

Actualisation du tableau 57 des maladies professionnelles:

(paragraphe A)

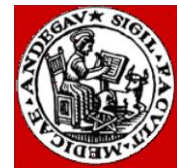
Pr Yves Roquelaure

Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail

– EA 4336 - IFR 132, Angers, Unité associée à l'Institut de veille sanitaire – Université d'Angers et CHU Angers

yvroquelaure@chu-angers.fr

Site Web du LEEST: www.univ-angers.fr/leest/



univ
angers

Demande de révision du tableau 57

- **Demande ancienne de la DRP de la CNAM-TS**
 - Harmonisation des décisions de reconnaissances au niveau national
 - Précision des diagnostics médicaux et des critères d'exposition
- **Saisine de la Commission des Maladies Professionnelle (28 mai 2009)**
- **Groupe de travail chargé de réviser le tableau n° 57 des maladies professionnelles**
 - Présidé par Pr Paul Frimat
 - Représentants des partenaires sociaux (employeurs, salariés)
 - Représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale
 - Experts (consultatifs) désignés par la Société Française de Médecine du travail et la Société Française de rhumatologie
 - Rédaction d'un rapport scientifique (sans proposition de révision)
 - Débat des membres de la Commission pour élaborer des propositions de révision du tableau 57 sur la base d'un **consensus médico—économico-administratif**
 - Propositions de révision du tableau 57 (à la Commission des MP qui reste souveraine)
- **Décision de la Commission des maladies professionnelles et du Ministère du travail**
- **Décret du Ministère du travail (17 octobre 2011)**

Troubles Musculo-Squelettiques (TMS)

- **Pathologies d'hypersollicitation des tissus mous péri articulaires liées à l'activité professionnelle**
 - **Syndrome douloureux et gêne fonctionnelle**
 - **Cadre nosographique complexe**
 - Douleurs non spécifiques (locales, régionales, multiples)
 - Tendinopathies (épaule, coude, poignet-main)
 - Syndromes canaux (coude, canal carpien)
 - Affections aiguës, subaiguës et chroniques
 - **Relation au travail**
 - Maladies multifactorielles liées au travail
 - Maladies reconnues en maladie professionnelle
 - Maladies aggravées par le travail



TMS : maladie professionnelle ou maladie liés au travail ?

■ Maladies liées au travail

- « *pour lesquelles l'environnement de travail et la réalisation du travail **contribue de manière significative** à l'étiologie mais comme l'un des nombreux facteurs d'une maladie **multifactorielle*** » ([Rapport technique OMS, Genève, 1985: «*Identification et contrôle des maladies attribuables au travail*»])

■ Maladie professionnelle

- « *État pathologique d'installation progressive, résultant de l'exposition habituelle et normale à un risque déterminé dans le cadre de l'exercice d'une profession* »
 - Maladie mentionnée dans un tableau de maladie professionnelle
 - Contractée dans les conditions mentionnées dans le tableau
 - Présomption d'origine sans avoir à apporter la preuve du lien de causalité entre la maladie et l'activité professionnelle
 - Indemnisation forfaitaire

- Réseau de surveillance épidémiologique dans les Pays de la Loire (InVS)
 - Douleurs non spécifiques de l'épaule* en population salariée (2002-2004)

	Prévalence 12 mois	Prévalence 7 jours
■ Hommes	34 % (32-36)	17 % (16-19)
■ Femmes	39 % (36-41)	23 % (21-25)
 - Syndrome de la coiffe des rotateurs* (2002-2004)
 - Hommes: **6,6 %** (5,6-7,6) (**12,2 %** (8,3-16,1) > 50 ans)
 - Femmes: **8,5 %** (7,1-9,9) (**15,1 %** (9,8-20,3) > 50 ans)
- PMSI MCO: actes de **chirurgies de la coiffe** des rotateurs de l'épaule (acromioplastie) en 2005 (Source ATIH, HAS 2009): **31 824**
- Reconnaissance en **maladie professionnelle** en 2008 (régime général SS)
 - **10 245****
 - + 39 % entre 2004 et 2008 (+ 30 % pour MP 57)
 - ~ 30 % de l'ensemble des MP 57

* Roquelaure *et al.* Arthritis Rheum 2006;55:765-78; **CNAM-TS (2009)

Imputabilité au travail

- **Bilan des connaissances**
 - anatomo-cliniques
 - Médico-chirurgicales
 - biomécaniques
 - physiologiques
 - ergonomiques

- **Revue systématique de la littérature épidémiologique en soins primaires et milieu de travail**
 - Majorité d'étude sur les TMS non spécifiques
 - Littérature récente sur les tendinopathies de la coiffe des rotateurs de l'épaule

Affections périarticulaires de l'épaule

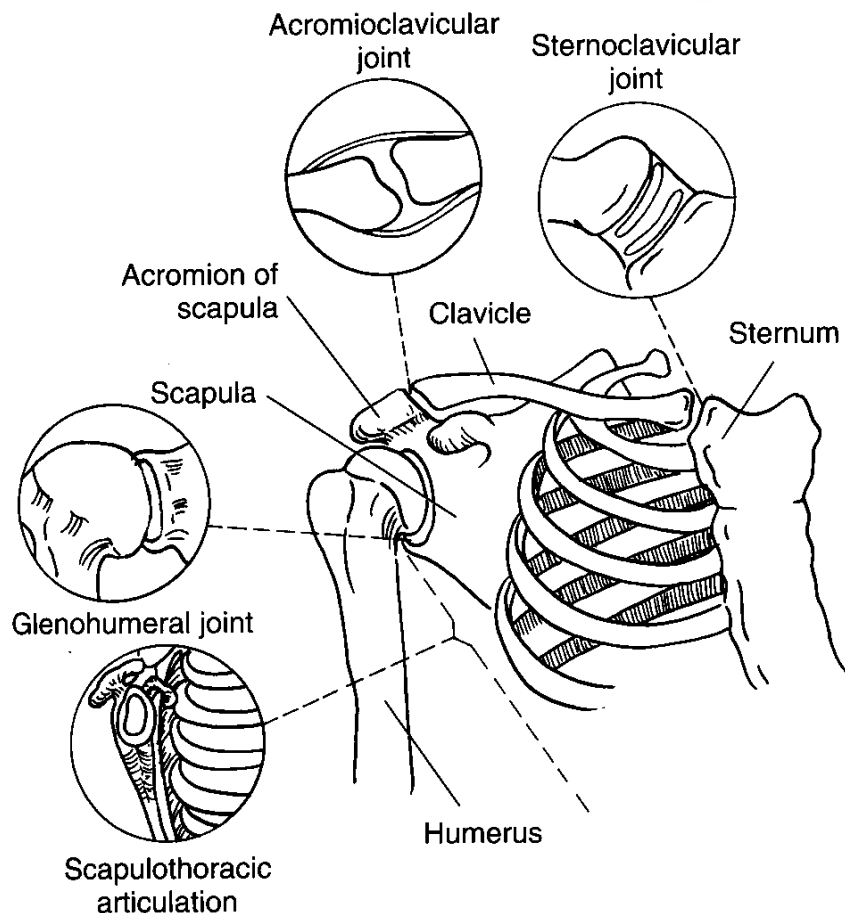
- **Une région anatomique complexe:**
 - Ceinture scapulaire: complexe articulaire et biomécanique
- **Des contraintes biomécaniques importantes**
 - Support de la mobilité du MS
 - Charnière entre MS et rachis
- **Siège des régulations posturales du MS**
 - Stratégies de coordination posturo-cinétiques
 - Liens avec le niveau de stress
- **Un cadre nosologique complexe:**
- Tendinite de la coiffe
 - Aigue
 - Dégénérative
- Capsulite (épaule gelée)
- Autres atteintes spécifiques
 - Epaule hyperalgique=> pathologie calcifiante
 - Arthropathie AC
 - Epaule instable
 - STTB
 - Neuropathie canalaire (sus-scapulaire, circonflexe)
- Scapulalgies non spécifiques

Pathologie de la coiffe des rotateurs (HAS, 2001)

- **Pathologie de la coiffe des rotateurs (CDR) : terme générique**
 - qui sous-tend une lésion de type **dégénératif ou traumatique** localisée aux **tendons de la CDR** (supra-épineux, infra-épineux, sub-scapulaire, petit rond (teres minor)) et/ou à leurs annexes (bourse synoviale...).
 - Il englobe également les atteintes de même type localisées à la partie proximale du tendon du **chef long du muscle biceps brachial** (biceps brachii) (ou à sa synoviale, ténosynovite).
 - Ces lésions peuvent prendre des **allures diverses**, tant du point de vue clinique que pathologique, et vont de la **tendinopathie «simple»** à la **rupture tendineuse avérée**.

