

Régime général tableau 57

Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

Tableaux équivalents : RA 39

Date de création : Décret du 02/11/1972 | Dernière mise à jour : Décret du 05/05/2017

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
- A - Épaule		
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 ou - 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'un 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 ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
- B - Coude		
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.
Hygromas : épanchement des bourses séreuses ou atteintes inflammatoires des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude.		Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude
- forme aiguë ;	7 jours	
- forme chronique.	90 jours	
Syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne confirmé par électroneuromyographie (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.
- C - Poignet - Main et doigt		
Tendinite.	7 jours	Travaux comportant de façon habituelle des mouvements répétés ou prolongés des tendons fléchisseurs ou extenseurs de la main et des doigts.
Ténosynovite.	7 jours	
Syndrome du canal carpien.	30 jours	Travaux comportant de façon habituelle, soit des mouvements répétés ou prolongés d'extension du poignet ou de préhension de la main, soit un appui carpien, soit une pression prolongée ou répétée sur le talon de la main.

Syndrome de la loge de Guyon.	30 jours	
- D - Genou		
Compression du nerf sciatique poplité externe (SPE) (nerf fibulaire commun) au col du péroné (fibula) objectivée par ENMG	90 jours	Travaux comportant de manière habituelle une position prolongée en flexion forcée du genou, assis sur les talons ou accroupi.
Hygroma aigu du genou.	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou.
Hygroma chronique du genou.	90 jours	
Tendinopathie sous quadricipitale objectivée par échographie. Tendinopathie quadricipitale objectivée par échographie.	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des efforts en charge avec contractions répétées du quadriceps lors de la montée ou descente d'escalier, d'escabeau ou d'échelle.
Tendinite de la patte d'oie objectivée par échographie.	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements répétés et rapides du genou en flexion contre résistance
Syndrome de la bandelette ilio-tibiale objectivée par échographie.	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements rapides du genou en flexion et extension lors des déplacements du corps.
- E - Cheville et pied		
Tendinite d'Achille objectivée par échographie (*) (*) l'IRM le cas échéant..	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des efforts pratiqués en station prolongée sur la pointe des pieds.
(*) Ou un arthroscanner en cas de contre-indication à l'IRM (**) Les mouvements en abduction correspondent aux mouvements entraînant un décollement des bras par rapport au corps.		

Historique (Mai 2017)
Décret n° 72-1010 du 02/11/1972. JO du 09/11/1972.
Hygromas du genou

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Bursite superficielle pré ou infra patellaire en poussée aiguë	7 jours	Travaux susceptibles de provoquer ces maladies : Travaux exécutés habituellement en position agenouillée dans les professions du BTP et des mines.

Décret n° 82-783 du 15/09/1982. JO du 17/09/1982.
Affections professionnelles périarticulaires

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
<p>A : hygromas aigu ou chronique du genou ou atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanée des zones d'appui du genou ;</p> <p>B : idem pour le coude ;</p> <p>C : syndrome du canal carpien (compression du nerf médian) ;</p> <p>D : Syndrome de la loge de Guyon (compression du nerf cubital au niveau du poignet) ;</p> <p>E : Syndrome de la gouttière épitrochléo-olécrânienne (compression du nerf cubital) ;</p> <p>F : syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe au col du péroné ;</p> <p>G : épicondylite ;</p> <p>H : styloïdite radiale.</p>	90 jours	<p>Pour les maladies désignées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en A : travaux comportant habituellement une position agenouillée ; - en B : travaux comportant habituellement un appui prolongé sur le coude ; - en C : travaux manuels comportant de façon habituelle soit un appui carpien, la manipulation d'outils ou d'objets nécessitant un appui sur le talon de la main, l'hyperextension répétée ou prolongée du poignet ; - en D : travaux entraînant de manière habituelle une pression prolongée ou répétée du talon de la main ; - en E : travaux entraînant de manière habituelle un appui prolongé sur le coude ; - en F : travaux comportant de manière habituelle une position accroupie prolongée ; - en G : travaux comportant de manière habituelle soit des mouvements répétés de supination maximale, soit le port d'objets lourds entraînant l'extension complète de l'avant-bras en supination ; - en H : Travaux comportant de façon habituelle l'utilisation d'outils manuels en hyperextension et supination.

Décret n° 85-630 du 19/06/1985. JO du 23/06/1985.
Sans changement

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Sans changement	Sans changement	Il est précisé que la liste des « travaux susceptibles de provoquer ces maladies » est remplacé par « liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies ».

Décret n° 91-877 du 03/09/1991. JO du 07/09/1991.
Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
<p>A- Epaule :</p> <ul style="list-style-type: none"> - épaule douloureuse simple - épaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple <p>B - Coude :</p>	<p>90 jours pour l'épaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple, les hygromas chroniques et le syndrome de la gouttière épitrochléo-olécrânienne ;</p> <p>30 jours pour le syndrome du canal carpien et le syndrome de la loge de Guyon</p>	<p>Pour les maladies désignées en :</p> <p>A : travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule</p> <p>B : 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</p>

<ul style="list-style-type: none"> - épicondylite - épitrochléite - hygromas aigu ou chronique - syndrome de la gouttière épitrochléo-olécrânienne (compression du nerf cubital) C - Poignet, main et doigt - tendinite - ténosynovite - syndrome du canal carpien - syndrome de la loge de Guyon D - Genou - syndrome de la compression du nerf sciatique poplité externe - hygromas aigu ou chronique - tendinite sous-quadricipitale ou rotulienne - tendinite de la patte d'oie E - Cheville et pied - tendinite achilléenne 	<p>7 jours pour les autres affections</p>	<p>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</p> <p>Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude</p> <p>C : travaux comportant de façon habituelle des mouvements répétés ou prolongés des tendons fléchisseurs ou extenseurs de la main et des doigts</p> <p>Travaux comportant de façon habituelle soit des mouvements répétés ou prolongés d'extension du poignet ou de préhension de la main, soit un appui carpien, soit une pression prolongée ou répétée sur le talon de la main</p> <p>D : travaux comportant de manière habituelle une position accroupie prolongée, travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou, travaux comportant de manière habituelle des mouvements répétés d'extension ou de flexion prolongées du genou</p> <p>E : travaux comportant de manière habituelle des efforts pratiqués en station prolongée sur la pointe des pieds</p>
--	---	---

Décret n° 2011-1315 du 17/10/2001. JO du 19/10/2011.

Sans changement

Modification de la partie A entièrement remplacée par :

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
- 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 ou - 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'un 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 ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
* ou un arthroscanner en cas de contre-indication à l'IRM.		** Les mouvements en abduction correspondent aux mouvements entraînant un décollement des bras par rapport au corps.

Décret n° 2012-937 du 01/08/2012. JO du 03/08/2012.

Sans changement

Modification de la partie B entièrement remplacée par :

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
- 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 épitrochléo-olécraniennne confirmé par électroneuromyogramme (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

Décret n° 2017-812 du 5/05/2017. JO du 07/05/2017.

Sans changement

Modifications des parties D et E entièrement remplacées par
D. - Genou

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Compression du nerf sciatique poplitée externe (SPE) (nerf fibulaire commun) au col du péroné (fibula) objectivée par ENMG.	90 jours	Travaux comportant de manière habituelle une position prolongée en flexion forcée du genou, assis sur les talons ou accroupi.
Hygroma aigu du genou	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou
Hygroma chronique du genou	90 jours	
Tendinopathie sous quadriceps objectivée par échographie Tendinopathie quadriceps objectivée par échographie.	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des efforts en charge avec contractions répétées du quadriceps lors de la montée ou descente d'escalier, d'escalieu ou d'échelle.
Tendinopathie de la patte d'oie objectivée par échographie.	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements répétés et rapides du genou en flexion contre résistance.
Syndrome de la bandelette ilio-tibiale objectivée par échographie.	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements rapides du genou en flexion et extension lors des déplacements du corps.

