

**RESEAU DE SURVEILLANCE
EPIDEMIOLOGIQUE
DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)**

Cohorte COSALI

Cahier d'examen clinique

2008-2009

Médecin réalisant l'examen :

Numéro d'anonymat du salarié |_3_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

IDENTIFICATION DU SALARIE (DONNEES NON INFORMATISEES)

NOM

PRENOM

SEXE Homme Femme

DATE DE NAISSANCE : Mois |_|_| 19|_|_|

ADRESSE Numéro Rue

Code postal |_|_|_|_|_|

Commune

Téléphone |_0_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ENTREPRISE ACTUELLE

.....
.....
.....

Code NAF de l'entreprise si connu : |_|_|_|_|. |_|

Sinon, précisez le secteur d'activité :

Nombre de salariés dans l'entreprise: 1-9 10-49 50-199 > 200

DATE DE L'EXAMEN : |_|_| |_|_| |2_|0_|0_|_|

I. PARCOURS PROFESSIONNEL DEPUIS 2002

1. Depuis 2002, le salarié a-t-il changé de poste au sein de la même entreprise ?

Oui Non

Si oui, précisez :

Année du changement : |_2_|_0_|_|_|

Intitulé du nouveau poste :

2. Depuis 2002, le salarié a-t-il changé d'entreprise ?

Oui Non

Si oui, précisez :

Année du changement : |_2_|_0_|_|_|

3. Comment jugez-vous l'évolution des contraintes de travail du salarié depuis 12 mois ?

	Diminution	Identique	Augmentation
Charge physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charge posturale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charge psychosociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraintes temporelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **Au cours des 12 derniers mois**, le salarié a-t-il eu un ou plusieurs arrêt(s) de travail à cause de douleurs ou gêne dans les membres supérieurs ?

Oui Non

Si oui, précisez :

Nombre total de jours : |_|_|_|

II. ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX

Antécédents de TMS des membres supérieurs	Non	Si oui, côté		Année du diagnostic	
		côté G	côté D	côté G	côté D
Syndrome de la coiffe des rotateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	____
Épicondylite latérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	____
Syndrome du tunnel cubital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	____
Syndrome du canal carpien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	____
Tendinite des fléchisseurs/extenseurs des doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	____
Ténosynovite de De Quervain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	____
Phénomène de Raynaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	____
Maladie de Dupuytren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	____
Autre(s) TMS (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	____
TMS non spécifique (préciser la région) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	____
Déclaration MP	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>		Si oui, N° Tableau ____ Pathologie concernée en clair : Année de la déclaration ____	

Antécédents de TMS des membres inférieurs	Non	Si oui, côté		Année du diagnostic	
		côté G	côté D	côté G	côté D
Hygroma du genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	____
Déclaration MP	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>		Si oui, N° Tableau ____ Pathologie concernée en clair : Année de la déclaration ____	

Antécédents de TMS du rachis	Non	Oui	Année du diagnostic	
Lombalgies chroniques (> 3 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	
Lombo-radicalgies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____	
Déclaration MP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, N° Tableau ____ Pathologie concernée en clair : Année de la déclaration ____	

Antécédents chirurgicaux des membres et du rachis	Non	Si oui, côté		Année	
		côté G	côté D	côté G	côté D
Fracture membres supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□	□□□□
Chirurgie de l'épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□	□□□□
Chirurgie membres supérieurs autre que épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□	□□□□
Chirurgie membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□	□□□□
Chirurgie rachis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		□□□□	

Traitements pour l'épaule	Non	Si oui, côté		Année	
		côté G	côté D	côté G	côté D
Infiltration de l'épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□	□□□□
Kinésithérapie de l'épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□	□□□□
Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		□□□□	

Affections générales	Non	Oui	Année du diagnostic	
Diabète (traité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□	
Hypothyroïdie (traitée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□	
Rhumatisme inflammatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□	
Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□	

Traitements	Non	Oui	Si oui,	
			Occasionnellement	Au long cours
Traitement antalgique léger (classe I*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement antalgique moyen (classe II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement antalgique majeur (classe III)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement antidépresseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement anxiolytique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* cf. liste en annexe 1

III. SYMPTOMES DES MEMBRES SUPERIEURS

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET DES 7 DERNIERS JOURS

1. Le salarié a-t-il eu, **au cours des 12 derniers mois**, des problèmes (courbatures, douleurs, gêne, engourdissement) au niveau des zones du corps suivantes ? *Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondante*

	Oui	Non		Du côté gauche	Du côté droit	Des deux côtés
Nuque / cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Epaule / bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coude/ avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Main / poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Si vous avez répondu NON à toutes ces questions, L'EXAMEN CLINIQUE STANDARDISE EST TERMINE.

2. **SI OUI, VEUILLEZ ENTOURER LA (ES) CASE(S) GRISEE(S) CORRESPONDANT A LA SITUATION CLINIQUE :**

Régions concernées	Cou	Epaule et haut du bras	Coude*	Avant-bras*	Poignet et main*
	<input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
TMS SPECIFIQUES					
Syndrome de la coiffe des rotateurs		X Pages 8-11			
Epicondylite latérale			X Pages 12-13		
Syndrome du tunnel cubital			X (ulnaire) Pages 14-15	X (ulnaire) Pages 14-15	X (ulnaire) Pages 14-15
Syndrome du canal carpien					X (palmaire) Pages 16-19
Tendinite des fléchisseurs / extenseurs de l'avant-bras				X Pages 20-21	X Pages 20-21
Ténosynovite de De Quervain				X (radial) Pages 22-23	X (radial) Pages 22-23
TMS NON SPECIFIQUES	X Page 24	X Page 24	X Page 24	X Page 24	X Page 24

* La zone anatomique précise figure entre parenthèses.

REMARQUES :

.....

3. Le salarié a-t-il eu, **au cours des 7 derniers jours**, des problèmes (courbatures, douleurs, gêne, engourdissement) au niveau des zones du corps suivantes ? *Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondante*

	Oui	Non		Du côté gauche	Du côté droit	Des deux côtés
Nuque / cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Epaule / bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coude/ avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Main / poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

IV. ARBRES DIAGNOSTIQUES

Pour chaque TMS, il est nécessaire de préciser si l'arbre diagnostique s'y rapportant est à compléter ou non.

- **En l'absence de symptômes au cours des 12 DERNIERS MOIS¹** dans une région considérée, **aucun diagnostic n'est à évoquer et aucun arbre de la région considérée n'est à compléter.**
- Dans le cas contraire, vous devez adopter la démarche suivante pour chaque région pour laquelle des symptômes ont été déclarés (cases grises entourées du tableau de la page précédente) :
 - ✓ 1^{er} arbre : Est-ce une forme *latente* ou *symptomatique* du TMS ?
 - ✓ 2^{ème} arbre : Est-ce une forme *avérée* du TMS (résultats positifs aux tests et manœuvres cliniques) ?

La démarche diagnostique doit être effectuée séparément pour le côté gauche et le côté droit. Si le salarié présente une symptomatologie bilatérale, remplir les deux arbres, droit et gauche.

Ces arbres diagnostiques reprennent les critères qui figurent dans les tableaux du guide des manœuvres cliniques. Ce dernier précise les modalités de réalisation de chaque manœuvre dans des tableaux et sur des photos numérotées.

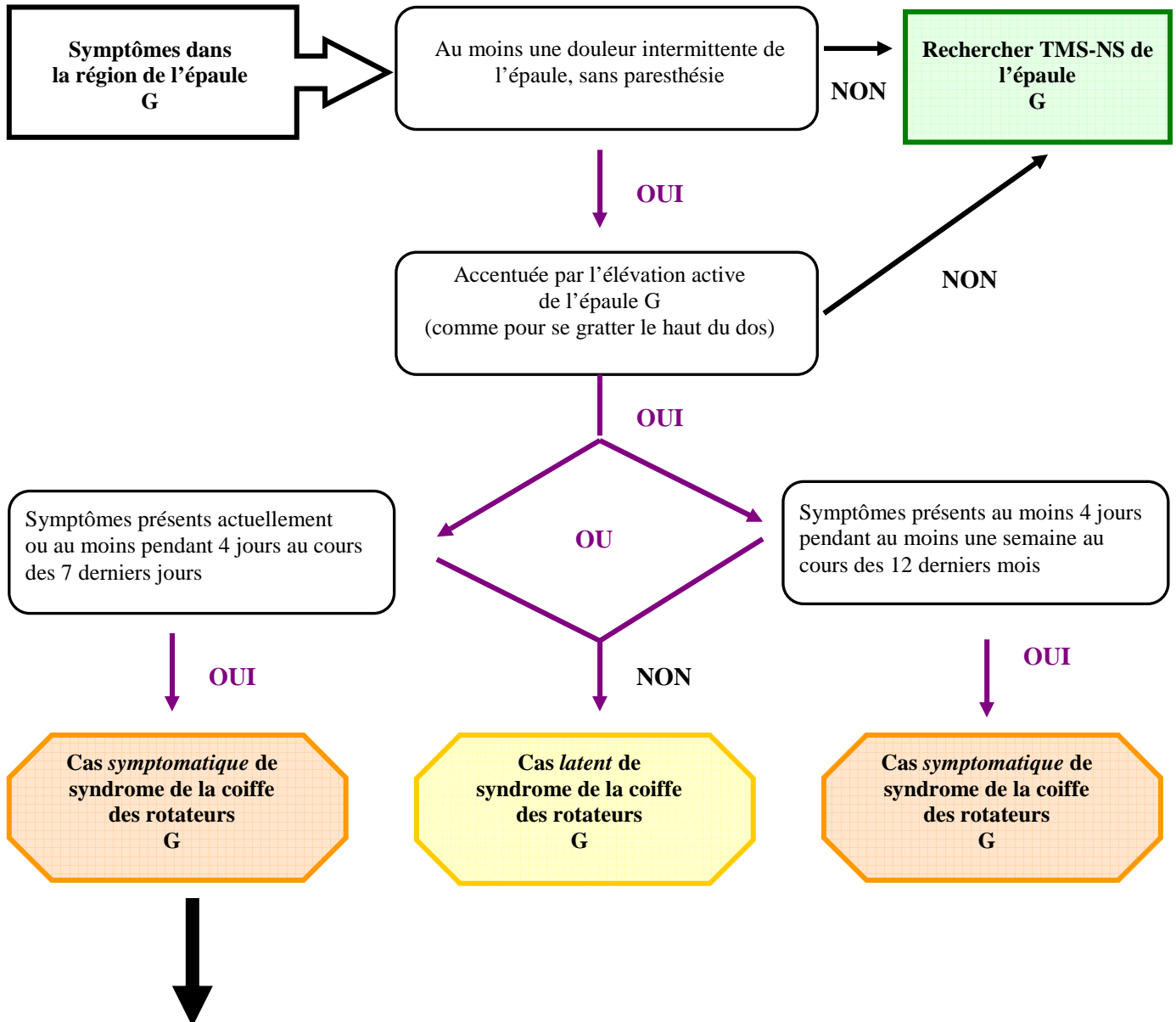
Lorsque plusieurs tests sont proposés et qu'un seul test positif est nécessaire au diagnostic du TMS considéré, il est possible d'arrêter la démarche diagnostique dès que l'un des tests est positif. Pour cela, il faut effectuer les manœuvres en respectant l'ordre proposé ***de haut en bas et/ou de gauche à droite.***

- ***A chaque étape de l'arbre diagnostique, il faut entourer :***
 - *L'une des bulles « cas symptomatique », « cas latent » ou « recherche autre TMS »*
 - *Ensuite, si une forme avérée doit être recherchée, entourer le(s) test(s) positifs et barrer le(s) test(s) non réalisé(s).*

¹ Ainsi, si les derniers symptômes remontent à 18 mois, il n'est pas nécessaire de procéder à l'examen dans la région considérée.

SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS GAUCHE (p 1/2)

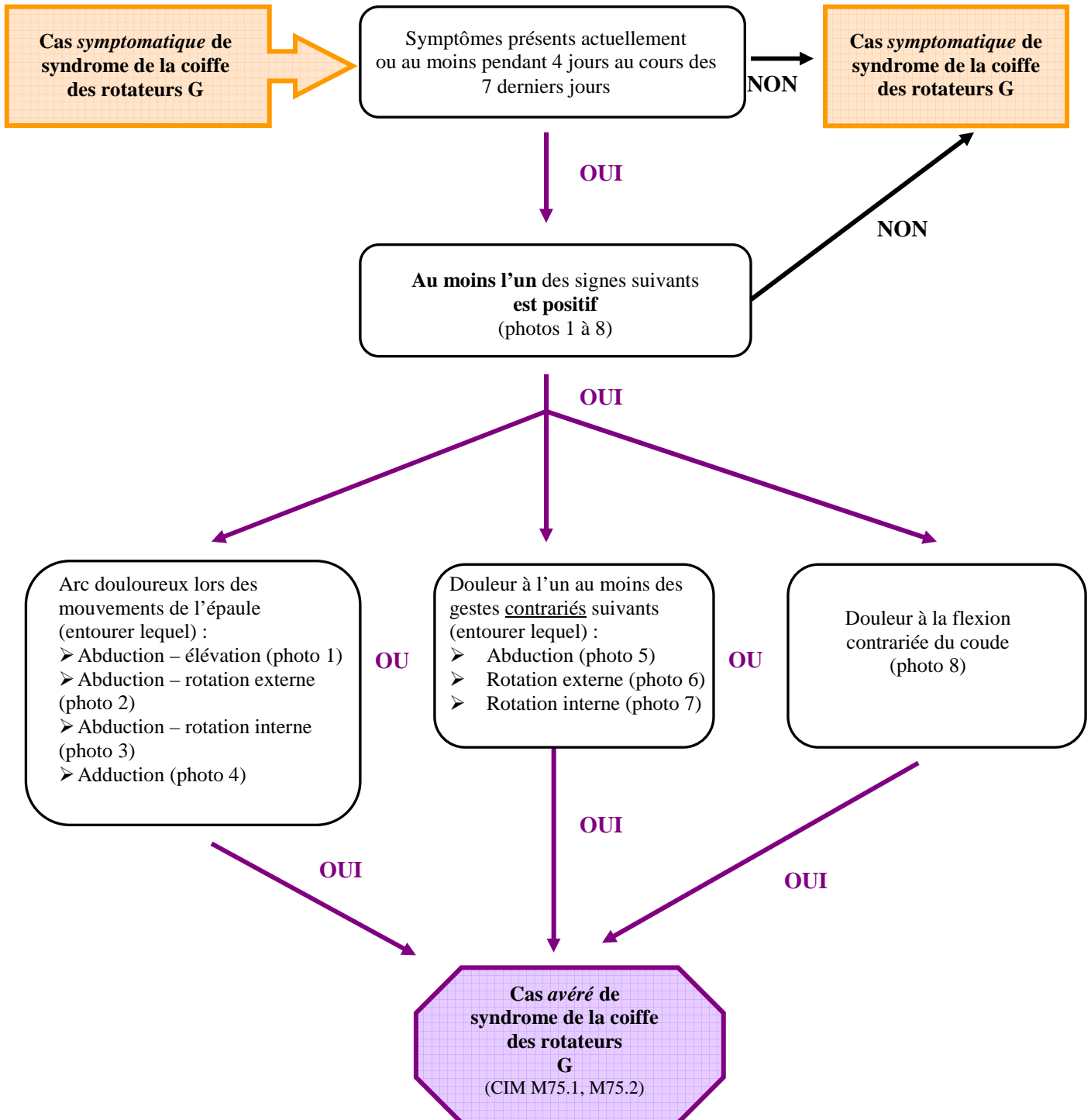
1) Recherche d'une forme *latente* ou *symptomatique*



Recherchez une forme *avérée*

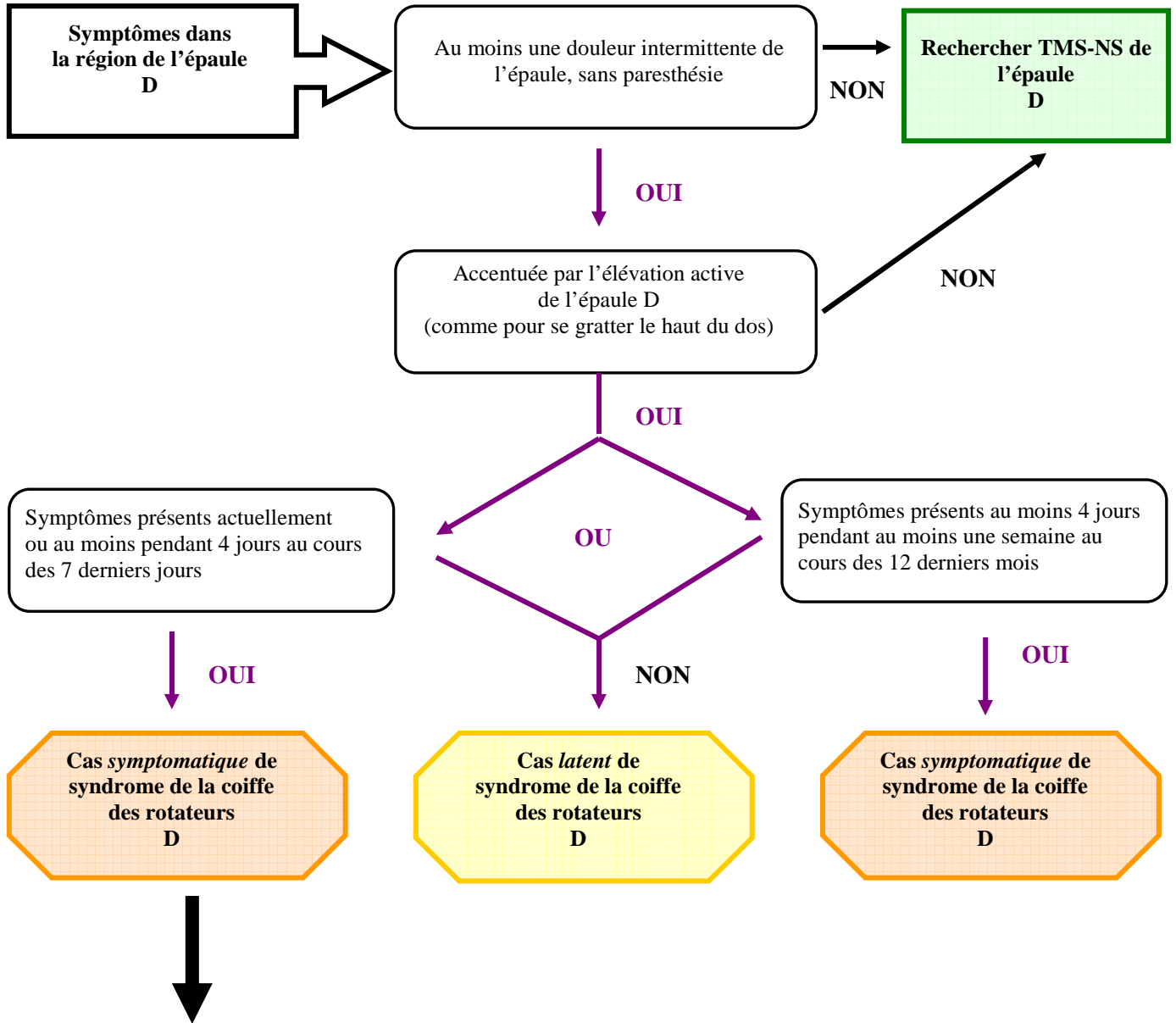
SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS GAUCHE (p 2/2)

2) Recherche d'une forme avérée



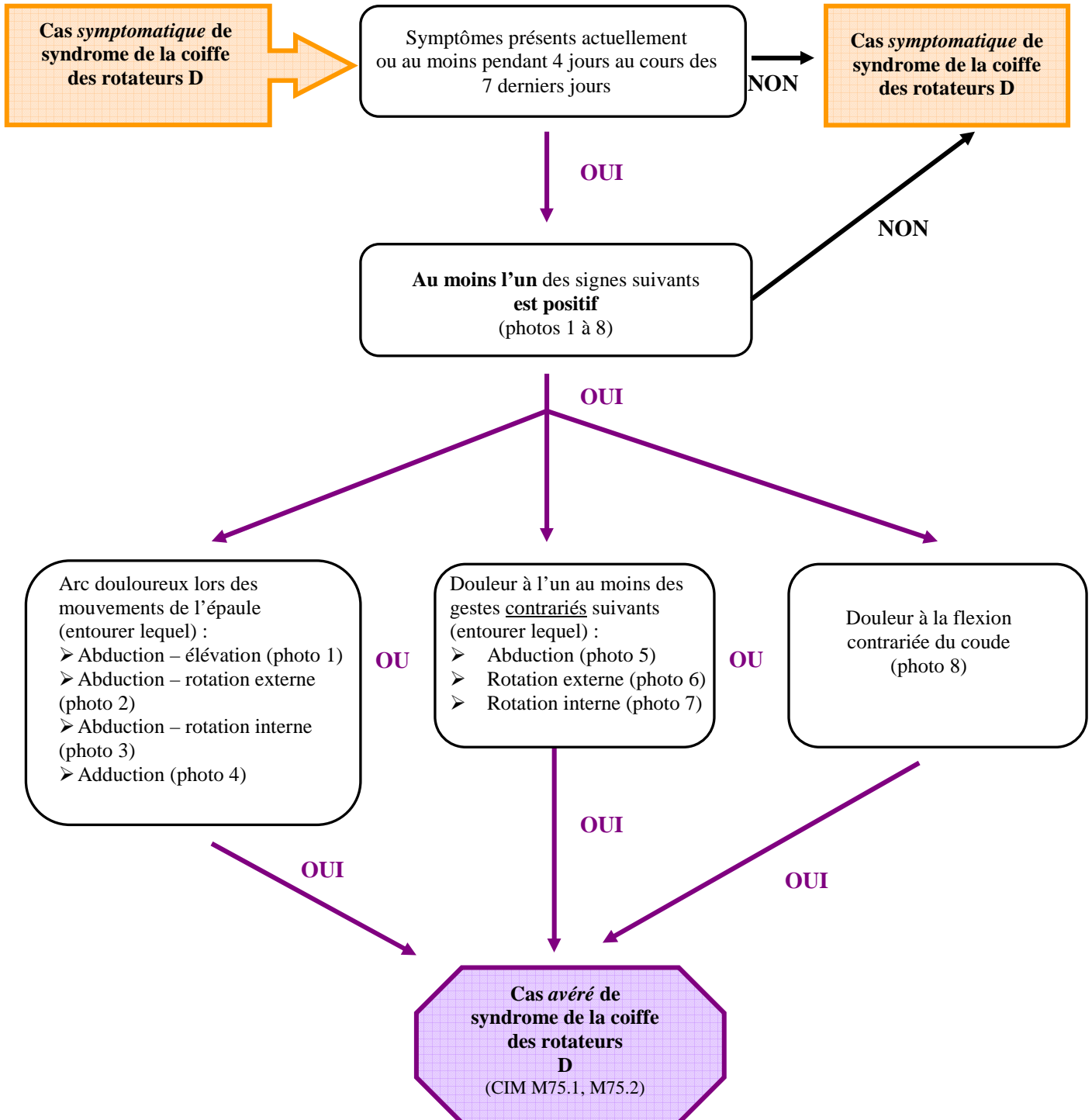
SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS DROITE (p 1/2)

1) Recherche d'une forme *latente* ou *symptomatique*



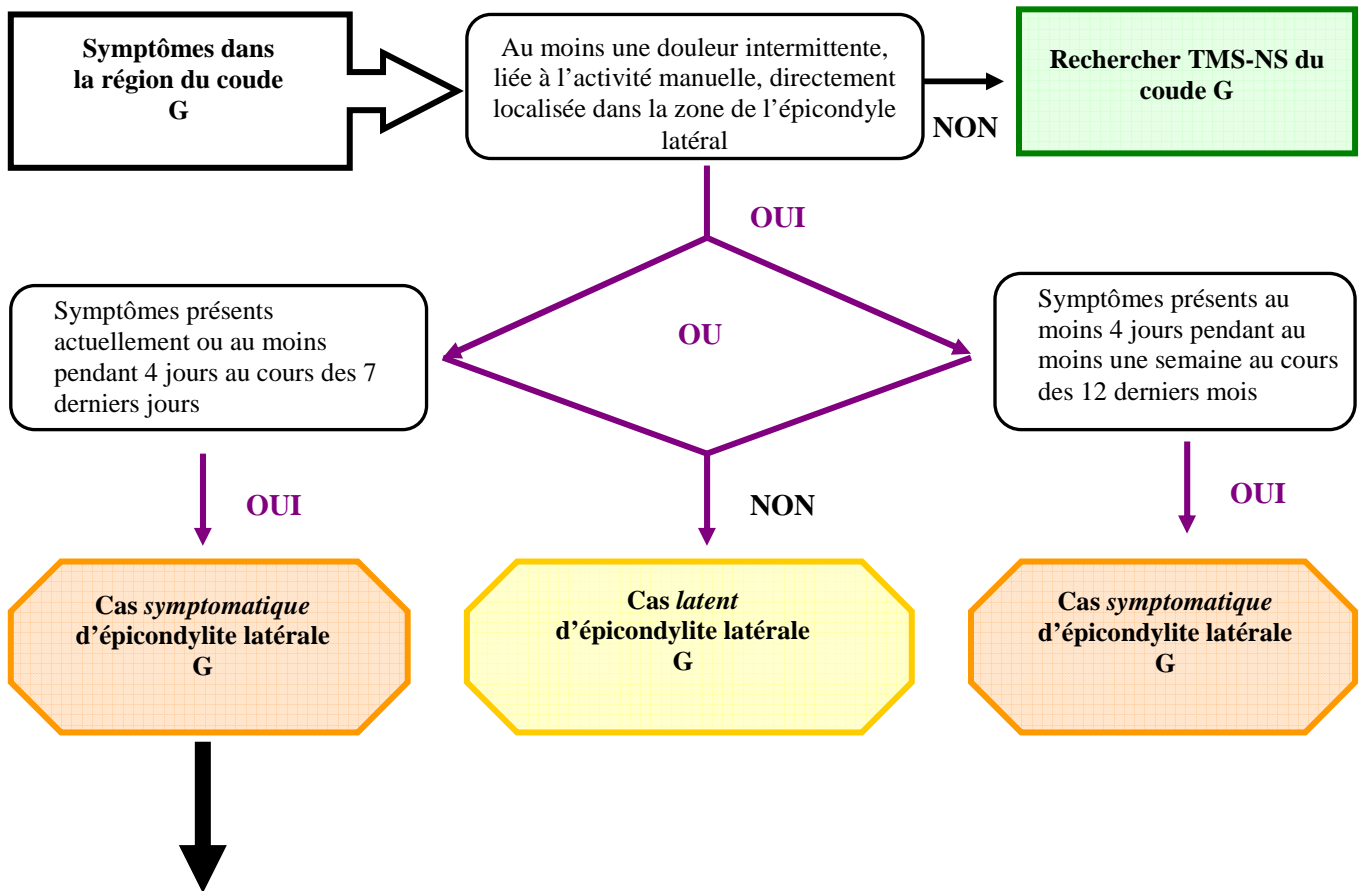
Recherchez une forme *avérée* de tendinite de la coiffe des rotateurs D

