

Régime général tableau 98

Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes

Tableaux équivalents : RA 57 BIS

Date de création : Décret du 15/02/1999 | Dernière mise à jour :

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
<p>Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante.</p> <p>Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.</p>	<p>6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans).</p>	<p>Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le fret routier, maritime, ferroviaire, aérien ; - dans le bâtiment, le gros œuvre, les travaux publics ; - dans les mines et carrières ; - dans le ramassage d'ordures ménagères et de déchets industriels ; - dans le déménagement, les garde-meubles ; - dans les abattoirs et les entreprises d'équarrissage ; - dans 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 ; - dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux incluant la manutention de personnes ; - dans le cadre du brancardage et du transport des malades ; - dans les travaux funéraires.

Historique (Août 2018)

Décret n° 99-95 du 15/02/1999. JO du 16/02/1999.

Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes.

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX CONCERNÉS
<p>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</p>	<p>6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)</p>	<p>Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies. Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le fret routier, maritime, ferroviaire, aérien ; - dans le bâtiment, le gros œuvre, les travaux publics ; - dans les mines et carrières ; - dans le ramassage d'ordures ménagères et de déchets industriels ; - dans le déménagement, les garde-meubles ; - dans les abattoirs et les entreprise d'équarrissage ; - dans 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 ; - dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux incluant la manutention de personnes ; - dans le cadre du brancardage et du transport des malades ; - dans les travaux funéraires.

Données statistiques (Janvier 2024)

ANNÉE	NBRE DE MP RECONNUES	NBRE DE SALARIÉS
1997	3	14 504 119
1998	109 (dont 99 sciatiques par hernie discale)	15 162 106
1999	1 783 (dont 1 668 sciatiques par hernie discale)	15 803 680
2000	2 175 (dont 2 087 sciatiques par hernie discale)	16 868 914
2001	2 330 (dont 2 214 sciatiques par hernie discale)	17 233 914
2002	2 443 (dont 2 324 sciatiques par hernie discale)	17 673 670
2003	2 503 (dont 2 367 sciatiques par hernie discale)	17 632 798
2004	2 419 (dont 2 270 sciatiques par hernie discale)	17 523 982
2005	2 513 (dont 2 361 sciatiques par hernie discale)	17 878 256
2006	2 446 (dont 2 305 sciatiques par hernie discale)	17 786 989
2007	2 578 (dont 2 428 sciatiques par hernie discale)	18 626 023
2008 *	2 338 (dont 2 204 sciatiques par hernie discale)	18 866 048
2009	2 485 (dont 2 337 sciatiques par hernie discale)	18 458 838
2010	2 956 (dont 2 679 sciatiques par hernie discale)	18 641 613
2011	3 042 (dont 2 883 sciatiques par hernie discale)	18 842 368
2012	3 208 (dont 2 925 sciatiques par hernie discale)	18 632 122
2013	2 892 (dont 2 500 sciatiques par hernie discale)	18 644 604
2014	3 022 (dont 2 502 sciatiques par hernie discale)	18 604 198
2015	2 926 (dont 2 428 sciatiques par hernie discale)	18 449 720

2016	2 701 (dont 2 232 sciatiques par hernie discale)	18 529 736
2017	2 721 (dont 2 198 sciatiques par hernie discale)	19 163 753
2018	2 665 (dont 2 095 sciatiques par hernie discale)	19 172 462
2019	2 545 (dont 1 302 sciatiques par hernie discale)	19 557 331
2020	1 938 (dont 1 487 sciatiques par hernie discale)	19 344 473
2021	2 171 (dont 1 655 sciatiques par hernie discale)	20 063 697

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

Nuisance (Novembre 2024)

Dénomination et champ couvert

La nuisance prise en compte ici est celle de « porter à la main » des charges lourdes. La notion de charges lourdes n'est pas définie. Cependant en termes de prévention, on peut prendre en compte les charges maximales définies par la norme AFNOR X35-109 ou la recommandation 344 de la Caisse nationale de l'Assurance maladie.

