

GENRE ET TMS : QUAND LES DIFFERENCES BIOLOGIQUES MASQUENT LES EFFETS DE LA DIVISION SEXUELLE DU TRAVAIL

ISABELLE PROBST

École d'Études Sociales et Pédagogiques, Ch. des Abeilles 14, 1010
Lausanne, Suisse, iprobst@eesp.ch

RESUME

En Suisse, les TMS sont rarement reconnus comme maladies professionnelles et leur prévention est encore peu développée. Or les troubles touchant les travailleuses sont encore moins souvent reconnus que ceux des travailleurs. En effet, les assurances chargées de l'indemnisation des maladies professionnelles tendent à réduire la prévalence plus élevée de certains TMS chez les femmes à des prédispositions liées au sexe féminin et à considérer le travail des femmes comme peu sollicitant. Après avoir analysé cette situation, je m'appuie sur des entretiens qualitatifs menés avec des ouvrières atteintes de TMS pour mettre en évidence la spécificité des risques parmi des travailleuses « non qualifiées ». Les résultats montrent que leur situation de vulnérabilité aux TMS est construite non seulement par les tâches attribuées à ces ouvrières, mais également par leur manque d'autonomie et les rapports de pouvoir liés au genre dans les entreprises.

INTRODUCTION

S'il y a un consensus sur le fait que les TMS sont des pathologies multifactorielles, le poids des différents facteurs, notamment professionnels et extraprofessionnels, est l'objet d'une controverse persistante. Cette controverse a des enjeux importants, non seulement pour l'indemnisation des troubles au titre de maladies professionnelles, mais également pour les stratégies de prévention. Or, non seulement les différents types de TMS n'ont pas la même fréquence chez les femmes et chez les hommes (Treaster & Burr, 2004), mais des recherches montrent que, du moins dans certains contextes nationaux, leur caractère professionnel n'est pas reconnu au même degré chez les travailleuses et travailleurs (Lippel, 2003 ; Vogel, 2003). C'est pourquoi la présente contribution vise à analyser la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles en fonction du genre.

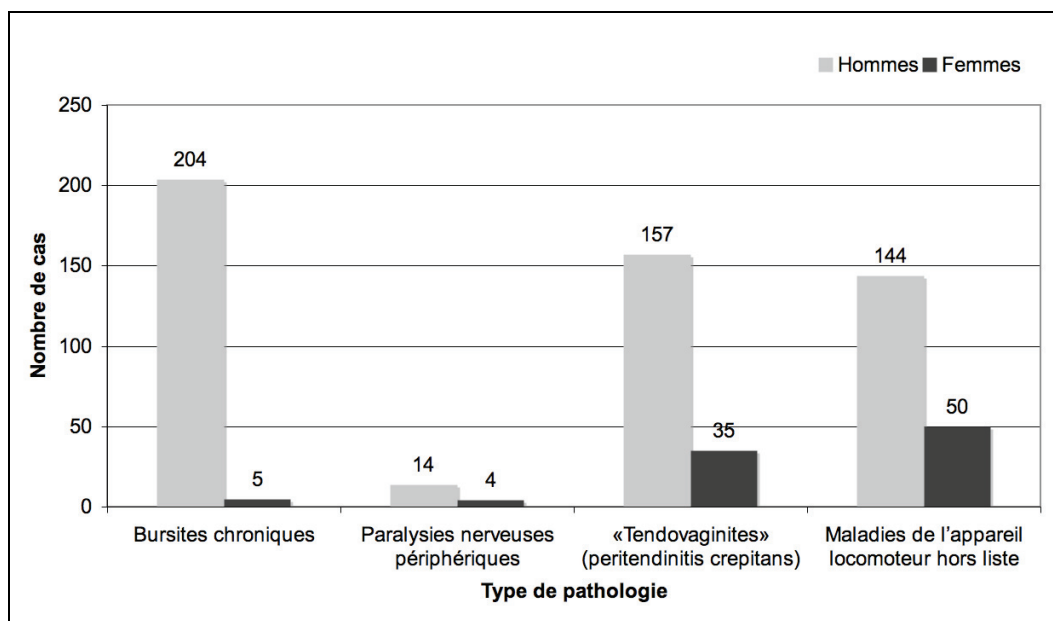
Les analyses, tirées d'une thèse en cours, portent sur le contexte suisse et se basent sur deux types de données : d'une part, les statistiques des assurances contre les accidents et maladies professionnelles (désignées ci-dessous comme « les assurances ») et divers documents produits par ces assurances et les tribunaux ; d'autre part, des entretiens semi-directifs menés avec quatorze ouvrières et trois ouvriers¹ atteints de TMS, dont neuf travaillaient dans des entreprises de gainerie (confection d'écrins pour des montres et bijoux), cinq dans l'imprimerie et la reliure, et trois dans l'industrie du papier.