E. -Cheville et pied

--	--	--

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
Tendinopathie d'Achille objectivée par échographie (*). (* L'IRM le cas échéant.	7 jours	sans changement

Données statistiques (Janvier 2024)

ANNÉE	NBRE DE MP RECONNUES	NBRE DE SALARIÉS	MP/1 MILLION SALARIÉS
1991	2 360	14 559 675	162
1992	3 868	14 440 402	267,8
1993	4 610 coude 725 canal carpien 64 genou 2628	14 139 929	326
1994	5 759 coude 866 canal carpien 749 genou 2 432	14 278 686	403,3
1995	6 772 coude 1 321 canal carpien 2 641 genou 811	14 499 318	467
1996	8 662 coude 1 819 canal carpien 3 423 genou 710	14 473 759	598,5
1997	10 320 coude 2 107 canal carpien 3 907 genou 907	14 504 119	711,5
1998	12 133 épaule 2 296 coude 2 587 canal carpien 4 517 genou 791	15 162 106	800
1999	15 281 épaule 2 415 coude 3 403 canal carpien 5 673 genou 882	15 803 680	967
2000	19 862 épaule 4 973 coude 4 358 canal carpien 7 374 genou 855	16 868 914	1 177,4
2001	23 621 épaule 6 275 coude 5 178 canal carpien 8 446 genou 844	17 233 914	1 370,6
2002	28 531 épaule 8 063	17 673 670	1 614,3

	coude 6 087 canal carpien 10 147 genou 858		
2003	30 955 épaule 8 599 coude 6 610 canal carpien 11 332 genou 810	17 632 798	1 755,5
2004	33 077 épaule 8 984 coude 6 798 canal carpien 12 460 genou 840	17 523 982	1 887,5
2005	37 674 épaule 10 264 coude 7 603 canal carpien 14 250 genou 845	17 878 256	2 080
2006	37 779 épaule 10 600 coude 7 694 canal carpien 13 876 genou 785	17 786 989	2 124
2007	40 537 épaule 11 787 coude 8 347 canal carpien 14 737 genou 758	18 626 023	2 176
2008 *	33 682 épaule 10 527 coude 6 181 canal carpien 12 665 genou 506	18 866 048	1 785
2009	37 728 épaule 12 401 coude 7 157 canal carpien 14 189 genou 518	18 458 838	2 044
2010	37 995 dont épaule 14 283 coude 5 901 canal carpien 14 511 genou 432	18 641 613	2 038
2011	43 359 épaule 15 768 coude 8 420 canal carpien 15 247 genou 481	18 834 575	2 302
2012	42 148 épaule 13 660 coude 9 085	18 632 122	2 262

	canal carpien 15 648 genou 436		
2013	40 613 épaule 12 444 coude 9 338 canal carpien 15 384 genou 418	18 644 604	2 178
2014	40 936 épaule 13 050 coude 9 352 canal carpien 15 216 genou 366	18 604 198	2 173
2015	40 220 épaule 13 445 coude 9 232 canal carpien 14 067 genou 360	18 449 720	2 180
2016	38 740 épaule 12 948 coude 9 215 canal carpien 13 279 genou 281	18 529 736	2 090
2017	38 580 épaule 13 223 coude 9 404 canal carpien 12 792 genou 275	19 163 753	2 013
2018	39 742 épaule 14 359 coude 10 047 canal carpien 12 580 genou 254	19 172 462	2 073
2019	40 829 épaule 15 241 coude 10 037 canal carpien 12 289 genou 196	19 557 331	2 088
2020	32 253 épaule 12 355 coude 8 095 canal carpien 9 306 genou 155	19 344 473	1 667
2021	37 580 épaule 14 490 coude 9 342 canal carpien 10 950 genou 148	20 063 697	1 873

* Jusqu'en 2007 les chiffres indiqués sont ceux correspondant au nombre de maladies professionnelles reconnues dans l'année indépendamment de tout aspect financier. A partir de 2008, les chiffres indiqués correspondent aux maladies professionnelles reconnues et ayant entraîné un premier versement financier de la part de la Sécurité sociale (soit indemnités journalières soit premier versement de la rente ou du capital).

Nuisance (Novembre 2024)

Dénomination et champ couvert

Maladies en rapport avec les gestes et postures du travail ¹ qui affectent les tissus mous tels que les muscles, les tendons, les gaines synoviales, les bourses séreuses, les nerfs au niveau des membres supérieurs et inférieurs et dont la douleur est l'expression la plus manifeste. Elles sont appelées aussi troubles musculosquelettiques (TMS) ou encore affections péri articulaires, pathologie d'hypersollicitation, lésions attribuables au travail répétitif.

¹ <https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>

Le tableau n°57 prend en charge certaines des affections touchant l'épaule, le coude, le poignet et la main, le genou et la cheville et représente entre 80 et 85 % des maladies professionnelles reconnues au régime général.

Mode de contamination

De nombreux **facteurs de risque** ² peuvent être à l'origine de TMS.

² <https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/facteurs-risque.html>

Principales professions exposées et principales tâches concernées (Août 2011)

Les affections périarticulaires touchent toutes les professions. Toutefois, elles prédominent dans les secteurs de l'agro-alimentaire, de l'industrie automobile, du BTP, du textile et de la grande distribution.

Les facteurs biomécaniques et psychosociaux cohabitent dans toutes les activités. Cependant, leur poids respectif dans l'apparition des TMS (troubles musculosquelettiques) ne semble pas le même en fonction du type d'activité. Dans le travail manufacturier, le poids des facteurs biomécaniques paraît supérieur à celui des facteurs psychosociaux. Dans le travail bureautique, il semble que ce soit l'inverse. Les recherches futures permettront de préciser les inter-relations des différents facteurs de risque avec les TMS.

Description clinique de la maladie indemnisable (Décembre 2014)

I. Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs.

Définition de la maladie

La coiffe des rotateurs est composée des 4 tendons des muscles suivants à insertion humérale :

- sub-spinatus (sus-épineux),
- infra-spinatus (sous-épineux),
- subcapulaire (sous-scapulaire),
- teres minor (petit rond)

associés à la bourse synoviale sous-acromiale et à la partie proximale du tendon du chef long du muscle biceps brachial.

La coiffe des rotateurs assure le centrage mécanique de la tête humérale dans la cavité glénoïde en contrebalançant l'action subluxante vers le haut du puissant muscle deltoïde chaque fois que ce dernier est mis en jeu. De ce fait, la coiffe des rotateurs est sollicitée tout particulièrement lors des mouvements d'antépulsion ou d'abduction faits en force (en particulier pour le soulèvement de charges), par les positions prolongées bras levés au-dessus de la tête ou des épaules et lors des mouvements de rotation interne ou externe du bras, répétitifs et avec déploiement de force.

Une tendinopathie est une souffrance du tendon d'un muscle due à un phénomène dégénératif.

Les calcifications sont classées en fonction des constatations radiologiques :

- les types A et B sont denses, homogènes, à contours nets, de grande taille, uniformes (type A) ou polylobées (type B). Elles sont souvent bilatérales, parfois associées à d'autres calcifications péri-articulaires extracapsulaires. Il n'existe pas d'arguments épidémiologiques pour reconnaître ces calcifications comme étant d'origine professionnelle. Ce qui n'exclut, cependant pas la possibilité d'une réelle tendinopathie de la coiffe des rotateurs associée. De même, les calcifications intra-articulaires ne sont pas liées à des mouvements d'hypersollicitation ;
- les calcifications de type C sont hétérogènes, peu denses, à contours mal limités. Elles peuvent résulter soit d'un processus dégénératif au long cours, compatible, dans certains cas, avec une origine mécanique, soit de l'évolution défavorable après rupture des calcifications de type A ou B ;
- les calcifications de type D correspondent aux enthésopathies (modifications de la nature du tendon au niveau de son insertion sur l'os) qui se sont calcifiées, en liaisons avec les mouvements d'hypersollicitation.

Le caractère aigu de la souffrance est défini, au moment du diagnostic, par son apparition qui est récente et son délai d'évolution qui est court.

Diagnostic

La tendinopathie de la coiffe des rotateurs se caractérise par des douleurs d'épaule spontanées et/ou aux mouvements, en particulier d'élévation ou d'abduction du bras (non spécifique). La mobilité passive est normale, la mobilité active est douloureuse mais non limitée. La douleur est déclenchée par la palpation locale au niveau des zones d'insertion tendineuse et lors de la mise en tension contrariée des différents muscles de la coiffe : test de Jobe (sus-épineux), de Patte (sous-épineux), signe de Gerber (sous-scapulaire), palm up test (test du long biceps) ; ces tests ne sont pas pathognomoniques et peuvent être d'interprétation malaisée, y compris par un spécialiste.

Il est essentiel de tenir compte du contexte, d'examiner soigneusement non seulement l'articulation gléno-humérale mais encore l'articulation acromio-claviculaire et la colonne cervicale.

La radiographie standard fait partie du bilan de la forme aiguë.

Evolution

L'évolution est en général favorable avec l'arrêt de la sollicitation articulaire, c'est-à-dire la mise au repos de l'épaule.

Sans réduction de la sollicitation articulaire et sans une prise en charge thérapeutique adaptée, l'inflammation persiste et l'évolution vers la chronicité est fréquente, avec une aggravation de l'impotence fonctionnelle du fait de la détérioration des structures tendineuses et articulaires.

Traitement

Il associe :

- antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et infiltrations sous-acromiales de corticoïdes,
- kinésithérapie axée sur l'entretien des amplitudes articulaires ainsi que sur l'utilisation du capital musculaire.

Au stade aigu, il n'y a pas d'indication chirurgicale.

Facteurs de risque

Facteurs d'exposition

Tous les gestes qui amènent à soulever des charges au niveau ou au-dessus du niveau des épaules ou à maintenir les bras levés au-dessus de la tête de façon répétée ou prolongée.

Facteurs individuels

L'âge est un facteur d'aggravation de la maladie.

II. Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs

Définition de la maladie

La coiffe des rotateurs est composée des 4 tendons des muscles suivants à insertion humérale :

- sub-spinatus (sus-épineux),
- infra-spinatus (sous-épineux),
- subcapulaire (sous-scapulaire),
- teres minor (petit rond) associés à la bourse synoviale sous-acromiale et à la partie proximale du tendon du chef long du muscle biceps brachial.

