
Femmes et maladies professionnelles. Le cas de la Belgique

—
Laurent Vogel,
Directeur du département Conditions de travail, Santé et Sécurité de l'ETUI

Rapport 122

Le présent rapport a été rédigé dans le cadre d'une convention entre le Conseil de l'égalité des chances entre hommes et femmes (Belgique) et l'Institut syndical européen.

Conseil de l'Égalité des Chances
entre Hommes et Femmes



Raad van de Gelijke Kansen
voor Mannen en Vrouwen

Organe consultatif fédéral visant à réaliser l'égalité de fait entre les hommes et les femmes et à éliminer les discriminations de genre directes et indirectes. www.conseildelegalite.be

© European Trade Union Institute, aisbl, 2011
ISBN 978-2-87452-240-6

Sommaire

Avant-propos	5
Introduction	7
Section 1 – Le cadre juridique et institutionnel de la déclaration, de la reconnaissance et de la prévention des maladies professionnelles en Belgique	9
Évolution historique au XIX ^e siècle: du vide législatif à la protection-exclusion des femmes et des enfants	9
Évolution historique: XX ^e siècle – affirmation progressive d'un droit formulé dans un langage de neutralité de genre	10
Situation présente: les principaux acteurs pour la prévention et les autres acteurs concernés	12
Le cadre de la déclaration et de la reconnaissance des maladies professionnelles	14
Le cadre communautaire des maladies professionnelles	20
Section 2 – Pour une lecture en termes de genre des données relatives aux maladies professionnelles	25
Difficultés et limites	25
La déclaration des maladies professionnelles	27
Les premières demandes en indemnités	29
Les décisions du Fonds concernant les premières demandes d'indemnisation	31
L'indemnisation globale des incapacités permanentes	32
Les droits dérivés : rente en tant que conjointe	36
Les décisions positives du Fonds amiante	37
Section 3 – Confrontation entre les données concernant les maladies professionnelles et l'étude des conditions de travail	41
L'enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS)	43
Quelques données de base de l' EWCS concernant le travail des femmes en Belgique	43

Section 4 – Recommandations de recherche	51
Impact à long et moyen termes des maladies professionnelles (et des accidents du travail) sur l'emploi.....	51
Cancer et travail : un champ peu exploré de la recherche sur les conditions de travail en Belgique.....	52
Analyse juridique et sociologique des processus de reconnaissance des maladies professionnelles	54
Approfondissement des connaissances sur l'impact des conditions de travail concernant la santé des femmes.....	55
Section 5 – Quelques recommandations politiques	57
Pour une évaluation et une réforme du système actuel de reconnaissance des maladies professionnelles	57
Pour une activation du lien entre la reconnaissance des maladies professionnelles et la prévention.....	58
La mixité : un objectif de la politique de santé et sécurité au travail	59
Conclusions	61
Bibliographie	63
Liste des tableaux	67
Annexe 1 – Liste des maladies professionnelles reconnues (situation en janvier 2010).....	69
Annexe 2 – Groupes de pathologies dans les statistiques du FMP	74
Annexe 3 – Recommandations	75

Avant-propos

Hedwige Peemans-Poullet

Présidente de la Commission "Genre et Santé" du Conseil de l'égalité des chances entre les hommes et les femmes

Laurent Vogel

Directeur du département Conditions de travail, Santé et Sécurité de l'Institut syndical européen (ETUI)

L'indemnisation des maladies professionnelles joue un rôle important. Au niveau individuel, elle constitue une intervention de la sécurité sociale qui garantit un certain niveau de revenus aux victimes de ces maladies. Au niveau collectif, elle donne une visibilité particulière à certains problèmes de santé au travail et, par là même, elle contribue à sensibiliser les différents acteurs des politiques de prévention.

En Belgique, comme dans la plupart des pays industrialisés, ce système d'indemnisation a été mis en place par étapes successives. La première législation remonte à 1927. Bien que le système ait évolué de façon considérable en un peu plus de 80 ans, aucune analyse d'ensemble n'a jamais été effectuée en ce qui concerne la situation respective des femmes et des hommes.

Le présent rapport est issu d'une coopération entre le Conseil de l'égalité des chances entre hommes et femmes en Belgique et l'Institut syndical européen. Il présente un premier état des lieux basé principalement sur les statistiques du Fonds des maladies professionnelles et les résultats d'enquêtes sur les conditions de travail en Belgique ou, lorsque les données manquaient, dans des pays voisins.

Pour le Conseil de l'égalité des chances entre hommes et femmes, il était important de procéder à une analyse critique des données statistiques de manière à identifier les problèmes spécifiques qui pourraient être liés à une inégalité de traitement entre les hommes et les femmes. Cette préoccupation du Conseil s'inscrit dans la continuité d'un avis adopté le 26 juin 2001 et qui portait sur l'impact des conditions de travail dans le domaine du genre et de la santé.

Pour l'Institut syndical européen, la recherche dont ce rapport rend compte s'intègre dans un ensemble d'activités destinées à renforcer le lien entre les politiques de santé au travail et les politiques de l'égalité.

Les deux organisations sont convaincues de la nécessité d'un débat sur ces questions tant en Belgique que dans l'Union européenne. Elles espèrent ainsi contribuer à la sensibilisation des nombreux acteurs qui interviennent dans le constat, la reconnaissance, l'indemnisation et la prévention des maladies causées par le travail.

Introduction

La littérature internationale dans le domaine de la santé publique souligne la très faible visibilité des maladies causées par de mauvaises conditions de travail et un manque de prévention dans les entreprises¹. La majorité de ces atteintes à la santé restent ignorées par la plupart des systèmes de déclaration et d'indemnisation des maladies professionnelles.

Dès les années 80, différents auteurs ont décrit le fonctionnement de ces systèmes comme un ensemble de filtres². Ces filtres peuvent être de différentes natures : conceptuels dans la définition même de ce qu'est une pathologie causée par le travail, institutionnels et législatifs, sociaux et culturels.

L'effet combiné de ces filtres n'est pas purement quantitatif. Il ne se limite pas à une sous-évaluation globale de l'impact négatif des conditions de travail et d'emploi sur la santé. Il y a aussi des effets qualitatifs importants. Les informations produisent des biais. Les données disponibles ne sont pas représentatives, en format réduit, de la réalité d'ensemble. Elles sont également très sélectives. Certaines pathologies sont réduites à une invisibilité majeure par rapport à d'autres : c'est tout particulièrement le cas des cancers et des problèmes de santé mentale. Certains groupes sociaux sont également plus frappés par l'occultation du rapport entre travail et santé : travailleurs sous contrat précaire, travailleurs migrants, etc. Depuis une vingtaine d'années, différent(e)s auteur(e)s ont souligné que la dimension de genre est omniprésente dans le filtrage des maladies causées par le travail³.

Une telle situation contribue à un cercle vicieux : il y a moins de prévention dans des secteurs fortement féminisés, entraînant par là une moindre attention aux problèmes de santé qui y apparaissent en lien avec le travail et renforçant les stéréotypes suivant lesquels le travail des femmes serait moins dangereux pour la santé.

Ce rapport se présente comme une étude exploratoire. Il examine et analyse les données disponibles en se concentrant sur deux sources principales : les données statistiques du Fonds des maladies professionnelles et les données

-
1. Une des études d'un caractère pionnier et portant sur les États-Unis est Landrigan et Markowitz (1989).
 2. Voir, notamment, Webb *et al.* (1989) ; Azaroff *et al.* (2002).
 3. Voir notamment : Dembe (1996), Messing (2000), Vogel (2003), Probst (2009), Tieves (2011).

concernant les conditions de travail en Belgique issues de l'enquête européenne sur les conditions de travail menée par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (ci-après dénommée Fondation de Dublin).

Il présente par ailleurs des données provenant d'autres pays de l'Union européenne de manière à compléter les informations limitées des sources disponibles en Belgique. Le recours à des sources statistiques non belges poursuit un double objectif. D'une part, il permet de procéder à une analyse comparative. D'autre part, lorsque les données sont inexistantes en Belgique, d'autres sources aident à formuler des problématiques. Ce recours part de l'hypothèse que, en dépit de différences réelles dans les conditions de travail et dans les modalités concrètes de la ségrégation dans le travail, les données d'autres pays européens permettent de formuler des questions pertinentes pour la Belgique.

Ce rapport contient les sections suivantes :

- la section 1 passe en revue de façon succincte le cadre juridique de la reconnaissance des maladies professionnelles et de leur prévention en Belgique. Il ne prétend pas procéder à une analyse détaillée et originale. Son objectif se limite à indiquer des repères qui permettront une meilleure compréhension des sections suivantes du rapport ;
- la section 2 résume les données statistiques du Fonds des maladies professionnelles qui nous ont paru les plus pertinentes en vue de mener une analyse de genre ;
- la section 3 donne des éléments d'évaluation relatifs au décalage entre la reconnaissance et l'indemnisation des maladies professionnelles des femmes, d'une part, et l'état de leur santé au travail. Il se base principalement sur les données statistiques de l'enquête européenne sur les conditions de travail organisée par la Fondation de Dublin et utilise à titre complémentaire quelques données de pays voisins ;
- la section 4 formule des recommandations visant à approfondir la recherche sur l'analyse de genre de l'impact de la santé sur le travail des femmes en Belgique ;
- la section 5 formule des recommandations politiques.

Certaines propositions des sections 4 et 5 sont reprises de façon plus détaillée sous forme de fiches dans l'annexe 3 de manière à faciliter leur discussion par les institutions concernées.

Je tiens à remercier :

- Marianne De Troyer (ETUI) qui a contribué à la version finale de ce rapport et a rédigé les fiches de l'annexe 3 ;
- Anne Kirsch et Karim Wilmotte du Fonds des maladies professionnelles qui ont bien voulu répondre à mes questions et m'ont fourni différentes données statistiques ;
- Daniela Tieves qui a mené au sein de l'Institut syndical européen un projet de recherche sur les femmes et les maladies professionnelles dans différents pays d'Europe.

Section 1

Le cadre juridique et institutionnel de la déclaration, de la reconnaissance et de la prévention des maladies professionnelles en Belgique

L'objectif de cette section se limite à indiquer les principaux repères qui permettent une meilleure compréhension du contenu du rapport.

Évolution historique au XIX^e siècle : du vide législatif à la protection-exclusion des femmes et des enfants

L'impact négatif du travail sur la santé a été reconnu comme une question majeure dès le début de la révolution industrielle. L'exploitation intensive des premières générations de travailleurs de la révolution industrielle a eu des conséquences catastrophiques sur la santé humaine. Les récits, les enquêtes, les témoignages du XIX^e siècle concordent pour décrire les ouvriers comme des êtres que l'on reconnaît immédiatement par les atteintes à leur intégrité physique que provoque le travail. Teint blême, taille réduite des enfants, respiration difficile des mineurs et d'autres ouvriers exposés à des risques respiratoires, nombre élevé de mutilés, etc. Les rapports sociaux marquent de leur empreinte les corps, la réalité biologique. La situation des femmes a été abondamment décrite dans les enquêtes du XIX^e sur les conditions de travail même si certaines activités sont restées dans l'ombre : on dispose de données beaucoup plus précises pour les ouvrières que pour les domestiques. En Belgique, à la demande du ministre de l'Intérieur, Jean-Baptiste Nothomb, une Commission est créée en 1843. Sous la direction d'Édouard Ducpétiaux, inspecteur général des prisons et des établissements de bienfaisance, elle mène une importante enquête sur les "conditions des classes ouvrières et sur le travail des enfants". Ses travaux sont publiés en 1846 et 1848. La Commission élabore une proposition de loi sur la police des manufactures, fabriques et usines, et sur le travail des enfants. Elle compte 25 articles, dont l'un limite le temps de travail effectif des adultes à 12 heures et 30 minutes par jour. Elle propose également d'interdire le travail des enfants de moins de dix ans dans l'industrie, de limiter à 6 heures et 30 minutes la durée du travail quotidien pour les jeunes de 10 à 14 ans, et à 10 heures et 30 minutes celle des jeunes travailleurs entre 14 et 18 ans.

Il n'y a pas eu de suite législative aux travaux de la Commission de 1843. Les quelques projets gouvernementaux concernant le travail des femmes et des enfants seront tous rejetés par le Parlement. La question ouvrière sera l'objet de rapports dramatiques rédigés par différentes commissions qui ne parviendront pas à modifier la volonté du législateur de ne pas intervenir dans le domaine social.

La Belgique a été le dernier pays d'Europe occidentale à mettre en place une législation spécifique concernant les conditions de travail. Jusqu'à l'explosion sociale de 1886, les règles juridiques étaient principalement des règles de police destinées à imposer la discipline du travail et à réprimer les formes d'action collective du mouvement ouvrier (livret de travail, répression du vagabondage, interdiction des coalitions, etc.). L'appareil coercitif de l'État était mis au service de la constitution d'un marché du travail salarié. Entre 1831 et 1887, toutes les tentatives de réglementer, ne fût-ce que le travail des enfants, s'étaient heurtées à un double refus des courants catholiques et libéraux alors que dans la plupart des autres pays d'Europe, des législations avaient déjà été adoptées dans ces matières.

Après l'explosion sociale de 1886⁴, une législation fut mise en place. Elle articulait des dispositions répressives contre les grèves avec la mise en place des premiers éléments d'un droit du travail.

Un des éléments les plus importants de cette première étape législative est la loi du 31 décembre 1889 concernant le travail des enfants et des femmes. L'approche générale de cette législation est comparable à celle suivie à l'époque par l'ensemble des pays industrialisés. Les femmes sont mises sous la tutelle du législateur et exclues d'un certain nombre de situations de travail. Cette approche qui combine protection et discrimination ne considère pas la prévention des mauvaises conditions de travail comme une priorité. La loi de 1889 prévoit l'interdiction du travail industriel pour tous les enfants de moins de douze ans. Elle limite la durée quotidienne du travail à douze heures (avec une heure et demie de repos au moins) pour les garçons de 12 à 16 ans et les filles de 12 à 21 ans. Elle interdit d'occuper les femmes de moins de 21 ans aux travaux souterrains dans les mines. Cette loi interdit également d'occuper les femmes pendant les quatre semaines qui suivent leur accouchement, mais l'absence de toute garantie de rémunération sanctionne lourdement les femmes qui entendent faire respecter ce droit.

Une des conséquences pratiques de la loi du 31 décembre 1889 a été également la création, en 1891, d'un corps d'inspecteurs du travail qui fusionnera en 1894 avec l'inspection des établissements classés.

Évolution historique : XX^e siècle – affirmation progressive d'un droit formulé dans un langage de neutralité de genre

Il n'entre pas dans notre propos de décrire l'évolution du cadre législatif de la prévention. Du point de vue de l'égalité de genre, il est passé d'un ensemble

4. En mars 1886, un mouvement de révolte ouvrière éclate à Liège, se propage à l'ensemble des bassins industriels et tourne à l'émeute à Charleroi. Pillages et saccages sont sévèrement réprimés (14 tués et de nombreux blessés). Ce mouvement de désespoir et la crainte qu'il a suscité ont enclenché un certain nombre de réformes sur le plan politique et social.

de règles qui considéraient les femmes comme une catégorie spécifique dans une approche combinant protection et discrimination à des règles formulées de façon neutre du point de vue du genre et tendant à ignorer les interactions entre les inégalités de genre et la santé au travail. Les seules règles spécifiques à la situation des femmes concernent la maternité (accouchement, allaitement).

Le cadre législatif concernant la prévention a évolué de manière considérable depuis 1889. Il a mis en place des institutions et des acteurs spécifiques comme les comités pour la prévention et la protection au travail (anciennement, comités de sécurité et hygiène) et les services de prévention. Ce cadre législatif reste largement à l'écart de l'objectif de l'égalité entre les hommes et les femmes. L'articulation entre le droit de l'égalité et celui de la santé au travail est pratiquement inexistante. Un immense potentiel est négligé. Sa prise en compte permettrait, à notre avis, aux dispositifs juridiques d'être beaucoup plus efficaces tant en ce qui concerne l'égalité que la santé.

L'adoption d'un langage neutre du point de vue du genre est parfaitement compatible avec des discriminations indirectes. L'exemple le plus flagrant constitue l'exclusion des "travailleurs domestiques" (dans leur grande majorité, des travailleuses domestiques) du champ d'application de la loi sur le bien-être au travail (1996) et de ses arrêtés d'exécution. De même, l'absence de règles spécifiques concernant la prévention des risques reproductifs peut favoriser des discriminations indirectes. Plutôt que de prévenir ces risques, les employeurs peuvent avoir intérêt à recourir à du personnel masculin dans la mesure où des obligations spécifiques ne surgissent que lorsque des travailleuses sont enceintes.

La mise en place de systèmes d'indemnisation des risques professionnels s'est faite en plusieurs étapes et dans des conditions similaires à celles des autres pays d'Europe occidentale. Elle a commencé par l'adoption de la première loi sur les accidents du travail (loi du 24 décembre 1903). Elle s'est développée après la Première Guerre mondiale par la prise en compte d'un très petit nombre de maladies professionnelles (loi du 24 juillet 1927). L'indemnisation des accidents du travail est organisée dans le cadre d'un système d'assurances privées, encadré par le Fonds des accidents du travail, tandis que l'indemnisation des maladies professionnelles se fait dans le cadre d'une branche spécifique de la sécurité sociale. Le Fonds des maladies professionnelles (FMP) est l'institution centrale de ce système. Il remplit un ensemble de missions qui vont de l'indemnisation à la prévention et comprennent aussi des activités d'information, de recherche et de sensibilisation. Les organisations syndicales et patronales sont représentées dans les organes de gestion du FMP.

Une des particularités du système juridique belge est qu'il assure une immunité presque totale aux employeurs sur le plan de la responsabilité civile lorsque l'absence de prévention est à l'origine d'accidents du travail et de maladies⁵. Cette situation est aggravée par la faiblesse des poursuites pénales. Si l'on excepte les cas d'accidents graves et mortels, il est tout à fait exceptionnel qu'un employeur qui ne remplit pas ses obligations de prévention soit poursuivi pénalement. L'impossibilité pratique de remettre en cause la responsabilité civile de l'employeur, même lorsque celui-ci avait commis des fautes graves dans le domaine de la prévention, a été un des éléments qui a poussé le législateur à créer le Fonds amiante (AFA) par la loi du 27 décembre 2006.

Malheureusement, la création d'un fonds spécifique pour une partie des maladies causées par l'amiante⁶ n'a pas été accompagnée par une réflexion plus générale sur l'état du droit et le fait que les règles en matière de responsabilité civile constituent aujourd'hui un obstacle à la prévention.

Situation présente : les principaux acteurs pour la prévention et les autres acteurs concernés

On distingue deux cercles d'acteurs. **Dans l'entreprise**, la législation sur le bien-être au travail formule des règles précises en ce qui concerne les obligations de prévention des employeurs, les travailleurs, leurs représentants (en particulier, le rôle des comités de prévention et de protection au travail, CPPT⁷) et les services de prévention internes et externes.

Des règles moins systématiques concernent les situations de coactivité ou les situations de sous-traitance. En général, elles ne sont formulées que par rapport à des situations de sous-traitance où une entreprise extérieure (ou des indépendants) intervient sur les lieux de travail d'une autre entreprise. Une application plus rigoureuse des règles existantes permettrait vraisemblablement d'améliorer les conditions de prévention dans des secteurs où la sous-traitance est très systématique comme le nettoyage⁸.

-
5. La création du Fonds amiante étend encore l'immunité dont bénéficient les entreprises qui ont exposé à l'amiante des personnes autres que leurs travailleurs salariés. Pour bénéficier des indemnités du Fonds amiante, les victimes doivent renoncer à demander des dommages et intérêts sur la base du droit commun de la responsabilité civile. Il semble que cette disposition a permis à des entreprises comme Eternit de réaliser des économies substantielles : sa contribution au Fonds amiante est inférieure au dispositif d'indemnisation qu'elle avait mis en place antérieurement (Molitor, 2010).
 6. La maladie la plus fréquente liée à une exposition à l'amiante est le cancer du poumon. Il n'est pas pris en charge par le Fonds amiante.
 7. En Belgique, les entreprises qui occupent au moins 50 travailleurs doivent disposer d'un tel comité qui est formé paritairement par des représentants de l'employeur et des représentants des travailleurs élus sur des listes présentées par les organisations syndicales.
 8. Sur les conditions de travail dans le secteur du nettoyage et leur impact sur la santé, voir *HesaMag* n° 2, 2^e semestre 2010, <http://www.etui.org/fr/Themes/Sante-et-securite/HesaMag>

À l'extérieur des entreprises, la réforme intervenue à partir de 1996⁹ n'a pas apporté de modifications très importantes. Un ensemble de fonctions essentielles sont assurées par des autorités publiques (inspection du travail, SPF travail et emploi, institutions judiciaires, etc.) dans des domaines très variés : régulation, inspection, sanction, socialisation, recherche, information, etc. Contrairement à la plupart des pays européens et du reste du monde, la Belgique ne dispose pas d'un institut public chargé de la recherche dans le domaine de la santé au travail. En règle générale, les sources d'information disponibles dépendent largement des systèmes d'indemnisation des risques professionnels. Cela limite énormément la production de connaissances et l'identification des priorités pour les politiques de prévention.