Je commencerai par décrire les pratiques d'indemnisation des TMS comme maladies professionnelles en général, avant d'analyser les processus qui créent des écarts de reconnaissance entre travailleuses et travailleurs. Enfin, je montrerai que diverses dimensions des rapports de genre sont susceptibles d'expliquer la différence de fréquence des TMS entre femmes et hommes.

LA RECONNAISSANCE DES TMS COMME MALADIES PROFESSIONNELLES EN SUISSE

Précisons d'emblée que dans le système de sécurité sociale suisse, la couverture des maladies professionnelles est identique à celle des accidents, ce qui présente pour les victimes plusieurs avantages en comparaison avec les maladies ordinaires. 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. Ensuite, la perte de salaire est compensée à raison de 80 % jusqu'à ce que la personne puisse reprendre son travail ou touche une rente d'invalidité. En cas de maladie ordinaire en revanche, la compensation du salaire est en général de 80 % pour une durée de deux ans au plus (couverture par une assurance d'indemnités journalières) ou de 100% pendant quelques semaines à mois selon la durée des rapports de travail (versement du salaire par l'employeur). Enfin, les rentes en cas d'invalidité ou de décès sont bien plus élevées. Par ailleurs, les primes de l'assurance contre les accidents et les maladies professionnels sont à la charge des employeurs, alors que les primes des assurances pour les maladies ordinaires sont payées par les employé·e·s (frais de traitements) ou réparties entre employeurs et employé·e·s (indemnités journalières, invalidité).

Du point de vue du type de pathologies reconnues comme maladies professionnelles, le cadre légal suisse comporte une liste de substances et d'affections et un système ouvert (art. 9 de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents). Ni la loi ni les assurances n'utilisent des notions telles que « troubles musculo-squelettiques » ou encore moins « repetitive strain injuries ». Cependant, certaines pathologies sont regroupées sous l'expression de « maladies de l'appareil locomoteur », que l'on considérera ici comme un équivalent helvétique des TMS. Trois de ces maladies figurent sur la liste des affections professionnelles : les bursites chroniques par pression constante (en particulier les hygromas du genou, provoqués par la position agenouillée), les paralysies nerveuses périphériques (parmi lesquelles le syndrome du canal carpien) et les tendovaginites. De plus, un certain nombre de maladies de l'appareil locomoteur hors liste sont reconnues chaque année (voir graphique 1).



Graphique 1 : Maladies de l'appareil locomoteur (TMS) reconnues comme maladies professionnelles chez les femmes et les hommes en 2005 (Source : Suva, 2005)

Parmi les cas de TMS survenant dans la population active, peu sont considérés comme maladies professionnelles. Ainsi, en 2005, seuls 613 cas de TMS ont été indemnisés. Si l'on compte que 4.1 millions de personnes actives sont couvertes par l'assurance, on peut calculer un taux d'indemnisation d'environ 15 cas pour 100 000 travailleurs-euses. À titre de comparaison, la même année, environ 155 cas pour 100 000 travailleurs-euses ont été indemnisés au titre du tableau 57 (affections périarticulaires) du régime général de la sécurité sociale en France (CNAMTS, 2005).

Comme dans d'autres contextes nationaux (Lippel, 2003 ; Vogel, 2003), la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles est marquée par une forte dimension de genre. Les femmes ne représentent que 15 % des personnes indemnisées pour des TMS en 2005, alors même que certains types de TMS, notamment ceux affectant les membres supérieurs et la nuque, sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Même si l'on tient compte du fait que les femmes forment 45 % de la population active (OFS, 2006), la conclusion est que les femmes sont fortement sous-représentées parmi les personnes indemnisées. Par ailleurs, les maladies hors liste constituent la majorité des cas de TMS chez les femmes (53 % en 2005), alors que ce sont les maladies de la liste qui forment la majorité des cas pour les hommes (72 % en 2005). Il y a là un signe que la liste des maladies professionnelles cible des affections « masculines » plutôt que des affections « féminines ». En résumé, en Suisse, seule une minorité des cas de TMS est indemnisée au titre de maladies professionnelles et de plus, les femmes semblent