3) Recherche d'une forme avérée

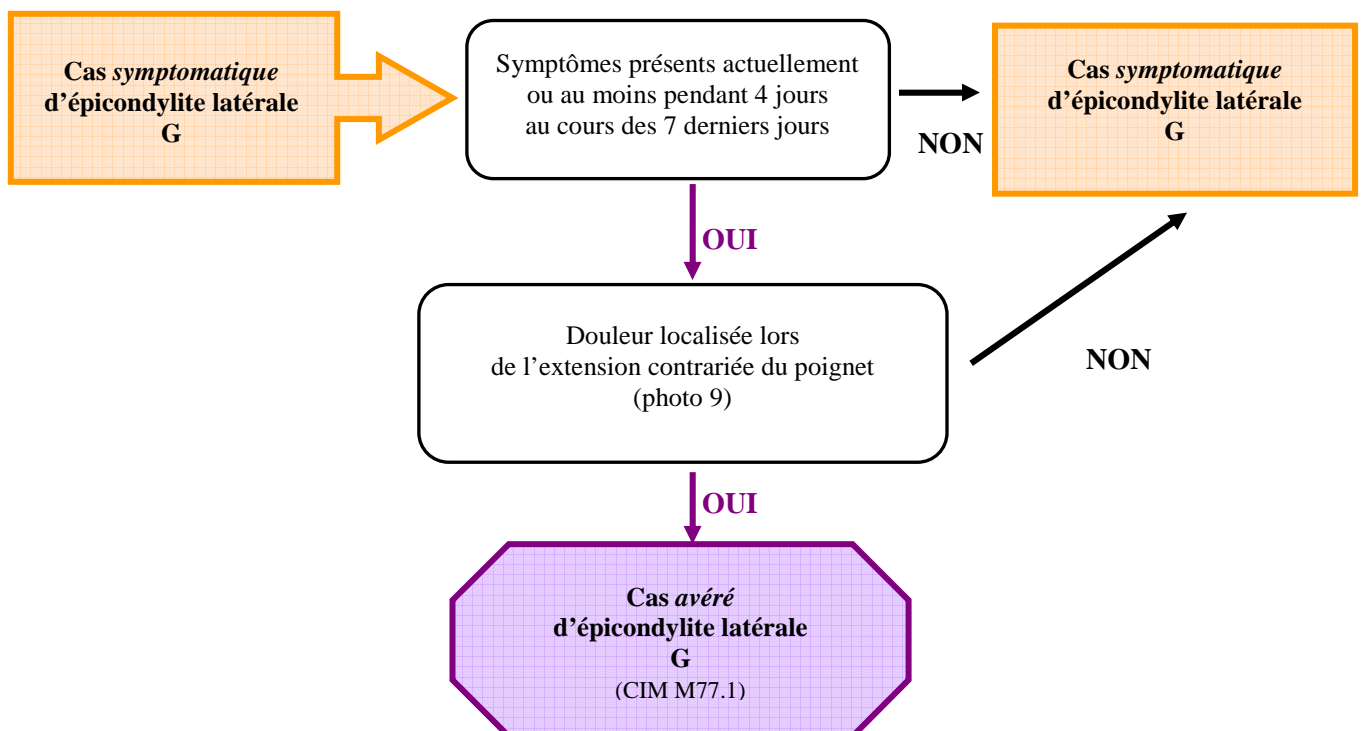


ÉPICONDYLITE LATÉRALE GAUCHE

1) Recherche d'une forme *latente* ou *symptomatique*

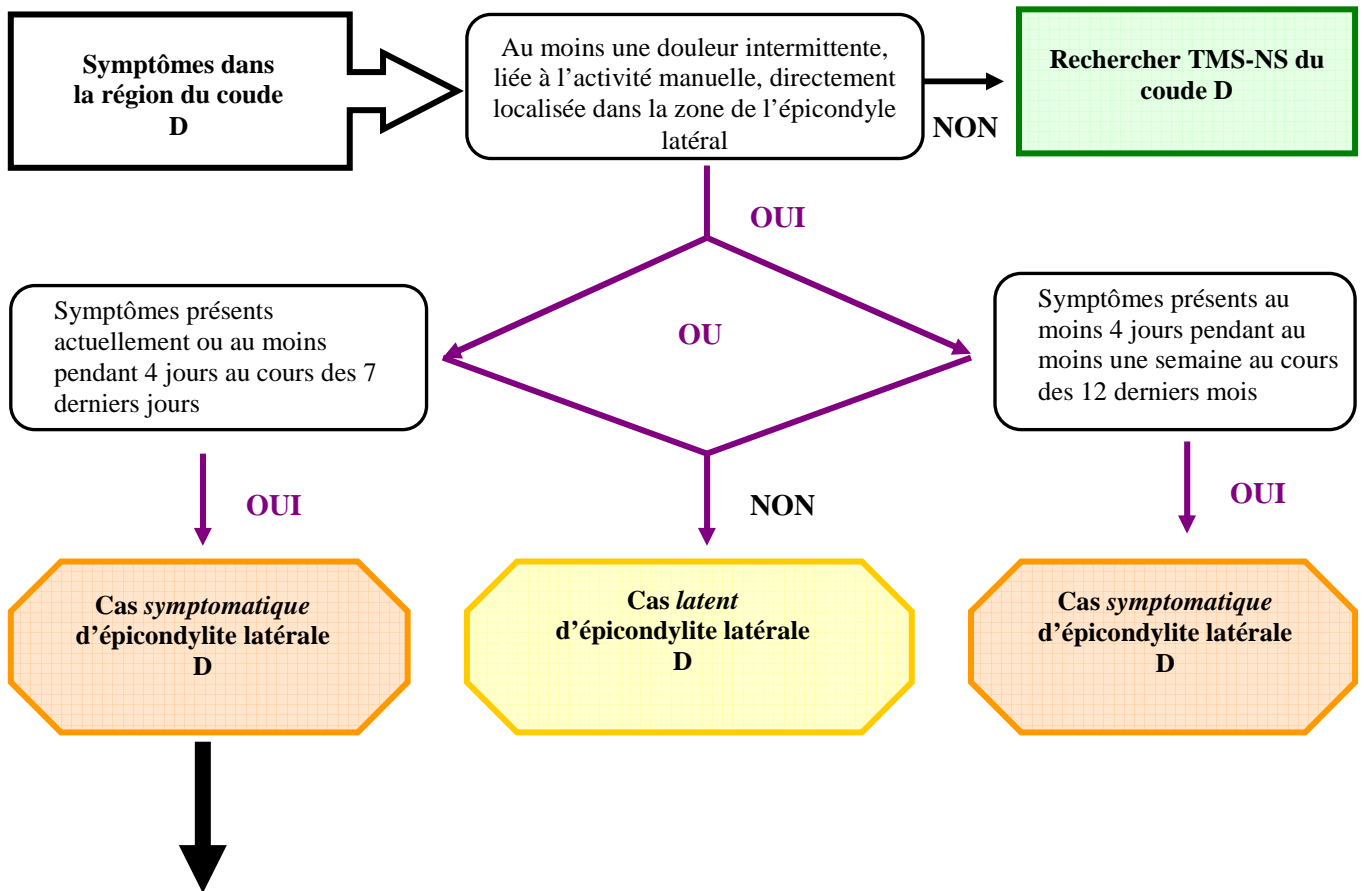


2) Recherche d'une forme *avérée*

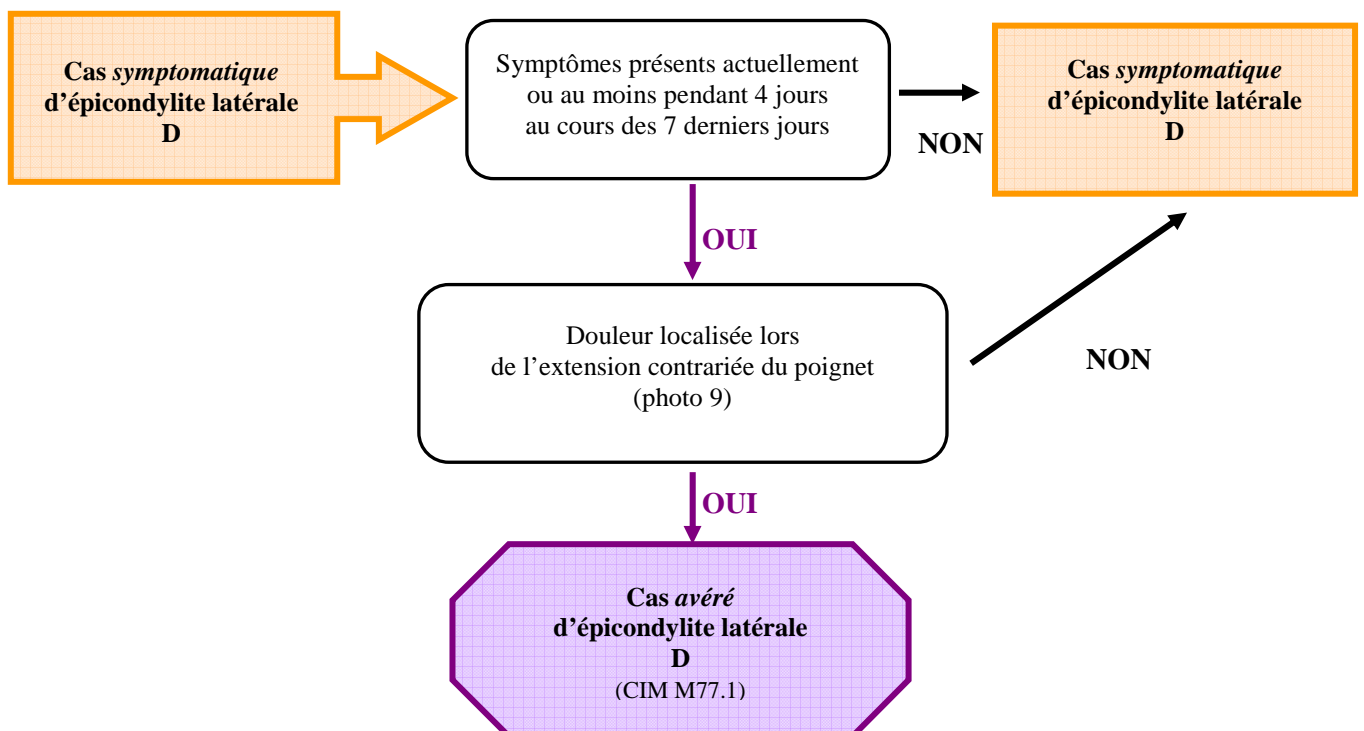


ÉPICONDYLITE LATÉRALE DROITE

1) Recherche d'une forme *latente* ou *symptomatique*



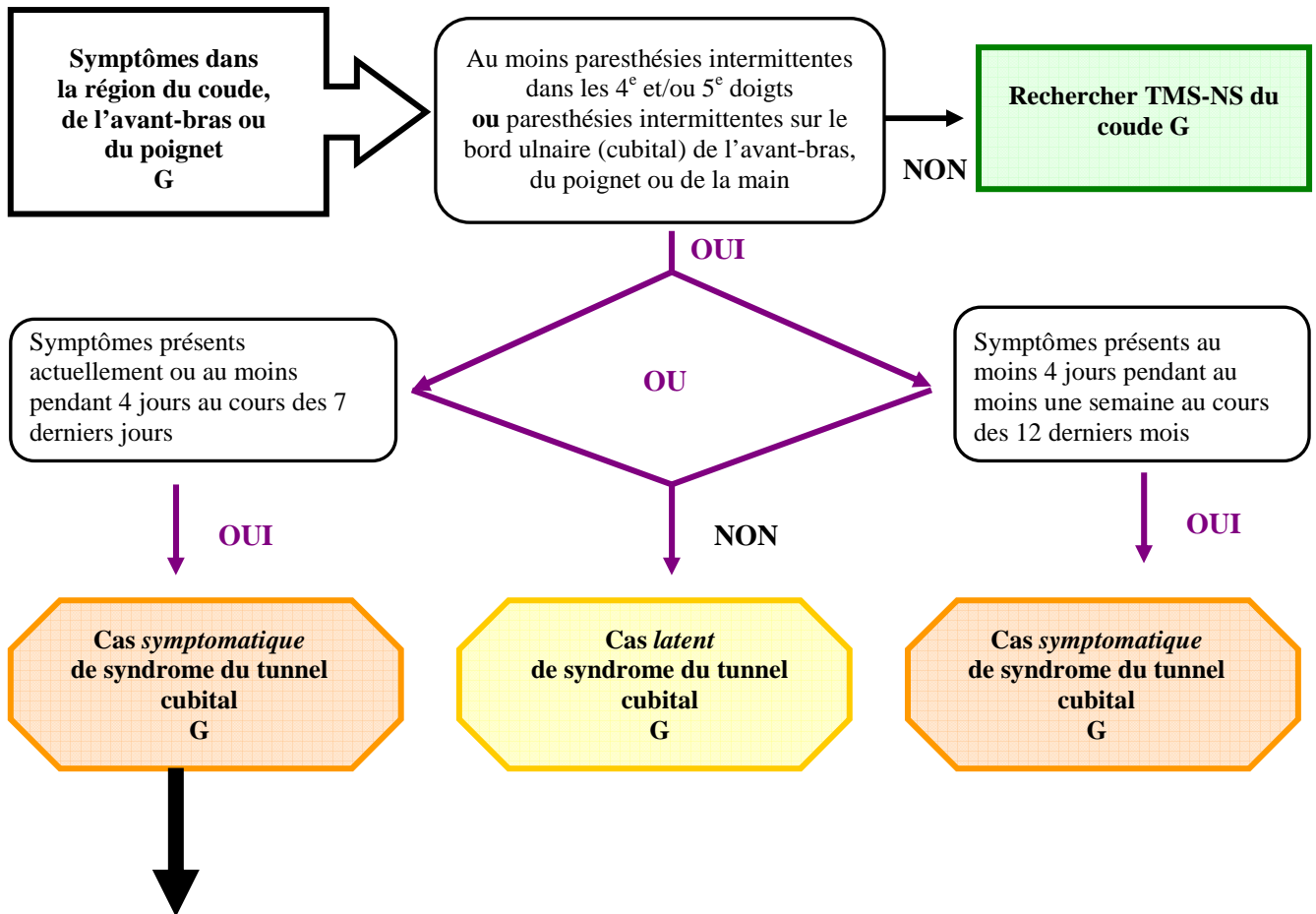
