

**Décret n° 91-877 du 3 septembre 1991
révisant et complétant les tableaux de maladies
professionnelles**

annexés au livre IV du code de la Sécurité sociale
relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles
(*J.O.* du 7 septembre 1991)

Le décret n° 91-877 du 3 septembre 1991 apporte les modifications suivantes :

- *rectification d'un certain nombre de termes dans les tableaux n°s 1 et 52 ;*
- *remplacement de l'ancien tableau pour les tableaux :*
 - *n° 16 bis « Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille (comprenant les fractions de distillation dites phénoliques, naphthaléniques, acénaphthéniques, anthracéniques et chryséniques), les brais de houille et les suies de combustion du charbon »,*
 - *n° 42 « Surdité provoquée par les bruits lésionnels »,*
 - *n° 57 « Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail »,*
 - *n° 69 « Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes »,*
 - *n° 79 « Lésions chroniques du ménisque »;*
- *adjonction d'un nouveau tableau :*
 - *n° 71 bis « Affections oculaires dues au rayonnement thermique associé aux poussières ».*

Chacun des nouveaux tableaux (remplacement ou adjonction) est présenté ci-après, sur une feuille indépendante, accompagné d'un commentaire rédigé par le Dr R. AUDRAN, chef du service « Etudes et assistance médicales » de l'INRS Paris.

Tableau n° 1

Les modifications suivantes ont été apportées au tableau n° 1.

- Les termes « *taux d'acide delta aminolévulinique urinaire supérieur à 15 microgrammes/gramme de créatinine* » figurant dans les rubriques A et C de la colonne « Désignation des maladies », sont remplacés par les suivants : « *taux d'acide delta aminolévulinique urinaire supérieur à 15 milligrammes/gramme de créatinine* ».

Tableau n° 52

Les modifications suivantes ont été apportées au tableau n° 52.

- L'intitulé du tableau est remplacé par le suivant : « *Affections provoquées par le chlorure de vinyle monomère* ».

Tableau n° 16 bis

L'ancien tableau n° 16 bis est remplacé par le suivant.

TABLEAU N° 16 bis

Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille (comprenant les fractions de distillation dites phénoliques, naphthaléniques, acénaphthéniques, anthracéniques et chryséniques), les brais de houille et les suies de combustion du charbon

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
- A - Épithéliomas primitifs de la peau.	20 ans	Travaux comportant la manipulation et l'emploi des goudrons, huiles et brais de houille. Travaux de ramonage et d'entretien de chaudières et de cheminées exposant aux suies de combustion du charbon.
- B - Cancer broncho-pulmonaire primitif reconnu en relation avec les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Travaux du personnel de cokerie directement affecté à la marche et à l'entretien des fours. Travaux exposant habituellement à l'inhalation ou à la manipulation des produits précités : - dans les usines à gaz; - lors de la fabrication de l'aluminium par électrolyse selon le procédé à anode continue (procédé Söderberg). Travaux de coulée en fonderie de fonte ou d'acier mettant en œuvre des liants à base de minéraux ou de brais. Travaux de ramonage.
- C - Tumeurs bénignes ou malignes de la vessie.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Travaux comportant l'emploi et la manipulation des produits précités lors de la fabrication de l'aluminium par électrolyse selon le procédé à anode continue (procédé Söderberg).

Commentaires

Lors des commentaires effectués après la création du tableau n° 16 bis (décret n° 88-575 du 6 mai 1988) (1), les raisons pour lesquelles un accord n'avait pu être trouvé au sein de la Commission spécialisée des maladies professionnelles du Conseil supérieur pour la prévention des risques professionnels pour y inscrire les cancers broncho-pulmonaires et les cancers de la vessie, avaient été précisées.

Le groupe de travail animé par le rapporteur, M. LIMASSET (INRS), a donc poursuivi ses travaux qui ont permis d'aboutir à l'adjonction de ces affections.

1. Ont été bien entendu maintenus :

les épithéliomas primitifs de la peau, sans modification de la liste des travaux et du délai de prise en charge (20 ans) de ces affections.

2. Ont été ajoutés

● **le cancer broncho-pulmonaire primitif**, lorsqu'il est « reconnu en relation avec les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon ».

Cette nouvelle formulation : « reconnu en relation avec... » est différente de celle retenue dans les spécifications du tableau n° 30 relatif à l'amiante et qui était « médicalement caractérisée ». En effet, dans ce dernier cas (amiante), le rapporteur avait précisé que la relation de causalité pouvait être établie à partir de critères étiologiques (exposition dûment authentifiée) et de critères biologiques (fibrose pulmonaire, plaques pleurales et corps asbestosiques).

(1) Paru dans *Cahiers de Notes Documentaires*, 1988, 132, ND 1694, et dans *Documents pour le Médecin du Travail*, 1988, 35, TK 3.

Dans le cas présent, du fait de l'absence de critères biologiques spécifiques susceptibles d'accompagner le diagnostic de cancer broncho-pulmonaire primitif, le critère étiologique lié à l'exposition et spécialement à sa durée (10 ans) doit prendre une importance et un poids majeurs parmi les antécédents à prendre en compte dans la reconnaissance de la maladie.

A notre avis, cette appréciation médicale pourrait découler de l'avis conjoint du médecin conseil de la Sécurité sociale, du pneumologue et du médecin du travail.

Les travaux ont été retenus à partir des critères métrologiques et de critères épidémiologiques fournis par le rapporteur :

– **Les personnels de cokerie directement affectés à la marche et à l'entretien des fours** sont soumis à des expositions au benzo[a]pyrène souvent supérieures à 150 ng.m⁻³. Plusieurs études épidémiologiques, dont une française, font apparaître lors de ces expositions un excès de cancer du poumon tout à fait significatif. L'enquête américaine, numériquement la plus importante, précise en outre le risque relatif en fonction du temps et de l'intensité de l'exposition.

