emplois à temps partiel). Comme le temps plein constitue la référence, une exposition à temps partiel aux facteurs de risque est plus difficilement considérée comme cause prépondérante de la maladie. Or, les femmes sont beaucoup plus concernées par le temps partiel que les hommes et sont donc particulièrement défavorisées par cette disposition<sup>8</sup>. Les statistiques des maladies professionnelles ne permettent malheureusement pas de connaître le taux d'activité des travailleurs et travailleuses qui ont annoncé des maladies professionnelles et il est donc impossible de mesurer cet effet du temps partiel sur la reconnaissance des TMS du point de vue statistique.

### 3.4 Les biais sexuels dans les pratiques d'évaluation des assurances

- 32 Les pratiques d'évaluation des assurances, dans le cadre de l'instruction des cas qui leur sont déclarés, sont une autre source possible de biais sexuels. En effet, étant donné l'absence de présomption d'origine, les assurances doivent estimer, pour chaque cas qui leur est soumis, la part des facteurs professionnels et extraprofessionnels dans le développement de la maladie. De manière générale, les experts médicaux des assurances se montrent restrictifs tant dans l'interprétation de la littérature épidémiologique que dans l'évaluation, ce qui constitue des « facteurs personnels » excluant la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Les personnes atteintes, qui peuvent collaborer à l'établissement des faits, disposent de leur côté rarement des ressources économiques pour mettre sur pied des contre-expertises qui permettraient de contester avec succès les conclusions des assureurs devant un tribunal.
- 33 L'examen des publications des assurances accidents sur le thème des TMS, ainsi que des documents produits par les assurances lors de procédures d'instruction des cas, permet de relever deux processus susceptibles d'entraver l'indemnisation des TMS des travailleuses. D'une part, dans le cas de certaines pathologies spécifiques comme le syndrome du canal carpien ou la tendinite de Quervain, le sexe féminin est considéré comme un facteur prédisposant de l'affection. D'autre part, et ce processus touche cette fois tous les types de TMS, la pénibilité du travail des femmes tend à être minimisée.

#### 3.4.1 Le sexe féminin comme facteur prédisposant

- 34 Pourquoi les experts des assurances peuvent-ils considérer le sexe féminin comme facteur prédisposant à certains types de TMS et quelles conclusions en tirent-ils ? Le point de départ est le constat que certaines pathologies comme le syndrome du canal carpien (Vogt, 1998) ou la tendinite de Quervain (Vogt, 2005) sont plus fréquentes chez les

femmes que chez les hommes. Les différences constatées sur le plan épidémiologique sont interprétées comme résultant de spécificités biologiques liées au sexe. Dans la brochure de référence sur le syndrome du canal carpien, il est relevé qu'« un facteur endocrinien joue probablement un rôle important dans la genèse de cette affection chez la femme » (Vogt, 1998, p. 45) et plusieurs causes hormonales sont évoquées : grossesse et allaitement, ovariectomie, pilule contraceptive et ménopause. En revanche, la division sexuée des tâches entre les travailleuses et les travailleurs, qui crée des expositions différentes aux risques et pourrait expliquer une partie des différences observées (McDiarmid et collab., 2000), n'est pas prise en considération.

