



Troubles musculosquelettiques: quelle reconnaissance en maladies professionnelles ?

Étude sur dix pays européens

SOMMAIRE

Préambule.....	3
Introduction	5
Résumé	6
1. POSSIBILITÉS DE RECONNAISSANCE DES TMS EN MALADIES PROFESSIONNELLES	8
1.1 Contenu des listes nationales de MP et rôle du système complémentaire	8
- Les atteintes ostéo-articulaires	9
Tendinopathies, Ménisopathies, Bursites et hygromas	
- Les atteintes neurologiques	10
Atteintes neurologiques des membres, de la colonne vertébrale	
- Les atteintes vasculaires et les troubles angioneurotiques (système main-bras)	11
- Les autres TMS inscrits sur les listes nationales de MP.....	11
- L'évolution récente des listes	12
- Le rôle mineur du système complémentaire de reconnaissance	13
1.2 Modes d'instruction des demandes de reconnaissance	15
2. ÉTUDES DE CAS	18
2.1 Cas pratiques	20
- Cas n°1 : syndrome du canal carpien.....	20
- Cas n°2 : tendinopathie de la coiffe des rotateurs.....	22
- Cas n°3 : lombalgie.....	24
- Cas n°4 : épicondylite	26
2.2 Enseignements des études de cas	28
- Reconnaissance du caractère professionnel des pathologies présentées	28
- Indemnisation au titre de l'incapacité permanente	29
- Possibilités de financement par l'assureur MP de mesures de réinsertion de la victime	33

3. STATISTIQUES	35
3.1 Données générales sur les TMS	36
- Volume de TMS déclarés comme maladies professionnelles.....	38
- Volume de TMS reconnus comme maladies professionnelles.....	39
- Part des TMS dans l'ensemble des maladies professionnelles.....	39
- Taux de reconnaissance des TMS	40
3.2 Évolution des TMS entre 2007 et 2014	41
3.3 Typologie des TMS reconnus comme maladies professionnelles	47
ANNEXE	52
Tableaux comparatifs des TMS inscrits sur les listes nationales de MP	

PRÉAMBULE

En septembre 1998, le Forum européen de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles¹ a constitué en son sein un groupe de travail composé de juristes et de médecins issus des organismes d'assurance contre les risques professionnels de plusieurs pays européens. Ce groupe de travail est coordonné par EUROGIP². Si la mission initiale de ce groupe a été de rassembler et de comparer les statistiques nationales relatives aux maladies professionnelles, il s'est par la suite employé à travailler sur des thèmes plus spécifiques. À ce jour, les rapports suivants ont été publiés³ :

- Les maladies professionnelles en Europe - Étude comparative sur 13 pays : procédures et conditions de déclaration, reconnaissance et réparation (septembre 2000)
- Les maladies professionnelles dans 15 pays européens - les chiffres 1990-2000 - l'actualité juridique 1999-2002 (décembre 2002)
- État des lieux sur les cancers professionnels en Europe (décembre 2002)
- Enquête sur la sous-déclaration des maladies professionnelles en Europe (décembre 2002)
- Lombalgie et asthme allergique : deux études de cas au niveau européen (décembre 2002)
- Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ? (février 2004)
- Les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe - Reconnaissance - Chiffres - Dispositifs spécifiques (mars 2006)
- Les maladies professionnelles en Europe – Statistiques 1990-2006 et actualité juridique (janvier 2009)
- Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ? Une étude sur 10 pays européens (février 2013)

ONT PARTICIPÉ À CETTE ÉTUDE		
ALLEMAGNE	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)	Stefanie Palfner
AUTRICHE	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)	Michael Janotka Michael Maltrovsky
BELGIQUE	Fonds des maladies professionnelles (FMP)	Patrick Strauss
DANEMARK	Arbejdsskadestyrelsen/National Board of Industrial Injuries	Rikke Nissen
ESPAGNE	Asociación de mutuas de accidentados de trabajo (AMAT)	Vanesa Rodriguez
FINLANDE	Tapaturmavakuutuskeskus (TVK) / Finnish Workers' Compensation Center (avant le 01/01/2016 : Federation of Accident Insurance Institutions - TVL)	Annaliisa Vento Teemu Kastula
FRANCE	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) - Direction des risques professionnels	Odile Vandenberghe
ITALIE	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)	Angela Goggiamani
SUÈDE	Försäkringskassan	Monica Svanholm
	AFA Försäkring	Eva Eriksson
SUISSE	Suva - Caisse suisse d'assurance accidents	Philippe Calatayud

- 1 Créé en juin 1992, le Forum européen de l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles s'est donné pour objectif de promouvoir le concept d'une assurance spécifique contre les risques professionnels. En savoir plus : www.europeanforum.org
- 2 EUROGIP est un groupement d'intérêt public créé en 1991 par l'Assurance maladie-risques professionnels française pour travailler sur les aspects européens de ces thèmes. En savoir plus : www.eurogip.fr
- 3 Les rapports sont pour la plupart en ligne sur www.eurogip.fr

Coordination des travaux et rédaction du rapport : EUROGIP, France - Christine Kieffer.

Remerciements

EUROGIP tient à remercier ses collègues précités qui ont participé à cette étude, ainsi que le Dr Anne DELÉPINE et Jean-Pierre ZANA (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, INRS - France) pour leurs précieux conseils sur les aspects médicaux et l'élaboration des cas pratiques.

INTRODUCTION

Les troubles musculosquelettiques (TMS) représentent en Europe une des questions les plus préoccupantes en santé au travail. D'après les premiers résultats de la sixième Enquête européenne sur les conditions de travail (Eurofound 2015), 61% des travailleurs européens se disent exposés aux mouvements répétitifs de la main et du bras, 43% aux positions douloureuses et fatigantes, 33% au port ou déplacement de charges lourdes et 20% aux vibrations provoquées par des machines.

Les TMS sont des affections liées à l'hyper sollicitation des tissus situés au voisinage des articulations (muscles, tendons, nerfs, vaisseaux). Ils se traduisent essentiellement par des douleurs et une gêne fonctionnelle. Ils peuvent être handicapants et source de difficultés de maintien dans l'emploi, voire d'inaptitude au travail. Les TMS les plus fréquents sont le syndrome du canal carpien (poignet), le syndrome de la coiffe des rotateurs (épaule), l'épicondylite (coude), l'hygroma (genou), ainsi que les lombalgies et les cervicalgies.

Pour autant, compte tenu de leur réglementation nationale, tous les pays européens n'ont pas la même propension à qualifier ces affections liées au travail de maladies professionnelles (MP). Les TMS occupent la première place des maladies professionnelles reconnues dans certains pays, tandis qu'ils arrivent loin derrière les pathologies respiratoires, les surdités et les maladies de la peau dans d'autres.

Outre les facteurs professionnels (contraintes biomécaniques, c'est-à-dire liées aux postures inconfortables prolongées, efforts intenses, mouvements forcés, répétition de gestes, vibrations, pression, port de charges, ainsi que facteurs psychosociaux), les TMS résultent également de facteurs individuels tels que l'âge, le genre, l'obésité, le diabète, et d'activités extra-professionnelles (loisirs, tâches domestiques...). Cette dimension multifactorielle des TMS introduit des différences de traitement dans leur reconnaissance en maladie professionnelle au sein des pays européens.

Certes, la prévention des TMS par l'amélioration des conditions de travail est un défi majeur que doivent relever les parties prenantes en général et les assureurs contre les risques professionnels en particulier (lorsqu'ils détiennent cette prérogative). Mais la prise en charge de ces pathologies par l'assureur n'est pas sans enjeu : une reconnaissance en maladie professionnelle permet une meilleure réparation pour la victime (le niveau des prestations AT-MP étant généralement plus élevé que celui des assurances maladie/invalidité) et octroie à ces maladies liées au travail une plus grande visibilité.

L'objectif de la présente étude est de dresser un état des lieux de la reconnaissance des TMS en maladies professionnelles dans dix pays européens : **Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Suède et Suisse.**

Un panorama exhaustif des TMS susceptibles d'être reconnus en MP et des facteurs qui entrent en ligne de compte dans cette reconnaissance y est présenté (1).

Des cas pratiques viennent ensuite illustrer les réglementations et pratiques nationales d'assurance en matière de reconnaissance et d'indemnisation (2).

Enfin, des statistiques comparées de sinistralité permettent d'apprécier le volume de TMS pris en charge par chacun des pays et leur évolution sur la dernière décennie (3).

RÉSUMÉ

L'objectif de la présente étude est de dresser un état des lieux de la reconnaissance des troubles musculosquelettiques (TMS) en maladies professionnelles dans dix pays européens : **Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Suède** et **Suisse**. Ces pays sont représentés au sein du Forum européen de l'assurance "accidents du travail / maladies professionnelles" (AT/MP).

Les TMS sont des affections liées à l'hypersollicitation des tissus situés au voisinage des articulations (muscles, tendons, nerfs, vaisseaux). Ils se manifestent par différents types de syndromes tels que les tendinites, les troubles circulatoires des mains, voire des arthroses... Ils sont situés à des endroits différents du corps - main, épaule, coude, genou, dos...- et issus d'expositions variées : pression ou percussion sur une partie du corps, répétition d'un geste, vibrations, port de charges... Les TMS peuvent être handicapants et source de difficultés de maintien dans l'emploi, voire d'inaptitude au travail.

Certains TMS peuvent être reconnus comme accidents du travail. Mais l'essentiel des cas instruits par les assureurs AT/MP nationaux le sont comme maladies professionnelles. Cette instruction se fonde, dans la majorité des pays étudiés, sur une liste qui répertorie les pathologies susceptibles d'être reconnues ainsi que les expositions. Parallèlement, un système dit "complémentaire" permet de reconnaître des maladies hors-liste ; dans ce cas, la victime doit prouver le lien entre la pathologie dont elle est atteinte et l'exercice de sa profession. Les systèmes complémentaires jouent un rôle mineur dans la reconnaissance des TMS en maladies professionnelles.

Cette étude s'attache à comparer les TMS inscrits dans les listes nationales en distinguant les atteintes ostéo-articulaires (tendinopathies, méniscopepathies, bursites et hygromas), les atteintes neurologiques des membres et celles de la colonne vertébrale, et enfin les atteintes vasculaires et les troubles angioneurotiques (système main-bras).

Au regard de cette comparaison, théoriquement la plupart des TMS sont couverts par tous les systèmes de liste, et les critères liés à l'exposition, lorsqu'ils sont formalisés, ne font pas l'objet de différences notoires entre les pays. On note toutefois une reconnaissance en MP des atteintes de la colonne vertébrale impossible en **Autriche, Finlande** et **Suisse**. De même, le syndrome du canal carpien n'est pas reconnu en **Autriche**. Quelques autres TMS, moins fréquents, ne font pas consensus : syndrome du marteau hypothénar, quelques tendinites des membres inférieurs, arthrose du genou, atteintes au rachis cervical.

Pour ce qui est des modes d'instruction des demandes de reconnaissance du caractère professionnel des TMS, les pratiques diffèrent en Europe. Ainsi peut-on classer les pays étudiés en trois groupes :

- **Allemagne, Autriche, Suisse, Finlande, Suède** : chaque cas donne lieu à l'étude de tous les facteurs de risque (professionnels et personnels) pouvant être à l'origine de la maladie.
- **Belgique, Danemark** : lorsque l'étude de la demande de reconnaissance révèle que les conditions liées à la pathologie et les critères précis d'exposition (décrits le cas échéant dans des documents annexes à la liste) sont remplis, le cas est généralement reconnu.
- **Espagne, France, Italie** : la liste de MP est généralement précise quant aux syndromes couverts et aux gestes ou postures qui en sont la cause, lesquels critères sont moins exigeants que dans les autres pays.

Afin d'illustrer les réglementations et pratiques en matière de reconnaissance des TMS, mais aussi d'apprécier les prestations octroyées par l'assureur AT/MP en cas d'incapacité permanente, quatre études de cas sont ensuite proposées. Ces cas sont représentatifs de troubles musculosquelettiques rencontrés fréquemment chez les travailleurs : le syndrome du canal carpien (cas n°1), la tendinopathie de la coiffe des rotateurs (cas n°2), la lombalgie (cas n°3), l'épicondylite (cas n°4).

Ces quatre études de cas livrent les enseignements suivants :

- La **Suède** se distingue des autres pays en ce que le constat d'une perte de capacité de gain est une condition de l'admissibilité des demandes de reconnaissance par l'organisme de sécurité sociale.

- Les pays dans lesquels la liste nationale de MP confère une présomption d'origine professionnelle forte aux pathologies qui y figurent (**Belgique, Espagne, France, Italie**) sont ceux qui ont le plus largement reconnu les cas proposés.
- Les cas de syndrome du canal carpien et d'épicondylite sont "probablement" ou "certainement" reconnus comme maladies professionnelles dans la majorité des pays. En revanche, les cas de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et de lombalgie divisent les pays.
- L'existence de facteurs extra-professionnels semble ne pas avoir eu d'impact sur les décisions de reconnaissance dans les cas d'espèce.
- Les prestations octroyées, de nature et de niveau différents selon les pays, illustrent bien les priorités de l'assureur AT/MP compétent dans les pays étudiés.
- Dans trois pays (**Allemagne, Autriche et Finlande**), l'assureur AT/MP offre à ce jour la possibilité de financer l'aménagement du poste de travail ou une formation pour un reclassement en cas de reconnaissance du cas comme maladie professionnelle.

La 3^e partie de l'étude est consacrée aux statistiques de demandes de reconnaissance et de cas reconnus de TMS, d'abord pour une année donnée (2014), puis sur la période 2007-2014.

Pour ce qui est des TMS déclarés comme maladies professionnelles, on constate des écarts sensibles : la **France**, la **Belgique** et le **Danemark** affichent des ratios pour 100 000 assurés élevés (respectivement 463, 263 et 257) ; l'Italie un ratio médian (150) ; l'**Allemagne**, la **Finlande**, la **Suède** et la **Suisse** les ratios les plus faibles (entre 23 et 13 déclarations).

Les écarts sont encore plus importants concernant les TMS reconnus comme MP. La **France** est en tête du classement (ratio pour 100 000 assurés de 322), puis l'**Espagne** (94), la **Belgique** (82) et l'**Italie** (64). On retrouve les ratios les plus bas dans les pays qui excluent certains TMS de la reconnaissance et/ou qui instruisent chaque demande au cas par cas avec un haut degré d'exigence quant au lien de causalité entre l'exposition professionnelle et la pathologie : **Autriche** (1), **Allemagne** (3), **Suisse** (6) et **Suède** (7).

Le taux de reconnaissance des TMS, qui résulte du rapprochement des niveaux de déclaration et de reconnaissance, varie de 69% en **France** à 8% au **Danemark**, en passant par une fourchette de 30 à 50% en **Belgique, Finlande, Italie, Suède** et **Suisse**.

Dans quatre des dix pays de l'étude, les TMS constituent une part très importante du total des maladies professionnelles reconnues : **France** (88%), **Espagne** (75%), **Belgique** et **Italie** (69%). En revanche, cette part représente moins de 20% en **Allemagne, Autriche**, au **Danemark**, en **Finlande** et en **Suisse**.

L'étude de la typologie des TMS reconnus comme maladies professionnelles montre que les atteintes ostéo-articulaires (avec une majorité de tendinopathies) arrivent en tête dans de nombreux pays : **Belgique** (1 671 cas / un total de 2 498 cas), **Danemark** (381/588), **Espagne** (8 620/12 860), **France** (31 329/60 018, pratiquement à parts égales avec les atteintes neurologiques), **Italie** (5 573/1 3669) et **Suisse** (206/221).

Enfin, on note que les tendances d'évolution entre 2007 et 2014 sont très contrastées :

- la **Suisse**, la **Suède** (avec une stabilisation à partir de 2012), la **Finlande** (avec une stabilisation en 2013) affichent une baisse continue et régulière du nombre de TMS déclarés et reconnus ;
- le **Danemark** et l'**Espagne** présentent des courbes relativement stables depuis 2007, avec une légère tendance à la baisse (depuis 2013 au Danemark) ;
- en **Italie**, les TMS semblent se stabiliser à partir de 2012 après une hausse continue ;
- la **Belgique** connaît une hausse continue des TMS depuis 2011 ;
- la **France** après une hausse continue, connaît un renversement de tendance depuis 2012.

Ce sont bien souvent des modifications réglementaires qui expliquent ces évolutions.

1. POSSIBILITÉS DE RECONNAISSANCE DES TMS EN MALADIES PROFESSIONNELLES

L'essentiel des cas de troubles musculosquelettiques (TMS) est instruit par les assureurs nationaux "accidents du travail - maladies professionnelles" (AT/MP) des pays européens comme des maladies professionnelles, et c'est à ces possibilités de reconnaissance que nous nous intéressons ici.

Toutefois, certains TMS peuvent être reconnus comme accidents du travail. On note ainsi que dans plusieurs pays, de nombreux cas de lombalgies sont pris en charge en tant qu'accidents du travail lorsque leur survenue est brutale (l'existence d'un événement soudain correspondant bien à la définition d'un accident). En **Espagne** et en **Finlande**, l'accident du travail constitue la seule possibilité de prise en charge des lombalgies, une reconnaissance en maladie professionnelle (MP) étant juridiquement impossible.

La **Finlande** reconnaît en outre les bursites du coude et les bursites du genou comme une catégorie spéciale d'accidents du travail ; ces deux pathologies peuvent également être reconnues comme des maladies professionnelles depuis que la réforme de la législation sur l'assurance AT-MP est entrée en vigueur (début 2016).

1.1 Contenu des listes nationales de MP et rôle du système complémentaire

Dans la majorité des pays étudiés⁴, la reconnaissance en maladie professionnelle se fonde sur un système mixte. Il existe d'une part une liste qui répertorie les pathologies susceptibles d'être reconnues, à charge pour l'organisme assureur d'instruire le cas ; d'autre part, un système complémentaire qui permet de reconnaître des maladies hors-liste à condition que la victime prouve le lien entre la pathologie dont elle est atteinte et l'exercice de sa profession.

Il est indiscutable que l'inscription d'une pathologie sur une liste nationale de MP facilite amplement sa reconnaissance. Pour apprécier les possibilités de reconnaissance des TMS dans les différents pays, il s'avère nécessaire de comparer le contenu des différentes listes.

Cet exercice est complexe en raison de l'extrême hétérogénéité des listes nationales (du moins sur la forme). Elles sont en effet rédigées de manière très différente selon les pays : certaines se caractérisent par un degré de précision élevé quant à la pathologie ciblée et à l'exposition concernée (**Espagne, France, Italie**), se traduisant ainsi par un grand nombre de rubriques. D'autres au contraire se présentent de manière concise (**Allemagne, Autriche, Finlande**), voire très concise (**Suisse**), avec de ce fait peu de rubriques aux termes très génériques.

Quel que soit leur nombre, ces rubriques sont classées différemment selon le pays. Si la plupart des listes distinguent les maladies causées par des agents chimiques, physiques et biologiques, certaines sont articulées en fonction de l'emplacement corporel de l'atteinte (**Danemark**), de l'agent causal (**Espagne, Italie**) ou encore de l'ordre chronologique de l'inscription des pathologies sur la liste (**France**).

Le fait que le terme TMS recouvre une multitude d'atteintes, se manifestant par différents types de syndromes (paralysies nerveuses, troubles circulatoires, bursites, arthroses, etc.), situées à des endroits différents du corps (main, épaule, coude, genou, dos...), issues d'expositions variées (pression ou percussion sur une partie du corps, répétition d'un geste, vibrations, port de charges...) ne fait qu'accentuer la difficulté de l'exercice de comparaison.

4 La Suède ne possède qu'un système de la preuve (pas de liste de maladies professionnelles en dehors des maladies infectieuses) ; l'Espagne n'a pas de système complémentaire en tant que tel (une maladie hors liste peut être reconnue juridiquement en tant que catégorie spéciale d'accident du travail et enregistrée comme "pathologie non traumatique").

Dans cette étude, il a été choisi de comparer les TMS inscrits dans les listes nationales en distinguant les atteintes ostéo-articulaires, les atteintes neurologiques et les atteintes vasculaires/troubles angioneurotiques.

Les tableaux en annexe présentent, sur la base de cette classification, le contenu des listes en matière de TMS, c'est-à-dire les intitulés originaux, ainsi que les conditions de reconnaissance lorsqu'elles sont formalisées et publiques.

Dans certains pays (**France, Espagne, Italie**), ces critères de reconnaissance sont inscrits dans la liste de MP de manière relativement exhaustive. Dans d'autres pays (**Belgique, Allemagne, Danemark**), on peut les trouver (pour certaines pathologies) dans des documents annexes accessibles au public ; il s'agit dans ce cas de recommandations suivies par les médecins chargés de la procédure de reconnaissance (pas de valeur légale).

Les atteintes ostéo-articulaires

On peut distinguer, au sein des atteintes ostéo-articulaires d'origine professionnelle, trois familles de pathologies : les tendinopathies, les ménisopathies, les bursites et hygromas.

Tendinopathies

Ce terme recouvre les maladies affectant les tendons, les gaines synoviales, les tissus péri-tendineux, les insertions tendineuses et musculaires.

Les listes **danoise, espagnole, française** et **italienne** les répertorient précisément et par localisation. Les tendinopathies les plus fréquentes y sont citées (tendinite de la coiffe des rotateurs/épaule, épicondylite et épitrochléite/coude, tendinite et ténosynovite du poignet -dont le syndrome de De Quervain et le doigt à ressort), associées à des conditions de reconnaissance sur la nature des travaux pris en compte (ou plus exactement des postures/mouvements effectués à l'occasion ces travaux). La **France** répertorie également la tendinite du talon d'Achille, l'**Italie** la tendinite de la cuisse, le **Danemark** et la **France** les tendinites du genou.

Les listes **allemande, autrichienne** et **belge** désignent les tendinopathies sous un intitulé très générique, ce qui ne permet pas de savoir lesquelles sont en pratique "couvertes" par le système de liste. Ainsi, l'un des cas pratiques présentés dans la 3^e partie montre que la tendinite de la coiffe des rotateurs n'est pas reconnue en **Allemagne** et en **Autriche**.

Précisons qu'en **Allemagne**, la condition de l'abandon de l'activité professionnelle à risque⁵ est applicable aux tendinopathies. En **Belgique**, la ténosynovite ne bénéficie d'une reconnaissance qu'au titre du système complémentaire⁶. En **Finlande**, les tendinopathies ne sont pas inscrites sur la liste, mais elles sont reconnues en maladies professionnelles au titre de la loi⁷.