2) Recherche d'une forme *avérée*



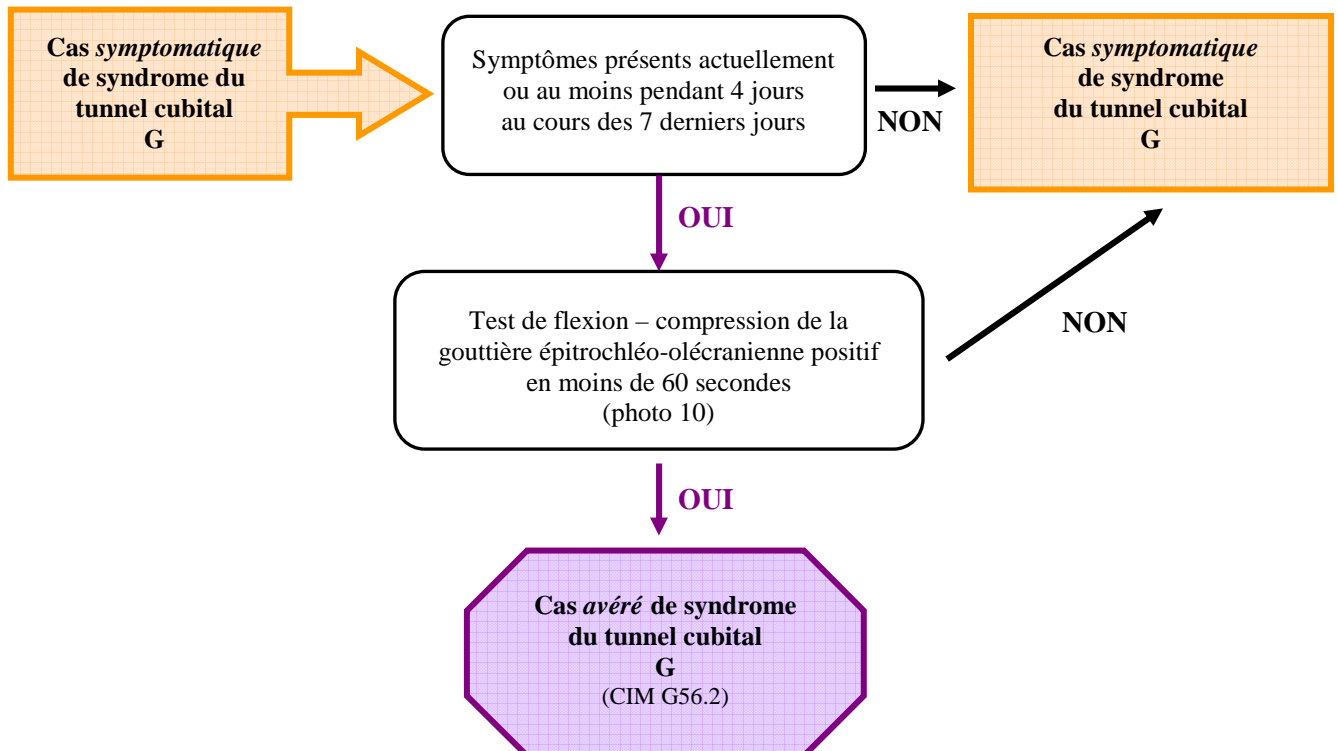
SYNDROME DU TUNNEL CUBITAL GAUCHE

Compression du nerf cubital dans la gouttière épitrochléo-olécranienne

1) Recherche d'une forme *latente* ou *symptomatique*



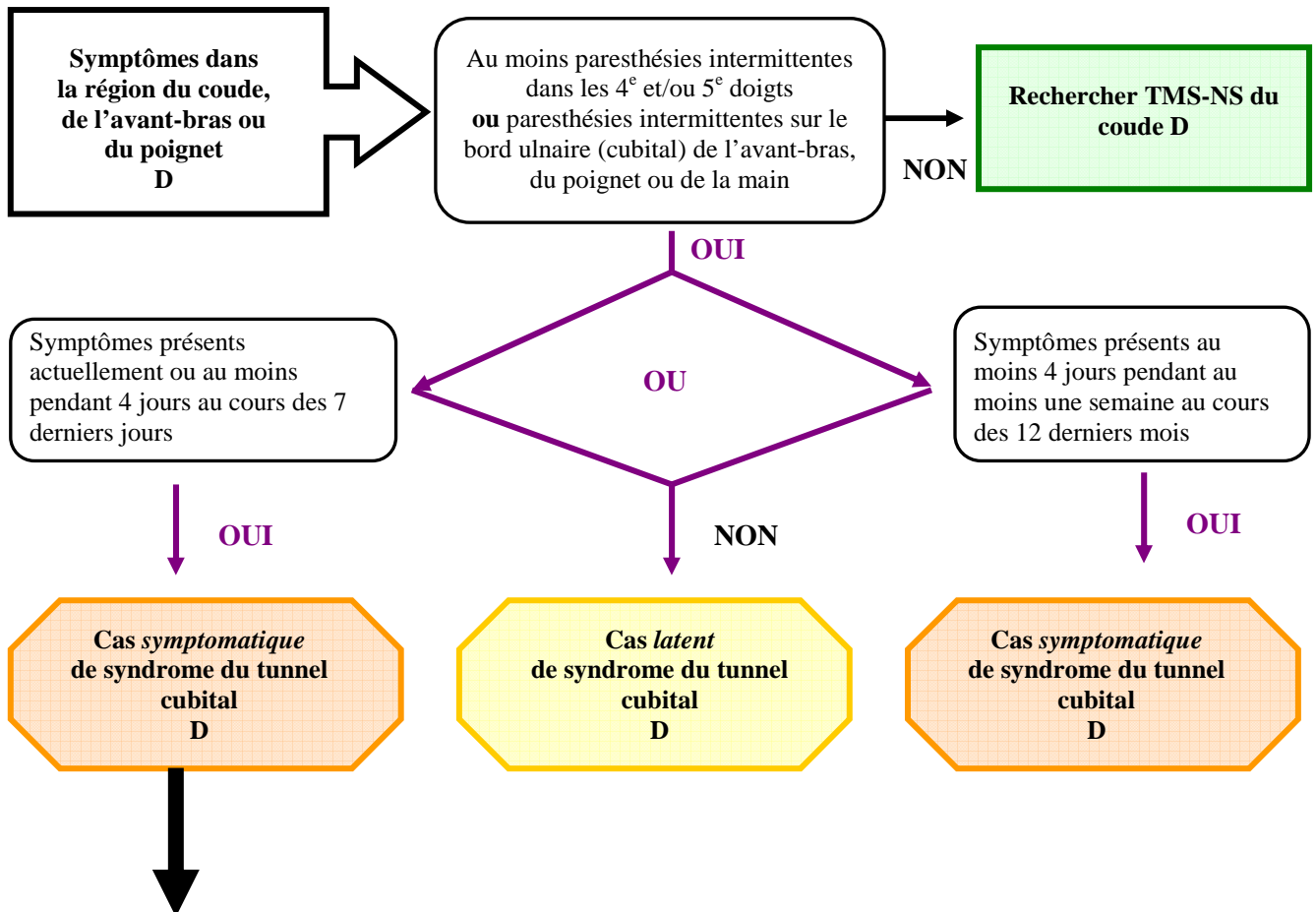
2) Recherche d'une forme *avérée*



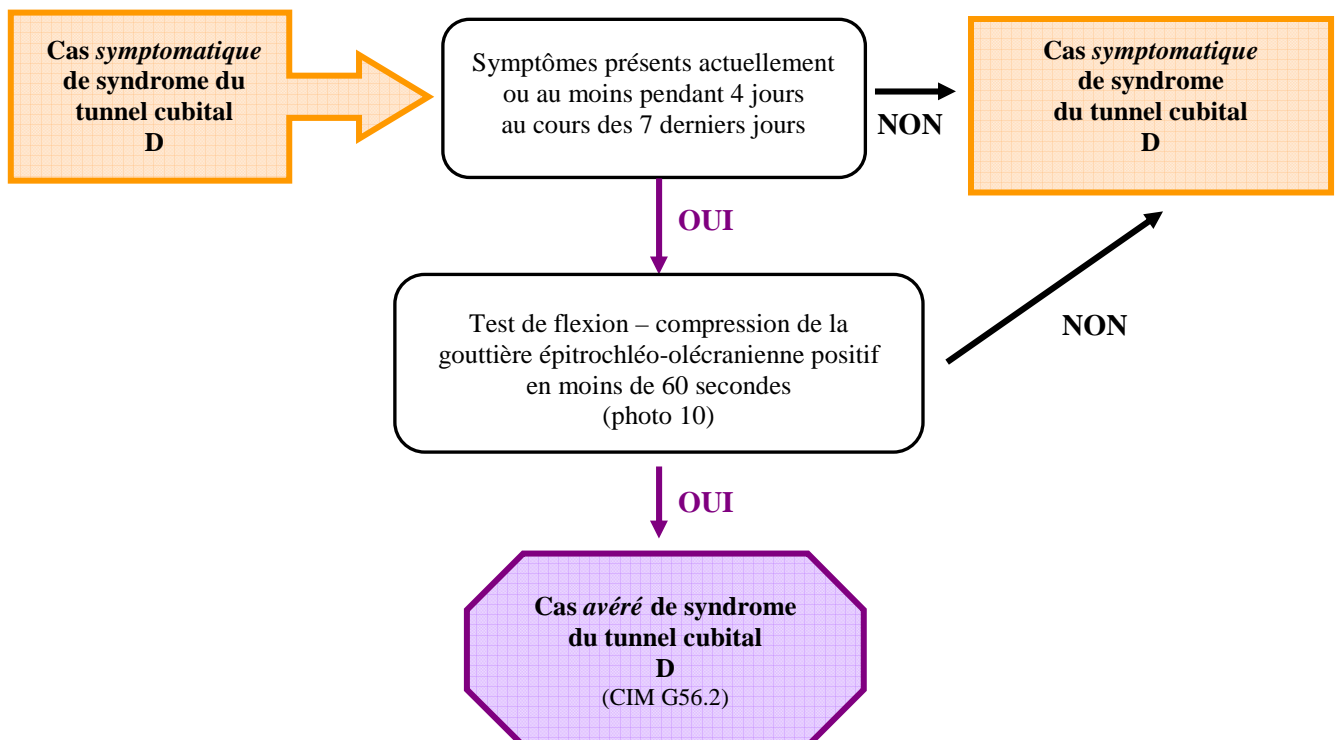
SYNDROME DU TUNNEL CUBITAL DROIT

Compression du nerf cubital dans la gouttière épitrochléo-olécraniennne