- 35 On soulignera que le fait qu'une affection soit plus fréquente, pour des raisons physiologiques, chez un sexe que chez l'autre n'exclut pas nécessairement que cette affection puisse être causée de manière prépondérante par des facteurs professionnels. Il semble toutefois que les experts des assurances tendent à adopter une telle perspective dichotomique opposant déterminants professionnels et biologiques. Dans le cas du syndrome du canal carpien, le sexe féminin est considéré comme l'un des facteurs personnels prédisposant à l'affection (Vogt, 1998, p. 42). Or, selon les assurances, la présence de tels facteurs plaide contre une origine professionnelle lorsqu'il s'agit d'évaluer des cas particuliers. Ainsi, à partir des statistiques sur le syndrome du canal carpien, l'auteur de la brochure sur le syndrome du canal carpien conclut que « des facteurs tels que le sexe et l'âge jouent probablement un rôle plus significatif que l'activité professionnelle » (Vogt, 1998, p. 87). Le raisonnement qui conduit à exclure une origine professionnelle du fait de certaines prédispositions individuelles est également mis en application dans les procédures individuelles. Dans le dossier d'une ouvrière atteinte du syndrome du canal carpien, il est ainsi noté : « Nous identifions une nette prépondérance des facteurs prédisposants face aux influences professionnelles : sexe féminin, âge typique de la première manifestation et bilatéralité de l'affection ». La conclusion de l'assurance est le rejet des demandes de reconnaissance comme maladie professionnelle.
- 36 À l'inverse, le fait qu'une maladie soit aussi fréquente chez les personnes des deux sexes est considéré comme le signe d'une relation causale entre le travail et la maladie : « La *peritendinitis crepitans* est le paradigme pour une telle relation causale. Ici, des sollicitations répétitives de l'avant-bras, en particulier des tendons extenseurs, mènent à une inflammation (...), qui est aussi fréquente chez les deux sexes et peut survenir à tout âge » (Vogt, 2005, p. 871)<sup>9</sup>.

### 3.4.2 Une pénibilité sous-estimée

- 37 Le deuxième processus qui semble jouer un rôle, de manière certes indirecte, dans les décisions des assurances est la sous-estimation de la pénibilité du travail des femmes, et notamment la minimisation des effets de certaines expositions professionnelles « féminisées » comme le travail répétitif (Lippel, Messing, Stock et Vézina, 1999). Ainsi, les études épidémiologiques montrant un lien causal entre mouvements répétitifs et syndrome du canal carpien sont considérées comme non fiables et la conception selon laquelle des lésions de type TMS pourraient être attribuables au travail répétitif est réfutée (Vogt, 1998). Autre exemple, une étude sur l'épicondylite, menée par un spécialiste en médecine des assurances, conclut que cette pathologie touche souvent des femmes au foyer et des employées de bureau, « des activités qui ne sont ni monotones ni ne sollicitent particulièrement l'usage de la force, alors qu'au contraire les professions de

force (bâtiment, ouvriers d'usine, mécaniciens, agriculture) sont peu représentées » (Meine, 1994, p. 173). Le raisonnement est que les mouvements répétitifs ou la force ne peuvent pas être en cause dans le développement de l'épicondylite, puisque celle-ci est particulièrement fréquente chez des personnes n'exerçant pas des activités avec de telles sollicitations. La qualification des activités comme monotones (répétitives) ou non, sollicitant ou non l'usage de la force, ne fait pas l'objet d'interrogations, mais semble découler des représentations associées aux métiers masculins et féminins. Cette étude sert de référence aux assurances qui nient désormais le caractère professionnel de la quasi-totalité des cas d'épicondylite qui leur sont annoncés (Bär et Kiener, 2000).

- 38 Lorsqu'il s'agit d'évaluer des cas particuliers, les appréciations des experts courent également le risque de sous-estimer la pénibilité du travail effectué par les femmes. Par exemple, on peut lire dans une expertise portant sur plusieurs cas de TMS (épicondylite et syndrome du canal carpien) dans une entreprise de gainerie (fabrication d'écrins pour des montres et bijoux) : « S'agissant des mouvements répétitifs, ceux-ci sont bien présents, mais on est d'emblée frappé par la grande diversité des opérations qui sont effectuées par chaque ouvrière. Il s'agit en majorité de travaux de précision demandant finesse et habileté bien davantage que force physique. La majorité des écrins fabriqués sont en effet de petite taille et ne pèsent que quelques dizaines à centaines de grammes. Certaines opérations, comme celles consistant à tendre les peaux sur des surfaces arrondies, réclament un certain effort qui doit cependant être qualifié de très modéré. Chacune de ces opérations comporte plusieurs étapes au cours desquelles la posture du corps et des bras ainsi que les mouvements nécessaires des poignets et des mains sont très variés. » La notion de répétitivité est interprétée ici dans un sens très restrictif : le simple fait que les ouvrières accomplissent des tâches comportant plusieurs étapes suffit pour que leur travail soit considéré comme non répétitif. En outre, l'appréciation selon laquelle le travail ne comporterait que des efforts modérés est un argument en défaveur d'une origine professionnelle des troubles. Toujours au sujet de la même entreprise, un autre expert estime qu'« aucun poste n'impose de postures forcées ou de mouvements des bras répétitifs stéréotypés ». Pourtant, le travail dans cette gainerie implique entre autres de tirer et de déformer du cuir à la main pour recouvrir des coffrets et des écrins, activité qui exige une grande force dans les mains et se fait de manière répétitive sur de grandes séries de pièces. On peut se demander dans quelle mesure le fait que ce travail soit effectué par des femmes contribue à forger l'appréciation des experts selon laquelle le travail n'est pas répétitif ni n'exige d'efforts importants ou de postures forcées.