Si les tendinopathies professionnelles concernent essentiellement les membres supérieurs, les listes **danoise, française** et **italienne** prévoient aussi explicitement la reconnaissance de tendinites des membres inférieurs (genou, ainsi que tendinite achilléenne en **France**).

5 En Allemagne, la reconnaissance de certaines pathologies (essentiellement des TMS et des maladies de la peau) n'est possible qu'à condition que la gravité de l'état de santé du travailleur nécessite l'abandon de toute activité qui a été ou qui peut être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie. Si cette condition fait défaut, on parle alors de reconnaissance "informelle", qui ouvre droit à des prestations de type préventif et à des prestations financières à l'exception de la rente.

6 Concernant les ténosynovites, seuls les artistes du domaine du spectacle bénéficient du système de liste.

7 En Finlande, la reconnaissance du caractère professionnel d'une pathologie peut trouver son fondement juridique dans la loi (*Worker's Compensation Act 459/2015*), dans la liste indicative de maladies professionnelles (*Government Decree on List of Occupational Diseases 769/2015*), ou encore au titre d'une catégorie spéciale d'accidents du travail.

Statistiquement, les tendinopathies présentent des écarts importants en termes de reconnaissance entre les différents États européens (voir 3.3).

Méniscopathies

Les méniscopathies sont inscrites sur les listes de tous les pays étudiés, à l'exception de la liste **belge** (où elles peuvent être prises en considération dans le cadre d'une demande de reconnaissance d'une gonarthrose, au titre du système complémentaire), de la liste indicative **finlandaise** (où une reconnaissance en accident du travail est possible) et de la liste **suisse** (où les cas de déchirure du ménisque peuvent être assimilés par la loi à des accidents du travail). Les critères d'exposition inscrits dans les listes sont comparables.

Statistiquement, les méniscopathies représentent une pathologie mineure au sein des TMS.

Bursites et hygromas

Tous les pays ont inscrit les maladies des bourses séreuses sur leur liste de maladies professionnelles, à l'exception de la **Finlande** où seules les bursites du genou viennent d'être inscrites sur la liste, les bursites du coude pouvant être reconnues au titre du système complémentaire.

Les critères inscrits dans les listes sont, là aussi, comparables.

Statistiquement, les bursites présentent moins de contrastes entre pays que d'autres affections ostéo-articulaires.

Les atteintes neurologiques

On distingue ici les atteintes neurologiques au niveau des membres et celles au niveau de la colonne vertébrale.

Atteintes neurologiques des membres

La plus fréquente d'entre elles, le syndrome du canal carpien, est inscrite en tant que telle sur les listes **danoise**, **espagnole**, **française**, **italienne**, et vient d'être inscrite (2015) sur la liste **allemande**.

Ce syndrome est couvert par des intitulés plus génériques en **Belgique** ("atteinte de la fonction des nerfs due à la pression") et en **Suisse** ("paralysies nerveuses périphériques par pression").

En **Autriche**, il y a eu débat au sujet d'une possible reconnaissance du syndrome du canal carpien sous les libellés "lésions des nerfs par compression" ou "troubles circulatoires des mains dus aux vibrations". La conclusion ayant été négative, la reconnaissance de ce syndrome en maladie professionnelle est impossible dans ce pays.

Lorsqu'elles sont formalisées, les conditions relatives à l'exposition ne varient pas fondamentalement d'un pays à l'autre.

Le syndrome du canal carpien est emblématique des différences constatées en Europe dans les pratiques d'instruction des demandes de reconnaissance en MP (voir 1.2). Actuellement, on compte ainsi autour de 20 000 cas reconnus par an en **France**, entre 2 000 et 3 000 en **Espagne** et en **Italie**, une cinquantaine en **Allemagne** et une douzaine de cas en **Suisse**.

Quant aux autres atteintes neurologiques des membres figurant sur les listes (comme le syndrome de la loge de Guyon ou le syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne), elles ne sont précisément dénommées qu'en **Espagne** et en **France**. Les autres pays utilisent des intitulés plus génériques.

Dans la plupart des pays, il n'est pas possible de distinguer, au sein des statistiques de TMS, ces autres atteintes neurologiques des membres et donc d'en apprécier le poids relatif.

Atteintes neurologiques de la colonne vertébrale

Qu'elles soient causées par le port de charges lourdes ou par des vibrations transmises au corps entier, elles sont inscrites sur les listes **française, italienne, allemande, danoise** et **belge**⁸. En **Espagne**, elles sont techniquement reconnues et enregistrées comme "pathologies non traumatiques", mais juridiquement comme accident du travail (voir note n°4 de bas de page).

Les atteintes de la colonne vertébrale sont en revanche exclues d'une reconnaissance comme maladie professionnelle en **Autriche**, en **Finlande** et en **Suisse**.

Les listes incluant les atteintes neurologiques de la colonne vertébrale couvrent les atteintes du rachis lombaire (partie inférieure de la colonne vertébrale), mais aussi en **Allemagne**, celles du rachis cervical (cou).

Les critères légaux de reconnaissance peuvent varier d'un pays à l'autre : exigence ou pas d'une douleur en plus de l'atteinte des disques, durée d'exposition. Mais c'est davantage le type d'instruction mené dans chaque pays (voir 1.2) qui va déterminer le volume de lombalgies qui y est reconnu.

Statistiquement, les demandes de reconnaissance d'atteintes de la colonne vertébrale sont nombreuses dans tous les pays offrant une possibilité de reconnaissance. Elles sont en revanche reconnues dans des proportions très différentes en fonction du pays.

Les atteintes vasculaires et les troubles angioneurotiques (système main-bras)

Deux types de pathologies de la main sont envisagés ici :

- les atteintes vasculaires (syndrome du marteau hypothénar) causées par une percussion répétitive, qui ne sont inscrites que sur les listes **française, espagnole, belge** (depuis 2013) et **allemande** (depuis 2015) ;
- les troubles angioneurotiques de la main (syndrome de Raynaud) causés par les vibrations transmises par certaines machines ou outils ; les listes et les critères d'exposition (lorsque ceux-ci sont formalisés) paraissent homogènes dans tous les pays étudiés, avec la restriction liée à l'abandon de l'activité dangereuse pour une reconnaissance formelle en **Allemagne** (cf. note 5).

Statiquement, les atteintes vasculaires et les troubles angioneurotiques de la main ne représentent pas un phénomène important, même dans les pays où leur reconnaissance est facilitée par une présomption d'origine très forte liée à la liste (voir 1.2).

Les autres TMS inscrits sur les listes nationales de MP

Les autres TMS listés sont essentiellement des arthropathies touchant le système main-bras-épaule causées par des vibrations mécaniques ou des chocs provenant de machines ou outils vibrants ou percutants. Plusieurs pays possédant une liste de MP ont inscrit ce type de pathologie, soit sous l'intitulé générique "affections ostéo-articulaires provoquées par des vibrations mécaniques", soit en désignant des arthropathies localisées : coude et poignet/main au **Danemark** et en **France**, pouce-coude-épaule en **Italie**.

L'arthrose du genou (causée par un travail en position agenouillé ou accroupi) n'est inscrite que sur les listes **allemande** et **danoise**, et celle de la hanche uniquement sur la liste **danoise**.

8 En Belgique, si les conditions médicales de reconnaissance d'une sciatgie ne sont pas remplies, la pathologie est qualifiée de "maladie liée au travail", ce qui ouvre droit de la part de l'organisme assureur à des prestations autres que financières (voir "Programme de prévention des maux de dos" sur le site du Fonds des Maladies Professionnelles, www.fmp-fbz-fgov.be).

En synthèse, un contenu des listes assez homogène en matière de TMS

Au regard de cette comparaison, on constate que théoriquement la plupart des TMS sont couverts par tous les systèmes de liste, et les critères liés à l'exposition, lorsqu'ils sont formalisés, ne font pas l'objet de différences notoires entre les pays.

On note toutefois quelques exceptions à ce constat : une reconnaissance en MP des atteintes de la colonne vertébrale est impossible dans trois des huit pays possédant une liste. De même pour le syndrome du canal carpien en Autriche. Et quelques autres TMS, moins fréquents, ne font pas consensus : syndrome du marteau hypothénar, quelques tendinites des membres inférieurs, arthrose du genou, atteintes au rachis cervical.

L'évolution récente des listes

Cette relative homogénéité des listes en matière de TMS est le résultat de leur évolution dynamique dans plusieurs pays durant ces dernières années.

Au cours de la dernière décennie, deux pays ont adopté une nouvelle liste de maladies professionnelles : l'**Espagne** en 2007 et l'**Italie** en 2008.

Concernant les TMS, la liste **espagnole** est ainsi passée de 6 rubriques relativement génériques (groupe de pathologies et listes indicatives ou limitatives de travaux/métiers) à une version contenant des mentions plus précises sur les syndromes et des énumérations plus explicites d'expositions/travaux. Il ne semble pas que cette nouvelle liste ait fermé ou ouvert des possibilités de reconnaissance de nouveaux TMS.

L'**Italie** connaissait, depuis la création d'un système complémentaire de reconnaissance des MP en 1988, une croissance exponentielle du nombre de TMS reconnus ; avant 2008, 80% des demandes de reconnaissance portaient ainsi sur des TMS. D'où la nécessité d'adopter une nouvelle liste de MP en 2008 qui a intégré ces pathologies.

D'autres pays ont procédé à l'inscription de nouveaux TMS sur leur liste de maladies professionnelles.

Le **Danemark** a régulièrement inscrit plusieurs TMS accompagnés de conditions de reconnaissance précises : arthrose des deux hanches (en 2006), syndrome du défilé cervico-brachial (en 2007) et tendinopathie du tendon rotulien (*Jumper's knee* en 2008).

En **Allemagne**, la liste de maladies professionnelles a été complétée de la gonarthrose en 2009, ainsi que du syndrome du canal carpien et des syndromes du marteau hypothénar et du marteau thénarien en 2015.

En **Belgique** également, le syndrome du marteau hypothénar a fait l'objet d'une inscription sur la liste en 2013. L'année précédente, ce pays avait intégré les tendinopathies des membres supérieurs, jusqu'alors susceptibles de reconnaissance uniquement pour les artistes du spectacle.

La **Finlande** a inscrit début 2016 les bursites du genou sur sa liste de maladies professionnelles.

Certains pays ont modifié le libellé de pathologies inscrites sur les listes, le plus souvent dans le sens d'un élargissement de la reconnaissance. C'est le cas de la **Belgique** et de l'**Autriche** : la "paralysie des nerfs par compression" a été remplacée par "atteinte de la fonction des nerfs due à la pression" pour la **Belgique** en 2002 et par "lésion des nerfs par compression" pour l'**Autriche** en 2013. Ceci a permis de reconnaître non seulement les cas "moteurs" (atteinte de la transmission nerveuse motrice entraînant des phénomènes de paralysie), mais aussi les cas plus précoces pour lesquels seuls des troubles de la conduction sensorielle sont constatés, avant qu'une paralysie ne survienne.

Toujours dans la liste **autrichienne**, la rubrique dédiée aux bursites du genou et de l'épaule causées par une pression constante ou des vibrations a été étendue aux tendinopathies, et la limitation au genou et à l'épaule a été supprimée en 2013. Enfin, la rubrique dédiée aux maladies

causées par des vibrations issues d'outils à air comprimé ou de machines à marteler a été étendue aux atteintes vasculaires, de sorte qu'elle ne se limite plus aux pathologies du squelette.

En 2012, le **Danemark** a, pour sa part, élargi la rubrique dédiée aux pathologies de la coiffe des rotateurs au syndrome d'accrochage de l'épaule (*impingement syndrome* ou conflit sous-acromial) ; depuis lors, l'inflammation des tendons de l'épaule est prise en compte, et non plus seulement leur dégénérescence.

Enfin, la **France** (voir ci-dessous) a révisé les conditions de reconnaissance inscrites sur la liste de certains TMS : les maladies de l'épaule (2011) et du coude (2012) ont fait l'objet de modifications quant à l'intitulé des pathologies et aux listes limitatives de travaux (introduction de paramètres chiffrés pour caractériser les travaux exposant au risque). Les TMS du système poignet-main-doigt sont en cours de révision.

Changements introduits dans les tableaux français

Changements du tableau n° 57-A (épaule) :

- Modification concernant la définition des pathologies réparées et les moyens de diagnostic. La précédente définition était peu précise, évoquant des "épaules douloureuses". Désormais, on parle de tendinopathie aiguë ou chronique non rompue non calcifiante, de rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs.
- Introduction d'une durée d'exposition minimale de 6 mois pour les tendinopathies chroniques et de 1 an pour les ruptures de la coiffe des rotateurs.
- Introduction, pour la première fois en matière de TMS, de durées quotidiennes d'exposition : le décret impose de justifier d'un travail en abduction avec un angle supérieur à 60° pendant au moins 6 mois, plus de 2 heures par jour.
- Durcissement des critères liés à la nature de l'exposition : suppression de la notion précédente de "mouvements forcés des épaules" ; seuls les mouvements en abduction (c'est-à-dire que le bras se décolle du corps sur le côté) sont désormais pris en charge et seulement si l'angle de travail dépasse 60° (la version précédente acceptait les mouvements d'épaule en rotation, antépulsion ou rétropulsion).

Changements du tableau n° 57-B (coude) :

- La désignation des pathologies a été précisée au regard de l'évolution des classifications médicales : sont répertoriées la tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens (anciennement appelée épicondylite) et la tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens (anciennement appelée épitrochléite).
- La liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies a été maintenue en l'état. Les travaux comportant habituellement des mouvements répétitifs et/ou des postures maintenues en flexion forcée sont toutefois ajoutés à la liste pour le syndrome canalaire du nerf ulnaire.

Le rôle mineur du système complémentaire de reconnaissance

A l'exception de l'**Espagne**, les pays qui possèdent une liste de maladies professionnelles disposent aussi d'un système dit "complémentaire" ou "ouvert" de reconnaissance pour les pathologies hors liste.

Ouverts à toutes les maladies non inscrites sur la liste ou réservés à certaines pathologies prédéfinies, ces systèmes ont un point commun : la preuve d'un lien direct et essentiel entre la pathologie et le travail doit nécessairement être apportée par la victime.

En **France** et en **Italie**, le système complémentaire est destiné aussi bien aux pathologies listées dont les critères (eux aussi listés) ne sont pas remplis, qu'aux pathologies hors liste. De nombreuses demandes sont admises dans ce 1^{er} cas de figure.

Précisons que dans le système hors liste français, il existe une condition préalable : il faut que la victime soit atteinte d'une incapacité permanente (prévisible) d'au moins 25% ou soit décédée.

Au **Danemark** sont admises à un examen au titre du système complémentaire les pathologies listées mais liées à une exposition non présente sur la liste⁹, ainsi que les pathologies hors liste. Pour être reconnue, la pathologie doit avoir été causée uniquement ou essentiellement par le travail.

En **Belgique**, les TMS reconnus au titre du système ouvert sont essentiellement des gonarthroses¹⁰ et des rhizarthroses (arthrose de la base du pouce). La reconnaissance d'autres TMS est rarissime, alors que dans ce pays les tendinopathies des membres inférieurs (pour les travailleurs non artistes du spectacle) et les ténosynovites ne sont susceptibles de reconnaissance qu'au titre de ce système ouvert.

En **Suisse**, l'origine professionnelle doit être exclusive ou nettement prépondérante (75% de toutes les causes), c'est-à-dire que des études scientifiques doivent montrer que pour la pathologie en question, il existe 4 fois plus de cas dans l'activité professionnelle concernée que dans n'importe quelle autre activité professionnelle. Cette condition n'étant que très rarement remplie, les cas de TMS reconnus au titre du système complémentaire sont très rares.

En **Finlande**, quand une pathologie ne figure pas sur la liste, elle peut toutefois être reconnue à condition qu'elle ait été causée essentiellement par le travail. Les compagnies d'assurance privées, chargées de la reconnaissance et de l'indemnisation des maladies professionnelles, peuvent envoyer pour avis les dossiers à l'*Employment Accidents Compensation Board (TVK)*. 20% de l'ensemble des TMS reconnus le sont au titre du système complémentaire.

En **Allemagne**, aucun trouble musculosquelettique n'est actuellement susceptible de reconnaissance au titre du système complémentaire, le syndrome du canal carpien et les syndromes du marteau hypothénar/du marteau thénarrien ayant été récemment intégrés à la liste (début 2015).

Le système complémentaire a dans ce pays une fonction d'"antichambre" d'inscription sur la liste. Une Commission médicale ad hoc, qui se réunit quatre fois par an, publie périodiquement des avis scientifiques sur telle ou telle pathologie et recommande que celle-ci soit reconnue au titre du système complémentaire en précisant à quelles conditions.

Généralement, les pathologies en question sont inscrites sur la liste de MP quelques années après, une mise à jour ayant lieu environ tous les 5 ans. Ainsi, la gonarthrose a fait l'objet d'un avis scientifique de cette Commission en 2005 et a été intégrée à la liste allemande en 2009.

L'**Autriche** aussi dispose d'un système complémentaire : l'organisme assureur AUVA peut qualifier de maladie professionnelle une pathologie hors liste s'il est très probable que cette maladie résulte exclusivement ou de manière prédominante de l'utilisation sur le lieu de travail de matériels défectueux (ou de rayons). Cette reconnaissance exceptionnelle doit être approuvée par les autorités ministérielles.

Si les listes de MP sont aujourd'hui grossièrement comparables en termes de TMS et les systèmes complémentaires peu opérants, les statistiques de cas de TMS reconnus (voir partie 3) présentent des écarts importants entre pays européens. Ce ne sont en effet pas tant les TMS susceptibles d'être pris en charge qui expliquent ces différences, mais la manière dont les cas sont instruits par les organismes d'assurance.

9 A titre d'exemples, sont admis au titre du système complémentaire le syndrome du canal carpien et des TMS du système main-bras-épaule causés par le travail sur ordinateur, dans des circonstances exceptionnelles (respectivement depuis 2005 et 2006).

10 En savoir plus sur les conditions de reconnaissance de la gonarthrose au titre du système ouvert en Belgique : <http://goo.gl/rrPFmS>

1.2 Modes d'instruction des demandes de reconnaissance

L'inscription d'une pathologie sur la liste nationale de MP n'est pas suffisante pour qu'elle soit reconnue, même si cette inscription en facilite la reconnaissance, dans ce sens où elle ouvre la possibilité d'une instruction par l'organisme assureur sans que la victime ne supporte la charge de la preuve.

Entrent également en jeu les critères de reconnaissance applicables à chaque pathologie, lesquels diffèrent en Europe, tant sur la forme que sur le fond.

Sur la forme, les conditions médicales et les conditions d'exposition sont plus ou moins formalisées selon le pays, dans la liste de MP, dans des documents annexes accessibles au public sur les sites Internet des assureurs, ou dans des ouvrages réservés aux experts.

Sur le fond, les listes de MP peuvent limiter la reconnaissance à des syndromes précis ou accueillir une famille de syndromes en des termes génériques. Mais ce sont aussi les conditions d'exposition qui peuvent varier entre pays : simple définition d'un type de mouvement ou de posture, quantification de l'intensité de l'exposition, liste indicative ou limitative de travaux...

Au-delà de leur contenu, c'est la façon dont ces critères de reconnaissance sont appliqués et l'importance accordée aux facteurs extra-professionnels qui différencient les pratiques nationales d'instruction.

On peut ainsi classer les pays étudiés en trois groupes. Cette classification est toutefois très schématique. Il faut envisager les pratiques nationales d'instruction comme un dégradé de procédés, allant de l'enquête "à charge et à décharge" du dossier médical et des expositions subies par le travailleur à la simple vérification de critères plutôt génériques (souvent non quantifiés).

Allemagne, Autriche, Suisse, Finlande, Suède

Hormis la **Suède** qui ne possède pas de liste de MP, ces pays ont en commun une liste aux libellés relativement sommaires et ne contenant pas ou peu de critères précis quant aux pathologies et aux expositions (voir annexe).

Dans ces pays, il est procédé pour chaque cas à l'étude de tous les facteurs de risque pouvant être à l'origine de la maladie. C'est-à-dire non seulement ceux liés à l'activité professionnelle du travailleur, mais aussi les expositions rencontrées dans la sphère privée, notamment les activités de loisirs.

En matière de TMS, c'est-à-dire de pathologies causées par des mouvements répétitifs mettant à mal les articulations, les activités de bricolage et la pratique intensive d'un sport sont particulièrement visées. Il est également tenu compte des caractéristiques personnelles (genre, âge, poids...) et des pathologies préexistantes de la victime.

Pour une reconnaissance en maladie professionnelle, il faut ensuite un lien de causalité qualifié entre l'exposition professionnelle et la pathologie : la première doit être la cause essentielle de la seconde.

Ce concept de cause essentielle ou prépondérante est formulé différemment selon le pays.

En **Allemagne**, plusieurs causes peuvent coexister, mais il faut que l'exposition professionnelle ait joué un rôle essentiel dans l'apparition de la maladie, sans qu'il soit nécessaire qu'elle ait pu la causer à elle-seule.

En **Suisse**, les causes professionnelles doivent représenter 50% parmi toutes les causes. Cette exigence a été formulée par le Tribunal Fédéral de la manière suivante : l'affection doit être deux fois plus fréquente pour le type de travaux considéré que pour n'importe quel autre type de travaux.

En **Suède**, la loi exige qu'il existe de plus sérieux motifs en faveur d'une présomption du caractère professionnel de la maladie qu'en faveur du contraire.

En **Finlande**, le caractère professionnel d'une maladie peut être reconnu s'il est prouvé que le travailleur a été exposé à un agent causal inscrit sur la liste de MP et que cette exposition professionnelle est la cause essentielle de la pathologie. Au préalable, tout autre facteur qui aurait pu causer la maladie doit être écarté.

La personne ou l'équipe chargée de l'instruction et de la reconnaissance¹¹ a une marge d'appréciation importante. Elle dispose d'outils d'aide à la décision tels que la littérature scientifique, des guides d'aide à l'instruction ou des recommandations spécifiques. Ainsi en **Allemagne**, il existe des recommandations d'expertise (*Begutachtungsempfehlungen*) élaborées par l'assureur en collaboration avec des sociétés savantes ; en matière de TMS, il y a une recommandation pour les maladies de la colonne vertébrale et une autre pour la gonarthrose récemment inscrite sur la liste¹².

Belgique, Danemark

Dans ces deux pays, lorsque l'étude de la demande de reconnaissance révèle que les conditions liées à la pathologie et les critères d'exposition sont remplis, le cas est généralement reconnu. L'impact d'éventuels facteurs extra-professionnels n'est pris en compte que dans les cas où il est évident que l'exposition professionnelle n'a pas pu aboutir à elle seule à l'apparition de la pathologie. La recherche de ces facteurs n'est donc pas automatique (exception faite des pathologies hors liste).