La coiffe des rotateurs assure le centrage mécanique de la tête humérale dans la cavité glénoïde en contrebalançant l'action subluxante vers le haut du puissant muscle deltoïde chaque fois que ce dernier est mis en jeu. De ce fait, la coiffe des rotateurs est sollicitée tout particulièrement lors des mouvements d'antépulsion ou d'abduction faits en force (en particulier pour le soulèvement de charges), par les positions prolongées bras levés au-dessus de la tête ou des épaules et lors des mouvements de rotation interne ou externe du bras, répétitifs et avec déploiement de force.

Une tendinopathie est une souffrance du tendon d'un muscle due à un phénomène dégénératif.

Les calcifications sont classées en fonction des constatations radiologiques :

- les types A et B sont denses, homogènes, à contours nets, de grande taille, uniformes (type A) ou polylobées (type B). Elles sont souvent bilatérales, parfois associées à d'autres calcifications péri-articulaires extracapsulaires. Il n'existe pas d'arguments épidémiologiques pour reconnaître ces calcifications comme étant d'origine professionnelle. Ce qui n'exclut, cependant pas la possibilité d'une réelle tendinopathie de la coiffe des rotateurs associée. De même, les calcifications intra-articulaires ne sont pas liées à des mouvements d'hypersollicitation ;
- les calcifications de type C sont hétérogènes, peu denses, à contours mal limités. Elles peuvent résulter soit d'un processus dégénératif au long cours, compatible, dans certains cas, avec une origine mécanique, soit de l'évolution défavorable après rupture des calcifications de type A ou B ;
- les calcifications de type D correspondent aux enthésopathies (modifications de la nature du tendon au niveau de son insertion sur l'os) qui se sont calcifiées, en liaisons avec les mouvements d'hypersollicitation.

Le caractère chronique de la souffrance est arbitrairement défini par une durée d'évolution supérieure à trois mois.

Il est à noter que la tendinopathie chronique n'est pas toujours précédée d'une phase aiguë, elle peut s'installer progressivement.

Diagnostic

La tendinopathie de la coiffe des rotateurs se caractérise par des douleurs d'épaule spontanées et/ou aux mouvements en particulier d'élévation ou d'abduction du bras (non spécifique). La mobilité passive est plus ou moins altérée. La douleur est déclenchée à la palpation locale au niveau des zones d'insertion tendineuse et lors de la mise en tension contrariée des différents muscles de la coiffe : test de Jobe (sus-épineux), test de Patte (sous-épineux), signe de Gerber (sous-scapulaire), palm up test (test du long biceps) ; ces tests ne sont pas pathognomoniques et peuvent être d'interprétation malaisée, y compris par un spécialiste.

En plus des signes cliniques précédents, il apparaît, à partir d'un certain angle d'élévation antérieure et/ou d'abduction du bras, un accrochage douloureux entre le bord supérieur du trochiter et l'auvent acromio-coracoïdien avec deux signes caractéristiques : le signe de Neer et le signe d'Hawkins.

Les radiographies standard peuvent montrer des signes indirects d'atteinte de la coiffe : ostéo-condensation et petites irrégularités du pourtour supérieur du trochiter et de l'extrémité inférieure de l'acromion (traduction du conflit) et/ou petit décalage supérieur de la tête humérale (mis en évidence par des clichés en abduction contrariée).

L'échographie permet de déceler des anomalies d'échostructure des tendons de la coiffe et d'apprécier leur épaisseur, elle doit toujours être réalisée de façon comparative.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'examen complémentaire de référence qui permet de faire le bilan exact des lésions. Toutefois avant 3 mois d'évolution, cet examen ne montre aucune anomalie significative des tendons.

Evolution

Elle est susceptible de se faire, surtout si les sollicitations de l'épaule persistent :

- soit par complication, vers une rupture partielle ou complète des tendons de la coiffe entraînant une impotence majeure de l'épaule,
- soit vers la constitution d'une omarthrose (épaule enraidie).

Traitement

Au stade chronique, la prise en charge thérapeutique initiale associe :

- antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et infiltrations sous-acromiales de corticoïdes.
- kinésithérapie axée sur la récupération et l'entretien des amplitudes articulaires ainsi que sur l'utilisation du capital musculaire.

En cas de non amélioration, un bilan lésionnel et contextuel doit être fait en vue d'une éventuelle indication chirurgicale.

III. Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs

Définition de la maladie

La coiffe des rotateurs est composée des 4 tendons des muscles suivants à insertion humérale :

- sub-spinatus (sus-épineux),
- infra-spinatus (sous-épineux),
- subcapulaire (sous-scapulaire),
- teres minor (petit rond)

associés à la bourse synoviale sous-acromiale et à la partie proximale du tendon du chef long du muscle biceps brachial.

La coiffe des rotateurs assure le centrage mécanique de la tête humérale dans la cavité glénoïde en contrebalançant l'action subluxante vers le haut du puissant muscle deltoïde chaque fois que ce dernier est mis en jeu. De ce fait, la coiffe des rotateurs est sollicitée tout particulièrement lors des mouvements d'antépulsion ou d'abduction faits en force (en particulier pour le soulèvement de charges), par les positions prolongées bras levés au-dessus de la tête ou des épaules et lors des mouvements de rotation interne ou externe du bras, répétitifs et avec déploiement de force.

Les ruptures surviennent le plus souvent dans le cadre de l'évolution d'une tendinopathie chronique, symptomatique ou non. Les ruptures aiguës sur tendon antérieurement sain sont rares.

Une rupture transfixiante est définie comme une solution de continuité intéressant la totalité de l'épaisseur du tendon.

Une rupture est définie comme partielle si elle n'affecte pas la totalité de l'épaisseur du tendon.

Les ruptures de la coiffe sont de gravité variable allant de la rupture partielle d'un tendon à la rupture massive de trois ou quatre tendons.

Diagnostic

À l'inspection, une amyotrophie des fosses sus et/ou sous-épineuses est évocatrice d'une rupture des tendons supra et/ou infra-épineux.

L'étude des amplitudes passives, réalisée au mieux sur un patient en position couchée pour éliminer les compensations, est fondamentale à la vérification de la liberté de l'articulation gléno-humérale et de l'absence de rétraction capsulaire.

L'étude des amplitudes actives est faite sur un patient assis. L'association d'une mobilité passive complète et d'une mobilité active déficitaire oriente vers une rupture de la coiffe des rotateurs.

La mise en évidence d'une perte de force lors du test de Jobe atteste d'une rupture du sus-épineux.

La mise en évidence d'une perte de force en rotation externe coude au corps (test de Patte) atteste d'une rupture du sous-épineux.

La mise en évidence d'une perte de force en rotation externe à 90° d'abduction atteste d'une rupture du sous-épineux et du petit rond.

La mise en évidence d'une perte de force en rotation interne main sur l'abdomen (Belly press test) atteste d'une rupture du sous-scapulaire.

La mise en évidence d'une déformation en boule du muscle biceps atteste d'une rupture du chef long du biceps. En revanche, les classiques tests de « tendinite du biceps » (test du long biceps) ne sont pas spécifiques.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'examen complémentaire de référence qui permet de faire le bilan exact des lésions.

Evolution

Il n'y a pas de parallélisme anatomoclinique. Douleur et incapacité peuvent correspondre à un état instable ou transitoire dans l'histoire naturelle des tendinopathies rompues. 40 à 80 % des patients ayant une rupture dégénérative des tendons de la coiffe des rotateurs s'améliorent de façon acceptable avec le traitement conservateur à moyen et long terme, et ce d'autant mieux que leur prise en charge a été précoce.

Traitement

De première intention, le traitement comporte :

- antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et infiltrations sous-acromiales de corticoïdes,

- kinésithérapie axée sur l'entretien des amplitudes articulaires ainsi que sur l'utilisation du capital musculaire.

En l'absence d'amélioration après 6 mois de traitement, l'indication chirurgicale doit être discutée. La tolérance peut dépendre de la demande fonctionnelle individuelle.

Toutes les ruptures ne nécessitent pas de réparation chirurgicale.

Facteurs de risque

Facteurs individuels

La rupture de la coiffe des rotateurs, même partielle, est très rare chez un sujet jeune, ou alors, elle est consécutive à un événement violent qui peut relever de l'accident du travail.

IV. Tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens

Définition de la maladie

La tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens, aussi appelée épicondylite latérale, est une inflammation du tendon d'insertion des muscles de l'avant-bras sur la face externe du coude, l'épicondyle. Elle survient à la suite d'une sollicitation excessive et/ou répétée de ce tendon comme la répétition de prises manuelles en force et de pronosupination.

Le syndrome du tunnel radial est une compression de la branche profonde du nerf radial sous l'arcade du muscle court supinateur.

Diagnostique

Le diagnostic est clinique. Des douleurs spontanées apparaissent au niveau de la face externe du coude, siège de l'épicondyle, avec irradiations possibles à l'avant-bras. Ces douleurs limitent les mouvements d'extension du coude, du poignet et la pronosupination.

À l'examen clinique, on recherche une douleur réveillée par la pression de l'épicondyle, et par certains mouvements du coude mettant en tension les muscles épicondyliens comme l'extension du coude, la pronosupination et l'extension du poignet et des doigts notamment contre résistance.

