

TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

*La prise en charge
en maladie imputable au service
chez les fonctionnaires*

Guide à l'usage du médecin agréé

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
LE CADRE MEDICO-ADMINISTRATIF	
1) La reconnaissance du lien avec le service	3
2) Indemnisation des séquelles	3-4
LES MISSIONS DE L'EXPERT	
1) Reconnaissance initiale	5
2) Prise en charge des arrêts et des soins / consolidation / aptitude à la reprise	5
3) Procédure ATI	6
4) Retraites pour invalidité	6
LE TABLEAU 57	7
APPROCHE CLINIQUE (Critères médicaux pour l'imputabilité)	
➤ LES AFFECTIONS DE L'EPAULE	8
➤ LES AFFECTIONS DU COUDE	9-10
➤ LES AFFECTIONS DU POIGNET ET DE LA MAIN	11-12
ETUDE DES SOLLICITATIONS PROFESSIONNELLES (Critères d'exposition pour l'imputabilité)	13-14
LA PRISE EN CHARGE DES SOINS	15
L'EVALUATION DES SEQUELLES	16-17
CONCLUSIONS	18
ANNEXES :	
Glossaire	19
◆ Bibliographie	20-21
◆ Contacts utiles	22
◆ Liste des experts ayant participé au travail	23

INTRODUCTION

Les demandes de prise en charge en maladie professionnelle au titre du tableau n° 57 (créé en 1972, mis à jour en 1991) sont en augmentation constante.

On sait que dans le régime général, les « affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail » représentent en terme de fréquence la première maladie professionnelle prise en charge, avec une augmentation annuelle de 20% des maladies reconnues pendant la fin des années 90 et le début des années 2000 (16 000 reconnaissances en 2001). Les demandes concernent essentiellement le membre supérieur.

Il n'y a pas de statistique globale concernant la reconnaissance de ces pathologies dans la fonction publique, mais les indemnités versées par la l'ATIACL ou la CNRACL montrent également une augmentation continue sur ces dernières années.

Les commissions de réforme sont donc régulièrement sollicitées pour donner un avis sur l'imputabilité, sachant que les fonctionnaires ne bénéficient pas de la présomption d'imputabilité, et que l'avis d'un expert agréé est la plupart du temps requis.

Le but de ce document est de donner aux médecins agréés et aux membres des commissions de réforme les outils nécessaires à leur mission , en :

- rappelant les bases réglementaires pour la prise en charge et l'indemnisation des « maladies contractées ou aggravées en service »
- donnant les éléments médicaux propres à l'examen de chaque articulation, pour préciser le diagnostic, évaluer l'état antérieur, apprécier l'évolution.
- offrant un outil d'appréciation des contraintes professionnelles, qui devront être analysées à partir de l'interrogatoire de l'agent, mais aussi du rapport du médecin du travail ou de prévention, et du rapport du supérieur hiérarchique, à la fois sur le plan qualitatif et quantitatif.
- guidant l'expert dans l'appréciation des suites d'une pathologie reconnue imputable (soins, séquelles)

Ce guide se veut simple et didactique. Il donne des éléments généraux d'analyse, mais exclut toute tentation « normative » pour l'expertise. Celle-ci reste un acte adapté à chaque cas, expression argumentée de l'intime conviction de l'expert, en accord avec les données actuelles de la science et de la réglementation.

LE CADRE MÉDICO-ADMINISTRATIF

I – La reconnaissance du lien avec le service

La notion de « maladie contractée ou aggravée en service » est issue de l'article L27 du code des pensions civiles et militaires. Elle est reprise par les textes régissant le régime de congés des agents des trois fonctions publiques, et notamment :

- fonction publique d'état : loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 – article 34
- fonction publique territoriale : loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 – article 57
- fonction publique hospitalière : loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 – article 41

Contrairement aux dispositions définies dans le code de la sécurité sociale, **il n'y a pas pour les fonctionnaires de présomption d'origine** systématique. L'imputation au service de la maladie est appréciée par la Commission de Réforme.

La Commission de Réforme statue sur pièces, et doit donc avoir à sa disposition les documents suivants :

- La demande de reconnaissance signée par le fonctionnaire ou son représentant,
- Le certificat médical initial,
- Un rapport écrit du médecin du travail ou de prévention, décrivant les conditions d'exposition au risque en cause,
- Un rapport ou attestation du chef de service ou du supérieur hiérarchique, précisant les dates et la nature des postes occupés, et établissant l'existence d'une exposition habituelle au risque déclaré.

Il paraît également souhaitable qu'elle ait pour statuer :

- Eventuellement un relevé des arrêts de travail et des soins,
- Un rapport d'expertise établi par un médecin agréé généraliste ou spécialiste, compétent pour l'affection concernée (sa mission doit être accompagnée des pièces citées ci-dessus).

L'avis de la Commission de Réforme est consultatif, la décision appartenant à l'autorité administrative investie du pouvoir de nomination pour la prise en charge des arrêts et des soins, et aux organismes payeurs pour la réparation des séquelles (Service des Pensions / ATIACL / CNRACL). La reconnaissance du lien avec le service implique la prise en charge des arrêts et des soins relatifs à l'affection. Dans le cadre du suivi médico-administratif des prolongations de prise en charge, de nouveaux avis peuvent être demandés par l'administration à des experts agréés et/ou à la Commission de Réforme. Les soins peuvent être pris en charge même après la cessation d'activité.

II – Indemnisation des séquelles

L'indemnisation ne concerne actuellement que les séquelles fonctionnelles, dont le taux d'invalidité est chiffré par référence au barème indicatif des pensions civiles et militaires (décret n° 2001-99 du 31 janvier 2001).

Elle est éventuellement possible :

- sous la forme d'une Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI), si les séquelles sont stabilisées et si elles n'entraînent pas une inaptitude définitive. Celle-ci est versée quel que soit le taux (alors qu'en accident le taux doit être supérieur ou égal à 10%).
- sous la forme d'une Rente viagère d'Invalidité (RI) si l'inaptitude définitive est exclusivement imputable à la maladie en cause.

On distingue pour l'indemnisation des séquelles :

- les « Maladies Professionnelles », c'est-à-dire les maladies énumérées par les tableaux visés à l'article L 461.2 du code de sécurité sociale
- les « Maladies Contractées en Service », maladies non inscrites aux tableaux ou ne remplissant pas les conditions définies par les tableaux

L'ATI est versée par le Service des Pensions (FPE), ou l'ATIACL (FPT et FPH) qui reconnaît le bénéfice de la présomption d'origine (si les conditions suivantes sont remplies : la maladie est désignée dans le tableau, le salarié est bien atteint de l'affection, il effectue bien les travaux décrits, le délai de prise en charge est respecté).