Ces critères sont formalisés de manière relativement précise.

Au **Danemark**, ils sont regroupés dans un seul et même guide de 400 pages¹³, consacré aux maladies professionnelles les plus fréquentes et dont près de la moitié porte sur les TMS. Ce guide rappelle par pathologie les conditions inscrites dans la liste de MP, explicite les diagnostics et expositions susceptibles d'être pris en compte, fixe le cas échéant des critères quantitatifs (durée et intensité de l'exposition professionnelle) et donne des exemples concrets de cas reconnus et de cas rejetés.

En **Belgique**, les critères de reconnaissance sont des références internes au Fonds des maladies professionnelles (FMP). Pour certaines pathologies telles que les tendinopathies des membres supérieurs, les lombalgies et les gonarthroses, ces critères ont fait l'objet de publications disponibles sur le site Internet de l'assureur¹⁴.

-
- 11 Il s'agit en Allemagne d'un médecin indépendant agréé par l'assureur (BG) et choisi par l'assuré parmi 3 noms. Il arrive que la BG réexamine le cas et vérifie le lien de causalité.
En Suisse, l'instruction est confiée à une équipe : à un médecin du travail pour l'aspect médical et la décision finale, et à un agent administratif de la SUVA pour l'examen des conditions de travail, l'anamnèse professionnelle et les expositions extra-professionnelles.
En Autriche, l'instruction est confiée à un expert médical, qui dans certains cas appartient à l'organisme assureur *AUVA*, mais qui la plupart du temps est un médecin libéral.
En Suède, un gestionnaire de cas (*manager*) instruit la demande et peut consulter un conseiller médical en interne ; lorsque qu'il s'agit d'une maladie professionnelle ou que l'octroi d'une rente est en jeu, le gestionnaire soumet son évaluation et ses conclusions à un décideur (*decision maker*).
- 12 Recommandation pour les maladies de la colonne vertébrale (en allemand) :
<http://www.dguv.de/de/Versicherung/Berufskrankheiten/Berufskrankheiten-der-Wirbels%C3%A4ule/index.jsp>
Recommandation pour la gonarthrose (en allemand) :
<http://www.dguv.de/medien/inhalt/versicherung/bk/empfehlungen/Begutachtung-BK2112-Stand-20140613.pdf>
- 13 "Guide to Occupational Diseases - Reported on or after 1st January 2005" sur
<http://www.ask.dk/da/English/Publications/Guides.aspx>
- 14 En français et en néerlandais sur :
<http://www.fmp-fbz.fgov.be/web/content.php?lang=fr&target=doctors#/documentations-medical-catalog>

Espagne, France, Italie

Ces trois pays se caractérisent par une liste de MP généralement précise quant aux syndromes couverts et aux expositions (pour les TMS, il s'agit plus exactement de gestes ou postures), mais par l'absence d'autres critères plus exigeants contenus dans des documents annexes comme c'est le cas dans la plupart des autres pays.

En **Espagne, France et Italie**, il existe une présomption légale d'origine professionnelle pour les maladies associées aux expositions qui figurent sur la liste de MP. Ainsi, la reconnaissance est automatique si les conditions liées au syndrome d'une part, aux travaux d'autre part et le cas échéant la condition administrative (en **France** et en **Italie** : période maximum d'indemnité) sont remplies.

En **Espagne**, il existe des guides d'aide à la décision¹⁵ qui explicitent les conditions de la liste quant au diagnostic. La reconnaissance peut être rejetée si l'exposition professionnelle a été insuffisante pour provoquer la maladie. Les conditions relatives à l'exposition se limitent à celles inscrites dans la liste de MP.

En **Italie**, la reconnaissance est automatique si les conditions de la liste sont remplies : le diagnostic (presque toujours vérifié par l'assureur *INAIL*), la condition administrative et la condition liée à l'exposition (souvent appréciée grâce au document d'évaluation des risques de l'entreprise). En cas de pluralité de causes démontrées (c'est-à-dire d'expositions professionnelles et extra-professionnelles), c'est le principe d'équivalence des causes qui s'applique : si le risque professionnel est avéré, la maladie est reconnue comme professionnelle même en présence d'autres causes. Le seul moyen pour l'*INAIL* de remettre en cause ce principe est de démontrer que l'une ou plusieurs des causes extra-professionnelles peut/peuvent à elle(s) seule(s) provoquer l'apparition de la maladie et que l'exposition professionnelle a été insuffisante.

En **France**, le respect des conditions inscrites sur la liste suffit à ce que la demande aboutisse à une reconnaissance en maladie professionnelle. L'organisme d'assurance peut toutefois apporter la preuve contraire en établissant que la maladie est absolument indépendante de l'activité professionnelle (dès lors qu'il démontre la cause extra-professionnelle de la pathologie), mais cette démarche est très rarement engagée.

Les TMS sont révélateurs de la manière dont se sont construits les systèmes européens de reconnaissance et de prise en charge des maladies professionnelles.

De nombreux pays ont opté pour un système basé sur une appréciation concrète du lien de causalité entre pathologie et travail. Dans ce cas, la liste n'a qu'un rôle indicatif et ce sont les expertises scientifiques et l'appréciation du gestionnaire de cas qui sont décisives.

Quelques autres pays ont adopté une réglementation où la liste de maladies professionnelles exprime un consensus social autour des pathologies qui doivent être prises en charge par l'assureur. Celui-ci n'a que peu de marge de manœuvre pour juger de la réalité du lien entre pathologie et travail puisque la liste comporte en son sein les diagnostics et expositions présumés d'origine professionnelle.

Si ce choix entre l'un et l'autre modèle n'a que peu d'incidence en termes de volumes de reconnaissance pour des pathologies dont le lien avec une exposition professionnelle est souvent vérifié, il en a pour les maladies plurifactorielles telles que les TMS.

15 Guidelines for the clinical decision in occupational diseases du *National Occupational Safety and Hygiene Institute INSHT* (en espagnol) : Chronic tendon pathology of rotator cuff, Syndrome owing to compression of the cubital nerve in the elbow, Osteoarticular affection owing to vibrations transmitted to the hand and arm, Epicondylitis, Epitrochleitis, Guyon's canal syndrome, Carpal tunnel syndrome, Paralysis of the radial nerve owing to its compression, Chronic hygroma of the elbow, Tendinitis and tenosynovitis of the thumb

2. ÉTUDES DE CAS

Afin d'illustrer les réglementations et pratiques en matière de reconnaissance des TMS, mais aussi d'apprécier les prestations octroyées par l'assureur AT/MP, nous proposons ici quatre études de cas.

Ces cas sont représentatifs de troubles musculosquelettiques rencontrés fréquemment chez les travailleurs :

- le syndrome du canal carpien (cas n°1),
- la tendinopathie de la coiffe des rotateurs (cas n°2),
- la lombalgie (cas n°3),
- l'épicondylite (cas n°4).

Il a été demandé aux organismes assureurs¹⁶ de se prononcer sur les quatre questions suivantes :

1. Dans le cas proposé, la pathologie du salarié serait-elle reconnue comme maladie professionnelle dans votre pays ?

Il n'a pas été aisé pour les organismes d'assurance de se prononcer de manière ferme et définitive sur la décision de reconnaissance. En effet, l'instruction des demandes de reconnaissance repose sur des procédures hétérogènes (voir 1.2), selon qu'il existe ou pas une présomption d'origine professionnelle liée à la présence de la pathologie sur la liste de MP.

Les réponses aux cas se déclinent donc ainsi :

- OUI
- PROBABLEMENT (avec le cas échéant un rappel des conditions de reconnaissance qui sont certainement remplies dans le cas d'espèce)
- POSSIBLE (lorsque l'énoncé du cas n'est pas assez exhaustif pour que le pays se positionne)
- NON

Lorsque le cas est reconnu au titre du système complémentaire, cela est précisé.

2. Si le cas est susceptible de reconnaissance, quelle(s) prestation(s) serai(en)t octroyée(s) à la victime au titre de l'incapacité permanente ?

Seule l'incapacité permanente est prise en compte ici, les prestations en nature (soins) et les prestations pour incapacité temporaire étant relativement comparables entre pays et pouvant être servies par une entité différente de l'assureur AT-MP.

L'incapacité permanente est évaluée au moment de la consolidation, c'est-à-dire lorsque l'état de santé du travailleur n'est plus sujet à évolutions (après d'éventuels interventions chirurgicales, traitements médicaux et kinésithérapiques).

Certains pays ont indiqué le montant de la prestation octroyée en fonction d'un taux d'incapacité permanente estimé vraisemblable ; d'autres pays ont préféré indiquer une fourchette de montants, en raison du manque d'éléments suffisamment précis sur les séquelles dont souffre la victime. La Belgique a, dans deux cas, calculé la prestation en fonction d'un taux moyen d'incapacité permanente constaté pour la pathologie en question, et non en fonction du cas d'espèce.

16 En Suède, deux organismes sont sollicités : l'Agence d'assurance sociale (*Forsakringskassen*) mais aussi le régime complémentaire et obligatoire TFA (*Afaforsakring*). Ce dernier est chargé d'indemniser les préjudices physiologiques et de verser un complément d'indemnisation en cas de perte de gain.

Précisons que seul le cas de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs (cas n°2) présente une perte de gain, suite à un changement de poste de travail rendu nécessaire par les séquelles de la pathologie.

3. **Dans le cas n°3 ("lombalgie") : l'organisme assureur prendrait-il en charge financièrement l'aménagement du poste de travail nécessaire au reclassement du salarié atteint d'une MP ?**
4. **Dans le cas n°4 ("épicondylite") : l'organisme assureur prendrait-il en charge le coût de la formation nécessaire à la reconversion au sein de l'entreprise de la salariée atteinte d'une MP ?**

2.1 Cas pratiques

Cas pratique n° 1 : syndrome du canal carpien



© Philippe Castano pour l'INRS

Suzanne a 52 ans. Elle a toujours été agent d'entretien dans une petite société. Son salaire actuel s'élève à 24 000 € brut par an.

Depuis trois ans, elle se plaint auprès de son médecin traitant de tensions puis de douleurs dans le membre supérieur droit ; ces dernières, depuis plus d'un an, se focalisent dans le poignet et la main. Les paresthésies réveillent la patiente la nuit ; elle évoque une perte de force et une grande fatigue, qui l'amènent à consulter de plus en plus souvent avec une demande pressante de traitement.

Face à ce tableau clinique compatible avec un syndrome du canal carpien, son médecin évoque l'intérêt d'une consultation chirurgicale. Le chirurgien confirme le diagnostic et préconise l'intervention chirurgicale. C'est à ce moment que la procédure de demande de

reconnaissance en maladie professionnelle est lancée (par la personne compétente, selon le pays concerné).

La patiente est opérée, elle est arrêtée 4 semaines et reprend son travail. Elle conserve, malgré tout, une raideur du poignet et des douleurs résiduelles.

CAS PRATIQUE N°1 : SYNDROME DU CANAL CARPIEN		
PAYS	RECONNAISSANCE DU SYNDROME DE CANAL CARPIEN DANS LE CAS D'ESPÈCE	INDEMNISATION DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE (IP) EN CAS DE RECONNAISSANCE DU CAS EN MP
ALLEMAGNE	POSSIBLE selon les conditions d'exposition et le lien de causalité	Pas d'indemnisation financière car diminution de la capacité de travail très vraisemblablement < 20%
AUTRICHE	NON syndrome du canal carpien non susceptible de reconnaissance en MP	
BELGIQUE	OUI si l'agent d'entretien a été exposé à des mouvements répétitifs de préhension, à une pression sur le poignet ou à une position extrême du poignet	Rente annuelle d'environ 900€ pour un taux d'IP vraisemblable de 5%
DANEMARK	PROBABLEMENT si l'agent d'entretien a été exposé à des mouvements fatigants et répétés du poignet pendant plus de la moitié de son temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> Capital pour préjudice physiologique entre 5 560€ et 22 240€ pour un taux d'IP entre 5% et 20% Pas de prestation pour perte de capacité de gain (car pas de perte de revenu ≥ 15%)

.../...

.../...

PAYS	RECONNAISSANCE DU SYNDROME DE CANAL CARPIEN DANS LE CAS D'ESPÈCE	INDEMNISATION DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE (IP) EN CAS DE RECONNAISSANCE DU CAS EN MP
ESPAGNE	OUI ¹⁷	Capital de 48 000€* cas considéré comme une "IP partielle pour l'exercice de la profession habituelle" ¹⁸
FINLANDE	POSSIBLE selon les conditions d'exposition et le lien de causalité	<ul style="list-style-type: none"> Capital de 6 800€ maximum (prestation pour handicap de catégorie 1 ou 2) Pas de rente accident car pas de perte de salaire
FRANCE	OUI si l'agent d'entretien effectue des 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	Capital de 1 948€ pour un taux d'IP vraisemblable de 5%
ITALIE	OUI si l'agent d'entretien effectue des travaux menés de manière non occasionnelle comportant des mouvements répétés ou prolongés du pouce ou de préhension de la main, un maintien de postures inconfortables, une pression prolongée ou des impacts répétés sur la région du carpe	Pas de prestation car dommage biologique vraisemblablement < 6%
SUÈDE	<ul style="list-style-type: none"> Sécurité sociale : NON pas d'instruction de la demande car pas de perte de salaire Régime complémentaire TFA : POSSIBLE 	Si reconnaissance par TFA, prestation pour incapacité médicale permanente : capital d'environ 4 500€ (pour un taux de 5%)
SUISSE	PROBABLEMENT compte tenu d'un tel travail manuel depuis plusieurs décennies dans le nettoyage et d'un syndrome du canal carpien unilatéral sur le membre dominant, un lien de causalité professionnel peut être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante	<ul style="list-style-type: none"> Pas de capital pour atteinte à l'intégrité physique car séquelles < 5% Pas de rente d'invalidité car pas de perte de gain

* Sur le caractère hors norme de cette prestation, voir le commentaire page 30

17 Un arrêt du Tribunal suprême (5 novembre 2014) a unifié la jurisprudence en ce qu'il affirme que les travaux et professions inscrits dans la liste de MP ne sont qu'indicatifs. Le cas d'espèce concernait justement un agent d'entretien, atteint d'un syndrome du canal carpien bilatéral.

18 L'Espagne distingue trois sortes de cas d'incapacité permanente (IP):
 - l'IP partielle pour l'exercice de la profession habituelle (incapacité qui entraîne une diminution \geq à 33% de son rendement normal dans la profession habituelle) qui justifie le versement d'un capital équivalent à 2 ans de salaire.
 - l'IP totale pour l'exercice de la profession habituelle (incapacité du travailleur à réaliser toutes les tâches ou les tâches essentielles de la profession habituelle, sans l'empêcher toutefois de se consacrer à une autre profession) qui ouvre droit à une rente équivalent à 55% du salaire.
 - l'IP totale pour toutes les professions, avec dans ce cas le versement d'une rente égale à 100% du salaire.

Cas pratique n°2 : tendinopathie de la coiffe des rotateurs



© Marc Jossé pour l'INRS

Pedro, laveur de vitres professionnel de 35 ans, présente une tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale.

Il travaille depuis l'âge de 18 ans dans le nettoyage. Il a commencé au ménage et a été "promu" laveur de vitres il y a 12 ans. Son salaire (brut de cotisations sociales) s'élève à 26 400 € par an.

Son activité consiste à visiter régulièrement des entreprises

pour assurer le nettoyage intérieur et extérieur de toutes les surfaces vitrées. Il s'agit d'une activité qui conjugue des tâches répétitives avec les mains au-dessus des épaules, des manutentions manuelles lors du déplacement des échelles et lors du nettoyage des surfaces vitrées extérieures avec des perches. Concernant les facteurs de risques, Pedro est confronté aux postures et aux efforts contraignants liés aux manutentions et au travail répétitif associés à des contraintes articulaires. L'autonomie dont il jouit lui permet de gérer en partie ces contraintes, mais ne résout pas celles liées à la conception des bâtiments, au poids des équipements de travail ni les contraintes liées au travail en hauteur.

Sa pathologie a d'abord commencé par des syndromes inflammatoires où la douleur prédominait. Secondairement, sont apparues des déficiences articulaires et une diminution de la force musculaire.

Obligé de demander de plus en plus souvent de l'aide à ses collègues, il a décidé de consulter son médecin traitant et un rhumatologue qui ont posé le diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale avec une prédominance droite. La procédure de demande de reconnaissance est enclenchée.

Un arrêt de travail et un traitement médical et kinésithérapique lui ont permis de reprendre son activité mais n'ont apporté qu'un soulagement partiel. La décision d'intervention chirurgicale réparatrice s'est imposée un an après la première consultation et deux ans environ après l'apparition des douleurs.

A la suite de l'intervention chirurgicale sur l'épaule droite puis sur l'épaule gauche, et de la rééducation, il persiste des douleurs et une limitation des amplitudes articulaires empêchant le salarié de poursuivre l'ensemble de son activité. Il est apparu impossible pour l'entreprise de garder le salarié. Un licenciement pour inaptitude médicale a donc été prononcé.

Face aux difficultés à reprendre un emploi compatible avec son état de santé et après quelques mois de recherche d'emploi, il finit par accepter un travail d'agent de tri dans un centre de tri de déchets ménagers, avec une perte de salaire, puisqu'il gagnera désormais 21 600 € par an.

.../...

CAS PRATIQUE N°2 : TENDINOPATHIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

PAYS	RECONNAISSANCE DE LA TENDINOPATHIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS DANS LE CAS D'ESPÈCE	INDEMNISATION DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE (IP) EN CAS DE RECONNAISSANCE DU CAS EN MP
ALLEMAGNE	NON Pathologie non susceptible de reconnaissance en MP sous BK 2101*, d'autant plus que bilatérale	
AUTRICHE	NON Pathologie non susceptible de reconnaissance en MP sous BK 23*	
BELGIQUE	OUI le travailleur doit avoir ses bras au-dessus des épaules plus de 25% de son temps de travail, vraisemblable dans ce cas	Rente annuelle de 1 584€ pour un taux moyen d'IP fixé à 8% pour cette pathologie
DANEMARK	PROBABLEMENT si le travailleur a eu le bras levé à au moins 60° pendant plus de la moitié de son temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> Capital de 8 896€ pour préjudice physiologique (pour un taux d'IP de 8%) Prestation pour perte de capacité de gain : rente annuelle de 4 032€ convertie en capital = 65 757,89€
ESPAGNE	OUI	Rente annuelle de 14 712€ pour "incapacité permanente totale pour l'exercice de la profession habituelle" (voir note 18)
FINLANDE	NON conditions d'exposition non remplies	
FRANCE	OUI s'il ne s'agit pas d'une tendinopathie calcifiante et si les lésions tendineuses sont visibles à l'IRM → reconnaissance d'une MP pour chacune des épaules	Rente annuelle de 5 280€ (3 696€ pour l'épaule dominante + 1584€ pour l'épaule non dominante) pour un taux d'IP de 28% pour l'épaule dominante et de 12% pour l'épaule non dominante 8% de "coefficient professionnel"
ITALIE	OUI	Rente annuelle de 3 340€ (dont 1 440€ pour dommage biologique et 1 900€ pour préjudice professionnel) correspondant à un dommage biologique de 18%
SUÈDE	POSSIBLE dépendra des conditions d'exposition et du lien de causalité	<ul style="list-style-type: none"> Sécurité sociale : rente annuelle de 4 800€ pour perte de revenu (tant que celle-ci persiste et jusque 65 ans) TFA : <ul style="list-style-type: none"> rien car perte de salaire entièrement indemnisée par la Sécurité sociale montant du capital versé pour incapacité médicale permanente non renseigné
SUISSE	NON (examen au titre du système complémentaire) car aucune étude scientifique ne démontre que cette maladie est quatre fois plus fréquente dans la profession considérée que dans le reste de la population active	

* BK 2101 et BK 23 correspondent respectivement aux intitulés allemand et autrichien qui couvrent les tendinopathies dans les listes de MP (*Berufskrankheiten-BK*).

Cas pratique n°3 : lombalgie



© Jean-Pierre Zana pour l'INRS

A 53 ans, Werner est salarié dans l'industrie de la chimie. Il est chargé du reconditionnement à la pelle de certains produits (regroupement de 500 kg de vrac dans un seul contenant), de l'approvisionnement d'un filtre par la manutention quotidienne de 10 sacs de 25 kg et de diverses tâches de nettoyage et de contrôle.

Il se plaint de lombalgies depuis son premier emploi dans la logistique qu'il a dû quitter pour son emploi actuel. Il y a deux ans, il avait eu un arrêt de travail de 10 semaines pour une sciatique par hernie discale L5-S1. Depuis, le reconditionnement à la pelle de grands contenants est difficile à réaliser en plus des manutentions et du reste des tâches qui lui sont attribuées.

Il souffre aujourd'hui de manière chronique de lombalgies qu'il attribue aux manutentions manuelles contraignantes (distance de port de charges d'environ 10 mètres, prise haute et surtout basse des sacs sur des palettes). Par ailleurs, il souffre à l'occasion de nombreuses tâches de sa vie quotidienne, quand il marche, lace ses chaussures, porte des charges... La procédure de demande de reconnaissance en maladie professionnelle est enclenchée.

Un reclassement sur un autre poste est proposé par l'employeur en accord avec le service de santé au travail. Il effectuera le broyage des matériaux non conformes sur un poste aménagé avec des tables élévatrices pour éviter toute manutention manuelle de charge.

Il ne subira pas de perte de salaire (27 600 € annuels).

.../...