En cas d'association à un syndrome du tunnel radial, il existe également une douleur du bord médial de l'avant-bras, majorée par la supination en force répétée et une douleur au niveau de la face antérieure de l'avant-bras sous la tête radiale. Le diagnostic du syndrome du tunnel radial est difficile. Il doit être envisagé devant une épicondylalgie résistante au traitement.

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour établir le diagnostic d'épicondylite. Des examens radiographiques du coude ou du rachis cervical peuvent être réalisés pour éliminer un diagnostic différentiel, comme une atteinte articulaire ou une origine cervicale. Un électroneuromyogramme est réalisé en cas de suspicion de syndrome du tunnel radial associé.

Evolution

En respectant la mise au repos du coude, l'évolution spontanée de l'épicondylite se fait vers l'amélioration. La chronicisation et le risque de récurrence sont majorés en cas de poursuite des mouvements néfastes et en cas de prise en charge inadaptée.

Traitement

Le traitement de l'épicondylite consiste à mettre le coude au repos, c'est-à-dire à éviter les sollicitations qui mettent en tension les tendons des muscles épicondyliens.

Un traitement médical symptomatique peut être prescrit pour soulager les douleurs (antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, infiltrations de corticoïdes...) ou encore des séances de kinésithérapie. Le recours à la chirurgie reste exceptionnel et réservé aux formes graves.

Facteurs de risque

Facteurs d'exposition

L'épicondylite est souvent multifactorielle. Toutes sollicitations excessives et/ou répétées, professionnelles ou non, des tendons des muscles épicondyliens sont à risque de favoriser l'apparition d'épicondylite surtout pour les gestes d'extension complète du coude, de flexion-extension du poignet, de prise serrée et de flexion palmaire ; et d'autant plus si ces gestes sont exécutés en position fixe et/ou contraignante, avec un temps de récupération insuffisant. Ainsi les activités de loisirs (jardinage, bricolage...) ou les sports de raquette sont des facteurs de risque.

Le travail au froid et l'exposition aux vibrations seraient également des conditions favorisantes.

Facteurs individuels

Le risque augmente avec l'âge et le nombre d'années d'exposition.

V. Tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens

Définition de la maladie

La tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens, également appelée épitrochléite ou épicondylite médiale, est une inflammation du tendon d'insertion des muscles de l'avant-bras sur la face interne du coude. Elle survient à la suite d'une sollicitation excessive et/ou répétée de ces tendons lors de mouvements de flexion palmaire du poignet, inclinaison radiale ou ulnaire du poignet et pronation forcée de l'avant-bras, surtout lorsque les doigts sont fixés en flexion.

Diagnostic

Le diagnostic est établi cliniquement devant la présence de douleurs localisées à la face interne de l'avant-bras, au niveau de la région épitrochléenne. Ces douleurs sont exacerbées lors de la palpation locale, et lors de mouvements qui mettent en tension les muscles épitrochléens c'est-à-dire la pronation forcée, la flexion palmaire du poignet et des doigts, et la flexion palmaire avec inclinaison ulnaire ou radiale du carpe, notamment lorsque ces mouvements sont réalisés contre résistance. L'examen évaluera également la stabilité du coude à la recherche d'une laxité interne.

Des radiographies à rayons mous centrées sur la zone douloureuse ont pour but d'éliminer un diagnostic différentiel.

Evolution

L'évolution spontanée est favorable si le coude est mis au repos. Les rechutes et le passage à la chronicité sont peu fréquents.

Traitement

Le traitement consiste à mettre le coude au repos, en évitant les mouvements qui sollicitent les muscles épitrochléens c'est-à-dire la pronation, la flexion du poignet et des doigts et l'inclinaison radiale et ulnaire du poignet.

Un traitement médical symptomatique peut être prescrit pour soulager les douleurs : antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, infiltrations de corticoïdes ou encore séances de kinésithérapie.

Facteurs de risque

Toutes sollicitations excessives et/ou répétées, professionnelles ou non, des tendons des muscles épitrochléens sont à risque de favoriser l'apparition d'épitrochléite c'est-à-dire les gestes de flexion palmaire du poignet et des doigts, d'inclinaison radiale et ulnaire du carpe et de pronation. Ces mouvements se retrouvent notamment dans la pratique du golf.

VI. Hygroma

Définition de la maladie

Egalement appelé bursite, l'hygroma du coude est une tuméfaction liée à la présence de liquide dans la bourse séreuse en arrière du coude (sorte de poche habituellement vide, qui sert au glissement de la peau sur l'os lors des mouvements du coude) ou à l'inflammation des tissus sous cutanés.

Il en existe deux formes : la forme aiguë et la forme chronique, modalité d'évolution de la forme aiguë négligée ou mal traitée.

Diagnostic

Le diagnostic se fait cliniquement devant la présence, en arrière du coude, d'une masse bien limitée, mobile, non douloureuse et rénitente à la palpation, ce qui signe son caractère liquidien. Lors d'une poussée inflammatoire et/ou d'une infection, la masse devient érythémateuse, chaude, inflammatoire et peut être douloureuse.

Evolution

L'augmentation du volume de la tuméfaction peut créer une gêne ou une impression de tension locale. L'hygroma peut évoluer vers une inflammation ou une infection.

La chronicisation de l'hygroma survient à la suite d'une prise en charge inadaptée et/ou lorsque les facteurs favorisants sont maintenus.

Traitement

La ponction liquidienne et l'injection locale de corticoïdes suffisent initialement pour diminuer l'épanchement mais n'empêchent ni la récurrence ni la chronicisation.

L'ablation chirurgicale de l'hygroma, ou bursectomie, peut s'imposer en cas de gêne par le volume ou le caractère inflammatoire.

Facteurs de risque

L'appui prolongé sur un plan dur (appui direct ou avec une composante de glissement), les chocs et/ou microtraumatismes répétés des parties molles, l'hyperpression locale ou l'irritation due à une pathologie articulaire voisine peuvent favoriser l'apparition d'un hygroma.

VIII. Syndrome de la gouttière épitrochléo-olécraniennne

Définition de la maladie

Il s'agit de la compression du nerf ulnaire (anciennement nerf cubital) au niveau de la face postéro-interne du coude, dans la gouttière osseuse (dite épitrochléo-olécraniennne) dans laquelle il chemine.

Diagnostic

Le diagnostic est évoqué à l'examen clinique devant la présence de symptômes témoignant d'une souffrance du nerf ulnaire, nerf sensitivo-moteur. Le début des symptômes est souvent insidieux.

Sur le plan sensitif, il s'agit de paresthésies, de gêne, de diminution de la sensibilité, voire de douleurs, dans la région innervée par le nerf ulnaire, à savoir le bord médial de la main, le 5^e doigt et la face interne du 4^e doigt. La douleur dans le territoire d'innervation du nerf est reproduite lors de la percussion de la face interne du coude.

Sur le plan moteur, l'examen recherche une diminution de la force musculaire pour la pince pouce-index, l'écartement des doigts et la prise globale de la main, une amyotrophie des muscles interosseux de la main et de l'éminence hypothénar, masse musculaire du bord médial de la paume.

Le diagnostic est confirmé par l'électroneuromyographie qui met en évidence un ralentissement de la vitesse de conduction du nerf ulnaire au niveau du coude.

Evolution

L'évolution spontanée est rarement favorable.

En l'absence de traitement efficace, l'évolution se fait vers l'aggravation des symptômes, la compression du nerf ulnaire pouvant aboutir à une paralysie localisée dans le territoire d'innervation du nerf.

Traitement

Le premier traitement est la mise au repos du coude, en évitant les mouvements contraignant le nerf ulnaire comme la flexion forcée et/ou répétée et l'appui prolongé sur le coude. Dans certains cas, une attelle de repos peut être prescrite.

Un traitement symptomatique médical (antalgiques, infiltrations...) peut également s'avérer nécessaire.

La libération chirurgicale du nerf ulnaire est le traitement curatif de référence. Elle permet une diminution voire une disparition complète des symptômes. L'amélioration peut être lente, en plusieurs semaines à quelques mois.

Facteurs de risque

Facteurs d'exposition

La flexion répétée du coude, la flexion en force et l'appui prolongé sur le coude favorisent la compression du nerf ulnaire au niveau de la gouttière épitrochléo-olécraniennne.

Facteurs individuels

Les antécédents traumatiques au niveau du coude, comme les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, les hématomes..., favorisent l'apparition ultérieure d'une atteinte du nerf ulnaire au coude.

Des pathologies comme l'ostéochondromatose, les tumeurs nerveuses ou des parties molles, les proliférations synoviales peuvent également favoriser la survenue d'une compression du nerf ulnaire.

IX. Tendinites et ténosynovites du poignet, de la main et des doigts

Définition de la maladie

Les tendinites sont des inflammations des tendons et les ténosynovites, des inflammations des tendons et de leurs gaines synoviales.

On a affaire le plus souvent, au départ, à des *tendinites ou ténosynovites aiguës* dont le diagnostic ne doit jamais être un diagnostic de facilité porté à tort devant toute douleur du poignet ou des doigts.