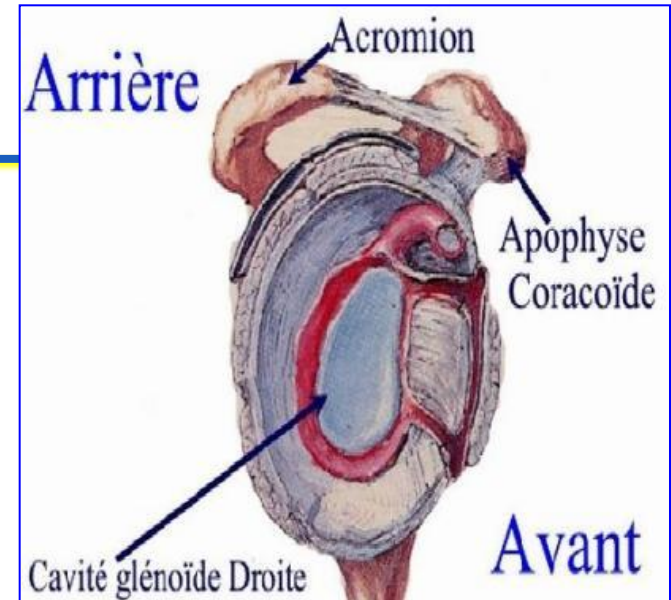
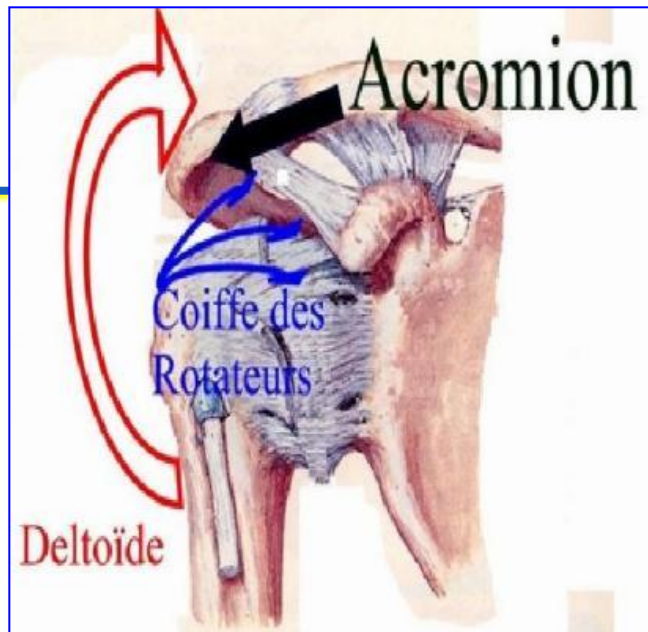
Complexe articulaire de l'épaule

articulations inter-dépendantes et espaces de glissement



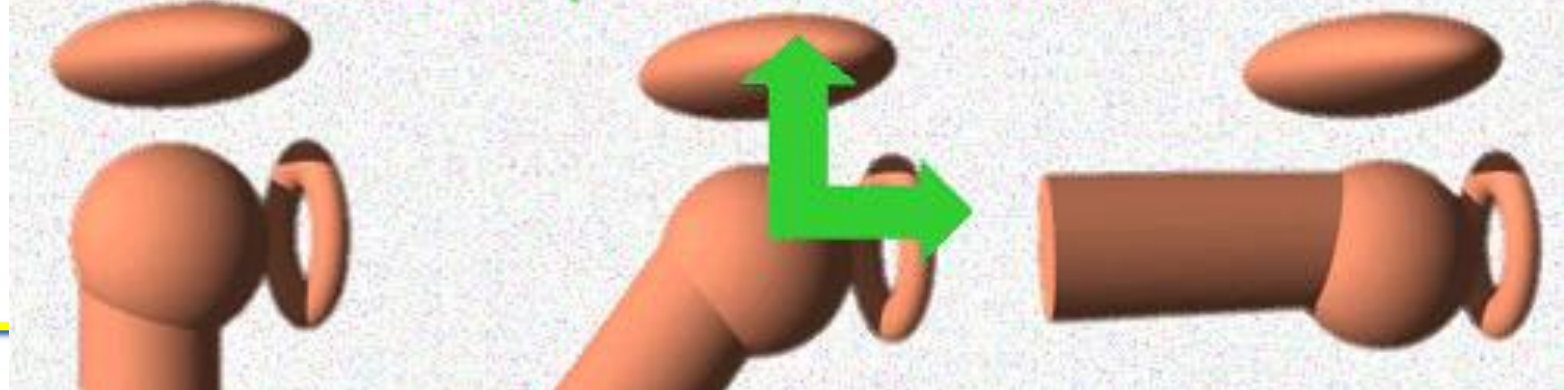
- gléno-humérale
 - acromio-claviculaire
 - sterno-claviculaire
 - scapulo-thoracique
- ⇒ mobilité importante
- ⇒ instabilité
- ⇒ muscles générateurs de couples et stabilisateurs de la ceinture scapulaire