Historiquement seules les maladies remplissant les conditions définies aux tableaux pouvaient ouvrir droit à ATI.

Depuis la publication du décret 2000-832 du 29 août 2000, une indemnisation plus large est possible pour les fonctionnaires d'état, selon les conditions prévues par le code de la sécurité sociale (L461.1 al. 3 et 4) dans les cas suivants, sous réserve bien sûr de la reconnaissance de l'imputabilité au service par la Commission de Réforme :

- pour une maladie inscrite dans un tableau, si une ou plusieurs des conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies
- pour une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles, lorsqu'il est établi qu'elle est causée de façon directe et certaine par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente dont le taux, apprécié par la Commission de réforme en prenant en compte le barème des pensions civiles et militaires, doit être égal ou supérieur au taux défini à l'article R461.8 du code de sécurité (actuellement 25 %)

Ces dispositions devraient être étendues prochainement aux agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière.

En ce qui concerne la rente d'invalidité, versée par le Service des pensions (FPE) ou la CNRACL (FPH et FPT) en cas d'inaptitude définitive imputable au service, les organismes payeurs ne retiennent pas de présomption d'origine. Il faut donc apporter la preuve :

- que l'affection est en lien direct et certain avec l'exposition professionnelle,
- que sans cette affection l'inaptitude ne serait pas constituée.

Sur le plan de la procédure, l'administration doit missionner un médecin agréé pour fixer la date de consolidation, évaluer le taux d'invalidité et éventuellement se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude définitive aux fonctions.

Des imprimés sont proposés par la Caisse des Dépôts et Consignations pour les agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière :

- si l'on est dans le cadre d'une ATI, le rapport doit être rédigé selon le modèle d'expertise proposé par le service de l'ATIACL
- si l'on est dans le cadre d'une retraite pour invalidité (inaptitude aux fonctions, sans demande ou sans possibilité de reclassement), le rapport est rédigé à l'aide de l'imprimé AF3 proposé par la CNRACL.

A noter qu'il n'y a pas d'imprimé unique pour la Fonction Publique d'État, mais que certaines administrations en proposent pour les retraites d'invalidité. Certaines administrations fournissent un imprimé, mais la forme peut varier de l'une à l'autre.

Ce rapport est soumis à la Commission de Réforme, accompagné des pièces d'origine.

L'avis de la Commission de Réforme est consultatif, la décision d'attribution appartenant aux organismes de tutelle (service des pensions, ou CNRACL / ATIACL).

La Rente d'Invalidité est attribuée de façon définitive et non révisable.

L'ATI fait l'objet d'une révision quinquennale, avant attribution d'un taux définitif (sauf demande d'aggravation ou demande d'ATI pour une autre pathologie).

Cas particulier : demande de réparation après la radiation des cadres

Une maladie dont l'imputabilité au service est reconnue par la Commission de réforme postérieurement à la date de radiation des cadres ouvre droit à l'attribution d'une rente d'invalidité versée à compter de la date de dépôt de la demande de l'intéressé.

MISSIONS DE L'EXPERT

L'avis d'un médecin agréé, généraliste ou spécialiste, peut être sollicité à plusieurs niveaux de la procédure :

1) Reconnaissance initiale

L'expert reçoit sa mission de l'administration employeur. Cette mission doit être accompagnée des pièces suivantes (qu'il faut savoir éventuellement réclamer) :

- le certificat médical initial, précisant la date des premiers symptômes de la maladie, le diagnostic, et éventuellement la durée de l'arrêt de travail et des soins,
- un rapport écrit du médecin du travail ou de prévention, où il est nécessaire que soient décrites les conditions d'exposition au risque en cause,
- un rapport ou attestation du chef de service ou du supérieur hiérarchique, précisant les dates et la nature des postes occupés, et établissant l'existence d'une exposition habituelle au risque déclaré,
- éventuellement un relevé des arrêts de travail et des soins (ou certificats médicaux).

L'agent doit apporter les pièces médicales (certificats, examens complémentaires, comptes-rendus d'hospitalisation, etc...) auxquelles il peut avoir un accès direct en vertu de la loi du 04/03/2002 (une liste des pièces nécessaires peut lui être remise par le médecin agréé).

L'expert devra répondre à deux questions : la lésion est-elle occasionnée de façon directe, certaine et déterminante par l'activité exercée ?¹ Remplit-elle les conditions du tableau de maladie professionnelle ?

La réalité de l'exposition et son intensité doit être appréciée.

La discussion peut prendre en compte les critères d'imputabilité proposés dans les tableaux (désignation de la maladie, délai de prise en charge, et travaux susceptibles de la provoquer), mais ces critères ne sont pas exhaustifs. L'expert devra également discuter de la responsabilité d'un éventuel état antérieur ou d'une pathologie intercurrente, ou de facteurs de risque extraprofessionnels.

Dans le cas où les conditions du tableau sont remplies, l'affection pourra être reconnue comme une Maladie Professionnelle. Dans le cas contraire où l'ensemble des critères du tableau ne serait pas rempli (par exemple délai de prise en charge non respecté), l'affection pourra être reconnue comme Maladie Contractée en Service.

Les conclusions médico-administratives doivent être adressées à l'administration, accompagnées du rapport d'expertise (sous pli confidentiel s'il comprend la mention d'états antérieurs).

2) Prise en charge des arrêts et des soins / consolidation / aptitude à la reprise

L'expert devra apprécier la justification de l'arrêt (inaptitude temporaire aux fonctions) dans son principe et dans sa durée.

Dans son rapport, il doit décrire les soins, et apprécier leur lien direct et certain avec la maladie reconnue imputable au service.

S'il estime que l'arrêt et/ou les soins ne sont plus en rapport avec l'affection imputable, il fixe une date de guérison ou de consolidation, et oriente vers une reprise du travail, ou une prise en charge en maladie (s'il persiste une incapacité de travail sans rapport avec l'affection imputable).

Dans le cadre d'une reprise, il peut si cela lui apparaît nécessaire formuler des propositions en matière d'aménagement de poste ou de reclassement professionnel. Il peut éventuellement pour cela prendre contact avec le médecin du travail ou de prévention.

Au-delà d'un an d'arrêt de travail, il peut avoir à se prononcer sur le caractère définitif ou non de l'inaptitude aux fonctions.

¹ Réponse à l'Assemblée Nationale 31925 du 28.6.1999 et 21351 du 16.12.1999

3) Procédure d'ATI

La mission doit mentionner la date de consolidation proposée par le médecin traitant (certificat médical final), par avis médical du médecin agréé (contrôle médical) ou par la Commission de Réforme.

L'expert doit disposer des documents d'origine, de l'avis d'imputabilité émis par la Commission de Réforme (lorsque celle-ci a été déjà saisie) et des décisions de l'administration.