Les *tendinites postérieures* touchent les tendons du cubital postérieur, des 2 muscles radiaux ainsi que ceux des extenseurs des doigts au poignet ou à la face dorsale de la main.

Les *tendinites externes* sont représentées :

- par la styloïdite radiale, tendinite d'insertion de l'huméro-stylo-radial (ou long supinateur) sur la styloïde radiale,
- par les tendinites des muscles extrinsèques du pouce, beaucoup plus fréquentes. Celle qui intéresse la gaine commune du court extenseur et du long abducteur du pouce, sur la face dorsale du poignet, est bien connue dans sa forme sténosante sous le nom de tendinite de De Quervain.

Les *tendinites antérieures* peuvent intéresser :

- soit les tendons des fléchisseurs du poignet (grand et petit palmaire et cubital antérieur) qui sont superficiels et faciles à explorer,
- soit les tendons des fléchisseurs des doigts à la partie toute inférieure de l'avant-bras et surtout au niveau de leur trajet dans le canal carpien.

Diagnostic

Pour pouvoir évoquer une tendinite il faut que la douleur spontanée siège sur le trajet ou à l'insertion d'un tendon.

La douleur est réveillée ou exacerbée par les gestes qui mettent en jeu ce tendon, par sa palpation, par sa mise en tension contre résistance ou par son allongement passif. Lorsqu'il est palpable, le tendon est souvent épaissi et il peut être entouré d'un empâtement rénitent (parfois siège de crépitations) qui signe l'existence d'une synovite liquidienne péri-tendineuse d'où le nom de ténosynovite.

Ténosynovite de De Quervain

C'est la plus fréquente des ténosynovites affectant les gaines dorsales du poignet. Elle représente un processus inflammatoire qui concerne la gaine commune du court extenseur et du long abducteur du pouce. Elle s'accompagne d'une tuméfaction ligneuse située au-dessus de la styloïde, adhérent au plan ostéo-périosté (correspondant à l'hypertrophie de la coulisse fibreuse associée à une réaction inflammatoire de la gaine). La palpation et la mise en étirement maximal par flexion-adduction du pouce plus inclinaison cubitale du poignet viennent confirmer le diagnostic.

Ténosynovites des fléchisseurs des doigts

- le plus souvent, elles prennent une forme chronique de ténosynovite sèche hypertrophique qui va rester sans expression clinique propre mais va donner naissance à un syndrome du canal carpien en raison de la compression qu'elle va exercer sur le nerf médian ;

- dans quelques cas seulement, il existe une ténosynovite liquidienne des tendons des fléchisseurs d'expression rhumatologique bruyante ; elle se manifeste alors par de vives douleurs du poignet, irradiant vers la paume de la main et vers les doigts qui sont placés en position antalgique de flexion palmaire ; il existe un empâtement diffus et une tuméfaction douloureuse de la face antérieure du poignet ; la douleur est fortement accrue à l'extension passive et à la flexion contrariée des doigts. Pour le tendon du grand palmaire, le point douloureux est à la face antérieure du poignet. Pour le tendon du cubital antérieur, la tuméfaction est en regard du pisiforme avec douleur à la flexion-inclinaison cubitale contrariée du poignet. La ténosynovite du long fléchisseur du pouce est rare, entraînant une tuméfaction douloureuse de la face palmaire du pouce jusqu'à l'articulation interphalangienne.

En pareil cas, l'existence d'un contexte étiologique professionnel ne doit pas faire méconnaître une cause spécifique non professionnelle : rhumatismes inflammatoires, goutte, exceptionnellement infection à pyogènes ou tuberculeuse.

Evolution

Le passage au stade de *tendinite chronique* est possible en l'absence de traitement adapté et de mesures suffisantes de prévention des rechutes et des récurrences. Les douleurs deviennent permanentes et s'accroissent à la moindre sollicitation du tendon qui est épaissi et parfois irrégulier.

Traitement

Il doit être le plus précoce possible et conduit de façon extrêmement rigoureuse. Beaucoup de formes rebelles ne le deviennent que parce qu'elles n'ont pas été correctement traitées.

Tous les moyens utiles en pareil cas doivent être d'emblée associés : arrêt d'activité de 15 jours ou 3 semaines pour une forme récente (avec suppression de toutes les sollicitations professionnelles et extra professionnelles), immobilisation du poignet par une orthèse de repos, infiltration locale de corticostéroïdes en début de période de repos (et non à sa place), anti-inflammatoires non stéroïdiens, séances de physiothérapie sédative, analyse du mécanisme en vue d'une prévention des récurrences. *Les formes rebelles* doivent faire vérifier l'absence de facteurs extra-professionnels et n'autorisent pas la multiplication des infiltrations locales. Le recours à la chirurgie est réservé à certaines tendinites rebelles en particulier la tendinite sténosante de De Quervain.

La prévention des récurrences est basée sur une étude précise des différents facteurs étiologiques professionnels : nature du matériel (type, poids, grosseur du manche, longueur des bras de levier sollicitant, ouverture et fermeture assistées d'engins coupant type sécateur, etc), gestes mal adaptés (éviter les inclinaisons radiales ou cubitales du poignet) et rythme de travail (absence de pauses, tâches répétitives, etc).

Facteurs de risque individuels

L'âge supérieur à 40 ans est un élément favorisant en tant que facteur de dégénérescence ténosynoviale.

X. Syndrome du canal carpien

Définition de la maladie

Il s'agit du syndrome canalaire le plus fréquent. L'irritation ou la compression du nerf médian dans le canal carpien inextensible peut relever de deux mécanismes essentiels :

- un mécanisme d'étirement dû par exemple à des mouvements répétés de flexion-extension avec possibilité d'irritation sur des éléments saillants de voisinage,
- un mécanisme de compression, soit d'origine endogène par augmentation de la pression intra-canalair dans les positions extrêmes de l'articulation du poignet ou par une fibrose des gaines des tendons fléchisseurs des doigts, soit d'origine extrinsèque par suite de contacts carpiens prolongés ou répétés, en particulier lorsqu'il s'agit d'appuis professionnels sur des manches d'outils ou d'engins de différentes sortes, a fortiori s'il s'agit d'engins animés de vibrations obligeant à des efforts accrus de préhension.

Diagnostic

Le tableau clinique est très évocateur lorsqu'il existe des dysesthésies nocturnes intéressant la face palmaire des 3 premiers doigts de la main et le bord radial du 4^e, a fortiori si les tests classiques sont positifs (test de Tinel, test de Phalen, test du brassard, etc).

Il existe un certain nombre de facteurs de confusion :

- le test de Tinel et le test de Phalen ont des valeurs de sensibilité et de spécificité très variables,
- par ailleurs, il existe des formes atypiques (dysesthésies partielles ou au contraire intéressant l'ensemble des doigts de la main, dysesthésies n'apparaissant qu'à l'effort, formes plus douloureuses que dysesthésiques) et de nombreuses dysesthésies de la main peuvent avoir une autre origine qu'un syndrome du canal carpien (radiculites, polynevrites, syndrome du défilé cervico-brachial, affections médullaires).

Il convient d'étayer le diagnostic par une électromyographie de stimulation et de détection :

- *en stimulation* : étude du seuil de perception électrique de la pulpe des doigts ; latences distales sensibles et/ou motrices (qui sont allongées en cas de syndrome du canal carpien),

- *en détection* : existence éventuelle de signes de souffrance axonale sous la forme d'anomalies neurogènes plus ou moins sévères sur les muscles thénariens externes ; dans certains cas difficiles, recherche parallèle de signes d'irritation radiculaire s'étendant de C4 à D1 pour ne pas attribuer la symptomatologie à une anomalie minime de la conduction au niveau du médian alors qu'il existe essentiellement une atteinte radiculaire.

Traitement

En même temps qu'elle permet d'affirmer formellement le diagnostic, l'électromyographie joue un rôle essentiel pour guider la thérapeutique. Il est classique de se contenter d'un traitement par infiltration locale d'un corticostéroïde lorsque l'atteinte du nerf médian est débutante avec troubles purement sensitifs et allongement des latences distales sensitives et/ou motrices.

Les stades plus évolués avec souffrance axonale et les échecs du traitement médical exigent le recours à la chirurgie libératrice (ouverture du canal carpien avec section du ligament annulaire antérieur, une neurolyse du nerf médian et, si nécessaire, une ténosynovectomie des tendons des fléchisseurs).

Evolution

Si l'intervention a été suffisamment précoce, le traitement chirurgical aboutit en règle à une guérison sans séquelle. La reprise ou la poursuite du métier précédent est habituellement possible sans risque excessif de récurrence.

Facteurs de risque individuels

Envisager une étiologie professionnelle ne dispense pas de rechercher les autres facteurs étiologiques éventuels, en particulier : grossesse, hypothyroïdie, amylose et synovites inflammatoires du poignet.

XI. Syndrome de la loge de Guyon

Définition de la maladie

Syndrome canalair touchant le nerf cubital au niveau du poignet, le syndrome de la loge de Guyon est surtout lié à des contacts sur la région hypothénarienne du talon de la main, en particulier lors du maniement d'engins vibrants. Les traumatismes et micro-traumatismes résultant de l'utilisation de la main comme d'un marteau, avec frappe par le bord cubital, peuvent également jouer un rôle étiologique.