1) Recherche d'une forme *latente* ou *symptomatique*

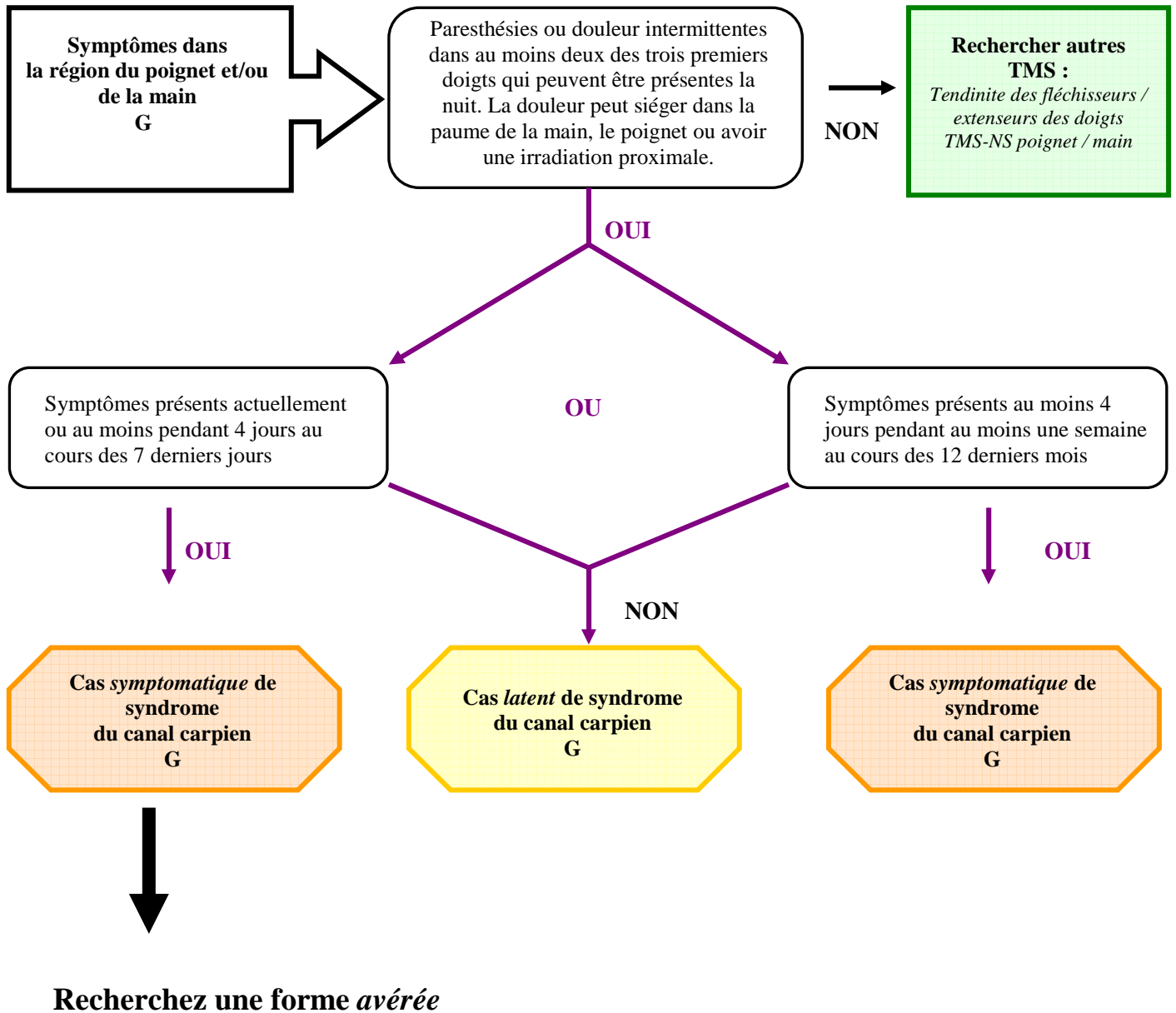


2) Recherche d'une forme *avérée*

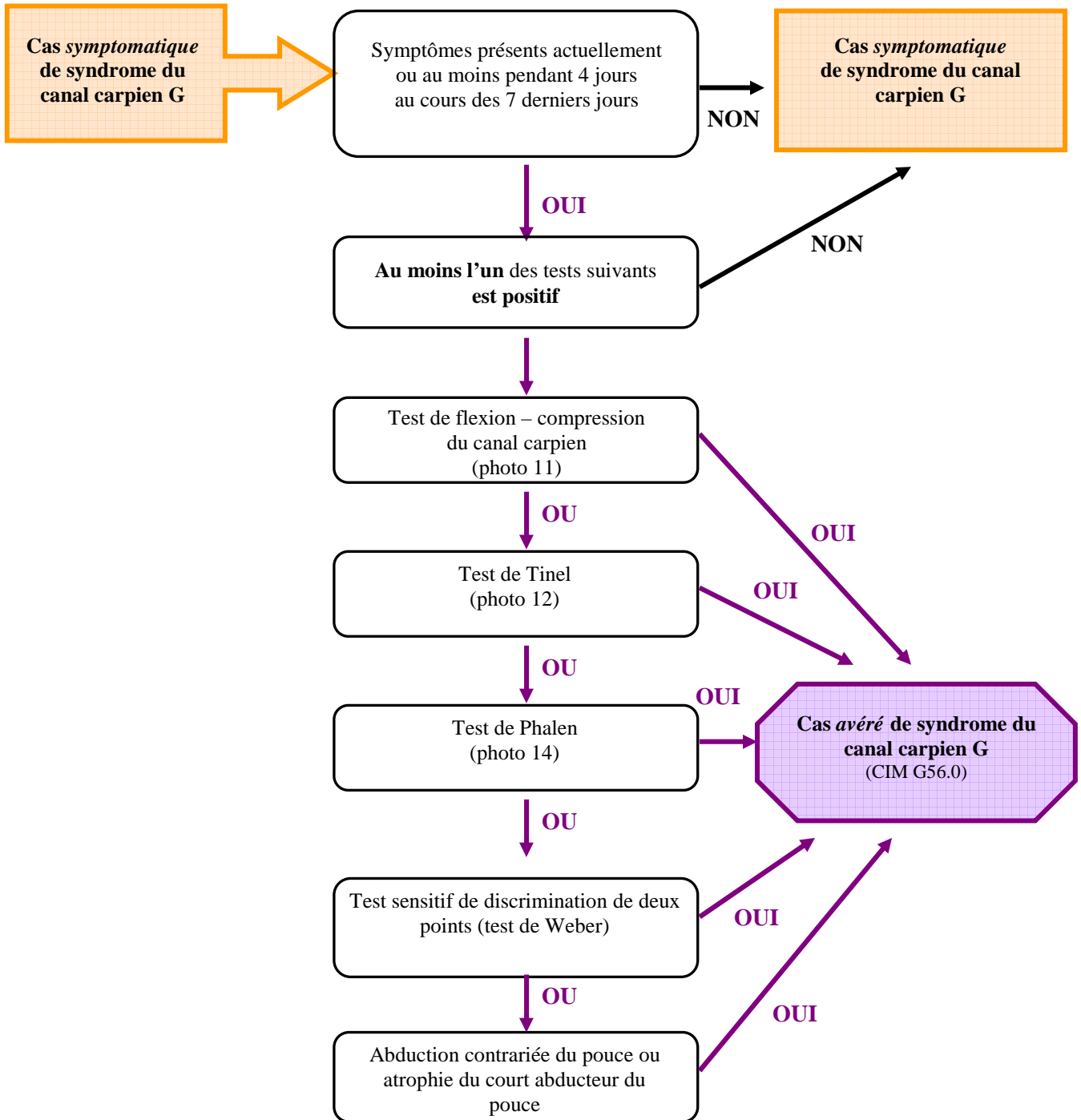


SYNDROME DU CANAL CARPIEN GAUCHE (p 1/2)

1) Recherche d'une forme *latente* ou *symptomatique*

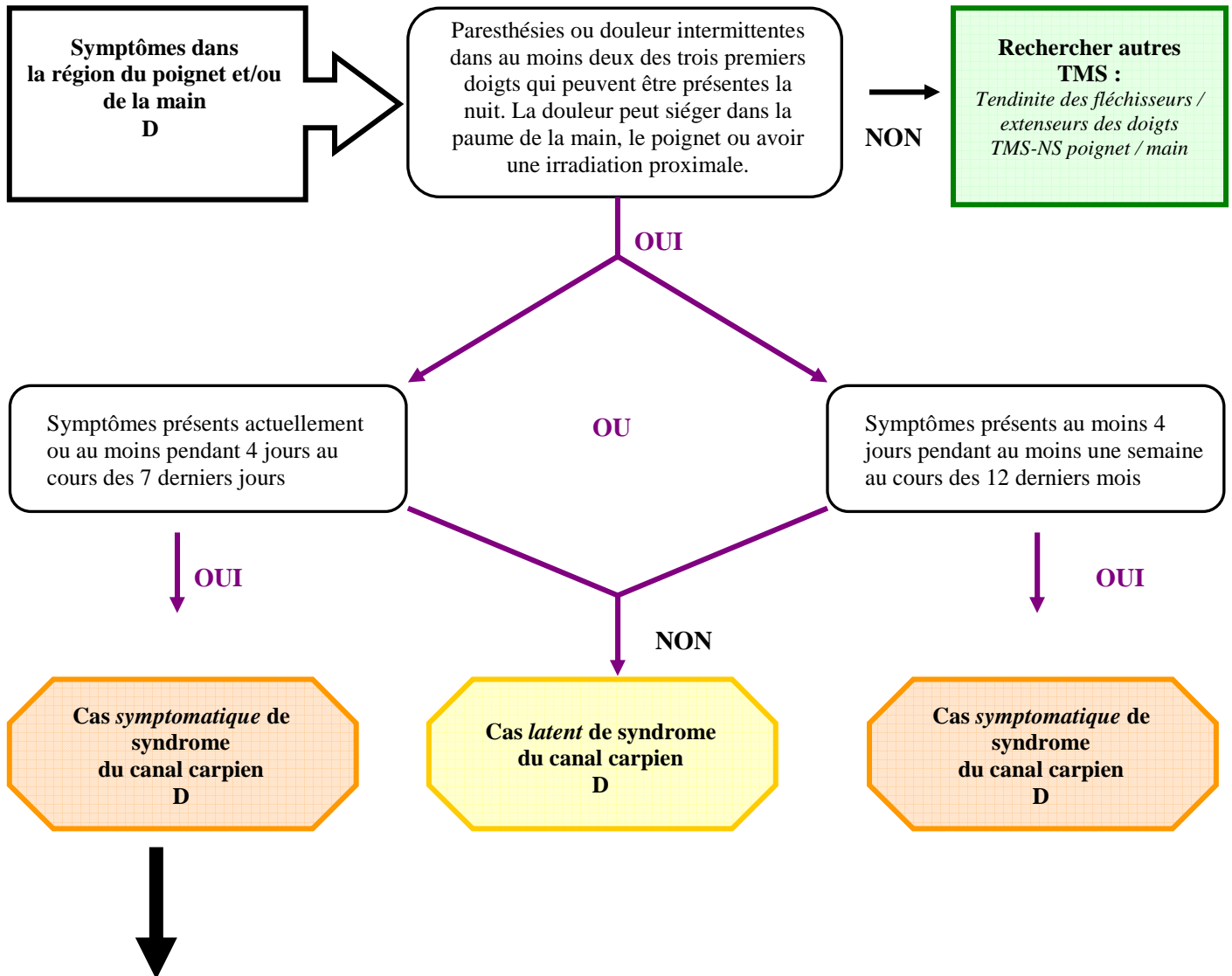


2) Recherche d'une forme *avérée*



SYNDROME DU CANAL CARPIEN DROIT (p 1/2)