Anatomie de la coiffe des rotateurs de l'épaule

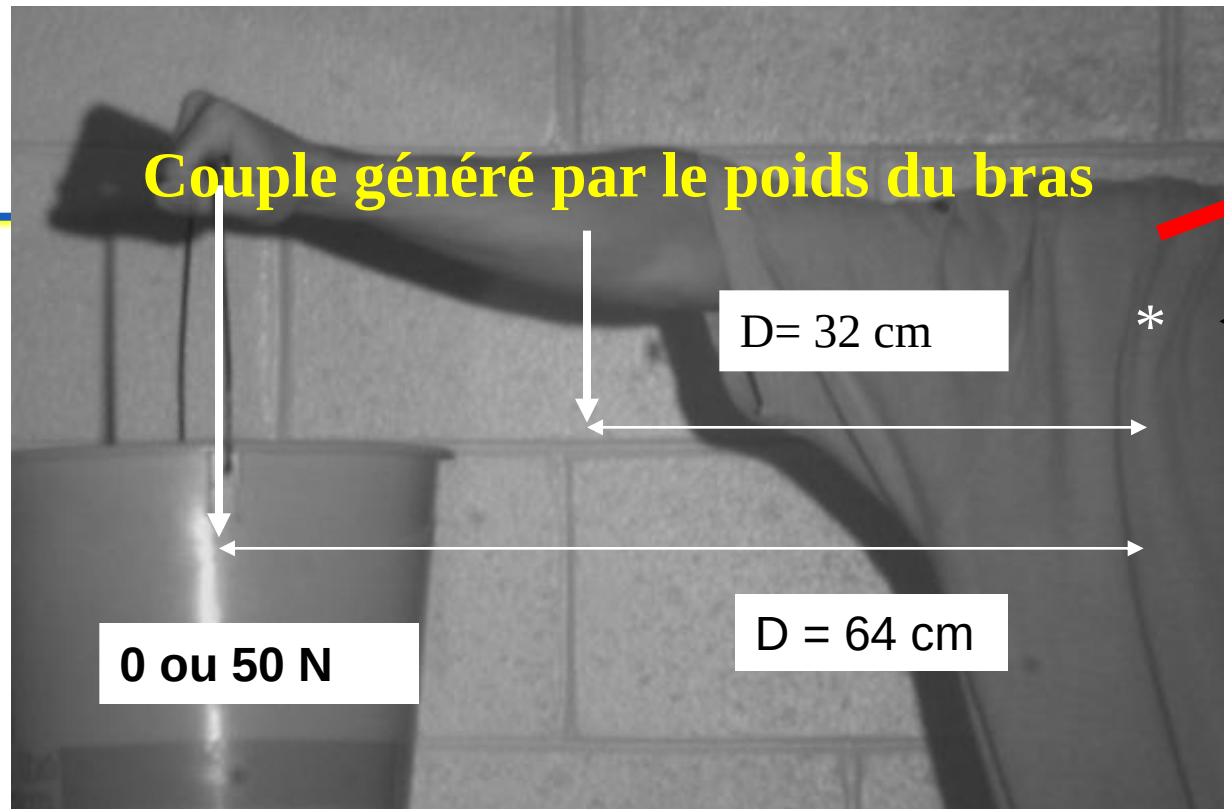


Normalement :

équilibre entre deltoïde (↑) et coiffe (→)
= rotation simple de la tête humérale



RO + rôle stabilisant des ligaments gléno-huméral supérieur, moyen et inférieur



Couple généré par le muscle deltoïde

Rotation de l'épaule

Loi d'équilibre des 'forces' et des 'couples'

A vide: $F_{\text{deltoïde}} \times 0,05 = P_{\text{ms}} \times 0,32 \Rightarrow F_{\text{deltoïde}} = (50 \times 0,32) / 0,05 = 320 \text{ N}$

Seau de 5 Kg: $F_{\text{deltoïde}} \times 0,05 = P_{\text{ms}} \times 0,32 + (50 \times 0,64)$
 $\Rightarrow F_{\text{deltoïde}} = 320 + (50 \times 0,64) / 0,05 = 320 + 640 = 960 \text{ N}$

Seau de 10 Kg: $F_{\text{deltoïde}} = 320 + (100 \times 0,64) / 0,05 = 320 + 1280 = 1600 \text{ N}$

1. Incompétence progressive de la coiffe des rotateurs

**Forces
(répétées
/soutenues)**



- Déformations visco-élastiques
- Micro-ruptures
- Modification des fibres collagènes
- Microcalcifications tendineuses



**Dégénérescence
tendineuse
Tendinopathie
Rupture**

2. Hyperpression du supraépineux (phénomène de loge)

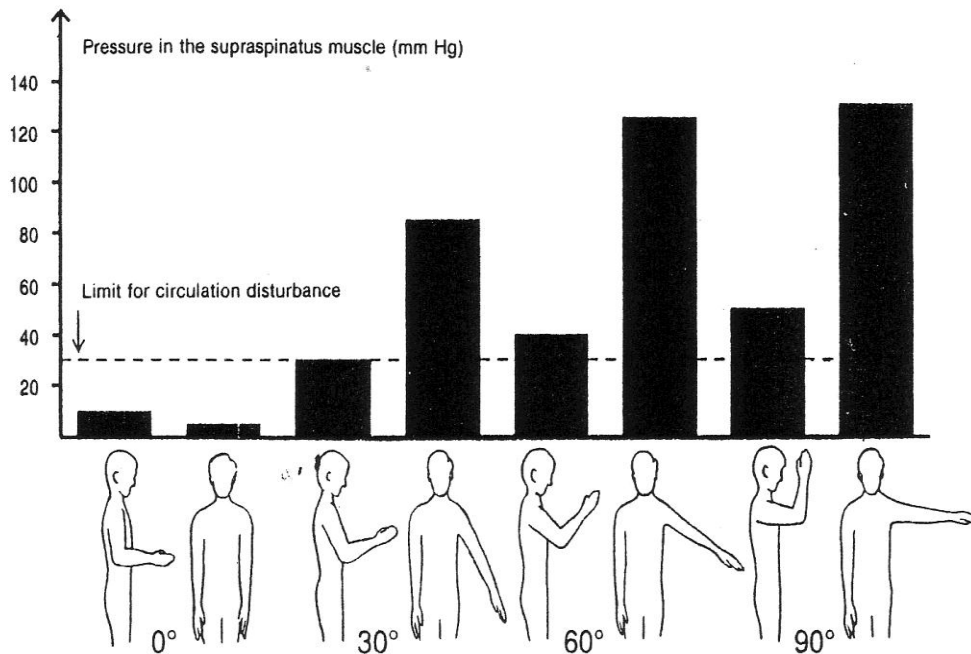
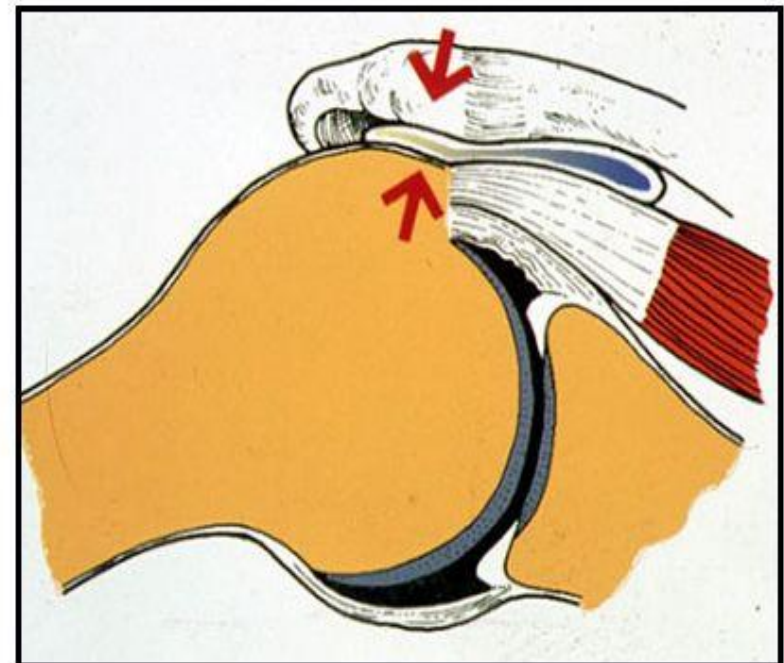
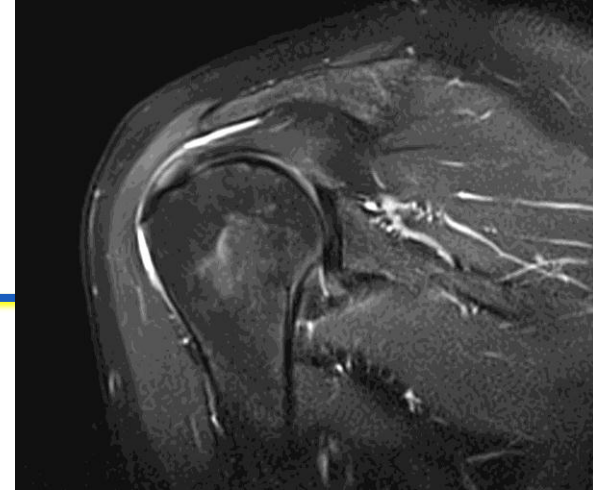


Figure 3.4 Pressure in the supraspinatus muscle according to arm and shoulder position.