## 4. Conclusion

- 39 Les TMS sont rarement reconnus comme maladies professionnelles en Suisse, mais ceux des travailleuses sont encore moins reconnus que ceux des travailleurs. Cette moindre reconnaissance reflète à la fois une moindre déclaration de la part des travailleuses et une sévérité accrue des assurances dans l'appréciation de leurs cas. En l'état des recherches actuelles, la moindre déclaration de la part des femmes ne peut être expliquée que très partiellement par la composition de la liste des maladies professionnelles et par les attentes de différents acteurs quant aux résultats d'une demande de reconnaissance. Les processus de déclaration mériteraient donc une étude à part entière. En ce qui concerne le taux d'acceptation des cas présentés par les travailleuses et les travailleurs, les analyses ont pu mettre en évidence certains biais potentiels liés au genre. Ceux-ci se situent à

plusieurs niveaux, qui vont de la définition de la liste des maladies professionnelles aux expertises menées par les assurances, en passant par les critères de reconnaissance définis par la jurisprudence. Les analyses présentées mériteraient d'être complétées par l'étude d'un plus grand nombre de procédures, ainsi que par la comparaison avec d'autres types de pathologies, afin de mettre à l'épreuve les hypothèses sur les processus de discrimination à l'encontre des demandes de reconnaissance présentées par les travailleuses.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Alamgir, H., Koehoorn, M., Ostry, A., Tompa, E., Demers, P. A. (2006). How many work-related injuries requiring hospitalization in British Columbia are claimed for workers' compensation? *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 49, n° 6, p. 443-451.
- Azaroff, L. S., Levenstein, C., Wegman, D. H. (2002). Occupational injury and illness surveillance: Conceptual filters explain underreporting. *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 9, p. 1421-1429.
- 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*, n° 72, p. 70-83.
- Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national. (2004). *Lacunes et incohérences de la LAMal en matière d'indemnités journalières, Rapport du 16 janvier 2004*, Objet 03.301, [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch)
- Commission européenne. (2003). Recommandation de la Commission du 19 septembre 2003 concernant la liste européenne des maladies professionnelles. *Journal officiel de l'Union européenne*, n° 238, p. 28-33.
- Conne-Perréard, E., Glardon, M.-J., Parrat, J., Usel, M. (2001). *Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques*. Genève : Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs.
- De Bruçq, D. (2001). Une vaste enquête : « les maladies professionnelles en Europe, déclaration, reconnaissance et indemnisation ». *Revue belge de Sécurité sociale*, n° 2, p. 367-385.
- de Zwart, B. C. H., Frings-Dresen, M. H. W., Kilbom, A. (2000). Gender differences in upper extremity musculoskeletal complaints in the working population. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 74, n° 1, p. 21-30.
- Diricq, N. (2008). *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale*. Paris : Cour des comptes.
- Ghélew, A., Ramelet, O., Ritter, J.-B. (1992). *Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA)*. Lausanne : Réalités sociales.
- Gnaegi, P. (1996). *Le droit du travailleur au salaire en cas de maladie*. Zürich: Schulthess.