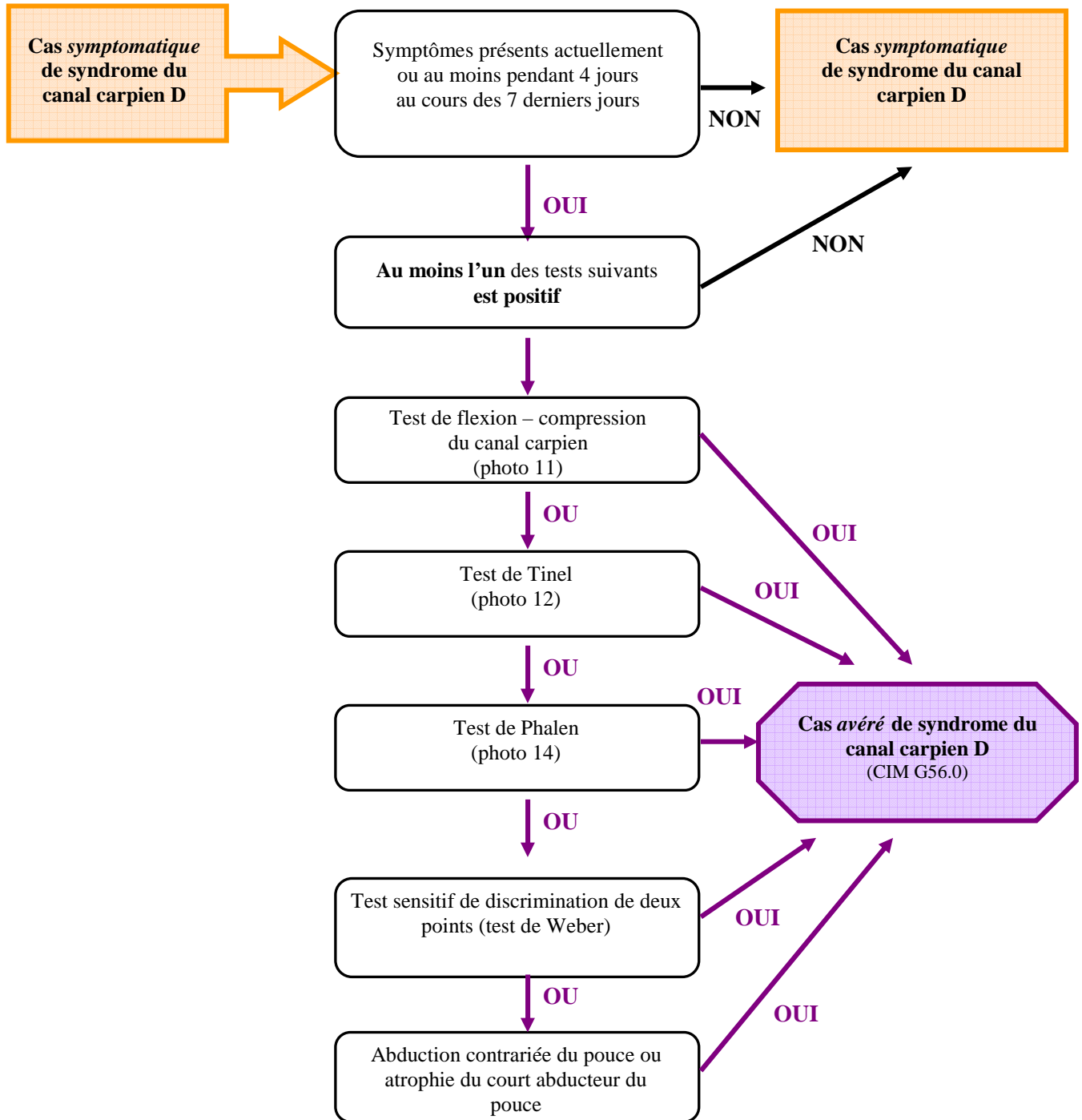
1) Recherche d'une forme *latente* ou *symptomatique*



Recherchez une forme *avérée*

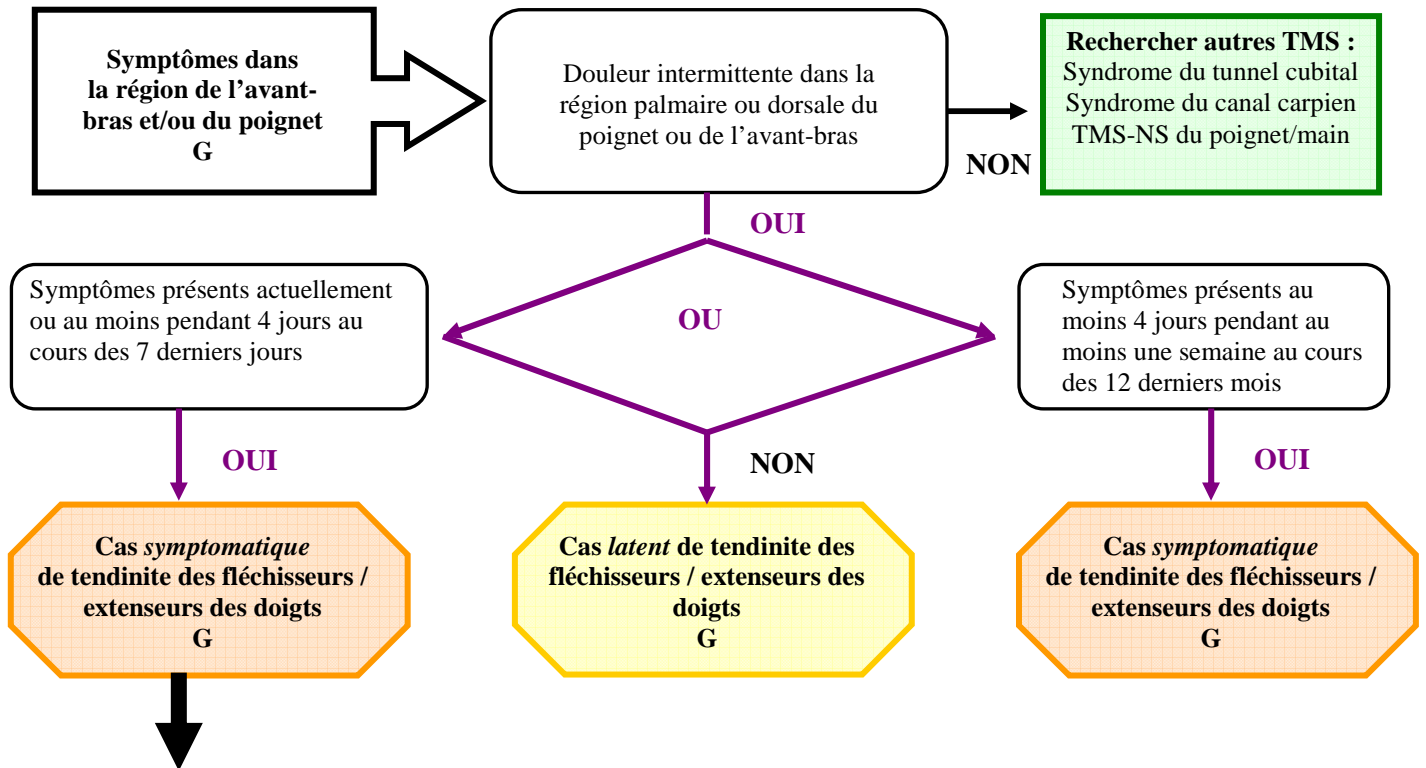
SYNDROME DU CANAL CARPIEN DROIT (p 2/2)