Des éléments sur la manutention peuvent être retrouvés dans l'**aide mémoire juridique** ¹ de l'INRS sur la manutention manuelle

¹ <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TJ%2018>

Mode de contamination

Ces affections sont liées à des compressions répétées et excessives à terme, lors d'efforts de manutention manuelle habituelle de charges lourdes. Ces efforts détériorent les disques intervertébraux lombaires, induisent des hernies de ces disques qui compriment les racines nerveuses et provoquent des douleurs radiculaires (cruralgies pour les racines L2-L3, L3-L4 et L4-L5 et sciatiques pour les racines L4-L5 et L5-S1).

Principales professions exposées et principales tâches concernées (Octobre 2007)

Le champ couvert est défini par la liste limitative de travaux du tableau :

- le fret routier, maritime, ferroviaire, aérien,
- le bâtiment, le gros oeuvre, 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, de livraison, y compris pour le compte d'autrui, le stockage et la répartition des produits industriels et alimentaires, agricoles et forestiers,
- dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux incluant la manutention de personnes, le brancardage et le transport des malades,
- les travaux funéraires.

Les professions reconnues comme présentant des risques appartiennent à la liste limitative de travaux imposées par le tableau. Dans ces secteurs, sont principalement concernés les manutentionnaires, les manœuvres, les livreurs, les magasiniers, les bagagistes, les ripeurs, les équarisseurs. Sont également considérés l'ensemble des salariés rattachés aux activités humaines : les déménageurs, les employés des pompes funèbres, tous les soignants en centre hospitalier ou à domicile comme brancardiers, aide-soignants, aides à domicile, les éboueurs...

Description clinique de la maladie indemnisable (Juin 2011)

I. Sciatique.

Définition

Il s'agit de la conséquence d'un conflit mécanique entre une racine du nerf sciatique et un disque inter-vertébral. La sciatique, ou sciatgie ou radiculgie sciatique, est la réaction douloureuse et inflammatoire d'une des racines du nerf sciatique à son refoulement et sa compression. Les disques intervertébraux assurent la résistance à la transmission des forces de pesanteur et permettent les mouvements amples et multidirectionnels de la colonne vertébrale. Chaque disque est formé d'un noyau central gélatineux (nucleus pulposus) et d'un anneau fibreux périphérique (annulus fibrosus) dont les fibres s'insèrent sur les plateaux vertébraux. Le disque est recouvert en arrière par le ligament vertébral commun. Les racines du nerf sciatique croisent le disque contre lequel elles sont plaquées par une gaine méningée. Ce collet méningé maintient la racine au contact du disque et l'empêche de fuir devant lui ce qui explique qu'une saillie de disque même discrète peut retentir sur le nerf.

Une hernie discale se définit comme la saillie de matériel du noyau à travers l'anneau fibreux déchiré. Le fragment de noyau peut être recouvert par le ligament vertébral postérieur (hernie non extériorisée sous-ligamentaire) ou faire irruption dans l'espace épidual (hernie extériorisée trans-ligamentaire).

Diagnostic

Le tableau clinique de sciatique est essentiellement représenté par une douleur plus ou moins intense d'apparition progressive ou brutale dans le territoire du nerf sciatique, souvent précédée par une lombalgie. La symptomatologie peut être uni- ou bilatérale, selon la position plus ou moins médiane de la hernie et son volume dans le canal rachidien. La douleur issue de la lésion de la cinquième racine lombaire part de la fesse, suit la face postéro-externe de la cuisse, la face externe ou postéro-externe de la jambe, passe en avant de la malléole externe, sur le dos du pied et se termine sur le premier orteil, où des paresthésies remplacent souvent les douleurs. La douleur de la face externe du pli inguinal est fréquente.

La douleur issue de la lésion de la première racine sacrée part de la fesse, suit la face postérieure de la cuisse et de la jambe, passe derrière la malléole externe, longe la plante et la face externe du pied et se termine au niveau des deux derniers orteils, où des paresthésies remplacent souvent les douleurs. Le réflexe achilléen est fréquemment aboli. La douleur de la face interne du pli inguinal est fréquente.

