

# Inégalités relatives au genre et à la condition d'immigrée : le cas des maladies musculosquelettiques liées au travail en Italie

**Silvana Salerno**

Médecin du travail, chercheuse à l'Agence nationale de recherche pour les nouvelles technologies, l'énergie et le développement économique soutenable (ENEA)

## Inégalités de genre dans la reconnaissance des maladies professionnelles

À partir des années 90, des études effectuées dans plusieurs pays ont mis en évidence des inégalités significatives au niveau de la déclaration et de la reconnaissance des maladies professionnelles (MP) entre les femmes et les hommes. Ces inégalités sont significatives (pas seulement au sens statistique du terme) parce qu'elles ne sont pas fortuites mais dues à différents facteurs, souvent liés à des discriminations de nature sociale, culturelle et juridique. Ainsi, les études menées en Suède (Messing 1999), au Québec (Lippel 2003), en Suisse (Probst 2009), en Belgique (Vogel 2011) et, récemment, aussi en France (Chappert et Therry 2014) révèlent que les femmes bénéficient d'une reconnaissance inférieure en maladies professionnelles par rapport aux hommes.

Cette différence est non seulement d'ordre quantitatif (moins de déclarations de la part des travailleuses), mais également de nature qualitative (par type de MP) car, souvent, l'absence de reconnaissance concerne aussi les maladies professionnelles les plus fréquentes chez les femmes, à savoir les maladies musculosquelettiques (Probst 2013) et les tumeurs tel le mésothéliome de la plèvre (Merler *et al.* 2011), pour citer quelques exemples étudiés.

En Italie, grâce aux résultats issus des études réalisées dans les pays susmentionnés et à la promulgation du Décret-loi 81/2008 (notamment son article 28 - *Objet de l'évaluation des risques*), qui prévoit l'obligation, de la part de l'employeur, d'évaluer le risque du travail en fonction du « genre », de l'« âge » et de la condition « d'immigré », une étude spécifique a été réalisée afin d'analyser les différences relatives au genre et à la condition des immigrées dans le système d'assurance national<sup>1</sup> (Salerno 2014).

---

1. L'étude a été réalisée grâce à la Banque de données statistiques (BDS) sur les accidents et les maladies professionnelles publiée en ligne par l'institut national d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (INAIL); elle permet d'analyser les différences « homme-femme » et celles liées à la condition « d'étranger » tant pour la déclaration que pour la reconnaissance de la MP.

L'étude posait les questions suivantes : existe-t-il, en Italie, des inégalités de traitement en matière de reconnaissance des MP ? Existe-t-il des inégalités liées à la condition d'immigrée ? La surcharge biomécanique du membre supérieur, figurant dans la liste des MP, constitue-t-elle une exception ?

L'étude analyse, notamment, la surcharge biomécanique du membre supérieur, qui arrive en première position dans les déclarations des femmes, le but étant d'entamer des procédures de déclaration et/ou de reconnaissance et de prévention axées sur le genre.

## **Le système assurantiel italien concernant les maladies professionnelles**

Le système assurantiel italien concernant les MP est public et se caractérise par un système de reconnaissance dual : une liste des MP, ayant une probabilité de reconnaissance élevée (>50 %), et un système de reconnaissance hors liste, basé uniquement sur la capacité des travailleurs, hommes et femmes, à documenter valablement leur maladie pour que le lien de cause à effet de la MP contractée puisse être reconnu.

Faire figurer une MP sur la liste, c'est donc en faciliter la reconnaissance. Pour cette raison, l'année même de promulgation de la loi (voir supra) (2008), la liste des MP a été mise à jour et une MP typique des femmes, la surcharge biomécanique du membre supérieur, y a été insérée. Ceci a provoqué immédiatement une augmentation des déclarations de ce type de pathologie chez les travailleuses.

Afin d'être reconnue, la MP, classée par l'Institut national d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (INAIL) mais aussi présente dans la classification internationale des maladies (International Classification of Diseases, ICD), doit se manifester lors de travaux spécifiques prévus dans la liste et ne peut être déclarée au-delà d'une limite de temps après l'arrêt de ce travail spécifique. Pour les différentes MP liées à la surcharge biomécanique du membre supérieur, ce délai de prescription est fixé à deux ans pour la grande majorité des pathologies. Les délais impartis pour la détermination de la maladie professionnelle s'élèvent à quatre mois pour les MP figurant sur la liste et à six mois pour les MP hors liste, la charge de travail liée à la procédure de reconnaissance de celles-ci étant plus élevée.