Diagnostic

Il est évoqué devant l'existence de dysesthésies intéressant le bord cubital de la main, le 5^e doigt et la moitié cubitale du 4^e en association éventuelle avec une atteinte clinique et/ou électromyographique des muscles de la main innervés par le nerf cubital.

En réalité le trajet du nerf cubital au poignet et à la main explique qu'il peut exister 3 tableaux cliniques différents correspondant à 3 niveaux d'atteinte :

- lorsque la compression du nerf se fait à l'entrée dans la main, l'atteinte sensitive intéresse toute la région hypothénar et la face palmaire de la main innervée par le cubital, à l'exception du territoire sensitif dorsal innervé par un rameau nerveux détaché du tronc du cubital au-dessus du poignet tandis que l'atteinte motrice intéresse tous les muscles de la main innervés par le cubital,

- les compressions qui s'effectuent au niveau du canal pisi-unciformien touchent également tous les territoires moteurs, mais il n'y a pas de trouble de la sensibilité,

- les compressions basses, au niveau de l'arcade de l'adducteur du pouce, n'ont pas de traduction sensitive et n'intéressent, au point de vue moteur, que les interosseux, l'adducteur du pouce et les lombricaux internes.

Comme au niveau du canal carpien, un électromyogramme est absolument indispensable pour affirmer la souffrance du nerf cubital, localiser le niveau de l'atteinte et sa gravité, ainsi que pour trancher le diagnostic différentiel avec une atteinte du cubital au niveau du coude ou des dysesthésies des 2 derniers doigts d'origine radiculaire.

Traitement

La libération chirurgicale s'impose en cas de compression prouvée.

Evolution

En l'absence de traitement adapté, une aggravation progressive peut aboutir à une paralysie invalidante des muscles de la main concernés.

Facteurs de risque individuels

Certaines activités sportives ou de loisir (cyclisme, cyclotourisme) peuvent conjuguer leurs effets avec les facteurs professionnels.

XII. Syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe

Définition de la maladie

La compression s'effectue au niveau du col du péroné.

Il s'agit d'un syndrome canalair, relativement rare, qui peut relever de différentes étiologies mais que l'on peut observer à la suite de positions accroupies prolongées.

Diagnostic

Le trouble essentiel est un déficit moteur des releveurs du pied, précédé ou accompagné de douleurs et/ou de paresthésies et hypoesthésie de la face externe de la jambe et de la face dorsale du pied.

L'atteinte complète des releveurs du pied se traduit par un steppage à la marche du côté atteint et l'impossibilité de relever le pied atteint pour se mettre sur les talons.

Un déficit moins évolué demande un « testing » analytique contre résistance manuelle des différents muscles de la loge antérieure de la jambe (jambier antérieur, extenseur propre du premier orteil, extenseur commun des orteils) et de la loge externe (long et court péronier latéral).

L'électromyogramme confirme le diagnostic et permet d'évaluer l'intensité de l'atteinte nerveuse.

Traitement

Essentiellement médical basé sur l'arrêt des contraintes posturales, l'administration de complexes vitaminiques B, la physiothérapie et la rééducation analytique et fonctionnelle.

Evolution

On peut espérer une bonne récupération en quelques semaines si l'atteinte a été décelée de façon précoce ce qui rend l'exploration chirurgicale et la neurolyse du sciatique poplité externe exceptionnelle dans ce contexte.

La guérison ne peut être stable qu'en supprimant les postures à risque à la reprise de l'activité professionnelle.

Facteurs de risque individuels

Aucun n'a été nettement défini à l'heure actuelle.

XIII. Hygroma aigu des bourses séreuses ou atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appui du genou

Définition de la maladie

Fréquents en cas d'appuis prolongés et/ou répétés sur les genoux, les hygromas du genou, ou bursites prérotuliennes, sont caractérisés par l'apparition d'un épanchement liquidien séro-fibrineux à l'intérieur de la bourse séreuse à la face antérieure du genou en position pré-rotulienne. Des atteintes bilatérales (d'emblée ou successivement) sont fréquentes contrairement à ce qui se passe au niveau du coude où l'appui est souvent unilatéral.

L'atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appui du genou peut s'observer comme conséquence de l'irritation mécanique locale mais doit surtout évoquer une complication de la bursite à type de surinfection (voir évolution).

Diagnostic

Facile sur le simple aspect clinique. Un hygroma de constitution récente se présente sous la forme d'une simple tuméfaction qui distend les parties molles en regard de la rotule. Bien circonscrite, indolore et non inflammatoire au départ, cette tuméfaction est rénitente à la palpation ce qui signe son contenu liquidien.

Evolution

L'augmentation progressive de volume peut entraîner une mise sous tension du liquide génératrice de phénomènes douloureux.

Les récurrences et le passage à la chronicité (tableau d'hygroma chronique) sont fréquemment observés si les conditions étiologiques persistent. Les hygromas du genou sont rarement douloureux ou invalidants sauf en cas de mise en tension, de poussée inflammatoire ou de surinfection qui restent rares.

Traitement

La ponction, suivie de l'injection locale d'un corticostéroïde, suffit souvent, au début, pour faire régresser l'épanchement mais ne met pas à l'abri d'une récurrence ou d'un passage à la chronicité.

Une bursectomie chirurgicale s'impose en cas d'épanchement chronique gênant par son volume ou surtout en cas de surinfection.

Facteurs de risque individuels

L'absence d'utilisation des moyens simples de prévention (vêtements de travail munis de protections au niveau des zones d'appui des genoux) joue un rôle essentiel pour favoriser la constitution des hygromas du genou dans les emplois à risque.

XIV. Hygroma chronique des bourses séreuses (du genou)

Définition de la maladie

Il s'agit d'une modalité d'évolution d'un hygroma aigu négligé ou mal traité. Les hygromas du genou, encore appelés bursites pré-rotuliennes, sont caractérisés par l'apparition d'un épanchement liquidien séro-fibrineux à l'intérieur de la bourse séreuse de glissement et de protection pré-rotulienne. Le mécanisme fait appel aux notions d'appui prolongé du genou sur un plan dur ou de chocs répétés sur la région rotulienne.

Diagnostic

Un hygroma se présente sous la forme d'une simple tuméfaction qui distend les parties molles en regard de la rotule. Bien circonscrite, indolore et non inflammatoire au départ, cette tuméfaction est rénitente à la palpation ce qui signe son contenu liquidien.

Traitement

Le recours à une bursectomie chirurgicale peut être indiqué si l'hygroma est gênant ou pour éviter des complications inflammatoires ou infectieuses. La mise en œuvre d'une prévention s'impose par la suite.

Facteurs de risque individuels

L'absence d'utilisation des moyens simples de prévention (vêtements de travail munis de protections au niveau des zones d'appui des genoux) joue un rôle essentiel pour favoriser la constitution des hygromas du genou dans les emplois à risque.

XV. Tendinites des membres inférieurs

Les tendinites des membres inférieurs de cause professionnelle sont peu fréquentes.

Il est extrêmement difficile de faire la part de ce qui revient à la profession dans les différentes tendinites des membres inférieurs tant l'usage de ces derniers est constant tout au long de l'existence pour les activités de la vie quotidienne et intensif lors de nombreuses activités sportives.

1 -Tendinite sous quadricipitale ou rotulienne

Définition de la maladie

Ces tendinites des membres inférieurs sont des pathologies bénignes, fréquemment d'origine multifactorielle, faciles à diagnostiquer, plus difficiles à traiter. Les tendinites de l'appareil extenseur sont sous la dépendance des seuls mouvements d'extension de la jambe (peu importe comment se fait ensuite le retour en flexion) :

- ce sont surtout les mouvements répétitifs brefs et intenses qui sont générateurs des tendinites du genou,
- des « mouvements prolongés » de flexion ou extension du genou ne sont pratiquement rencontrés de manière habituelle qu'au cours d'exercices de musculation contre résistance (sportifs professionnels).

Diagnostic

L'interrogatoire et l'examen clinique suffisent habituellement à affirmer le diagnostic.

La douleur apparaît ou s'accroît à la contraction du quadriceps en particulier aux mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse en charge, plus rarement à la seule résistance contre la main.

La palpation locale précise le siège de l'atteinte en réveillant la douleur :

- en cas de tendinite du tendon quadricipital au niveau du bord supérieur de la rotule plus spécialement lorsque le quadriceps est relâché,
- en cas de tendinite du tendon rotulien :
 - soit à la pointe de la rotule,
 - soit à la partie moyenne du tendon dont on perçoit habituellement l'augmentation de volume,
 - soit au niveau de l'insertion inférieure sur la tubérosité tibiale (il s'agit alors d'une ténosynovite).

Les radiographies sont normales.

L'échographie ne fait que confirmer le diagnostic.

Le recours à des examens plus sophistiqués est exceptionnellement indiqué.

Evolution

Le passage à la chronicité est possible mais plus rare que chez les sportifs.