Son rapport doit préciser la désignation de la maladie et la date de première constatation, dire si les conditions du tableau sont réunies, ou si ce n'est pas le cas, mentionner les arguments en faveur de l'imputabilité des lésions au service. Il doit ensuite décrire les séquelles, fixer la date de consolidation et évaluer le ou les taux d'IPP en référence au barème des pensions civiles et militaires de retraite, en distinguant éventuellement les séquelles imputables et l'incapacité en relation avec une pathologie antérieure ou intercurrente.

Pour les agents des fonctions publiques territoriales et hospitalières, le rapport doit être rédigé selon le modèle d'expertise proposé par le service de l'ATIACL.

4) Retraite pour invalidité

Elle est possible au-delà d'un an d'arrêt de travail, si l'inaptitude aux fonctions apparaît définitive et absolue, et si aucun reclassement n'apparaît possible.

L'expert doit disposer des documents d'origine, de l'avis d'imputabilité émis par la Commission de Réforme et des décisions de l'administration.

Son rapport doit mentionner les arguments en faveur de l'imputabilité (donc préciser si la maladie est causée de façon directe, certaine et déterminante par l'exercice des fonctions) et décrire les séquelles. En référence au barème du code des pensions civiles et militaires de retraite, il évalue ou révisé le ou les taux d'invalidité. Pour les incapacités qui sont imputables, il doit préciser si elles sont à elles seules responsables de l'inaptitude définitive.

Pour les agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière, le rapport doit être rédigé selon le modèle d'expertise proposé par la CNRACL (AF3).

TABLEAU N° 57

Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

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

Date de création : 9 novembre 1972

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
- A - Epaule		
Epaule douloureuse simple (tendinopathie de la coiffe des rotateurs).	7 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements Répétés ou forcés de l'épaule.
Epaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple rebelle	90 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule.
- B - Coude		
Epicondylite	7 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de supination et pronosupination.
Epitrochléite	7 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation de la main et du poignet ou des mouvements de supination et pronosupination.
Hygromas - hygroma aigu des bourses séreuses ou atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude, - hygroma chronique des bourses séreuses.	7 jours 90 jours	Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude. Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.
Syndrome de la gouttière épitrochléo-olécrânienne (compression du nerf cubital)	90 jours	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	

Les parties D et E du tableau, concernant le membre inférieur, ne sont pas reproduites ici

L'ÉPAULE

Description clinique	Examens paracliniques	Traitements envisageables (à titre indicatif)	Durée moyenne de l'ITT	Critères médicaux d'imputabilité		Principales professions à risque (liste non limitative)
				Etiologie non professionnelle	Etiologie professionnelle	
<p>* Épaule douloureuse simple : épaule douloureuse chronique avec amplitudes passives conservées : - tendinopathie de la coiffe des rotateurs = tendinopathie calcifiantes de type C (hétérogène peu dense, à contours mal limités) ou tendinopathies non calcifiantes authentifiées par une IRM) - ruptures partielles ou transfixiantes de la coiffe (authentifiées par un arthroscanner, une IRM, une arthroIRM voire une échographie fiable).</p>	<p>Radio standard : densification du trochiter, microgéodes, acromion « barbu », calcifications, diminution de l'espace sous-acromial</p> <p>Echographie (opérateur dépendant)</p>	<p><u>Traitement médical</u> Mise au repos AINS - antalgiques Infiltrations intra- ou extra-articulaires, avec ou sans scopie Physiothérapie Kinésithérapie et balnéothérapie (pour récupération des amplitudes passives) Ondes de choc (NR)</p>	<p>Grande variabilité selon les lésions, les individus et les gestes professionnels 3 à 8 semaines pour l'épaule douloureuse simple</p>	<p>Accidentel (chute sur le moignon de l'épaule ou bras tendus, voire en abduction).</p> <p>Sports avec geste d'armer, de lancer ou gestes répétitifs au dessus du plan de l'épaule (natation, tennis, golf...)</p> <p>Bricolage, jardinage</p>	<p>Travail bras en l'air</p> <p>Soulèvement de charges</p> <p>Contractures dynamiques répétitives des muscles de l'épaule</p>	<p>Aides-soignants Auxiliaires pué. Brancardiers Eboueurs Infirmiers Jardiniers Maçons Manipulateurs radio Manutentionnaires Mécaniciens Ouvriers forestiers Peintres (plafonds) Personnels de blanchisserie Personnels de crèche Personnels de cuisine Puéricultrices</p>
		<p>* Épaule enraidie : limitation de toutes les amplitudes passives à l'examen clinique : - raideur post-traumatique, quelles que soient les lésions anatomiques associées (tendinopathies, rupture partielle ou transfixiante de la coiffe) - raideur associées à une arthropathies dégénérative de l'articulation glénohumérale</p>	<p>IRM : lésions tendineuses superficielles ou intratendineuses</p> <p>Arthroscanner : lésions de la face profonde ou transfixiante de la coiffe, ou du long biceps</p> <p>ArthroIRM</p>	<p><u>Traitement chirurgical</u> : (uniquement si l'épaule a des amplitudes normales)</p> <p>- Chirurgie palliative sous arthroscopie : . Acromioplastie . Débridement . Résection de la longue portion du biceps</p> <p>- Chirurgie curative, sous arthroscopie ou à ciel ouvert : . Fermeture de la brèche tendineuse . Réinsertion sur le trochiter</p> <p>NB - le traitement des calcifications n'entre pas dans le cadre du tableau</p>	<p><i>3 semaines d'immobilisation post opératoire puis 2 mois de rééducation</i></p> <p>Arrêt de travail : 3 à 6 mois en fonction de l'activité professionnelle</p>	