La Banque de données statistiques sur les accidents et les maladies professionnelles (BDS-INAIL) répartit les données sur les MP par secteur d'activité : industrie-services, agriculture, fonction publique (agents publics). Ce choix de répartition des données met l'accent sur les aspects assurantiels au détriment de ceux liés à la prévention car les données concernant la production de services ne sont pas séparées de celles concernant la production de biens. Ce choix produit une convergence de données entre des secteurs pourtant différents et présentant un taux d'occupation féminin très différent. Le secteur des services

emploi en effet un nombre de femmes italiennes et immigrées bien plus important.

De plus, le système d'assurance INAIL assure environ 75 % de tous les travailleurs et travailleuses (9 400 000 femmes et 17 500 000 hommes), mais ne renseigne pas le total des assuré(e)s par sexe (!), ni les heures de travail par sexe (!). Ces données incomplètes ne permettent pas de calculer les différents taux d'incidence et de prévalence selon le sexe et donc d'apprécier si les disparités de genre sont liées à un nombre de travailleurs différents et/ou à un nombre d'heures de travail différent (temps d'exposition).

## Les données statistiques par genre et pays d'origine

Les données statistiques globales moyennes se rapportant aux déclarations et reconnaissances des maladies professionnelles pour les femmes et les hommes ont été analysées sur une période de quatre ans (2010 - 2013). On a ensuite calculé le taux d'acceptation (TA), à savoir le nombre de MP reconnues par rapport aux MP déclarées, exprimé en pour cent. Les maladies liées à la surcharge biomécanique du membre supérieur dans le secteur industrie-services, et plus particulièrement les maladies les plus déclarées, ont été étudiées : le syndrome du canal carpien et la tendinite du supra-épineux<sup>2</sup>.

## Toutes les maladies professionnelles déclarées et reconnues

L'analyse selon la dimension de genre et la condition d'immigré.e (voir le tableau 1) a révélé que le taux d'acceptation de toutes les MP dans le secteur industrie-services pour les femmes est inférieur de 39 % (-4 %) à celui des hommes. Les immigrées présentent le taux de 32,5 % le plus bas.

Tableau 1 Différences dans le taux d'acceptation de toutes les MP du secteur Industrie et Services (2010-2013, moyenne)

Industrie-services	Déclarées	Acceptées	Taux d'acceptation %	Déclarées	Acceptées	Taux d'acceptation %
Genre	Tous			Immigrés		
Femmes	9 692	3 765	39*	822	267	32,5*
Hommes	25 991	11 115	43	1 823	656	36
			*p<0,001			*p<0,10

Source : données statistiques INAIL (mise à jour du 31 octobre 2014)

2. L'analyse statistique a été effectuée en utilisant le test du  $\chi^2$  et la fréquence des variables 2x2 a été analysée pour confirmer que les principales différences mises en évidence n'étaient pas dues au hasard.

L'analyse des différences concernant la reconnaissance des MP *hors liste* nous permet de constater que le taux diminue pour l'ensemble des travailleuses et dans une mesure encore plus importante pour les travailleuses. Les travailleuses immigrées ont la situation la moins favorable, avec une acceptation de 10 % seulement.

Une comparaison entre les données concernant les travailleuses italiennes et étrangères montre que ces dernières bénéficient d'une reconnaissance significativement inférieure par rapport aux italiennes pour les MP figurant dans la liste (-7 %) et hors liste (-3 %). Ce constat se vérifie aussi chez les hommes immigrés respectivement -7% et -4% par rapport aux hommes italiens. Il existe donc, dans le cas des immigrées, une double différence liée au genre et à la condition d'immigrée (voir le tableau 2).