– En ce qui concerne **les usines à gaz**, une enquête anglaise menée sous l'égide du Pr DOLL et une enquête allemande très rigoureuse menée sous la direction du Pr MANTZ à Hambourg montrent clairement l'excès de cancer des voies respiratoires lié à l'exposition aux vapeurs de goudron lors de la gazéification de la houille.

Cette activité, même si elle a cessé en France, a été prise en compte car elle peut concerner éventuellement d'anciens employés d'usines à gaz, le délai de prise en charge étant de 30 ans.

– **La fabrication de l'aluminium par électrolyse selon le procédé à anode continue** (procédé Söderberg) soumet les salariés à des expositions souvent importantes de benzo[a]pyrène (études métrologiques INRS, notamment). De plus, des études épidémiologiques convergentes d'origines russe, américaine, canadienne et norvégienne font apparaître un excès significatif de cancers du poumon et une augmentation de leur incidence avec la durée d'exposition. Le procédé à anode pré-cuite n'est pas concerné par ce tableau.

– **Les travaux de coulée en fonderie de fonte ou d'acier** exposant particulièrement au benzo[a]pyrène quand ils mettent en œuvre des liants à base de « noirs minéraux » (et non pas « minéraux » comme indiqué dans le tableau) et de brais, ainsi qu'en témoignent les données recueillies par l'INRS dans ce secteur d'activités. D'ailleurs, de très nombreuses études épidémiologiques ont amené le Centre international de recherche sur le cancer à classer ces travaux dans le groupe 1 (agent cancérigène pour l'homme).

– Enfin, **les travaux de ramonage**, connus depuis longtemps pour leurs dangers cutanés (Percival Pott), se sont révélés, notamment à la suite d'enquêtes suédoise et danoise, capables d'entraîner une mortalité par cancer du poumon significativement accrue. L'enquête suédoise démontre en outre une corrélation positive avec le nombre d'années d'emploi.

• Les tumeurs bénignes et malignes de la vessie

Les tumeurs vésicales, qu'elles soient d'origine professionnelle ou non, ne se traduisent par aucune différence clinique.

L'hématurie en est généralement le premier signe, elle entraîne alors des examens complémentaires à la recherche d'une tumeur bénigne ou maligne. Deux enquêtes canadiennes ont bien mis en évidence un excès significatif de tumeurs de la vessie chez les salariés exposés lors de la fabrication de l'aluminium par le procédé Söderberg et une relation non moins significative avec le temps d'exposition.

Il importe que la prévention technique et médicale soit à la mesure de la gravité des affections en cause. Cette prévention passe par :

- l'information des employeurs et des salariés concernés,
- le contrôle systématique des atmosphères de travail,
- le développement de dispositifs de captage des fumées,
- la mise à la disposition éventuelle de matériels de protection respiratoire adaptés au risque,
- la surveillance médicale, et particulièrement pulmonaire, des personnels exposés (examens radiologiques, exploration fonctionnelle).

A cet égard, il est utile de se référer aux recommandations adoptées par différents comités techniques nationaux⁽²⁾ et notamment :

- R 235 : Risques pathologiques dus à l'exposition au brai de houille dans l'industrie de l'aluminium, l'électrometallurgie, l'électrochimie et la fabrication de carbure et de siliciure de calcium,
- R 245 : Préparation de pâtes carbonées à base de brai et goudron de houille,
- R 258 : Elaboration du brai de houille (prévention des risques pathologiques),
- R 278 : Exposition aux brai et goudrons de houille (lors de la fabrication, la manipulation et l'utilisation des produits en contenant),
- R 313 : Travail dans les cokeries,
- R 350 : Prévention des risques dus aux produits chimiques en fonderie.

⁽²⁾ Ces documents peuvent être demandés au service diffusion de l'INRS, en mentionnant le n° de recommandation.

Tableau n° 42

L'ancien tableau n° 42 est remplacé par le suivant.

TABLEAU N° 42

Surdité provoquée par les bruits lésionnels

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
<p>Déficit audiométrique bilatéral par lésion cochléaire irréversible. Ce déficit est évalué par une audiométrie effectuée de trois semaines à un an après cessation de l'exposition aux bruits lésionnels, en cabine insonorisée avec un audiom�tre calibré.</p> <p>Cette audiométrie doit être tonale et vocale et faire apparaître au minimum sur la meilleure oreille un déficit moyen de 35 décibels, calculé en divisant par 10 la somme des déficits mesurés sur les fréquences 500, 1 000, 2 000 et 4 000 hertz, pondérés respectivement par les coefficients 2, 4, 3 et 1.</p> <p>Aucune évolution de ce déficit ne peut être prise en compte après l'expiration du délai de prise en charge, sauf en cas de nouvelle exposition au risque.</p>	<p>1 an après cessation de l'exposition au risque acoustique (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an, réduite à trente jours en ce qui concerne la mise au point des propulseurs, réacteurs et moteurs thermiques).</p>	<p>Travaux exposant aux bruits lésionnels provoqués par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les travaux sur métaux par percussion, abrasion ou projection tels que : <ul style="list-style-type: none"> - le décolletage, l'emboutissage, l'estampage, le broyage, le fraisage, le martelage, le burinage, le rivetage, le laminage, l'étirage, le tréfilage, le découpage, le sciage, le cisailage, le tronçonnage; - l'ébarbage, le meulage, le polissage, le gougeage par procédé arc-air, la métallisation; - le câblage, le toronnage et le bobinage de fils d'acier; - l'utilisation de marteaux et perforateurs pneumatiques; - la manutention mécanisée de récipients métalliques; - les travaux de verrerie � proximité des fours, machines de fabrication, broyeurs et concasseurs; l'embouteillage; - le tissage sur métiers ou machines à tisser; - la mise au point, les essais et l'utilisation des propulseurs, réacteurs, moteurs thermiques, groupes électrogènes, groupes hydrauliques, installations de compression ou de détente fonctionnant à des pressions différentes de la pression atmosphérique, ainsi que des moteurs électriques de puissance comprise entre 11 kW et 55 kW s'ils fonctionnent à plus de 2 360 tours par minute, de ceux dont la puissance est comprise entre 55 kW et 220 kW s'ils fonctionnent à plus de 1 320 tours par minute et de ceux dont la puissance dépasse 220 kW; - l'emploi ou la destruction de munitions ou d'explosifs; - l'utilisation de pistolets de scellement; - le broyage, le concassage, le criblage, le sciage et l'usinage de pierres et de produits minéraux; - les procédés industriels de séchage des matières organiques par ventilation; - l'abattage, le tronçonnage et l'ébranchage mécaniques des arbres; - l'emploi des machines à bois en atelier : scies circulaires de tous types, scies à ruban, dégauchisseuses, raboteuses, toupies, machines à fraiser, tenonneuses, mortaiseuses, mouluri�res, plaqueuses de chants intégrant des fonctions d'usinage, défonceuses, ponceuses, clouteuses; - l'utilisation d'engins de chantier : boteurs, d�capeurs, chargeuses, moutons, pelles mécaniques, chariots de manutention tous terrains; - le broyage, l'injection et l'usinage des matières plastiques et du caoutchouc; - le travail sur les rotatives dans l'industrie graphique; - la fabrication et le conditionnement mécanisé du papier et du carton; - l'emploi de matériel vibrant pour l'élaboration de produits en béton; - les essais et la réparation en milieu industriel des appareils de sonorisation; - les travaux de moulage sur machines à secousses et de décochage sur grilles vibrantes; - la fusion en four industriel par arcs électriques; - les travaux sur ou à proximité des aéronefs dont les moteurs sont en fonctionnement dans l'enceinte d'aérodromes et d'aéroports; - l'exposition à la composante audible dans les travaux de soudage par ultrasons des matières plastiques.