LE COUDE

Description clinique	Examens paracliniques	Traitements envisageables (à titre indicatif)	Durée moyenne de l'ITT	Critères médicaux d'imputabilité		Principales professions à risque (liste non limitative)
				Etiologie non professionnelle	Etiologie professionnelle	
<p>Epicondylite Douleur centrée sur l'épicondyle, à l'extension contrariée du poignet et à la flexion forcée Prosupination contrariée</p> <p>Diagnostic différentiel avec la compression du nerf inter osseux postérieur, branche du nerf radial, par le supinateur (syndrome canalair avec signe de Tinel au niveau de l'arcade de Frohse)</p>	<p>RX du coude de face : - recherche de signes de tendinopathie chronique (microcalcifications), exostose (rare) - Diagnostic différentiel avec l'arthrose du coude : ostéophytes intra-articulaires, pincement de l'interligne (nb : l'arthrose du coude peut éventuellement entrer dans le cadre du tableau 69 pour certaines professions (vibrations))</p> <p>Echo (non indispensable) : signes de tendinopathie chronique, rupture partielle</p> <p>EMG : pour diagnostic différentiel avec la compression du nerf inter osseux postérieur</p>	<p>-Traitement médical : AINS locaux et per os + physiothérapie et massages transverses profonds</p> <p>- si échec : . infiltration de corticoïdes . ondes de choc (NR)</p> <p>- si échec : traitement chirurgical (exérèse de la zone d'insertion +/- curetage et plastie d'allongement musculaire)</p>	<p>3 semaines à 3 mois selon traitement et activité</p>	<p>Sportive++ : tennis, golf, aviron, pétanque</p> <p>La présence de kystes apicaux dentaires serait un facteur de récurrence (bilan bucco-dentaire avec PANOREX)</p>	<p>Mouvements répétitifs en :</p> <p>- Préhension (ex. travail au marteau, sécateur, tri sur tapis roulant...)</p> <p>- Extension contrariée du poignet et des doigts en statique ou en dynamique (ex. pelletage - talochage)</p> <p>- Prosupination</p>	<p>Personnels de blanchisserie Ouvriers du bâtiment Techniciens de surface (syndrome de la serpillière)</p>
<p>Epitrochléite Douleur à la pression de l'épitrochlée Douleur à la flexion contrariée du poignet et à l'extension forcée</p>	<p><i>Idem épicondylite</i></p>	<p><i>Idem épicondylite</i></p>	<p>3 semaines à 3 mois selon traitement et activité</p>	<p>Escalade, tennis, squash</p> <p>Kystes apicaux dentaires (<i>idem épicondylite</i>)</p>	<p>Mouvements répétitifs en</p> <p>- Flexion contrariée du poignet (agrippement) et des doigts en statique ou en dynamique</p> <p>- Prosupination</p> <p>- Adduction (ex. marteau, fauchage)</p>	<p>Manutentionnaires à la chaîne Techniciens de surface</p>

<p>Compression du nerf cubital au coude</p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleur irradiant de la face interne du coude vers l'avant bras - Dysesthésies des deux derniers doigts avec sensation de fourmillements - Parfois instabilité du nerf qui se luxe en avant de la gouttière en fléchissant le coude avec sensation de ressaut douloureux - Signe de Tinel à la percussion de la gouttière rétro trochléenne - Tardivement signes de déficit moteur : amyotrophie des interosseux, signe de Froment = déficit de l'adduction du pouce..... 	<p>Radiographie de la palette humérale de face coude fléchi EMG+++</p>	<p>Si atteinte sensitive pure traitement médical : -infiltration de corticoïdes dans le canal cubital - orthèse nocturne</p> <p>Si atteinte motrice associée : -libération chirurgicale du canal cubital à ciel ouvert -si instabilité constatée transfert sous cutané ou sous musculaire du nerf cubital</p>	<p>Symptomatologie souvent modérée n'entraînant pas d'arrêt de travail</p> <p>Dans les cas plus graves 3 à 6 semaines si intervention</p>	<p>- Pathologie générale : diabète, PR, alcool</p> <p>- Séquelles de traumatismes du coude (cubitus valgus)</p> <p>- Flexion du coude pendant le sommeil</p>	<p>- Appuis répétitifs sur la face interne du coude ou traumatismes répétés</p> <p>- Flexion prolongée du coude</p> <p>- Flexion – extension répétée</p>	
<p>Hygroma aigu</p> <p>Tumeur rénitente rétro olécranienne inflammatoire chaude = inflammation des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude</p>	<p>Echo non indispensable Bilan infectieux: recherche de signes de surinfection</p>	<p>Vessie de glace, AINS per os, ponction évacuatrice + infiltration si non infecté</p>	<p>1 à 3 semaines</p>	<p>« Maladie des étudiants »</p> <p>Traumatisme unique (peut éventuellement relever d'un accident de service)</p>	<p>Appuis répétitifs face postérieure du coude</p>	<p>Maçons (chocs lors des déplacements)</p>
<p>Hygroma chronique</p> <p>Tumeur rénitente rétro olécranienne de consistance liquidienne évidente, inflammatoire, chaude, de volume variable dans le temps</p>	<p>Echo non indispensable Bilan infectieux: recherche de signes de surinfection Radio: recherche d'exostose à la face postérieure de l'olécrane</p>	<p>Evacuation chirurgicale avec excision de la bourse rétro olécranienne et drainage Résection exostose si présente à la radio</p>	<p>3 à 6 semaines</p>	<p><i>idem</i></p>	<p>Appuis répétitifs face postérieure du coude</p>	<p>Maçons</p>

LE POIGNET ET LA MAIN

Description clinique	Examens paracliniques	Traitements envisageables (à titre indicatif)	Durée moyenne de l'ITT	Critères médicaux d'imputabilité		Principales professions à risque (liste non limitative)
				Etiologie non professionnelle	Etiologie professionnelle	
<p>Syndrome du canal carpien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paresthésies nocturnes puis permanentes D1, D2, D3 + bord radial D4 - Maladresses - Amyotrophie des thénariens externes - Anesthésie D1, D2, D3 - Troubles trophiques <p>Syndrome de la loge de Guyon</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paresthésies D4, D5 nocturnes puis permanentes - Baisse de la force - Amyotrophie du 1° interosseux dorsal situé à la face dorsale de la 1° commissure - Griffes cubitales - Anesthésie D4, D5 - Troubles trophiques 	Electromyogramme	<ul style="list-style-type: none"> - Infiltration de corticoïde retard : au début en l'absence d'atteinte motrice importante (clinique et/ou électromyographique) - Attelle nocturne - Chirurgie (à ciel ouvert ou endoscopie) 	<p><u>si traitement médical :</u> en principe pas d'arrêt (mais récurrences fréquentes)</p> <p><u>si traitement chirurgical :</u> - ouvert : 1 à 2 mois - endoscopique : 15j à 1 mois</p> <p><i>à pondérer en fonction du poste du patient</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Périménopause Diabète Insuffisance rénale Hypothyroïdie Rhumatismes inflammatoires chroniques Grossesse, post-partum Prédispositions anatomiques (voir compte rendu opératoire) : rétrécissement du canal carpien par cal vicieux du radius, kyste synovial, tumeurs, muscle surnuméraire ... 	<ul style="list-style-type: none"> Mouvements répétés ou prolongés de préhension de la main Appui carpien Pression prolongée 	<ul style="list-style-type: none"> Blanchisseuses Caissières Secrétaires si appui carpien Carreleurs
<p>Ténosynovite de De Quervain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleur sur le versant dorso radial du poignet augmentée par les mouvements de flexion - inclinaison cubitale du poignet et flexion du pouce - Oedème, rougeur, crépitations 	<p>Aucun (diagnostic essentiellement clinique)</p> <p>Echographie et radiographie : intérêt médico-légal, si doute sur le diagnostic et pour un diagnostic différentiel</p>	<ul style="list-style-type: none"> Infiltration de corticoïde retard Orthèse du pouce en extension 4 à 6 semaines + AINS Chirurgie 	<p>Si traitement médical 10 à 20 jours</p> <p>Si traitement chirurgical 1 à 2 mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> Périménopause Diabète Insuffisance rénale Hypothyroïdie Rhumatismes inflammatoires chroniques Grossesse, post-partum Exostose radiale Jardinage Bricolage (marteau) Aviron, canoë-kayak, golf, tennis... 	<ul style="list-style-type: none"> Mouvements répétés ou prolongés de flexion extension du pouce et du poignet : mouvement de sollicitation du long abducteur du pouce (mouvement de poinçonnage, sécateur ...) 	<ul style="list-style-type: none"> Blanchisseuses Caissières Emballeurs Peintres

