

## Tableaux des maladies professionnelles : commentaires

### Décret n° 2012-937 du 1<sup>er</sup> août 2012 révisant et complétant les tableaux des maladies professionnelles annexés au livre IV du Code de la Sécurité sociale

Journal Officiel n° 0179 du 3 août 2012, p. 12 744

Ce décret modifie la partie B du tableau n° 57 du régime général relatif aux « *Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail* ».

Ces modifications sont présentées ici, accompagnées de commentaires établis par le Dr A. Delépine (département Études et assistance médicale, INRS) sur la base des rapports présentés à la Commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles du Comité d'orientation sur les conditions de travail.

#### TABLEAU N° 57

#### « Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail »

Le paragraphe B du **tableau n° 57** des maladies professionnelles prévu à l'article L. 461-2 du Code de la Sécurité sociale et annexé au livre IV de ce Code est remplacé par les dispositions suivantes :

« B. – Coude

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associée ou non à un syndrome du tunnel radial.	14 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de pronosupination.
Tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens	14 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation de la main et du poignet ou des mouvements de pronosupination.
Hygroma : épanchement des bourses séreuses ou atteintes inflammatoires des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude. – forme aiguë ; – forme chronique.	7 jours 90 jours	Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.
Syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière 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.

## COMMENTAIRES DE LA PARTIE B DU TABLEAU N° 57

**A**près avoir révisé la partie A du tableau relative aux atteintes de l'épaule [1], la commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles du Comité d'orientation sur les conditions de travail a révisé les atteintes du coude. Les commentaires suivants s'appuient, comme pour la partie A de l'épaule, sur les rapports des experts scientifiques (Pr Y. Roquelaure, de la Société française de médecine du travail et Pr T. Thomas de la Société française de rhumatologie). Les discussions du groupe de travail ont été animées et présidées par le Pr P. Frimat (CHU Lille).

Bien que moins nombreuses et moins handicapantes que celles de l'épaule, en 2009 les atteintes du coude représentaient 7 157 cas reconnus [soit 18 % des maladies professionnelles (MP) reconnues au titre de l'ensemble du tableau n° 57] et dans 1 cas sur 4 donnaient lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente (IP).

### TITRE

Le titre du tableau, qui définit le risque et la nuisance, n'a pas été modifié.

### DÉSIGNATION DES MALADIES

Le complexe articulaire du coude a pour objectif de permettre les mouvements de flexion/extension de l'avant-bras sur le bras et de pronosupination de la main.

Suivant leur nature, on peut distinguer les atteintes tendineuses, inflammatoires ou neurologiques. Suivant la localisation, on distingue les épicondylalgies latérales ou médiales. Afin de tenir compte de ces différents éléments, quatre intitulés ont été retenus.

### Tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associé ou non à un syndrome du tunnel radial

Aussi appelée épicondylite latérale, la tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens est le classique « *tennis elbow* ». Elle représente le trouble musculosquelettique le plus fréquent au coude (environ 80 %). Le diagnostic est essentiellement clinique, l'imagerie n'est pas indispensable.

Le syndrome du tunnel radial correspond à la compression de la branche profonde du nerf radial dans son passage dans le muscle court supinateur. C'est un diagnostic difficile, rare, qui repose sur l'électromyogramme. Il doit être envisagé devant une épicondylalgie résistante au traitement. Dans le cadre du tableau 57 B, il n'est pris en compte que s'il est associé à une tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens.

### Tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens

Également appelée épicondylite médiale, la tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens est l'ancienne épitrochléite. Elle représente moins de 10 % des pathologies du coude. Elle survient rarement comme première pathologie du coude et nécessite la recherche d'un syndrome du tunnel cubital ou du défilé thoracobrachial. Le diagnostic est essentiellement clinique, l'imagerie n'est pas indispensable.

### Hygroma

Également appelé bursite, il s'agit d'un épanchement liquidien séreux dans une bourse séreuse, en l'occurrence au niveau du coude, qui peut être d'origine mécanique ou inflammatoire et qui se développe au niveau des zones d'appui. De diagnostic clinique, il entraîne une tuméfaction rénitente soulevant les téguments avec une

sensation de pression. La ponction ne s'envisage que dans le cas d'un doute infectieux qui est le principal risque évolutif de cette atteinte.

Seule la durée d'évolution permet de distinguer les formes aiguë et chronique. Toutefois, après un premier épisode, la bourse reste « sensible » ce qui peut favoriser la survenue de nouveaux épisodes.