3. Conflit sous-acromial (secondaire)



Fréquence des atteintes tendineuses de la coiffe des rotateurs augmente avec l'âge



■ Modifications tissulaires

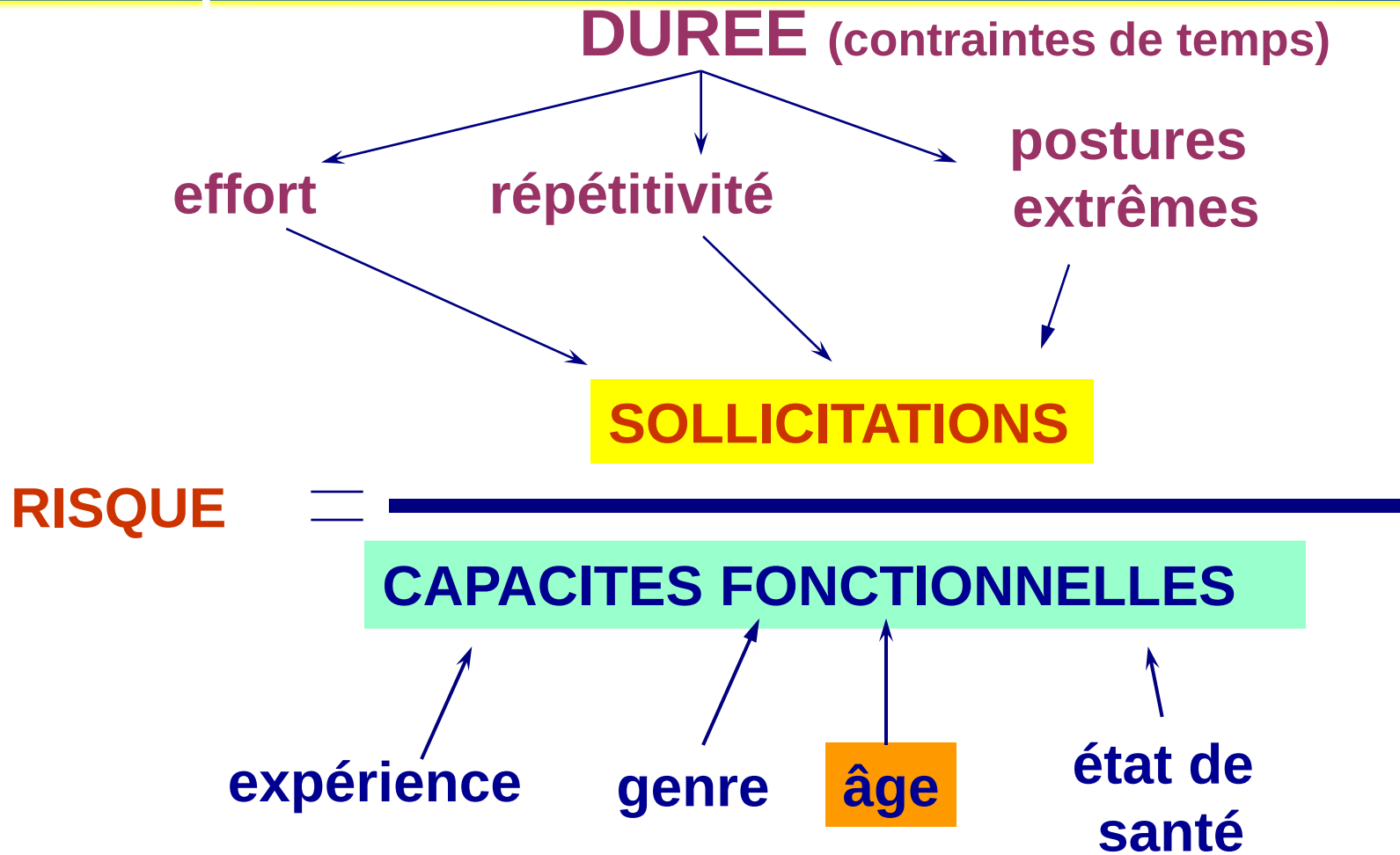
- Diminution teneur en eau et protéoglycanes
- Diminution de la synthèse du collagène
- Diminution du diamètre des fibrilles de collagène
- Réduction de l'activité des ténocytes
- Diminution de l'élasticité et de la résistance (> 60 ans)
- Capacité d'adaptation et de récupération diminuées

■ Dégénérescence progressive à la face profonde du tendon du supra-épineux liée à l'âge.

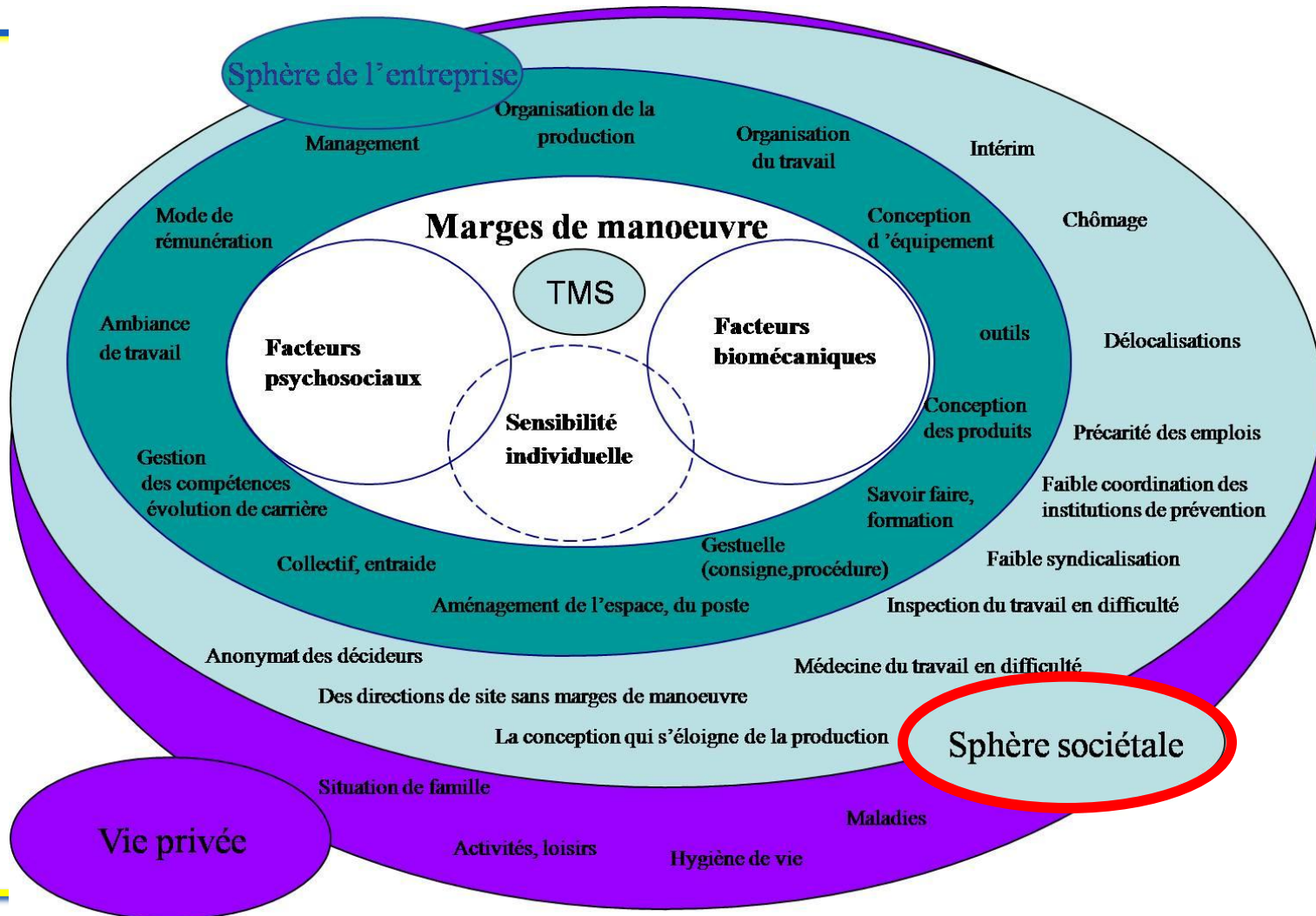
■ Fréquence des ruptures tendineuses asymptomatiques