<p>Ténosynovite des fléchisseurs des doigts : doigt à ressaut Doulueur à la pression palmaire des métacarpophalangienne Sensation de blocage en flexion puis extension brutale avec un ressaut</p>	<p>Aucun (diagnostic essentiellement clinique) Echographie et radiographie : intérêt médico-légal, si doute sur le diagnostic et pour un diagnostic différentiel</p>	<p>Infiltration de corticoïde retard Chirurgie</p>	<p>Si traitement médical éventuellement quelques jours Si traitement chirurgical 15j à 1 mois</p>	<p>Périménopause Diabète Insuffisance rénale Hypothyroïdie Rhumatismes inflammatoires chroniques Prédispositions individuelles : atteintes plurifocales ; association avec la maladie de Dupuytren</p>	<p>Mouvements répétés ou prolongés de flexion / extension des doigts</p>	<p>Infirmiers (solicitation du pouce –index)</p>
<p>Tendinite des fléchisseurs du poignet Tendon grand palmaire et ou cubital antérieur Douleur en regard augmentée à la flexion contrariée</p>	<p>Aucun Echographie</p>	<p>Infiltration de corticoïde retard Orthèse en position de détente du tendon atteint Chirurgie exceptionnelle</p>	<p>1 à 2 mois</p>	<p>Périménopause Diabète Insuffisance rénale Hypothyroïdie Rhumatismes inflammatoires chroniques Sportifs: motocross</p>	<p>Mouvements répétés ou prolongés de flexion / extension du poignet</p>	<p>Carreleurs Femmes de ménage Ouvriers du bâtiment</p>
<p>Tendinite des extenseurs du poignet Tendon des radiaux et cubital postérieur Douleur en regard augmentée à la extension contrariée</p>	<p>Radiographie du poignet de profil Echographie : pas d'intérêt dans l'arbre décisionnel</p>			<p>Jardinage Bricolage</p>		

ETUDE DES SOLLICITATIONS PROFESSIONNELLES (Critères d'exposition au risque)

Les dossiers de demande de prise en charge en maladie professionnelle pour les agents de la fonction publique sont soumis à l'avis de la Commission de Réforme, laquelle devra se prononcer non seulement sur les critères médicaux mais aussi sur les critères d'exposition au risque au cours de l'activité professionnelle.

Contrairement à ce qui a cours dans le régime général, on ne dispose pas en général d'une enquête administrative sur les gestes et postures habituels au poste de travail comme celles réalisées par les agents spécialisés de la CPAM ou du service prévention de la CRAM.

L'expert agréé devra donc donner son avis à l'aide des pièces suivantes :

- rapport du médecin du travail ou de prévention.
- rapport hiérarchique.

Si ces pièces sont absentes ou imprécises, il peut demander des compléments d'information à l'administration employeur.

Il complète son approche des conditions de travail par l'interrogatoire de l'agent qu'il doit inviter à décrire les différentes tâches réalisées, leur durée respective, et les séquences et gestes nécessaires (lesquels peuvent éventuellement être mimés). Le nombre de gestes par tâches dans la journée doit si possible être chiffré, à partir de la description d'une journée type.

L'analyse doit permettre de repérer les gestes nocifs pour l'articulation en cause. Ces gestes, qui figurent de façon globale dans le tableau n° 57, ont été détaillés dans le chapitre « approche clinique », au regard de chaque pathologie. Ces gestes peuvent exister au cours de différentes tâches et l'expert devra alors donner une approche globale de l'astreinte.

L'amplitude du geste* doit être analysée en premier lieu :

- pour l'épaule on considère le geste comme potentiellement nocif si l'amplitude d'abduction et/ou d'antépulsion dépasse 66° (depuis la position bras au corps)
- pour le coude, on considère le geste comme potentiellement nocif si
 - o l'angle du coude dépasse 90°,
 - o ou bien si le geste exige une pronosupination de plus de 20° en flexion
- pour le poignet, on considère le geste comme potentiellement nocif si le geste exige
 - o une flexion (palmaire) de plus de 70°
 - o une extension (dorsale) de plus de 30°
 - o une inclinaison radiale ou cubitale de plus de 20° associée à la flexion ou à l'extension

La répétitivité doit ensuite être appréciée :

Elle est considérée comme présente si le geste est réalisé plus de deux fois par minute, ou en cas de tâche complexe (enchaînement de gestes variés) si le geste est répété plus de la moitié du temps de la tâche (exemple : flexion-extension du poignet au cours du nettoyage d'une pièce).

S'il existe un facteur répétitif, il conviendra alors d'en apprécier l'importance, en fonction de la durée journalière ou hebdomadaire d'exposition :

- la répétitivité est considérée comme faible si elle est observée sur moins de deux heures en continu, ou sur des durées cumulées de moins de quatre heures sur la journée de travail
- elle est considérée comme moyenne si elle est observée sur des périodes de deux à trois heures en continu, ou sur des durées cumulées de plus de quatre heures sur la journée de travail
- elle est considérée comme forte si elle est observée sur des périodes de plus de trois heures en continu

** Les valeurs seuils proposées dans ce texte pour l'étude des astreintes sont directement inspirées du consensus européen SALTSA*

D'autres facteurs, que l'on peut considérer comme aggravants, ou même nocifs en eux-mêmes, doivent être recherchés :

- **le maintien de postures** pendant plus de quatre secondes est un facteur de risque qui doit être retenu s'il intervient régulièrement plus de deux heures en continu, ou plus de quatre heures en durée cumulée sur la journée de travail.
- **les mouvements ou maintiens de posture contre résistance**, considérée comme moyenne si elle nécessite pour être vaincue la mobilisation des deux membres supérieurs, et forte si elle nécessite la mobilisation de l'ensemble du corps.
- **les vibrations mécaniques** (manipulation d'outils vibrants ou en contact avec des surfaces vibrantes), facteur de risque conjugué avec le travail contre résistance
- **le froid** (température inférieure à 15°C, que ce soit la température du local ou celle des objets manipulés)
- **la précision de la tâche** (tâche nécessitant un contrôle visuel strict et/ou permanent)
- **les contraintes organisationnelles** (cadences imposées, primes de rendement, difficultés relationnelles...), limitant la marge de manœuvre de l'agent pour faire face aux contraintes, et induisant parfois un facteur de stress.