Commentaires

Les spécifications du tableau n° 42 ont fait l'objet d'assez profondes modifications.

Il était apparu en effet que la dernière version publiée en 1981 faisait l'objet de difficultés d'interprétation, liées d'une part à la définition médicale de la surdité professionnelle et aux modalités de calcul du déficit audiométrique, d'autre part au caractère devenu trop restrictif de la liste limitative des travaux, à la suite d'observations sonométriques et audiométriques réalisées au cours de ces dernières années.

Aussi mission avait été confiée au Pr PIALOUX (1) de faire des propositions d'aménagements de ce tableau.

Sous sa direction, deux groupes de travail ont été créés, l'un chargé de réviser la partie proprement médicale, l'autre chargé de procéder à un balayage et une mise à jour de la liste des travaux.

D'où les modifications suivantes.

1. Concernant la désignation des maladies

La définition de la maladie a été simplifiée et limitée au *déficit audiométrique bilatéral par lésion cochléaire irréversible*.

La notion de non-aggravation après cessation de l'exposition au bruit, très controversée, a été supprimée.

Il en résulte que l'évaluation de la surdité est réalisée à partir d'une audiométrie tonale et vocale pratiquée dans un délai de 3 semaines à un an après la fin de l'exposition, les bases du calcul du déficit restant inchangées.

Il en résulte aussi que ne saurait être prise en compte une aggravation du déficit après l'expiration du délai de prise en charge, sauf, bien entendu, s'il y avait nouvelle exposition au risque qui nécessiterait alors une nouvelle audiométrie tonale et vocale, réalisée dans les mêmes conditions que précédemment.

2. Concernant la liste des travaux

La mise à jour a été coordonnée, sous l'égide de l'INRS, à partir des résultats provenant des enquêtes menées par l'institut, les services de prévention des Caisses régionales d'assurance maladie et de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ainsi que des observations audiométriques et sonométriques faites par des médecins du travail, qui n'avaient pas pu déboucher sur des réparations, les travaux en cause ne figurant pas dans la liste limitative établie en 1981.

Ainsi ont été ajoutés les travaux suivants :

- câblage, toronnage et bobinage des fils d'acier,
- tissage sur métiers ou machines à tisser,
- ébranchage mécanique des arbres,
- utilisation de chariots de manutention tous terrains (engins de chantier),
- moulage sur machines à secousse et décochage sur grilles vibrantes,
- fusion en fours industriels par arcs électriques,
- travaux à proximité des aéronefs dont les moteurs sont en fonctionnement dans l'enceinte d'aérodromes ou d'aéroports,
- travaux de soudage par ultrasons des matières plastiques (exposition à la composante audible).

Ont été d'autre part mieux définis :

- les travaux de mise au point, d'essais et d'utilisation des moteurs électriques. En effet leur puissance et leur vitesse de rotation sur la base d'une norme française relative aux limites de bruit de machines électriques tournantes ont été prises en compte. Le bien fondé des choix ainsi opérés méritera d'être confirmé ;
- les travaux sur machines à bois en atelier : l'énumération des machines en cause, si elle est exhaustive, peut être utile aux employeurs et aux salariés pour mieux situer les risques encourus ;
- les travaux d'essais et de réparation des appareils définis précédemment comme sonores : il est précisé qu'il s'agit des appareils de sonorisation mis en œuvre en milieu industriel.

Restent en suspens un certain nombre de travaux et de processus de travail, notamment dans le secteur de l'industrie textile, qui devront faire l'objet d'études complémentaires destinées à affiner les résultats à la fois sonométriques et audiométriques. Les services de recherche de l'INRS, pour leur part, poursuivront leurs investigations en liaison avec les services de prévention des Caisses régionales d'assurance maladie, les services de médecine du travail et les entreprises concernées.

De leur côté, les médecins doivent s'attacher par une surveillance audiométrique permanente et par l'établissement de corrélations entre résultats audiométriques et sonométriques à déterminer les sources de bruit particulièrement nocives.

A cette surveillance médicale pour laquelle, dans les années à venir, on devrait disposer d'appareillages de plus en plus performants, doit s'associer une prévention technique efficace, dans laquelle l'acoustique prévisionnelle prendra une place de plus en plus importante.

(1) Professeur honoraire en oto-rhino-laryngologie.