Dans les deux cas l'hypoesthésie le long du trajet douloureux est très inconstante.

Le diagnostic de hernie discale est assuré par l'imagerie radiologique. La radiographie simple ne permet pas de mettre en évidence une hernie. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou le scanner permettent la mise en évidence d'une hernie discale. Il faut noter que les « Recommandations pour la pratique clinique » de la Haute autorité de santé concernant la « prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution » précisent certains points. Ainsi, « les examens d'imagerie permettant la mise en évidence du conflit disco-radiculaire ne doivent être prescrits que dans le bilan précédant la réalisation d'un traitement chirurgical ou par nucléolyse de la hernie discale (accord professionnel). Ce traitement n'est envisagé qu'après un délai d'évolution d'au moins 4 à 8 semaines. Cet examen peut être au mieux une IRM, à défaut un scanner en fonction de l'accessibilité à ces techniques ». En imagerie, une hernie apparaît comme une saillie focale dysharmonieuse de matériel discal à travers une déhiscence de l'anneau fibreux. Quatre vingt pour cent environ des hernies discales sont paramédianes dans le canal lombaire, 10 % sont médianes et moins de 10 % sont foraminales ou extraforaminales.

Une discopathie dégénérative, réalisant un assèchement du disque, peut être à l'origine d'une hernie ou donner une image typique d'air intra-discal ou de pincement.

Le diagnostic différentiel est essentiellement celui des sciatiques, non liées à un conflit disco-radiculaire, tronculaires ou radiculaires, symptomatiques d'une autre affection.

Une protrusion discale est un simple refoulement de l'anneau fibreux postérieur qui fait une saillie postérieure harmonieuse, permanente ou intermittente, variable selon la position.

Evolution

L'évolution spontanée de la sciatique non traitée chirurgicalement est généralement favorable.

Ni les signes cliniques, ni la situation anatomique ou la taille de la hernie ne sont prédictifs de l'évolution.

Traitement

Le traitement médical doit être réalisé de façon complète et suffisamment prolongée avant d'envisager la chirurgie ou la nucléolyse. Il peut associer le repos à des thérapeutiques médicamenteuses par différentes voies d'administration.

Facteurs de risque

La grande taille est un facteur de risque, le poids étant un facteur moins important.

Estimation théorique du risque en fonction de l'exposition

Le risque augmente avec l'ancienneté et l'importance de l'exposition sans qu'une relation « dose-effet » soit actuellement clairement définie.

II. Cruralgie

Définition

Il s'agit de la conséquence d'un conflit mécanique entre une racine du nerf crural et un disque inter-vertébral. La cruralgie, ou radiculgie crurale, est la réaction douloureuse et inflammatoire de la racine du nerf crural à son refoulement et sa compression. Les disques intervertébraux assurent la résistance à la transmission des forces de pesanteur et permettent les mouvements amples et multidirectionnels de la colonne vertébrale. Chaque disque est formé d'un noyau central gélatineux (nucleus pulposus) et d'un anneau fibreux périphérique (annulus fibrosus) dont les fibres s'insèrent sur les plateaux vertébraux. Le disque est recouvert en arrière par le ligament vertébral commun. Les racines du nerf crural croisent les disques contre lesquels elles sont plaquées par une gaine méningée. Ce collet méningé maintient la racine au contact du disque et l'empêche de fuir devant lui ce qui explique qu'une saillie de disque même discrète peut retentir sur le nerf.

Une hernie discale se définit comme la saillie de matériel du noyau à travers l'anneau fibreux déchiré. Le fragment de noyau peut être recouvert par le ligament vertébral postérieur (hernie non extériorisée sous-ligamentaire) ou faire irruption dans l'espace épidual (hernie extériorisée trans-ligamentaire).