L'inspection constitue un des éléments les plus faibles du dispositif de prévention. Il y a moins de 200 inspecteurs dans les services de contrôle du bien-être au travail. En 2009, chaque inspecteur avait, en moyenne, 1.877 entreprises à contrôler avec un total de plus de 26.000 travailleurs¹⁰. L'Organisation internationale du travail recommande pour les pays industrialisés un ratio d'au moins un inspecteur pour 10.000 travailleurs.

Une stratégie nationale en matière de bien-être au travail a été adoptée pour la période 2008-2012. Cette stratégie ne comporte pas d'analyse de genre de la situation et ne définit pas d'objectifs spécifiques qui lieraient la santé au travail aux politiques de l'égalité.

Le Fonds des maladies professionnelles (FMP), outre sa mission fondamentale liée à l'indemnisation des maladies professionnelles, est également chargé de missions préventives. Dans la pratique, ces missions préventives s'exercent principalement dans trois domaines : l'écartement des travailleuses enceintes¹¹, la prévention des hépatites (la prévention se limite ici à des mesures de vaccination) et la prévention des affections dorsales. Le FMP a succédé à un système d'assurances privées mis en place en 1927 et reconduit au lendemain de la deuxième guerre mondiale lors de la création de la sécurité sociale. Les assurances ne voulaient pas perdre le marché lucratif de l'assurance des risques professionnels. En 1963, en raison de la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle, la sécurité sociale a pris en charge l'assurance contre les maladies professionnelles tout en maintenant la branche plus lucrative des accidents du travail dans un système d'assurances privées.

9. Sous l'influence des directives communautaires, le cadre législatif de la santé au travail a été réformé dans les années '90. L'élément central de cette réforme est la loi sur le bien-être au travail du 4 août 1996.

10. *Rapport annuel 2009 de la Direction générale du contrôle du bien-être au travail*, octobre 2010.

11. Un changement législatif a confié cette tâche à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) à partir du premier janvier 2010.

L'implication du système des relations paritaires (Conseil national du travail¹², commissions paritaires, participation des organisations syndicales et patronales à de très nombreuses instances) est réelle même si la cohérence d'ensemble de cette intervention peut susciter des interrogations.

L'implication des acteurs de la santé publique est très limitée. Tout se passe comme si la santé au travail restait une enclave régie par des règles spécifiques et où agissent des acteurs particuliers. Le rôle des médecins, autres que les médecins du travail, dans la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles mériterait d'être stimulé. Cela impliquerait que les questions de santé au travail soient intégrées dans la formation de l'ensemble des médecins. La plupart des campagnes de santé publique ignorent largement l'impact des conditions de travail sur la santé. Le rôle des mutuelles en ce qui concerne la santé au travail est des plus limités. Les informations qu'elles mettent à la disposition de leurs membres n'abordent que rarement les questions de santé au travail. Elles privilégient une vision individuelle de la prévention. Les médecins-conseils des mutuelles ne bénéficient d'aucune formation en santé au travail et ils ne fournissent guère d'informations permettant aux patients d'identifier les causes de maladie liées aux risques du travail.

Les institutions chargées de l'égalité et celles chargées de la santé au travail semblent souvent s'enfermer dans une ignorance mutuelle. Il y a néanmoins les données contenues dans les rapports des services de prévention, lesquelles malheureusement ne font pas l'objet d'une exploitation statistique systématique.

Le cadre de la déclaration et de la reconnaissance des maladies professionnelles

Le dispositif central du cadre législatif en vigueur est la loi du 24 décembre 1963 sur les maladies professionnelles. Cette loi a été modifiée à différentes reprises. Elle a fait l'objet d'une coordination par un arrêté royal du 3 juin 1970. D'autres modifications ont été adoptées ultérieurement. La plus importante d'entre elles, par rapport à l'objet de ce rapport, a été l'introduction de l'article 30bis par la loi du 29 décembre 1990. Il s'agit de l'introduction de ce qu'on appelle "un système ouvert", où toute pathologie pourrait éventuellement être reconnue comme une maladie professionnelle pour autant que la victime (ou ses ayants droit) apporte la preuve qu'elle trouve une cause déterminante et directe dans l'exercice de la profession. Ce système ouvert complète le système liste mis en place dès 1927 qui reprend un nombre déterminé de pathologies causées par des activités professionnelles. Dans certains cas, l'inclusion d'une pathologie dans le système liste a été limitée à certains secteurs d'activités ; le cas le plus choquant est certainement constitué par les "maladies dues au surmenage des

12. Il s'agit d'un organe paritaire national et interprofessionnel compétent dans les matières sociales. Le CNT a principalement deux compétences : il adopte les conventions collectives inter-professionnelles et adresse des avis au Gouvernement ou au Parlement, soit d'initiative, soit à la demande de ces autorités. Ces avis ou propositions peuvent porter sur l'ensemble des problèmes sociaux intéressant les employeurs et les travailleurs.

gaines tendineuses, du tissu péritendineux, des insertions musculaires et tendineuses". Dans le système liste, ces maladies ne sont reconnues que pour les artistes du spectacle. Elles sont cependant fréquentes parmi les travailleuses exposées à des gestes répétitifs quel que soit leur secteur d'activité.

La loi ne définit pas ce qu'est une maladie professionnelle. Elle se limite à un renvoi aux compétences réglementaires : "Le Roi dresse la liste des maladies professionnelles, dont les dommages donnent lieu à réparation." L'absence de critère précis ne permet pas de contester la légalité des arrêtés royaux qui auraient procédé à une définition trop limitative des conditions dans lesquelles une pathologie déterminée serait reconnue.

Dans les faits, l'exercice de ces compétences réglementaires est lié aux délibérations du comité de gestion du FMP. On assiste ainsi à une sorte de délégation de compétence en cascade. La plupart des textes réglementaires sont formulés dans des termes assez généraux et parfois imprécis. Dans la plupart des cas, le FMP adopte des critères d'interprétation qui peuvent être très restrictifs.

La liste des maladies professionnelles a été établie par l'arrêté royal du 28 mars 1969 qui a été modifié à de nombreuses reprises. Dans la majorité des cas, la réglementation ne définit pas la pathologie, mais désigne son agent causal. Dans certains cas, elle prévoit l'indemnisation de certaines pathologies spécifiques provoquées par un agent déterminé (par exemple, le cancer du poumon provoqué par l'amiante, les maladies ostéo-articulaires des membres supérieurs provoquées par des vibrations mécaniques, etc.). Actuellement, la liste contient de l'ordre de 150 rubriques. L'annexe 1 reprend l'ensemble de la liste.

Dans un nombre limité de cas, la législation crée une présomption d'exposition à certains risques dans des industries ou des professions déterminées. L'article 32 de la loi du 24 décembre 1963 prévoit que de telles présomptions peuvent être établies tant pour les maladies de la liste que pour le système ouvert. Dans la pratique, les textes réglementaires ne se réfèrent qu'aux maladies de la liste. Le texte actuellement en vigueur est l'arrêté royal du 6 février 2007. En matière de cancer, cet arrêté royal est très lacunaire. Par exemple, le fait d'avoir travaillé dans une fabrique de matériaux en fibrociment crée une présomption d'exposition à l'amiante pour le mésothéliome, mais pas pour le cancer du poumon. Aucune présomption d'exposition n'est formulée en matière de troubles musculosquelettiques en dehors de l'hypothèse d'une exposition aux vibrations mécaniques.

Le système mis en place reste partiellement tributaire de conceptions médicales qui se sont développées au XIX^e siècle dans l'étude des maladies contagieuses. De façon générale, l'inclusion d'une pathologie dans le système liste est facilitée par l'identification d'un agent causal débouchant sur une ou plusieurs pathologies relativement spécifiques.

Une telle approche a plusieurs conséquences :

- elle privilégie la prise en compte de facteurs matériels, souvent mesurables, dans les conditions de travail comme des agents chimiques, physiques ou biologiques ;

- elle rend moins facile la prise en compte d'éléments immatériels liés à l'organisation du travail comme le travail répétitif, le travail de nuit, l'intensité du travail ou les atteintes à la dignité ;
- elle rend moins facile la prise en compte des maladies dont l'étiologie est multifactorielle. Les très mauvaises performances du système en matière de reconnaissance des cancers liés au travail témoignent de cette situation ;
- elle rend extrêmement difficile la reconnaissance de maladies psychiques liées au travail. Les premiers projets concernant la loi sur le harcèlement et la violence abordaient la question de la reconnaissance éventuelle de maladies professionnelles liées à ces phénomènes. La loi du 11 juin 2002, de même que la loi du 10 janvier 2007 qui la modifie, a abandonné cette approche.

L'inclusion de nouvelles maladies professionnelles dans la liste est un processus lent. Lorsque des enjeux financiers importants apparaissent, la Belgique est généralement en retard par rapport à de nombreux autres pays industrialisés. Le cas de la silicose est assez connu : elle n'a été reconnue comme maladie professionnelle en Belgique qu'à partir de 1963 alors que dans la plupart des pays industrialisés où il existait une industrie minière, elle l'était déjà avant la Deuxième Guerre mondiale¹³. Le mésothéliome causé par l'amiante n'est entré dans la liste belge qu'en 1982 contre 1966 pour le Royaume-Uni, 1976 pour la France, 1977 pour l'Allemagne.

En 2006, le législateur a introduit une nouvelle notion : celle de maladie en relation avec le travail¹⁴ qui, sans être une maladie professionnelle, pourrait quand même bien le devenir à défaut de prévention adéquate. Il s'agissait d'une invention terminologique destinée à empêcher la reconnaissance de lombalgies comme maladies professionnelles... tout en proposant de faire financer par le Fonds certaines mesures de prévention. Le texte de l'art. 62 bis – §1 traduit un certain embarras terminologique.

Il stipule :

"Le Fonds peut contribuer à la prévention des maladies professionnelles en finançant des mesures au bénéfice de personnes victimes d'une maladie en relation avec le travail.

Les maladies en relation avec le travail sont des maladies, non visées aux articles 30 et 30bis, qui, selon les connaissances médicales généralement admises, peuvent trouver leur cause partielle dans une exposition à une influence nocive, inhérente à l'activité professionnelle et supérieure à celle subie par la population en général, sans que cette exposition, dans des groupes de personnes exposées, constitue la cause prépondérante de la maladie."¹⁵

13. Voir Geerkens (2009).

14. Loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et de réinsertion professionnelle, *Moniteur belge*, 1^{er} septembre 2006.

15. Cette disposition n'a pas suscité de longs débats parlementaires. Le représentant du parti indépendantiste flamand Vlaams Belang, M. Guy D'haeseleer, a exprimé sa satisfaction pour le fait que "le gouvernement et les partenaires sociaux n'aient pas voulu aller trop vite en besogne dans un dossier aussi technique".

L'intervention du ministre du Travail lors du débat parlementaire sur l'adoption de cette loi n'aide pas à l'analyse de ce nouveau concept : "Une maladie en relation avec le travail se rencontre dans la population générale, c'est-à-dire la population qui n'est pas exposée dans le cadre d'une activité professionnelle. Les influences nocives découlant de l'exposition professionnelle n'entraînent qu'une faible augmentation de la maladie. L'exposition au risque professionnel n'est donc pas la cause principale de la maladie, mais un des facteurs possibles d'aggravation." Chacun des trois critères formulés par le ministre est contestable. Le premier n'a aucun sens : il n'existe pas de maladie professionnelle qui ne se rencontre pas également dans la "population générale". C'est d'autant plus vrai pour les femmes qui passent une partie importante de leur temps à travailler en dehors de l'exercice de leur activité professionnelle. L'articulation entre les deux critères suivants est dépourvue de tout lien logique. Le critère statistique ("faible augmentation") ne prouve rien en ce qui concerne la causalité. Une infirmière peut être contaminée par le virus de l'hépatite dans son travail (lien de causalité) même si cette situation ne contribue que faiblement à l'augmentation de la maladie dans la population générale. Le ministre conclut : "En pratique, c'est le Comité de gestion du Fonds des maladies professionnelles qui sera chargé de proposer les maladies en relation avec le travail et de définir les populations à risque."¹⁶ Ces critères peuvent contribuer à empêcher la reconnaissance de maladies professionnelles lorsque celles-ci peuvent apparaître à la fois dans le travail domestique non rémunéré et le travail rémunéré des femmes.

La législation distingue clairement deux situations : la déclaration des maladies professionnelles et les demandes d'indemnisation.

Déclaration des maladies professionnelles

La déclaration des maladies professionnelles constitue une obligation de la part des médecins du travail qui ont constaté une maladie ou en ont été informés par un autre médecin en fonction de quatre critères :

- maladie reprise dans la liste ;
- maladie non reprise dans la liste belge, mais qui figure sur une des deux listes de la recommandation de l'Union européenne ;
- maladie dont l'origine professionnelle est établie ou même simplement soupçonnée ;
- en cas de prédisposition à une de ces maladies¹⁷ ou des premiers symptômes d'une de ces maladies chaque fois que cette constatation pourrait affecter la stabilité de l'emploi ou le salaire de la personne affectée.

16. Chambre des représentants, 4^e session de la législature 2005-2006, doc 51, 1334/004, 1^{er} juin 2006.

17. La déclaration d'une prédisposition subsiste dans la réglementation. Elle entre cependant en contradiction avec la loi du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail. Quoi qu'il en soit, cette disposition n'est pas plus appliquée que les autres : même les cancers au stade terminal ne font pas l'objet d'une déclaration dans la plupart des cas !

L'obligation de déclarer les maladies professionnelles s'applique également à la fonction publique.

L'obligation des médecins du travail est formulée par l'art. 61 de la loi sur les maladies professionnelles. Elle est reprise par l'AR du 28 mai 2003 sur la surveillance de la santé. Dans la pratique, cette obligation est très peu respectée par les services de prévention. Il s'agit d'un problème important et récurrent qui fait obstacle à une articulation entre la prévention et l'indemnisation.

L'absence de déclaration a aussi des conséquences négatives pour les personnes atteintes d'une maladie professionnelle. Elle constitue un frein aux demandes d'indemnisation. En effet, lorsque le FMP reçoit une déclaration d'un médecin du travail, il invite le travailleur concerné à introduire une demande en indemnisation. Si le travailleur introduit cette demande dans un délai de 120 jours suivant la date de l'invitation adressée par le FMP, la date de la déclaration du médecin du travail sert de base pour le calcul des indemnités.

Demandes d'indemnisation

Différentes situations peuvent déboucher sur des demandes d'indemnisation. La législation utilise le terme "réparation" pour désigner l'intervention financière du Fonds des maladies professionnelles. C'est une terminologie assez ancienne qui témoigne d'une sorte de marchandisation de la vie et de la santé. L'argent ne répare rien, il indemnise la victime ou ses ayants droit et permet, en cas de perte de revenus, de disposer de ressources alternatives.

Sans entrer dans les détails, les demandes d'indemnisation peuvent être liées principalement à trois situations :

- une incapacité de travail temporaire ;
- une incapacité de travail permanente ;
- un décès.

Nous concentrerons notre analyse sur les demandes liées aux **incapacités de travail permanentes** qui sont, de loin, les plus nombreuses et qui représentent l'enjeu financier le plus important.

En 2009, sur un total de presque 330 millions d'euros de dépenses d'assurance de la part du FMP, les dépenses liées à la reconnaissance d'une maladie professionnelle ayant causé une incapacité permanente représentaient presque 188 millions (56,9 %). Celles qui étaient liées à une incapacité temporaire ne représentaient qu'un montant de l'ordre de 5 millions (1,5 %). Les dépenses liées à des décès étaient de l'ordre de 62 millions (18,7 %). La plupart de ces décès intervenaient comme conséquences d'une maladie déjà reconnue ayant entraîné une incapacité permanente. Un peu plus de 68 millions (20,6 %) étaient dépensés dans le cadre de l'écartement préventif qui concerne principalement des femmes enceintes

et n'entre pas directement dans le cadre de l'indemnisation des maladies professionnelles¹⁸.

Le FMP ne joue qu'un rôle limité dans le domaine des soins de santé. Il se borne à rembourser le ticket modérateur¹⁹ et quelques autres dépenses qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. En 2009, les soins de santé ne représentaient qu'environ 2 % de l'ensemble des dépenses d'assurance prises en charge par le Fonds. Nous ne traiterons pas de cet aspect dans le cadre de ce rapport. La vaccination ou autres mesures préventives ne seront pas davantage abordées, ni les questions liées à des demandes en révision.

Les demandes d'indemnisation doivent être adressées par les victimes ou leurs ayants droit. Le FMP statue sur toutes les demandes. Les contestations concernant ces décisions sont de la compétence des juridictions du travail.

Il existe des règles spécifiques concernant les demandes adressées au Fonds amiante. Les différences principales par rapport au régime commun des maladies professionnelles sont les suivantes :

- une indemnisation peut être accordée aussi bien en fonction d'une exposition environnementale que d'une exposition dans le cadre du travail. Cet élargissement couvre également le travail domestique non rémunéré ;
- une indemnisation liée à une exposition professionnelle peut être accordée quel que soit le statut au travail (salariés, fonctionnaires, indépendants).

Le Fonds amiante n'établit cependant pas une égalité de traitement entre les victimes salariées et celles qui auraient été exposées dans d'autres conditions (par exemple, dans le cadre du travail domestique non rémunéré). Ce n'est que dans le cadre du FMP que les travailleurs salariés bénéficient de la gratuité totale des soins médicaux, d'une aide pour le handicap et d'une indemnité funéraire.

L'indemnisation accordée par le FMP est proportionnelle au salaire pour les incapacités temporaires. Elle est forfaitaire et déterminée par un taux d'incapacité pour les incapacités permanentes. Elle est déterminée par rapport à la perte de chance sur le marché de l'emploi et n'indemnise pas l'ensemble des dommages qui résultent d'une maladie qu'il s'agisse de la souffrance psychologique ou du dommage esthétique. Les faibles taux d'incapacité impliquent

18. Depuis le 1^{er} janvier 2010, l'écartement préventif des travailleuses enceintes n'est plus pris en charge par le FMP. Il est désormais financé par l'Inami (branche de la sécurité sociale qui prend en charge les maladies et invalidités des travailleurs salariés). Cette solution a l'avantage de supprimer la discrimination entre travailleuses enceintes suivant que l'exposition motivant leur écartement était reconnue ou pas comme pouvant causer une maladie professionnelle. Le FMP n'acceptait de prendre en charge que les expositions, pathologies et professions du système liste. Les autres cas d'écartement préventif – qui continuent à être pris en charge par le FMP – ne concernent que quelques dizaines de personnes par an (27 femmes et 59 hommes en 2009).

19. Le ticket modérateur est le montant financier qui reste à charge du patient après remboursement par la sécurité sociale du prix d'une visite médicale ou d'un acte technique dans le domaine des soins de santé.

des indemnités réduites : à la moitié si le taux est inférieur à 5 % et d'un quart lorsqu'il se situe entre 5 et 9 %²⁰. Sur l'ensemble des cas reconnus, la probabilité pour des femmes de se voir attribuer des faibles taux d'incapacité est plus élevée que pour les hommes.

Le cadre communautaire des maladies professionnelles

La nécessité d'harmoniser les systèmes de reconnaissance et de déclaration des maladies professionnelles est apparue très tôt dans la politique sociale communautaire. Le 23 juillet 1962, la Commission européenne adoptait une recommandation qui poursuivait cet objectif²¹. Elle s'adressait aux six États membres de la Communauté économique européenne.

L'importance d'un système uniforme de reconnaissance des maladies professionnelles était considérée autant comme une priorité sociale que comme un facteur évitant la distorsion de concurrence et facilitant la libre circulation des travailleurs. La situation de la Belgique suscitait vraisemblablement des inquiétudes légitimes parmi ses partenaires européens. Des dizaines de milliers de mineurs italiens, qui avaient travaillé dans les mines belges, étaient affectés par la silicose qui n'était pas encore reconnue comme une maladie professionnelle. Sous la pression des partis de gauche et du mouvement syndical, l'Italie s'appropriait à adopter la loi n° 1115 du 27 juillet 1962 pour permettre aux mineurs ayant contracté une silicose en Belgique de bénéficier des indemnités de la sécurité sociale italienne à condition qu'ils résident de nouveau en Italie. Cette loi était conçue comme une mesure transitoire jusqu'à ce que la Belgique reconnaisse la silicose comme maladie professionnelle. Par ailleurs, la recommandation communautaire de 1962 s'inspirait directement des Conventions et Recommandations de l'Organisation internationale du travail.

La recommandation du 23 juillet 1962 concernant les maladies professionnelles était centrée sur l'indemnisation. Elle était articulée entre trois dispositifs. L'annexe 1 établissait une liste uniforme européenne des maladies ou agents pouvant les provoquer. Cette liste correspondait à des maladies pour lesquelles les États membres devaient prévoir une indemnisation. Une deuxième liste (annexe 2) concernait des maladies qui devaient faire l'objet de notification de manière à permettre éventuellement leur inclusion future dans la première liste.