- Lésions échographiques: 23 % chez les 50-59 ans (Tempelhof et al, 1999)
- âge « critique » se situerait vers 55 ans (50-60 ans).

Modèle biomécanique des TMS



Modélisation multi-niveaux des TMS



(ANACT, 2000; Courarel, 2009)

- **Revue systématique de Van Rijn (SJWEH 2010):**
 - associations fortes et pratiquement constantes entre les tendinopathies de la coiffe des rotateurs et l'exposition professionnelle:
 - **contraintes posturales (abduction de l'épaule),**
 - **au travail en force ou pénible,**
 - **au travail répétitif**
 - **aux vibrations générées par les outils vibrants.**
 - définition précise des facteurs plus délicate à établir compte tenu du nombre limité d'études de bonne qualité.

Tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule

- *Des études plus récentes non prises en compte par la revue de Van Rijn et al. montrent une augmentation du risque de TCR pour des amplitudes d'abduction de l'épaule au-delà de 60° .*



Recommandations des experts mandatés par la CMP

- La littérature clinique, physiologique et ergonomique sur les TMS de l'épaule montre qu'il est nécessaire d'adopter une représentation multifactorielle de ces affections complexes.
- (...) Outre la posture du bras et la durée d'application des contraintes, il est nécessaire de prendre en considération l'intensité des efforts de la main et les conditions de réalisation du mouvement (cinématique, environnement) pour évaluer la charge musculo-squelettique de l'épaule.
- Les principaux facteurs biomécaniques de risque de tendinopathie de la coiffe des rotateurs identifiés par la littérature biomécanique et clinique sont
 - la posture de l'épaule en abduction > 60° prolongée ou répétée,
 - l'antépulsion et la rétropulsion extrême de l'épaule prolongées ou répétées,
 - les contraintes dynamiques répétées des muscles de l'épaule et la répétitivité élevée des gestes sans temps de récupération ;
 - l'intensité élevée des efforts de la main, la manipulation de charges lourdes et le port de charges lourdes sur l'épaule ;
 - l'exposition aux vibrations générées par des outils tenus en main
 - l'exposition au froid ;
- et surtout la combinaison de ces facteurs.

- **Le rôle des facteurs psychosociaux est clairement démontré pour les TMS non spécifiques et possible pour les TCR.**
 - Selon une modélisation biomédicale, ils interviendraient comme facteurs de risque indirects de TCR en déterminant l'intensité des facteurs de risque directs, comme l'intensité des efforts ou l'absence de temps de récupération.
 - Ils agiraient aussi en entravant les capacités de récupération fonctionnelle et donc de réparation tissulaire, par l'intermédiaire des effets physiopathologiques du stress qu'ils engendrent.
- **Enfin, le rôle des facteurs organisationnels doit être évoqué dans la réflexion sur la réparation des TMS de l'épaule en tant que facteurs de risque indirects, c'est-à-dire en tant que déterminant des conditions matérielles, cognitives, psychologiques et sociales de réalisation de la tâche.**

Démarche diagnostique devant une épaule douloureuse (HAS, 2005)

- **Le diagnostic est clinique**
 - Sensible
 - Peu spécifique pour les ruptures
- **Imagerie de première intention**
 - Radiographie simple (HAS)
 - Echographie
 - *Opérateur dépendant*
 - *Examen dynamique*
- **Imagerie de deuxième intention**
 - IRM
 - Bilan tendineux (pré-chirurgical)
 - Inadaptée pour calcifications (++)
 - *Preuve médico-administrative*
 - *Relecture possible*
 - Arthro-IRM, TDM, arthro-TDM



Qu'attendre de l'imagerie de l'épaule ?

- **Pas d'intérêt pour la surveillance médicale des salariés: diagnostic clinique**
 - Protocole de surveillance clinique « européen » (Site web InVS et INRS)
- **Confirmation du diagnostic de TCR**
 - Eliminer une tendinopathie calcifiante
 - Eliminer les principaux diagnostics différentiels
- **Préciser la nature et/ou l'étendue des lésions tendineuses**
 - Tendinopathie aiguë (non indiquée)
 - Tendinopathie chronique
 - Rupture partielle
 - Rupture totale

Examens complémentaires de première intention (HAS, 2005)

■ Radiographie standard

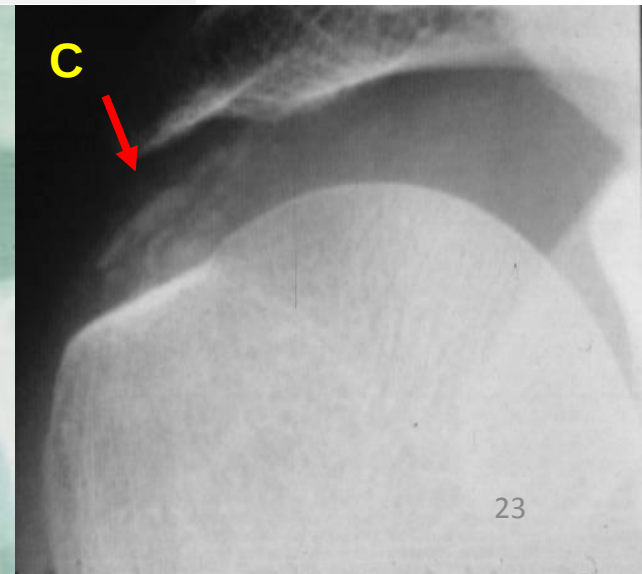
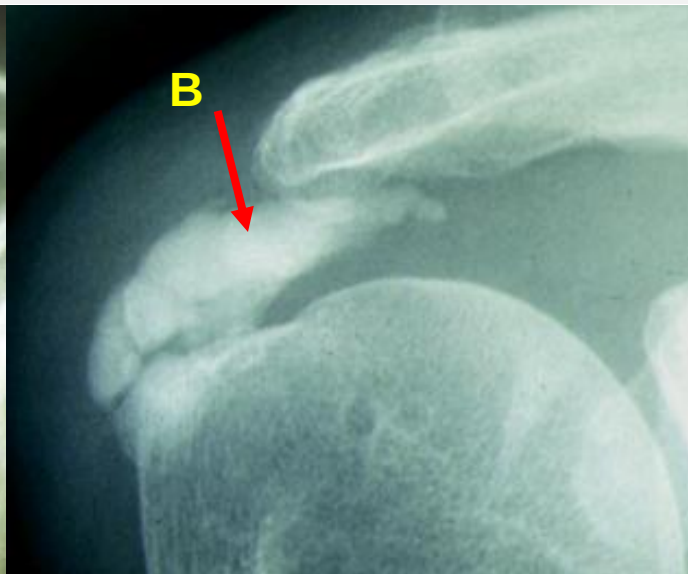
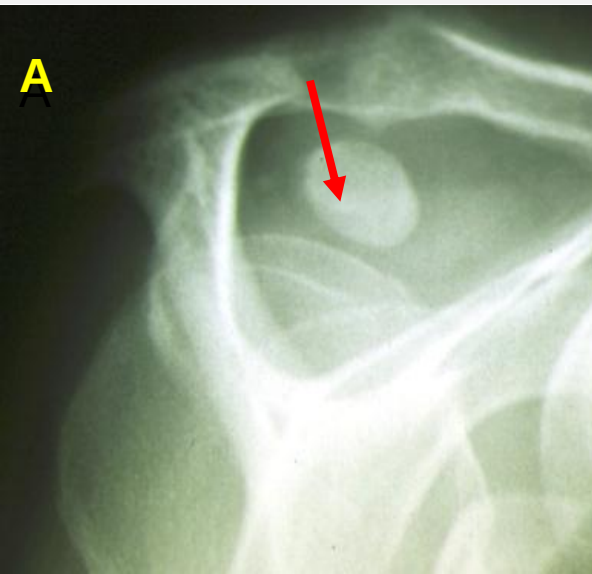
Espace sous-acromial ≤ 7 mm