Tableau n° 57

L'ancien tableau n° 57 est remplacé par le suivant.

TABLEAU N° 57

Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
- A - <i>Épaule</i>		
Épaule douloureuse simple (tendinopathie de la coiffe des rotateurs).	7 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule.
Épaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple rebelle.	90 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule.
- B - <i>Coude</i>		
Épicondylite.	7 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de supination et pronosupination.
Épitrochléite.	7 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation de la main et du poignet ou des mouvements de supination et pronosupination.
Hygromas : - hygroma aigu des bourses séreuses ou atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude; - hygroma chronique des bourses séreuses.	7 jours 90 jours	Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude. Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.
Syndrome de la gouttière épitrochléo-olécrânienne (compression du nerf cubital).	90 jours	Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.
- C - <i>Poignet - Main et doigt</i>		
Tendinite.	7 jours	Travaux comportant de façon habituelle des mouvements répétés ou prolongés des tendons fléchisseurs ou extenseurs de la main et des doigts.
Ténosynovite.	7 jours	
Syndrome du canal carpien.	30 jours	Travaux comportant de façon habituelle, soit des mouvements répétés ou prolongés d'extension du poignet ou de préhension de la main, soit un appui carpien, soit une pression prolongée ou répétée sur le talon de la main.
Syndrome de la loge de Guyon.	30 jours	
- D - <i>Genou</i>		
Syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe.	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle une position accroupie prolongée.
Hygromas : - hygroma aigu des bourses séreuses ou atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appui du genou; - hygroma chronique des bourses séreuses.	7 jours 90 jours	Travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou. Travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou.
Tendinite sous-quadricipitale ou rotulienne.	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements répétés d'extension ou de flexion prolongées du genou.
Tendinite de la patte d'oie.	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements répétés d'extension ou de flexion prolongées du genou.
- E - <i>Cheville et pied</i>		
Tendinite achilléenne.	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle des efforts pratiqués en station prolongée sur la pointe des pieds.

Commentaires

1. Le tableau n° 57, publié sous le titre « Affections professionnelles périarticulaires » et dont la dernière version remontait à 1982, s'était assez rapidement révélé, à la suite de nombreuses publications consacrées à ces affections, incomplet et restrictif.

Aussi la Commission spécialisée du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels avait-elle confié à Mme le Pr TEYSSIER-COTTE (1) la charge de faire des propositions de révision de ce tableau.

Le rapport présenté et les discussions qui ont suivi, et dans lesquelles sont intervenus plusieurs spécialistes en rhumatologie, ont bien montré qu'il n'était pas toujours facile de s'accorder sur la nature des maladies à retenir et des processus de travail à prendre en compte.

Il n'est sans doute pas inutile de rappeler quelques points qui ont servi de base à la refonte du tableau.

Sur le plan nosologique (définition, classification et caractérisation des affections en cause), on parle :

- d'**hygromas** et de **bursites** quand il s'agit d'atteinte des bourses séreuses (membranes facilitant les mouvements des organes auxquels elles sont annexées, en l'occurrence spécialement des articulations) ;
- de **capsulite** lorsqu'il y a atteinte du manchon fibreux destiné à maintenir le contact des surfaces articulaires ;
- de **syndromes canaux** lorsqu'il s'agit de compression d'un nerf dans sa loge anatomique, ces syndromes étant d'ailleurs souvent désignés à partir de leur localisation ; syndrome du canal carpien, syndrome de la loge de Guyon...
- de **tendinopathies**, de **tendinites**, de **ténosynovites** et **ténopériostites** quand il s'agit d'inflammations d'un tendon ou de la gaine qui l'entoure ou encore du tissu osseux adjacent.

Il faut noter que l'objectivation des affections rencontrées ne se fait la plupart du temps qu'à partir de données subjectives basées essentiellement sur la douleur, sans que puissent être généralement mis en évidence des signes radiologiques, échographiques ou tomodynamiques (scanner). On s'accorde néanmoins à reconnaître que dans les années à venir l'IRM (imagerie par résonance magnétique nucléaire) deviendra sans doute une grande source d'information pour cette pathologie des tissus mous.

Sur le plan étiologique (mécanisme causal des affections retenues), on admet dans le cas présent que les **mouvements incriminés** appartiennent à la triade classique :

- **posture** (postures extrêmes),
- **force** (poids excessifs manipulés à vitesse lente),
- **fréquence** (répétition excessive d'un geste à faible charge mais à cadence rapide).

Le Pr PUJOL de Toulouse, dans un article récent paru dans le *Journal de la Médecine du Travail*, parle à juste titre d'une « pathologie d'hyper-sollicitation » liée à ces trois composantes.

En matière de réparation, il paraissait préférable de prendre en compte ces facteurs communs à un grand nombre d'activités, plutôt que de tenter de désigner l'ensemble de ces activités, au risque d'être incomplet.

2. Il s'agit donc bien d'une refonte du tableau

On notera d'abord que l'intitulé a été modifié. A été maintenue la dénomination d'affections périarticulaires, même si certaines d'entre elles se situent à distance des articulations : cette appellation est devenue en effet familière au monde du travail.

Mais il y a été ajouté, à juste titre, la notion causale de **gestes et postures de travail**.

A été maintenue pour chacune des activités retenues la notion de « habituel » ou « habituellement », de plus en plus utilisée dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'on ne peut pas ou qu'on ne veut pas fixer une durée d'exposition minimale.

En ce qui concerne le **délai de prise en charge**, on remarquera que pour les affections aiguës (tendinites, hygromas aigus...), il est fixé ou ramené à 7 jours ; pour les affections chroniques (hygromas chroniques), il est maintenu à 90 jours ; pour les syndromes canaux (canal carpien, loge de Guyon, gouttière épitrochléo-olécrânienne...), il varie entre 30 et 90 jours, suivant les conditions d'installation du syndrome et compte tenu du délai d'établissement du diagnostic.