Diagnostic

Le tableau clinique de cruralgie est essentiellement représenté par une douleur plus ou moins intense d'apparition progressive ou brutale dans le territoire du nerf crural, souvent précédée par une lombalgie. La symptomatologie peut être uni- ou bilatérale, selon la position plus ou moins médiane de la hernie et son volume dans le canal rachidien. La douleur issue de la lésion de la troisième ou de la quatrième racine lombaire part de la fesse, se situe sur la face antérieure de la cuisse et du genou et peut se prolonger le long du tibia jusqu'au pied en cas d'atteinte de la racine L4. Elle s'accompagne d'une hypoesthésie de la zone crurale antérieure sus rotulienne. Le réflexe rotulien est souvent aboli.

Les rares hernies foraminales et extraforaminales du disque L2-L3 entraînant une compression de la racine L2 se manifestent par des douleurs et une hypoesthésie de la partie haute et interne de la cuisse plutôt que par une vraie cruralgie.

Le diagnostic de hernie discale est assuré par l'imagerie radiologique. La radiographie simple ne permet pas de mettre en évidence une hernie. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou le scanner permettent la mise en évidence d'une hernie discale. Il faut noter les « Recommandations pour la pratique clinique » concernant la « prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution » de la Haute autorité de santé où il est écrit que « les examens d'imagerie permettant la mise en évidence du conflit disco-radiculaire ne doivent être prescrits que dans le bilan précédant la réalisation d'un traitement chirurgical ou par nucléolyse de la hernie discale (accord professionnel). Ce traitement n'est envisagé qu'après un délai d'évolution d'au moins 4 à 8 semaines. Cet examen peut être au mieux une IRM, à défaut un scanner en fonction de l'accessibilité à ces techniques ». Une hernie apparaît comme une saillie focale dysharmonieuse de matériel discal à travers une déhiscence de l'anneau fibreux. Quatre vingt pour cent environ des hernies discales sont paramédianes dans le canal lombaire, 10 % sont médianes et moins de 10 % sont foraminales ou extraforaminales.

Une discopathie dégénérative, réalisant un assèchement du disque, peut être à l'origine d'une hernie ou donner une image typique d'air intra-discal ou de pincement.

Le diagnostic différentiel est essentiellement celui des cruralgies, non liées à un conflit disco-radiculaire, tronculaires ou radiculaires, symptomatiques d'une autre affection.

Une protrusion discale est un simple refoulement de l'anneau fibreux postérieur qui fait une saillie postérieure harmonieuse, permanente ou intermittente, variable selon la position.

Evolution

L'évolution spontanée de la cruralgie non traitée chirurgicalement est généralement favorable.

Ni les signes cliniques, ni la situation anatomique ou la taille de la hernie ne sont prédictifs de l'évolution.

Traitement

Le traitement médical doit être réalisé de façon complète et suffisamment prolongée avant d'envisager la chirurgie ou la nucléolyse. Il peut associer le repos à des thérapeutiques médicamenteuses par différentes voies d'administration.

Facteurs de risque

La grande taille est un facteur de risque, le poids étant un facteur moins important.

Estimation théorique du risque en fonction de l'exposition

Le risque augmente avec l'ancienneté et l'importance de l'exposition sans qu'une relation « dose-effet » soit actuellement clairement définie.

Critères de reconnaissance (Juin 2011)

I. Sciatique

a) Critères médicaux

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

Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante.

Exigences légales associées à cet intitulé

Le tableau permet, dans son titre, l'indemnisation des affections chroniques du rachis. Le qualificatif « chronique » fait habituellement référence à des affections de plus de trois mois. C'est cette durée qui figure dans la fiche consacrée aux maladies n° 97² et n° 98 de la Charte des accidents du travail et des maladies professionnelles (CNAMTS, DRP et ENSM, février 2001). Cependant certaines situations urgentes, dans les sciatiques paralysantes par exemple, rendent impossible l'exigence d'une telle durée d'évolution.

² <http://www.inrs.fr/publications/bdd/maladies-professionnelles/tableau.htm?refINRS=RG%2097>

Le tableau exige la présence d'une hernie discale et d'un tableau clinique de sciatique avec atteinte radiculaire de topographie concordante, c'est-à-dire une concordance topographique entre le disque siège de la hernie et la racine atteinte.