Parallèlement à l'établissement de ces listes ; la Commission recommandait l'ouverture des systèmes à la reconnaissance de toute maladie dont l'origine professionnelle serait suffisamment établie. C'est ce qu'on a appelé la mise en place d'un système mixte. En ce qui concerne la prévention, la recommandation de 1962 soulignait le lien entre la reconnaissance et l'attention particulière

²⁰. Ces réductions ont été introduites par la loi du 31 juillet 1984 qui prévoyait un ensemble de mesures de "redressement économique" dans un contexte de crise.

²¹. *Journal officiel des Communautés européennes*, 31 août 1962, p. 2188.

que celle-ci fait porter sur un risque. La recommandation indiquait quels seraient les développements futurs de l'intervention communautaire. D'une part, elle recommandait d'unifier les conditions d'octroi et le niveau des prestations en cas de maladie professionnelle. D'autre part, il s'agissait de développer les stratégies de prévention basées sur de meilleures connaissances médicales et scientifiques. Le système de déclaration communautaire mis en place aurait dû permettre d'établir des comparaisons entre les différents pays.

La recommandation du 23 juillet 1962 a été suivie par plusieurs autres recommandations.

- **Recommandation du 20 juillet 1966**²². L'objectif principal de cette recommandation était de supprimer les conditions limitant la reconnaissance de maladies inscrites dans la liste en fonction de critères comme des manifestations cliniques spécifiques, des activités ou travaux particuliers, une durée minimum d'exposition ou un délai maximum de prise en charge entre l'exposition au risque et le diagnostic de la maladie. La recommandation de 1966 indiquait clairement : "Compte tenu de l'état actuel des connaissances dans le domaine de la médecine du travail ainsi que des moyens d'investigation toujours plus développés mis à la disposition des experts, il est devenu nécessaire d'éliminer la plupart des conditions limitant de manière impérative le droit à indemnisation." Elle précisait que les "conditions restrictives actuelles" sont "généralement arbitraires comme le prouve d'ailleurs le fait que, lorsque pour une même maladie professionnelle, de telles conditions existent dans plusieurs législations nationales, elles n'y sont en aucune manière identiques". En vue de lever la plupart de ces conditions restrictives, la recommandation adoptait une annexe concernant les cas d'agents nocifs et de maladies professionnelles pour lesquels les conditions limitatives indiquées pouvaient être prévues. La recommandation préconisait également de supprimer l'existence de listes propres à l'agriculture. En ce qui concerne les maladies non considérées dans la liste, la recommandation rappelait la nécessité de mettre en place un système mixte. Elle préconisait que l'organisme assureur prenne d'office "toutes initiatives nécessaires à la recherche de l'origine professionnelle de la maladie". La recommandation prévoyait un système de rapports nationaux qui devaient être communiqués tous les deux ans par les États membres de manière à permettre une révision périodique de la liste européenne.
- **Recommandation du 22 mai 1990**. Elle actualisait les listes européennes pour la première fois en 28 ans alors qu'il avait été question d'une mise à jour périodique tous les deux ou trois ans. Elle ne formulait plus aucune condition limitative. Elle constatait que la grande majorité des pays communautaires n'appliquait toujours pas le système mixte, seuls le Danemark et le Luxembourg semblaient appliquer un système conforme aux indications des recommandations de 1962 et 1966. Elle contenait une exhortation finale suivant laquelle "la Commission prie les États membres de l'informer des mesures prises ou envisagées en vue de donner suite à la présente recommandation à l'issue d'une période de trois ans. La Commission examinera alors l'état de la

22. *Journal officiel des Communautés européennes*, 9 août 1966, p. 2696.

présente recommandation au sein des différents États membres en vue de déterminer la nécessité de proposer une disposition législative contraignante".

- **Recommandation du 19 septembre 2003**²³. Elle se substitue à celle de 1990. Elle repose sur les mêmes principes : une liste de maladies dont la reconnaissance devrait être garantie et une liste de maladies dont la notification est obligatoire, mais dont la reconnaissance est laissée à l'appréciation de chaque pays. Par ailleurs, toute maladie non considérée dans ces listes devrait pouvoir être reconnue dans le cadre du système ouvert.

La nouvelle recommandation est généralement alignée sur les propositions initiales de la Commission formulées en 2001. Néanmoins certaines revendications syndicales ont été prises en compte et ont été ajoutées dans la version finale.

Elles portaient essentiellement sur trois points :

- les statistiques nationales concernant les maladies professionnelles devraient indiquer le sexe des victimes ;
- une implication majeure des systèmes de santé publique et du personnel médical dans la déclaration des maladies professionnelles ;
- l'inclusion explicite de nouvelles pathologies concernant des troubles musculo-squelettiques dans la liste des maladies professionnelles : le syndrome du canal carpien et trois catégories de bursite.

Sur d'autres points, les propositions initiales ont été réduites en raison des pressions patronales qui avaient reçu le soutien de différents gouvernements. Les cancers du larynx sont passés de la première liste à la deuxième liste²⁴. La proposition initiale intégrait dans la deuxième liste les pathologies de la colonne vertébrale provoquées par le port de charge. Le texte final les en exclut. Il existe pourtant une directive communautaire sur la manutention manuelle de charges qui établit le lien entre le port de charge et des pathologies dorso-lombaires. L'enjeu économique est important : des coûts considérables sont mis à la charge des systèmes de santé et des victimes.

Le cadre communautaire concernant les maladies professionnelles a pour principe limite de reposer sur des textes non contraignants. Près de cinquante ans ont passé depuis l'adoption de la première recommandation. La création d'un cadre harmonisé obligatoire pour la reconnaissance des maladies professionnelles dans l'Union européenne n'est toujours pas à l'ordre du jour. Cela contribue à expliquer pourquoi la stratégie communautaire en santé au travail pour la période 2007-2012 adopte un objectif quantitatif uniquement en ce qui concerne la réduction des accidents du travail.

Une étude portant sur quelques pays de l'Union européenne donne les résultats suivants pour les années 1990 à 2006 en termes d'évolution.

²³. *Journal officiel des Communautés européennes*, L 238 du 25 septembre 2003.

²⁴. Le cancer du larynx causé par l'amiante figure sur la liste belge depuis mai 2002, mais les conditions posées sont très restrictives.

Tableau 1 Évolution du nombre de maladies professionnelles reconnues pour 100 000 travailleurs (périodes 1990, 2000 et 2006)

	1990	2000	2006
Luxembourg	8	14	25
Italie	93	33	38
Allemagne	35	49	40
Autriche	78	42	42
Belgique	186	112	54
Portugal	–	27	70
Danemark	90	124	98*
Espagne	–	–	103
Suède	1242	138	267
France	44	177	282

*Données de 2005 / Source : Eurogip (2009)

Cette variation d'un à dix n'a aucun rapport avec les conditions de travail. Même dans les pays où les taux de reconnaissance sont les plus élevés, la grande majorité des maladies causées par le travail ne sont pas reconnues comme des maladies professionnelles.

Pour les pays couverts par les données d'Eurogip²⁵, la Belgique se plaçait en deuxième position en 1990, en quatrième position en 2000 et en sixième position en 2006. Par rapport à la France, la Belgique reconnaissait quatre fois plus de maladies professionnelles par rapport à la population couverte en 1990, mais elle en reconnaît cinq fois moins en 2006. Même si l'on examine les données dans un cadre strictement national, l'évolution est sensible de 184 maladies reconnues pour 100 000 travailleurs en 1990 à 54 maladies en 2006 et cela en dépit de l'ouverture du système à des maladies non incluses dans la liste et d'une augmentation du nombre de pathologies reprises dans celle-ci.

Comment expliquer la réduction brutale du nombre de cas de nouvelles maladies professionnelles reconnus en Belgique ? Une explication naïve pourrait suggérer une amélioration constante des conditions de travail. Il nous paraît plus réaliste de penser que c'est le système de reconnaissance qui reflète de moins en moins bien l'évolution réelle des conditions de travail. Il formule des critères de reconnaissance qui correspondaient partiellement aux conditions de la génération précédente des travailleurs masculins de l'industrie. Il n'a tenu compte que très imparfaitement de l'évolution des secteurs d'activité, des conditions de travail et des connaissances sur les rapports entre le travail et la santé.

25. Créé en 1991, Eurogip est un organisme français qui étudie les questions relatives à l'assurance et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles au plan européen. Il publie régulièrement des données statistiques et juridiques sur la reconnaissance des maladies professionnelles dans différents pays européens.

Si les systèmes nationaux de reconnaissance des maladies professionnelles sont très différents d'un pays à l'autre, ils ont pratiquement tous un point en commun. Ils sont très discriminatoires envers les femmes.

Le pourcentage de femmes pour lesquelles une maladie professionnelle est reconnue est inférieur à 10 % au Royaume-Uni. Dans la plupart des pays européens, il se situe entre 20 et 30 %. Seuls les pays nordiques ont des pourcentages un peu plus équilibrés.

Section 2

Pour une lecture en termes de genre des données relatives aux maladies professionnelles

Depuis 2002, les différents rapports annuels du FMP contiennent des données qui distinguent les hommes et les femmes dans presque tous les tableaux statistiques. Par contre, le FMP n'a jamais produit d'analyse de genre de ces données. En d'autres termes, on dispose d'un certain nombre d'indicateurs bruts, mais leur utilisation se heurte à de nombreuses difficultés méthodologiques. De façon plus générale, les difficultés d'interprétation sont liées à une conception essentiellement administrative des rapports. Différentes rubriques présentent des données quantitatives, mais aucune analyse n'est proposée de manière à identifier les problèmes ou améliorer les politiques de prévention.

Difficultés et limites

Les principales difficultés que nous avons rencontrées sont les suivantes.

1. Les données existantes se limitent au secteur privé et aux administrations provinciales et locales (APL). Il n'existe pas de données consolidées qui permettraient d'aboutir à une vue d'ensemble incluant toute la fonction publique. Cette limite ne concerne pas les statistiques de déclaration des maladies professionnelles par les médecins du travail. Malheureusement, le non-respect de cette obligation par la plupart des services de prévention rend inutilisables les données résultant de la déclaration.

2. Les rapports du FMP contiennent une description des maladies suivant deux systèmes de classification reproduits dans les annexes 1 et 2 de ce rapport. D'une part, il y a des maladies décrites à partir des catégories associées à des codes numériques de la liste établie par la réglementation officielle. Celle-ci distingue cinq catégories (et une liste de pathologies diverses qui ne peuvent être classées dans aucune de ces catégories) et environ 150 codes numériques qui correspondent à ce qu'on appelle en France des tableaux. Les codes peuvent se référer à une pathologie précise liée à une seule exposition (par exemple, le cancer du larynx provoqué par l'amiante). Ils peuvent se référer à une exposition sans établir de listes des pathologies (par exemple, les maladies professionnelles provoquées par le nickel et ses composés). Les conditions précises de reconnaissance sont rarement formulées dans la réglementation. Cette situation donne un pouvoir d'appréciation très important aux organes administratifs du Fonds.

Le Fonds utilise également, à des fins statistiques, un deuxième système de classification (voir annexe 2). Il s'agit d'un code alphabétique d'une lettre qui peut désigner une pathologie précise (exemple, H pour hépatites virales) ou un groupe de pathologies (D désigne les affections cutanées).

Il n'y a pas de correspondance automatique entre le système numérique et le système alphabétique. Une affection cutanée peut se rattacher à une maladie du groupe 1.1 (maladies professionnelles provoquées par des agents chimiques déterminés) ou au groupe 1.2 (maladies professionnelles de la peau causées par des substances et agents non compris sous d'autres positions). Dans le cadre du système ouvert, seule la deuxième classification existe puisque, par définition, on ne se réfère pas aux maladies et conditions de la liste.

Un des inconvénients majeurs des données établies par le FMP est de ne pas toujours permettre le regroupement des maladies en fonction de grandes catégories qui faciliteraient le lien entre l'indemnisation et la prévention. Ainsi, on ne dispose d'aucune donnée d'ensemble en ce qui concerne les cancers professionnels²⁶. La classification par code alphabétique du FMP ne reprend pas les cancers qui sont dispersés entre différentes catégories ne distinguant pas des maladies relativement bénignes des cancers (par exemple, maladies du système respiratoire, atteinte générale, etc.). Dans la liste, seuls quelques cancers sont repris explicitement lorsqu'ils sont causés par l'amiante. Pour les dizaines d'autres expositions à des agents cancérigènes qui sont courantes sur les lieux de travail (par exemple, le benzène, le formaldéhyde, la silice, etc.), on ne dispose d'aucune donnée dans les rapports.

3. Les données ne permettent pas de dégager des indicateurs de fréquence par rapport à la population assurée. Dans d'autres pays, ainsi que dans certaines analyses comparatives, on peut trouver des données qui rapportent le nombre de maladies professionnelles à l'ensemble des travailleurs couverts par un système d'indemnisation de celles-ci, voire au volume des heures travaillées. Cette approche comporte un avantage incontestable : elle permet d'assurer un suivi dans le temps qui tienne compte de l'évolution démographique des populations concernées. Certes, l'établissement d'indicateurs de fréquence doit être considéré avec prudence en tenant compte de périodes de latence parfois longues entre des expositions professionnelles et des pathologies de même qu'il faut tenir compte du fait que les demandes d'indemnisation peuvent être introduites longtemps après le premier constat de la maladie. Pour surmonter ces limites, on ne peut que recommander l'établissement de statistiques sur les expositions à des risques professionnels et un contrôle de l'obligation de déclaration des maladies professionnelles par les médecins du travail. Actuellement ce contrôle est inexistant.

En Belgique, l'établissement de statistiques sur les expositions pourrait s'appuyer sur la réglementation concernant la surveillance de la santé. Chaque employeur est tenu d'établir des listes correspondant aux postes de travail et aux travailleurs concernés par la surveillance de la santé. Le SPF Travail,

²⁶ Les données sur les cancers ne font jamais l'objet d'une présentation systématique dans les documents établis par le FMP. Par contre, un rapport comparatif européen d'Eurogip (2010) contient des données de synthèse pour la Belgique qui portent sur la période 2001-2008. Dans le cadre de cette recherche, Karim Wilmotte du FMP a bien voulu établir un tableau de l'ensemble des cancers reconnus comme maladies professionnelles entre 2000 et 2010. Ces données sont reprises plus loin dans le tableau 19.

Emploi et Concertation sociale pourrait établir des statistiques annuelles permettant de suivre ces expositions. On disposerait ainsi de données relativement exhaustives pour les agents physiques, chimiques et biologiques et de données plus approximatives concernant certains aspects de l'organisation du travail (travail de nuit, manutention manuelle de charges, travail sur écran, autres facteurs ergonomiques ou ce que la législation appelle la charge psychosociale). On pourrait par ailleurs mieux vérifier dans quelle mesure l'obligation de soumettre un certain nombre de catégories de travailleurs à la surveillance de la santé est respectée.

4. A notre connaissance, il n'existe pas en Belgique de recherches statistiques sur la fraction attribuable aux conditions de travail dans la mortalité ou la morbidité que ce soit en termes généraux ou par rapport à des pathologies spécifiques²⁷. De telles données seraient très utiles pour pouvoir mesurer les performances du système de déclaration et reconnaissance des maladies professionnelles. Les seules données que nous avons trouvées pour la Belgique émanent de l'Organisation internationale du travail. Il s'agit de données extrapolées à partir d'études originales dans d'autres pays et elles ne portent que sur la mortalité causée par le travail. Dans une perspective de genre, ces données présentent des limitations très importantes. La fraction de la mortalité attribuable aux conditions de travail a été calculée sur la base de la littérature épidémiologique existante et celle-ci tend à sous-estimer l'impact des conditions de travail sur la santé des femmes.

La déclaration des maladies professionnelles

Les statistiques concernant la déclaration des maladies professionnelles sont inquiétantes. Elles permettent de supposer que les médecins du travail pratiquent une sorte d'évasion massive par rapport à leur obligation de déclarer ces maladies. Elles posent également le problème de la coopération entre les autres acteurs de la santé et les médecins du travail. Il est vraisemblable qu'un nombre important de pathologies causées par le travail sont diagnostiquées par des médecins généralistes ou spécialistes sans qu'une communication soit établie avec les médecins du travail et sans qu'il soit possible de tenir compte de cette information pour renforcer les mesures de prévention.

Rappelons que l'obligation de déclaration porte sur toutes les pathologies contenues dans la liste belge, dans les deux listes de la recommandation de l'Union européenne, toutes les pathologies pour lesquelles une cause dans l'exercice de la profession est au moins soupçonnée ainsi que toutes les situations où apparaissent une prédisposition ou des premiers symptômes. D'un point de vue épidémiologique, il y a un intérêt tout particulier à déclarer les maladies qui ne sont pas encore reprises dans la liste belge des maladies professionnelles. C'est un facteur qui contribuerait à un dynamisme du système.

²⁷. De telles données existent, suivant des méthodologies variables, dans de nombreux pays industrialisés. Nous avons pu consulter de la littérature concernant l'Australie, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France et la Suisse.

Les déclarations se situent autour de 1500 cas par an. On assiste à une érosion lente, mais constante au cours de ces quinze dernières années : 2113 déclarations de maladies professionnelles en 1995 contre 1391 en 2009. Ce constat est d'autant plus alarmant que la situation de départ est déjà très mauvaise.

Si l'on examine la distribution par secteur d'activité, le nombre annuel de déclarations ne dépasse 100 que dans deux secteurs :

- la santé et l'action sociale ;
- l'administration publique, les services collectifs généraux et la sécurité sociale obligatoire.

La distribution géographique fait également apparaître des variations inexplicables : Bruxelles capitale contribue à ces déclarations à raison de moins de 4 % contre près de 10 % pour le Brabant flamand (données de 2009). La distribution par profession ne fait que confirmer l'hypothèse d'une évasion massive de la part des médecins du travail. Il y a plus de déclarations parmi les médecins et assimilés et parmi le personnel infirmier que parmi les professions du bâtiment. Une telle situation rend l'outil complètement inadéquat pour orienter la prévention.

En ce qui concerne la ventilation entre hommes et femmes, on peut constater une représentation des femmes de l'ordre de 45 %. Cela s'explique surtout par le fait que la santé et les services sociaux sont l'un des rares secteurs où un minimum de maladies professionnelles fait l'objet d'une déclaration. À vrai dire, il n'est guère consolant de constater qu'un équilibre approximatif entre les hommes et les femmes n'existe que dans un domaine où les chiffres révèlent une inaction presque totale de la part des services de prévention !

En ce qui concerne les pathologies déclarées, il y a une sorte de conservatisme prudent qui fait que les rares maladies déclarées sont généralement celles de la liste. Sur une base annuelle, il y a de l'ordre de 200 à 300 déclarations de maladies qui ne sont pas comprises dans la liste belge²⁸. Il semble tout à fait exceptionnel qu'un cancer fasse l'objet d'une déclaration.

Un autre élément inquiétant est le caractère tardif des quelques déclarations effectuées. Pour les hommes, plus de la moitié des déclarations concernent des personnes ayant entre 44 et 65 ans ; pour les femmes, plus de la moitié concernent des personnes ayant entre 40 et 65 ans. C'est inexplicable si l'on tient compte de l'importance préventive qu'il y a à déclarer les premiers signes de toute maladie dont le médecin du travail soupçonne qu'elle peut être causée par le travail. Par ailleurs, le nombre de déclarations pour des personnes âgées de 65 ans au moins est proche de zéro. Cela pose le problème de la surveillance de la santé après la fin des rapports de travail.

²⁸. Les statistiques du FMP ne donnent pas de détails sur les pathologies non comprises dans la liste.

Tableau 2 Déclarations obligatoires des maladies professionnelles par les médecins du travail

	Hommes	Femmes	Total	Nb de maladies hors liste
1994	n.i.	n.i.	2118	157
2002	1017 (62,8 %)	602 (37,1 %)	1619	278
2003	1094 (59,4 %)	746 (40,5 %)	1840	285
2004	911 (50,1 %)	906 (49,8 %)	1817	244
2005	870 (52,8 %)	777 (47,1 %)	1647	253
2006	852 (54,1 %)	721 (45,8 %)	1573	257
2007	759 (49,1 %)	784 (50,8 %)	1543	254
2008	782 (52,9 %)	696 (47,1 %)	1478	216
2009	742 (53,3 %)	649 (46,6 %)	1391	242

Sources : rapports annuels du FMP

Les premières demandes en indemnités

L'objectif de cette partie est d'examiner quelles sont les pathologies pour lesquelles une demande en indemnités a été introduite à l'initiative de la victime (ou de ses ayants droit).

Nous limitons notre examen aux demandes en indemnités pour incapacité permanente. L'évolution des demandes d'indemnisation d'une incapacité permanente peut sembler paradoxale. En dépit de la création d'un système ouvert qui permet d'introduire des demandes pour des pathologies qui ne figurent pas sur la liste (ou qui ne répondent pas aux conditions posées par la liste) et de l'élargissement de la liste à un nombre accru de pathologies, on assiste à une chute brutale des premières demandes entre 1991 et 2010. Dans le secteur privé, elle passe de 9314 à 5448 (les chiffres sont respectivement de 8122 et 4922 si l'on se limite aux cas nouveaux).

Les femmes représentaient 26 % des premières demandes en 2010. Cette proportion est en augmentation par rapport aux premières demandes introduites en 2001. Si l'on observe les chiffres tout au long de la décennie, il y a une relative stabilité en chiffres absolus en ce qui concerne les premières demandes introduites par des femmes et une réduction pour les hommes.