On notera enfin qu'un **nouveau classement** a été établi à partir des articulations et des structures anatomiques concernées. Ainsi :

1) Au niveau de l'épaule

Ont été prises en compte :

- d'une part « l'épaule douloureuse simple » précisée comme une atteinte des tendons de la coiffe des rotateurs (désignant les quatre muscles rotateurs de l'épaule, lesquels adhèrent étroitement à la capsule articulaire qu'ils renforcent),
- d'autre part « l'épaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple » et traduisant ainsi l'aggravation de la maladie, probablement par l'atteinte capsulaire dans le sens d'une rétraction.

Ces deux affections étaient naguère désignées sous les noms de périarthrite scapulo-humérale et de périarthrite scapulo-humérale ankylosante.

Il s'agit bien entendu dans les deux cas des mêmes travaux comportant des **mouvements répétés ou forcés** de l'épaule.

2) Au niveau du coude

Ont été repris :

- l'**épicondylite** (tendinite des muscles épicondyliens s'insérant sur l'extrémité inférieure et externe de l'humérus, l'épicondyle). Les travaux retenus ont été élargis dans leur définition : il s'agit des travaux comportant la préhension et l'extension de la main sur l'avant bras, ainsi que les travaux de supination (rotation externe) et de pronosupination (rotations internes et externes successives).
- les **hygromas** aigus et chroniques des bourses séreuses et l'atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude entraînés par les travaux compor-

(1) Institut de médecine du travail de Franche-Comté, 2 place Saint-Jacques, 25030 Besançon cedex.

tant habituellement un appui sur la face postérieure du coude. Ont été séparés les hygromas aigus et chroniques pour permettre de leur attribuer un délai de prise en charge, respectivement de 7 et 90 jours.

– le **syndrome de la gouttière épitrochléo-olécrânienne par compression du nerf cubital** engendré par un appui prolongé sur la face postérieure du coude (l'étiologie professionnelle est de loin la plus fréquente). Dans ce cas précis, le délai de prise en charge a été maintenu à 90 jours, l'expérience montrant que l'installation du syndrome est progressive et que le diagnostic est souvent fait avec un certain retard.

A été ajoutée :

– l'**épitrochléite** (tendinite des muscles épitrochléens s'insérant sur l'extrémité inférieure et interne de l'humérus, l'épitrochlée) susceptible d'être occasionnée par des mouvements répétés d'adduction (mouvement de rapprochement de la main et du poignet vers le corps) de flexion et de pronation (rotation interne) de la main et du poignet et des mouvements de supination (rotation externe) et de pronosupination (rotations internes et externes successives).

3) Au niveau du poignet, de la main et des doigts

Ont été repris :

– le **syndrome du canal carpien**, syndrome canalaire, qui résulte de la compression du nerf médian dans le canal carpien et entraîne des acroparesthésies (sensations anormales des extrémités) et des douleurs au niveau des quatre premiers doigts de la main, associées ou non à une hypoesthésie (déficit de la sensibilité) de ces doigts et une diminution de la force musculaire. Même si ce syndrome peut se rencontrer en dehors de tout contexte professionnel, il n'en reste pas moins que les travaux désignés constituent des facteurs favorisant ou aggravants.

– le **syndrome de la loge de Guyon**, résultant de la compression du nerf cubital dans le canal du même nom et entraînant des troubles similaires au niveau des deux derniers doigts de la main.

Pour ces deux affections, le délai de prise en charge a été ramené à 30 jours, car ces maladies sont maintenant mieux connues en milieu professionnel et le diagnostic est établi plus précocement.

4) Au niveau du genou

Ont été repris :

– le **syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe**, qui se produit au niveau du col du péroné lors de position accroupie prolongée et se traduit par des signes qui se manifestent assez précocement, d'où le raccourcissement du délai de prise en charge (7 jours).

– les **hygromas aigus et chroniques** des bourses séreuses ainsi que les atteintes inflammatoires des tissus sous-cutanés des zones d'appui du genou.

On été ajoutées :

- la **tendinite sous-quadricipitale ou rotulienne**,
- la **tendinite de la patte d'oie**.

Ces affections sont en effet susceptibles de survenir lors des mouvements répétés d'extension ou de flexion prolongées du genou et se localisent au point de fixation des tendons au niveau du pôle supérieur ou de la pointe de la rotule ou au niveau de l'extrémité supéro interne du tibia (image d'insertion de ces tendons en patte d'oie). La localisation de la douleur et la palpation permettent de préciser le diagnostic assez facilement.

5) Au niveau de la cheville et du pied

A été inscrite la **tendinite achilléenne**. Elle survient essentiellement chez les sportifs, d'où l'intérêt de sa prise en compte au bénéfice des sportifs professionnels et éventuellement d'autres catégories de salariés pratiquant des efforts en station prolongée sur la pointe des pieds.

Bien entendu, des difficultés pourront apparaître dans l'élaboration du diagnostic étiologique de certaines de ces affections. Rien ne s'oppose alors à ce que soient recherchés l'avis du médecin du travail du salarié concerné et éventuellement celui d'un spécialiste de l'affection en cause.

Enfin, ajoutons qu'au cours des discussions ont été évoqués les problèmes liés à la composante professionnelle susceptibles d'intervenir dans les phénomènes d'arthrose et dans l'apparition et l'évolution de l'épaississement et de la rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren). Il a été reconnu qu'en l'état actuel de nos connaissances, il n'était pas possible d'introduire ces éléments dans ce tableau.

La prévention de ces affections concerne de très nombreux secteurs d'activités : habillement, chaussure, agro-alimentaire, électronique, informatique, confection de petits objets dans le cadre de la sous-traitance automobile par exemple...

Elle constitue un problème difficile. On doit agir sur les trois facteurs incriminés : la posture, la force et la fréquence.

Il s'agit donc à la fois de l'ergonomie du poste de travail (ses caractéristiques dimensionnelles, les caractéristiques des outils utilisés, la nature du produit fabriqué) et de l'ergonomie de l'organisation du travail avec les horaires, les cadences et les pauses enregistrés.