Tableau 2 Pourcentages de reconnaissance des déclarations de maladies professionnelles de toutes les femmes et des immigrées, de tous les hommes et des immigrés. Industrie-Services (2010-2013)

Industrie-Services	Maladies professionnelles – Taux d'acceptation %						
	Genre	Tous		Immigrés		P	
		Liste	Hors liste	Liste	Hors liste	Liste	Hors liste
Femmes	39	13	32*	10*	<0,05*	<0,05*	
Hommes	43	18	36*	14*	<0,001*	<0,001*	

Source : données statistiques INAIL (mise à jour du 31 octobre 2014)

## Surcharge du membre supérieur

Une analyse détaillée des MP liées à la surcharge du membre supérieur (voir le tableau 3) dans les secteurs industrie-services met en évidence un taux de reconnaissance inférieur pour toutes les travailleuses (-3 %) et davantage encore pour les travailleuses immigrées (-7 %) (voir le tableau 4). Le phénomène de la sous-reconnaissance des MP liées à la surcharge du membre supérieur, quoique dans une moindre proportion, se confirme pour chaque MP du groupe : le syndrome du canal carpien (-2 %) même chez les immigrées (-2 %), la tendinite du supra-épineux (-8 %) et (-10 %), la différence étant encore non significative du fait des faibles chiffres concernant les immigrées. La comparaison des données concernant les travailleuses italiennes et immigrées montre que ces dernières bénéficient d'une reconnaissance moindre par rapport aux italiennes, tant pour l'ensemble des MP liées à la surcharge biomécanique du membre supérieur (-9 %) que pour le syndrome du canal carpien (-10 %) ou la tendinite du supra-épineux (-8 %). Il en est de même pour les travailleurs immigrés de sexe masculin, par rapports aux italiens : -5 % pour l'ensemble des MP liées à la surcharge biomécanique du membre supérieur, -10 % pour le syndrome du canal carpien et -6 % pour la tendinite du supra-épineux. Les travailleuses immigrées subissent ici encore une double discrimination laquelle est associée à la fois au genre et à leur situation d'immigrée pour les MP liées à la surcharge biomécanique du membre supérieur (voir les tableaux 3 et 4).

Tableau 3 Tous – Maladies professionnelles « surcharge du membre supérieur ». Industrie-Services (moyenne 2010-2013)

Industrie-Services	Tous – Maladies professionnelles		
	Genre	Déclarées	Acceptées
<b>1. Surcharge du membre supérieur</b>			
Femmes	3391	2468	73*
Hommes	3492	2667	76
		p<0,001	-3 %
<b>1.1 Syndrome du canal carpien</b>			
Femmes	1441	1044	72*
Hommes	1000	741	74
		P< 0,05	-2 %
<b>1.2 Tendinite du supra-épineux</b>			
Femmes	931	660	71*
Hommes	1454	1143	79
		p <0,001	-8 %

Source : données statistiques INAIL (mise à jour du 31 octobre 2014)

Tableau 4 Immigrés – Maladies professionnelles « surcharge du membre supérieur ». Industrie-Services (moyenne 2010-2013)

Industrie-Services	Immigrés – Maladies professionnelles		
	Genre	Déclarées	Acceptées
<b>1. Surcharge du membre supérieur</b>			
Femmes	269	173	64*
Hommes	247	174	71
		Ns	-7 %
<b>1.1 Syndrome du canal carpien</b>			
Femmes	104	64	62*
Hommes	66	42	64
		Ns	-2 %
<b>1.2 Tendinite du supra-épineux</b>			
Femmes	72	45	63
Hommes	102	74	73
		ns	-10 %

Source : données statistiques INAIL (mise à jour du 31 octobre 2014)

## Quelles sont les causes des inégalités de genre et comment peut-on les prévenir ?

En conclusion et pour les années 2010 à 2013 en Italie, les MP dans les secteurs Industrie-Services sont systématiquement moins acceptées chez les travailleuses et ce, tant pour les MP reconnues que pour les MP « hors liste ». Les travailleuses italiennes et immigrées déclarent d'ailleurs plus de MP hors liste.