La proportion des femmes varie énormément en fonction des pathologies. Les femmes sont majoritaires dans deux groupes de pathologies sur les seize que distinguent les statistiques du FMP : le groupe C qui concerne les affections du canal carpien et le groupe D qui concerne les affections cutanées.

Tableau 3 Premières demandes, secteur privé, système liste + système ouvert en 2010

	Hommes	Femmes	Total
Ensemble des pathologies	4022	1426	5448
Surdité	665	15	680
Système hématopoïétique	13	2	15
Canal carpien	252	367	619
Affections cutanées	124	203	327
Principalement arrachement par surmenage des apophyses épineuses	0	0	0
Hépatites virales	1	3	4
Affections lombaires	863	147	1010
Affections osseuses, articulaires des membres supérieurs	187	15	202
Pathologie nez-gorge-oreille autre que la surdité	50	14	64
Système respiratoire	782	159	941
Pathologie osseuse, articulaire, discale	502	131	633
Tendinites	450	330	780
Maladies des bourses périarticulaires	22	0	22
Pathologie vasculaire	12	4	16
Atteinte générale (pathologie infectieuse, rénale, nerveuse, pathologies non reprises sous d'autres rubriques)	95	36	131
Pathologie oculaire	4	0	4

Source : FMP, rapport annuel, (2010, p. 26)

L'examen de ces données en fonction des pathologies déclarées indique qu'il existe un décalage important entre les demandes d'indemnisation et les maladies causées par le travail. On observe une absence presque complète des pathologies relevant de la santé mentale et une sous-représentation importante des troubles musculosquelettiques.

Il est vraisemblable que les blocages du système rétroagissent sur l'introduction de demandes par les bénéficiaires potentiels. Tout se passe comme si des demandes n'étaient pas introduites lorsqu'un rejet est anticipé ou même lorsque la procédure apparaît comme trop lourde par rapport à des résultats aléatoires. Un tel effet dissuasif est compréhensible. Lorsqu'une maladie est difficilement reconnue comme maladie professionnelle, il est décourageant pour les victimes de devoir s'affronter à l'administration²⁹. Dans le cas de pathologies lourdes comme les cancers, la personne malade et ses proches n'ont aucune envie de se lancer dans un parcours d'obstacles dont l'issue est incertaine et où chaque étape ne peut que raviver les souffrances de la maladie.

²⁹. Lippel (2007) analyse les effets négatifs du traitement des demandes d'indemnisation dans le contexte du Québec. Ses conclusions nous paraissent tout à fait pertinentes pour la Belgique.

Les décisions du Fonds concernant les premières demandes d'indemnisation

Système liste

Depuis 1993, on assiste à une chute dramatique du nombre de décisions positives concernant une première demande d'indemnisation d'une incapacité permanente dans le cadre du système liste pour le secteur privé. Le nombre de celles-ci s'élevait à 4.888 en 1992. Il est tombé de 80 % environ et s'élevait à 898 d'après les données disponibles pour l'année 2010. Entre 2006 et 2010, les chiffres donnent l'impression qu'on a atteint un palier – extrêmement bas – qui oscille entre 840 et 900 décisions positives annuelles. Les femmes représentent invariablement moins de 10 % de ce total. L'âge moyen auquel intervient une décision positive pour les femmes est nettement plus bas que pour les hommes (45 ans contre 62 ans en 2010).

L'analyse statistique des décisions de rejet se heurte à de grands obstacles. Les statistiques des rapports annuels du FMP distinguent les décisions positives concernant des incapacités temporaires des décisions positives concernant des incapacités permanentes. Par contre, elles regroupent toutes les décisions de rejet indépendamment de la nature de l'incapacité. D'une année à l'autre, les décisions négatives peuvent être de deux à deux fois et demie plus nombreuses que les décisions positives dans le système liste. Pour 2009, on dénombre 1.236 décisions positives tant pour des incapacités temporaires (386 cas, dont 49 % de femmes) que permanentes (850 cas, dont 8,7 % de femmes) et 2505 décisions de rejet (parmi lesquelles, on comptait environ 20 % de femmes).

Système ouvert

Pour le système ouvert, l'impression qui se dégage des statistiques est qu'il n'a jamais fonctionné comme un dispositif complémentaire permettant d'indemniser les maladies professionnelles qui ne correspondaient pas aux critères souvent très stricts du système liste. Il n'a joué qu'un rôle d'ajustement marginal.

Au fil du temps, on assiste même à une dégradation des performances du système. Si l'on divise les années pour lesquelles nous disposons de données sexuées par périodes triennales, on passe de 175 décisions positives concernant des incapacités permanentes en 2001-2003, à 79 en 2004-2006 et 63 en 2007-2009. Les femmes ont représenté 34 % du total pendant la première période, presque 27 % pendant la deuxième période et 17 % pendant la troisième période. Cette évolution suggère que la perte d'efficacité du système est encore plus dommageable pour les femmes que pour les hommes.

Tableau 4 Nombre de premières décisions positives, incapacité permanente dans le secteur privé + administrations provinciales et locales (APL), système ouvert

	Hommes	Femmes	Total
2001	29	7	36
2002	55	34	89
2003	31	19	50
2004	13	6	19
2005	23	7	30
2006	22	8	30
2007	18	3	21
2008	18	5	23
2009	16	3	19

Sources : rapports annuels du FMP

L'examen statistique des décisions de rejet se heurte aux mêmes difficultés que pour le système liste. Les rapports annuels du FMP ne permettent pas de distinguer les décisions de rejet suivant qu'elles concernent des incapacités permanentes ou des incapacités temporaires, voire tout simplement des soins curatifs. Sur l'ensemble des décisions prises, les rejets concernent environ 90 % des demandes. En 2009, dans le secteur privé, il y a eu 601 rejets, dont environ un tiers de femmes. Il y a eu 71 décisions positives (dont 20 femmes), mais les femmes représentaient seulement 18 % des 19 décisions positives pour incapacité permanente.

L'indemnisation globale des incapacités permanentes

Système liste

Pour utiliser une métaphore économique, les données concernant l'ensemble des incapacités permanentes permettent d'analyser le fonctionnement du système en termes de stock plutôt qu'en flux. Les déclarations, les premières demandes en indemnisation et les décisions prises par rapport à ces dernières constituent des activités mesurables sur une base annuelle. Elles permettent d'analyser dans quelle mesure le système belge de reconnaissance des maladies professionnelles reflète l'évolution des pathologies causées par le travail.

Les données concernant l'indemnisation des incapacités permanentes donnent une évaluation qui porte sur une durée beaucoup plus longue. En effet, elles reflètent des déclarations, des demandes et des décisions qui peuvent être intervenues il y a longtemps.

De fait, les codes qui correspondent au plus grand nombre de cas concernent des pathologies qui reflètent principalement les risques liés à des activités industrielles dominantes dans le passé.

Tel est le cas de de la silicose. S'il y a relativement peu de nouveaux cas, c'est principalement lié à la disparition du secteur minier. Les conditions de

reconnaissance n'ont pas changé. En 2009, avec 9644 cas, les indemnités pour incapacité permanente liées à la silicose constituaient plus de 15 % du total des cas et plus de 25 % du total des montants versés.

Le cas des lésions dorsales est différent. Si cette pathologie est loin d'appartenir au passé, les conditions actuelles de reconnaissance sont inadaptées dans la majorité des cas. On compte, en 2009, 13 620 cas d'incapacité permanente pour des lésions dorsales causées par des vibrations mécaniques. Il faut ajouter à ce groupe plus de 2700 cas pour des lésions lombaires, dorsales ou des membres supérieurs causés par des vibrations mécaniques. En 2002, ces différents codes ont été remplacés par de nouveaux codes qui ne donnent lieu qu'à un nombre très limité d'indemnités. Le FMP a élaboré des critères nettement plus restrictifs. Seuls des travailleurs souffrant de lésions importantes apparues avant l'âge de 40 ans peuvent être indemnisés pour des lésions lombaires causées par les vibrations mécaniques. La nouvelle définition exclut les lésions provoquées par le marteau-piqueur. Cette révision a entraîné une chute brutale du nombre de nouveaux cas indemnisés. Le critère de l'exposition aux vibrations mécaniques exclut le port de charge ou les contraintes posturales. Cela contribue à exclure largement les femmes des pathologies dorsales ou lombaires indemnisées.

Tableau 5 Secteur privé, système liste, ensemble des indemnités pour incapacité permanente en 2009

Maladies professionnelles*	Hommes			Femmes			Total		
	Nb	Montant**	Moyenne d' IP en %	Nb	Montant	Moyenne d' IP en %	Nb	Montant	Moyenne d' IP en %
Groupe 1.1	2032	843	22,8	784	165	13,6	2816	1007	20,2
Groupe 1.2	1799	470	14,4	1951	520	15,2	3750	990	14,8
Groupe 1.3	13 039	4390	25	465	129	18,6	13 504	4519	24,7
Groupe 1.4	52	32	33,6	168	63	22,0	220	95	24,7
Groupe 1.6	35 905	6620	13,5	643	117	12,9	36 548	6737	13,5
Groupe 1.7	99	101	41	321	97	13,3	420	198	19,8
Total	52 926	12 456	16,8	4332	1090	15,1	57 258	13 546	16,6
Âge moyen	68 ans			53 ans			67 ans		

*Voir annexe 1. / **Pour faciliter la lecture du tableau, nous avons arrondi les montants en milliers d'euros. / Source : rapport annuel, 2009, p. 149-153

Ce tableau appelle plusieurs commentaires. En termes de "stock", le déséquilibre entre les hommes et les femmes dans le système liste des maladies professionnelles apparaît avec une netteté évidente. Sur l'ensemble des personnes auxquelles sont versées des indemnités pour incapacité permanente, les femmes représentent moins de 8 %. Par ailleurs, les taux d'incapacité qui sont reconnus sont également, en moyenne, plus bas pour les femmes : 15,1 % contre 16,8 %. Cette différence apparaît dans la grande majorité des pathologies. Elle ne nous paraît pas relever de critères principalement médicaux. On explique mal comment des pathologies aussi différentes que les hépatites virales, la tuberculose, les syndromes psycho-organiques provoqués par des solvants ou les maladies ostéo-articulaires aboutissent à des taux d'invalidité supérieurs en moyenne pour les hommes. Elle reflète sans doute la valorisation sociale complexe de différents facteurs qui aboutissent à déterminer des

taux d'incapacité en tenant compte des atteintes physiologiques, de la qualification professionnelle, de la capacité de concurrence sur le marché du travail et d'autres facteurs encore.

Il y a quelques exceptions qui n'apportent guère d'éléments d'explication. L'hypothèse qui nous semble la plus vraisemblable est la suivante. Tant le FMP que les juridictions du travail qui interviennent en cas de litige consacrent une dévalorisation du travail féminin tout en ayant recours à des critères présentés comme neutres du point de vue du genre. La Cour de cassation définit l'état du droit dans des termes particulièrement crus : "C'est la perte ou la diminution de la valeur économique de la victime sur le marché général de l'emploi qui est réparée par l'allocation correspondant au taux d'incapacité permanente de travail (facteurs physiques et facteurs économiques et sociaux) causée par la maladie professionnelle."³⁰ Elle précise dans un arrêt ultérieur : "La perte ou la diminution de valeur économique sur le marché général de l'emploi comporte un pourcentage d'incapacité dû au facteur physique auquel il y a lieu d'ajouter le pourcentage lié à l'influence des facteurs socio-économiques pour évaluer le taux global de l'incapacité permanente."³¹

Les différences en ce qui concerne les montants sont le résultat global de la combinaison de deux facteurs d'inégalité : le nombre de cas reconnus et la valeur économique plus faible attribuée en moyenne au travail des femmes. La répartition des montants aboutit à accorder aux femmes moins de 8 % de l'ensemble des indemnités pour incapacité permanente causée par une maladie professionnelle.

On peut donc considérer que les données relatives aux incapacités permanentes donnent des éléments de bilan global sur la construction historique et sociale d'un système de maladies professionnelles autour de pathologies plus spécifiques ou plus fréquentes chez les hommes. En d'autres termes, il traduit une invisibilité majeure des atteintes à la santé concernant les femmes. L'évolution dans le temps ne permet pas d'envisager la situation avec beaucoup d'optimisme. Entre 2002³² et 2009, le nombre total de femmes pour lesquelles une incapacité permanente avait été reconnue dans le secteur privé dans le cadre du système liste a progressé d'un peu plus de 600 unités. Les statistiques du FMP ne permettent pas d'établir si cela représente une amélioration en termes de proportion par rapport à l'ensemble des femmes couvertes potentiellement par le système (c'est-à-dire l'ensemble des travailleuses salariées du secteur privé et des personnes qui ont été travailleuses salariées pendant une période de leur vie).

30. Arrêt du 29 septembre 1986, *Pasicrisie*, I, p. 122. Paradoxalement, cet arrêt aboutissait à trancher un litige en faveur d'un travailleur ayant atteint l'âge de la pension. Sa formulation n'en reste pas moins explicite quant à la reproduction des inégalités que suppose une indemnisation basée sur la "valeur économique" de la victime.

31. Arrêt du 28 mai 1990, *Chroniques de Droit social*, 1991, p. 12.

32. Les rapports publiés avant 2002 n'indiquent pas le sexe des personnes pour lesquelles une incapacité permanente a été reconnue.

Système ouvert

Le tableau suivant présente un bilan global du fonctionnement du système ouvert. Il reprend l'ensemble des personnes, dans le secteur privé, pour lesquelles une maladie professionnelle a été reconnue et qui étaient indemnisées en 2009. Dans la mesure où les indemnités liées à un décès dépassent rarement cinq cas par an, ces chiffres ne s'écartent pas fortement du nombre total de cas d'incapacité permanente reconnus en vingt ans.

Tableau 6 Incapacité permanente : système ouvert, ensemble des cas indemnisés en 2009

	Hommes			Femmes			Total		
	Nb	Montant	Moyenne d'IP en %	Nb	Montant	Moyenne d'IP en %	Nb	Montant	Moyenne d'IP en %
Canal carpien	2	102	4,5	0	–	–	2	102	4,5
Affections lombaires	1	402	16	0	–	–	1	402	16,0
Pathologies nez-gorge-oreille autre que surdité	12	5847	23,8	16	4218	12,4	28	10 065	17,3
Système respiratoire	41	14 076	17,6	38	12 241	15,5	79	26 316	16,6
Pathologie osseuse, articulaire, discale	146	39 490	14,4	38	10 050	14,1	184	49 450	14,3
Tendinites	251	30 423	7,3	108	8525	5,6	359	38 948	6,8
Pathologie vasculaire	10	1250	7,3	1	93	10,0	11	1343	7,5
Atteinte générale (pathologie infectieuse, rénale, nerveuse, pathologies non reprises sous d'autres rubriques)	2	2063	47,5	2	2381	48,0	4	4445	47,8
Total	465	93 653	11,1	203	37 507	10,0	668	131 161	10,8

Source : FMP, rapport annuel, 2009, p. 166

Le système ouvert a été mis en place en 1990. Nous disposons désormais d'un recul suffisant pour vérifier dans quelle mesure ce système permet de suppléer aux lacunes du système liste. Si l'on examine en termes de "stock" l'ensemble des personnes pour lesquelles une incapacité permanente a été reconnue, on peut faire les observations suivantes :

1. Les performances globales du système ouvert restent très faibles. En presque vingt ans, seules quelques centaines de personnes sont parvenues à faire reconnaître une incapacité permanente. Les pathologies reconnues se répartissent pour l'essentiel en deux groupes : les pathologies osseuses, articulaires et discales et les tendinites. Il s'agit en fait de pathologies pour lesquelles une modification des conditions de la liste apparaît comme indispensable³³. De ce point de vue, le système ouvert ne fait que gérer, à la marge, quelques-unes des insuffisances les plus criantes du système liste.

³³. La stratégie 2008-2012 en matière de bien-être au travail prévoit que les tendinites seront reconnues dans le cadre de la liste pour l'ensemble des professions concernées. Actuellement, la liste ne permet leur reconnaissance que pour les artistes du spectacle. En octobre 2011, cette modification n'était pas encore intervenue.

2. Le système ouvert perpétue des inégalités entre les hommes et les femmes en matière de reconnaissance de maladies professionnelles. Ces inégalités existent de façon amoindrie (par rapport au système liste) en ce qui concerne la proportion des cas reconnus (environ 30 % de femmes). On retrouve par contre des inégalités significatives dans les taux d'incapacité reconnus par rapport à des pathologies comparables.
3. L'absence totale des femmes en ce qui concerne la reconnaissance du syndrome du canal carpien³⁴ et des affections lombaires est inexplicable si l'on tient compte des données d'autres pays concernant la prévalence de ces maladies causées par le travail.
4. Le système ouvert tend à reconnaître des maladies pour lesquelles les taux d'incapacité sont assez bas. Sur 668 cas reconnus, 372 concernent des taux d'incapacité inférieurs à 10 % et 292 des taux situés entre 10 et 20 %.
5. Les possibilités que le système ouvert offre en matière de reconnaissance de cancers d'origine professionnelle semblent pratiquement nulles.
6. Les possibilités concernant les pathologies affectant la santé mentale semblent également presque nulles³⁵.
7. L'ensemble des indemnités versées pour des incapacités permanentes reconnues dans le cadre du système ouvert représente un peu moins de 1 % de l'ensemble des indemnités pour incapacité permanente. Cela confirme le rôle marginal du système ouvert qui constitue une course d'obstacles infranchissables pour la majorité des bénéficiaires potentiels.

Les droits dérivés : rente en tant que conjointe

Si les femmes sont les grandes perdantes dans le système des maladies professionnelles en tant que travailleuses, elles bénéficient d'une position incontestablement privilégiée en tant qu'épouses, ou plus exactement en tant que veuves. Sur un total global d'un peu plus de 4,8 millions d'euros d'indemnités versées en 2009 comme rentes aux ayants droit dans le système liste pour le secteur privé, les veuves bénéficient de 4,65 millions, les veufs d'un peu plus de 32 000 euros et les orphelins se répartissent quelque 150 000 euros. L'avantage tiré par les femmes du fait de leur situation familiale est évidemment limité par les montants très bas qui leur sont alloués.

34. Dans le système liste, les syndromes du canal carpien sont inclus dans la catégorie des pathologies regroupées sous le code 1.605.51. En 2009, l'ensemble des personnes pour lesquelles une incapacité permanente avait été reconnue dans ce groupe s'élevait à 336 hommes et 134 femmes. Ici encore, le taux d'invalidité des femmes est inférieur à celui des hommes (6,9 contre 8,2). Les décisions positives concernant une incapacité temporaire sont également très peu nombreuses : 40 femmes et 5 hommes en 2009.

35. D'après une enquête d'Eurogip (2004), deux cas seulement auraient été reconnus par le FMP entre 1996 et 2002. Pendant la même période, il y aurait plus de 100 cas au Portugal et plus de 600 en Suède.

Les décisions positives du Fonds amiante

Le Fonds amiante a commencé à fonctionner en 2007³⁶. Rappelons qu'il intervient pour indemniser un certain nombre de pathologies pour des personnes exposées à l'amiante quel qu'ait été leur statut professionnel ou la source de l'exposition. L'exclusion des cancers du poumon causés par l'amiante constitue une des limites les plus importantes du système mis en place. Si l'on observe les données du Fonds français d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)³⁷ pour chaque cas de mésothéliome indemnisé, il y a environ deux cas de cancer du poumon causé par l'amiante. En Belgique, la reconnaissance d'un cancer du poumon causé par l'amiante est possible dans le cadre de la liste des maladies professionnelles, mais les conditions posées sont assez restrictives. En moyenne, le nombre de cas de cancer du poumon reconnus représente environ la moitié du nombre de cas de mésothéliome. Cette proportion est anormalement basse au regard des données de l'épidémiologie.

Indemnisation des mésothéliomes

Entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 décembre 2010, 1043 décisions positives (octroi de rente et octroi de capitaux) ont été prises dans 688 dossiers.

Tableau 7 Mésothéliomes indemnisés par le Fonds amiante entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 décembre 2010

Statut de la victime	Nb de décisions d'octroi de rente	Nb de décisions d'octroi de capital	Nb de décisions positives (octroi de rente + octroi de capital)	Nb de cas reconnus	Nb de femmes
Professionnels					
Salarié	445	312	757	483	15
Secteur public	11	4	15	11	0
Armée belge	4	2	6	4	1
APL (administrations provinciales et locales)	7	1	8	7	0
SNCB*	11	4	15	12	1
Belgacom**	3	2	5	3	0
Indépendant	28	10	38	29	6
Non professionnels					
Cohabitant	16	8	24	16	11
Environs d'une fabrique utilisant de l'amiante	12	3	15	12	9
Hobby	20	9	29	21	10
Autres	93	38	131	90	35
Total général	650	393	1043	688	88

*SNCB: Société nationale des chemins de fer belges / ** Belgacom est l'ancienne entreprise publique de communications téléphoniques qui a été privatisée. / Source : FMP

36. Les rapports annuels du FMP ne présentent pas des données sexuées en ce qui concerne le Fonds amiante. Je tiens à remercier Anne Kirsch qui a bien voulu établir les tableaux de cette section.