L'ensemble des contraintes professionnelles doit être décrit et leur responsabilité dans la genèse de l'affection doit être évaluée, en tenant compte également d'éventuels risques extra professionnels et des caractéristiques personnelles du sujet (âge, terrain prédisposant).

Les **éléments chronologiques** seront à ce titre intéressants : l'apparition d'une pathologie après une période d'intensification des gestes, la sédation pendant les congés ou après cessation de l'activité, l'apparition chez le sujet jeune, etc... sont autant de facteurs qui peuvent inciter à retenir l'imputabilité sauf existence d'un facteur extra professionnel prégnant.

En revanche la preuve d'une forte contrainte professionnelle doit absolument être apportée pour prendre en charge des pathologies classiques bien fréquentes à un certain âge (périménopause) comme le canal carpien, ou les tendinopathies dégénératives de l'épaule.

Ainsi se forge « l'intime conviction de l'expert » qui doit être expliquée dans une discussion claire et convaincante, menant à une conclusion logique pour le lecteur.

LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

Toute prise en charge de soins en maladie professionnelle présuppose que la maladie ait été reconnue comme telle. La demande doit donc s'appuyer sur un certificat médical décrivant précisément les lésions, y compris la latéralité.

L'administration peut interroger le médecin agréé pour une prise en charge des soins. Le médecin agréé doit alors dire si les soins prescrits sont justifiés et liés de façon directe et certaine avec la pathologie imputable au service, auquel cas leur prise en charge est médicalement justifiée. C'est à l'agent d'apporter la preuve de l'imputabilité, par des certificats médicaux explicites, et en fournissant également les examens (radiographies, TDM, IRM, ...) et leur comptes-rendus, ainsi que les comptes-rendus opératoire ou d'hospitalisation.

L'utilité des soins doit également être appréciée par le médecin agréé (jurisprudence en conseil d'état 248865 du 11/06/2003). Des actes inutiles ou dangereux, des soins anormalement répétés ou prolongés peuvent être refusés, en s'appuyant sur les connaissances scientifiques actuelles (par exemple multiplication d'actes médicaux et paramédicaux sans intérêt médical avéré).

La notion de consolidation ou d'indemnisation par une ATI ne peut être, en tant que telle, un critère de refus de prise en charge, si les soins sont toujours utiles au traitement de la pathologie et de ses séquelles. En revanche, des soins liés à une aggravation par le vieillissement ou par des facteurs extra professionnels peuvent être refusés car considérés comme non imputables.

Tarifification

Leur prise en charge financière est bien codifiée et s'appuie sur des textes légaux et/ou réglementaires.

- les consultations médicales
 - o actuellement en fonction de la « NGAP » (nomenclature générale des actes professionnels) en secteur libéral et du « CDAM » (catalogue des actes médicaux) en secteur hospitalier puis, courant 2004, de la « CCAM » (classification commune des actes médicaux)
 - o les éventuels dépassements doivent faire l'objet d'un contrôle particulier sur l'utilité de la dépense (la circulaire FP/4 N° 1711 du 30 janvier 1989 rend obligatoire ce contrôle « si le montant des dépenses est égal ou supérieur à 170 % du tarif de remboursement de la sécurité sociale »)
- les actes paramédicaux
 - o en fonction de la NGAP comme les consultations
- les prestations sanitaires
 - o auparavant suivant le « TIPS » (tarif interministériel des prestations sanitaires) et actuellement la « LPP » depuis 2001 (liste des produits et prestations mise en place par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000 et ses décrets d'application)

Un acte ou un matériel hors nomenclature reste en principe non pris en charge (sauf exception laissée à l'appréciation du médecin agréé au regard de l'utilité médicale).

Cures thermales

Les soins sont pris en charge au titre de la MP s'ils sont en lien direct et certain avec la pathologie imputable, et si leur utilité médicale est reconnue par le médecin agréé.

L'arrêt de travail peut alors être accordé s'il s'agit « d'une maladie dûment constatée mettant le fonctionnaire dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions ou susceptible de conduire à cette situation si la cure n'est pas suivie dans les délais prescrits » [cf. circulaire du 30 janvier 1989 (alinéa 6-4-3)].

L'absentéisme au cours de l'année peut être un élément d'appréciation de l'utilité des cures.

EVALUATION DES SÉQUELLES FIXATION DES TAUX D'IPP

Les affections périarticulaires du membre supérieur sont parfois de diagnostic difficile et d'évolution chronique, avec une symptomatologie diffusant souvent à l'ensemble du membre concerné, et un diagnostic différentiel parfois difficile avec les affections du rachis cervical.

Il convient de bien décrire les doléances, en prenant le temps nécessaire pour mettre le patient en confiance. La douleur peut être évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique, ce qui permet de noter les évolutions (notamment entre la période des séquelles et celle du paroxysme douloureux, qui peut être coté rétrospectivement). La douleur ne peut être retenue pour majorer l'IPP que si elle est nocturne ou invalidante, qu'elle nécessite un traitement antalgique continu, et qu'elle est cohérente avec les données de l'examen clinique.

Pour l'examen clinique, le médecin doit s'attacher à créer une ambiance calme et détendue. Le patient doit être torse nu.

- Il convient d'examiner toutes les articulations du membre concerné, en comparant les amplitudes avec le membre controlatéral (sachant cependant que les atteintes sont souvent bilatérales). L'épaule doit être examinée en position debout (les deux épaules restant maintenues sur une ligne horizontale) puis couchée (pour tester les amplitudes passives) et enfin en position assise pour les tests spécifiques sans oublier d'examiner la face postérieure des omoplates (amyotrophie, paralysie, participation aux mouvements).
- Il faut également ne pas oublier l'examen du rachis cervical et l'examen neurologique, pour faire la part d'éventuels signes de névralgie cervico-brachiale.
- Il faut rechercher les signes objectifs :
 - recherche d'une amyotrophie (qui est un facteur de gravité)
 - mesure des amplitudes actives et passives
 - testing spécifique (étude des mouvements contrariés)
 - observation des mouvements en dehors du temps de l'examen (déshabillage par exemple).
- Il faut essayer de distinguer une raideur vraie (souvent après chirurgie ou capsulite) d'une limitation douloureuse (même s'il y a opposition en mode passif) souvent constatée lors de tendinites chroniques.
- Il faut évaluer les éventuels états antérieurs ou pathologies concomitantes (par exemple arthrose).