Traitement

Le traitement médical est celui de toutes les tendinites : mise au repos suffisamment prolongée, association d'emblée de tous les moyens, infiltration péri-tendineuse (ou mésothérapie pour certains), anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale, physiothérapie, traitement d'une hyperuricémie et pratique de séances d'étirement (stretching) à la reprise de l'activité.

Le traitement chirurgical des tendinites rotuliennes par peignage du tendon et éventuellement résection de la pointe de la rotule est exceptionnellement nécessaire en pathologie professionnelle mise à part chez certains sportifs professionnels.

Facteurs de risque individuels

Des malpositions rotuliennes, un genu valgum ou des antécédents de choc direct ont été invoqués comme facteurs favorisants.

Les activités de loisir et surtout les activités sportives contraignantes pour les membres inférieurs, sont des co-facteurs étiologiques très fréquents.

2 - Tendinite de la patte d'oie

Définition de la maladie

Il s'agit d'une ténosynovite intéressant l'insertion tibiale des muscles de la patte d'oie (couturier, droit interne et demi-tendineux) sur la face interne du tibia. Les bourses séreuses au contact des tendons peuvent participer au processus inflammatoire des tendons de façon indissociable.

Les muscles de la patte d'oie contribuent activement à la flexion du genou et à la rotation interne de la jambe et interviennent dans le contrôle de l'extension du genou et limitent la rotation externe de la jambe.

De simples mouvements répétés de flexion ou d'extension prolongée du genou ne suffisent pas habituellement pour entraîner une tendinite de la patte d'oie. Ces tendons ne subissent un surmenage fonctionnel réellement générateur de tendinite qu'en cas de flexions-extensions du genou effectuées à cadence rapide dans des positions d'instabilité du genou avec changements de pied (essentiellement courses avec brusques changements de direction).

Diagnostic positif

Essentiellement basé sur les données de l'examen clinique.

Chez un sujet se plaignant d'une douleur du compartiment interne du genou, la palpation réveille cette douleur en dessous de l'interligne interne fémoro-tibial au niveau précis de l'insertion des muscles de la patte d'oie. Une petite tuméfaction locale chaude au même niveau est un argument supplémentaire lorsqu'elle existe. Sont également en faveur du diagnostic le réveil de la douleur locale lors d'une rotation interne de la jambe contrariée par résistance manuelle ou lors d'un étirement des tendons en portant la jambe en rotation externe forcée.

Les radiographies du genou sont normales en l'absence de pathologie associée.

Une échographie de la zone douloureuse peut être réalisée s'il persiste un doute sur le plan clinique.

Tout autre examen est superflu.

Diagnostic différentiel

La localisation précise en dessous de l'interligne articulaire permet d'éliminer une douleur d'origine articulaire, méniscale ou condylienne interne.

Evolution

La guérison doit être obtenue par un traitement médical bien conduit. Le passage à la chronicité est exceptionnel tout comme le recours à la chirurgie.

Traitement

C'est le traitement médical de toutes les tendinites : mise au repos suffisamment prolongée, association d'emblée de tous les moyens, infiltration péri-tendineuse (ou mésothérapie pour certains), anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale, physiothérapie, traitement d'une hyperuricémie et pratique de séances d'étirement (stretching) à la reprise de l'activité.

Facteurs de risque individuels

Les troubles statiques de la jambe en valgus et les entorses du genou ayant laissé une laxité interne sont considérés comme des facteurs favorisants.

XVI. Tendinite achilléenne

Définition de la maladie

Les tendinites achilléennes correspondent à toutes les atteintes dégénératives et inflammatoires qui atteignent le corps du tendon, ses enveloppes, ses insertions et ses annexes (bourses pré et rétro-achilléenne).

Actuellement le mécanisme pris en compte ne doit se rencontrer en milieu de travail que de façon exceptionnelle, une organisation rationnelle des postes de travail devant éviter toute station prolongée sur la pointe des pieds en dehors de quelques pratiques sportives professionnelles (danse).

Diagnostic

Les *données cliniques* le rendent habituellement évident. Suivant les cas, la douleur spontanée intéresse un point précis du tendon ou est globale. Le tendon, douloureux à la palpation, est souvent épaissi, par comparaison avec le côté opposé, soit de façon fusiforme en raison d'une péri-tendinite ou d'une participation des bourses séreuses soit, plus volontiers dans les atteintes chroniques, de façon nodulaire ce qui correspond à la présence dans le tendon de nodules fibreux après micro-ruptures, de kystes liquidiens et/ou de micro-calcifications.

L'*échographie* a pour seul intérêt de faire la part de ce qui revient au tendon proprement dit et à ce qui revient ses annexes.

Traitement

Il est avant tout médical dans les formes simples selon le schéma thérapeutique commun à toutes les tendinites : mise au repos suffisamment prolongée, association d'emblée de tous les moyens, infiltration péri-tendineuse (ou mésothérapie pour certains), anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale, physiothérapie, traitement d'une éventuelle hyperuricémie, compensation d'un trouble statique de l'arrière pied et pratique de séances d'étirement (stretching) à la reprise de l'activité.

Seul un échec du traitement médical ou une rupture peuvent conduire à un traitement chirurgical avec habituellement un bon résultat.

Evolution

Les deux principaux risques évolutifs sont d'une part le passage à la chronicité, d'autre part la rupture du tendon. Ils justifient un traitement orthopédique ou chirurgical plus à même d'éviter les récives.

Facteurs de risque individuels

Les tendinites achilléennes sont le plus souvent d'origine multifactorielle. Le sexe masculin, un âge supérieur à 40 ans, des troubles de l'axe du calcanéum en valgus ou varus, une hyperuricémie, certaines prises médicamenteuses (antibiotiques de la famille des fluoroquinolones), les pratiques sportives de délasserment ou de compétition (marches prolongées, courses spécialement sur terrains durs, sports nécessitant des prises d'impulsion sur les membres inférieurs) constituent des facteurs étiologiques ou favorisants qu'il faut prendre en compte pour obtenir la guérison et éviter les récives.

Critères de reconnaissance (Décembre 2014)

I. Prise en charge en AT de certaines affections dues à la nuisance

Certaines des affections énoncées peuvent être prises en charge en accident du travail quand elles relèvent d'un fait inhabituel et soudain.

II. Atteintes de l'épaule

Tendinopathie aiguë de la coiffe des rotateurs

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs.

Exigences légales associées à cet intitulé

L'intitulé est exclusivement clinique. Toutefois, une radiographie standard fait partie du bilan clinique et diagnostique et permet d'éliminer des diagnostics différentiels.

L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

30 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM*

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

Exigences légales associées à cet intitulé

L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

L'IRM est indispensable dans le cadre de la démarche de demande de reconnaissance.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

6 mois.

Durée minimale d'exposition

6 mois.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

Rupture de la coiffe des rotateurs

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM*.

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

Exigences légales associées à cet intitulé

L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

L'IRM est indispensable dans le cadre de la démarche de demande de reconnaissance.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

1 an.

Durée minimale d'exposition

1 an.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

III. Atteintes du coude

Tendinopathie des muscles épicondyliens

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Tendinopathie d'insertion des muscle épicondyliens associée ou non à un syndrome du tunnel radial.

Exigences légales associées à cet intitulé

L'intitulé est exclusivement clinique. L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

14 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

Tendinopathie des muscles épitrochléens

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Tendinopathie d'insertion des muscle épitrochléens.

Exigences légales associées à cet intitulé

L'intitulé est exclusivement clinique. L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

14 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

Hygroma

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Hygroma : épanchement des bourses séreuses ou atteintes inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appuis du coude.

- forme aiguë ;

- forme chronique.

Exigences légales associées à cet intitulé

L'intitulé est exclusivement clinique. L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

7 jours pour la forme aiguë.
90 jours pour la forme chronique.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie
Limitative.

Syndrome de la gouttière épitrochléo-olécranienne

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-olécranienne confirmé par électroneuromyographie (EMG).

Exigences légales associées à cet intitulé

L'interrogatoire s'attachera à reconstituer l'histoire et l'évolution des lésions.

L'électroneuromyographie doit confirmer le diagnostic et est indispensable dans la procédure de reconnaissance.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

90 jours.

Durée minimale d'exposition

90 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

III. Atteintes des poignets, mains et doigts

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Tendinite.

Ténosynovite.

Syndrome du canal carpien.

Syndrome de la loge de Guyon.

Exigences légales associées à cet intitulé

Tous les diagnostics reposent sur un examen clinique précis.

Pour le canal carpien, la symptomatologie clinique est dominée par les signes sensitifs.

Il s'avère que la valeur prédictive positive et négative de l'examen clinique peut s'avérer insuffisante. L'électromyogramme, bien que non obligatoire pour la reconnaissance au titre du tableau n° 57, est actuellement le seul examen permettant de démontrer l'existence ou non d'une compression chronique du nerf médian au canal carpien.

Il faudra différencier le syndrome du canal carpien des autres douleurs distales telles que celles des névralgies cervico-brachiales ou d'un syndrome de Raynaud.