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

Également appelé syndrome du tunnel cubital au coude, il s'agit d'une atteinte neurologique sensitivomotrice beaucoup plus liée au mouvement de flexion-extension qu'à l'appui prolongé sur la face postérieure du coude. Deuxième syndrome canalaire en fréquence, après le syndrome du canal carpien, il nécessite des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic clinique, poser une éventuelle indication chirurgicale et éliminer un syndrome du défilé thoracobrachial qui peut entraîner une symptomatologie assez proche. L'examen complémentaire retenu dans le cadre du tableau est une électroneuromyographie.

### DÉLAI DE PRISE EN CHARGE

Les connaissances scientifiques actuelles ne permettent pas de définir avec précision le délai d'apparition des atteintes mentionnées dans le tableau. C'est pourquoi les délais de prise en charge ont été déterminés par consensus entre les experts et les partenaires sociaux, en intégrant également les informations fournies par le bilan des Comités régionaux de reconnaissance des MP (CRRMP) relatif à l'examen des dossiers pour dépassement du délai de prise en charge et les délais de réalisation des examens complémentaires.

Ainsi les délais de prise en charge des tendinopathies d'insertion des muscles épicondyliens ou épitrochléens ont été portés à 14 jours.

Les délais de prise en charge de l'hygroma aigu, chronique et du syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne n'ont pas été modifiés, ils sont respectivement de 7 jours, 90 jours et 90 jours.

### DURÉE MINIMALE D'EXPOSITION AU RISQUE

Compte tenu des délais d'apparition des tendinopathies d'insertion et de l'hygroma du coude, il n'est pas apparu nécessaire de fixer une durée minimale d'exposition au risque pour ces atteintes.

En revanche, les différentes études épidémiologiques montrent que la probabilité de survenue du syndrome canalaire du nerf ulnaire au coude augmente avec la durée d'exposition. Par consensus, les experts et les partenaires sociaux ont fixé une durée minimale d'exposition de 90 jours.

### LISTE DES TRAVAUX

Puisqu'il s'agit d'un tableau prenant en compte des « attitudes particulières » (article L.461-2 alinéa 3 du Code de la Sécurité sociale), la liste des travaux reste limitative.

Comme pour la partie A [1], il a été convenu de maintenir une liste de mouvements et de postures devant la diversité et la multitude de situations de travail à risque. Bien que les facteurs biomécaniques de force, de répétitivité et de poids interviennent indiscutablement dans la survenue des atteintes du coude, les données scientifiques disponibles sont apparues insuffisantes aux membres du groupe de travail pour introduire des repères chiffrés relatifs aux durées, fréquences ou angulations.

### Tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associée ou non à un syndrome du tunnel radial

Les muscles épicondyliens ont un rôle d'extenseur du poignet et de stabilisation de ce dernier en position de fonction (par exemple : tenue de manche d'outils). Les facteurs de risque de survenue de la tendinopathie sont l'extension du coude, la prise serrée avec flexion du poignet et inclinaison ulnaire (surtout si le manche est trop étroit), les mouvements répétés de flexion/extension du poignet, la prise en force, les vibrations et, très probablement, les facteurs organisationnels et psychosociaux.

Les facteurs de risque de survenue du syndrome du tunnel radial sont la manipulation de charges supérieures à 1 kg, le travail statique pendant la majorité de la journée et l'extension complète en force du coude.

Ainsi les travaux limitativement retenus pour la tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associé ou non à un syndrome du tunnel radial sont ceux « *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

Les facteurs de risque de survenue de cette tendinopathie sont l'étirement par flexion et *valgus* du coude, la flexion forcée et les mouvements répétés de flexion / extension du poignet, la pronation forcée et, probablement, les facteurs organisationnels et psychosociaux.

Ainsi les travaux limitativement retenus pour la tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens sont ceux « *comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation*

*de la main, du poignet ou des mouvements de pronosupination* ».

### Hygroma

Les principaux facteurs de risque professionnels de survenue d'un hygroma sont les microtraumatismes et les frottements pour la forme aiguë, la compression et les frottements pour la forme chronique.

Ainsi les travaux limitativement retenus pour les hygromas sont ceux « *comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude* ».

### Syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne

La survenue de ce syndrome est favorisée par l'étirement du nerf lors de la flexion du coude associée à celle du poignet ou lors de la flexion rapide du coude (dans les mouvements de lancer), par la posture prolongée le coude fléchi, l'appui sur le coude ou une pression externe dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne, les vibrations et, très probablement, les facteurs organisationnels et psychosociaux. Ainsi les travaux limitativement retenus, mais indépendants les uns des autres, sont ceux « *comportant habituellement des mouvements répétitifs et/ou des postures maintenues en flexion forcée* » et ceux « *comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude* ».

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 | DELÉPINE A – Décret n° 2011-1315 du 17 octobre 2011 révisant et complétant les tableaux de maladies professionnelles annexés au livre IV du Code de la Sécurité sociale et commentaires. Tableaux de maladies professionnelles TK 26. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 128 : 713-17.