2) Recherche d'une forme *avérée*

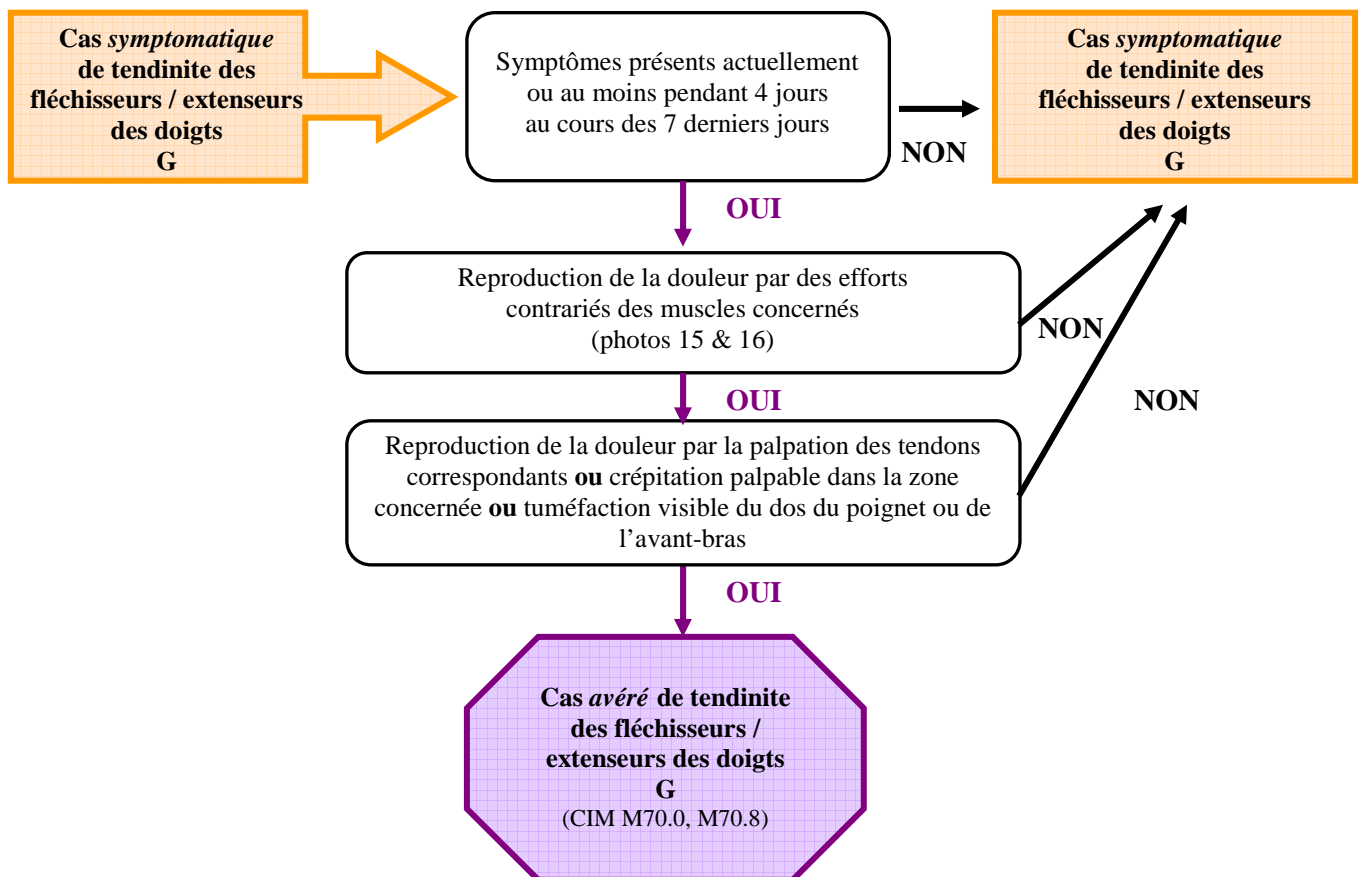


TENDINITE OU TENOSYNOVITE DES FLÉCHISSEURS ET DES EXTENSEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS GAUCHES

1) Recherche d'une forme *latente* ou *symptomatique*

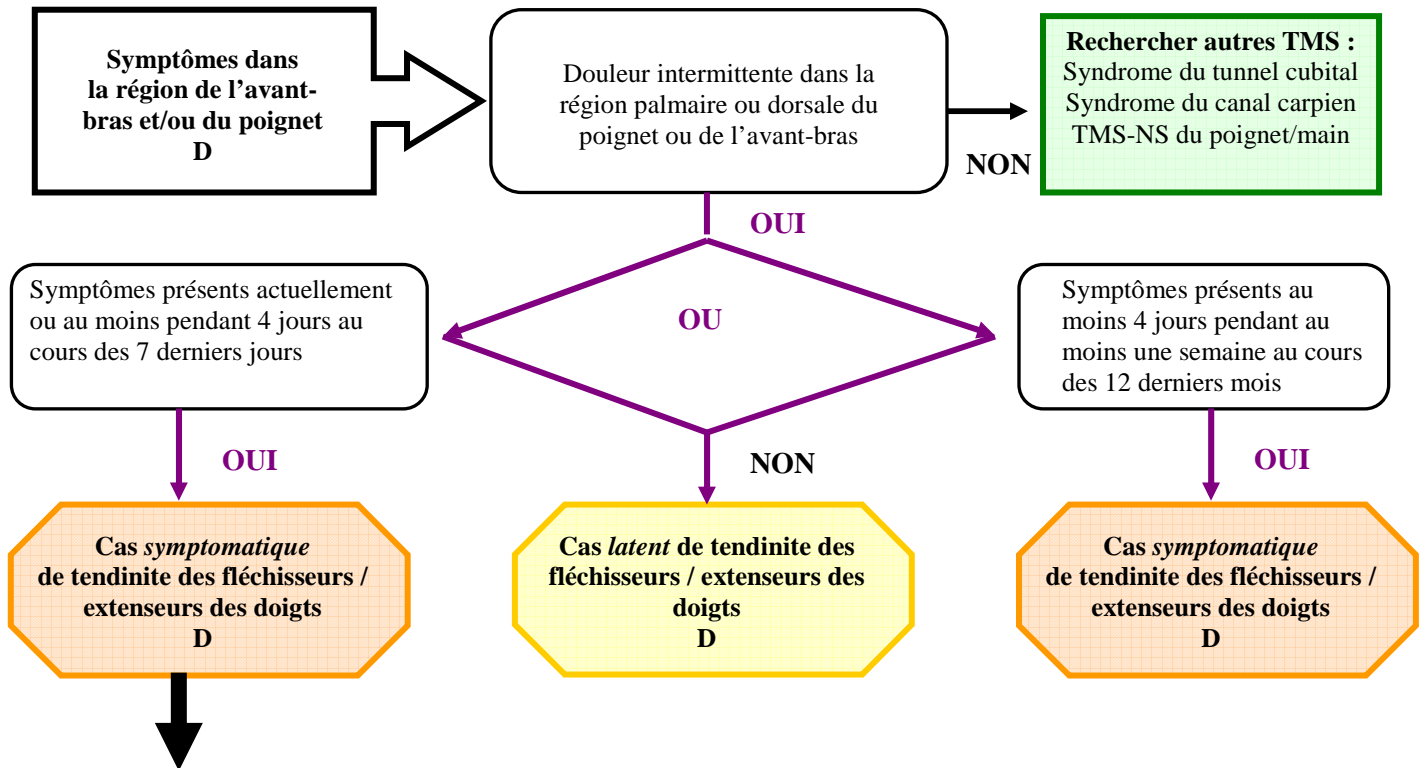


2) Recherche d'une forme *avérée*

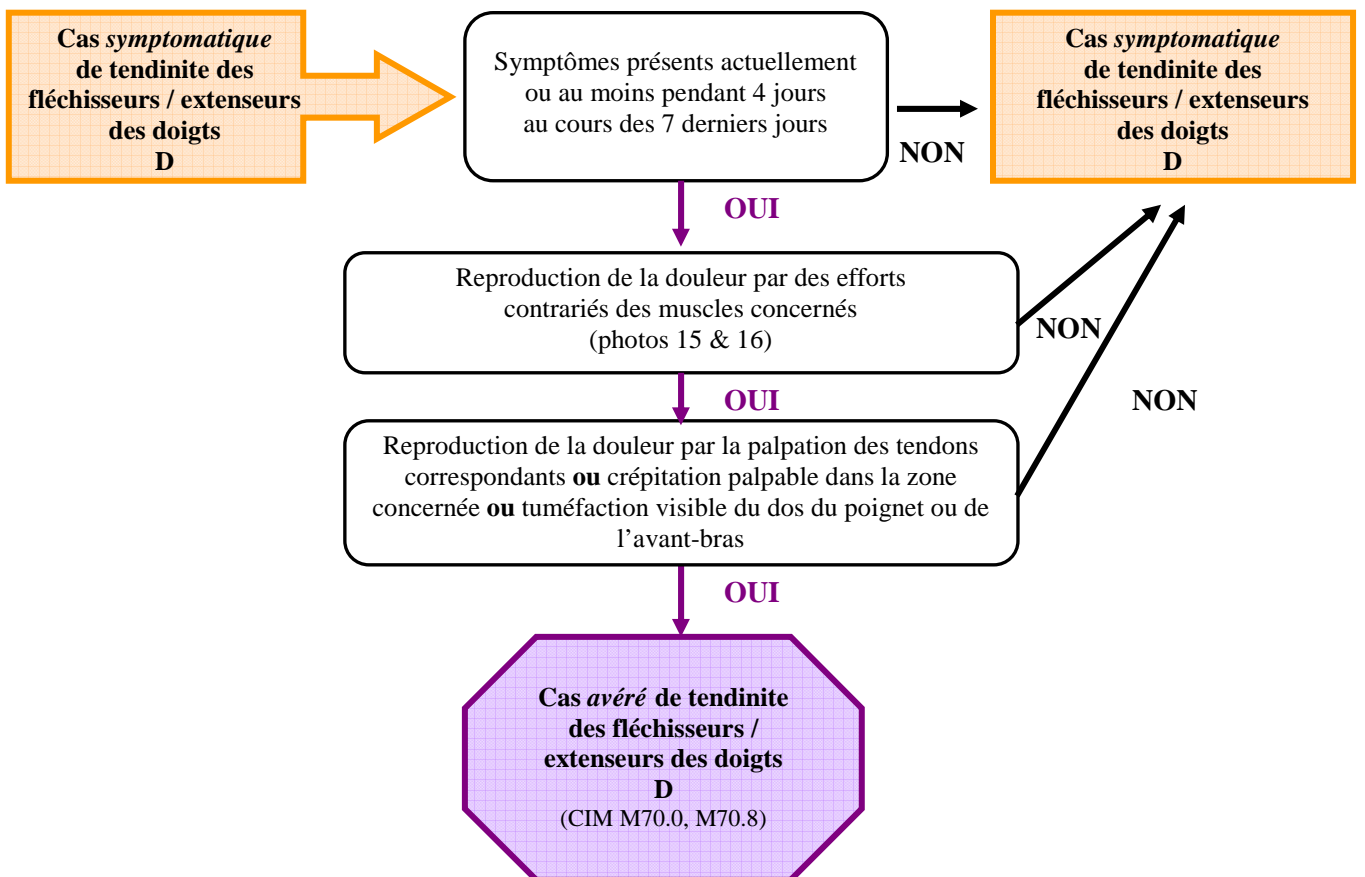


TENDINITE OU TENOSYNOVITE DES FLÉCHISSEURS ET DES EXTENSEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS DROITS

1) Recherche d'une forme *latente* ou *symptomatique*



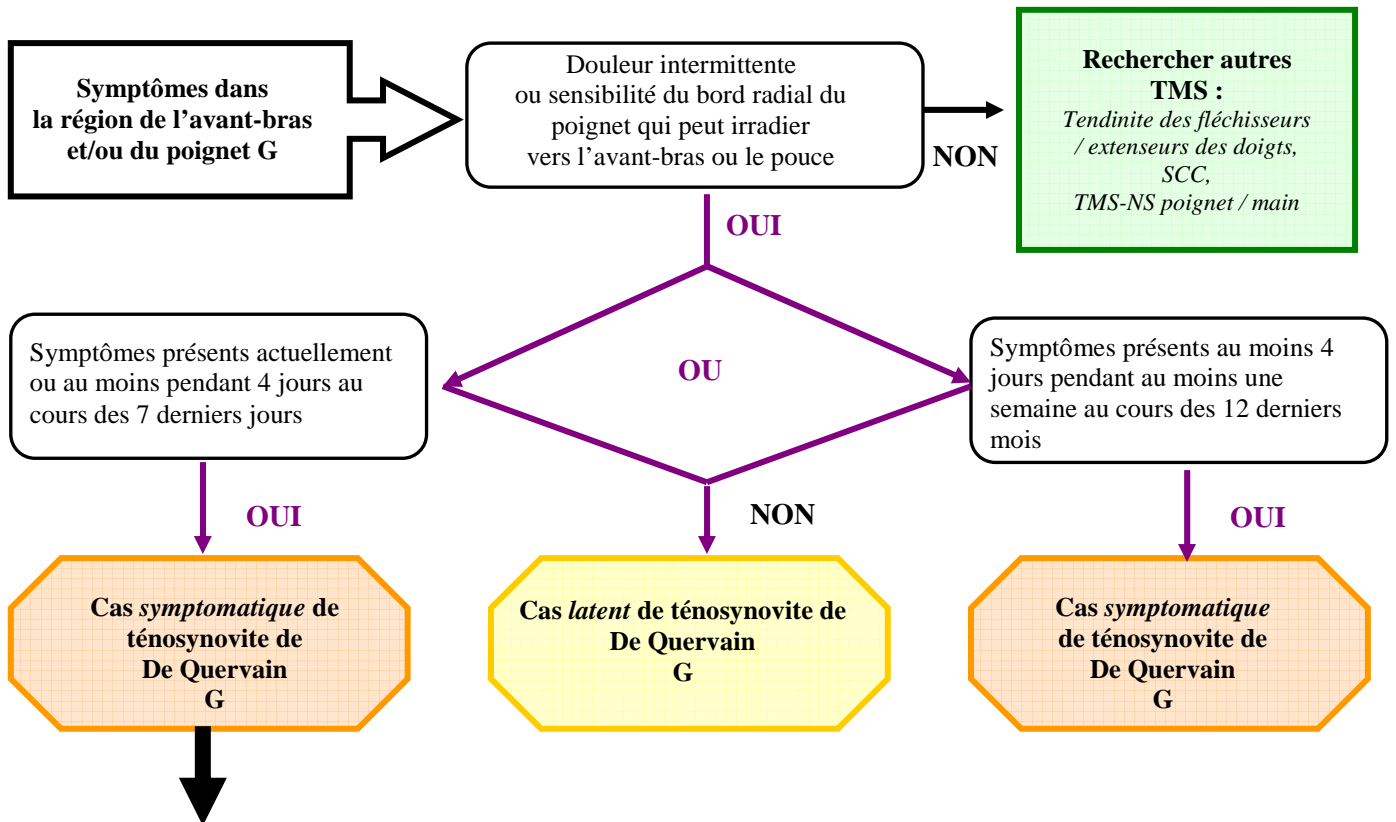
2) Recherche d'une forme *avérée*



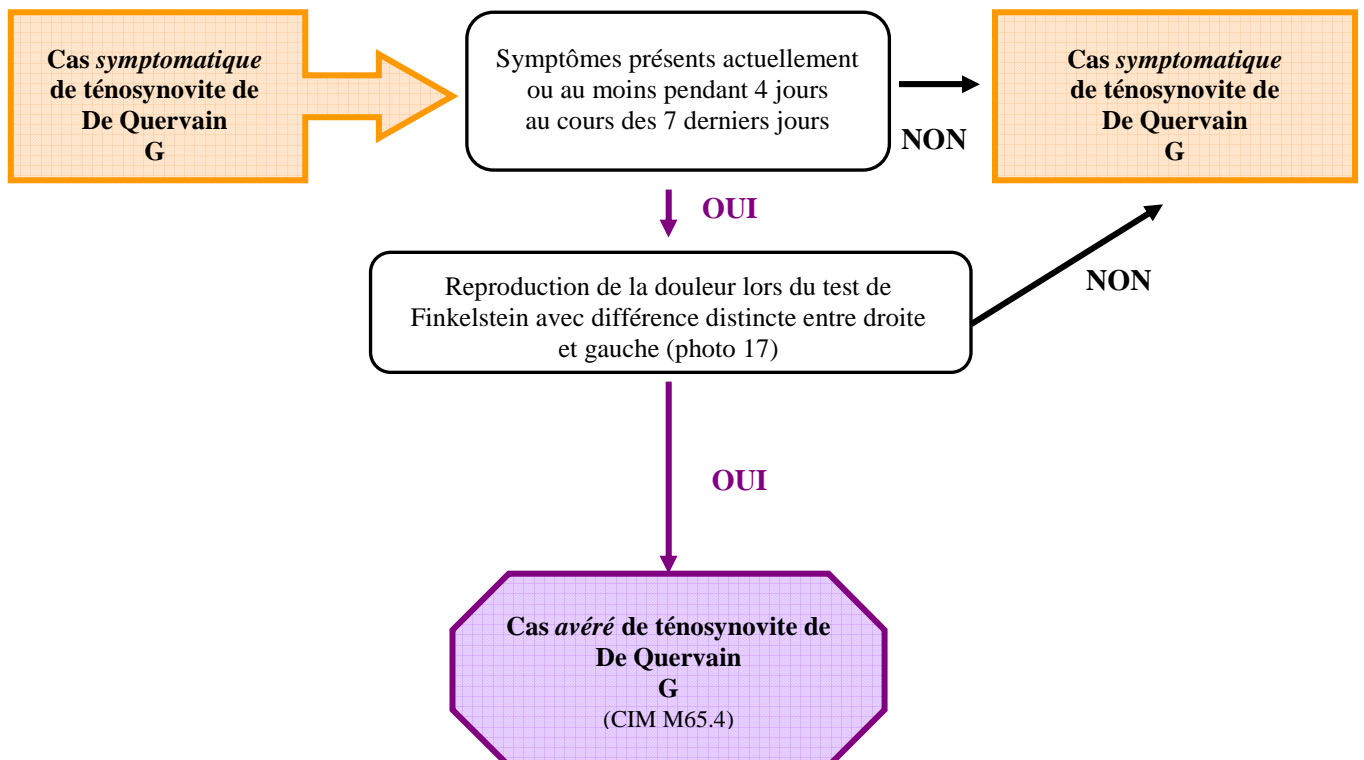
TÉNOZYNOVITE De DE QUERVAIN GAUCHE

(Ténozynovite chronique sténosante du pouce)