victimes d'une discrimination dans l'accès à cette indemnisation. Avant d'analyser les causes de cette situation, il faut se demander si le problème ne réside pas dans la sous-déclaration massive des troubles plutôt que dans les décisions des assurances qui, en réalité, acceptent une majorité (environ 70 %) des cas de TMS qui leur sont annoncés (Suva, 2004). Plusieurs facteurs (ignorance, crainte de parler des troubles à son employeur, désintérêt de l'employeur pour les démarches, avis médicaux réfutant l'origine professionnelle) contribuent à cette sous-déclaration. Selon les entretiens effectués, l'un des facteurs importants est le fait que les médecins (ou parfois d'autres acteurs comme les employeurs ou les syndicats) estiment que les déclarations de certains cas seraient vouées à l'échec et découragent par conséquent les personnes atteintes d'annoncer leurs troubles. Il semble donc que les critères établis par les assurances et par le Tribunal fédéral pour l'acceptation des cas influencent grandement en retour le type et le nombre de cas déclarés. C'est pourquoi je m'intéresserai maintenant de plus près à ces critères.

LES CRITERES DE RECONNAISSANCE

Le système d'indemnisation suisse n'offre pas de présomption d'imputabilité, si bien qu'il faut pouvoir prouver le rôle prépondérant du travail dans le développement de l'affection (maladies de la liste), voire son rôle nettement prépondérant ou exclusif (maladies hors liste). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, pour qu'une maladie hors liste soit reconnue, il faut ainsi notamment « que les cas d'atteintes pour un groupe professionnel déterminé soient quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général. » (Arrêt du Tribunal fédéral, 116 V 143). Pour une maladie de la liste, un ratio de 1 à 2 suffit. De plus, il faut aussi exclure que l'affection soit causée principalement par des « facteurs personnels », par exemple des maladies associées. Ces critères rendent très difficiles la reconnaissance des cas de TMS. En effet, pour des pathologies multifactorielles comme les TMS, il est délicat de démêler l'influence des différents facteurs dans chaque situation. De plus, le système repose sur une approche par métier, dont les recherches en ergonomie ont montré qu'elle est inadéquate pour saisir les expositions auxquelles sont soumis les travailleurs et plus encore les travailleuses (Messing, 2000). Enfin, en l'absence d'études épidémiologiques fiables sur un groupe professionnel, ce sont les avis des experts qui sont déterminants. Or, les experts des assurances se montrent extrêmement stricts, notamment dans l'interprétation de la littérature épidémiologique et de ce qui peut constituer des « facteurs personnels » excluant la reconnaissance d'une maladie professionnelle (Vogt, 2005). Les personnes atteintes disposent de leur côté rarement des moyens nécessaires pour réaliser des contre-expertises mettant en doute les conclusions des assurances.

GENRE ET RECONNAISSANCE

Dans ce cadre, pourquoi les cas de TMS sont-ils moins reconnus chez les femmes que chez les hommes ? L'analyse des documents produits par les assurances indique qu'il y a deux processus complémentaires : premièrement, les différences observées sont ramenées aux seules différences biologiques, autrement dit elles sont naturalisées ; deuxièmement, la pénibilité du travail des femmes est occultée.

En ce qui concerne la naturalisation des différences, les experts des assurances font une interprétation des données épidémiologiques qui tend à confondre sexe et genre. En effet, les études montrant que les femmes sont plus souvent touchées que les hommes par certains troubles, par exemple le syndrome du canal carpien, sont lues comme des preuves de l'origine de ces pathologies dans des prédispositions individuelles biologiques (Vogt, 1998), sans considérer l'hypothèse que les tâches différentes réalisées par les travailleuses et les travailleurs puissent en partie expliquer les différences (McDiarmid, Oliver, Ruser, & Gucer, 2000). L'accent est mis sur les différences physiologiques entre femmes et hommes et notamment sur les facteurs hormonaux. Le sexe féminin est dès lors considéré comme un facteur personnel prédisposant, qui plaide contre une origine professionnelle lorsqu'il s'agit d'évaluer des cas particuliers. Pour ne donner qu'un exemple, dans une expertise concernant une gainière atteinte du syndrome du canal carpien, on peut lire « nous trouvons une nette prépondérance des facteurs prédisposants âge, sexe féminin et bilatéralité de l'affection ». Or, ce type de raisonnement est à sens unique. En effet, le fait qu'un trouble soit plus fréquent parmi les individus de sexe masculin n'est jamais considéré comme l'effet d'une particularité biologique liée au chromosome Y.