Omarthrose secondaire



Tendinopathies calcifiantes de la coiffe des rotateurs

- Terrain féminin, rares avant 30 ans et après 70 ans
- Bilatérales et symptomatiques (25 %) ou asymptomatiques (75 %), parfois plurifocales (hanche)
- Supra-épineux (75 %), infra-épineux (20 %), subscapulaire (5 %)
- **Lien non démontré avec les sollicitations biomécaniques**
- Calcifications d'apatite carbonée
 - Classification Société Française d'Arthroscopie
 - Type A: denses arrondies bien limitées
 - Type B: polylobées à contours nets
 - Type C: inhomogènes à contours festonnés
 - **Type D: enthésopathies (signe de tendinopathie chronique)**



Éliminer une tendinopathie calcifiante

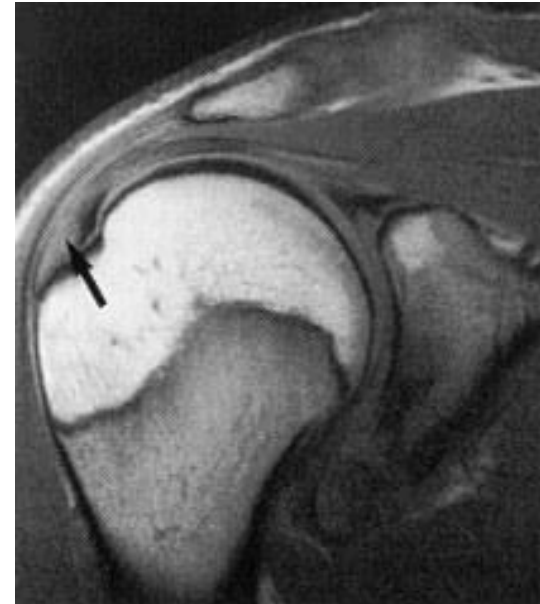
- **Présence de microcalcifications de « type D »**
 - Correspond à des enthésopathies
 - pas un obstacle à la validation du diagnostic par le médecin conseil
- **Présence de grosses calcifications (A-B-C)**
 - Rejet médical
- **Présence de petites calcifications de type C**
 - Association et/ou interaction avec une pathologie d'hypersollicitation de l'épaule (si ne succède pas à une calcification de type A ou B)
 - Intérêt de l'imagerie par IRM en plus de la radiographie simple pour montrer des **signes de tendinopathies chroniques**
 - Consensus à construire avec les médecins conseils pour éviter les rejets médicaux trop stricts en cas de demande de MP

- **Éliminer les principaux diagnostics différentiels**
 - **Atteintes non mécaniques de l'épaule**
 - arthrite infectieuse, inflammatoire, métabolique, ostéonécrose,
 - douleurs projetées
 - **Épaules mécaniques autres que TCR**
 - bursite calcifiante (épaule aiguë hyperalgique), arthrose acromio-claviculaire, épaules douloureuses et instables, atteinte neurologique de l'épaule, épaules douloureuses d'origine cervicale (NCB), etc.
 - **Épaules douloureuses et enraidies**
 - capsulite rétractile, omarthrose, etc.

Préciser la nature et/ou l'étendue des lésions tendineuses

- **Tendinopathie aiguë non calcifiante non rompue**
 - **Diagnostic clinique et normalité de l'imagerie (IRM non requise)**
- **Tendinopathie chronique non calcifiante non rompue**
 - Description des lésions tendineuses dégénératives
 - ✓ Irrégularité des fibres,
 - ✓ Délamination du tendon, etc.
- **Tendinopathie chronique non calcifiante rompue**
 - Description des lésions tendineuses
 - localisation,
 - étendue (transfixiante, partielle)
 - Critères pronostiques
 - atrophie musculaire, dégénérescence graisseuse, etc.

Tendinite du supra-épineux sur une coupe coronale oblique en écho de spin T1 se traduisant par un hypersignal relatif de la partie distale du tendon.



Que doit préciser le radiologue dans un contexte médico-administratif ?

- **Rédaction du compte –rendu d’imagerie**
 - Pièce médicale importante pour la reconnaissance en maladie professionnelle
 - Source de rejet médical (*calcification*)
 - Source d’erreur d’interprétation par le médecin du travail, médecin conseil, etc.
 - Éviter les mots « inquiétants » susceptibles de iatrogénie (cf. rachis)
 - Acromion agressif, vulnérant, etc.
 - Description précise et minutieuse des lésions tendineuses
 - Morphologie du tendon
 - ✓ Désorganisation et irrégularité des fibres, délamination
 - ✓ Rupture transfixiante, partielle
 - Trophicité musculaire
 - Pas de jugement sur l’imputabilité professionnelle
 - Standardisation des examens et de la rédaction du compte-rendu

Synthèse des experts

- Le diagnostic de tendinopathies (aiguës) non calcifiantes de la coiffe des rotateurs de l'épaule est clinique
- Le diagnostic lésionnel de tendinopathies chroniques non calcifiantes nécessite le recours à l'IRM en l'état actuel de la pratique échographique.
- Le caractère non calcifiant de la tendinopathie ne doit pas exclure les enthésopathies calcifiantes.

Tableau 57 relatifs aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail: paragraphe A

Décret 2011-1315 du 17 octobre 2011

<i>Désignation de la maladie</i>	<i>Désignation de la maladie (2011)</i>
Epaule douloureuse simple (tendinopathie de la coiffe des rotateurs) 	Tendinopathie <u>aiguë</u> non rompue non calcifiante* avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs (pas d'imagerie requise) Tendinopathie <u>chronique</u> non rompue non calcifiante* avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM**
Epaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple	Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM** * ou un arthroscanner en cas de contre-indication à l'IRM.