- Graf, M., Pekruhl, U., Korn, K., Krieger, R., Mücke, A., Zölch, M. (2007). *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail en 2005. Résultats choisis du point de vue de la Suisse*. Berne : Secrétariat d'État à l'économie.
- Guthrie, R., Jansz, J. (2006). Women's experience in the workers' compensation system. *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 16, n° 3, p. 474-488.
- Kergoat, D. (2000). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de genre. In H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré et D. Senotier (Eds.), *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lippel, K. (2003). Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec: Systemic discrimination against women workers? *International Journal of Health Services*, vol. 33, n° 2, p. 253-281.
- Lippel, K., Lefebvre, M.-C., Schmidt, C., Caron, J. (2005). *Traiter la réclamation ou traiter la personne : les effets du processus sur la santé des personnes victimes de lésions professionnelles*. Montréal : Université du Québec.
- Lippel, K., Messing, K., Stock, S., Vézina, N. (1999). La preuve de la causalité et l'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif : rencontre des sciences de la santé et du droit. *Windsor Yearbook of Access to Justice*, vol. 17, p. 35-85.
- Ludwig, C. A. (2005). Troubles du dos et assurances sociales. *Informations médicales de la Suva*, n° 76, p. 71-79.
- Maruani, M. (2003). *Travail et emploi des femmes*. Paris : La Découverte.
- McDiarmid, M., Oliver, M., Ruser, J., Gucer, P. (2000). Male and female rate differences in carpal tunnel syndrome injuries: Personal attributes or job tasks? *Environmental Research*, vol. 83, n° 1, p. 23-32.
- Meine, J. (1994). Contribution à l'appréciation de la causalité des tendinoses d'insertion du coude en médecine des assurances. *Zeitschrift für Unfallchirurgie und Versicherungsmedizin*, vol. 87, n° 3, p. 169-177.
- Messing, K. (2000). *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle ?* Montréal: Remue-Ménage.
- Messing, K. (2004). Physical exposures in work commonly done by women. *Canadian Journal of Applied Physiology*, vol. 29, n° 5, p. 639-656.
- Morse, T., Dillon, C., Kenta-Bibi, E., Weber, J., Diva, U., Warren, N. et collab. (2005). Trends in work-related musculoskeletal disorder reports by year, type, and industrial sector: A capture-recapture analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 48, n° 1, p. 40-49.
- OFS. (2005). *Statistique du volume du travail (SVOLTA)*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique, [www.statistique.admin.ch](http://www.statistique.admin.ch).
- OFS. (2006). *Indicateurs du marché du travail 2006*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- Pfefferkorn, R. (2007). *Inégalités et rapports sociaux*. Paris : La Dispute.
- Punnett, L. et Herbert, R. (2000). Work-related musculoskeletal disorders: Is there a gender differential, and if so, what does it mean? In M. B. Goldman et M. C. Hatch (Eds.), *Women and health* (p. 474-492). New York: Academic Press.
- Punnett, L., Wegman, D. H. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, vol. 14, p. 13-23.