Elle ne peut déboucher que sur l'association de plusieurs mesures correctives touchant à la rectification de certains gestes et postures de travail et aussi à l'adoption de mesures telle que l'alternance des tâches.

De nombreux organismes (ANACT, INRS, Inspection médicale du travail...) mènent actuellement, en liaison avec les médecins du travail des entreprises concernées, une action visant à rechercher les solutions susceptibles d'être apportées dans certaines situations concrètes.

Le rôle du médecin du travail dans la recherche des premiers signes des affections en cause et sa collaboration dans l'élaboration des mesures de prévention nous paraissent essentiels.

Enfin, ce tableau élargi constitue un excellent élément d'information des employeurs et des salariés sur les maladies en cause et les gestes et postures qui les déterminent.

Tableau n° 69

L'ancien tableau n° 69 est remplacé par le suivant.

TABLEAU N° 69

Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
- A -		
<p>Affections ostéo-articulaires confirmées par des examens radiologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - arthrose du coude comportant des signes radiologiques d'ostéophytose; - ostéonécrose du semi-lunaire (maladie de Kienböck); - ostéonécrose du scaphoïde carpien (maladie de Kölher) <p>Troubles angioneurotiques de la main, prédominant à l'index et au médium, pouvant s'accompagner de crampes de la main et de troubles prolongés de la sensibilité et confirmés par des épreuves fonctionnelles et des examens radiologiques.</p>	<p style="text-align: center;">5 ans</p> <p style="text-align: center;">1 an</p> <p style="text-align: center;">1 an</p>	<p>Travaux exposant habituellement aux vibrations transmises par :</p> <p>a) Les machines-outils tenues à la main, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 percussion 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>b) Les outils tenus à la main associés à certaines machines précitées, notamment dans des travaux de burinage;</p> <p>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.</p>
- B -		
<p>Affections ostéo-articulaires confirmées par des examens radiologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - arthrose du coude comportant des signes radiologiques d'ostéophytose; - ostéonécrose du semi-lunaire (maladie de Kienböck); - ostéonécrose du scaphoïde carpien (maladie de Kölher). 	<p style="text-align: center;">5 ans</p> <p style="text-align: center;">1 an</p> <p style="text-align: center;">1 an</p>	<p>Travaux exposant habituellement aux chocs provoqués par l'utilisation manuelle d'outils percutants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 clouteuses et de riveteuses.
- C -		
<p>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.</p>	<p style="text-align: center;">1 an (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)</p>	<p>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.</p>

Commentaires

Dans sa dernière version (septembre 1982), le tableau n° 69 comprenait deux parties :

- la partie A prenait en compte à la fois les affections ostéo-articulaires et les troubles angio-neurotiques liés aux vibrations transmises par certaines catégories de machines-outils ou d'outils associés à ces machines ;
- la partie B prenait en compte les lésions ostéo-articulaires, à l'exclusion des troubles angio-neurotiques, liés à des chocs provoqués par l'utilisation manuelle d'outils percutants.

Il est assez rapidement apparu que **des aménagements s'avéraient nécessaires** : modification du cadre nosologique des arthroses, adjonction de certains travaux, prise en compte des troubles occasionnés par l'utilisation du talon de la main comme élément percutant. Cette mission a donc été confiée à Mme le Pr CONSO (1) qui a présenté un rapport complet sur les artériopathies cubito-palmaires professionnelles et a constitué un groupe de travail destiné à aménager les dispositions existantes et composé notamment du Pr REVEL (Hôpital Cochin), du Dr AMPHOUX (APAS) et de représentants de l'INRS, le Dr MEREAU et M. DONATI, ce dernier menant en liaison avec les services de prévention des Caisses régionales d'assurance maladie une enquête approfondie sur les principaux types de machines susceptibles de provoquer des pathologies angio-neurotiques ou ostéo-articulaires.

Il en résulte :

1. L'adjonction d'une troisième partie (C), parfaitement décrite aussi bien en ce qui concerne la désignation de la maladie qu'en ce qui concerne les travaux à l'origine de cette maladie.

Il s'agit bien en effet d'une « atteinte vasculaire cubito-palmaire, en règle unilatérale entraînant un phénomène de Raynaud ou des manifestations ischémiques des doigts, confirmée par l'artériographie objectivant un anévrysme ou une thrombose de l'artère cubitale ou de l'arcade palmaire superficielle » occasionnée par des « 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 ».

Précisons seulement sur le plan clinique que cette pathologie, qui a reçu plusieurs dénominations depuis sa description initiale en France en 1913, est liée à la disposition anatomique de l'artère cubitale et de sa branche palmaire qui, cheminant très superficiellement, sont à chaque choc écrasées contre le plan osseux sous-jacent. Il s'ensuit des lésions de la paroi des artères en cause : thrombose (formation d'un caillot) ou anévrysme (tumeurs vasculaires remplies de sang) qui peuvent entraîner soit un phénomène de Raynaud, à type de crises vasomotrices des doigts comportant une phase de vasoconstriction des artères (doigts blêmes) suivie d'une phase asphyxique (coloration violacée des extrémités qui sont douloureuses), soit une ischémie (diminution ou arrêt de la circulation artérielle).

(1) Hôpital Cochin, 27 faubourg St-Jacques, 75014 Paris.

Ces manifestations sont en règle d'apparition brutale, elles sont unilatérales (sauf bien entendu si l'utilisation du talon de la main se fait alternativement à droite ou à gauche), elles prédominent aux 2^e, 4^e et 5^e doigts et peuvent aboutir à des lésions cutanées de la main, voire dans les cas extrêmes à une gangrène des doigts atteints.

Précisons aussi que l'artériographie est indispensable au diagnostic car elle seule permet de visualiser les lésions de thrombose ou d'anévrysme, non seulement à des fins diagnostiques mais aussi à des fins thérapeutiques éventuelles.