Lorsqu'on analyse les MP liées à la surcharge biomécanique du membre supérieur, on remarque que cette situation se confirme surtout chez les immigrées par rapport aux Italiennes. On constate donc, chez les travailleuses immigrées, un traitement doublement inique, dû à la fois à leur statut de femmes et à celui d'immigrées. De plus, on sait que ces femmes sont plus jeunes (41 ans contre 46 en moyenne) et travaillent un nombre d'heures plus élevé que les Italiennes. Certes, la disparité dans la reconnaissance touche également les hommes immigrés, mais bien moins que les femmes immigrées. Ainsi, sur l'échelle de la reconnaissance, on trouve en premier lieu le travailleur italien, ensuite la travailleuse italienne, le travailleur immigré et, enfin, la travailleuse immigrée. Il existe donc bien un facteur « genre » au travail et un facteur « immigration ». Cette double discrimination générant des inégalités sociales de santé devrait être étudiée et corrigée par des actions spécifiques, comme l'a souligné la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (Marmot *et al.* 2008). Les analyses statistiques relatives à la santé doivent bien sûr tenir compte du genre (Messing 1999), mais il est absolument nécessaire que les statistiques du travail (travailleurs, heures de travail, immigration, etc.) évoluent dans le même sens.

Les différences constatées au niveau de la reconnaissance des MP touchant les femmes doivent être corrigées par une meilleure connaissance des activités de travail réalisées par les femmes (Tieves 2011) et par les immigrées, même lorsque la « tâche » est la même. La liste des MP doit inclure plus de MP touchant les femmes car, en l'état, elle n'est pas neutre, mais élaborée sur la base des travaux exercés par les hommes (par exemple, les maladies d'ordre psychique ne sont pas encore répertoriées alors qu'elles touchent fréquemment les femmes). De plus, la MP peut connaître une évolution différente selon le genre. Il conviendrait dès lors de mieux étudier la durée de l'arrêt de travail aux fins de la reconnaissance pour éviter d'exclure les femmes italiennes et immigrées.

Enfin, il existe un problème de formation générale des médecins du travail, des techniciens de la prévention et des médecins légistes : ceux-ci ne bénéficient pas d'une éducation à la santé au travail axée sur la dimension de genre. Il en va de même dans le domaine syndical, où les représentants des travailleurs.es en charge de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail sont majoritairement des hommes, tout comme les médecins compétents. Idéalement, il faudrait parvenir à une application généralisée de la loi 81/2008, pourtant peu respectée à ce jour, parce qu'elle apporte une innovation importante en termes de genre, d'âge et d'immigration.

Intervenir par de bonnes pratiques en matière de reconnaissance des MP chez les travailleuses italiennes et immigrées permettrait le développement d'une meilleure ergonomie sur les lieux de travail (Habib et Messing 2012). Or, on assiste ces dernières années marquées par la crise économique, à une augmentation des rythmes et des rotations de travail, et par extension des maladies musculosquelettiques et des troubles liés au travail. De plus, la protection sociale publique en Italie s'amenuise par manque de personnel, de même que celle des syndicats, ceux-ci se préoccupant davantage de trouver des solutions relatives à la pénurie d'emplois.

## Remerciements

Dr. Angela Goggiamani, département général de médecine, INAIL (Rome) et Dr. Andrea Bucciarelli, consultant en statistiques, INAIL (Rome).

## Références

- Chappert F. (2014) Dossier Genre et conditions de travail, Lyon, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.
- Marmot M. *et al.* (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization.
- Habib R. et Messing K. (2012) Gender, women's work and ergonomics, *Ergonomics*, 55 (2), 129-132.
- Lippel K. (2003) Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec: systemic discrimination against women workers?, *International Journal of Health Services*, 33 (2), 253-281.
- Merler E., Bressan V., Bilato A.M. et 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 e Prevenzione*, 35 (5-6), 331-338.
- Messing K. (1999) Comprendre le travail des femmes pour le transformer, Bruxelles, Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité.
- Messing K. et Östlin P. (2006) Gender equality, work and health: a review of the evidence, Geneva, World Health Organization.
- 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. et Salerno S. (2013) Reconnaissance des maladies professionnelles des femmes : les apports de l'ergonomie, 48ème Congrès international de la Société d'Ergonomie de Langue française (Self), Paris, 28-30 août 2013.
- Salerno S. (2014) Riconoscimento delle malattie muscolo-scheletriche da lavoro in Italia: esiste una disuguaglianza per il genere femminile?, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 36 (4, Suppl.), 83.
- Tieves D. (2011) Women and occupational diseases in the EU, Brussels, ETUI.
- Vogel L. (2011) Femmes et maladies professionnelles : le cas de la Belgique, Bruxelles, ETUI.