- Roquelaure, Y., Ha, C., Leclerc, A., Touranchet, A., Sauteron, M., Melchior, M. et collab. (2006). Epidemiologic surveillance of upper-extremity musculoskeletal disorders in the working population. *Arthritis & Rheumatism*, vol. 55, n° 5, p. 765-778.
- Rosenbaum, R. B. et Ochoa, J. L. (2002). *Carpal tunnel syndrome and other disorders of the median nerve*. Boston: Butterworth-Heinemann.
- Rosenman, K. D., Gardiner, J. C., Wang, J., Biddle, J., Hogan, A., Reilly, M. J. et collab. (2000). Why most workers with occupational repetitive trauma do not file for workers compensation. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 42, n° 1, p. 25-34.
- Shannon, H. S., Lowe, G. S. (2002). How many injured workers do not file claims for workers' compensation benefits? *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 42, n° 6, p. 467-473.
- SSAA (Service de centralisation des statistiques de l'assurance accidents). (2008). *Statistique spéciale LAA*. Chiffres non publiés, fournis sur demande.
- Suva. (2004). *Statistique des accidents LAA 1998-2002*. Lucerne : Suva.
- Suva. (2005). *Statistique des accidents LAA 2003-2007*. Lucerne : Suva, [www.unfallstatistik.ch](http://www.unfallstatistik.ch)
- Suva. (2007). *Guide Suva de l'assurance contre les accidents*. Lucerne : Suva.
- Suva. (2008). *Statistique des accidents LAA 2008*. Lucerne : Suva.
- Thébaud-Mony, A. (1991). *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France*. Paris : La documentation française.
- Treaster, D. E., Burr, D. (2004). Gender differences in prevalence of upper extremity musculoskeletal disorders. *Ergonomics*, vol. 47, n° 5, p. 495-526.
- Vogel, L. (Ed.). (2003). *La santé des femmes au travail en Europe. Des inégalités non reconnues*. Bruxelles : Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité.
- Vogt, W. (1998). *Syndrome du canal carpien. Pathogenèse, diagnostic et causes. Aspect de médecine des assurances*. Lucerne: Suva.
- Vogt, W. (2005). Armschmerzen am Arbeitsplatz: Berufskrankheit? *PrimaryCare*, vol. 5, n° 42, p. 871-872.

## NOTES

1. Selon la Loi sur l'assurance accidents, « sont assurés à titre obligatoire conformément aux dispositions de la présente loi les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés » (art. 1a al. 1 LAA). Les personnes exerçant une activité indépendante et les membres de leurs familles qui collaborent à l'entreprise ne sont pas obligés de s'assurer, mais peuvent le faire à titre facultatif (art. 4 LAA). Le personnel des missions diplomatiques n'est pas assuré de manière obligatoire (art. 3 de l'Ordonnance sur l'assurance accidents).
2. L'assurance couvrant la perte de gain en cas de maladie n'est pas obligatoire (à moins qu'une convention collective de travail, un contrat-type de travail ou un contrat de travail la prévoient expressément), ce qui constitue une lacune importante du système de sécurité sociale helvétique (Gnaegi, 1996). Selon les estimations de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (2004), moins de la moitié de la population active (salariés et indépendants) bénéficierait d'une telle assurance.

3. Très largement, mais pas entièrement. Par exemple, on peut citer le fait qu'en cas d'invalidité, une partie de la rente est payée par l'assurance invalidité. Cette dernière est financée par des cotisations paritaires sur les salaires et, pour plus de la moitié, par les pouvoirs publics. Autre exemple, les frais d'hospitalisation sont partiellement pris en charge par l'État.
  4. Il s'agit d'une présentation simplifiée qui a pour but de souligner les intérêts en jeu et non d'offrir une description approfondie du système helvétique d'assurances sociales, qui est particulièrement complexe.
  5. Il faut souligner qu'en Suisse, l'employeur n'a en général pas d'intérêt immédiat à omettre de déclarer une maladie professionnelle (mais pas non plus d'intérêt immédiat à le faire). En effet, les frais des maladies professionnelles sont entièrement pris en charge par l'assurance accidents. Une part de la prime de cette assurance peut varier en fonction du nombre d'accidents réellement survenus dans l'entreprise, mais les maladies professionnelles ne sont pas incluses dans ce calcul. Il y a cependant un intérêt collectif des employeurs à éviter une hausse des dépenses de l'assurance accidents, dont ils paient les primes.
  6. Les statistiques des assurances accidents ne fournissent que le nombre total d'équivalents plein temps, femmes et hommes confondus. Le nombre d'hommes et de femmes a été ici déduit en tenant compte du nombre d'heures travaillées par les femmes et les hommes salariés selon les calculs de l'OFS (2005).
  7. On remarquera au passage que, du fait de la référence à la population générale, plus une pathologie est fréquente, moins elle a de chances d'être reconnue comme maladie professionnelle.
  8. Pour les années de référence (2001 à 2005), 56 % des travailleuses sont occupées à temps partiel (c'est-à-dire à un taux de moins de 90 %) contre 11 % des travailleurs (Statistique de la population active occupée, OFS).
  9. L'original est en allemand : « Die Peritendinitis crepitans ist das Paradigma für eine solche kausale Beziehung. Hier finden repetitive Belastungen vor allem der Strecksehnen am Vorderarm zu einer (...) Entzündung (...), die bei beiden Geschlechtern gleich häufig ist und in jedem Alter auftreten kann. »
- 