Le rapporteur estime qu'environ 200 cas mondiaux ont été publiés dans la littérature, touchant par ordre de fréquence les mécaniciens automobiles ou machines agricoles, les maçons, les conducteurs de poids lourds, les tôliers, les ajusteurs et les sculpteurs, mais ce qui compte surtout, c'est qu'à l'origine de cette affection on trouve :

- soit l'utilisation habituelle du talon de la main (marteau hypothénar) en percussion directe itérative sur un plan fixe,
- soit des travaux exposant habituellement aux chocs transmis à la partie interne de la face palmaire de la main par un outil percuté ou percutant.

2. Des aménagements des parties A et B

2.1. Sur la désignation et l'objectivation des maladies

● Concernant « l'arthrose hyperostosante du coude », le groupe de travail avait estimé que le terme d'arthrose se suffisait à lui-même, sans qu'il soit besoin de le préciser par hyperostosante. En effet, au cours de ces dernières années, le cadre nosologique de l'arthrose s'était précisé : l'arthrose qui associe des destructions de cartilage articulaire et des modifications de l'os épiphysaire, se traduit, par définition, par un pincement localisé de l'interligne articulaire, une condensation de l'os sous-cartilagineux et des signes d'ostéophytose. La Commission a donc accepté la suppression du terme hyperostosante, mais a souhaité maintenir la notion de signes radiologiques d'ostéophytose.

A noter à cet égard que le *délai de prise en charge de l'arthrose du coude a été porté à 5 ans* : en effet les manifestations cliniques s'avèrent n'apparaître souvent que très longtemps après la fin de l'exposition au risque, ainsi qu'il l'a été montré lors des XIV^{es} Journées nationales de médecine du travail en 1986 et ainsi que l'a confirmé le Pr REVEL.

● Concernant les *troubles angio-neurotiques*, il peut être utile, à l'occasion de cette nouvelle rédaction, d'explicitier ce que recouvrent ces termes. Les troubles induits par les vibrations (désignés aussi sous le nom de syndrome de Raynaud) se traduisent par des crises vasomotrices localisées dans le cas présent aux doigts et comprenant classiquement trois phases : une phase dite *blanche* (syncope) correspondant à un arrêt de la circulation locale, une phase dite *bleue* (cyanose) par stase sanguine dans les capillaires, suivie d'une phase *rouge* de dilatation vasculaire réactionnelle. Ces deux dernières phases, quelquefois confondues, sont toujours douloureuses.

Ces crises sont généralement déclenchées par le froid et prédominent, comme l'indique le tableau, à l'index et au médium, mais l'annulaire et l'auriculaire peuvent être également touchés.

Elle peuvent en outre s'accompagner de crampes de la main et surtout de troubles de la sensibilité, allant dans le sens d'un déficit.

Le diagnostic des troubles angio-neurotiques dus aux vibrations est donc basé sur des faits subjectifs qu'il peut être difficile de mettre en évidence en dehors des crises.

C'est pourquoi, il a paru utile de compléter l'interrogatoire et l'examen clinique par des investigations complémentaires susceptibles d'aider au diagnostic.

A notre avis, la finalité des *examens radiologiques* est d'écarter une affection ostéo-articulaire sous-jacente passée inaperçue.

Quant aux *épreuves fonctionnelles*, elles sont nombreuses et décrites dans un article publié dans les *Documents pour le médecin du travail* (2).

Le simple test de provocation au froid, dont le principe est de déclencher, par immersion des mains dans l'eau froide, une vasoconstriction puis une vasodilatation secondaire, est sans doute facile à mettre en œuvre, mais elle est peu sensible et comporte une assez large proportion de faux négatifs.

Les autres méthodes les plus utilisées sont basées sur la thermométrie et la pléthysmographie (enregistrement de l'augmentation de volume des vaisseaux).

Parmi elles, on peut citer :

- la *capillaroscopie périunguéeale*, utile pour le diagnostic différentiel avec d'autres affections d'origine non professionnelle,
- la technique dite de la *chronothermométrie dynamique*, qui, selon ses auteurs (3), « bien que basée sur la classique épreuve de refroidissement, présente sur les technologies et protocoles anciens et actuels l'avantage primordial d'être totalement standardisée et informatisée quant à l'acquisition, l'analyse et l'évaluation des données ».

Cette technique expérimentée et déjà utilisée à des fins de surveillance et d'expertise dans l'est de la France (Caisses d'assurances accidents agricoles et régime non agricole d'Alsace-Lorraine) est décrite dans l'article cité ci-dessus.

2.2. Sur la désignation des travaux

Des difficultés étaient apparues dans l'interprétation des travaux désignés en A et en B. Il n'avait pas toujours été admis que si la liste des travaux était bien limitative, l'énumération des outils ou des processus de travail introduits par la mention « notamment » ou « tels que » n'était pas exhaustive.

Aussi a-t-il paru nécessaire, pour pallier ces difficultés d'interprétation et en même temps favoriser la connais-

sance des risques encourus, d'ajouter quelques outils couramment utilisés et présentant, suivant notamment les résultats de l'enquête menée par l'INRS, les caractéristiques définies dans la liste des travaux retenus.

Ainsi en A

A la rubrique « a) les machines outils tenues à la main » :

- *machines percutantes*, ont été ajoutés : les burineurs, les bouchardeuses et les fouloirs,
- *machines rotopercutantes*, ont été ajoutées : les perceuses à percussion et les clés à choc,
- *machines rotatives*, ont été ajoutées : les polisseuses, les tronçonneuses et les débroussailleuses.

A la rubrique « b) » a été précisé le fait que les outils associés à certaines machines devaient bien être tenus à la main.

En B, a été ajoutée l'utilisation de clouteuses et de riveteuses.

Il va de soi que la prévention technique est essentielle. Si l'on considère que plusieurs centaines de milliers de salariés sont exposés aux vibrations en tant qu'opérateurs de machines portatives et de machines travaillant à poste fixe, on comprendra aisément l'importance de la *prévention médicale et de la prévention technique*.