1) Recherche d'une forme *latente* ou *symptomatique*



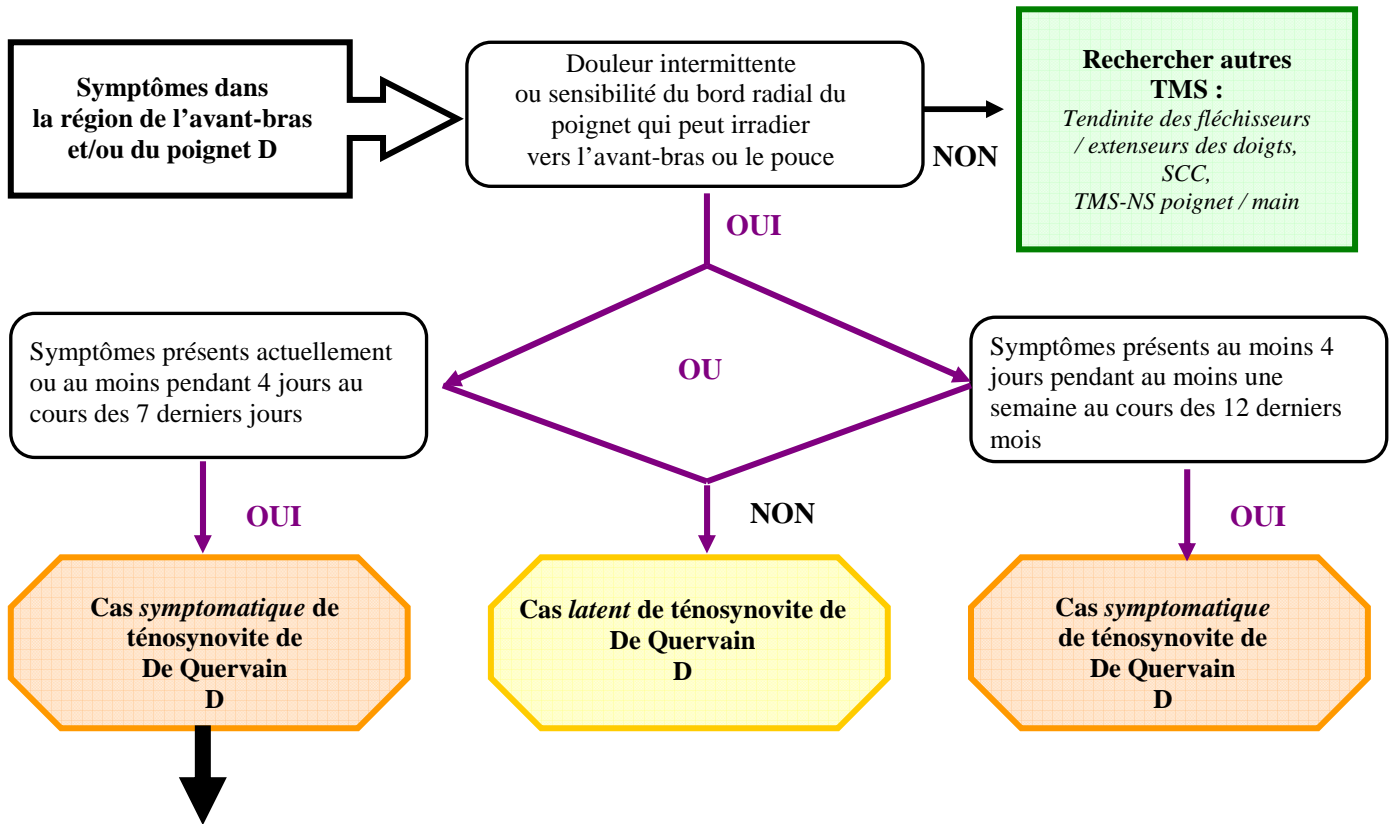
2) Recherche d'une forme *avérée*



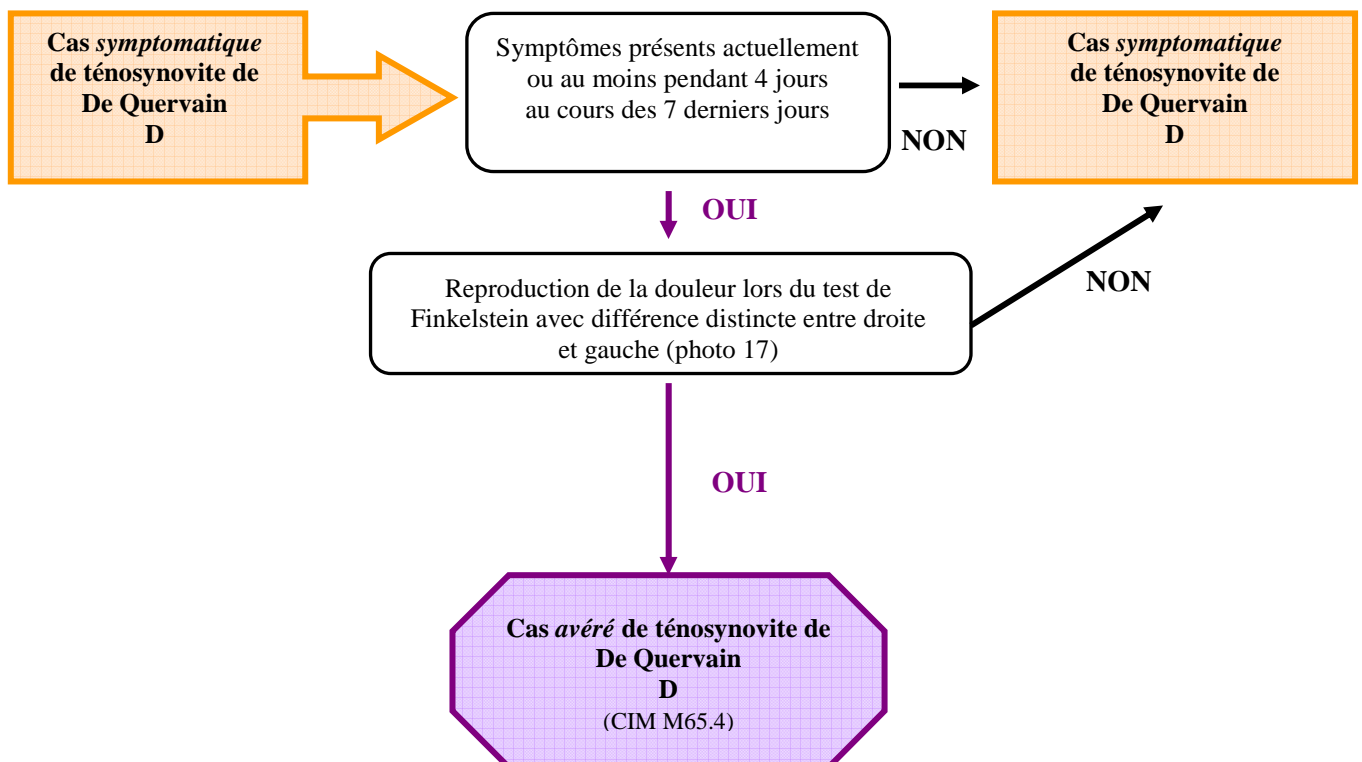
TÉNOSYNOVITE De DE QUERVAIN DROITE

(Ténosynovite chronique sténosante du pouce)

1) Recherche d'une forme *latente* ou *symptomatique*



2) Recherche d'une forme *avérée*



Avis du salarié sur la relation entre les TMS diagnostiqués et son activité professionnelle

Diagnostic en clair (exemple : SCC gauche)	Très liés	Liés	Peu liés	Pas du tout liés
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TMS NON SPÉCIFIQUES DES MEMBRES SUPÉRIEURS

RECHERCHE (entourer) : OUI / NON

1. Symptômes non spécifiques :

	SYMPTÔMES									
	Douleurs		Raideur		Paresthésies		Engourdissement, perte de sensibilité		Sensation de froid	
	Côté D	Côté G	Côté D	Côté G	Côté D	Côté G	Côté D	Côté G	Côté D	Côté G
Cou	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Épaule / Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coude / Av- Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poignet / Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Les symptômes sont présents actuellement ou l'ont été pendant au moins 4 jours au cours des 7 derniers jours :

Oui Non

3. Les symptômes ont été présents au moins 4 jours pendant au moins 1 semaine au cours des 6 derniers mois ?

Oui Non

4. Avis du salarié sur la relation entre les symptômes non spécifiques et son activité professionnelle :

Très liés Liés Peu liés Pas du tout liés

ANNEXE 1

CLASSIFICATION PHARMACOLOGIQUE DES ANTALGIQUES: RESEAU TMS

RAPPEL: LES PALIERS DE LA DOULEUR

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a établi une échelle pour l'utilisation des antalgiques Elle classe la douleur selon 3 paliers

1. **Douleur légère (palier I):** Utilisation d'antalgiques périphériques pouvant être associés ou non à des thérapeutiques adjuvantes.
2. **Douleur légère à modérée (palier II) :** Utilisation d'opiacés faibles associés ou non à des antalgiques périphériques et/ou des adjuvants.
3. **Douleur modérée à sévère (palier III) :** Utilisation d'antalgiques centraux (morphiniques) associés ou non à des antalgiques non opiacés et/ou adjuvants. Chaque palier ne sera atteint que lorsque les médicaments du palier précédent, utilisés à dose optimale, se révèlent insuffisants ou inefficaces.

CLASSIFICATION PHARMACOLOGIQUE DES ANTALGIQUES

A. Les antalgiques périphériques (non dérivés de l'opium) : Ils exercent essentiellement leur action en périphérie au niveau des tissus lésés. Ils sont très souvent utilisés pour traiter des douleurs légères de palier I. Ils se répartissent de la façon suivante

1) **Antalgiques anti-inflammatoires anti-pyrétiques ce sont les anti-inflammatoires** non stéroïdiens ou A.I.N.S. Leur chef de file est l'aspirine. Parmi les autres membres de cette classe, on peut citer le nalgésic*, le nurofen*.

2) **Antalgiques antipyrétiques :** chef de file, le paracétamol (efferalgan*, doliprane*). Son pouvoir antalgique est comparable à celui de l'aspirine. On y trouve également la noramidopyrine mais celle-ci est réservée au traitement des douleurs de palier II. Elle est surtout commercialisée sous forme d'associations de principes actifs dont les plus connues sont : baralgine*, viscéralgine forte*, optalidon* ou salgydal*.

3) **Antalgiques "purs" :** une spécialité est encore commercialisée à ce jour. Il s'agit de l'idarac dont le pouvoir antalgique est légèrement supérieur à celui de l'aspirine ou du paracétamol.

B. Les antalgiques centraux : Ce sont des opiacés puissants ayant pour chef de file la morphine. Ils servent à traiter les douleurs de palier III. On divise les morphiniques en :

- . Produits naturels : morphine, codéine
- . Produits semi-synthétiques : héroïne, buprénorphine (temgésic), nalbuphine (topalgic)
- . Produits synthétiques : méthadone, dextromoramide (palfium), dextropropoxyphène (antalvic), pentazocine (fortal), péthidine (dolosal), tramadol (topalgic)

C. Les antalgiques mixtes : Ce sont des associations d'un antalgique central et d'un antalgique périphérique. On associe très fréquemment la codéine au paracétamol (efferalgan codéine*, dafalgan codéine*, codoliprane*, klipal*, lindilane*) ou à l'aspirine (compralgy*). Ces produits traitent généralement des douleurs de palier II

Principaux antalgiques

Palier III

Morphine chlorhydrate inj. skenan*, palfium*, nubain*, dolosal*, temgésic*, durogésic (percutané)

Palier II

avafortan*, codoliprane*, efferalgan codéiné*, dafalgan codéiné*; di-antalvic*, propofan*, acupan*, topalgic (tramadol)

Palier I

Doliprane*, dafalgan*, efferalgan*, aspirine upsa*, solupsan*, aspégic*, pro-dafalgan*