## RÉSUMÉS

En Suisse, les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont rarement reconnus comme maladies professionnelles et leur prévention est peu développée. L'analyse des statistiques d'indemnisation concernant les TMS montre que les troubles affectant les travailleuses sont encore moins souvent déclarés et reconnus que ceux des travailleurs. La reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles est donc marquée par une dimension de genre. Cette situation peut s'expliquer par divers facteurs, comme l'état des connaissances scientifiques, mais aussi le cadre légal, la jurisprudence, les critères appliqués par les assurances et les pratiques de déclaration. Au niveau des décisions des assurances, deux processus semblent jouer un rôle dans la sous-estimation des TMS d'origine professionnelle chez les travailleuses : d'une part, l'incidence plus élevée de certains TMS chez les femmes est interprétée comme résultant de prédispositions liées au sexe féminin et d'autre part, le travail des femmes est considéré comme moins sollicitant que celui des hommes.

In Switzerland, musculoskeletal disorders (MSDs) are seldom recognized as occupational diseases, and their prevention has not been extensively developed. The analysis of MSD compensation statistics shows that disorders affecting female workers are still reported and recognized less often than those affecting male workers. The recognition of MSDs as occupational diseases therefore has a gendered dimension. This situation can be explained by various factors, such as the state of scientific knowledge, but also the legal framework, jurisprudence, criteria applied by insurance companies, and reporting practices. Regarding insurance decisions, two processes seem to play a role in underestimating work-related MSDs in female workers: on the one hand, the higher incidence of certain types of MSDs in women is interpreted as being the result of predispositions linked to the female gender and, on the other hand, women's work is viewed as being less demanding than men's work.

En Suiza, las lesiones músculo esqueléticas (LMS) son raramente reconocidas como enfermedades profesionales y su prevención esta poco desarrollada. El análisis de las estadísticas de indemnización relacionadas con las LMS muestra que las lesiones que afectan a las trabajadoras son aún menos declaradas y reconocidas que aquellas de los trabajadores. Así, el reconocimiento de las LMS como enfermedades profesionales esta marcada por una dimensión de género. Esta situación puede explicarse por diversos factores, como el estado de los conocimientos científicos, pero también el marco legal, la jurisprudencia, los criterios aplicados por las aseguradoras y las prácticas de declaración. A nivel de las decisiones de las aseguradoras, dos procesos parecen jugar un rol en la sub-estimación de las LMS de origen profesional en las trabajadoras : por una parte, la incidencia más elevada de ciertas LMS en las mujeres es interpretada como el resultado de predisposiciones relacionadas con el sexo femenino y por otra parte, el trabajo de las mujeres es considerado menos solicitante.

## INDEX

**Mots-clés** : troubles musculo-squelettiques, maladies professionnelles, genre, assurances sociales, indemnisation

**Keywords** : musculoskeletal disorders, occupational diseases, gender, social insurance, compensation

**Palabras claves** : lesiones músculo esquelética, enfermedad profesional, género, seguridad social, indemnización

## AUTEUR

**ISABELLE PROBST**

Institut de psychologie, Université de Lausanne, Haute école de travail social et de la santé - École d'Études sociales et pédagogiques, Ch. des Abeilles 14, 1010 Lausanne, Suisse,  
Isabelle.Probst@unil.ch