37. Les rapports d'activité annuels du FIVA sont disponibles sur le site <http://www.fiva.fr>

Soit, 650 octrois de rentes et 393 octrois de capitaux, pour 688 cas reconnus dans le cadre du Fonds amiante.

Sur les 650 décisions d'octroi de rente, 83 décisions concernent une femme et 567 décisions concernent un homme.

En ce qui concerne les 393 décisions relatives à un octroi de capital, 37 sont consécutives au décès d'une femme, mais pour 32 de ces cas, une décision d'octroi de rente est également intervenue.

Au total sur les 688 cas reconnus de mésothéliome, 88 concernent donc une femme. Cela représente environ 13 %. Les femmes constituent la majorité des cas dans deux catégories particulières : les cohabitants (11 femmes sur 16 cas) et les personnes habitant dans les environs d'une entreprise utilisant de l'amiante. En ce qui concerne les expositions professionnelles, leur pourcentage est de l'ordre de 4 %.

Il est difficile d'établir dans quelle mesure ce pourcentage assez faible de femmes correspondrait à des différences objectives dans la prévalence des mésothéliomes entre les hommes et les femmes en Belgique. À notre connaissance, aucune étude n'existe actuellement.

À titre de référence, on peut s'appuyer sur le registre italien des mésothéliomes qui est un des meilleurs d'Europe³⁸. Pour le mésothéliome pleural, les femmes représentent environ un quart des cas ; pour le mésothéliome du péritoine, elles représentent environ 40 % des cas. Pour l'ensemble des mésothéliomes, les femmes représentent 27,5 % des cas.

Les données françaises issues du Programme national de surveillance du mésothéliome aboutissent à des estimations assez proches en ce qui concerne le mésothéliome pleural. Suivant les années examinées, les femmes représentent entre 20 % et 25 % de l'ensemble des mésothéliomes pleuraux recensés en France³⁹. Les données concernant la mortalité par cancer de la plèvre en France donnent un ordre de grandeur comparable : les femmes représentent environ un quart des décès. Sur la base de ces données, le fait que le Fonds amiante indemnise environ un huitième de femmes au titre de victimes du mésothéliome ne nous paraît pas relever uniquement de données objectives concernant la prévalence des mésothéliomes. Cette interrogation mériterait une analyse plus détaillée.

38. ISPESL (2010) *Il registro nazionale dei mesoteliomi. Terzo rapporto*, Rome. Voir en particulier le chapitre 8 consacré aux cas de mésothéliomes parmi les femmes.

39. Institut national du cancer (2011) *Amiante et mésothéliome pleural malin*, Boulogne-Billancourt.

Indemnisation des asbestoses

Entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 décembre 2010, 579 décisions positives ont été prises dans 533 dossiers.

Tableau 8 Asbestoses indemnisées par le Fonds amiante entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 décembre 2010

Statut de la victime	Nb de décisions d'octroi de rente	Nb de décisions d'octroi de capital	Nb de décisions positives (octroi de rente + octroi al)	Nb de cas reconnus	Nb de femmes
Salarié	520	19	539	501	12
Secteur public	4	0	4	3	0
Armée belge	2	0	2	2	0
Administrations provinciales et locales	11	0	11	10	1
SNCB	3	0	3	3	0
Indépendant	3	0	3	3	0
Autres	9	8	17	11	0
Total général	552	27	579	533	13

Source : FMP

Soit, 552 octrois de rente et 27 octrois de capitaux, pour 533 cas reconnus dans le cadre du Fonds amiante.

Le nombre de décisions positives "octroi de rente" diffère du nombre de cas reconnus dans la mesure où certains cas peuvent générer plusieurs décisions positives suite à une révision du taux. D'autre part, un même dossier peut évidemment générer une décision d'octroi de rente et ensuite, une décision d'octroi de capital. Les femmes représentent environ 2,5 % de l'ensemble des cas d'asbestose pour lesquels le Fonds amiante est intervenu.

Section 3

Confrontation entre les données concernant les maladies professionnelles et l'étude des conditions de travail

Les données de la section précédente pourraient aboutir à une représentation naïve des conditions de travail des femmes en Belgique. Celles-ci apparaîtraient comme particulièrement privilégiées.

Les seules exceptions concerneraient trois groupes de risques :

- Les risques dermatologiques : les maladies de la peau du groupe 1.2 constituent à elles seules 45 % de l'ensemble des maladies professionnelles pour lesquelles des femmes sont indemnisées en 2009 au titre d'une incapacité permanente dans le secteur privé sur la base du système liste (avec 1951 cas sur 4332)⁴⁰;
- Les risques biologiques (un total de 168 cas de maladies infectieuses ou parasitaires) ;
- Les risques d'allergie liés au latex naturel (318 cas).

La prévalence spécifique de ces deux dernières catégories parmi les femmes s'explique par des taux d'emploi féminins très élevés dans le secteur des soins de santé. Par contre, l'importance du premier groupe est sans doute plus révélatrice des biais introduits dans la construction sociale des maladies professionnelles.

Les femmes dépendent beaucoup plus que les hommes d'un très petit nombre de tableaux de maladies professionnelles contenus dans la liste. Les hommes sont indemnisés pour un éventail plus vaste de maladies. Certes, deux groupes de pathologies spécifiques occupent une place plus importante parmi les hommes : les affections ostéo-articulaires et lésions dorsales provoquées par des vibrations mécaniques et la silicose, mais il s'agit de tableaux qui reflètent essentiellement le passé. Les nouveaux cas de silicose sont très rares. Les codes de la liste concernant les affections liées aux vibrations mécaniques ont été modifiés et les nouvelles conditions posées rendent plus difficile la reconnaissance d'une maladie professionnelle.

Tout se passe comme si la liste décrivait, de façon incomplète bien sûr, un ensemble diversifié d'atteintes à la santé chez les hommes et comme si les femmes n'y étaient introduites qu'à titre d'exception pour quelques maladies très spécifiques qui leur permettent malgré tout de ne pas être totalement exclues du système. Les hommes ont des cancers, des maladies respiratoires, des

40. Chez les hommes, ce groupe ne représente que 3,3 % des maladies.

atteintes à la fonction auditive, des troubles musculosquelettiques, des maladies de la peau, etc. Les femmes tendraient à se concentrer sur un nombre très limité de pathologies spécifiques.

La très forte prévalence des affections dermatologiques parmi les femmes permet de penser que les risques du travail deviennent plus visibles seulement quand ils affectent la surface extérieure de leur corps. Pour dire les choses sans ménagement, les femmes vaudraient surtout ce que vaut leur peau.

La représentation du travail féminin tend à minimiser les risques, à banaliser un ensemble de facteurs comme étant associés à la "vie normale" : travail répétitif, postures contraintes, monotonie des tâches, exposition aux substances chimiques dangereuses dans des activités considérées comme périphériques ou ancillaires (nettoyage, emballage, etc.). Le risque relatif que le travail salarié entraîne pour la santé des femmes serait très sensiblement inférieur à celui des hommes, y compris si l'on ajuste les données sur le temps de travail et la durée des carrières.

Une telle lecture naïve est contredite par de nombreux éléments. La forte chute des taux d'emploi des femmes à partir de cinquante ans suggère que l'usure par le travail joue un rôle non négligeable. Dans la mesure où la déclaration et la reconnaissance d'une maladie professionnelle peuvent être effectuées y compris après la fin de l'emploi salarié, un retrait du marché du travail lié à une telle usure professionnelle devrait être reflété par un système de suivi des maladies professionnelles.

C'est la construction sociale des maladies professionnelles qui mérite d'être analysée. Les maladies plus communes ou plus spécifiques parmi les travailleuses sont celles qui passent à l'arrière-plan.

Dans cette section, nous utiliserons deux sources principales d'information :
– les données de l'enquête européenne sur les conditions de travail de la Fondation de Dublin⁴¹ ;
– quelques données sur la santé au travail issues de pays européens ou tirées d'études comparatives en Europe.

L'absence d'enquête nationale sur les conditions de travail est évidemment une limite importante. De façon paradoxale, la Belgique qui est un des premiers pays industrialisés du continent européen connaît un énorme retard dans le recueil et l'analyse de données sur les conditions de travail et leur impact sur la santé. Cette carence est aggravée par le fait que les enquêtes de santé publique n'abordent pratiquement pas les conditions de travail.

41. Pour désigner l'enquête, nous utiliserons l'abréviation anglaise : EWCS.

L'enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS)

L'EWCS est organisée tous les 5 ans par la Fondation de Dublin depuis 1990. Il s'agit d'une enquête de perception qui recueille un ensemble assez vaste de données concernant les conditions du travail rémunéré, quelques données très sommaires sur le travail non rémunéré et des données sur la santé. L'enquête recueille aussi quelques données sur les conditions d'emploi.

Le questionnaire a évolué entre 1990 et 2010. Ceci explique que, suivant les questions, la possibilité d'effectuer un suivi dans le temps est variable.

L'enquête 2010 présente un intérêt particulier pour la Belgique dans la mesure où l'échantillon habituel a été multiplié par quatre, ce qui fournit un échantillon statistique plus robuste. Des analyses secondaires spécifiques pour la Belgique sont prévues. Au moment de rédiger ce rapport, elles n'étaient pas encore disponibles. Les données que nous utilisons sont celles qui ont déjà été rendues publiques par la Fondation de Dublin. Leur analyse est donc limitée par le fait qu'il n'est pas encore possible de procéder à un examen plus approfondi en croisant plusieurs variables.

Quelques données de base de l'EWCS concernant le travail des femmes en Belgique

Agents physiques

En ce qui concerne l'exposition aux agents physiques, l'enquête européenne confirme la plupart des données nationales qui indiquent une plus forte prévalence de ces expositions pour les hommes. Néanmoins, l'écart observé entre les hommes et les femmes ne suffit pas à expliquer l'écart – beaucoup plus important – en matière de reconnaissance de maladies professionnelles.

Nous nous limiterons ici à deux exemples :

- 1. Le bruit :** l'EWCS constate que le pourcentage de femmes qui sont exposées à un bruit intense pendant au moins un quart de leur temps de travail représente environ la moitié du pourcentage des hommes et ce rapport ne varie pas de façon considérable sur une période de presque vingt ans. Or, en matière de reconnaissance des maladies professionnelles, les femmes représentent moins de 1 % des nouveaux cas reconnus de surdité ou hypacousie en 2009 ;
- 2. Les vibrations :** la prévalence de l'exposition varie entre un peu plus d'un sixième (en 1995) et un peu plus d'un quart (en 2010). Pour ce qui est de la reconnaissance des maladies professionnelles, la proportion des femmes est très nettement inférieure. Les femmes ne représentent qu'un peu moins de 0,5 % de l'ensemble des cas reconnus.

Organisation du travail et troubles musculosquelettiques

Les données sur l'organisation du travail de l'EWCS ne permettent pas d'établir une corrélation directe avec des maladies déterminées. Par contre, certaines d'entre elles confirment des conditions de travail qui contribuent fortement à l'apparition de troubles musculosquelettiques. La prévalence des troubles musculosquelettiques est fortement corrélée à un ensemble de caractéristiques de l'organisation du travail et des conditions de travail.

Différentes classifications des troubles musculosquelettiques peuvent être proposées. Nous nous en tiendrons ici à une présentation synthétique qui suit pour l'essentiel les catégories analysées par l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail.

Les TMS causés par le travail couvrent une large gamme de maladies inflammatoires et dégénératives de l'appareil locomoteur, parmi lesquelles :

- des inflammations des tendons (tendinites et ténosynovites), notamment dans l'avant-bras et le poignet, le coude et les épaules, généralement liées au travail répétitif et à des postures prolongées ;
- des myalgies, c'est-à-dire des douleurs et troubles fonctionnels des muscles survenant principalement dans la région du cou et des épaules, également corrélées à des postures statiques ;
- une compression des nerfs intervenant en particulier dans le poignet et l'avant-bras (principalement syndrome du canal carpien) ;
- des pathologies dégénératives de la colonne vertébrale, généralement dans la nuque et la région lombaire, liées notamment à la manutention manuelle de charges ou des tâches physiques pénibles. Cela peut également se traduire par de l'arthrose de la hanche ou des genoux.

Ces troubles sont chroniques et multifactoriels. Il existe une interaction entre des facteurs ergonomiques et des facteurs psychiques. Le stress contribue au développement des TMS. Les symptômes n'apparaissent généralement qu'après une exposition prolongée à des facteurs de risques liés au travail tels que des contraintes posturales, des tâches monotones et répétitives, et d'autres facteurs qui relèvent globalement d'une des conditions de travail.

Facteurs de risque de TMS

Les données d'autres pays indiquent que les femmes sont fortement exposées aux risques de TMS. Les données disponibles pour la Belgique dans le cadre de l'EWCS confirment cette tendance.

Le port de charges lourdes concerne majoritairement des hommes (presque 40 %) sans être pour autant négligeable en ce qui concerne les femmes (plus d'un cinquième des travailleuses est exposé à ce risque). Par contre, le fait de soulever ou déplacer des personnes concerne majoritairement des femmes (une travailleuse sur six environ).

Tableau 9 Votre travail implique-t-il de soulever ou de déplacer des personnes ?
Réponses positives en Belgique pour au moins un quart du temps de travail (en %)

	2005	2010
Hommes	8,1	6,1
Femmes	14,0	15,7
Total	10,7	10,4

Source : EWCS

Tableau 10 Votre travail implique-t-il de porter ou déplacer des charges lourdes ?
Réponses positives en Belgique pour au moins un quart du temps de travail (en %)

	1991	1995	2000	2005	2010
Hommes	27,9	35,8	33,8	35,5	39,2
Femmes	23,6	25,7	30,1	24,4	22,9
Total	26,2	31,7	32,2	30,7	31,9

Source : EWCS

Le travail répétitif concerne près de 40 % des travailleurs et il tend à s'étendre de manière importante depuis quinze ans (environ 10 % d'augmentation dans la proportion totale des travailleurs exposés). Cette croissance touche dans des mesures assez comparables aussi bien les femmes que les hommes.

Tableau 11 Votre travail implique-t-il presque tout le temps des mouvements répétitifs de la main ou du bras ? Réponses positives en Belgique (en %)

	1995	2000	2005	2010
Hommes	26,3	26,7	27,8	36,9
Femmes	30,9	27,8	30,7	40,1
Total	28,2	27,2	29,1	38,4

Source : EWCS

Reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles en Belgique

Nous avons déjà examiné les pathologies lombaires liées aux vibrations. En dehors de l'hypothèse des vibrations, il existe aujourd'hui un petit nombre de codes de la liste (système liste) qui portent sur des TMS (avec des imprécisions terminologiques qui ne permettent pas de regrouper de façon sûre l'ensemble des TMS).

Le code 1605.03 porte sur un certain nombre de pathologies lombaires pour lesquelles l'exposition à des vibrations mécaniques n'est pas exigée. Pour un total de 956 cas faisant l'objet d'une indemnisation pour incapacité permanente en 2009 dans le secteur privé, les femmes représentaient un peu plus de 2 % (22 cas). Même dans le cadre du système ouvert, la possibilité de faire reconnaître une pathologie lombaire est extrêmement réduite. Le port de charges n'est pas considéré, dans l'état actuel de la réglementation et des

pratiques médico-administratives du FMP, comme une cause professionnelle de pathologies lombaires.

L'indemnisation des lombalgies comme maladies professionnelles a déjà fait l'objet de nombreux débats au sein du Fonds. La situation actuelle est bloquée sur la base d'un compromis contestable. Le Fonds intervient dans des programmes de "prévention secondaire" en faveur des "travailleurs lombalgiques" ; il reconnaît le rôle des conditions de travail dans le développement de ces pathologies en fournissant une expertise ergonomique, mais il rejette l'indemnisation au titre de maladie professionnelle (à l'exception de quelques pathologies définies de façon très limitative par la liste et de quelques très rares cas pris en compte dans le système ouvert). En 2009, trois cas de pathologie osseuse, articulaire ou discale ont été reconnus comme des maladies professionnelles dans le système ouvert. Il ne s'agissait que d'hommes. Les programmes de prévention pour les "travailleurs lombalgiques" concernent une majorité de femmes (367 cas sur 631 en 2009).

Le code 1.606.11 porte sur des pathologies des bourses périarticulaires. Dans ce cadre, 359 personnes étaient indemnisées pour une incapacité permanente en 2009. Il ne s'agissait que d'hommes.

Le code 1.606.21 porte sur un ensemble de maladies constitué principalement de tendinites. Le nombre total de cas indemnisés est très réduit : 12 femmes et 11 hommes. La raison est simple : ces pathologies ne sont reconnues que pour les artistes du spectacle ! Pour toutes les autres catégories professionnelles, il faut se livrer au parcours d'obstacles du système ouvert.

Le code 1.606.51 porte sur des atteintes de la fonction des nerfs dues à la pression. Les critères de reconnaissance sont cependant très restrictifs et écartent la majorité des cas de syndrome du canal carpien. En 2009, on comptait 470 personnes dont une maladie professionnelle avait été reconnue sous ce code. Les femmes représentaient un peu plus d'un quart de ce total (134 cas).

Si l'on totalise les différents codes de la liste n'impliquant pas les vibrations mécaniques, on obtient un total de 1808 cas d'incapacité permanente reconnus en 2009 dans le secteur privé pour des pathologies que l'on peut rattacher à des TMS. Les femmes représentent un peu plus de 9 % de ce total (168 cas).

Tableau 12 Incapacité permanente reconnue en 2009 (secteur privé) pour des pathologies susceptibles d'être rattachées aux TMS (vibrations mécaniques exclues)

	Hommes	Femmes	Total
Code 1.605.03	934	22	956
Code 1.606.11	359	0	359
Code 1.606.21	11	12	23
Code 1.606.51	336	134	470
Total	1640	168	1808

Source : FMP

Pour le système ouvert, la situation est la suivante. Les décisions positives concernent quatre groupes de pathologies en rapport avec les TMS :

1. Le groupe C concerne le syndrome du canal carpien. Les cas reconnus sont extrêmement rares. Aucun nouveau cas n'a été reconnu en 2009 ni en 2008. L'ensemble des personnes qui étaient indemnisées pour une incapacité permanente s'élevait à 2 en 2009. Il s'agissait d'hommes ;
2. Les affections lombaires ne présentent pas une situation plus favorable. Un seul cas indemnisé en 2009. Faut-il préciser qu'il s'agit d'un homme ? ;
3. Les pathologies osseuses, articulaires, discales ont fait l'objet de trois nouvelles reconnaissances d'incapacité permanente en 2009 (trois hommes). Le total des cas indemnisés s'élevait à 184. Les femmes représentaient 20 % du total avec 38 cas. Il est vraisemblable qu'une enquête de santé dans n'importe quel grand hôpital permettrait de détecter un nombre supérieur de cas ;
4. Les tendinites représentaient, en 2009, 19 nouveaux cas reconnus (16 hommes et 3 femmes) dans le secteur privé et les administrations provinciales et locales. L'ensemble des personnes indemnisées pour cette même année s'élevait à 359 dont 108 femmes (30 %).

Si l'on totalise l'ensemble des cas reconnus dans le système ouvert pour des pathologies qu'on peut rattacher aux TMS, on obtient 546 cas, dont 146 femmes (environ 27 % du total).

Tant les chiffres absolus que les pourcentages de femmes sont extrêmement bas si on les compare à d'autres pays européens. Ainsi, pour la France, en 2007, toutes catégories socioprofessionnelles confondues, le risque d'encourir un risque de TMS est plus important pour les femmes que pour les hommes. Le tableau 13 indique que les femmes se sont vues reconnaître pour 10 millions d'heures de travail, en moyenne, un taux d'incapacité permanente de 57,7 (indice de gravité) pour un taux de fréquence de TMS de 15,7 % contre respectivement 42,2 (indice de gravité) et 8,6 de taux de fréquence pour les hommes. Comme on peut le constater, la catégorie socioprofessionnelle est loin d'être neutre puisque les ouvrières se sont vues reconnaître en moyenne un taux de fréquence de TMS de 65,6 % ; leur travail consistant souvent en tâches répétitives dans des conditions de travail difficiles.

Tableau 13 Indicateurs de risque de TMS par catégorie socioprofessionnelle et sexe (2007)*

Catégorie socioprofessionnelle	Taux de fréquence pour 100 travailleurs		
	Hommes	Femmes	Total
Cadres et chefs d'entreprise	0,3	1,0	0,5
Professions intermédiaires	0,7	2,2	1,3
Employés	3,8	11,9	9,7
Ouvriers	16,5	65,6	24,8
Total	8,6	15,7	11,5
Indice de gravité	42,2	57,7	48,6

*Données relatives aux travailleurs du Régime général de Sécurité sociale
Source : DARES Analyses, septembre 2010, n° 056

En termes d'évolution dans le temps, on voit aussi que la situation est éminemment différente en France.