CAS PRATIQUE N°3 : LOMBALGIE			
PAYS	RECONNAISSANCE DE LA LOMBALGIE DANS LE CAS D'ESPÈCE	INDEMNISATION DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE (IP) EN CAS DE RECONNAISSANCE DU CAS EN MP	FINANCEMENT DE L'AMÉNAGEMENT DU POSTE DE TRAVAIL PAR L'ASSUREUR MP
ALLEMAGNE	POSSIBLE selon les conditions précises d'exposition tout au long de la vie professionnelle et le lien de causalité	Rente annuelle de 3 672€ si la perte de capacité de travail atteint 20%	Possible
AUTRICHE	NON pathologie non susceptible de reconnaissance en MP		Possible
BELGIQUE	OUI	Rente annuelle de 2 760€ pour un taux d'IP de 10%	Oui si maladie considérée comme liée au travail (pas une MP)
DANEMARK	NON car conditions relatives à la charge non remplies		Non
ESPAGNE	NON pathologie non susceptible de reconnaissance en MP		Non
FINLANDE	NON pathologie non susceptible de reconnaissance en MP		Possible
FRANCE	OUI	Rente annuelle de 1 656€ pour un taux d'IP de 12% pas de coefficient professionnel car pas de perte de salaire	Non
ITALIE	OUI	Capital de 3 746€ à 11 239€ pour un dommage biologique de 6% à 12%	Non
SUÈDE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurité sociale : NON pas d'instruction de la demande car pas de perte de salaire ▪ Régime complémentaire TFA : NON 		Non
SUISSE	NON (au titre du système complémentaire) car aucune étude scientifique ne démontre que les hernies discales lombo-sacrées sont quatre fois plus fréquentes dans ce type d'activité professionnelle et avec ce type de charge que dans le reste de la population active		Non

Cas pratique n°4 : épicondylite



© Patrick Delapierre pour l'INRS

Helle est une salariée de 48 ans qui travaille dans un atelier de découpe de volaille. Compte tenu de son expérience, elle est chargée en fin de ligne de lever les filets non retirés et de retirer les dernières parties comestibles sur la carcasse.

Elle a toujours travaillé dans l'industrie agro-alimentaire et depuis 15 ans dans la découpe de volaille. Bien que la qualité des couteaux se soit améliorée, la fréquence des gestes génère des contraintes sur le membre supérieur qui se traduisent chez elle par des tensions musculaires et des douleurs, au niveau

de l'épicondyle du coude droit. Dans son histoire personnelle, elle évoque avoir joué au tennis à un niveau régional avec, avant 30 ans, une participation active à deux entraînements par semaine, et des tournois réguliers entre les mois de mai et de septembre. Elle a arrêté toute activité sportive avec l'arrivée de ses deux enfants et reconnaît avoir eu des premières douleurs avec le tennis.

Tout au long de sa carrière, plusieurs épisodes inflammatoires l'ont obligée à s'arrêter sur des périodes de 8/15 jours. Mais les anti-inflammatoires, les séances de kinésithérapie et les contentions élastiques sont de moins en moins efficaces et maintenant, la douleur persiste entre les épisodes inflammatoires ; elle souffre d'épicondylite chronique. C'est à ce moment que la procédure de demande de reconnaissance en maladie professionnelle est enclenchée.

Le service de santé au travail propose une reconversion (avec une formation) dans un poste d'encadrement ou de formatrice qui pourrait permettre à Helle de partager son expérience tout en supprimant les postures à l'origine de l'épicondylite. Cette proposition est acceptée par la salariée et par l'entreprise (à salaire constant : 27 600 € annuels).

.../...

CAS PRATIQUE N°4 : ÉPICONDYLITE			
PAYS	RECONNAISSANCE DE L'ÉPICONDYLITE DANS LE CAS D'ESPÈCE	INDEMNISATION DE L'INCAPACITÉ PERMANENTE (IP) EN CAS DE RECONNAISSANCE DU CAS EN MP	FINANCEMENT DU COÛT DE LA RECONVERSION PAR L'ASSUREUR MP
ALLEMAGNE	OUI La condition de l'abandon de l'activité exposant au risque est remplie	Pas d'indemnisation financière car diminution de la capacité de travail très vraisemblablement < 20%	Oui
AUTRICHE	OUI	Pas d'indemnisation financière car diminution de la capacité de travail très vraisemblablement < 20%	Oui
BELGIQUE	PROBABLEMENT	Rente annuelle de 1 035 € pour un taux moyen d'IP fixé à 5% pour cette pathologie	Oui en cas d'écartement définitif du milieu nocif
DANEMARK	OUI sauf si le dossier médical montre que la victime était déjà atteinte d'une épicondylite avant de commencer ce travail	<ul style="list-style-type: none"> Capital de 8 896€ pour un taux de préjudice physiologique de 8% Pas de prestation pour perte de capacité de gain (car pas de perte de revenu ≥ 15%) 	Non
ESPAGNE	OUI	Pas de prestation car réinsertion sans perte de salaire	Non
FINLANDE	NON critères d'exposition non remplis		Oui si cas reconnu
FRANCE	OUI	Capital de 4 101 € maximum pour un taux d'IP de 9% (envisageable en l'absence de limitation des mouvements de flexion-extension et si la victime est droitier)	Non sauf si la formation a lieu pendant l'arrêt de travail
ITALIE	OUI sauf si la pathologie était déjà chronique à l'époque où la victime pratiquait le sport	Capital de 4 412€ maximum pour un dommage biologique de 6%	Non
SUÈDE	<ul style="list-style-type: none"> Sécurité sociale : NON pas d'instruction de la demande car pas de perte de salaire Régime complémentaire TFA : NON 		Non
SUISSE	PROBABLEMENT ¹⁹ (au titre du système complémentaire)	<ul style="list-style-type: none"> Pas de capital pour atteinte à l'intégrité physique car séquelles < 5% Pas de rente d'invalidité car pas de perte de gain 	Non

19 Plusieurs études épidémiologiques démontrent des rapports de cotes entre 3.5 et 4.0 pour l'épicondylite latérale chez les travailleurs en "cols bleus" en général, et des valeurs encore supérieures pour les travailleurs dans l'industrie de transformation de la viande. Dans ce cas, une vérification détaillée du poste de travail et le recueil minutieux de l'anamnèse professionnelle pour estimer les charges et sollicitations réelles seraient indispensables avant de se prononcer.

2.2 Enseignements des études de cas

Reconnaissance du caractère professionnel des pathologies présentées dans les études de cas

Admissibilité des demandes de reconnaissance

La **Suède** se distingue des autres pays en ce que le constat d'une perte de capacité de gain est une condition d'admissibilité de la demande de reconnaissance par l'organisme de sécurité sociale ; en conséquence, ce pays n'a pas pu instruire trois des quatre cas proposés, dans lesquels le travailleur atteint d'un TMS conservait - malgré son incapacité permanente - soit son emploi (cas n°1), soit son salaire dans le cadre d'un changement de poste de travail (cas n°3 et n°4).

Notons qu'en principe, le régime complémentaire **suédois** TFA n'examine que les cas ayant reçu une décision positive du régime de base. Toutefois, si le syndrome en question est inscrit sur la liste de maladies professionnelles de l'Organisation Internationale du Travail²⁰, TFA peut octroyer des prestations à des cas non pris en charge par la Sécurité sociale, comme c'est le cas pour le canal carpien (cas n°1).

Degré de certitude des réponses concernant la décision de reconnaissance

Comme cela était prévisible, plusieurs pays (**Allemagne, Danemark, Suisse**) n'ont pas été en mesure de donner une réponse clairement affirmative ou négative quant à la reconnaissance des cas proposés, en raison du manque d'informations détaillées fournies sur l'exposition. En effet, comme cela a déjà été expliqué (voir 1.2), certains pays, lors de la phase d'instruction du cas, étudient les expositions auxquelles le travailleur a été soumis de manière très précise : les gestes et postures au travail, la durée et la fréquence de l'exposition professionnelle, l'existence de facteurs extra-professionnels... Or l'énoncé des 4 cas ne permet pas toujours à ces pays d'établir une anamnèse professionnelle suffisamment précise pour se prononcer avec certitude.

Ce sont par conséquent les pays dans lesquels il existe une présomption d'origine professionnelle liée aux pathologies inscrites sur la liste (**Belgique, Espagne, France, Italie**) qui ont pu davantage donner des réponses définitives. Il apparaît aussi que ces mêmes pays ont le plus largement reconnu les cas proposés.

On note que le cas du syndrome du canal carpien a appelé des réponses moins fermes et définitives que les autres cas : l'**Allemagne** et la **Finlande** ont été dans l'impossibilité de prendre une décision faute d'informations suffisamment détaillées sur les conditions d'exposition précises des travailleurs ; le **Danemark** et la **Suisse** n'ont donné qu'une réponse positive probable.

Si l'existence d'un lien entre le syndrome du canal carpien et le travail est admise par la quasi-totalité des pays (couvert par toutes les listes de MP sauf en **Autriche**), ce lien semble plus ténu et discutable que pour d'autres TMS, ce qui impose à la plupart des pays une étude plus approfondie du lien de causalité pour chaque cas d'espèce.

Homogénéité des réponses sur le fond

Si les cas n°1 (syndrome du canal carpien) et n°4 (épicondylite) sont "probablement" ou "certainement" reconnus comme maladies professionnelles dans la majorité des pays qui ont pu donner une réponse ferme, les cas n°2 (tendinopathie de la coiffe des rotateurs) et n°3 (lombalgie) divisent les pays.

20 Convention 121 de l'OIT de 1980 : http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C121

C'est le plus souvent parce que ces deux dernières pathologies ne sont ni inscrites sur les liste de MP ni reconnues au titre d'un système complémentaire que les pays n'ont pas reconnu le cas d'espèce ; plus rarement parce que les conditions d'exposition ne sont pas remplies (lombalgie/**Danemark**).

Spécificité nationale

Il convient de souligner une particularité **allemande** quant à la reconnaissance de quelques pathologies, et en particulier de certains TMS. La liste de maladies professionnelles indique que pour certaines d'entre elles (voir annexe), une reconnaissance formelle, c'est-à-dire qui ouvre droit à une indemnisation, est conditionnée à l'abandon par le travailleur de l'activité exposant au risque. Si la pathologie n'a pas atteint ce degré de gravité et que le travailleur peut continuer à exercer la même activité professionnelle, la reconnaissance sera informelle et ouvrira droit à des prestations de type préventif (comme l'aménagement du poste de travail) et à des prestations financières à l'exception de la rente. C'est ainsi que dans le cas n°4 (épicondylite), la pathologie a pu être formellement reconnue puisque la salariée s'est reconvertie dans un autre poste.

Caractère multifactoriel des TMS

L'existence de facteurs extra-professionnels semble ne pas avoir eu d'impact sur les décisions de reconnaissance. Dans les cas n°3 (lombalgie) et n°4 (épicondylite), les victimes avaient souffert dans le passé de maux en lien avec la pathologie dont ils demandent la reconnaissance du caractère professionnel.

Pourtant, cela n'a dans aucun cas fait obstacle à une reconnaissance.

En **Belgique** et en **France** cet état préexistant n'a pas été pris en compte.

En **Italie** et au **Danemark**, les deux énoncés n'évoquant que des douleurs, ni les lombalgies dans l'emploi précédant de Werner (cas n°3), ni la pratique du tennis par Helle dans sa jeunesse (cas n°4) ne sont retenues lors de l'instruction. Si un diagnostic précis avait été posé dans le passé et qu'il avait correspondu à la pathologie pour laquelle une demande de reconnaissance a été déposée, cela aurait en revanche pu entrer en ligne de compte. Ainsi, en **Italie**, si la hernie discale avait été diagnostiquée chez Werner à l'occasion de son précédent emploi, l'instruction aurait été problématique car elle aurait dû porter sur les conditions d'exposition à l'occasion de ce précédent emploi, et le cas aurait peut-être été irrecevable (action prescrite). Et s'il était démontré que la pathologie diagnostiquée avait été causée par des facteurs extra-professionnels, le cas n'aurait pas été reconnu.

Enfin, il n'est pas possible de savoir dans quelle mesure ces douleurs préexistantes peuvent impacter la décision **allemande** pour le cas n°3 (lombalgie), puisque ce pays ne dispose pas d'éléments assez exhaustifs pour l'instruire. Toujours en **Allemagne**, la pratique d'un sport de manière intensive n'a pas empêché la reconnaissance du cas n°4 (épicondylite).

Indemnisation au titre de l'incapacité permanente

Des régimes d'indemnisation divers

Force est de constater que les prestations octroyées sont de nature et de niveaux différents selon le pays.

Dans les 4 cas proposés, et en présence de reconnaissance, les assureurs ont d'abord évalué le préjudice permanent subi par le travailleur. Ce préjudice est évalué essentiellement d'après un barème national et exprimé sous forme d'un pourcentage, sauf en **Finlande** où il correspond à une catégorie de handicap.

On constate que les taux d'incapacité permanente attribués sont sensiblement comparables.

Ainsi, pour les séquelles du cas n°1 (syndrome du canal carpien), 5% ont été attribués par la **Belgique** et la **France**, moins de 6% par l'**Italie** et entre 5% et 20% au **Danemark** (mais dans notre cas d'espèce, le taux se rapprocherait davantage du bas de la fourchette). La **Suisse** et l'**Allemagne** n'ont pas procédé à une évaluation précise dans la mesure où les séquelles du cas d'espèce sont trop faibles pour atteindre le taux ouvrant droit à une prestation pour incapacité permanente (respectivement 5% et 20%).

Dans le cas n°2 (tendinopathie de la coiffe des rotateurs), le taux fixé varie entre 8% au **Danemark** et 28% en **France** pour l'épaule dominante.

Dans les quelques pays qui ont reconnu le cas n°3 (lombalgie), le taux se situe autour de 10%, et dans le cas n°4 (épicondylite) il s'échelonne entre 5% en **Belgique** et 9% en **France**. La **Suisse** et l'**Allemagne** ont jugé que les séquelles dans le cas n°4 étaient trop faibles pour être indemnisées, comme pour le cas n°1.

Ces taux d'incapacité permanente n'expriment toutefois pas exactement le même type de préjudice dans tous les pays : le taux correspond au préjudice global causé par l'incapacité permanente en **Belgique**, **Espagne**, **France** et dans les **pays germaniques**²¹, tandis qu'il reflète uniquement le préjudice physiologique au **Danemark**, en **Finlande**, **Italie** et **Suisse**²². Dans ces pays, une seconde prestation vient le cas échéant réparer le préjudice professionnel (seul le cas n°3 a donné lieu dans certains de ces pays au versement de cette prestation pour préjudice professionnel). A ce taux s'appliquent ensuite plusieurs paramètres pour le calcul de la prestation ; c'est à ce stade que la différence entre les montants des prestations nationales peut apparaître.

La victime dans le cas n°1 percevra ainsi une rente annuelle de 900€ en **Belgique**, un capital de l'ordre de 2 000€ en **France**, d'au moins 6 000€ au **Danemark** et en **Finlande**, mais aucune prestation en **Allemagne** et en **Suisse**, les séquelles y étant jugées trop faibles.

Dans le cas n°2, on ne constate pas d'écart notable entre les prestations : la victime se voit octroyer une rente annuelle qui se situe entre 3 300€ et 5 000€ selon le pays, à laquelle s'ajoute au **Danemark** un capital d'environ 8 000€ pour le préjudice physiologique. Faute de reconnaissance du caractère professionnel de sa pathologie, la victime ne percevra rien en **Allemagne**, **Autriche**, **Finlande** et **Suisse**.

Le cas n°3 donne lieu au versement d'une rente annuelle de 1 600€ à 3 600€ dans les rares pays qui ont reconnu la lombalgie comme maladie professionnelle, sauf en **Italie** où c'est un capital qui est octroyé.

Enfin, dans le cas n°4 (épicondylite), la victime percevra un capital d'environ 4 000€ en **Italie** et en **France**, d'environ 9 000€ au **Danemark**, une rente en **Belgique**, et comme dans le cas n°1, pas de prestation en **Allemagne** et en **Suisse** malgré une reconnaissance.

21 En Allemagne et en Autriche, le taux représente plus exactement les conséquences du préjudice sur la capacité de travail/gain de la victime.

22 "Réparation du préjudice permanent subi par les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles en Europe" - Analyse comparée dans dix pays européens des études de cas présentées lors de la Conférence du 23 juin 2009 du Forum européen de l'assurance AT/MP, Décembre 2010 - Réf. EUROGIP-59/F sur http://eurogip.fr/images/publications/Eurogip_NoteRPP_59F.pdf

Globalement, en matière de TMS, assortis le plus souvent de faibles incapacités permanentes, les prestations sont de niveau comparable en **France**, en **Italie** et en **Belgique**, avec, dans ce dernier pays, un versement sous forme de rente même pour les incapacités permanentes très faibles.

Le montant des prestations **danoises** est généralement plus élevé que dans les pays précités.

L'organisme assureur ne verse souvent pas de prestation en **Allemagne**, **Autriche** et **Suisse**, soit qu'il existe un taux minimum d'incapacité permanente élevé (ouvrant droit à rente), soit que l'appréciation des séquelles y est plus stricte que dans d'autres pays.

Quant aux prestations octroyées par l'**Espagne** dans les cas n°1 et n°2, elles paraissent exorbitantes par rapport à celles des autres pays. Il est toutefois précisé que dans ce pays, les salaires réels pour les professions décrites dans les cas pratiques sont bien inférieurs aux salaires définis dans les énoncés : 14 500€ au mieux pour l'agent d'entretien du cas n°1, et 16 000€ pour le laveur de vitres du cas n°2. En conséquence, les prestations attribuées seraient en réalité plus modestes, puisque corrélées au salaire (le mode de calcul de l'indemnisation de l'incapacité permanente est sommairement décrit en note 18).

Il est plus difficile de tirer des conclusions sur la **Suède** et la **Finlande**, puisque sur les 4 cas d'espèce, ces pays sont susceptibles de n'en reconnaître qu'un seul, et n'indiquent donc le montant de la réparation octroyée que pour ce cas. On sait aussi que seuls les cas entraînant une perte de gain sont recevables en **Suède**, ce qui exclut de fait de nombreux cas de TMS.

Des prestations qui illustrent les priorités de l'assureur AT-MP

Les prestations octroyées illustrent bien les grandes caractéristiques des systèmes d'indemnisation en vigueur dans les dix pays de l'étude.

Certains pays privilégient l'indemnisation des cas d'incapacité permanente non bénins, par le biais d'un taux minimum d'IP ouvrant droit au versement des prestations. Ce taux est de 20% en **Allemagne** et en **Autriche** pour l'octroi d'une rente.

Dans les pays qui indemnisent distinctement le préjudice physiologique du préjudice professionnel, ce taux minimum est faible pour le préjudice physiologique (taux issus d'un barème médical national : 5% au **Danemark** et en **Suisse**, 6% en **Italie**), mais plus élevé pour le préjudice professionnel (perte effective de gain ou de capacité de gain selon le pays : 6,66% en **Suède**, 10% en **Finlande** et en **Suisse**, 15% au **Danemark**, 16% en **Italie**).

Il n'existe pas de taux minimum en **Belgique** et en **France**.

C'est ainsi que, pour les cas de TMS étudiés ici, la **Belgique**, le **Danemark**, la **France** et l'**Italie** octroient pour chacun des cas reconnus une prestation (souvent un capital d'un montant peu élevé), même lorsque les victimes ne subissent que de faibles séquelles et aucune perte de salaire (raideur du poignet et douleurs résiduelles dans le cas n°1, douleur liée à l'épicondylite chronique qui est censée avoir disparu après le changement de poste de travail).

Certains systèmes d'indemnisation apprécient distinctement le préjudice physiologique et le préjudice professionnel, ce qui aboutit généralement à ce que les victimes d'une perte de salaire effective soient mieux indemnisées que dans les pays qui indemnisent de manière globale les conséquences de l'incapacité permanente.

Dans les cas n°1, n°3 et n°4, les séquelles étant peu ou pas invalidantes, les victimes ont conservé leur travail ou changé d'activité professionnelle au sein de la même entreprise. Mais dans le cas n°2, le travailleur atteint d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs ne peut pas poursuivre son travail en raison des séquelles (douleurs et limitation des amplitudes articulaires). Avec son nouvel emploi, il subit une perte de revenu effective de 4 800€.

Des pays comme le **Danemark**, la **Finlande**, la **Suède** et la **Suisse** apprécient in concreto la perte de capacité de gain de la victime. Dans le cas n°2, une rente annuelle de 4 800€ pour la **Suède** et de 4 032€ pour le **Danemark** (convertie en capital) est versée à la victime pour son préjudice professionnel, à laquelle s'ajoute le versement d'un capital pour les préjudices extrapatrimoniaux.

En **Belgique** et en **France**, le taux d'incapacité permanente (qui servira de paramètre au calcul de la prestation) est issu d'un barème de préjudices fonctionnels. Mais il est possible d'ajouter à ce taux initial quelques points pour tenir compte du préjudice professionnel ("coefficient professionnel" en **France** et "facteurs socio-économiques" en **Belgique**). Dans le cas n°2, la **France** octroie ainsi une rente annuelle de 5 280€ et la **Belgique** de 1 584€.

L'**Italie**, quant à elle, indemnise en premier lieu le dommage physiologique (dit « biologique »), puis, si un seuil de 16% est atteint, les conséquences patrimoniales de ce dommage sont présumées. C'est ainsi que la victime du cas n°2 perçoit une rente annuelle de 3 340€, dont 1 440€ pour dommage biologique et 1 900€ pour préjudice professionnel.

Dans le cas n°2, qui décrit un handicap de faible importance et une perte de gain modérée, le niveau des prestations ne diffère pas excessivement selon le pays. Mais plus le préjudice professionnel est important, plus l'écart est susceptible de se creuser entre les pays qui évaluent ce préjudice professionnel in concreto et ceux dans lesquels il est couvert par une réparation globale de l'incapacité permanente.

Incidence des facteurs extra-professionnels sur l'indemnisation

Les études de cas ne sont pas exemptes d'expositions extra-professionnelles, en particulier le cas n°4 (épicondylite). Pourtant, si les prédispositions de la victime (âge, genre) et les expositions que celle-ci a connues antérieurement sont susceptibles d'avoir un impact sur la décision de reconnaissance de quelques pays (on ne peut pas exclure qu'elles jouent un rôle pour les quelques cas où des pays ont répondu "reconnaissance possible : selon les conditions d'exposition et le lien de causalité"), on constate que ces facteurs extra-professionnels n'ont aucun impact sur l'indemnisation de la victime, une fois son cas reconnu en MP.

Il convient toutefois de préciser qu'une diminution de l'indemnisation est théoriquement possible au **Danemark** dans un cas de figure : lorsque des maladies préexistantes ou co-existantes (par rapport à la maladie qualifiée de professionnelle) ont eu un impact sur la capacité de gain de la victime et que cette dernière a été contrainte de changer de travail et a subi une perte de revenus en raison d'un passage à temps partiel. L'organisme assureur évalue d'abord la perte de capacité de gain totale subie, puis le poids que représente(nt) la(les) maladie(s) non professionnelle(s) dans les causes de ce préjudice. Cette part "non professionnelle" est finalement déduite de l'indemnisation du préjudice professionnel (qui est servie sous forme de rente dans ce pays, sauf si capitalisation).

Des prestations à replacer dans un contexte global

Quelles que soient les différences constatées dans les prestations octroyées, il est nécessaire de rappeler que celles-ci sont à apprécier au regard de l'ensemble du dispositif national de réparation en vigueur dans chaque pays (cf. note 22).