- La présence de microcalcifications correspondant à des enthésopathies n'est pas un obstacle à la validation du diagnostic par le médecin conseil
- Une capsulite rétractile non associée à une tendinopathie de la coiffe ne fait pas partie des pathologies listées dans le tableau

Proposition du groupe de travail de la CMP:

Délai de prise en charge

- Compte tenu de la difficulté à fixer de manière précise les délais de prise en charge requis au vu des connaissances scientifiques disponibles, ceux-ci ont été déterminés par consensus entre les experts et les partenaires sociaux.
- Ainsi, afin de prendre en compte les délais de réalisation des examens clinique, radiologique et de l'IRM, les délais de prise en charge ont été allongés comme suit :
 - **30 jours pour la tendinopathie aiguë ;**
 - **6 mois pour la tendinopathie chronique ;**
 - **1 an pour la rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs.**

Durée d'exposition

- Les études épidémiologiques démontrent que la probabilité de survenue d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs **augmente avec la durée d'exposition**.
- Toutefois, compte tenu de la difficulté à fixer de manière précise les durées minimales d'exposition requises, celles-ci ont été déterminées **par consensus** entre les experts et les partenaires sociaux.
- Le groupe de travail a donc choisi de retenir une durée d'exposition de **6 mois pour la tendinopathie chronique** et d'**un an pour la rupture** de la coiffe des rotateurs.
- Aucune durée d'exposition n'a été fixée pour la tendinopathie aiguë compte tenu des conditions de survenue de cette pathologie.

Tableau 57 relatifs aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail: paragraphe A

Décret 2011-1315 du 17 octobre 2011

<i>Désignation de la maladie</i> 1991	<i>Délai de prise en charge</i>	<i>Désignation de la maladie</i> 2011	<i>Délai de prise en charge</i>
Epaule douloureuse simple (tendinopathie de la coiffe des rotateurs)	7 jours	Tendinopathie <u>aiguë</u> non rompue non calcifiante* avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs	30 jours
		Tendinopathie <u>chronique</u> non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM**	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois).
Epaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple	90 jours	Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM**	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'1 an)

** ou un arthroscanner en cas de contre-indication à l'IRM.

Proposition du groupe de travail de la CMP:

Liste limitative des travaux

- La littérature clinique, physiologique, ergonomique et épidémiologique consacrée aux tendinopathie de la coiffe des rotateurs confirme **l'origine multifactorielle de ces pathologies liés à des facteurs biomécaniques, psychosociaux et organisationnels.**
- Toutefois, compte tenu de la difficulté d'évaluer les facteurs organisationnels et psychosociaux, et afin de ne pas multiplier les critères mentionnés dans la liste, il a été décidé **ne retenir que les facteurs biomécaniques** pour lesquels les données scientifiques disponibles sont plus précises. Parmi ces derniers, **deux facteurs** déterminants ont été choisis :
 - l'abduction de l'épaule à un angle supérieur ou égal à 60°
 - et la durée et/ou la répétition de l'effort.

Liste limitative des travaux

- Comme le suggèrent les données scientifiques disponibles, deux hypothèses ont été retenues pour la tendinopathie chronique et la rupture de la coiffe des rotateurs :
 - Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule en abduction avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 2 heures par jour en cumulé ;
 - Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule en abduction avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins 1 heure par jour en cumulé.
 - En l'absence de données scientifiques précises concernant la tendinopathie aiguë, le groupe de travail a retenu un angle d'abduction à 60° et une durée d'exposition de 3h30 correspondant à la moitié de la durée légale de travail.

Tableau 57 relatifs aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail: paragraphe A

Décret 2011-1315 du 17 octobre 2011

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux
Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs	30 jours	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction** avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3h30 par jour en cumulé
Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM*	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction** : - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé <u>Ou</u> - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé
Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM*	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'1 an)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction**: - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé <u>Ou</u> - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé

** les mouvements en abduction correspondent aux mouvements entraînant un décollement des bras par rapport au corps.

Activité



Physique

- maintien statique de la prise
- mouvement répété de coupe
- déplacement avec la chaîne

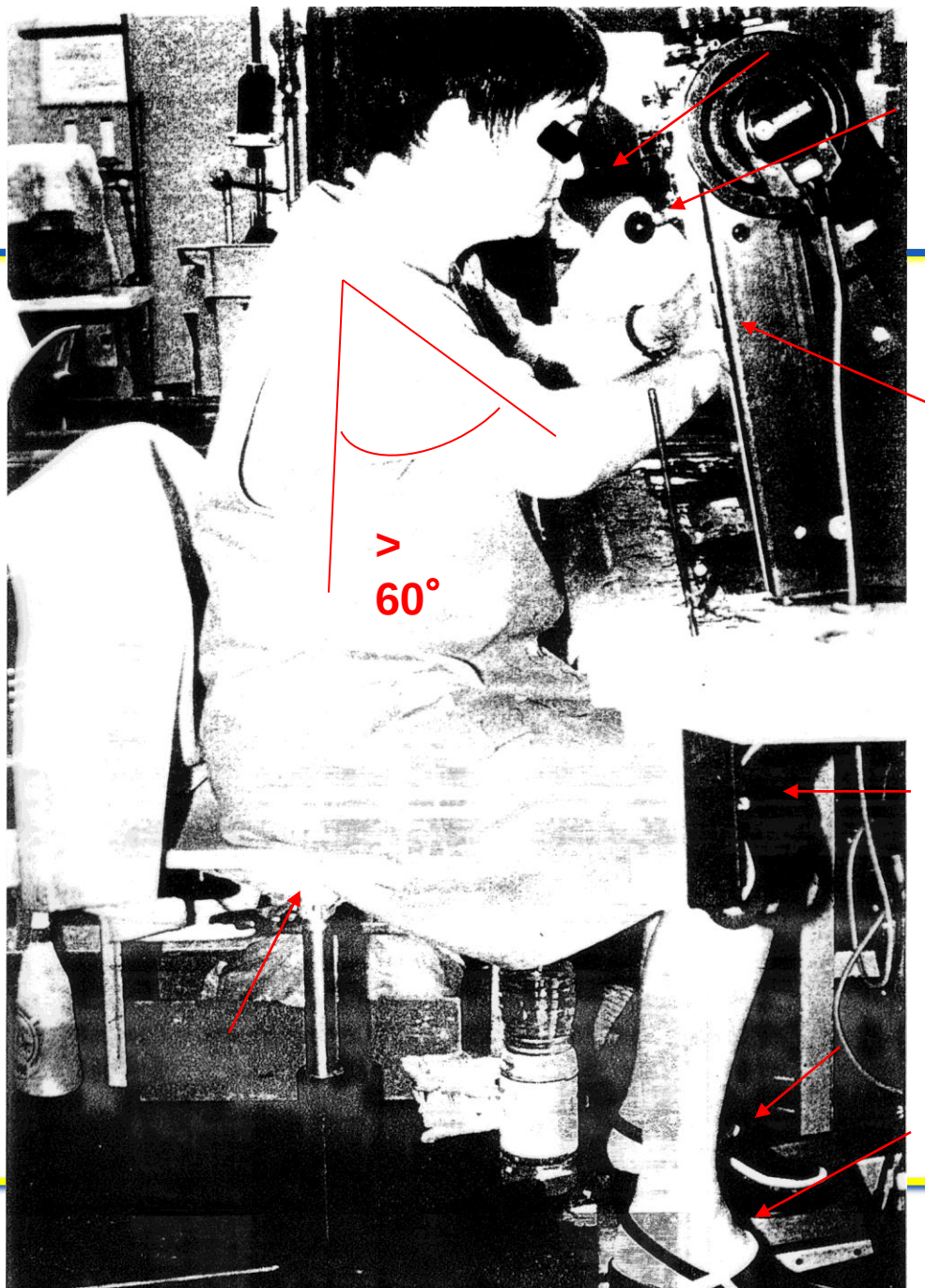
Mentale

- évaluation de l'état de la dinde
- récupération maximale de chair
- appréciation de l'espace
- planification de l'affilage

Sociale

- entraide pour terminer la coupe
- avertissement de l'état des poitrines aux pareuses