Tableau 14 Nombre de TMS reconnus et indemnisés en France - période 2005 à 2009

Tableau	Intitulé	2005	2006	2007	2008	2009
57	Affections périarticulaires	28 278	29 379	30 968	33 682	37 728
69	Affections provoquées par les vibrations de certaines machines	182	161	154	157	162
79	Lésions chroniques du ménisque	299	316	360	372	363
98	Affections chroniques du rachis lombaire (charges lourdes)	2260	2251	2406	2338	2485
97	Affections chroniques du rachis lombaire (vibrations)	422	411	392	377	387
Total		31 441	32 518	34 280	36 926	41 125

Source : DARES Analyses, septembre 2010, n° 056

Par ailleurs, le programme français de surveillance épidémiologique des troubles musculosquelettiques mis en œuvre dans la région des Pays de la Loire (réseau-pilote) a bien confirmé la sous-déclaration des TMS liés au travail, de même que l'importance de leur incidence et de leur prévalence dans la population active⁴². La démonstration peut en être faite pour le syndrome du canal carpien chez les femmes au travers de deux tableaux.

Tableau 15 Prévalence des principaux TMS du membre supérieur (réseau Pays de la Loire – France, 2002-2004) (en %)

Nature du TMS	Femmes	Hommes	Total
Syndrome de la coiffe des rotateurs	8,5	6,6	7,4
Syndrome du canal carpien	4,0	2,4	2,4
Épicondylite latérale	2,5	2,4	2,4
Syndrome du tunnel cubital	0,9	0,7	0,8
Tendinites des extenseurs/fléchisseurs doigts et poignets	0,6	0,9	0,8
Ténosynovite de De Quervain	2,1	0,6	1,2
Au moins un des six principaux TMS	14,8	11,2	12,7

Source : *La santé des femmes en France*, 2009, p. 265

42. Ce programme, centré sur les TMS, développe une combinaison de trois activités : premièrement, la surveillance d'événements de santé sentinelles dans la population générale (par exemple, le canal carpien pour les TMS des membres supérieurs) ; deuxièmement, l'évaluation de la prévalence des principaux TMS du membre supérieur et leurs facteurs de risque au travail et pour finir, l'enregistrement de la déclaration TMS en maladie professionnelle indemnisable. Il a été mis en place par l'Institut de veille sanitaire français en partenariat avec le Laboratoire d'ergonomie et de santé au travail de l'université d'Angers.

Tableau 16 Fractions de risque attribuable (FRAE) pour les professions présentant un excès de risque de syndrome du canal carpien chez les femmes (France) (en %)

Professions	FRAE
Employées	16
Employées du commerce (vendeuses, caissières)	46
Personnels des services directs aux particuliers (serveuses, employées de l'hôtellerie, coiffeuses, assistantes maternelles, femmes de ménage)	29
Employées civiles et agents de service (agents de bureau, agents de service hospitaliers, aides-soignantes)	23
Ouvrières	58
Ouvrières non qualifiées de l'industrie (agroalimentaire, électricité et électronique, travail du cuir)	69
Ouvrières agricoles (viticulture, arboriculture fruitière, etc.)	74
Ouvrières non qualifiées de type artisanal (nettoyeuses)	50

Source : *La santé des femmes en France*, 2009, p. 265

L'impact global sur la santé

Les statistiques concernant les maladies professionnelles pourraient amener à considérer que la prévention a accompli des progrès impressionnants et que cela a réduit de façon significative l'impact négatif global du travail sur la santé. Cette vision naïve est démentie par les résultats pour la Belgique de l'EWCS.

L'impact global du travail sur la santé est mesuré dans l'enquête européenne par trois indicateurs principaux. Deux d'entre eux portent de façon immédiate sur la perception que le travailleur a d'un impact négatif de ses conditions de travail sur la santé. Le troisième porte sur les effets prévisibles à terme de ces conditions. On demande au travailleur d'évaluer la possibilité de poursuivre le même travail lorsqu'il aura atteint l'âge de 60 ans. Les données belges s'inscrivent dans la tendance générale que l'on peut observer dans les différents pays européens. L'impact immédiat du travail rémunéré sur la santé des femmes est généralement moins négatif que pour les hommes. L'impact différé dans le temps est généralement aussi négatif, voire plus négatif.

Tableau 17 Pensez-vous que votre santé ou votre sécurité courent un risque en raison de votre travail : réponses positives en Belgique (en %)

	1991	1995	2000	2005	2010
Hommes	23	22,7	27,8	26,9	24,7
Femmes	11,4	14,9	24,9	20,1	18,9
Total	18,4	19,6	26,5	23,9	22,1

Source : EWCS

Comparés à l'Europe des douze, les pourcentages obtenus sont légèrement plus favorables pour les hommes en Belgique, mais ils sont moins favorables pour les femmes (environ 2 % de différence). L'évolution dans le temps montre une légère détérioration pour les hommes et une forte dégradation pour les femmes.

Une deuxième question recoupe partiellement la première. Elle s'attache plus étroitement à l'impact perçu du travail sur la santé (sans comprendre la sécurité). Elle permet aussi, dans sa rédaction pour l'enquête 2010, d'exprimer l'impact positif perçu.

Tableau 18 **Votre travail affecte-t-il votre santé ? Résultats de l'enquête 2010 en Belgique (en %)**

	oui, principalement de manière positive	Oui, principalement de manière négative	Non
Hommes	9,5	24	66,6
Femmes	9,3	18	72,7
Total	9,4	21,3	69,3

Source : EWCS

La troisième question qui porte sur la perspective de pouvoir faire le même travail lorsque le travailleur aura atteint l'âge de 60 ans donne des résultats particulièrement significatifs. Ils suggèrent que l'impact à long terme des conditions de travail est plus défavorable pour les femmes. Ces données sont confirmées par une partie importante de la littérature qui met en avant que les travailleuses sont plus nombreuses à être affectées par des phénomènes d'usure par le travail.

Tableau 19 **Pensez-vous que vous pourrez faire le même travail qu'actuellement lorsque vous aurez 60 ans ? Réponses en Belgique (en %)**

	2000			2005			2010		
	Oui, je le pense	Je ne voudrais pas	Non, je ne le pense pas	Oui, je le pense	Je ne voudrais pas	Non, je ne le pense pas	Oui, je le pense	Je ne voudrais pas	Non, je ne le pense pas
Hommes	52,7	11,8	35,5	54,4	9,6	36,0	59,6	15,6	24,8
Femmes	48,4	13,5	38,1	49,7	13,5	36,8	54,2	17,1	28,6
Total	50,9	12,5	36,6	52,3	11,3	36,4	57,1	16,3	26,6

Source : EWCS

Une question nouvelle, introduite dans l'enquête européenne en 2010, porte sur le présentéisme, c'est-à-dire sur le fait de se rendre à son travail tout en étant malade.

Tableau 20 **Au cours de ces douze derniers mois avez-vous travaillé alors que vous étiez malade ? Réponses en Belgique (en %)**

	Oui
Hommes	45,7
Femmes	50,9
Total	48

Source : EWCS

Les réponses pour la Belgique indiquent que ce phénomène est étendu et qu'il affecte plus les femmes que les hommes.

Section 4

Recommandations de recherche

Tout rapport exploratoire laisse l'impression d'un travail largement inachevé. De très nombreuses questions ont été laissées sans réponse et elles ne pouvaient être abordées dans les limites d'un travail individuel d'une courte durée. Cette section formule un certain nombre de propositions de recherche. Elles sont loin d'être exhaustives et notre souci a été plus pratique que théorique. Il s'agit d'identifier des lacunes manifestes dans le champ de la production des connaissances de manière à ce que les pistes proposées puissent stimuler l'adoption de politiques qui articulent la défense de la santé au travail, un fonctionnement égalitaire de la sécurité sociale et les objectifs plus généraux d'égalité dans la société.

Impact à long et moyen termes des maladies professionnelles (et des accidents du travail) sur l'emploi

Tableau 21 Taux d'emploi dans la tranche d'âge 55-64 ans en Belgique (en %)

	2005	2006	2007	2008	2009
Hommes	41,7	40,9	42,9	42,8	42,9
Femmes	22,1	23,2	26,0	26,3	27,7
Total	31,8	32,0	34,4	34,5	35,3

Source : SPF Emploi, Travail et Concertation sociale

Le taux d'emploi des femmes est particulièrement bas entre 55 et 64 ans. Il représente en 2009 environ un tiers de celui des femmes de 25 à 54 ans alors que pour les hommes la proportion est de l'ordre de la moitié. L'accumulation d'atteintes à la santé tout au long de la vie professionnelle est de nature à créer un processus d'usure par le travail qui peut contribuer à ce phénomène.

Il serait utile dans le cadre des données de la Banque Carrefour de la Sécurité sociale de vérifier dans quelle mesure les femmes pour lesquelles une maladie professionnelle a été reconnue arrivent à conserver leur emploi. Notre hypothèse est qu'une attention insuffisante à une politique de prévention pourrait contribuer à une exclusion plus massive des femmes que des hommes sur le marché du travail. Cette hypothèse repose notamment sur des recherches faites en Italie en ce qui concerne le déroulement de la vie professionnelle des victimes d'accidents du travail (ANMIL, 2003). Le travail quantitatif pourrait être complété par un travail qualitatif autour d'entretiens avec des personnes

affectées par un problème de santé au travail. En vue de disposer d'un échantillon suffisant pour l'enquête quantitative, il serait préférable de mener une recherche commune sur l'ensemble des femmes indemnisées en raison d'un risque professionnel et d'y inclure les femmes pour lesquelles une incapacité permanente a été reconnue en raison d'un accident du travail.

Cancer et travail : un champ peu exploré de la recherche sur les conditions de travail en Belgique

Tout au long de notre travail de recherche, il est apparu que les données disponibles concernant les rapports entre cancer et travail en Belgique étaient particulièrement limitées et fragmentaires par rapport à celles dont on dispose dans d'autres pays. La dernière tentative d'estimation du pourcentage de travailleurs exposés à des agents cancérigènes en Belgique portait sur la période 1990-1993⁴³. Il s'agissait de l'application à la Belgique du projet européen Carex⁴⁴. L'estimation faisait état d'un peu plus de 900 000 cas d'exposition professionnelle à des agents cancérigènes concernant un total de l'ordre de 700 000 travailleurs exposés (21 % de l'ensemble). Une des limites des estimations du projet Carex est qu'elles ne distinguent pas les hommes des femmes et qu'elles sont généralement tributaires de la littérature épidémiologique disponible qui tend à sous-estimer une part importante des expositions professionnelles pour les cancers féminins.

La faiblesse des données contribue à la faiblesse de la prévention. Bien que la réglementation impose de soumettre les travailleurs exposés à des agents cancérigènes à une surveillance de la santé, il n'existe aucune donnée consolidée sur le nombre de travailleurs exposés, sur les conditions concrètes d'exposition et sur le suivi de la santé de ces travailleurs. Selon l'enquête Sumer⁴⁵, menée auprès des médecins du travail, l'exposition à des agents cancérigènes concerne 13,5 % des travailleurs en France : 20,4 % des hommes et 4,3 % des femmes⁴⁶. La méthodologie et les critères adoptés sont différents de ceux de l'enquête européenne Carex et ne permettent pas d'établir une comparaison⁴⁷.

43. Kauppinen *et al.*, 1998.

44. Carex (Carcinogen Exposure) est une base de données internationale qui rassemble des informations par pays et par branche d'activité sur 139 agents cancérigènes.

45. Les enquêtes Sumer sont des enquêtes de surveillance médicale des expositions aux risques professionnels menées en France ; elles sont coordonnées par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) et l'Inspection médicale du travail du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

46. Guignon et Sandret, 2005 a et b.

47. Les principales différences entre les expositions considérées respectivement par Carex et par Sumer concernent la fumée du tabac et les rayonnements solaires qui ont été inclus dans Carex et n'ont pas été évalués dans Sumer. En ce qui concerne la méthodologie, Sumer est vraisemblablement plus précis que Carex : c'est une enquête basée sur des entretiens menés par des médecins du travail auprès d'un échantillon représentatif et étendu. Carex est basé sur des estimations tirées de la littérature épidémiologique qui ont permis de construire un système de matrices-expositions appliqué aux données de l'emploi des différents pays couverts.

Il est vraisemblable que le pourcentage de travailleurs exposés en Belgique est d'un ordre comparable à celui de la France. Le nombre de cancers indemnisés comme maladies professionnelles reste très bas. D'une année à l'autre, il peut osciller entre 110 et 220 cas. Les cancers reconnus tendent à se concentrer sur ceux qui sont causés par une exposition à l'amiante. Sur la base de données publiées par Eurogip (2010), le nombre de cancers indemnisés comme maladies professionnelles et causés par une autre exposition que l'amiante est de l'ordre d'une trentaine de cas par an⁴⁸.

Le FMP ne publie pas de données précises concernant les cancers et la proportion de femmes parmi les cas reconnus. Karim Wilmotte du FMP a bien voulu effectuer ces calculs dans le cadre de notre enquête. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 22 Cancers reconnus comme maladies professionnelles entre 2001 et 2010

	Hommes	Femmes	Total	Mésothéliomes plèvre et péritoine (dont femmes)
2001	108	2	110	58 (0)
2002	139	3	142	72 (0)
2003	158	2	160	84 (0)
2004	133	2	135	60* (0)
2005	166	4	170	97 (4)
2006	171	4	175	102 (3)
2007	163	1	164	91 (0)
2008	206	6	212	128 (6)
2009	191	4	195	105 (4)
2010	150	4	154	81 (0)
Total 2001-2010	1585	32	1617	878 (17)

* En 2004, en plus des 60 cas identifiés comme "mésothéliome" ou "mésothéliome de la plèvre", 12 cas ont été identifiés comme "tumeur maligne du cœur, du médiastin et de la plèvre". / Source : FMP

Les femmes représentent environ 2 % de l'ensemble des cas de cancer reconnus comme maladies professionnelles. Les mésothéliomes représentent environ 54 % de l'ensemble des cas reconnus. Parmi les cas de mésothéliome, les femmes représentent environ 2 % des cas.

Le nombre de nouveaux cas de cancer en Belgique est de l'ordre de 50 000 à 60 000 cas par an. Cela signifie que le pourcentage de cancers reconnus comme maladies professionnelles se situe entre un peu plus de 0,2 % et un peu moins de 0,4 % de l'ensemble des cas sur une base annuelle. On compte un peu plus de 30 000 cancers parmi les hommes et un peu plus de 25 000 cancers parmi les femmes. Si l'on calcule une moyenne approximative de 150

⁴⁸. À notre connaissance, aucun cancer n'a été reconnu sur la base du système ouvert. Sur la base de la liste, les cancers en dehors d'une exposition à l'amiante ne concernent qu'un petit nombre de localisations et un petit nombre d'agents causaux. Seuls les cancers des voies respiratoires supérieures (sinus et fosses nasales) causés par les poussières de bois dépassent 10 unités par an.

cancers par an déclarés comme maladies professionnelles parmi les hommes, cela représente de l'ordre de 0,5 % des cas. Pour les femmes, le pourcentage tombe à environ 0,1 % des cas.

Un projet mené depuis 2002 en France, dans le département de la Seine-Saint-Denis, fournit des indications intéressantes qui suggèrent que l'on sous-estime largement le rôle des conditions de travail dans les cancers féminins. Ce projet est basé sur des entretiens qui permettent de reconstituer la trajectoire professionnelle de malades atteints du cancer et soignés dans trois hôpitaux du département. Il identifie les expositions à des agents cancérigènes qui sont intervenues tout au long de cette vie professionnelle et permet, lorsque les conditions paraissent être réunies, d'introduire un dossier en vue de la reconnaissance d'une maladie professionnelle. 60 % des femmes dont l'itinéraire professionnel a été reconstitué ont été exposées à un ou plusieurs agents cancérigènes dans le cadre de leur travail (Thébaud-Mony, 2006).

Une telle méthodologie d'enquête présenterait un intérêt tout particulier en ce qui concerne les cancers féminins. On peut mentionner le fait qu'en Belgique, aucun cancer du sein n'a jamais été reconnu comme une maladie professionnelle alors qu'il existe des recherches qui montrent le lien entre les conditions de travail (certaines substances chimiques ainsi que le travail de nuit) et ces cancers. À notre connaissance, en Europe, seul le Danemark reconnaît, dans certaines conditions, les cancers du sein comme maladies professionnelles.

Analyse juridique et sociologique des processus de reconnaissance des maladies professionnelles

La reconnaissance d'une maladie est un processus dans lequel interviennent différents acteurs. La personne affectée, éventuellement ses ayants droit, et les services du Fonds des maladies professionnelles interviennent dans tous les dossiers. Différentes expertises médicales peuvent survenir ; la qualité des données établies par les services de prévention peut constituer un élément critique pour établir les conditions d'exposition. D'éventuels litiges seront tranchés par l'ordre judiciaire. L'ensemble de ces processus implique une interaction entre des critères juridiques et des critères médicaux. Les notions de causalité, de présomption, de probabilité ne sont pas univoques. À notre connaissance, la recherche tant juridique que sociologique a peu exploré ce domaine et la dimension de genre des critères retenus n'a été analysée qu'encore plus exceptionnellement⁴⁹. Un examen critique des procédures administratives du FMP et de la jurisprudence permettrait vraisemblablement de mieux comprendre comment se construit la représentation des maladies professionnelles et pourquoi cette construction est si défavorable aux femmes.

⁴⁹. Les travaux les plus systématiques proviennent d'Amérique du Nord et, tout particulièrement, du Québec. En Europe, on peut citer Probst (2009) qui étudie la dimension de genre dans la reconnaissance des troubles musculosquelettiques en Suisse.

Approfondissement des connaissances sur l'impact des conditions de travail concernant la santé des femmes

Différentes actions devraient être menées afin d'améliorer la connaissance de l'impact des conditions de travail sur la santé des femmes.

L'exploitation des données des résultats pour la Belgique de l'enquête sur les conditions de travail organisée par la Fondation de Dublin constitue certainement une opportunité à ne pas manquer.

Il serait également souhaitable de mener des analyses secondaires sur la base de l'Enquête santé en Belgique⁵⁰ et, en particulier, d'identifier les lacunes de celle-ci en ce qui concerne les conditions de travail de manière à développer un volet "conditions de travail" dans la prochaine enquête.

50. Cette enquête s'intéresse à l'état de santé des Belges et aux conséquences des problèmes de santé sur leur vie quotidienne. Elle vise aussi à examiner le recours aux différents services de soins, à la médecine préventive et à la consommation de médicaments, et à déterminer leur accessibilité pour les différents groupes socio-économiques. Pour en savoir plus, <https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifr/index4.htm>

Section 5

Quelques recommandations politiques

De multiples recommandations politiques pourraient être formulées sur la base de l'analyse de ce rapport. Les unes se rapportent de manière explicite à l'intégration de l'exigence de l'égalité entre les hommes et les femmes dans les politiques de santé au travail et, plus particulièrement, dans le domaine de la prévention et de l'indemnisation des maladies causées par le travail. Les autres indiquent à quel point l'analyse de genre ouvre la voie à une relecture critique de l'ensemble des dispositifs institutionnels. Elle permet de formuler des critères politiques qui contribuent à les faire fonctionner de manière plus cohérente et plus efficace par rapport aux valeurs qu'ils sont supposés représenter.

Pour une évaluation et une réforme du système actuel de reconnaissance des maladies professionnelles

L'ensemble de ce rapport suggère que le système actuel de reconnaissance des maladies professionnelles est de moins en moins adapté à l'évolution des conditions de travail. Les principes de base de la législation restent pertinents et justifient le maintien d'une branche spécifique de la sécurité sociale, mais le système de double délégation du Parlement vers l'Exécutif et de l'Exécutif vers le Comité de gestion du FMP a fini par consacrer une gestion conservatrice du système. Le souci de réaliser des économies semble constituer une fin en soi.

On pourrait ajouter qu'il s'agit d'économies plus apparentes que réelles pour deux raisons :

1. Une partie majeure des coûts est prise en charge par la branche soins de santé et indemnités de la sécurité sociale. Dans la mesure où le système belge de sécurité sociale est organisé sur la base d'un financement global, le déplacement de dépenses d'une branche vers l'autre ne fait qu'occulter les problèmes ;
2. La visibilité réduite des problèmes de santé au travail contribue à une moindre attention à la prévention. Il est probable que les coûts à moyen et long terme de l'absence de prévention contribuent à l'augmentation des dépenses de la sécurité sociale. Cela concerne les soins de santé, l'indemnisation des incapacités de travail, mais vraisemblablement aussi l'invalidité, les différentes formules de retraite anticipée (ou d'aménagement de fin de carrière) et le chômage.

Depuis 1963, aucun débat parlementaire de fond n'a concerné l'ensemble du système. Les inégalités de genre révèlent une inadéquation croissante. La liste

des maladies professionnelles devrait être complétée. Le système ouvert devrait être réorganisé et permettre un aménagement de la charge de la preuve quand des données épidémiologiques indiquent une prévalence plus élevée de certaines maladies dans certains secteurs ou dans certaines activités professionnelles. La déclaration obligatoire des maladies d'origine professionnelle devrait être étendue à l'ensemble du corps médical.

La réforme apparaît comme particulièrement prioritaire en ce qui concerne trois ensembles de pathologies : les cancers, les troubles musculosquelettiques et les pathologies liées aux facteurs psychosociaux.