Outre les variables entrant dans le calcul du montant de la prestation, d'autres paramètres sont théoriquement à prendre en considération :

- le caractère viager ou non de la rente (qu'elle répare globalement l'incapacité permanente ou seulement le préjudice professionnel),
- la fiscalité applicable à cette rente,
- les possibilités de révision du montant de cette rente.

En matière de TMS et en présence d'incapacités permanentes modérées, ce sont plus souvent des capitaux qui sont versés, ce qui rend ces paramètres relativement inopérants.

Possibilités de financement par l'assureur MP de mesures de réinsertion de la victime

Dans certains pays, l'organisme assureur contre les maladies professionnelles a une autre prérogative que celle d'indemniser les victimes pour les conséquences du sinistre subi : celle de maintenir le travailleur dans l'emploi, notamment par le financement de l'aménagement de son poste de travail ou le financement d'une formation nécessaire à sa réinsertion au sein de l'entreprise. Cela ne signifie pas que dans les autres pays, les victimes de maladies professionnelles ne bénéficient pas de telles aides, mais seulement que celles-ci ne sont pas octroyées par l'assureur AT-MP.

Le financement de l'aménagement du poste de travail

Le cas n°3 (lombalgie) permet d'aborder la question des possibilités de financement par l'assureur de l'aménagement du poste de travail nécessaire au travailleur pour un reclassement au sein de l'entreprise, en l'espèce l'installation de tables élévatrices pour lui éviter toute manutention manuelle de charges.

Trois pays (**Allemagne, Autriche et Finlande**) offrent à ce jour ce type de prestation, en cas de reconnaissance du cas comme maladie professionnelle.

En **Allemagne**, le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle des travailleurs accidentés est une mission fondamentale de l'organisme assureur. Celui-ci contribue notamment à aider l'employeur à remplir ses obligations en matière de réinsertion²³.

En **Autriche**, ce dispositif d'aide au financement de l'aménagement du poste de travail par l'assureur AUVA existe, mais il est le plus souvent utilisé pour les victimes d'accident du travail. Il a été mis en œuvre une seule fois pour un cas de maladie professionnelle entre 2012 et 2014.

En **Finlande**, les compagnies d'assurance privées chargées de l'assurance contre les maladies professionnelles sont habilitées à participer au financement de l'aménagement du poste de travail, si ce dernier est nécessaire au maintien dans l'emploi de la victime.

En **Italie**, une loi de 2015 (*Legge di Stabilità 2015, art.1, comma 166*) prévoit que l'organisme assureur INAIL est compétent en matière de réinsertion professionnelle des accidentés du travail (au sens large). Sont concernés des projets individualisés visant au maintien dans le poste de travail ou à la recherche d'un nouvel emploi (formations pour la requalification professionnelle) et des projets visant à supprimer les barrières liées à la conception du poste de travail (mesures d'adaptation). Ces dispositions sont actuellement en cours de définition.

Dans les autres pays, l'aménagement du poste de travail est à la charge de l'employeur.

Dans certains d'entre eux, un financement autre que celui de l'employeur n'est pas exclu, mais par une autre entité que l'assureur accident (**France, Suisse**) ou au titre d'un programme spécifique de l'assureur accident (**Belgique**).

En **France**, le travailleur du cas n°3 atteint de lombalgie reconnue comme MP avec un taux d'incapacité permanente de 12% sera reconnu comme travailleur handicapé. Son employeur pourra de ce fait bénéficier d'une aide d'un fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH) afin de financer les travaux d'aménagement du poste de travail.

En **Suisse**, l'assureur SUVA (ou tout autre assureur selon la loi fédérale sur l'assurance accidents) n'intervient pas dans le financement de l'aménagement du poste de travail, mais l'Assurance Invalidité fédérale, susceptible d'intervenir quelle que soit l'origine de l'atteinte à la santé (maladie,

23 Ainsi, en 2013, l'assureur allemand a financé de telles initiatives pour 1 495 travailleurs atteints de MP et plus particulièrement 956 mesures de maintien au poste de travail. Il n'est pas possible de savoir combien d'entre elles concernaient des victimes de TMS.

accident ou maladie professionnelle), pourrait assumer, par le biais de ses offices cantonaux, tout ou partie des coûts d'un tel aménagement.

En **Belgique**, le Fonds des maladies professionnelles (FMP) n'intervient pas dans l'aménagement du poste de travail dans le cadre de la prise en charge d'une maladie professionnelle. Cependant, si la lombalgie est considérée comme une maladie en relation avec le travail (et non pas comme une maladie professionnelle), le travailleur peut s'inscrire à un programme de prévention des maux de dos²⁴ qui, outre un volet médical visant la réadaptation de la personne, propose un volet ergonomique. Ce volet ergonomique consiste en ce que, à la demande de l'employeur, le Fonds intervient à concurrence d'un maximum de 402€ pour une étude ergonomique du poste de travail. Mais l'aménagement proprement dit du poste de travail n'est pas pris en charge.

Le financement de la formation

Le cas n°4 (épicondylite) permet d'aborder la question de la prise en charge par l'assureur de la formation nécessaire à la victime pour changer d'emploi au sein de son entreprise ou plus généralement pour se réinsérer professionnellement.

Assez logiquement, les pays dont l'assureur peut financer l'aménagement du poste de travail nécessaire à un travailleur pour un reclassement au sein de l'entreprise sont également susceptibles de financer une formation dans ce même objectif (**Allemagne, Autriche, Finlande**)

En **Belgique** aussi, le FMP prend en charge ce type de formation visant à la réinsertion professionnelle, à condition que le travailleur s'engage auprès du FMP à abandonner le poste de travail l'exposant au risque. Si la victime d'une maladie professionnelle accepte cette cessation définitive du travail nocif, elle peut, dans certains cas, suivre une formation pour un changement de profession ou un changement de fonction.

En **Italie**, l'INAIL ne prend actuellement pas en charge les formations pour la reconversion des travailleurs accidentés du travail dans les situations telles que celle décrite dans le cas n°4. Mais la loi de 2015 citée plus haut prévoit ce type d'interventions.

En **France**, en règle générale, l'organisme assureur ne paie pas de formation. Toutefois, si la formation a lieu pendant l'arrêt de travail, une participation au financement par la caisse de Sécurité sociale est possible.

En **Suisse**, et comme pour l'aménagement du poste de travail, c'est l'Assurance-Invalidité qui est compétente pour assumer le coût d'une telle formation.

24 En savoir plus : <http://www.fmp-fbz.fgov.be/prev/PREVENTIONDOS/index.html>

3. STATISTIQUES

Dans cette partie sont publiées les données chiffrées d'assurance relatives aux TMS, c'est-à-dire les demandes de reconnaissance et les cas reconnus. Elles sont présentées pour une année donnée afin de comparer les pays entre eux, puis sur la période 2007-2014 afin de constater des tendances, enfin, et dans la mesure du possible, par typologie de TMS.

Les données statistiques présentées ci-dessous proviennent des organismes nationaux d'assurance contre les risques professionnels membres du groupe de travail à l'origine de ce rapport, à l'exception des statistiques de l'**Espagne** et de la **Finlande** qui proviennent respectivement du ministère du Travail et de l'Institut de santé au travail (*Finnish Institute of Occupational Health*).

Précisions méthodologiques

Population assurée

La population assurée comprend ici les travailleurs assurés par les organismes nationaux d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles durant la période de référence (par tête, sauf en **France** où le nombre est exprimé en équivalents temps plein). Son périmètre ne recouvre pas nécessairement la même population selon les pays : tous les travailleurs au **Danemark**, les salariés du secteur privé en **France**, les travailleurs des secteurs privé et public à l'exception de quelques régimes spéciaux dans les **autres pays**²⁵. Les agriculteurs ne font pas partie du champ des statistiques, sauf en **Finlande**.

De plus, d'un pays à l'autre, la structure de la population active varie : ses caractéristiques démographiques (âge, genre), sa répartition entre les secteurs de l'industrie et des services, ainsi que la part des contrats à temps partiels dans l'ensemble des travailleurs assurés sont autant de facteurs qui impactent l'exposition au risque de contracter une maladie professionnelle.

Période de référence

Pour l'exercice de comparaison dans la partie 3.1, c'est l'année 2014 qui a servi d'année de référence. Ce sont les déclarations reçues cette année-là et les reconnaissances intervenues cette même année qui ont été exploitées. Mais il ne s'agit pas nécessairement des mêmes dossiers puisque le traitement d'une demande de reconnaissance peut requérir plus d'une année. Cette précision ne concerne ni les statistiques **italiennes**, dont la présentation est fonction de l'année de déclaration et du devenir de ces cas déclarés quelle que soit l'année de décision, ni les pays dans lesquels les cas déclarés correspondent en réalité aux cas traités (**France, Suède**).

Précisons également que les données 2014 n'étant pas encore disponibles ou consolidées dans tous les pays, certains d'entre eux ont fourni des statistiques d'années antérieures.

Notion de cas déclaré

Par cas déclaré, on entend généralement la demande de reconnaissance reçue par l'organisme d'assurance pendant l'année de référence.

Toutefois, en **Suède**, il ne s'agit pas de demande de reconnaissance proprement dite, mais de demande d'une prestation pour incapacité permanente, la reconnaissance du caractère professionnel de la pathologie n'étant qu'une étape du processus.

25 La population assurée allemande a toutefois été corrigée : ont été soustraits les élèves et étudiants ainsi que les personnes assurées à un autre titre que le travail.

Pour la **Suède** et la **France**, les cas déclarés ici correspondent aux décisions rendues (positives et négatives) pendant la période de référence.

Enfin, les données de cas déclarés ne sont disponibles ni en **Autriche** ni en **Espagne**.

Notion de cas reconnu

Il s'agit de décisions de reconnaissance, comptabilisées par pathologie (diagnostic), à l'exception des données **belges**, où il s'agit du nombre de victimes dont la/les pathologie(s) a/ont fait l'objet d'une reconnaissance.

Précisons que par décision de reconnaissance, on entend :

- en **Suède**, toute décision d'octroi de prestation pour incapacité permanente ;
- en **Allemagne**, toute décision de confirmation d'un lien de causalité entre la pathologie (ici le TMS) et le travail. Il faut savoir que dans ce pays, la reconnaissance de certaines pathologies (essentiellement des TMS et des maladies de la peau) n'est possible qu'à condition que la gravité de l'état de santé du travailleur nécessite l'abandon de toute activité qui a été ou qui peut être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie. Si cette condition fait défaut, on parle alors de reconnaissance "informelle", qui ouvre droit à des prestations de type préventif (mesures individuelles sur le poste de travail, mesures de maintien dans l'emploi, réorientation professionnelle) et à des prestations financières à l'exception d'une rente. Ici, c'est l'ensemble de cas formellement reconnus et informellement reconnus qui est retenu.

3.1 Données générales sur les TMS

Les données suivantes représentent les TMS déclarés et reconnus en maladies professionnelles. Les TMS déclarés et reconnus au titre des accidents du travail (essentiellement les maux de dos) n'apparaissent pas dans cette étude.

Les données relatives aux TMS recouvrent, pour chaque pays, tous les TMS inscrits sur la liste nationale et ceux couverts par le système hors liste²⁶, à l'exception :

- des données **suédoises** qui n'incluent que les pathologies codifiées en CIM-10 sous "maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif" (M00-M99) ;
- des données **finlandaises** qui incluent ces mêmes pathologies M00-M99 ainsi que les pathologies codifiées en G56 "mononévrites du membre supérieur".

26 Dans presque tous les pays de l'étude, les statistiques de sinistralité de maladies professionnelles sont organisées selon la nomenclature de la liste de MP (les cas examinés au titre du système hors liste faisant l'objet d'une classification à part). Ce n'est pas le cas en **Suède**, où il n'existe pas de liste de MP susceptibles de reconnaissance, ni en **Finlande**, où la liste de MP ne sert que de guide aux personnes chargées du traitement des demandes de reconnaissance.

TMS EN VALEURS ABSOLUES - 2014				
PAYS	POPULATION ASSURÉE	DEMANDES DE RECONNAISSANCE	CAS RECONNUS	TOTAL MP RECONNUES
ALLEMAGNE	42 861 173	10 009	1 240	36 436
AUTRICHE	3 411 138	Non disponible	40	1 129
BELGIQUE	3 059 833	8 062	2 498	3 609
DANEMARK	2 720 661	6 982	588	3 756
ESPAGNE	13 647 833	non disponible	12 860	17 260
FINLANDE (2013)	2 197 000	454	209	1 811
FRANCE (2013)	18 632 122	86 382	60 018	68 556
ITALIE (2012)	21 200 000	31 823	13 669	19 841
SUÈDE	4 647 314	Cas admissibles : 710	344	1 089
SUISSE	3 944 691	505	221	2 152

Dans le tableau ci-dessous, les données de sinistralité sont exprimées sous forme de ratios pour 100 000 assurés²⁷, afin de pouvoir comparer les pays entre eux indépendamment de la taille du pays/du nombre d'assurés. La part des TMS dans l'ensemble des maladies professionnelles reconnues et le taux de reconnaissance des TMS y sont également présentés.

TMS EN RATIOS (RAPPORTÉS À LA POPULATION ASSURÉE) ET POURCENTAGES - 2014				
PAYS	POUR 100 000 ASSURÉS		PART DES TMS / TOTAL DES MP RECONNUES	TAUX DE RECONNAISSANCE DES TMS
	DÉCLARÉS	RECONNUS		
ALLEMAGNE	23	3	3%	12%
AUTRICHE	ND	1	3%	ND
BELGIQUE	263	82	69%	31%
DANEMARK	257	22	16%	8%
ESPAGNE	ND	94	75%	ND
FINLANDE (2013)	21	10	12%	46%
FRANCE (2013)	463	322	88%	69%
ITALIE (2012)	150	64	69%	43%
SUÈDE	15	7	32%	48%
SUISSE	13	6	10%	44%

ND : non disponible

27 Ces ratios pour 100 000 assurés ne sont pas des taux d'incidence au sens épidémiologique du terme ; un taux d'incidence rapporte le nombre de nouveaux cas d'une pathologie (pendant une période donnée) à une population à risque. Or nos ratios pour 100 000 assurés rapprochent le nombre de nouveaux cas de TMS en 2014 à la population assurée cette même année, population qui n'est pas nécessairement celle qui a été exposée au risque puisque l'on sait que les TMS - en particulier les discopathies- sont souvent le fruit d'une exposition longue à des contraintes notamment biomécaniques. D'autre part, le risque de contracter un TMS diffère sensiblement d'un pays à l'autre en fonction de la structure de la population assurée (voir Précisions méthodologiques / Population assurée).

Il convient d'être très prudent dans les conclusions que l'on peut tirer des comparaisons statistiques entre pays : non seulement les données ne représentent pas nécessairement les mêmes choses (voir Précisions méthodologiques, page 32), mais aussi différents paramètres non liés à l'exposition professionnelle impactent ces données.

Les ratios et pourcentages ci-dessus sont toutefois des indicateurs pertinents quand il s'agit d'illustrer les choix d'assurance exposés dans la première partie du rapport.

Volume de TMS déclarés comme maladies professionnelles

On constate des écarts sensibles entre pays quant au nombre de TMS déclarés :

- **l'Allemagne**, la **Finlande**, la **Suède** et la **Suisse** affichent les ratios les plus faibles (entre 13 et 23 déclarations pour 100 000 assurés),
- **l'Italie** un ratio médian à 150,
- et le **Danemark**, la **Belgique** et la **France** se partagent des ratios élevés, respectivement 257, 263 et 463.

Il n'y a pas de raison de penser que la performance des systèmes nationaux de déclaration joue un rôle, puisque les pays dans lesquels la procédure de déclaration est ouverte à plusieurs protagonistes (victime, mais aussi et surtout médecins) et dont on pourrait supposer que cela encourage la démarche²⁸, ne sont pas nécessairement ceux qui affichent les ratios les plus élevés.

Il est également exclu, pour les pays couverts dans ce rapport, d'expliquer ces écarts de ratios par une différence de sensibilisation du grand public et des travailleurs à la problématique des TMS. Aujourd'hui, tous les pays concernés mènent des campagnes d'information sur ce problème de santé au travail, lequel constitue une priorité pour tous les organismes nationaux chargés de la prévention des risques professionnels.

C'est donc très probablement l'attractivité de la démarche de déclaration qui impacte les ratios de cas déclarés.

L'attractivité peut s'entendre comme la connaissance du déclarant des chances que la pathologie a d'être reconnue comme professionnelle. Dans ce cas, il est indéniable que la perception par le déclarant de la propension de l'organisme d'assurance à reconnaître la pathologie déclarée influe sur le nombre de déclarations. Entrent en ligne de compte en premier lieu le contenu de la liste de maladies professionnelles en vigueur dans le pays considéré, mais aussi la force de la présomption attachée à cette liste, ainsi que les critères de reconnaissance servant à instruire chaque cas de pathologie.

L'attractivité correspond aussi à l'intérêt pour la victime à faire reconnaître l'origine professionnelle de sa pathologie, eu égard aux prestations offertes par l'assurance spécifique. Il faudrait idéalement tenir compte des systèmes d'indemnisation de la maladie et de l'invalidité en vigueur dans chacun de ces pays afin d'apprécier l'attractivité relative pour les victimes. On sait toutefois que partout en Europe, les prestations accordées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont dans leurs grandes lignes plus favorables que celles versées par les assurances maladie/invalidité.

Au regard des seuls systèmes d'indemnisation des maladies professionnelles en vigueur dans les pays considérés²⁹ et des ratios de déclaration ci-dessus, il est difficile d'apprécier de façon globale l'impact de ce facteur sur le nombre de déclarations.

28 En savoir plus : "Déclaration des maladies professionnelles : problématiques et bonnes pratiques dans 5 pays européens", EUROGIP, 102/F, janvier 2015 sur http://eurogip.fr/images/documents/3906/Rapport_DeclarationMP_EUROGIP_102F.pdf

29 Pour en savoir plus sur l'indemnisation des victimes d'AT-MP : "Accidents du travail-Maladies professionnelles : réparation forfaitaire ou intégrale ? Enquête européenne sur les modalités d'indemnisation des victimes" (juin 2005), 21/F EUROGIP, sur <http://eurogip.fr/images/publications/Eurogip-21F.pdf>

En revanche, on peut supposer que l'intérêt de la victime à obtenir réparation est variable selon le pays et selon qu'elle:

- est atteinte de telle ou telle pathologie (par exemple, les discopathies ne peuvent pas être reconnues comme MP en **Autriche, Finlande, Espagne, Suisse**),
- subit un préjudice permanent ou pas (l'existence d'un préjudice permanent étant une condition à la reconnaissance au **Danemark** et en **Suède**),
- pense se voir attribuer tel ou tel degré d'incapacité permanente (de nombreux pays exigent un taux minimum pour ouvrir droit à une indemnisation).

On ne peut pas non plus totalement écarter l'impact de la qualité des conditions de travail et des efforts de prévention faits par chaque pays. Car s'il est impossible de corréliser cet impact aux niveaux nationaux de déclaration, force est de constater que dans certains pays à réglementation constante en matière de reconnaissance et d'indemnisation des TMS, le niveau des déclarations a tendance à baisser sur une période récente (voir 3.2).

Volume de TMS reconnus comme maladies professionnelles

Quant aux cas reconnus, les ratios pour 100 000 assurés présentent là aussi de gros écarts, plus importants encore que pour les cas déclarés.

Ces différences ne sont pas sans lien avec les écarts déjà constatés dans les niveaux de déclarations : les pays qui affichent un faible ratio de déclarations ne peuvent logiquement pas afficher un ratio élevé de reconnaissances.

Mais ce sont les modalités de reconnaissance des maladies professionnelles en général, et des TMS en particulier, qui expliquent l'essentiel de ces écarts :

- le contenu de la liste nationale de maladies professionnelles (intitulés plus ou moins précis qui permettent d'inclure ou d'exclure certains TMS) et la propension du système hors liste à admettre des TMS non inscrits (voir 1.1) ;
- les critères de reconnaissance inscrits sur la liste ou sur des documents annexes (voir annexe, 3^e colonne), plus ou moins exigeants quant au libellé des pathologies et aux conditions d'exposition ;
- la force de la présomption liée à la liste et le mode d'instruction des demandes de reconnaissance (voir 1.2).

Il n'est donc pas étonnant de retrouver la **France** en tête du classement (ratio de 322), puis loin derrière l'**Espagne**³⁰ (94), la **Belgique** (82) et l'**Italie** (64). Et on retrouve les ratios les plus bas dans les pays qui excluent certains TMS de la reconnaissance et/ou qui instruisent chaque demande au cas par cas avec un haut degré d'exigence quant au lien de causalité entre l'exposition professionnelle et la pathologie : **Autriche** (1), **Allemagne** (3), **Suède** (7), **Suisse** (6).

Part des TMS dans l'ensemble des maladies professionnelles

Dans cinq des dix pays couverts par l'étude (**Allemagne, Autriche, Danemark, Finlande, Suisse**), les TMS représentent moins de 20% du total des maladies professionnelles reconnues. Dans ces pays, les hypoacusies et les dermatoses, qui correspondent à des risques plus "traditionnels", occupent une place importante dans le total des MP reconnues (dans le total des "cas dont le lien avec le travail est confirmé" pour l'**Allemagne**).

30 En Espagne, il n'existe pas de système complémentaire, mais les MP hors liste peuvent être reconnues comme "pathologies non traumatiques causées ou aggravées par le travail", qui ont le statut juridique d'accident du travail. Comme TMS non listés sont concernées les maladies de la colonne vertébrale et de l'épaule ainsi que de nombreuses autres maladies de l'appareil locomoteur ; si l'on comptabilisait ces pathologies non traumatiques dans les cas reconnus (3775 cas en 2014), le ratio espagnol "TMS reconnus" serait de 122.

Les TMS constituent au contraire une part très importante du total des MP en **Belgique** (69%), **Italie** (69%), **Espagne** (75%) et **France** (88%). Ces pays sont aussi ceux qui les déclarent et les reconnaissent le plus.

Taux de reconnaissance des TMS

Ce taux n'est que la résultante du rapprochement des niveaux de déclaration et de reconnaissance pour chaque pays.

Dans la moitié des pays couverts par l'étude (**Belgique, Finlande, Italie, Suède** et **Suisse**), le taux de reconnaissance se situe dans une fourchette de 30% à 50%. Il est en revanche beaucoup plus faible au **Danemark** (8%) et en **Allemagne** (12%), et beaucoup plus élevé en **France** (69%).

Ces taux reflètent en partie le degré d'exigence de la procédure d'instruction et de reconnaissance en vigueur dans chaque pays.