Un tableau récapitulatif extrait du barème des pensions civiles et militaires de retraite est donné à la page suivante. Il appelle quelques commentaires :

- Seules les raideurs vraies doivent être indemnisées comme telles et non les limitations des amplitudes actives liées à la douleur (indemnisable par référence au chapitre « tendinopathies »).
- Pour chaque articulation est défini un « angle utile ».
Une raideur ne peut être qualifiée de « serrée » que si cette amplitude n'est plus obtenue. Cependant il convient d'intégrer également par assimilation :
 - pour l'épaule, la limitation des rotations
 - pour le coude et le poignet, la limitation de la prosupination
- Pour l'appréciation de la raideur de l'épaule, les précisions suivantes sont proposées :
 - raideur modérée :
 - . la raideur doit être nette (diminution d'amplitude de plus de 20° sur un ou plusieurs mouvements)
 - . l'abduction ou l'antépulsion est au moins égale à 90°
 - raideur moyenne :
 - . l'abduction ou l'antépulsion est inférieure à 90°
 - . mais l'angle utile est respecté
 - raideur serrée : angle utile non obtenu

Extrait du barème des pensions civiles et militaires (décret n°2001-99 du 31 janvier 2001)

	Epaule		Coude			Poignet			
<i>Amplitude « utile »</i>	<i>45° d'abduction, 20° d'adduction 45° d'antépulsion, 10° de rétropulsion</i>		<i>40° (10° au-dessus d'une ligne horizontale passant par le sommet du coude et 30° en dessous)</i>			<i>30° de flexion dorsale et 30° de flexion palmaire</i>			
		Dominant	Non dominant		Dominant	Non dominant		Dominant	Non dominant
Ankylose		30 %	25 %		20 %	15 %		20 %	15 %
Raideur	- limitation modérée de tous les mouvements de l'épaule bien compensée par l'omoplate - raideur moyenne insuffisamment compensée par l'omoplate - raideur serrée éventuellement douloureuse, non améliorabile Ce taux peut être majoré de 10 à 15 % selon l'importance des douleurs	15 %	12 %	- raideur légère (angle favorable) - raideur moyenne (angle favorable plus fermé ou décalé, soit vers la verticale supérieure, soit vers la verticale inférieure) - raideur serrée ou suivant un angle défavorable	10 %	6 %	- raideur moyenne en bonne position - raideur serrée en bonne position - raideur en mauvaise position peu importante l'amplitude, souvent douloureuse	10 %	8 %
Tendinopathies		0 à 7 %	0 à 7 %		0 à 8 %	0 à 8 %		0 à 8 %	0 à 8 %

CONCLUSIONS

Ce document est le fruit du travail d'un groupe de médecins agréés, à partir de leur expérience, et après avoir fait appel à différents spécialistes en réponse à leurs questions. Il a fait l'objet d'une validation auprès d'un panel d'experts médicaux et administratifs dont la liste figure en annexe.

Il exprime donc un consensus de la profession, en l'état actuel des connaissances scientifiques et de la réglementation, sur des points qui sont apparus essentiels pour la pratique de la médecine agréée.

Nous souhaitons qu'il soit un outil utile aux médecins agréés et aux membres des commissions de réforme pour donner des avis motivés aux administrations, dans un souci d'équité et d'harmonisation des décisions.

Association Nationale des Médecins Agréés

Commission Harmonisation des Pratiques

Septembre 2004

GLOSSAIRE

AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
ATI	Allocation Temporaire d'Invalidité
ATIACL	Allocation Temporaire d'Invalidité des Agents des Collectivités Locales (organisme chargé de verser l'ATI)
CDR	Commission de Réforme Départementale
CNRACL	Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
EMG	Electromyogramme
FPE	Fonction Publique d'État
FPH	Fonction Publique Hospitalière
FPT	Fonction Publique Territoriale
IPP	Incapacité Permanente Partielle
IRM	Imagerie en Résonance Nucléaire
ITT	Incapacité Temporaire Totale (employée dans ce guide au sens de la durée de l'arrêt de travail)
MCS	Maladie Contractée en Service
MP	Maladie Professionnelle
NR	Non remboursé
Panorex	Radiographie panoramique dentaire
RI	Rente d'Invalidité (servie en cas d'invalidité définitive imputable au service)
TDM	Tomodensitométrie (ou scanner)
TMS	Troubles musculosquelettiques

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES REGLEMENTAIRES

- Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État
- Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière)
- Décret n° 60-1089 modifié du 6 octobre 1960 portant règlement d'administration publique pour l'application des dispositions de l'article 23 bis de l'ordonnance n° 59-244 du 4 février 1959 relative au statut général des fonctionnaires
- Décret n° 63-1346 du 24 décembre 1963 modifié relatif à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité aux agents permanents des collectivités locales et de leurs établissements publics
- Décret n° 65-773 du 9 septembre 1965 modifié relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
- Décret n° 84-960 du 25 octobre 1984 portant application de l'article 65 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État
- Décret n° 84-1103 du 10 décembre 1984 pris pour l'application de l'article 119-III de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité
- Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physiques pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires
- Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux
- Décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière Arrêté du 5 juin 1998 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière
- Code des pensions civiles et militaires de retraite (notamment art. L27 et barème revu par décret n° 2001-99 du 31 janvier 2001)
- Code de sécurité sociale (article L 461.2)
- Circulaire FP/4 N° 1711 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale contre les risques maladie et accident de service des fonctionnaires et stagiaires de l'État
- Lettre de principe DH/FH1 n° 96-5385 du 6 mars 1996 relative aux conditions d'attribution de congés pour cures thermales pour les agents de la fonction publique hospitalière