Pour une activation du lien entre la reconnaissance des maladies professionnelles et la prévention

Le système actuel freine le développement de la prévention à plusieurs égards :

1. L'impossibilité d'invoquer la responsabilité civile des employeurs en raison des conditions très restrictives posées actuellement par l'article 51 des lois coordonnées sur les maladies professionnelles instaure un régime d'exception injustifiable dans les conditions actuelles. La Belgique est le seul pays européen à avoir maintenu, dans des termes aussi stricts, une immunité patronale au plan de la responsabilité civile. Le recours au droit commun de la responsabilité en cas de faute permettrait d'améliorer la situation des victimes (indemnisation intégrale du dommage au lieu de l'indemnisation forfaitaire) et de réduire les dépenses de la sécurité sociale (grâce à l'action en subrogation qui permettrait au FMP de récupérer les sommes payées auprès de l'employeur responsable). Il s'agirait surtout d'une mesure incitative importante en faveur de la prévention. Par le passé, différentes propositions de loi d'origine parlementaire ont tenté de modifier cet aspect de la législation. Elles n'ont pas abouti, notamment en raison de l'opposition du Conseil national du travail. Si l'opposition du patronat à toute réforme est explicable, celle des organisations syndicales⁵¹ repose sur une symétrie illogique entre le statut des travailleurs et celui des employeurs. La remise en cause de l'immunité civile de ces derniers n'implique pas de changer le régime de la responsabilité civile des travailleurs. Les pouvoirs de l'employeur en ce qui concerne l'organisation du travail justifient l'existence de régimes différents ;
2. L'activité de l'inspection du travail (contrôle du bien-être au travail) reste très limitée en ce qui concerne les facteurs qui contribuent à l'apparition de pathologies différées dans le temps. Un renforcement des moyens de l'inspection, notamment en ce qui concerne la médecine du travail, constitue certainement une condition indispensable de toute amélioration. Par ailleurs, un recours plus systématique à des mesures formelles et à des sanctions permettrait de mieux souligner que la santé au travail n'est pas

⁵¹ La position des organisations syndicales n'est pas unanime sur ce point. Ainsi, la principale fédération industrielle de la confédération syndicale socialiste FGTB s'est prononcée pour une réforme de la législation.

optionnelle, que les entreprises doivent répondre à des exigences publiques et sociales ;

3. La mise en place d'instances de socialisation est un défi important. Il existe de nombreuses informations éparses. Les expériences positives de prévention ne manquent pas dans les entreprises. Des spécialistes compétents dans les différents domaines de la santé et de la sécurité interviennent quotidiennement. L'absence d'institut national chargé de missions d'information et de recherche constitue certainement une des grandes faiblesses du système de prévention en Belgique.

La mixité : un objectif de la politique de santé et sécurité au travail

Actuellement, les politiques de l'égalité hommes-femmes et les politiques de santé et sécurité sont séparées par une barrière étanche. Il serait utile que les différents acteurs impliqués considèrent qu'un accès à l'ensemble des postes de travail, tant pour les femmes que pour les hommes, suppose qu'on améliore de façon significative les conditions de travail. La ségrégation sexuelle contribue à affaiblir la prévention en "naturalisant" un certain nombre de risques derrière des stéréotypes sur la virilité ou la féminité. Il serait donc utile de mener des actions de sensibilisation de tous les acteurs intervenant en santé au travail et de considérer la mixité comme un objectif à atteindre. Toute évaluation des risques devrait considérer si un poste de travail déterminé est accessible tant aux femmes qu'aux hommes dans des conditions qui ne portent pas atteinte à leur santé.

Dans les entreprises, une synergie positive pourrait être créée entre les compétences des conseils d'entreprise (CE) et celles des comités pour la prévention et la protection du travail (CPPT) pour soutenir des politiques intégrant les objectifs d'égalité et de santé au travail.

La définition d'une nouvelle stratégie belge pour la santé et la sécurité au travail⁵² pourrait fournir l'opportunité d'un tel changement d'orientation.

52. La stratégie actuelle s'étend de 2008 à 2012.

Conclusions

En 2001, le Conseil de l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a adopté son avis n° 45 dans lequel il analysait les conditions de travail et leur impact sur la santé en termes de genre. Il formulait un certain nombre de recommandations pour combattre les discriminations dans ce domaine. La plupart des recommandations formulées par cet avis n'ont pas été mises en œuvre.

Presque dix ans après son adoption, les données concernant la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles continuent à faire apparaître une importante sous-représentation des femmes qui ne semble pas être justifiée par des circonstances objectives concernant leurs conditions de travail.

L'analyse des données du FMP et leur confrontation avec les données concernant les conditions de travail soutiennent l'hypothèse d'une discrimination systémique à l'égard des femmes. Il s'agit d'une discrimination systémique dans le sens où elle est la résultante d'un ensemble de facteurs qui ne sont pas formulés sur la base du sexe, mais qui concourent à accroître l'invisibilité sociale, politique et institutionnelle des risques du travail parmi les femmes. Une partie de ces facteurs se trouve en amont du système de reconnaissance des maladies professionnelles. Les critères mêmes de la ségrégation professionnelle et de la valeur inférieure accordée au travail des femmes jouent un rôle important. Les lacunes de la législation sur la santé au travail, les moyens insuffisants accordés au contrôle de son application, la priorité accordée aux accidents par rapport aux maladies, la faiblesse des services de prévention doivent également être mentionnés. Par ailleurs, l'étanchéité entre les trois domaines politiques que sont la santé au travail, l'égalité de genre et la santé publique rend plus difficile une prise en compte cohérente des conditions de travail dans la production globale des inégalités. Autant il existe une littérature abondante et de qualité sur les inégalités salariales, autant la question de la mixité dans les conditions de travail semble reléguée à l'arrière-plan ou limitée à des réflexions sur les formations et la classification des fonctions.

L'existence de nombreux facteurs en amont entre en interaction avec des défauts propres au système de déclaration et d'indemnisation des maladies professionnelles. La liste des maladies reconnues correspond plus à des emplois masculins dans des industries traditionnelles qu'à la réalité du travail contemporain. Les critères de reconnaissance défavorisent les personnes qui ont eu un parcours professionnel irrégulier ou instable (précarité de l'emploi). Les travaux "périphériques" comme le nettoyage, l'emballage et le conditionnement, la maintenance et le stockage sont mal pris en compte. Les problèmes de santé

liés aux risques psychosociaux sont généralement ignorés et la reconnaissance des troubles musculosquelettiques reste problématique. En ce qui concerne les cancers, les études épidémiologiques ignorent largement les femmes.

Si cette analyse souligne la multitude des facteurs, elle ne devrait pas justifier l'inaction sous prétexte qu'il y aurait trop de réformes à faire et qu'elles concerneraient trop d'acteurs différents. De même, les lacunes en ce qui concerne les données ou la recherche ne devraient pas se transformer en des excuses pour ne pas changer dès à présent ce qui peut être clairement identifié comme des facteurs de discrimination. Il est vraisemblable que des améliorations même limitées peuvent concourir à créer une dynamique de contestation et de changement. Il serait dangereux d'attendre l'élaboration d'un plan d'action idéal et complet. Une révision critique de la liste des maladies professionnelles qui tienne compte de la dimension de genre, ainsi qu'une amélioration des possibilités que devrait offrir le système ouvert, sont deux maillons importants. Même s'ils ne suffisent pas à éliminer toute discrimination, ils pourraient contribuer à la réduire, pour autant qu'ils soient accompagnés d'un débat politique et relayés par des acteurs sociaux.

Bibliographie

- Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi del Lavoro (ANMIL) (2003) *La condizione della donna infortunata sul lavoro nella società*, Rome. http://www.inail.it/cms/pubblicazioni/rapporti/anmil/pdf/ANMILLIB_RET.pdf
- Association pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME) (2009) *La construction du cadastre des postes de travail en cause dans les cas de cancer du bassin Fos-Martigues*, Port de Bouc. <http://www.apcme.net/>
- Azaroff, L. S., C. Levenstein et D. H. Wegman (2002) "Occupational injury and illness surveillance: conceptual filters explain underreporting", *American Journal of Public Health*, 92 (9), 1421-1429.
- Barros Duarte, C. et M. Lacomblez (2006) "Santé au travail et discrétion des rapports sociaux", *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* (Pistes, revue électronique), 8 (2), 17 p.
- Brisacier, A.-C. (2008) *Contribution des médecins à la déclaration et à la reconnaissance des cancers professionnels en France*, thèse pour le doctorat de médecine, Bobigny, Université Paris 13.
- Bué, J., T. Coutrot et I. Puech (2004) *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Toulouse, Octarès Editions.
- Carder, M., S. Turner, R. McNamee et R. Agius (2009) "Work-related mental ill-health and 'stress' in the UK (2002-05)", *Occupational Medicine*, 59 (8), 539-544.
- Castro, M., S. Moreira et C. Silva Santos (2005) "Doenças profissionais na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2003 : um contributo para o diagnóstico e prevenção", *Segurança*, 166, 33-38.
- Chroniques Féministes (2002) "Le 'genre' des accidents du travail et des maladies professionnelles en Belgique", 80/82, 75-81.
- Coutanceau, C. (2007) "Approche critique de la prévention des cancers professionnels", *Préventique sécurité*, 94, 47-50.
- Daubas-Letourneux, V. et A. Thébaud-Mony (2003) "Organisation du travail et santé dans l'Union européenne", *Travail et emploi*, 96, 9-35.
- Dembe, A. E. (1996) *Occupation and disease: how social factors affect the conception of work related disorders*, New Haven, Yale University Press.
- Derriennic, F., A. Touranchet et S. Volkoff (1996) *Âge, travail, santé. Etudes sur les salariés de 37 à 52 ans, résultats de l'enquête ESTEV*, Paris, Editions de l'INSERM.
- Derriennic, F., M. J. Saurel-Cubizolles et C. Monfort (2003) "Santé, conditions de travail et cessation d'activité des salariés âgés", *Travail et emploi*, 96, 37-53.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2009) *La santé des femmes en France*, Paris, La Documentation française.
- Eurogip (2004) *Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en tant que maladies professionnelles en Europe ?*, Paris, Eurogip.

- Eurogip (2009) *Les maladies professionnelles en Europe : statistiques 1990-2006 et actualité juridique*, Paris, Eurogip.
- Eurogip (2010) *Cancers d'origine professionnelle : quelle reconnaissance en Europe ?*, Paris, Eurogip.
- Eurostat (2010) *Health and safety at work in Europe (1999-2007): a statistical portrait*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne.
- Geerkens, E. (2009) „Quand la silicose n'était pas une maladie professionnelle. Genèse de la réparation des pathologies respiratoires des mineurs en Belgique (1927-1940)“, *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56 (1), 127-141.
- Gollac, M. et S. Volkoff (2007) *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte.
- Guignon, N. et N. Sandret (2005a) *Les expositions aux produits cancérogènes*, Premières synthèses, 28-1, Paris, Dares.
- Guignon, N. et N. Sandret (2005b) "Les expositions aux produits cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques", *Documents pour le médecin du travail*, 104, 471-483.
- Hatzfeld, N. (2009) "Les malades du travail face au déni administratif : la longue bataille des affections périarticulaires (1919-1972)", *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56-1, 177-196.
- Institut national de veille sanitaire (INVS) (2010) "TMS d'origine professionnelle : une pré-occupation majeure", *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 5-6, 33-55.
- Kauppinen, T., J. Toikkanen, D. Pedersen, R. Young et M. Kogevinas (1998) *Occupational exposure to carcinogens in Belgium*, Helsinki, FIOH.
- Kauppinen, T., A. Saalo, E. Pukkala, S. Virtanen, A. Karjalainen et R. Vuorela (2007) "Evaluation of a national register on occupational exposure to carcinogens: effectiveness in the prevention of occupational cancer, and cancer risks among the exposed workers", *The Annals of Occupational Hygiene*, 51 (5), 463-470.
- Landrigan, P. J. et S. Markowitz (1989) "Current magnitude of occupational disease in the United States. Estimates from the New York State", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 572, 27-60.
- Lasfargues, G. (2005) *Départs en retraite et "travaux pénibles". L'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé*, Rapport de recherche, Noisy-Le-Grand, Centre d'Études de l'Emploi.
- Leconte, B. et A. Thébaud-Mony (2010) "Mémoire du travail et des expositions professionnelles aux cancérogènes. Enquête en Seine-Saint-Denis (France)", *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* (Pistes, revue électronique), 12 (3), 21 p.
- Lejeune, D. (2008) *La traçabilité des expositions professionnelles*, Paris, La Documentation française.
- Lippel, K. (1986) *Droit des accidentés du travail à une indemnisation : analyse historique et critique*, Montréal, Editions Thémis.
- Lippel, K., K. Messing, S. Stock et N. Vézina (1999) "La preuve de la causalité et l'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif : rencontre des sciences de la santé et du droit", *Recueil annuel de Windsor d'accès à la justice*, 17, 35-85.
- Lippel, K. (2002) *La notion de lésion professionnelle*, 4^e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais.
- Lippel, K. (2003) "Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec: systemic discrimination against women workers?", *International Journal of Health Services*, 33 (22), 253-281.

- Lippel, K. et J. Caron (2004) "L'ergonomie et la réglementation de la prévention des lésions professionnelles en Amérique du Nord", *Relations industrielles/Industrial Relations*, 59 (2), 235-272.
- Lippel, K. (2005) "Le harcèlement psychologique au travail : portrait des recours juridiques au Québec et des décisions rendues par la Commission des lésions professionnelles", *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* (Pistes, revue électronique), 7 (3), 21 p.
- Lippel, K. (2006) "L'accès à l'indemnisation pour les incapacités attribuables aux lésions psychiques et aux lésions musculosquelettiques reliées au travail au Québec", *Santé, société et solidarité*, 2, 91-102.
- Lippel, K. (2007) "Workers describe the effect of the workers' compensation process on their health: a Quebec study", *International Journal of Law and Psychiatry*, 30 (4-5), 427-443.
- Lippel, K. (2009) "Le droit québécois et les troubles musculo-squelettiques : règles relatives à l'indemnisation et à la prévention", *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* (Pistes, revue électronique), 11 (2), 37 p.
- Mengeot, M.-A. (2007) *Les cancers professionnels. Une plaie sociale trop souvent ignorée*, Bruxelles, ETUI.
- Messing, K. (dir.) (1999) *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*, Bruxelles, Bureau technique syndical européen (BTS).
- Messing, K. (2000) *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle ?*, Toulouse, Octarès Editions.
- Messing, K. (2008) "Les facteurs de risques sont-ils si différents pour les femmes ? (= Are women's risk factors so different?)", *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 69 (2), 114-116.
- Molitor, M. (2010) *Négociations et tensions autour de la création du Fonds amiante*, Courrier hebdomadaire du CRISP No 2048-2049, Bruxelles.
- Morse, T., C. Dillon et N. Warren (2000) "Reporting of work-related musculoskeletal disorder (MSD) to workers' compensation", *New Solutions*, 10 (3), 281-292.
- Molinié, A.-F. (2003) "Interroger les salariés sur leur passé professionnel : le sens des discordances", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51 (6), 589-605.
- Parent-Thirion, A., E. Fernández Macías, J. Hurley et G. Vermeylen (2007) *Quatrième enquête sur les conditions de travail*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes.
- Probst, I. (2009) "La dimension de genre dans la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles", *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* (Pistes, revue électronique), 11 (2), 16 p.
- Thébaud-Mony, A., L. Boujasson, M. Levy, C. Lepetit, P. Goulimaly, H. Carteron et M. Vincenti (2003) "Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine Saint-Denis (France)", *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* (Pistes, revue électronique), 5 (1), 26 p.
- Thébaud-Mony, A. (2006) "Histoires professionnelles et cancer", *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3 (163), 18-31.
- Thébaud-Mony, A. (2008) "Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis", *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 237-254.
- Thébaud-Mony, A., V. Daubas-Letourneux et A. Jean (2009) *Exposition professionnelle aux cancérogènes et parcours professionnels. Post-enquête SUMER 2003*, Rapport remis à la Dares, Paris, ministère de l'Emploi.
- Ugeux, J. (1995) "L'assurance contre les maladies professionnelles", in *Cinquante ans de sécurité sociale...et après ? volume 5. Quand le travail nuit à la santé*, Bruxelles, Bruylant.

- Vogel, L. (2003) *La santé des femmes au travail en Europe : des inégalités non reconnues*, Bruxelles, Bureau technique syndical européen (BTS).
- Volkoff, S. et A. Thébaud-Mony (2000) "Santé au travail : l'inégalité des parcours", in *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Éditions INSERM.
- Webb, G. R., S. Redman, C. Wilkinson et R. W. Sanson-Fisher (1989) "Filtering effects in reporting work injuries", *Accident Analysis and Prevention*, 21 (2), 115-123.

Liste des tableaux

Tableau 1	Évolution du nombre de maladies professionnelles reconnues pour 100 000 travailleurs (périodes 1990, 2000 et 2006)	23
Tableau 2	Déclarations obligatoires des maladies professionnelles par les médecins du travail	29
Tableau 3	Premières demandes, secteur privé, système liste + système ouvert en 2010	30
Tableau 4	Nombre de premières décisions positives, incapacité permanente dans le secteur privé + administrations provinciales et locales (APL), système ouvert	32
Tableau 5	Secteur privé, système liste, ensemble des indemnisations pour incapacité permanente en 2009	33
Tableau 6	Incapacité permanente : système ouvert, ensemble des cas indemnisés en 2009	35
Tableau 7	Mésothéliomes indemnisés par le Fonds amiante entre le 1 ^{er} avril 2007 et le 31 décembre 2010	37
Tableau 8	Asbestoses indemnisées par le Fonds amiante entre le 1 ^{er} avril 2007 et le 31 décembre 2010	39
Tableau 9	Votre travail implique-t-il de soulever ou de déplacer des personnes ? Réponses positives en Belgique pour au moins un quart du temps de travail (en %)	45
Tableau 10	Votre travail implique-t-il de porter ou déplacer des charges lourdes ? Réponses positives en Belgique pour au moins un quart du temps de travail (en %)	45
Tableau 11	Votre travail implique-t-il presque tout le temps des mouvements répétitifs de la main ou du bras ? Réponses positives en Belgique (en %)	45
Tableau 12	Incapacité permanente reconnue en 2009 (secteur privé) pour des pathologies susceptibles d'être rattachées aux TMS (vibrations mécaniques exclues)	46
Tableau 13	Indicateurs de risque de TMS par catégorie socioprofessionnelle et sexe (2007)	47
Tableau 14	Nombre de TMS reconnus et indemnisés en France – période 2005 à 2009	48
Tableau 15	Prévalence des principaux TMS du membre supérieur (réseau Pays de la Loire – France, 2002-2004) (en %)	48
Tableau 16	Fractions de risque attribuable (FRAE) pour les professions présentant un excès de risque de syndrome du canal carpien chez les femmes (France) (en %)	49
Tableau 17	Pensez-vous que votre santé ou votre sécurité courent un risque en raison de votre travail ? Réponses positives en Belgique (en %)	49
Tableau 18	Votre travail affecte-t-il votre santé ? Résultats de l'enquête 2010 en Belgique (en %)	50
Tableau 19	Pensez-vous que vous pourrez faire le même travail qu'actuellement lorsque vous aurez 60 ans ? Réponses en Belgique (en %)	50
Tableau 20	Au cours de ces douze derniers mois avez-vous travaillé alors que vous étiez malade ? Réponses en Belgique (en %)	50
Tableau 21	Taux d'emploi dans la tranche d'âge 55-64 ans en Belgique (en %)	51
Tableau 22	Cancers reconnus comme maladies professionnelles entre 2001 et 2010	53

Annexe 1

Liste des maladies professionnelles reconnues (situation en janvier 2010)

Groupe 1.1	Maladies professionnelles provoquées par les agents chimiques suivants
1.101	Arsenic ou ses composés
1.102	Béryllium (glucinium) ou ses composés
1.103.01	Oxyde de carbone
1.103.02	Oxychlorure de carbone
1.103.03	Acide cyanhydrique
1.103.04	Cyanures
1.103.05	Composés du cyanogène
1.103.06	Isocyanates
1.104	Cadmium ou ses composés
1.105	Chrome ou ses composés
1.106	Mercure ou ses composés
1.107	Manganèse ou ses composés
1.108.01	Acide nitrique
1.108.02	Oxydes d'azote
1.108.03	Ammoniaque
1.109	Nickel ou ses composés
1.110	Phosphore ou ses composés
1.111	Plomb ou ses composés
1.112.01	Oxydes de soufre
1.112.02	Acide sulfurique
1.112.03	Hydrogène sulfuré
1.112.04	Sulfure de carbone
1.113	Thallium ou ses composés
1.114	Vanadium ou ses composés
1.115.01	Chlore
1.115.02	Composés inorganiques du chlore
1.115.03	Brome
1.115.04	Composés inorganiques du brome
1.115.05	Iode
1.115.06	Composés inorganiques de l'iode
1.115.07	Fluor ou ses composés
1.116	Hydrocarbures aliphatiques ou alicycliques constituants de l'éther de pétrole et de l'essence
1.117	Dérivés halogénés des hydrocarbures aliphatiques ou alicycliques
1.118.01	Alcools
1.118.02	Dérivés halogénés d'alcools
1.118.03	Glycols
1.118.04	Dérivés halogénés des glycols
1.118.05	Éthers