Il convient toutefois de nuancer ces taux en tenant compte de paramètres propres à chaque système.

En **France**, le nombre de déclarations recouvre le nombre de décisions positives et négatives, c'est-à-dire le nombre de demandes de reconnaissance instruites. De fait, les dossiers non admissibles, c'est-à-dire rejetés pour des raisons administratives (comme une pièce manquante), ne sont pas comptabilisés dans les déclarations. S'ils l'étaient, le ratio "déclarations TMS" serait encore plus élevé qu'il ne l'est déjà, mais le taux de reconnaissance serait mécaniquement réduit.

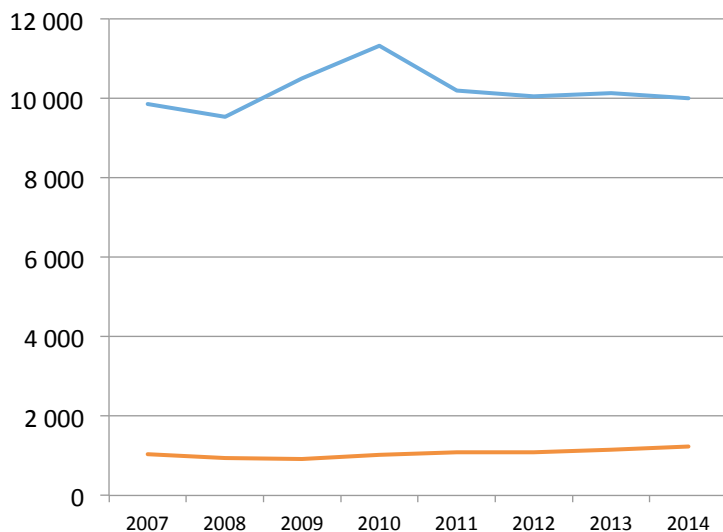
En **Suède**, le nombre de déclarations recouvre, comme pour la France, le nombre de décisions positives et négatives. Or dans ce pays, seuls les cas pour lesquels une incapacité permanente est certifiée font l'objet d'une instruction et d'une reconnaissance. Si l'on tenait compte des dossiers déposés et non des dossiers traités, le ratio "déclarations TMS" serait multiplié par deux et le taux de reconnaissance divisé par deux.

Au **Danemark**, la situation est un peu similaire, puisque seuls les cas de MP donnant lieu à une incapacité permanente peuvent être reconnus. Cela signifie que dans ce pays, comme en Suède, le nombre de TMS reconnus (comme c'est d'ailleurs le cas pour toutes les MP reconnues) ne couvre pas les nombreux cas de TMS pour lesquels seuls des soins non spécifiques et/ou des indemnités pour incapacité temporaire sont octroyés (par une autre entité que l'organisme assureur MP) ; or ces cas sont comptabilisés dans les cas reconnus des autres pays.

3.2 Évolution des TMS entre 2007 et 2014

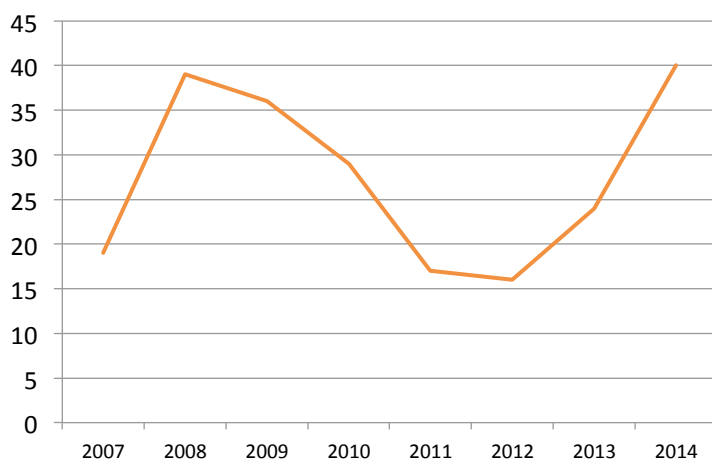
Des changements dans les systèmes d'informations statistiques ayant eu lieu dans plusieurs pays avant 2007, cette année a été choisie comme point de départ fiable de séries sur les demandes de reconnaissance et les cas reconnus de TMS.

Allemagne



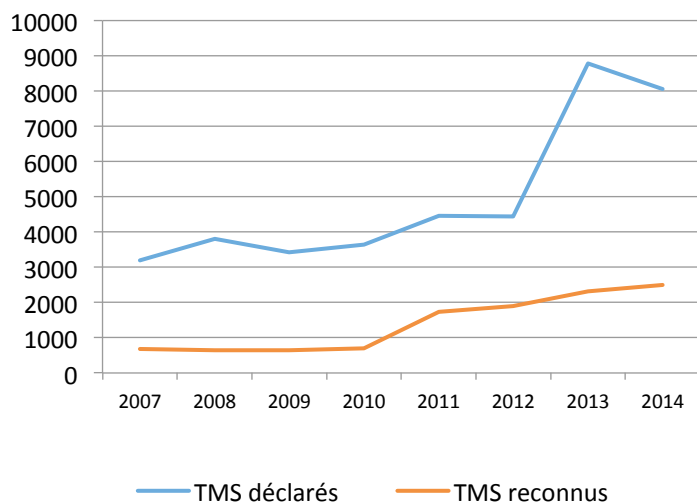
— TMS déclarés — TMS reconnus (lien de causalité confirmé)

Autriche

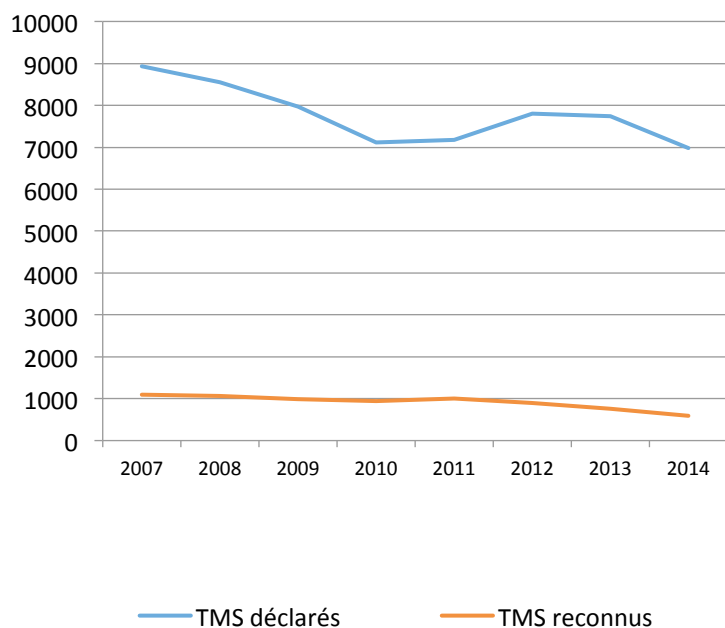


— TMS reconnus

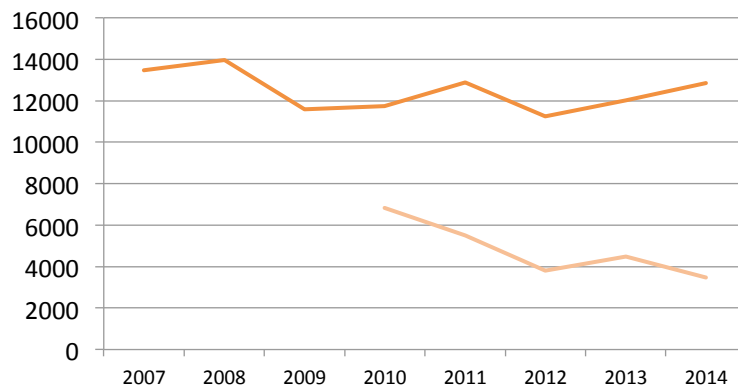
Belgique



Danemark



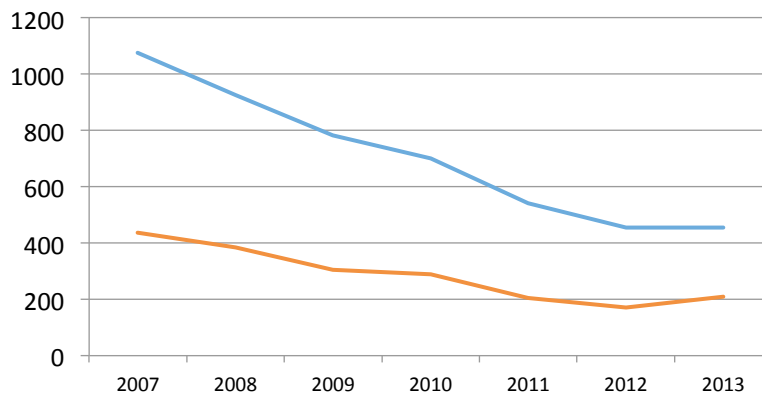
Espagne



— TMS reconnus en MP

— TMS reconnus comme pathologies non traumatiques (AT)

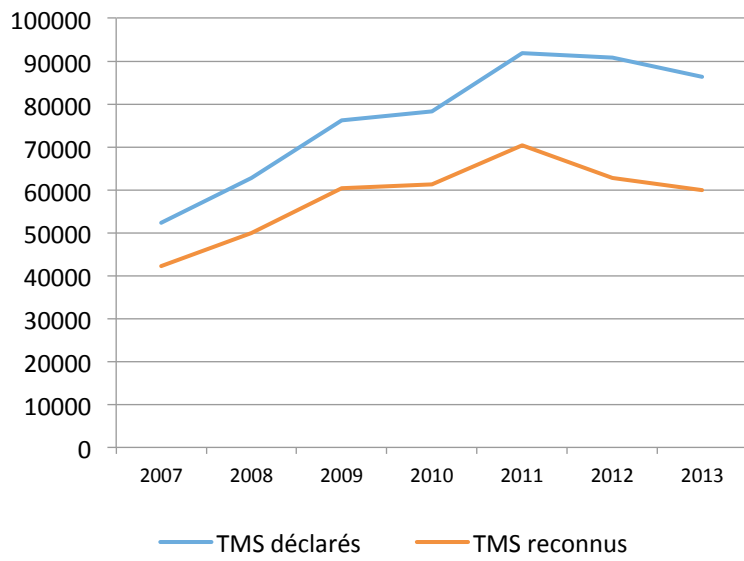
Finlande



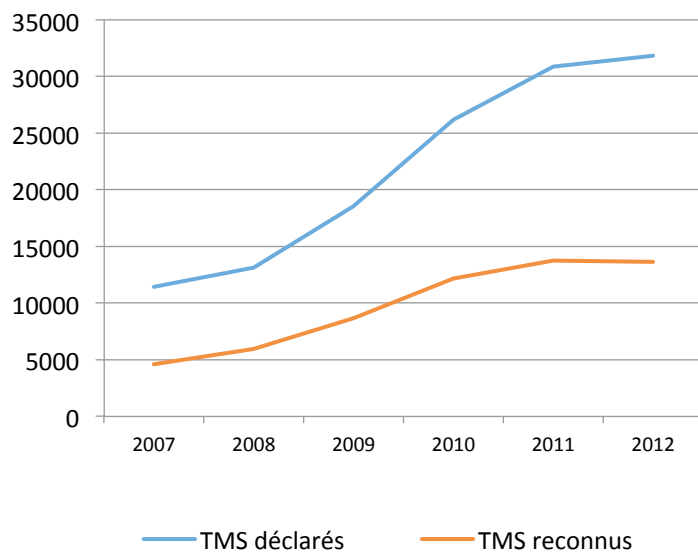
— TMS déclarés

— TMS reconnus

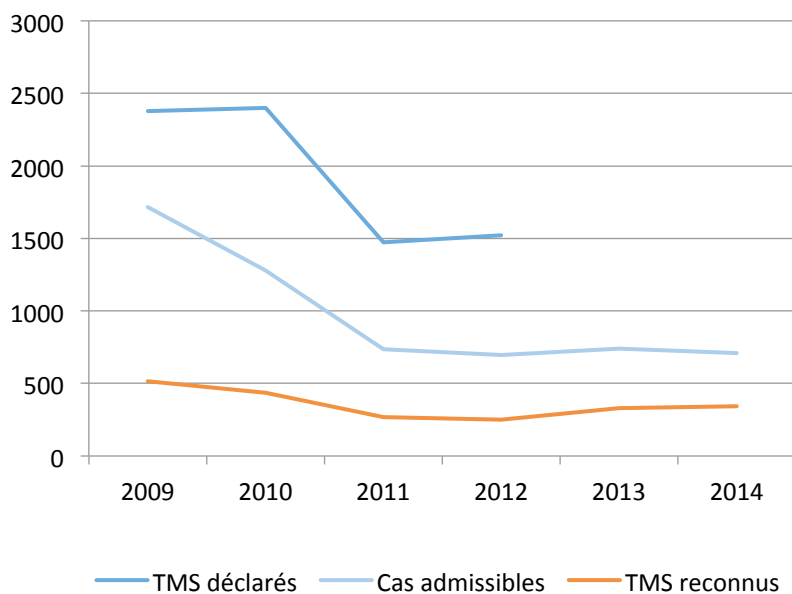
France



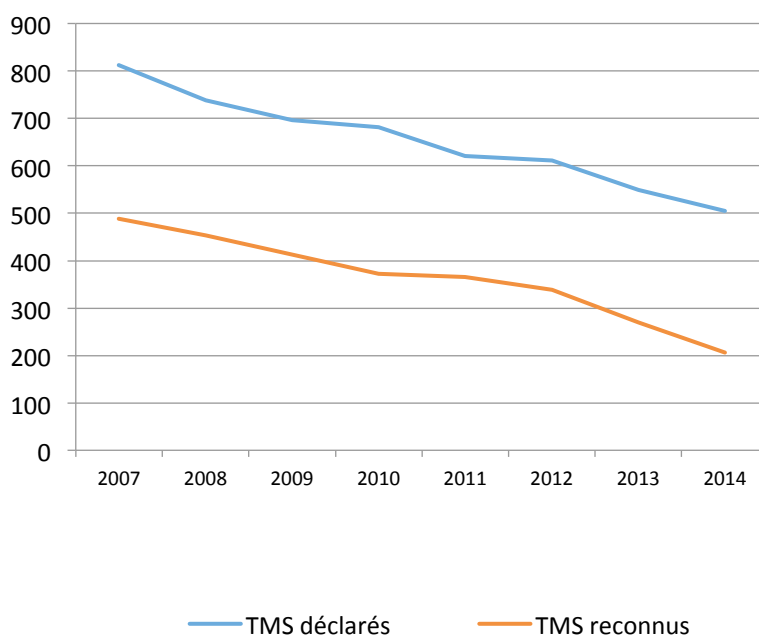
Italie



Suède



Suisse



Les tendances d'évolution sont très contrastées :

- quelques pays affichent, sur la période de référence, une baisse continue et régulière du nombre de TMS déclarés et reconnus : la **Suisse**, la **Suède** (avec une stabilisation à partir de 2012), la **Finlande** (avec une stabilisation en 2013) ;
- d'autres pays présentent des courbes relativement stables depuis 2007, avec une légère tendance à la baisse au **Danemark** (depuis 2013) et en **Espagne** ;
- les TMS semblent se stabiliser après une hausse continue en **Italie** ;
- l'**Autriche** reconnaît de trop faibles volumes de TMS pour que l'on puisse dégager une quelconque tendance ;
- la **Belgique** connaît une hausse continue des TMS depuis 2011 ;
- après une période de hausse continue, la **France** connaît un renversement de tendance depuis 2012.

Ce sont bien souvent des modifications règlementaires qui expliquent ces évolutions.

En **Italie**, la hausse forte et continue des TMS déclarés et reconnus jusqu'en 2011 est à attribuer à l'inscription des TMS sur la nouvelle liste de maladies professionnelles adoptée en 2008, TMS qui jusqu'à cette date étaient susceptibles d'être reconnus seulement au titre du système complémentaire.

En **Belgique**, la forte hausse des demandes de reconnaissance de TMS constatée en 2013 résulte de l'inscription fin 2012 des tendinopathies des membres supérieurs sur la liste de MP (+350% par rapport à l'année précédente). Cette hausse des déclarations s'est accompagnée, dans des proportions plus faibles, d'une hausse des reconnaissances. Cette évolution à la hausse avait été amorcée dès 2011 pour l'ensemble des TMS (à l'exception des affections lombaires), surtout pour les cas de canal carpien.

En **Allemagne**, sans parler de tendance haussière, les quelques dizaines de cas supplémentaires reconnus depuis 2010 peuvent être corrélés à l'inscription sur la liste de MP de la gonathrose en 2009, qui s'est traduite par plus d'un millier de demandes de reconnaissance. Et l'on attend pour l'année 2015 et les années suivantes une hausse des déclarations et des reconnaissances de cas de canal carpien. En effet, ce syndrome a été inscrit sur la liste allemande de MP en janvier 2015, et les médecins (principaux pourvoyeurs de déclarations dans ce pays) ne sont soumis à une obligation légale de déclaration que pour les pathologies figurant sur cette liste.

En **France**, après une longue période de hausse continue, on voit en 2012 s'amorcer une baisse des TMS, confirmée en 2013. L'une des explications à ce reversement de tendance est la révision des conditions de reconnaissance des TMS de l'épaule intervenue en 2011 et de celles des TMS du coude en 2012.

A réglementation constante ou ayant peu d'impact³¹, les pays mettent en avant différents éléments pour expliquer les tendances baissières ou haussières.

Pour la **France** et l'**Italie** (toutes deux jusque 2011), les TMS ont fait l'objet durant la période de référence et les années antérieures de campagnes d'information à destination du grand public, ce qui a eu pour effet de susciter un plus grand nombre de demandes de reconnaissance et par conséquent un plus grand nombre de reconnaissances.

Les pays dans lesquels le nombre de TMS diminue arguent que la population exposée au risque de contracter un TMS est décroissante :

- on a pu constater une baisse des effectifs assurés en raison de la crise économique (en **Espagne**, **France** depuis 2012)
- la sinistralité a vraisemblablement baissé en raison d'efforts de prévention fournis par les entreprises, qui se sont traduits par l'amélioration de l'ergonomie au poste de travail et par l'accroissement de la mécanisation (**Finlande**, **France** depuis 2012, **Suisse**).

31 Lorsque la pathologie dont les conditions de reconnaissance sont modifiées représente un faible volume quelle que soit la population exposée, comme les troubles angioneurotiques de la main.

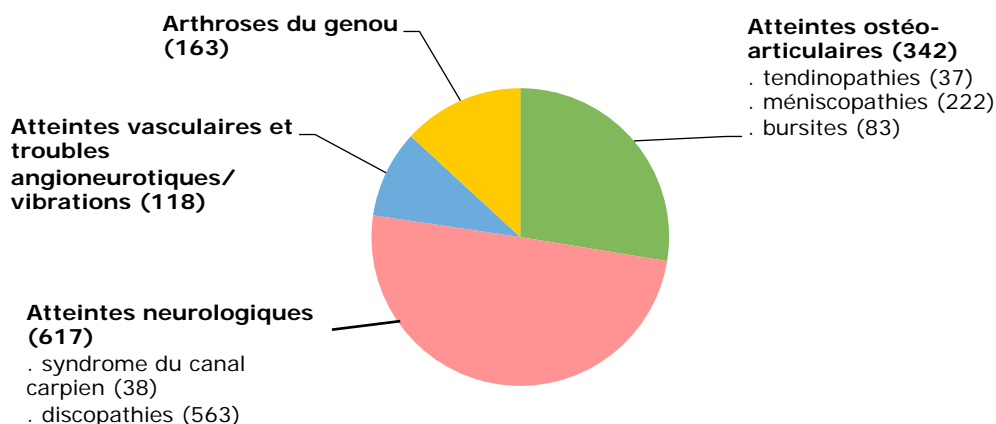
3.3 Typologie des TMS reconnus comme maladies professionnelles

Les statistiques de sinistralité des TMS ne sont pas organisées selon une nomenclature identique pour tous les pays, ce qui rend difficile une comparaison par type de pathologie.

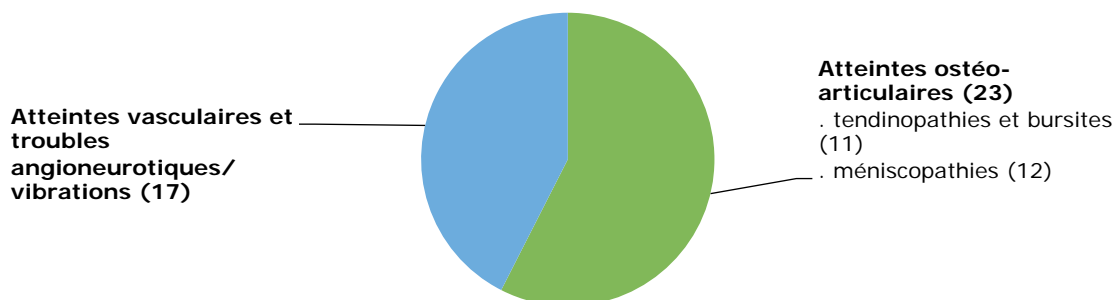
Les données telles qu'elles ont été fournies par les pays ont été traitées pour les présenter, dans la mesure du possible, selon la classification (par type d'atteintes) adoptée dans la partie 1 de l'étude ainsi que dans l'annexe : atteintes ostéo-articulaires, atteintes neurologiques, atteintes vasculaires et troubles angioneurotiques, arthroses, autres TMS. Lorsque cela est possible, le détail par pathologie est décliné au sein des groupes d'atteintes.

Parce que la codification en CIM-10 des statistiques **finlandaises** et **suédoises** rend ce travail de traitement difficile, ces pays ne sont pas représentés dans les graphiques ci-dessous.