Pour le canal de Guyon, le diagnostic des atteintes du nerf cubital au poignet est difficile. Il faut rechercher un signe de Tinel et, de la même manière, l'électromyogramme a une valeur de localisation, de diagnostic différentiel et de pronostic.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

Tendinite : 7 jours.

Ténosynovite : 7 jours.

Syndrome du canal carpien : 30 jours.

Syndrome de la loge de Guyon : 30 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

IV. Atteintes du genou

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe.

Hygroma :

- Hygroma aigu des bourses séreuses ou atteinte inflammatoire des tissus sous cutanés des zones d'appui du genou,

- Hygroma chronique des bourses séreuses.

Tendinite sous quadricipitale ou rotulienne.

Tendinite de la patte d'oie.

Exigences légales associées à cet intitulé

Les diagnostics reposent sur un examen clinique précis.

Pour le syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe, toutefois, la valeur prédictive positive ou négative de l'examen clinique peut s'avérer insuffisante.

L'électromyogramme, bien que non obligatoire pour la reconnaissance au titre du tableau n° 57, est actuellement le seul examen permettant de démontrer l'existence ou non d'une compression chronique du nerf sciatique poplité externe.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge :

Syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe : 7 jours.

Hygroma aigu des bourses séreuses ou atteinte inflammatoire des tissus sous cutanés des zones d'appui du genou : 7 jours.

Hygroma chronique des bourses séreuses : 90 jours.

Tendinite sous quadricipitale ou rotulienne : 7 jours.

Tendinite de la patte d'oie : 7 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

V. Atteintes de la cheville et du pied

a) Critères médicaux

Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

Tendinite achilléenne.

Exigences légales associées à cet intitulé

Le diagnostic repose sur un examen clinique précis.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

7 jours.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

Eléments de prévention technique (Novembre 2024)

La prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) est complexe. Elle nécessite de prendre en compte l'ensemble des facteurs de risque (biomécaniques et psychosociaux) pour être efficace. Elle suppose donc la mise en place d'une démarche ergonomique participative rigoureuse qui vise à transformer le travail pour préserver la santé des opérateurs. Cette démarche implique les différents acteurs de l'entreprise (internes et externes) et favorise le partage des compétences de chacun pour la recherche de solutions satisfaisantes. Il existe plusieurs **outils d'analyse des risques**³.

³<https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/outils-analyse-risques.html>

Elle s'organise **en trois étapes**⁴ : mobiliser, investiguer et maîtriser. L'objectif de l'étape "mobiliser" est d'informer et de motiver les acteurs de l'entreprise pour l'action de prévention des TMS. L'étape "investiguer" se déroule selon deux phases : la première phase vise à collecter des données sur la santé des opérateurs et sur l'organisation et le fonctionnement de l'entreprise. La seconde phase est relative à l'analyse des situations de travail et à l'identification des facteurs de risque et de leurs déterminants à l'aide d'outils spécifiques. Enfin, l'étape "maîtriser" va conduire à la recherche collective de pistes de prévention pour transformer les situations de travail.

⁴<https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/prevention.html>

Les axes de prévention peuvent concerner la conception des outils, des produits, des postes de travail (dimensionnement, ambiances physiques) visant à réduire les contraintes biomécaniques. Ils peuvent intéresser également l'organisation du travail relative par exemple aux rotations de postes, à l'attribution des pauses, à l'amélioration de la communication. D'autres axes peuvent être envisagés : ils concernent par exemple le signalement précoce par les opérateurs des plaintes de TMS, afin d'agir avant l'apparition de troubles avérés ou encore l'entretien des capacités fonctionnelles des opérateurs. Ce soutien ne peut apporter de réponse satisfaisante que s'il s'intègre dans le contexte plus large de la réduction des facteurs de risque des TMS et avec l'accord explicite des salariés.

La prévention consiste aussi à intervenir pour le maintien dans l'emploi des salariés déjà atteints de TMS pour qui les conséquences humaines et socio-professionnelles d'une incapacité médicale partielle ou totale peuvent s'avérer particulièrement lourdes.

Éléments de prévention médicale (Novembre 2024)

I. Suivi de santé

Il n'existe pas de contre-indication médicale formelle vis-à-vis des troubles musculosquelettiques (TMS). L'examen médical avant l'affectation doit être l'occasion pour le médecin du travail de prendre connaissance des antécédents médicaux éventuels et d'informer les salariés sur le risque de TMS en fonction de la nature de l'activité professionnelle envisagée et des facteurs de risque dont il a connaissance. Il proposera ensuite d'éventuels aménagements des conditions de travail en fonction de sa connaissance de l'état de santé des salariés et du milieu professionnel dans lequel ils vont être amenés à travailler.

Chaque visite vise à recueillir des informations précises sur les conditions de travail du salarié et à déceler des symptômes de TMS afin d'une part, de permettre le traitement précoce des TMS et d'autre part, d'établir des relations entre les TMS constatés et les facteurs de risque professionnels pour une prise en charge individuelle adaptée et la mise en œuvre d'une action préventive efficace en milieu de travail. Dans tous les cas, l'examen médical au cours duquel un TMS est diagnostiqué devrait être suivi d'une investigation en entreprise dans le cadre du tiers-temps. L'examen médical périodique des salariés d'une même entreprise permet également de recueillir des données qui pourront faire l'objet d'un traitement statistique afin de préciser la prévalence et l'incidence des TMS au sein de l'entreprise en fonction de divers critères et de contribuer ainsi au choix des priorités en matière de prévention.

Il existe des **recommandations pour la conduite diagnostique devant un épaule douloureuse non traumatique de l'adulte**⁵. Il en existe également pour le **syndrome du canal carpien**⁶.

⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3459565/fr/conduite-diagnostique-devant-une-epaule-douloureuse-non-traumatique-de-l-adulte-et-prise-en-charge-des-tendinopathies-de-la-coiffe-des-rotateurs

⁶ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1365548/fr/syndrome-du-canal-carpien-optimiser-la-pertinence-du-parcours-patient?xtmc=&xtcr=1

Les TMS sont un risque important de **désinsertion professionnelle**. Des **recommandations**⁷ ont été élaborées afin d'en prévenir le risque ;

⁷ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs

II. Dépistage de maladies ou symptômes non inscrits au tableau.

Neuropathie canalaire

Compression du nerf sus-scapulaire lors de mouvements d'antépulsion-adduction de l'épaule ou lors d'application directe de forces sur l'épaule (courroies, charges...).

Compression du nerf circonflexe dû au port de charges lourdes sur l'épaule.

Compression du nerf grand dentelé lors des mouvements combinant l'antépulsion du bras à une flexion-supination de l'avant-bras (un exemple concret réside dans le fait d'aller chercher loin devant un objet pour le ramener au niveau du plan de travail).

Maladie de Dupuytren

Le risque de maladie de Dupuytren est augmenté en cas d'hypersollicitation manuelle professionnelle. D'autres facteurs interviennent dans la pathogénie de la maladie : l'hérédité, le diabète, les traitements anti-épileptiques, les traumatismes de la main, la consommation d'alcool et l'âge ; mais ils ne remettent pas en cause le rôle déterminant de la sollicitation manuelle de préhension avec un effet-dose dépendant.

Références réglementaires (lois, décrets, arrêtés) (Novembre 2024)

I. Reconnaissance des maladies professionnelles**a) Textes généraux****Code de la sécurité sociale, Livre IV, titre VI : Dispositions concernant les maladies professionnelles**

- partie législative : articles L. 461-1 à L. 461-8,
- décrets en Conseil d'État : articles R. 461-1 à R. 461-9 et tableaux annexés à l'article R. 461-3,
- décrets simples : articles D. 461-1 à D. 461-38.

b) Liste des textes ayant porté création ou modification du tableau n°57

- Création : décret n°72-1010 du 2 novembre 1972 ;
- Modifications :
 - décret n°82-783 du 15 septembre 1982,
 - décret n°85-630 du 16 juin 1985,
 - décret n°91-577 du 3 septembre 1991
 - décret n°2011-1315 du 17 octobre 2011,
 - décret n°2012-937 du 1er août 2012.

II. Prévention des maladies visées par le tableau n°57

Il n'existe pas de **réglementation**⁸ spécifique à la prévention des troubles musculosquelettiques en général. Celle-ci applique les **principes généraux de prévention**⁹.

⁸ <https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/reglementation.html>

⁹ <https://www.inrs.fr/demarche/principes-generaux/Principes-generaux-prevention.html>

La page **réglementation**¹⁰ du dossier de l'INRS sur les **risques liés à l'activité physique**¹¹ peut également être consultée.

¹⁰ <https://www.inrs.fr/risques/activite-physique/reglementation.html>

¹¹ <https://www.inrs.fr/risques/activite-physique/ce-qu-il-faut-retenir.html>

Eléments de bibliographie scientifique (Novembre 2024)

L'INRS met à disposition de **nombreux documents** ¹² sur les troubles musculosquelettiques.

¹² <https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/publications-outils-liens.html#3e388180-49d9-45f3-b29d-77e26b6474e0>

Pour obtenir des ressources bibliographiques complémentaires ou pour toute précision, vous pouvez contacter le service d'assistance de l'INRS :

<http://www.inrs.fr/services/assistance/questions.html>