1.118.06	Dérivés halogénés des éthers
1.118.07	Cétones
1.118.08	Dérivés halogénés des cétones
1.118.09	Esters organiques
1.118.10	Dérivés halogénés d'esters organiques
1.118.11	Esters organophosphoriques
1.119.01	Acides organiques
1.119.02	Aldéhydes
1.119.03	Dérivés amidiques d'aldéhydes
1.119.021	Méthanal (formaldéhyde)
1.120.01	Nitrodérivés aliphatiques
1.120.02	Esters de l'acide nitrique
1.121.01	Benzène
1.121.02	Homologues du benzène
1.121.03	Naphtalènes
1.121.04	Homologues des naphtalènes
1.121.05	Autres hydrocarbures aromatiques polycycliques condensés
1.122	Dérivés halogénés des hydrocarbures aromatiques
1.123.01	Phénols ou homologues
1.123.02	Dérivés halogénés des phénols
1.123.03	Thiophénols ou homologues
1.123.04	Dérivés halogénés des thiophénols
1.123.05	Naphtols ou homologues
1.123.06	Dérivés halogénés des naphtols
1.123.07	Dérivés halogénés des alkylaryloxydes
1.123.08	Dérivés halogénés des alkylarylsulfures
1.123.09	Benzoquinone
1.124.01	Amines aromatiques ou hydrazines aromatiques
1.124.02	Les dérivés halogénés, phénoliques, nitrosés, nitrés ou sulfonés des amines ou hydrazines aromatiques
1.125.01	Nitrodérivés des hydrocarbures aromatiques
1.125.02	Nitrodérivés des phénols ou de leurs homologues
1.130	Zinc et composés
1.132	Platine et composés
2.107	Hydrocarbures aliphatiques autres que ceux visés sous 1.116
2.108.01	Amines aliphatiques
2.110.01	Vinylbenzène (styrène)
9.101	Terpènes
9.102	Cobalt ou composés du cobalt
Groupe 1.2	Maladies professionnelles de la peau causées par des substances et agents non compris sous d'autres positions
	Affections cutanées et cancers cutanés dus :
1.201.01	à la suie
1.201.02	au goudron
1.201.03	au bitume
1.201.04	au brai

1.201.05	à l'anthracène ou ses composés
1.201.06	aux huiles minérales
1.201.07	à la paraffine brute ou aux composés de la paraffine
9.201.08	au carbazol ou ses composés
9.201.09	aux sous-produits de la distillation de la houille
1.202	Affections cutanées provoquées dans le milieu professionnel par des substances non considérées sous d'autres positions

Groupe 1.3 Maladies professionnelles provoquées par l'inhalation de substances et agents non compris sous d'autres positions

1.301.11	Silicose
1.301.12	Silicose associée à la tuberculose pulmonaire
2.301.01	Graphitose
2.301.02	Stibiose
9.301.20	Affections bénignes de la plèvre et du péricarde provoquées par l'amiante
1.301.21	Asbestose
1.301.22	Asbestose associée à la tuberculose pulmonaire
1.301.23	Asbestose associée à un cancer du poumon
1.301.24	Pneumoconioses dues aux poussières de silicates
1.302	Affections broncho-pulmonaires dues aux poussières ou fumées d'aluminium ou de ses composés
1.303	Affections broncho-pulmonaires dues aux poussières de métaux durs
1.304	Affections broncho-pulmonaires causées par les poussières de scories Thomas
1.305.01	Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués dans le milieu professionnel par les bois de teck et de kamballa
1.305.02	Farinose
1.305.03.01	Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués dans le milieu professionnel par le bois
1.305.03.02	Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués dans le milieu professionnel par les antibiotiques
1.305.04	Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués dans le milieu professionnel par les enzymes protéolytiques
1.305.05.01	Alvéolite allergique extrinsèque
1.305.05.02	Sidérose
1.305.06.01	Asthme professionnel provoqué par une hypersensibilité spécifique due à des substances qui ne figurent pas dans d'autres rubriques
1.305.06.02	Rhinite allergique provoquée par une hypersensibilité spécifique due à des substances qui ne figurent pas dans d'autres rubriques
1.305.07	Fièvres des métaux provoquées par l'inhalation de fumées d'oxydes de métaux non repris sous d'autres positions
2.306.01	Affections cancéreuses des voies respiratoires supérieures provoquées par les poussières de bois
2.306.02	Maladies pulmonaires provoquées par l'inhalation de poussières de coton, de lin, de chanvre, de jute, de sisal et de bagasse
9.307	Mésothéliome provoqué par l'amiante
9.308	Cancer du poumon provoqué par l'amiante
9.310	Cancer du larynx provoqué par l'amiante

Groupe 1.4	Maladies professionnelles infectieuses et parasitaires
1.401.01	Ankylostomiase
1.401.02	Anguillules de l'intestin (<i>Strongyloides stercoralis</i>)
1.402.01	Paludisme
1.402.02	Amibiase
1.402.03	Trypanosomiase
1.402.04	Dengue
1.402.05	Fièvre à pappataci
1.402.06	Fièvre de Malte
1.402.07	Fièvre récurrente
1.402.08	Fièvre jaune
1.402.09	Peste
1.402.10	Leishmaniose
1.402.11	Pian
1.402.12	Lèpre
1.402.13	Typhus exanthématique
1.402.14	Autres rickettsioses
1.402.15	Bilharziose
1.402.16	Shigellose
1.402.17	Filariose
1.403.01	Maladies infectieuses ou parasitaires transmises à l'homme par des animaux ou débris d'animaux
1.403.02	Tétanos
1.403.03	Hépatite A du personnel exposé au contact avec des eaux usées contaminées par des matières fécales
1.404.01	Tuberculose chez le personnel s'occupant de prévention, soins, assistance à domicile, recherches et autres activités professionnelles dans des institutions de soins où un risque accru d'infection existe
1.404.02	Hépatite virale chez le personnel s'occupant de prévention, soins, assistance à domicile, recherches et autres activités professionnelles dans des institutions de soins où un risque accru d'infection existe
1.404.03	Autres maladies infectieuses chez le personnel s'occupant de prévention, soins, assistance à domicile, ou travaux de laboratoire et autres activités professionnelles dans des institutions de soins où un risque accru d'infection existe
Groupe 1.6	Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques
1.601	Maladies provoquées par les radiations ionisantes
1.602	Cataracte provoquée par le rayonnement thermique
1.603	Hypoacousie ou surdité provoquée par le bruit
1.604	Affections provoquées par la compression ou décompression atmosphérique
1.605.01	Affections ostéo-articulaires des membres supérieurs provoquées par les vibrations mécaniques
1.605.01x	Maladies ostéo-articulaires provoquées par les vibrations mécaniques : 1605011 - membres supérieurs 1605012 - lésions dorsales 1605013 - membres supérieurs + lésions dorsales
1.605.02	Affections angio-neurotiques des membres supérieurs provoquées par les vibrations mécaniques

1.605.03	Syndrome mono ou polyradiculaire objectivé de type sciatique, syndrome de la queue de cheval ou syndrome du canal lombaire étroit : – consécutif à une hernie discale dégénérative provoquée par le port de charges lourdes ou par des vibrations mécaniques transmises au corps par le siège, à la condition que le syndrome radiculaire se produise pendant l'exposition au risque professionnel ou, au plus tard, un an après la fin de cette exposition ; ou – consécutif à une spondylose-spondylarthrose dégénérative précoce au niveau L4-L5 ou L5-S1, provoquée par le port de charges lourdes ou par des vibrations mécaniques transmises au corps par le siège.
1.605.11	Affections ostéo-articulaires des membres supérieurs provoquées par les vibrations mécaniques
1.605.12	Affections de la colonne lombaire associées à des lésions dégénératives précoces provoquées par les vibrations mécaniques transmises au corps par le siège
1.606.11	Maladies des bourses périarticulaires dues à des pressions, cellulites sous-cutanées
1.606.21	Maladies dues au surmenage des gaines tendineuses, du tissu péri-tendineux, des insertions musculaires et tendineuses chez les artistes du spectacle
1.606.41	Arrachement par surmenage des apophyses épineuses
1.606.51	Atteinte de la fonction des nerfs due à la pression
1.607	Nystagmus des mineurs
Groupe 1.7	Maladies professionnelles qui ne peuvent être classées dans une autre catégorie
1.701	Affections de caractère allergique provoquées par le latex naturel après un mois au moins d'exposition au risque professionnel
1.702	Syndrome hémolytique provoqué par le trihydrure d'antimoine
1.711	Syndrome psychoorganique provoqué par des solvants organiques
1.712	Encéphalopathie aiguë provoquée par les dérivés hydrogénés du bore

Annexe 2

Groupes de pathologies dans les statistiques du FMP

A	Surdité
B	Système h�matopo�i�tique
C	Canal carpien
D	Affections cutanées
E	Principalement arrachement par surmenage des apophyses épineuses
H	Hépatites virales
L	Affections lombaires
M	Affections osseuses, articulaires des membres supérieurs
N	Pathologie nez-gorge-oreille autre que la surdité
R	Système respiratoire
S	Pathologie osseuse, articulaire, discale
T	Tendinites
U	Maladies des bourses périarticulaires
V	Pathologie vasculaire
X	Atteinte générale (pathologie infectieuse, rénale, nerveuse, pathologies non reprises sous d'autres rubriques)
Y	Pathologie oculaire

Annexe 3

Recommandations

Sigles utilisés dans les recommandations

SPF ETC	Service public fédéral – Emploi, travail et concertation sociale
SPF SP	Service public fédéral – Santé publique
IEFH	Institut pour l'égalité des femmes et des hommes
SEPP	Services externes de prévention et de protection du travail
SIPP	Services internes de prévention et de protection du travail
CPPT	Comités pour la prévention et la protection du travail
FMP	Fonds des maladies professionnelles
ISP	Institut scientifique de santé publique
BCSS	Banque carrefour de la sécurité sociale
AIM	Agence Intermutualiste

Recommandation 1

Analyser les données statistiques de l'enquête européenne sur les conditions de travail (Fondation de Dublin) selon la dimension de genre

Contexte

La Fondation de Dublin a rendu publics en 2011 les premiers résultats de sa cinquième enquête sur l'évolution des conditions de travail depuis vingt ans en Europe. À l'initiative du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (SPF ETC), en 2010, l'échantillon pour la Belgique a été élargi pour concerner 4000 individus. Au contraire de nombreux pays européens, aucune enquête nationale sur les conditions de travail n'est réalisée sur une base régulière dans notre pays. Il y a lieu de se saisir de cette initiative en vue d'exploiter au mieux les données collectées.

Pistes d'action

- Intervention de l'Institut pour l'égalité des chances entre les hommes et les femmes et des organisations syndicales auprès du SPF ETC en vue de privilégier une méthodologie visant à développer des analyses statistiques prenant en compte la dimension de genre et de développer des indicateurs de genre (loi du 12 janvier 2007, avis n° 123 du 12/06/2009 du Conseil de l'égalité des chances entre hommes et femmes) lors du traitement de la partie "belge" de l'enquête. Autrement dit, il s'agit dans le traitement de l'enquête de considérer la variable sexe dans sa transversalité par rapport à toutes les autres variables proposées dans l'analyse.
- Réitérer régulièrement l'initiative prise par le SPF ETC en vue d'obtenir un suivi des conditions de travail en Belgique au niveau national.
- Vérifier la représentativité des secteurs d'activité de l'échantillon.
- Favoriser la diffusion des analyses de l'enquête sur les conditions de travail auprès des acteurs de terrain (conseillers en prévention, médecins du travail) et d'experts des conditions de travail (universités, organisations syndicales) en vue d'échanges et de concertations en matière de prévention.

Acteurs concernés

SPF ETC, Organisations syndicales, SEPP, SIPP, Associations professionnelles de conseiller en prévention et de médecins du travail

Recommandation 2

Élargir les analyses réalisées dans le cadre de l'Enquête Santé en vue d'obtenir des informations reliant santé, travail et expositions aux risques

Contexte

L'enquête de santé belge par interview de l'Institut scientifique de santé publique (ISP) a été administrée à quatre reprises (1997, 2001, 2004, 2008). L'examen du contenu des différents questionnaires et des rapports présentent un intérêt évident en matière de santé publique, mais aussi de santé au travail notamment au travers des thèmes : état de santé de la population, santé subjective, douleur physique, affections chroniques et limitations, santé mentale et inégalités socio-économiques.

En 2002, le Conseil de l'égalité des chances entre hommes et femmes avait porté un avis très détaillé sur l'enquête de santé en prévision de l'enquête de 2005 (Avis n° 51 du 13/09/2002 relatif à l'Enquête santé, 2001) ; il avait mis en évidence que les "enquêtes de 1997 et de 2001 sur la santé en Belgique ne fournissaient que très peu d'éléments permettant aux pouvoirs publics de mener une politique de santé visant à réduire les inégalités entre hommes et femmes". Il suggérait aussi d'ajouter à l'enquête un volet relatif à la santé au travail. Cet avis reste d'actualité.

Pistes d'action

- Favoriser le développement des analyses statistiques de l'ISP non seulement sur base des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, degré d'urbanisation du lieu de résidence), mais également sur base du statut socio-économique de l'individu, de sa profession et du secteur d'activité où il exerce en vue d'apporter des éléments en matière de santé au travail (Loi du 12/01/2007 et avis n° 123 du 12/06/2009 CECHF).
- Favoriser le traitement de l'enquête en vue de considérer la variable sexe dans sa transversalité par rapport à toutes les autres variables proposées dans l'analyse.
- Ajouter à la prochaine enquête de santé un volet relatif à la santé au travail.

Acteurs concernés

ISP, SPF Santé Publique

Recommandation 3

Développer plus avant l'identification des cancers professionnels en vue de leur prévention

Contexte

Les données disponibles concernant les rapports entre cancer et travail en Belgique sont particulièrement limitées et fragmentaires par rapport à celles dont on dispose dans d'autres pays. Il n'existe aucune donnée consolidée socialisée sur le nombre de travailleurs exposés, sur les conditions concrètes d'exposition et sur le suivi de la santé des travailleurs belges en la matière. Or, la faiblesse des données contribue à la faiblesse de la prévention.

La Fondation Registre du Cancer est un réseau national qui collecte les données relatives aux nouveaux cas de cancer en Belgique de manière systématique depuis 2005. La Fondation publie un certain nombre de statistiques, lesquelles sont établies selon une classification internationale des organes atteints ; les taux d'incidence sont établis par âge, par sexe et régions.

Pistes d'action

- Améliorer la collecte des données du Registre du Cancer en prenant en compte le statut socioprofessionnel de l'individu ; le cas échéant, son métier et son secteur d'activité.
- Coupler les données du Registre du Cancer avec les données du Datawarehouse "Marché du travail et protection sociale" une fois/an.
- Donner pour mission à la Fondation Registre du Cancer et/ou au FMP et/ou aux mutuelles d'interroger un certain nombre d'individus développant des cancers pouvant résulter d'une exposition professionnelle sur leur trajectoire professionnelle (rôle vigie en matière de santé au travail et de prévention).
- Favoriser les échanges d'informations et la réalisation de travaux entre le FMP et Fondation Registre du Cancer (rôle vigie en matière de santé au travail et de prévention).
- Favoriser la diffusion des informations et des travaux réalisés auprès des acteurs de terrain (conseillers en prévention, médecins du travail) et d'experts des conditions de travail (universités, organisations syndicales) en vue d'échanges et de concertations en matière de prévention.

Acteurs concernés

FMP, Fondation Registre du cancer, BCSS, SPF ETC, SPF SP, SEPP, SIPP, Associations professionnelles de conseillers en prévention et de médecins du travail, AIM et Mutuelles

Recommandation 4

Procéder à des analyses approfondies des déclarations et des indemnisations de maladies professionnelles

Contexte

Le FMP publie chaque année son rapport annuel. La plupart des informations statistiques sont désormais ventilées selon le genre (sauf les professions et les industries). Dans le but de répondre aux avis n° 45 et 123 du Conseil de l'égalité des Chances entre Hommes et Femmes, ces informations statistiques devraient comprendre outre une ventilation selon le genre des analyses permettant une analyse plus fine des indicateurs de genre selon le type d'industrie, la profession, les postes de travail occupés, l'organisation du travail et l'exposition aux risques des individus. L'objectif étant bien entendu la santé au travail et la prévention.

Pistes d'action

- Sensibiliser les acteurs syndicaux présents au Comité de Gestion du FMP à la nécessité d'analyses approfondies selon le genre et le secteur d'activité des maladies professionnelles enregistrées.
- Favoriser le traitement des données recueillies par le FMP de manière à considérer la variable sexe dans sa transversalité par rapport à toutes les autres variables proposées dans l'analyse.
- Sensibiliser les membres du Comité scientifique du FMP.

Acteur concerné

FMP

Recommandation 5

Analyser au plan juridique et sociologique les processus de reconnaissance des maladies professionnelles

Contexte

À notre connaissance, la recherche tant juridique que sociologique a peu exploré ce domaine et la dimension de genre des critères retenus n'a été analysée qu'encore plus exceptionnellement. Un examen critique des procédures administratives du FMP et de la jurisprudence permettrait vraisemblablement de mieux comprendre comment se construit la représentation des maladies professionnelles et pourquoi cette construction est si défavorable aux femmes.

Pistes d'action

- Sensibiliser les acteurs syndicaux présents au Comité de Gestion du FMP à la nécessité d'un examen critique des procédures administratives du FMP.
- Sensibiliser les membres du Comité scientifique du FMP.

Acteur concerné

FMP

Recommandation 6

Développer des outils permettant d'identifier l'impact à moyen et long terme des maladies professionnelles (des accidents du travail) sur l'emploi

Contexte

En Belgique, le taux d'emploi des femmes est particulièrement bas entre 55 et 64 ans. En 2009, il représente environ un tiers de celui des femmes de 25 à 54 ans alors que la proportion est de l'ordre de la moitié pour les hommes. L'accumulation d'atteintes à la santé tout au long de la vie professionnelle est de nature à créer un processus d'usure par le travail qui peut contribuer à ce phénomène. Il serait utile de vérifier dans quelle mesure les femmes pour lesquelles une maladie professionnelle a été reconnue arrivent à conserver leur emploi.

Pistes d'action

- Coupler certaines données relatives aux maladies professionnelles avec les données du Datawarehouse "Marché du travail et protection sociale" de la BCSS en vue d'examiner la trajectoire professionnelle des femmes qui se sont vues reconnaître une maladie professionnelle et/ou une incapacité de travail.
- Compléter le travail quantitatif par un travail qualitatif autour d'entretiens avec des personnes affectées par un problème de santé au travail en vue de développer la prévention des maladies professionnelles.

Acteurs concernés

FMP, FAT, BCSS, AIM et Mutuelles, SPF ETC

Recommandation 7

Soutenir l'obligation de déclaration des maladies professionnelles et la création d'un carnet de liaison entre les professionnels de santé permettant de suivre la trajectoire professionnelle des individus (profession, secteur d'activité, conditions de travail)

Contexte

La déclaration des maladies professionnelles constitue une obligation de la part des médecins du travail qui ont constaté une maladie ou en ont été informés par un autre médecin en fonction de quatre critères : maladie reprise dans la liste ; maladie non reprise dans la liste belge, mais qui figure sur une des deux listes de la recommandation de l'Union européenne ; maladie dont l'origine professionnelle est établie ou même simplement soupçonnée ; en cas de prédisposition à une de ces maladies ou des premiers symptômes d'une de ces maladies chaque fois que cette constatation pourrait affecter la stabilité de l'emploi ou le salaire de la personne affectée.

Lors de la Conférence annuelle de la Société Scientifique de Médecine du Travail (7 mai 2011), le FMP a fait part d'une initiative visant à supprimer la communication au médecin-inspecteur du travail de la DG du Bien-être au travail du SPF ETC de la copie de la déclaration de maladie professionnelle en vue d'une simplification administrative. Cependant, le bien-être au travail et la prévention sont des missions dont le SPF ETC à la charge. Cette initiative ne nous semble dès lors pas adéquate.

Par ailleurs, une des conclusions d'une recherche (en cours) financée par le SPF ETC (2011) indique la nécessité de communiquer et d'échanger des informations relatives à la situation professionnelle des individus entre différents professionnels de la santé : médecin du travail, médecin généraliste et médecin-conseil.

L'obligation de déclarer les maladies professionnelles s'applique également à la fonction publique. Toutefois, en Belgique, les statistiques du secteur public restent très confidentielles

Pistes d'action

- Sensibiliser les différents acteurs à la nécessité de socialiser l'information plutôt qu'à la restreindre en vue de favoriser la prévention des maladies professionnelles.
- Sensibiliser les représentants des travailleurs à l'utilité de la déclaration d'une maladie professionnelle (prévention) indépendamment de la reconnaissance et de l'indemnisation de la maladie professionnelle.
- Développer et socialiser des statistiques faisant mention de l'évolution des maladies professionnelles dans la fonction publique, les institutions et les entreprises publiques fédérales et régionales.

Acteurs concernés

Organisations syndicales, FMP, SPF ETC, SPF SS (Medex, Empeva, etc.), SEPP, SIPP, Associations professionnelles des conseillers en prévention et des médecins du travail