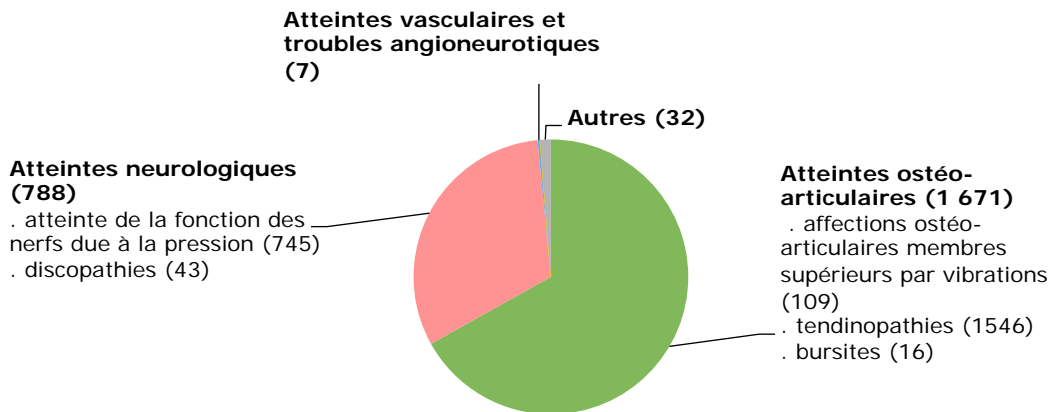
Allemagne (2014) : 1 240 cas



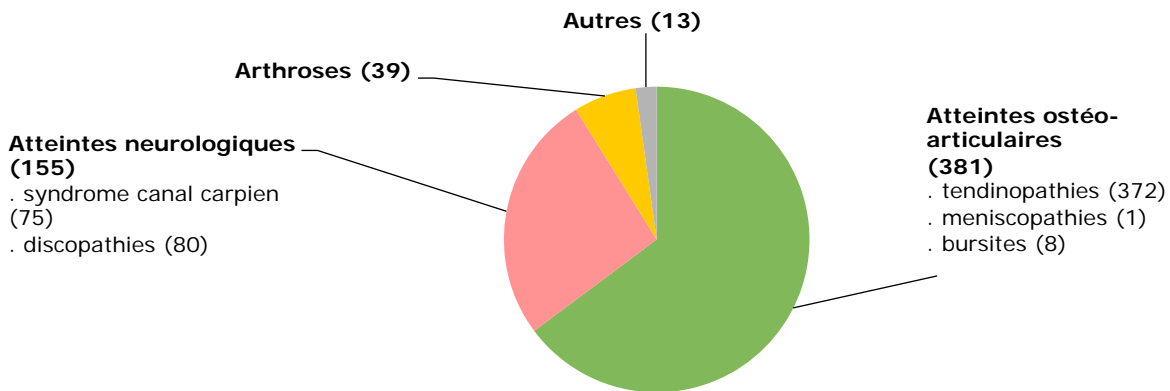
Autriche (2014) : 40 cas



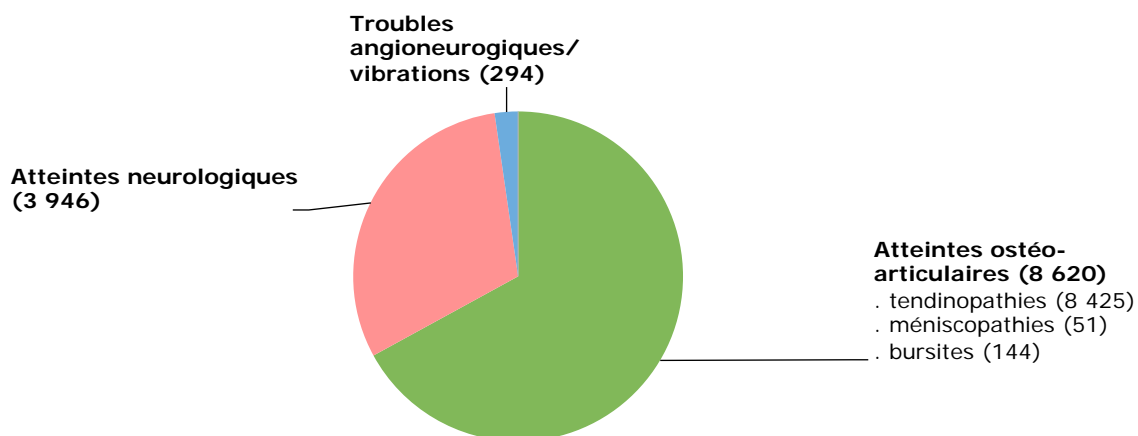
Belgique (2014) : 2 498 cas



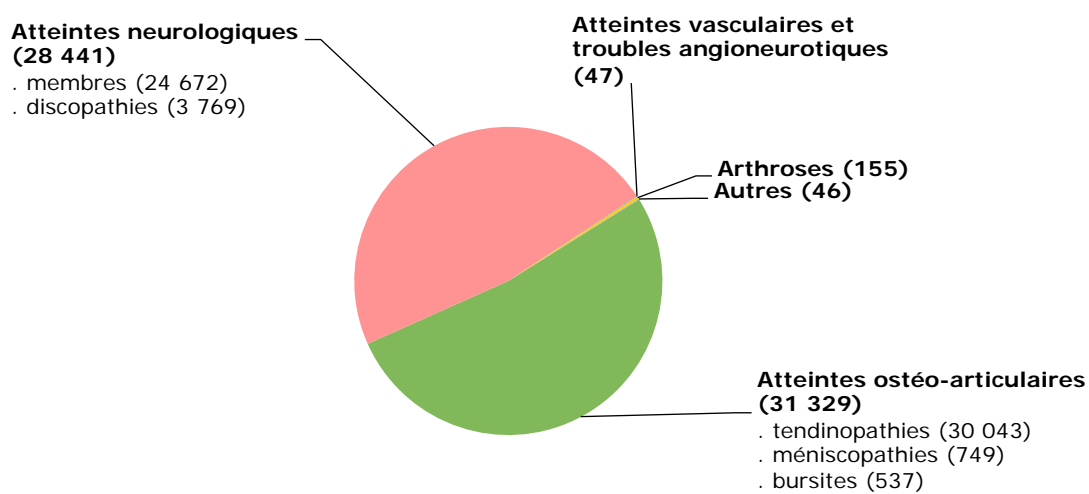
Danemark (2014) : 588 cas



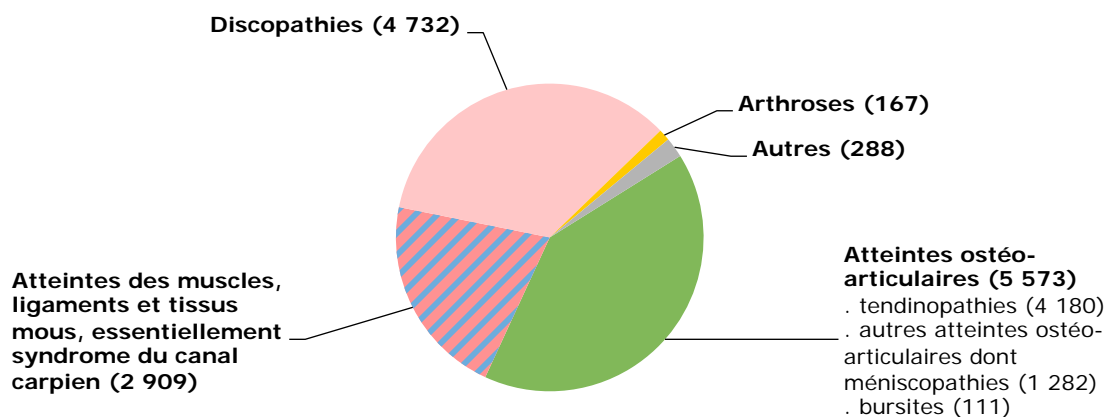
Espagne (2014) : 12 860 cas



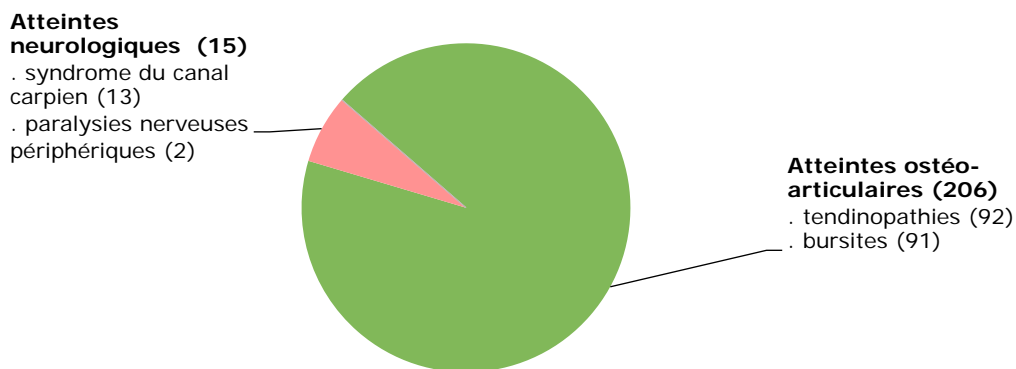
France (2013) : 60 018 cas



Italie (2012) : 13 669 cas



Suisse SUVA (2014) : 221 cas



Les typologies des TMS reconnus représentées ci-dessus ont une structure similaire en **Belgique**, en **Autriche**, au **Danemark**, en **Espagne** et en **Suisse** : les atteintes ostéo-articulaires dominent (entre 57% des cas reconnus en **Autriche** et 93% en **Suisse**), avec une majorité de tendinopathies. Elles sont suivies par les atteintes neurologiques, c'est-à-dire essentiellement des syndromes du canal carpien et des discopathies.

En **France**, les atteintes ostéo-articulaires et les atteintes neurologiques représentent à parts égales la quasi-totalité des TMS reconnus.

La répartition entre types d'atteintes est en revanche plus équilibrée en **Allemagne** et en **Italie**.

La répartition des TMS de chaque pays reflète essentiellement les possibilités de reconnaissance de chaque type d'atteinte (voir partie 1 et annexe). Ainsi, les atteintes neurologiques sont absentes des cas reconnus en **Autriche** car, dans ce pays, ni les discopathies ni le syndrome du canal carpien ne sont susceptibles de reconnaissance en MP.

Il serait hasardeux de commenter davantage ces graphiques dans la mesure où :

- il n'a pas toujours été possible d'isoler statistiquement et de représenter graphiquement tous les types d'atteintes selon la classification choisie ;
- au **Danemark** les atteintes vasculaires et troubles angioneurotiques sont absents des statistiques;
- en **Autriche**, le volume de cas reconnus étant faible, la répartition entre types d'atteintes n'est pas vraiment significative.

Quant à la part que représentent les TMS reconnus hors liste, les statistiques nationales - quand elles permettent de les isoler au sein de l'ensemble des TMS reconnus - confirment que le système complémentaire ne joue qu'un rôle mineur. Pour l'année 2014, on compte :

- 49 cas en **Allemagne**,
- aucun cas en **Autriche** et en **Suisse**,
- 32 cas en **Belgique**,
- 79 cas en **France**,
- 1 cas au **Danemark** (chiffre qui se situe plutôt entre 10 et 20 durant la dernière décennie).

Cette information n'est pas disponible en **Finlande** et en **Italie**, et il n'existe de système complémentaire ni en **Espagne** ni en **Suède**.

Ces chiffres dépendent évidemment du contenu de la liste de maladies professionnelles (plus exactement des TMS qui en sont exclus dans chaque pays) d'une part, de la capacité du système complémentaire à accueillir des TMS hors liste d'autre part.

ANNEXE : TABLEAUX COMPARATIFS DES TMS INSCRITS SUR LES LISTES NATIONALES DE MP

Les tableaux présentés ci-après répertorient les troubles musculosquelettiques inscrits sur les listes nationales de maladies professionnelles des pays suivants : **Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Suisse**, ainsi que sur la liste européenne de MP (contenue dans les annexes de la Recommandation 2003/670/CE³²).

Ces tableaux comparatifs sont organisés de la manière suivante :

- Atteintes ostéo-articulaires (tendinopathies, méniscopepathies, bursites et hygromas)
- Atteintes neurologiques (au niveau des membres, au niveau du rachis)
- Atteintes vasculaires et troubles angioneurotiques
- Autres TMS.

Les rubriques sont reportées telles qu'elles apparaissent dans chaque liste nationale. Ainsi, certaines rubriques peuvent apparaître plusieurs fois si leur libellé est assez générique pour couvrir des atteintes présentes dans plusieurs tableaux comparatifs (**Autriche**).

Chaque tableau comporte trois colonnes :

- la première correspond à la codification de la rubrique dans chaque liste nationale
- la deuxième est dédiée à la pathologie et, le cas échéant, aux conditions médicales liées au diagnostic
- la troisième reprend les conditions liées à l'exposition professionnelle telles qu'indiquées dans chaque liste ; sont également mentionnés, le cas échéant, les conditions légales particulières de reconnaissance (**Allemagne**) et les documents utilisés par les organismes assureurs pour instruire les cas correspondant à la pathologie désignée.

2012

Ce symbole, lorsqu'il se trouve dans la première, deuxième ou troisième colonne, indique l'année d'un changement si intervenu durant les 6 dernières années : inscription sur la liste de MP, changement dans l'intitulé de la pathologie ou les critères médicaux, ou changement dans les critères de reconnaissance liés à l'exposition professionnelle.

Références des listes nationales de MP

Allemagne (*en anglais*) :

Occupational Diseases Ordinance, Annex 1 (as amended by the 3rd Ordinance Amending the Occupational Diseases Ordinance of 22 December 2014) sur le site du BaUA, <http://goo.gl/W0i1xH>

Autriche (*en allemand*) :

§ 177 und Anlage 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) sur le site de l'AUVA, <http://goo.gl/pDohLh>

Belgique : (*en français, néerlandais et allemand*) :

Sur le site du FMP, <http://goo.gl/mOg340>

Danemark (*en anglais*) :

Administrative order N° 12 of January 13, 2015, sur le site aes.dk, <http://goo.gl/nE4cyX>

Espagne (*en espagnol*) :

Real decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE n° 302 19/12/2006 sur le site de l'INSHT : <http://goo.gl/J1tUvi>

32 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003H0670:FR:HTML>

Finlande (*en finnois*) :

Décret gouvernemental sur la liste des maladies professionnelles n°769 du 11.6.2015

<http://finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150769>

France :

Régime général (travailleurs du secteur privé), <http://www.inrs-mp.fr/mp/cgi-bin/mppage.pl?>

Italie (*en italien*) :

Pour les travailleurs de l'industrie et des services : Decreto 9 aprile 2008, (*GU n. 169 del 21-7-2008*), sur le site de l'INAIL, <http://goo.gl/PGcU22>

Suisse :






Annexe 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) sur <http://goo.gl/R4os4L>

ATTEINTES OSTÉO-ARTICULAIRES - TENDINOPATHIES

CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
ALLEMAGNE		
BK 2101	Maladies des gaines tendineuses, des tissus péri-tendineux ou des insertions tendineuses ou musculaires	Condition légale inscrite sur la liste : "qui ont contraint la personne à cesser toute activité qui a causé ou pourrait causer l'apparition, l'aggravation ou la récurrence de la maladie"
AUTRICHE		
BK 23	Maladies chroniques [des bourses séreuses], des gaines tendineuses et des tissus tendineux ainsi que des insertions tendineuses ou musculaires	causées par une pression constante ou des vibrations continues
BELGIQUE		
1.606.21	Maladies dues au surmenage des gaines tendineuses, du tissu péri-tendineux, des insertions musculaires et tendineuses chez les artistes du spectacle	
1.606.22	Maladies atteignant les tendons, les gaines tendineuses et les insertions musculaires et tendineuses des membres supérieurs	dues à une hypersollicitation de ces structures par des mouvements nécessitant de la force et présentant un caractère répétitif, ou par des postures défavorables Critères pour le diagnostic et l'évaluation de l'exposition au risque professionnel sur le site du FMP, http://goo.gl/ExosTr
DANEMARK		
C.1	Tendovaginite (inflammation de la gaine synoviale) et dégénérescence inflammatoire du tendon ou du tissu entourant le tendon (tendinite et péri-tendinite)	Mouvements pénibles et répétitifs effectués dans le cadre du travail avec évaluation de la posture de travail de la main par rapport à la charge
C.4.1 C.4.2	Tennis elbow (épicondylite latérale) Golfer's elbow (épicondylite médiale)	(a) Mouvements pénibles et répétitifs effectués dans le cadre du travail (b) Mouvements pénibles en postures inconfortables effectués dans le cadre du travail (c) Travail statique pénible
D.4	Jumper's knee (tendinite/tendinose patellaire)	Sauter/courir avec des départs et arrêts fréquents (accélération/décélération) en fléchissant et étendant le genou
C.5.1 C.5.2	Syndrome d'accrochage de l'épaule/ Syndrome de la coiffe des rotateurs/ Symptômes affectant le tendon du long biceps ou dégénérescence de ce tendon (tendinite du biceps, tendinite du chef long du muscle biceps brachial)	(a) Mouvements répétitifs et pénibles de l'épaule avec évaluation de la position du bras par rapport à la charge (b) Lever le bras en position statique avec un angle d'environ 60° ou plus
ESPAGNE		
2D0101	Épaule : pathologie chronique du tendon de la coiffe des rotateurs	Travaux effectués avec les coudes levés ou entraînant une tension des tendons ou de la bourse sous-acromiale, associés à des gestes visant à soulever ou atteindre ; utilisation continue du bras en abduction ou en flexion comme c'est le cas pour les peintres, les plâtriers et les monteurs de structures

.../...

.../...

CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
2D0201	Coude et avant-bras : épicondylite and épitrochléite	Travaux comportant des mouvements impliquant des sauts ou des secousses, une pronation et une supination répétées du bras contre résistance ainsi que des mouvements forcés de flexion-extension du poignet tels que ceux qui concernent : les bouchers, les poissonniers, les tanneurs, les athlètes, les mécaniciens, les tôliers, les chaudronniers, les maçons
2D0301	Poignet et main : tendinite du long abducteur et du court extenseur (tendinite de De Quervain), ténosynovite digitale sténosante (doigt en gâchette), ténosynovite du muscle long extenseur de l'hallux	Travaux comportant des mouvements de préhension nécessitant de la force avec torsions ou déviations ulnaires et radiales répétées de la main ainsi que des mouvements répétés et maintenus du poignet en extension
FINLANDE		
Loi MP (section 4a)	Tendinite Ténosynovite Epicondylite	Avant l'apparition des symptômes, le salarié a régulièrement effectué, dans le cadre du travail, des mouvements répétitifs qui étaient monotones ou nouveaux pour lui
FRANCE		
57A (épaule)	Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs 	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 
57A (épaule)	Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM	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
57B (coude)	Tendinopathie d'insertion des muscles épicondyléens associée ou non à un syndrome du tunnel radial 	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de pronosupination
57B (coude)	Tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens 	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation de la main et du poignet ou des mouvements de pronosupination
57C (poignet-main-doigt)	Tendinite	Travaux comportant de façon habituelle des mouvements répétés ou prolongés des tendons fléchisseurs ou extenseurs de la main et des doigts
57C (poignet-main-doigt)	Ténosynovite	Travaux comportant de façon habituelle des mouvements répétés ou prolongés des tendons fléchisseurs ou extenseurs de la main et des doigts
57D (genou)	Tendinite sous-quadrilatérale ou rotulienne Tendinite de la patte d'oie	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements répétés d'extension ou de flexion prolongée du genou
57E (cheville et pied)	Tendinite achilléenne	Travaux comportant de manière habituelle des efforts pratiqués en station prolongée sur la pointe des pieds

.../...

.../...

CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
ITALIE		
78 (membre supérieur)	Maladies dues à la surcharge biomécanique	
a	Tendinite du sus-épineux (M75.1)	Travaux, menés de manière non occasionnelle, qui comportent des mouvements répétés ou le maintien de postures inconfortables affectant l'épaule.
b	Tendinite du chef long du biceps (M75.2)	idem
c	Tendinite calcifiante (maladie de Duplay M75.3)	idem
e	Epicondylite (M77.0)	Travaux, menés de manière non occasionnelle, comportant des mouvements répétés de l'avant-bras, et/ou des mouvements de préhension de la main nécessitant de la force.
f	Epitrochléite (M77.1)	idem
h	Tendinite et péri-tendinite des fléchisseurs/extenseurs (pouce-doigt) (M65.8)	Travaux, menés de manière non occasionnelle, comportant des mouvements répétés et/ou des mouvements de préhension et/ou des postures pénibles de la main et des doigts.
i	Syndrome de De Quervain (M65.4)	idem
79 b (genou)	Tendinopathie du quadriceps fémoral (M76.8)	Travaux, menés de manière non occasionnelle, qui comportent des mouvements répétés d'extension ou de flexion du genou et/ou le maintien de postures pénibles.
SUISSE		
Liste	"Tendovaginites" (Peritendinitis crepitans)	
UE		
506.21 506.22 506.23	Maladies par surmenage - des gaines tendineuses - du tissu péri-tendineux - des insertions musculaires et tendineuses	

ATTEINTES OSTÉO-ARTICULAIRES - MÉNISCOPATHIES		
CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
ALLEMAGNE		
BK 2102	Lésions du ménisque	causées par une charge excessive sur les articulations du genou de façon continue ou répétée pendant plusieurs années
AUTRICHE		
BK 25	Lésions du ménisque	- pour les mineurs qui ont travaillé régulièrement au moins 3 ans au fond de la mine - pour les autres travailleurs qui ont travaillé régulièrement au moins 3 ans en position agenouillée ou accroupie
DANEMARK		
D.3	Lésion méniscale de l'articulation du genou	Travaux effectués en position accroupie dans un lieu exigu pendant plusieurs jours ou davantage
ESPAGNE		
2G0101	Lésions du ménisque causées par l'association de mécanismes de compression et de violentes torsions, entraînant des fissures ou des ruptures complètes	Travaux comportant des postures impliquant une hyperflexion du genou en étant accroupi pendant de longues périodes : c'est le cas pour le travail au fond de la mine, pour les électriciens, les carreurs, les parqueteurs, les plombiers
FRANCE		
79	Lésions chroniques du ménisque à caractère dégénératif, ainsi que leurs complications : fissuration ou rupture du ménisque	confirmées par examens complémentaires ou au cours de l'intervention curative
ITALIE		
79 c	Méniscopathe dégénérative	Travaux, menés de manière non occasionnelle, comportant des mouvements répétés d'extension ou de flexion du genou et/ou le maintien de postures pénibles
UE		
506.30	Lésions méniscales	consécutives à des travaux prolongés effectués en position agenouillée ou accroupie

ATTEINTES OSTÉO-ARTICULAIRES - BURSITES ET HYGROMAS



CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
ALLEMAGNE		
BK 2105	Maladies chroniques des bourses séreuses	causées par une pression constante
AUTRICHE		
BK 23	Maladies chroniques des bourses séreuses, [des gaines tendineuses et des tissus de glissement des tendons ainsi que des insertions tendineuses ou musculaires]	causées par une pression constante ou des vibrations continues
BELGIQUE		
1.606.11	Maladies des bourses périarticulaires, cellulites sous-cutanées	dues à des pressions
DANEMARK		
D.2	Dégénérescence inflammatoire de la bourse séreuse du genou (bursite)	Pression extérieure persistante pendant plusieurs jours ou davantage
J.1	Dégénérescence inflammatoire de la bourse séreuse autre que celle du genou (bursite)	Pression extérieure persistante pendant plusieurs jours ou davantage
ESPAGNE		
C	Maladies des bourses séreuses dues à la pression, cellulite sous-cutanée	
2C0101	Bursite chronique des tissus synoviaux ou des tissus sous-cutanés des zones d'appui du genou	Travaux nécessitant habituellement une posture impliquant que les genoux soient maintenus dans la même position comme c'est le cas dans le secteur des mines, de la construction, des services domestiques et pour les parqueteurs, les carreleurs, les jardiniers, les maçons, les polisseurs, les agriculteurs et autres professions similaires
2C0201	Bursite trochantérienne et bursite rétrocalcanéale, bursite de l'apophyse épineuse de C7 et bursite sous-acromio-deltoidienne	Travail dans les mines et travaux impliquant une pression continue dans les zones anatomiques mentionnées précédemment
2C0301	Face antérieure de la bursite ischiatique	Cordonniers et travaux nécessitant une pression continue sur la face antérieure de la cuisse
2C0401	Bursite de la malléole externe	Travaux de couture et travaux nécessitant une pression continue dans la région de la malléole externe
2C0501	Bursite présternale	Travaux de menuiserie et travaux nécessitant une pression continue dans la région présternale
2C0601	Hygroma chronique du coude	Travaux nécessitant un appui prolongé sur la face postérieure du coude
FINLANDE		
Liste	Bursite du genou	2016

.../...