En ce qui concerne la pénibilité des tâches, les experts des assurances sous-estiment systématiquement l'impact du travail des femmes sur la santé, mais aussi celui des expositions professionnelles « féminisées » comme le travail répétitif. Dans une brochure sur le syndrome du canal carpien, les études épidémiologiques indiquant la nocivité des mouvements répétitifs sont ainsi toutes rejetées comme non fiables (Vogt, 1998). Par ailleurs, contrairement à une pratique antérieure, les assurances ne reconnaissent plus l'épicondylite comme maladie professionnelle (Bär & Kiener, 2000). L'un des arguments clés invoqués pour réfuter le caractère professionnel est une étude montrant que l'épicondylite 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). Lorsqu'il s'agit d'évaluer des cas particuliers, les appréciations des assurances semblent imprégnées par le même préjugé selon lequel le travail des femmes n'est pas dangereux pour la santé. 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 : « Il s'agit en majorité de travaux de précision demandant finesse et habileté bien davantage que force physique ». 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.

La conséquence de ces processus de naturalisation des différences et d'occultation de la pénibilité du travail des femmes est double. Tout d'abord, les travailleuses subissent une discrimination car leurs TMS sont encore moins reconnus que ceux de leurs collègues masculins. Ensuite, plus généralement, le rôle de l'activité professionnelle est contesté tant pour les hommes que pour les femmes lorsque leurs troubles sont liés à des facteurs de risques « féminins » comme le travail répétitif ou les postures plutôt qu'à des facteurs de risques « masculins » comme l'usage d'une force excessive ou le port de charges.

Ces constats montrent qu'il est important d'aller au-delà du constat de différences liées au sexe et de prendre en compte le genre, c'est-à-dire les rapports sociaux de sexe, et plus spécifiquement la division sexuelle du travail qui crée des expositions différentes aux risques professionnels pour le groupe des femmes et pour celui des hommes. Je terminerai donc cette contribution en mettant en évidence, à partir d'entretiens menés avec des ouvrières et ouvriers, quelques implications d'une prise en compte du genre.

LES DIMENSIONS DE LA DIVISION SEXUELLE DU TRAVAIL

La ségrégation, tant horizontale (séparation des tâches et métiers) que verticale (positions hiérarchiques), des femmes et des hommes dans le travail est désormais un phénomène bien établi (Kergoat, 2000). Certaines recherches en ergonomie et en santé au travail ont en outre mis en évidence les expositions différentes que cette ségrégation entraîne, de même que les interactions qui peuvent intervenir entre ces expositions et les caractéristiques biologiques des femmes et des hommes (Messing, 2000 ; Vogel, 2003). Mon but n'est donc pas de refaire ce type d'analyse, mais à partir de l'expérience d'ouvrières et d'ouvriers, de montrer que plusieurs processus interviennent, qui créent des différences d'expositions entre travailleuses et travailleurs. Les descriptions qui suivent ne prétendent pas décrire une situation générale, mais celle qui ressort des entretiens que j'ai menés avec des ouvrières et ouvriers non qualifié·e·s. Cette précision est importante, car l'effet de la division sexuelle du travail sur la santé interagit avec d'autres caractéristiques de la situation des personnes, comme leur qualification, leur position hiérarchique, le type d'entreprise dans lequel elles travaillent, etc.

Un premier processus réside dans la ségrégation des tâches : non seulement, les femmes et les hommes ne font en général pas les mêmes métiers, mais ils et elles ne font pas les mêmes tâches, même lorsqu'il s'agit du même métier ou de la même fonction. Les entretiens menés confirment cette ségrégation extrêmement marquée. Par exemple, dans les gaineries, les femmes sont principalement occupées à la couverture et à la confection des intérieurs, réalisés à la main, alors que les hommes sont affectés à la menuiserie et à la découpe du cuir, tâches réalisées à l'aide de machines et demandant plutôt de faire de gros efforts sur une durée limitée. De même, à l'expédition de l'imprimerie, les femmes font des paquets de journaux et les mettent dans des sacs alors que les hommes prennent les sacs pour les charger dans les camions. Les descriptions faites par les ouvrières rejoignent les résultats de recherche selon lesquels les femmes ont plutôt des postes qui réclament des mouvements rapides et précis et qui ne permettent pas de micro-pauses alors que les hommes sont affectés à des tâches qui impliquent plus d'efforts mais de façon ponctuelle (Messing, 1996, 1999).

Un deuxième processus est lié aux caractéristiques temporelles du travail. Là encore, les données tirées des entretiens rejoignent les constats de la littérature. Les tâches féminines sont plutôt caractérisées par des cycles courts, sous fortes contraintes temporelles, notamment des cadences imposées par les machines ou par la chaîne de production, alors que les hommes disposent plus souvent d'un certain contrôle sur le rythme de leur travail (Gollac & Volkoff, 2002).