Le médecin du travail contribuera à assurer l'information et l'éducation des employeurs et des salariés concernés.

Il devra faire en sorte que les personnes atteintes de lésions osseuses, musculaires ou de troubles vasculaires susceptibles d'être aggravés par les vibrations ne soient pas affectées ou maintenues à des postes exposés.

Il devra déceler aussi précocement que possible les atteintes débutantes. La mise en œuvre des tests fonctionnels de dépistage prend ici un intérêt particulier.

Il devra contribuer à moduler, dans certaines situations, la durée d'exposition quotidienne par l'instauration de périodes de repos ou de rotations.

Il veillera enfin à ce que les utilisateurs d'engins vibrants soient protégés du froid et de l'humidité, facteurs favorisant l'apparition des crises angio-neurotiques. Le port de gants de protection ne peut être à cet égard que bénéfique.

La prévention technique reste essentielle. Dans une brochure INRS consacrée aux vibrations industrielles (ED 656, juin 1986), il est précisé que la prévention passe bien par le traitement de la machine et se situe à deux niveaux :

- action directe : réduction des vibrations. Cela concerne la mise en œuvre de dispositifs techniques limitant soit l'intensité des vibrations créées par la machine, soit la transmission des vibrations de la machine à l'homme ;
- action indirecte : amélioration de l'ergonomie. Ce type d'action vise la conception de machines qui de par leur forme, leur poids, leurs dimensions, sont mieux adaptées au travail manuel.

Bien qu'indépendantes, ces deux actions sont complémentaires ; elles permettent, en effet, de réaliser la meilleure adéquation entre l'homme, la machine et la tâche à effectuer.

(2) LASFARGUES G. – Effets vasculaires et neurologiques des vibrations transmises au système main-bras. *Documents pour le Médecin du Travail*, 1990, 43, pp. 249-258.

(3) GAUTHIERIE M., MEYER S. et coll. – Evaluation chronothermobiologique informatisée du syndrome des vibrations. *Documents pour le Médecin du Travail*, 1991, 46, pp. 113-122, TF 26.

Tableau n° 71 bis

Nouveau tableau n° 71 bis.

TABLEAU N° 71 bis

Affections oculaires dues au rayonnement thermique associé aux poussières

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Ptérygion.	15 ans	Travaux suivants exposant au rayonnement thermique associé aux poussières dans les ateliers de verrerie travaillant le verre à la main : a) Surveillance de la marche des fours à verre; b) Cueillette, soufflage, façonnage à chaud du verre.

Commentaires

Le Dr PARANT (1) avait fait part à la Commission spécialisée en maladies professionnelles du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels d'observations qu'il avait été amené à faire dans des verreries à main en Aquitaine : apparition dans ces entreprises de plusieurs cas de *ptérygions* (voile conjonctival triangulaire tendu de l'angle interne de l'œil à la face antérieure de la cornée, ayant souvent tendance à s'étendre vers le centre de celle-ci).

Le contexte dans lequel survient cette affection est caractérisé à la fois par le rayonnement thermique du verre porté à incandescence et par la présence de poussières de natures très diverses (sable, carbonate ou sulfate de soude...).

Compte tenu des conséquences que peut revêtir pour le salarié l'apparition de cette affection (intervention chirurgicale et éventuellement reclassement dans un poste non exposé au rayonnement thermique et aux poussières), il paraissait utile de proposer l'inscription du ptérygion aux tableaux de maladies professionnelles.

D'autre part, comme l'évolution de cette affection est toujours lente et qu'à ses débuts elle passe souvent inaperçue, il était souhaitable de fixer un délai de prise en charge assez long (15 ans), comparable à celui fixé pour la cataracte provoquée par le rayonnement thermique.

Le Pr HAMARD (2) donnait un avis favorable à l'inscription de cette maladie dans les conditions définies ci-dessus.

Il en est résulté le nouveau tableau n° 71 bis, qui associe dans son titre l'exposition au rayonnement thermique et aux poussières et ne retient parmi les travaux effectués dans les *ateliers de verrerie* travaillant le verre à main que la surveillance de la marche des fours à verre et la cueillette, le soufflage et le façonnage à chaud du verre.

Le délai de prise en charge est bien fixé à 15 ans.

Bien entendu, la prévention passe par la protection oculaire contre les rayons infrarouge et la diminution de l'empoussièrement.

(1) Médecin inspecteur régional du travail et la main-d'œuvre d'Aquitaine.

(2) Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts.

Tableau n° 79

L'ancien tableau n° 79 est remplacé par le suivant.

TABLEAU N° 79

Lésions chroniques du ménisque

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Lésions chroniques du ménisque à caractère dégénératif, confirmées par examens complémentaires ou au cours de l'intervention curative, ainsi que leurs complications : fissuration ou rupture du ménisque.	2 ans	Travaux comportant des efforts ou des ports de charges exécutés habituellement en position agenouillée ou accroupie.

Commentaires

Des propositions de modification de ce tableau ont été faites dans le cadre des discussions portant sur l'élaboration du tableau n° 57 consacré aux affections péri-articulaires liées à certains gestes et postures de travail.

Il était en effet apparu nécessaire de ne plus limiter le bénéfice de la réparation des lésions chroniques du ménisque aux salariés travaillant en position agenouillée ou accroupie dans les mines souterraines.

La caractéristique des gestes, qui avaient entraîné l'inscription des lésions du ménisque dans les tableaux de

maladies professionnelles au bénéfice des mineurs, était les efforts brusques de port et de soulèvement de charges au cours d'un travail en position accroupie.

Il a donc paru opportun de redéfinir les travaux retenus en précisant que la position agenouillée ou accroupie devait s'accompagner d'efforts ou de ports de charges, c'est ce qui a été fait dans la nouvelle version à la rubrique consacrée à la liste limitative des travaux, la description de la maladie et le délai de prise en charge restant inchangés (voir *Cahiers de notes documentaires*, 1985, 121, ND 1558).