.../...

CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
FRANCE		
57B (coude)	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
57D (genou)	Hygroma aigu des bourses séreuses ou atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appui du genou Hygroma chronique des bourses séreuses	Travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou
ITALIE		
78d (membre supérieur)	Bursite (M75.5)	Travaux, menés de manière non occasionnelle, comportant des mouvements répétés ou le maintien prolongé de postures pénibles affectant l'épaule
78g	Bursite olécranienne (M70.2)	Travaux, menés de manière non occasionnelle, comportant un appui prolongé sur la face postérieure du coude
79a (membre inférieur)	Bursite (M70.4)	Travaux menés de manière non occasionnelle comportant un appui prolongé sur le genou
SUISSE		
	Bursites chroniques	par pression constante
UE		
506.11 506.12 506.13	Bursite pré- et sous-rotulienne Bursite olécranienne Bursite de l'épaule	

ATTEINTES NEUROLOGIQUES AU NIVEAU DES MEMBRES

CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
ALLEMAGNE		
BK 2106	Lésion des nerfs par compression	
 BK 2113	Compression du nerf médian du canal carpien (syndrome du canal carpien)	causée par des gestes répétitifs impliquant une flexion et une extension des poignets, une sollicitation accrue des mains ou des vibrations main-bras Description des critères d'exposition (en allemand) : http://goo.gl/Io49Je
AUTRICHE		
BK 22	 Lésion des nerfs par compression	
BELGIQUE		
1.606.51	Atteinte de la fonction des nerfs due à la pression	
DANEMARK		
C.2	Syndrome du canal carpien	(a) Travaux effectués pendant longtemps avec des outils à main fortement vibratiles (vibrations transmises au système main-bras). (b) Travaux impliquant pendant longtemps une combinaison de mouvements répétés rapidement, pénibles et/ou difficiles sollicitant le poignet. (c) Travaux effectués pendant longtemps avec des objets entraînant une pression directe et persistante du nerf médian du canal carpien. (d) Comme complication d'une tendovaginite sur la partie fléchisseuse du poignet pouvant faire l'objet d'une reconnaissance sur la base de cette liste
C.3.2	Neuropathie périphérique des mains/doigts (<i>morbus alius nervorum periphericorum</i>)	
ESPAGNE		
F	Paralysies des nerfs dues à la pression	Travaux avec appui prolongé et répété, directement ou indirectement sur les coulisses fibreuses et provoquant des lésions nerveuses dues à la compression. Mouvements d'extrême hyperflexion et hyperextension
2F0101	Syndrome de la gouttière épitrochléo-oléocrânienne due à la compression du nerf cubital au coude	Travaux nécessitant un appui prolongé sur le coude
2F0201	Syndrome du canal carpien dû à la compression du nerf médian au poignet	Travaux nécessitant des mouvements répétés ou prolongés impliquant l'hyperflexion et l'hyperextension du poignet, des mouvements de préhension de la main comme c'est le cas pour les blanchisseurs, les coupeurs de tissus, de matières plastiques et de matières similaires, les travaux d'assemblage (électroniques, mécaniques), l'industrie textile, les abattoirs (bouchers, abatteurs), la restauration (serveurs, cuisiniers), les soudeurs, charpentiers, polisseurs, peintres
2F0301	Syndrome de la loge de Guyon dû à la compression du nerf cubital au poignet	Travaux impliquant une compression prolongée sur le poignet ou une pression répétée ou prolongée sur le talon de la main comme c'est le cas pour la traite des vaches, la gravure, la coupe et le polissage du verre, la cordonnerie, et également pour les bûcherons, les forgerons, les fourreurs, les lanceurs de poids, de disque et de javelot

.../...

.../...

CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
2F0401	Syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe dû à la compression de celui-ci au col du péroné	Travaux nécessitant d'être de manière prolongée en position accroupie comme c'est le cas pour les carriers, les carreleurs, les parqueteurs, les jardiniers et autres métiers similaires
2F0501	Paralysie des nerfs du serratus antérieur, de l'angulaire, des rhomboïdes et du circonflexe	Travaux nécessitant de porter de manière répétitive une charge sur le dos liée à des objets lourds et rigides, comme c'est le cas pour les déménageurs ou les travailleurs responsables de chargement et de déchargement et autres activités similaires
2F0601	Paralysie du nerf radial due à sa compression	Travaux impliquant une contraction répétée du long supinateur comme c'est le cas pour les conducteurs de voiture et les activités impliquant une pression chronique due à l'utilisation de ciseaux
FINLANDE		
Liste (section 3)	Polyneuropathie du membre supérieur	causée par des vibrations
Loi MP (section 4a)	Syndrome du canal carpien	Mouvements prolongés qui s'écartent sensiblement de la position centrale du poignet et qui exercent une pression sur le poignet
FRANCE		
57B (coude)	Syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne confirmé par électroneuromyographie (EMG)	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. Durée d'exposition d'au moins 90 jours
57C (poignet-main-doigt)	Syndrome du canal carpien	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
57C (poignet-main-doigt)	Syndrome de la loge de Guyon	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
57D (genou)	Syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe	Travaux comportant de manière habituelle une position accroupie prolongée
ITALIE		
78 I	Syndrome du canal carpien (G56.0) ; autres	Travaux menés de manière non occasionnelle comportant des mouvements répétés ou prolongés du pouce ou de préhension de la main, un maintien de postures inconfortables, une pression prolongée ou des impacts répétés sur la région du carpe
76 c	Maladies causées par des vibrations mécaniques transmises au système main-bras : neuropathies périphériques (nerf médian et nerf ulnaire)	Travaux menés de manière non occasionnelle comportant l'usage d'outils, équipements, machines et appareils qui transmettent des vibrations au système main-bras
SUISSE		
	Paralysies nerveuses périphériques par pression	
UE		
506.40	Paralysies des nerfs dues à la pression	
506.45	Syndrome du canal carpien	

2012

ATTEINTES NEUROLOGIQUES AU NIVEAU DU RACHIS

CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
ALLEMAGNE		
BK 2108	Discopathies de la colonne lombaire	provoquées par le port de charges lourdes pendant de nombreuses années ou par un travail effectué pendant de nombreuses années dans une posture impliquant une flexion extrême
BK 2110	Discopathies de la colonne lombaire	provoquées par des vibrations essentiellement verticales transmises au corps entier dans une position assise pendant de nombreuses années Condition légale inscrite sur la liste : "qui ont contraint la personne à cesser toutes les activités qui ont causé ou pourraient causer l'apparition, l'aggravation ou la récurrence de la maladie" Description détaillée des conditions d'exposition (en allemand) : http://goo.gl/YTvLaS http://goo.gl/X0I1sp
BK 2109	Discopathies de la colonne cervicale	provoquées par le port de charges lourdes sur l'épaule pendant de nombreuses années Condition légale inscrite sur la liste : "qui ont contraint la personne à cesser toutes les activités qui ont causé ou pourraient causer l'apparition, l'aggravation ou la récurrence de la maladie"
BELGIQUE		
1.605.03	Syndrome mono ou polyradiculaire objectivé de type sciatique, syndrome de la queue de cheval ou syndrome du canal lombaire étroit	- consécutif à une hernie discale dégénérative provoquée par le port de charges lourdes ou par des vibrations mécaniques transmises au corps par le siège, à la condition que le syndrome radiculaire se produise pendant l'exposition au risque professionnel ou, au plus tard, un an après la fin de cette exposition, ou - consécutif à une spondylose-spondylarthrose dégénérative précoce au niveau L4-L5 ou L5-S1, provoquée par le port de charges lourdes ou par des vibrations mécaniques transmises au corps par le siège Critères pour le diagnostic et l'évaluation de l'exposition au risque professionnel : http://goo.gl/iNHFB
DANEMARK		
B.1	Lombalgies chroniques accompagnées de douleur (lombalgie/sciatique, prolapsus d'un disque lombaire, lombalgie dégénérative)	(a) Port de charges sollicitant le dos impliquant de soulever/tirer vers le haut des objets lourds à raison de nombreuses tonnes par jour pendant de nombreuses années (b) Port de charges sollicitant le dos, les charges étant généralement extrêmement lourdes et les opérations de levage difficiles, à raison de plusieurs tonnes par jour pendant de nombreuses années (c) Travail sollicitant le dos dans le secteur des soins impliquant quotidiennement de nombreuses manutentions d'adultes ou d'adolescents handicapés pendant de nombreuses années. (d) Sollicitation du dos, exposition quotidienne à des vibrations transmises au corps entier par des véhicules fortement vibratiles pendant de nombreuses années




.../...

.../...

CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
FRANCE		
tab 97	Affections chroniques du rachis lombaire : - Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante - Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante	provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier Durée d'exposition de 5 ans Liste limitative de travaux : travaux exposant habituellement aux vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier : - par l'utilisation ou la conduite des engins et véhicules tout terrain : chargeuse, pelleuse, chargeuse-pelleuse, niveleuse, rouleau vibrant, camion tombereau, décapeuse, chariot élévateur, chargeuse sur pneus ou chenilleuse, bouteur, tracteur agricole ou forestier ; - par l'utilisation ou la conduite des engins et matériels industriels : chariot automoteur à conducteur porté, portique, pont roulant, grue de chantier, crible, concasseur, broyeur ; - par la conduite de tracteur routier et de camion monobloc.
tab 98	Affections chroniques du rachis lombaire : - Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante - Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante	provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes Durée d'exposition de 5 ans Liste limitative de travaux : travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués dans : - le fret routier, maritime, ferroviaire, aérien ; - le bâtiment, le gros œuvre, les travaux publics ; - les mines et carrières ; - le ramassage d'ordures ménagères et de déchets industriels ; - le déménagement, les garde-meubles ; - les abattoirs et les entreprises d'équarrissage ; - le chargement et le déchargement en cours de fabrication, dans la livraison, y compris pour le compte d'autrui, le stockage et la répartition des produits industriels et alimentaires, agricoles et forestiers ; - le cadre des soins médicaux et paramédicaux incluant la manutention de personnes ; - le cadre du brancardage et du transport des malades ; - les travaux funéraires
ITALIE		
77	Hernie discale lombaire	a) Travaux menés de manière non occasionnelle avec des machines exposant à des vibrations transmises au corps entier : machines de transports de matériaux, tracteurs, grues portuaires, chariots élévateurs, bateaux de pêche côtière ou en haute mer. b) Travaux menés de manière non occasionnelle de manutention manuelle de charges en l'absence de dispositifs d'aide appropriés
UE		
2.502*	Discopathies de la colonne dorsolombaire	causées par des vibrations verticales répétées de l'ensemble du corps

* Liste complémentaire de maladies dont l'origine professionnelle est soupçonnée, qui devraient faire l'objet d'une déclaration et dont l'inscription dans l'annexe I de la liste européenne pourrait être envisagée dans le futur

ATTEINTES VASCULAIRES ET TROUBLES ANGIONEUROTIQUES

CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
ALLEMAGNE		
BK 2103	Maladies causées par les vibrations	lors de travaux effectués avec des outils à air comprimé ou des outils ou des machines similaires
BK 2104	Troubles circulatoires des mains	dus aux vibrations Condition légale inscrite sur liste : "qui ont contraint la personne à cesser toute activité qui a causé ou pourrait causer l'apparition, l'aggravation ou la récurrence de la maladie"
BK 2114 	Lésion des vaisseaux de la main (syndrome du marteau hypothénar et syndrome du marteau thénarien)	survenant sous l'effet d'une force provoquée par un choc
AUTRICHE		
BK 20	Troubles circulatoires des mains dus aux vibrations et autres maladies dues aux vibrations 	liés à des travaux impliquant l'utilisation d'outils à air comprimé ou d'outils et de machines ayant des effets similaires (comme les scies à moteur, par exemple) ou à des travaux effectués avec des machines à marteler
BELGIQUE		
1.605.02	Affections angioneurotiques des membres supérieurs	provoquées par les vibrations mécaniques
1.608 	Thrombose ou anévrisme de l'artère ulnaire au niveau de l'éminence hypothénar, accompagné d'un syndrome angioneurotique ou d'ischémie (syndrome du marteau hypothénar)	provoqué(e) par une percussion répétitive avec ou sur l'éminence hypothénar
DANEMARK		
C.3.1	Syndrome du doigt mort dû aux vibrations (syndrome de Raynaud, maladie de Raynaud)	provoqué par des travaux effectués avec des outils à main fortement vibratiles (vibrations main-bras)
ESPAGNE		
2B0101 2B0102 2B0103	Atteintes angioneurotiques/vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> Travaux qui les provoquent : vibrations transmises à la main et au bras par un grand nombre de machines ou des objets se trouvant sur une surface vibrante (domaine de fréquences compris entre 25 et 250 Hz) tels que les marteaux pneumatiques, les machines de découpe à l'emporte-pièce, les perceuses, les sondeuses à percussion, les vrilles, les polisseuses, les meuleuses, les scies mécaniques, les débroussailleuses. Utilisation de riveteuses et de pistolets de scellement. Travaux entraînant de manière répétée l'appui du talon de la main, impliquant des coups sur un plan fixe, rigide, tels que des coups transmis à l'éminence hypothénar par un outil percutant.
FINLANDE		
Liste (section 3)	Syndrome du doigt blanc	causé par des vibrations

.../...

.../...

CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
FRANCE		
69 C	Atteinte vasculaire cubito-palmaire en règle unilatérale (syndrome du marteau hypothénar) entraînant un phénomène de Raynaud ou des manifestations ischémiques des doigts confirmée par l'artériographie objectivant un anévrisme ou une thrombose de l'artère cubitale ou de l'arcade palmaire superficielle	Travaux exposant habituellement à l'utilisation du talon de la main en percussion directe itérative sur un plan fixe ou aux chocs transmis à l'éminence hypothénar par un outil percuté ou percutant.
69 A 2)	Troubles angioneurotiques de la main, prédominant à l'index et au médius, pouvant s'accompagner de crampes de la main et de troubles prolongés de la sensibilité et confirmés par des épreuves fonctionnelles objectivant le phénomène de Raynaud	Exposition de 5 ans Travaux exposant habituellement aux vibrations transmises par : a) Les machines outils tenues à la main, notamment : - les machines percutantes, telles que les marteaux-piqueurs, les burineurs, les bouchardeuses et les fouloirs ; - les machines rotopercutantes, telles que les marteaux perforateurs, les perceuses à pression et les clés à choc ; - les machines rotatives, telles que les polisseuses, les meuleuses, les scies à chaîne, les tronçonneuses et les débroussailleuses ; - les machines alternatives, telles que les ponceuses et les scies sauteuses. b) Les outils tenus à la main associés à certaines machines précitées, notamment dans les travaux de burinage. c) Les objets tenus à la main en cours de façonnage, notamment dans les travaux de meulage et de polissage et les travaux sur machine à rétreindre.
ITALIE		
76 a	Maladies causées par des vibrations mécaniques transmises au système main-bras : Syndrome de Raynaud	Travaux menés de manière non occasionnelle comportant l'usage d'outils, équipements, machines et appareils qui transmettent des vibrations au système main-bras.
SUISSE		
	Maladies dues aux vibrations	(seulement les actions démontrables au point de vue radiologique sur les os et les articulations, actions sur la circulation périphérique)
UE		
505.02	Maladies angioneurotiques	Provoquées par les vibrations mécaniques

AUTRES TMS		
CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
ALLEMAGNE		
BK 2112	Gonarthrose	causée par des travaux effectués à genoux ou dans une posture sollicitant les genoux de manière comparable avec une exposition professionnelle cumulée d'au moins 13 000 heures et une durée d'exposition minimale d'une heure par poste
BELGIQUE		
1.605.01	Affections ostéo-articulaires des membres supérieurs	provoquées par des vibrations mécaniques
DANEMARK		
C.3.3	Arthrite dégénérative du coude ou du poignet (arthrose primaire/ou autres formes spécifiques d'arthrose)	
D.1	Arthrite dégénérative de l'articulation du genou	Travaux effectués en position agenouillée ou accroupie pendant de nombreuses années
B.3	Arthrite dégénérative des articulations des hanches	Opérations de levage sollicitant la hanche et impliquant de porter de nombreuses charges lourdes à raison de plusieurs tonnes par jour pendant de nombreuses années
B.2	Douleur chronique du cou et de l'épaule (syndrome du défilé cervico-brachial)	Mouvements répétés rapidement de l'épaule/arrière-bras, éventuellement combinés à une flexion du cou et/ou un port de charges lourdes sur le cou et l'épaule pendant de nombreuses années
ESPAGNE		
2B0201 2B0202 2B0203	Atteintes ostéo-articulaires	Travaux qui les provoquent : <ul style="list-style-type: none"> • Vibrations transmises à la main et au bras par un grand nombre de machines ou des objets se trouvant sur une surface vibrante (domaine de fréquences compris entre 25 et 250 Hz) tels que ceux où la machine est tenue à la main et transmet des vibrations comme les marteaux pneumatiques, les machines de découpe à l'emporte-pièce, les perceuses, les sondeuses à percussion, les vrilles, les polisseuses, les meuleuses, les scies mécaniques, les débroussailleuses. • Utilisation de riveteuses et de pistolets de scellement. • Travaux entraînant de manière répétée l'appui du talon de la main, impliquant des coups sur un plan fixe, rigide, tels que des coups transmis à l'éminence hypothénar par un outil percutant
FRANCE		
69 A et B	Arthrose du coude comportant des signes radiologiques d'ostéophytes Ostéonécrose du semi-lunaire (maladie de Kienböck) Ostéonécrose du scaphoïde carpien (maladie de Kølher) Affections confirmées par des examens radiologiques	Travaux exposant habituellement aux vibrations transmises par : <p>a) Les machines-outils tenues à la main, notamment : - les machines percutantes, telles que les marteaux-piqueurs, les burineurs, les bouchardeuses et les fouloirs ; - les machines rotopercutantes, telles que les marteaux perforateurs, les perceuses à pression et les clés à choc ; - les machines rotatives, telles que les polisseuses, les meuleuses, les scies à chaîne, les tronçonneuses et les débroussailleuses ; - les machines alternatives, telles que les ponceuses et les scies sauteuses</p> <p>b) Les outils tenus à la main associés à certaines machines précitées, notamment dans les travaux de burinage</p> <p>c) Les objets tenus à la main en cours de façonnage, notamment dans les travaux de meulage et polissage et les travaux sur machine à rétreindre</p> <p>Travaux exposant habituellement aux chocs provoqués par l'utilisation manuelle d'outils percutants : - travaux de martelage, tels que travaux de forge, tôlerie, chaudronnerie et travail du cuir ; - travaux de terrassement et de démolition ; - utilisation de pistolets de scellement ; - utilisation de cloueuses et de riveteuses</p>

.../...

.../...

CODE RUBRIQUE	PATHOLOGIE	CONDITIONS LIÉES À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE
ITALIE		
76 b	Maladies causées par des vibrations mécaniques transmises au système main-bras : ostéo-arthropathie (pouce, coude, épaule)	Travaux, menés de manière non occasionnelle, impliquant l'usage d'outils, équipements, machines et appareils qui transmettent des vibrations au système main-bras
SUISSE		
	Maladies dues aux vibrations	(seulement les actions démontrables au point de vue radiologique sur les os et les articulations, actions sur la circulation périphérique)
UE		
505.01	Maladies ostéo-articulaires des mains et des poignets	Provoquées par les vibrations mécaniques

EUROGIP est un groupement d'intérêt public (GIP) créé en 1991 au sein de l'Assurance maladie - risques professionnels française. Ses activités ont toutes pour dénominateur commun la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ou l'assurance contre ces risques au plan international et en particulier européen. Elles s'articulent autour de six pôles : enquêtes et études, projets communautaires, information, relations publiques et communication, coordination d'experts normalisation en sécurité-santé au travail, coordination des organismes notifiés pour les machines et les équipements de protection individuelle.

www.eurogip.fr

Créé en 1992, le **Forum européen de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles** a pour objectif de promouvoir et de sauvegarder le principe d'une telle assurance. De plus, il veille activement les processus de convergence entre les systèmes en vigueur en Europe. Depuis juin 2016, le Forum européen compte des organisations membres de 21 pays : Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, Espagne, Suède et Suisse.

www.europeanforum.org

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle faite sans le consentement d'EUROGIP est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction, par un art ou un procédé quelconque (art. L 122-4 du code de la propriété intellectuelle). La violation des droits d'auteur constitue une contrefaçon punie d'un emprisonnement de trois ans et d'une amende de 300 000 euros (art. L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle)

Troubles musculosquelettiques : quelle reconnaissance en maladies professionnelles ? Étude sur dix pays européens

Paris : EUROGIP - Réf. Eurogip-120/F - 2016 - 21 x 29,7 cm - 70 pages - ISBN : 979-10-91290-76-0

Directeur de la publication : Raphaël HAEFLINGER

Auteur de l'enquête et rédaction du rapport : Christine KIEFFER (kieffer@eurogip.fr) en collaboration avec des membres du Forum européen

Crédit photos : INRS

51, avenue des Gobelins - F-75013 Paris

Tel. +33 0 1 40 56 30 40

eurogip@eurogip.fr