Comme troisième processus, on peut décrire une différence dans la latitude pour opérer les tâches. La plupart des ouvrières interrogées rapportent qu'elles ont très peu de choix non seulement sur les rythmes, mais également sur les modes opératoires et les outils utilisés. A contrario, une gainière explique qu'elle a réussi à se ménager une marge de manœuvre dans son entreprise grâce à ses compétences particulières. Cela lui permet, dans une certaine mesure, de maîtriser la manière de réaliser ses tâches et de faire confectionner des supports pour les pièces. Selon elle, cette autonomie lui a permis de diminuer les contraintes et donc les douleurs liées au travail.

Les effets de la division sexuelle du travail ne se résument cependant pas aux caractéristiques des tâches et des postes de travail. Les entretiens mettent en évidence un quatrième processus qui a des conséquences sur la santé des femmes : leur situation de subordination dans les entreprises, en lien notamment avec leur manque de qualifications reconnues. Les ouvrières interrogées rapportent souvent qu'elles n'ont pas les moyens de négocier des changements de tâches ou de poste au sein de l'entreprise et que l'absence de qualification rend improbable de trouver une place moins pénible dans une autre entreprise. Or, ces ouvrières rapportent aussi que les conseils qu'elles ont reçus le plus fréquemment de la part des médecins sont justement de changer de travail ou de poste. Pour certaines ouvrières, les rapports de pouvoir liés au genre se traduisent en

outre par des attitudes sexistes de la part de la hiérarchie ou de collègues qui limitent encore plus leur marge de manœuvre et de négociation. De plus, du fait de leur situation de subordination, les femmes sont peu représentées dans les commissions du personnel et les questions qui les concernent sont rarement au premier plan des négociations collectives. Enfin, il est nécessaire de s'interroger sur un cinquième processus, les liens entre travail domestique et travail salarié. L'interaction entre les contraintes du travail et les responsabilités domestiques est évoquée spontanément dans plusieurs entretiens comme un facteur qui aggrave les TMS ou qui empêche de se soigner correctement (par exemple, impossibilité de garder le repos du fait des tâches domestiques). Toutefois, les entretiens ayant essentiellement porté sur le travail salarié, ils ne fournissent pas suffisamment de matière pour bien comprendre la nature de cette interaction.

Ces quelques éléments indiquent la nécessité de prendre en compte les diverses facettes de la division sexuelle du travail pour comprendre l'impact différencié du travail sur la santé des travailleuses et des travailleurs.

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*, no 72, pp. 70-83.
- CNAMTS. (2005). *Statistiques technologiques des maladies professionnelles*.
- Gollac, M., & Volkoff, S. (2002). La mise au travail des stéréotypes de genre. Les conditions de travail des ouvrières. *Travail, Genre et Sociétés*, no 8, pp. 25-53.
- Kergoat, D. (2000). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de genre. In H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré & 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, no 2, pp. 253-281.
- 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, no 1, pp. 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, no 3, pp. 169-177.
- Messing, K. (1996). Le genre des « opérateurs » : un paramètre pertinent pour l'analyse ergonomique? *Cahiers du Mage*, no 4, pp. 45-60.
- Messing, K. (2000). *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle?* Montréal : Remue-Ménage.

- Messing, K. (Ed.). (1999). *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*. Bruxelles : Bureau technique syndical, Confédération européenne des syndicats.
- OFS. (2006). *Indicateurs du marché du travail 2006*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- Suva. (2004). *Statistique des accidents LAA 1998–2002*. Lucerne : Suva.
- Suva. (2005). *Statistique des accidents LAA 2003-2007*. Lucerne : Suva.
- Treaster, D. E., & Burr, D. (2004). Gender differences in prevalence of upper extremity musculoskeletal disorders. *Ergonomics*, vol 47, no 5, pp. 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, no 42, pp. 871-872.

ⁱ Le petit nombre d'hommes interrogés s'explique par une difficulté de recrutement, découlant des choix effectués au début de la recherche. J'ai choisi d'étudier les TMS dans le contexte du travail ouvrier peu qualifié, qui, dans les entreprises concernées, est majoritairement assumé par des femmes. De plus, mon intérêt initial portait sur le syndrome du canal carpien, avant de s'étendre à d'autres TMS du membre supérieur (pathologies qui toutes touchent plus souvent les femmes). Soulignons que l'échantillonnage ne se veut pas représentatif, mais s'inscrit dans une démarche qualitative visant à identifier des processus. Le manque d'entretiens avec des hommes empêche malheureusement une comparaison systématique entre l'expérience des travailleurs et travailleuses.