REFERENCES MEDICALES

- BUCKLE P, DEVEREUX J. Risk factors for work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders. Bilbao, *European Agency for safety and Health at Work*, 1999, 114 p.
- CHANTELOT C. Epicondylalgie : traitement chirurgical en 2003 – www.chru-lille.fr/orthob/pathologies/6320.asp puis cliquer sur [canalaire.ppt](#)
- CHANTELOT C., LIMOUSIN M. Syndromes canaux au membre supérieur – www.chru-lille.fr/orthob/pathologies/6318.asp cliquer sur [tendinopathies_coude.ppt](#)
- CARLES D. Troubles musculosquelettiques : première cause de maladie professionnelle. *Concours Médical*, 2002, Tome 124-34, 2231-34
- COCK N., MASSET D. Le diagnostic précoce de troubles musculosquelettiques du membre supérieur en médecine du travail. *Cahiers de médecine du travail*, 1994, XXXI, 2 : 93-100
- FICHEZ O. Epicondylite. Histoire naturelle et étude critique des différents traitements. www.docteurinfo.com/epicondylite.html
- HENROTIN J.B., DE LA VAREILLE M.D. Troubles musculosquelettiques et médecin du travail : une étude en entreprise pour convaincre ? *Arch. Mal. Prof.*, 2003, 64, n° 1, 27-35
- INRS Prévenir les troubles musculosquelettiques du membre supérieur, août 2000 INRS ED 4056, 87 pages
- LALOU-COLLET S., Stratégie devant une pathologie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule, *Rhumatologie pratique*, 2000, n° 193, 1-3
- LEROUX J.L., THOMAS E., BLOTMAN F., BONNEL F., Coiffe des rotateurs (dossier), *Réflexions rhumatologiques*, 2001, T5 n°35, 3-28
- LEVIGNE C., NOEL E., TAVERNIER T., Exérèse arthroscopique des calcifications de la coiffe des rotateurs : technique, indications et résultats, *Rhumatologie pratique*, 2001, n°205-206, 6-7
- LEVIGNE C., NOEL E., TAVERNIER T., La coiffe dégénérative : démembrement des différents types de lésions tendineuses, *Rhumatologie pratique*, 2001, n° 203, 1,4
- MEYER J.P., DYEVE P. Aspects cliniques et démarches de prévention des principaux troubles musculosquelettiques (TMS) à composante professionnelle du membre supérieur et de l'épaule. *Doc Med Trav*, 1994, 58, 149-163
- MEYER J.P., FRINGS-DRESEN M., BUCKLE P., DELARUELLE D., PRIVET L., ROQUELAURE Y. et le groupe SALTSA. Troubles musculosquelettiques du membre supérieur. Consensus clinique pour le repérage des formes précoces de TMS. *Arch Mal Prof* 2002 ; 63 : 32-45
- MIQUEL A. Imagerie – la coiffe des rotateurs. *Réflexions rhumatologiques*, 1997, T1 n°2, 22
- NOËL E. Tendinopathies chroniques de l'épaule. Prise en charge thérapeutique et pronostic, *Communication aux Troisièmes Journées de Médecine Agréée, Lyon 2003*
- PARIER J, DUMONTIER CH. Épicondylite rebelle, *Communication au Congrès Sport et Appareil Locomoteur – Seizième journée de Bichat* (<http://perso.wanadoo.fr/corine.bensimon/parierdumontier03.htm>)
- RODINEA J., Les tendinites et ténoosynovites du poignet, *Rev. Prat.* 1991, 41, 26, 2699 – 2706
- ROQUELAURE Y., MALCHAIRE J., COCK N., MARTIN Y.H., PIETTE A., VERGRACHT S., CHIRON H., LE BOULANGER M.A. Evaluation d'une méthode de quantification de l'activité gestuelle au cours de tâches répétitives de production de masse. *Documents pour le médecin du travail*, 2001 ; 86 : 167-176
- TROISIÈRE O., Les tendinites épicondyliennes, *Rev. Prat.*, 1991, 41, 18, 1651, 1655

CONTACTS UTILES

Comment se procurer les imprimés, le barème ?

- par courrier : CNRACL ou ATIACL rue du Vergne 33059 BORDEAUX Cedex
- en consultant le site : <http://www.cdc.retraites.fr/default.asp> (imprimés ou barème en ligne, téléchargeable)
- pour les imprimés, sur demande auprès des administrations qui vous adressent les missions.

Contacts associatifs

- **ANMA Association Nationale des Médecins agréés**
Président : Dr Pierre MARTI
Secrétaire : Dr Bernadette SYSTCHENKO
Trésorier : Dr Pierre CHIRON
Cette association, fédération des associations régionales, comprend plusieurs commissions de travail.
Cet ouvrage a été réalisé par la Commission Harmonisation des pratiques
Dr B. SYSTCHENKO (présidente) – LYON – Tél. 04.72.41.33.31 – bernadette.systchenko@chu-lyon.fr
- **Associations régionales :**
 - AMAAL : Association de Médecine Agréée d'Alsace-Lorraine
Dr Jean-Paul ANSELIN - STRASBOURG – Tél 03 88 25 13 87 - jean-paul.anselin@kronenbourg-fr.com
 - AMARA : Association de Médecine Agréée Rhône-Alpes
Dr SYSTCHENKO – LYON – Tél 04.72.41.33.31 – bernadette.systchenko@chu-lyon.fr
 - AMARIF : Association de Médecine Agréée de la Région Ile de France
Dr BENKETIRA – PARIS – Tél 01.45.86.20.55 – jean-luc.benketira@psl.ap-hop-paris.fr
 - AMASE : Association de Médecine Agréée du Sud-Est
Dr MASSIANI – MARSEILLE – Tél 04 91 4752 96 – pmassiani@aol.com
- **Sites :**
 - Médecine agréée (ANMA) : <http://www.amara.asso.fr>
 - TMS : [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/inrs01_search_view_view/A1EF1047CF1A3712C1256CD900507BD3/\\$FILE/ed797.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/inrs01_search_view_view/A1EF1047CF1A3712C1256CD900507BD3/$FILE/ed797.pdf)
 - Pathologies du M.S. <http://www.chru-lille.fr/orthob/pathologies/index.asp>

Liste des experts ayant participé à l'étude

Membres du groupe de travail (Commission Harmonisation des Pratiques) :

- Dr Michel GIBELLI – Sarreguemines (57)
- Dr Olivier MAILLET – Clugnat (23)
- Dr Jean-Michel MAUREL – Bourges (18)
- Dr Jean MERCIER-GUYON – Annecy (74)
- Dr Maurice SOULTANIAN – Marseille (13)
- Dr Bernadette SYSTCHENKO – Lyon (69)

Experts consultés :

Organismes :

- CNRACL – M. Jean-Yves MOREL, Mme Colette BESSE
- Régime général : Dr Evelyne SCHORLE

Spécialistes en maladies professionnelles :

- Dr Yves ROQUELAURE – Angers (47)

Chirurgiens du membre supérieur :

- Dr Renaud GRAVIER (coude) – Marseille (13)
- Dr PELLAT (main) – Marseille (13)
- Dr SERIAT-GAUTHIER (épaule) – Marseille (13)
- Dr Jean Hervé SIMONNET – Manosque (04)

Rhumatologues

- Dr CEDOZ – Lyon (69)
- Dr Christian DURAND – Gap (05)
- Dr Mireille LESTRADE – Paris (75)
- Dr Eric NOEL – Lyon (69)

Médecins généralistes agréés

- Dr Jean-Luc BENKETIRA (Paris)
- Dr Roland COCOZZA – Lyon (69)
- Dr Sylvain DEMANCHE – PARIS (75)
- Dr Laurent VIGNALOU – PARIS (75)
- Dr Pierre WOLF – LYON (69)