Marge
manoeuvre
posturale,
exigences
gestuelles,
exigences
visuelles de la
tâche



Conclusion

- **Limites du système des tableaux pour l'indemnisation des maladies liées au travail**
- **Consensus sur l'introduction de critères d'imagerie**
 - **Maladie calcifiante de l'épaule ou tendinopathie avec calcification**
 - **Nécessité d'un consensus sur l'imagerie de l'épaule en milieu de travail**
 - **Démarche diagnostique et thérapeutique:** recommandations HAS (2005)
 - **Démarche médico-administrative:**
- **Contestation par les partenaires sociaux de l'introduction de critères d'exposition quantifiées**
 - **Demande initiale (harmonisation et précision de critères)**
 - **Recours au CRRMP : alinea 3 de l'article L-461.1**
- **Enjeux socio-économique importants**
 - **Qualité de vie et pronostic professionnel**
 - **Critère de pénibilité au travail pour départ en retraite à 60 ans**
 - **Automatique si IPP > 20 %; Sous conditions si IPP entre 10 et 20 % (preuve d'exposition, imputabilité)**

Annexes non présentées



Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

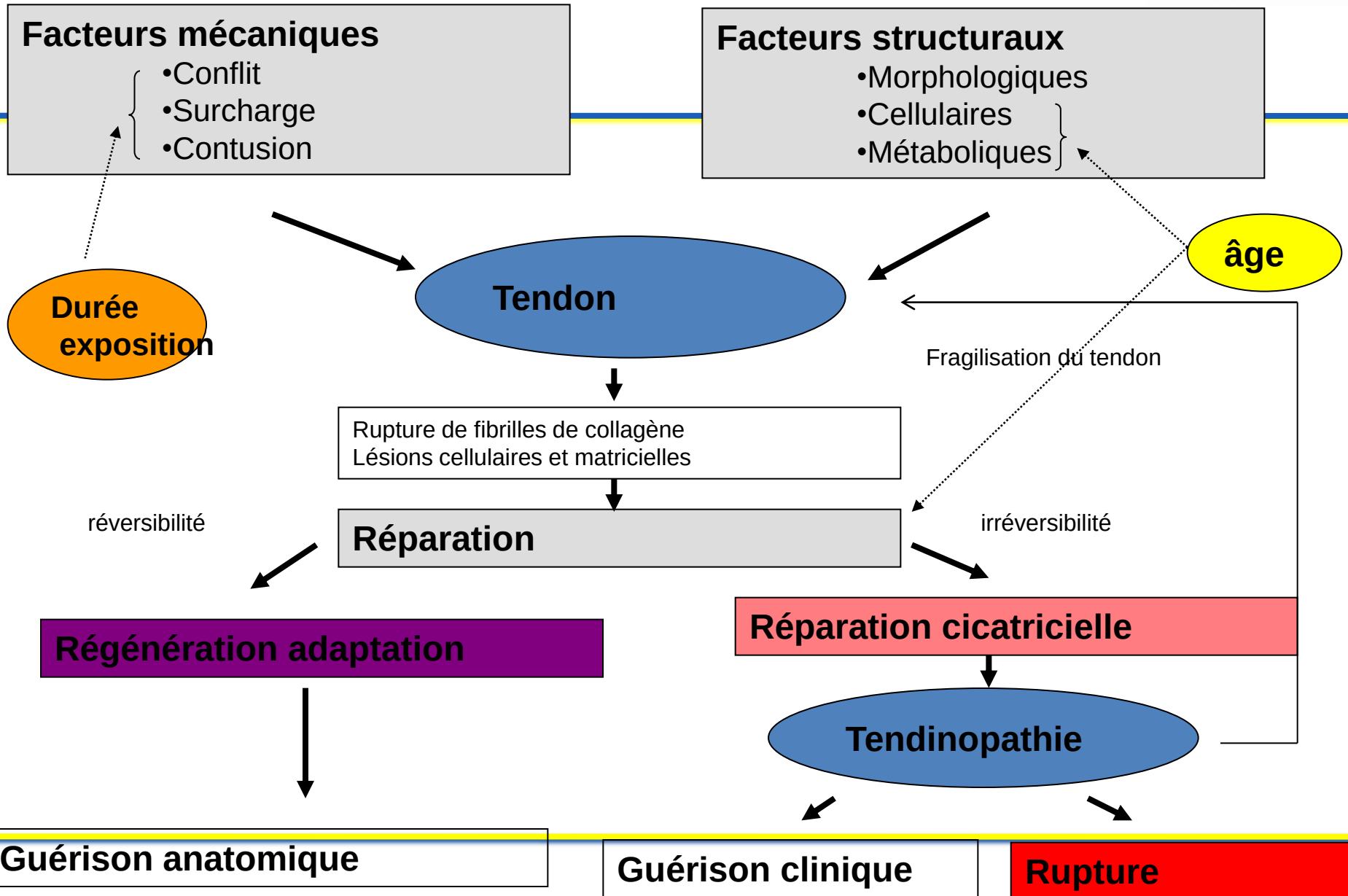
Date de création : 9 novembre 1972

Dernière mise à jour : 7 septembre 1991
(décret du 3 septembre 1991)

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
- A - Épaule Épaule douloureuse simple (tendinopathie de la coiffe des rotateurs). Épaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple rebelle.	7 jours 90 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule. Travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule.
- B - Coude Épicondylite. Épitrochléite.	7 jours 7 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de supination et pronosupination. Travaux comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation de la main et du poignet ou des mouvements de supination et pronosupination.
Hygromas : - hygroma aigu des bourses séreuses ou atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude ; - hygroma chronique des bourses séreuses. Syndrome de la gouttière épitrochléo-olécrânienne (compression du nerf cubital).	7 jours 90 jours 90 jours	Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude. Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude. Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.
- C - Poignet - Main et doigt Tendinite. Ténosynovite.	7 jours 7 jours	Travaux comportant de façon habituelle des mouvements répétés ou prolongés des tendons fléchisseurs ou extenseurs de la main et des doigts.
Syndrome du canal carpien.	30 jours	Travaux comportant de façon habituelle, soit des

les maladies professionnelles sont définies par des tableaux annexés à l'article R 461-3 du Code de la Sécurité Sociale : ex TRG 57

Physiopathologie des tendinopathies



Modifié d'après Bard, 2003

Proposition de rédaction du paragraphe B (coude) du tableau n° 57 (affections périarticulaires provoquées par certaines gestes et postures)

Désignation des maladies	Délais de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associée ou non à un syndrome du tunnel radial	14 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de pronosupination
Tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens	14 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation de la main et du poignet ou des mouvements de pronosupination
Hygroma : épanchement des bourses séreuses ou atteintes inflammatoires des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude. -Forme aiguë -Forme chronique	7 jours 90 jours	Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.
Syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épithrochléo-oléocranienne confirmé par électroeuromyographie (EMG)	90 jours (sous réserve d'une durée d'exposition de 90 jours)	Travaux comportant habituellement des mouvements répétitifs et/ou des postures maintenues en flexion forcée. Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.

Tableaux des maladies professionnelles

3 paramètres principaux

N° 57

Liste des travaux.
(limitative)

Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures au travail		
Date de création : 9 Novembre 1972		Dernière mise à jour : 7 septembre 1991 (décret du 3 septembre 1991)
désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
-A- Epaule		
Epaule douloureuse simple (tendinopathie de la coiffe des rotateurs).	7 jours.	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule.
Epaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple.	90 jours.	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule.

Maladie.
(Enumération limitative.).

Délai entre la cessation de
l'exposition et la première constatation
médicale.
Eventuellement, durée d'exposition.