Il faut tenir compte des éventuelles anomalies de la charnière lombo-sacrée qui peuvent modifier la topographie.

Par ailleurs, les hernies foraminales et extraforaminales provoquent la compression de la racine sus-jacente. Ainsi une hernie de ce type en L4-L5 provoque une compression de la racine L4 avec une cruralgie et une hernie L5-S1 une compression de la racine L5.

Aucun examen complémentaire ne figure dans le tableau. Cependant, l'exigence de la présence d'une hernie discale implique la pratique d'examens complémentaires pour l'objectiver. La radiographie simple ne permet pas de mettre en évidence une hernie. L'imagerie par résonance magnétique ou le scanner permettent la mise en évidence d'une hernie discale.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

6 mois.

Durée minimale d'exposition

5 ans.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

Il n'est pas rare que des salariés aient été exposés successivement ou concomitamment aux risques du tableau n° 97³ et du tableau n° 98.

³ <http://www.inrs.fr/publications/bdd/maladies-professionnelles/tableau.htm?refINRS=RG%2097>

II. Cruralgie

a) Critères médicaux

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

Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5 avec atteinte radiculaire de topographie concordante.

Exigences légales associées à cet intitulé

Le tableau exige la présence d'une hernie discale et d'un tableau clinique de cruralgie avec atteinte radiculaire de topographie concordante, c'est-à-dire une concordance topographique entre le disque siège de la hernie et la racine atteinte.

Les hernies foraminales et extraforaminales provoquent la compression de la racine sus-jacente. Ainsi une hernie de ce type en L4-L5 provoque une compression de la racine L4.

Aucun examen complémentaire ne figure dans le tableau. Cependant, l'exigence de la présence d'une hernie discale implique la nécessité d'examens complémentaires pour l'objectiver. La radiographie simple ne permet pas de mettre en évidence une hernie. L'imagerie par résonance magnétique ou le scanner permettent la mise en évidence d'une hernie discale.

b) Critères administratifs

Délai de prise en charge

6 mois.

Durée minimale d'exposition

5 ans.

Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

Il n'est pas rare que des salariés aient été exposés successivement ou concomitamment aux risques du tableau n° 97⁴ et du tableau n° 98.

⁴<http://www.inrs.fr/publications/bdd/maladies-professionnelles/tableau.htm?refINRS=RG%2097>

Eléments de prévention technique (Novembre 2024)

La **prévention des lombalgies**⁵ nécessite plusieurs étapes.

⁵ <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/prevention.html>

Plusieurs **outils d'analyse des risques**⁶ sont disponibles par l'intermédiaire du dossier *Lombalgies* de l'INRS. La **page prévention**⁷ du dossier de l'INRS *Risques liés à l'activité physique* donne également des éléments.

⁶ <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/outils-analyse-risques.html>

⁷ <https://www.inrs.fr/risques/activite-physique/prevention.html>

Eléments de prévention médicale (Novembre 2024)

Des **recommandations médico-professionnelles**⁸ sont disponibles pour orienter le suivi des travailleurs effectuant des manutentions manuelles.

⁸ <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2030>

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

I. Reconnaissance des maladies professionnelles

a) Textes généraux

Code de la sécurité sociale, Livre IV, titre VI : Dispositions concernant les maladies professionnelles

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

b) Liste des textes ayant porté création ou modification du tableau n° 98

- Création : décret n° 99-95 du 15 février 1999.
- Modification : -

II. Prévention des maladies visées par le tableau n° 98

La réglementation relative à la prévention de la survenue des lombalgies est précisée sur la [page dédiée](#)⁹ de l'INRS ainsi que dans l'[aide mémoire juridique](#)¹⁰ consacré à la manutention manuelle.

⁹ <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/reglementation.html>

¹⁰ <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TJ%2018>

Eléments de bibliographie scientifique (Novembre 2024)

L'INRS met à disposition de **nombreux documents** ¹¹ sur les lombalgies.

¹¹ <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/publications-liens-utiles.html>

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

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