

CIRCULAIRE

CIR-21/2011

Document consultable dans Médi@m

Date :

04/11/2011

Domaine(s) :

dossier client assurés

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Modification du tableau 57 des maladies professionnelles, paragraphe épaule

Liens :

Plan de classement :

P01-03

Emetteurs :

DRP

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" type="checkbox"/> CARSAT |
| | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS |
| <input type="checkbox"/> Agents Comptables | | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre Immédiate

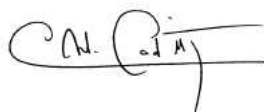
Résumé :

Modification du paragraphe A (concernant l'épaule) du tableau des maladies professionnelles n° 57 relatif aux "affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail" par le décret n° 2011-1315 du 17 octobre 2011.

Mots clés :

MP ; maladies professionnelles ; tableau n°57 ; épaule

**Le Directeur Délégué
aux Opérations**



Olivier de CADEVILLE

**Le Directeur
des Risques Professionnels**



Dominique MARTIN

CIRCULAIRE : 21/2011

Date : 04/11/2011

Objet : Modification du tableau 57 des maladies professionnelles, paragraphe épaule

Affaire suivie par : Odile VANDENBERGHE 01.72.60.25.77 – odile-vandenberghe@cnamts.fr

Contexte

Les travaux de révision du tableau n° 57, inscrits dans le programme 7 de la COG AT-MP, ont été engagés en septembre 2008. Ce tableau dont le contenu est demeuré inchangé depuis 1991, nécessitait d'être révisé, notamment en raison de l'évolution des données scientifiques et médicales en la matière et du manque de précisions de certains libellés. Cette situation s'est traduite en pratique par une hétérogénéité des reconnaissances par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et un accroissement important de la charge de travail des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Les travaux du groupe de travail chargé de réviser le tableau n° 57 ont été abordés par le paragraphe A concernant les pathologies de l'épaule dans la mesure où ces pathologies comptent non seulement parmi les plus invalidantes et douloureuses mais également parmi les plus nombreuses (17 135 maladies professionnelles reconnues au titre du paragraphe A en 2010 soit 29.5 % des maladies professionnelles prises en charge au titre du tableau n° 57).

Le décret n° 2011-1315 du 17 octobre 2011 publié au Journal officiel du 19 octobre 2011 modifie le paragraphe concernant les pathologies de l'épaule du tableau de maladies professionnelles n°57 relatif aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail.

La présente circulaire fait le point sur les changements intervenus, précise les modalités de mise en oeuvre et indique les nouveaux codes des pathologies.

1.- Modifications du tableau

1.1. – Désignation des pathologies

Afin de prendre en compte l'évolution des classifications médicales, les intitulés suivants ont été retenus :

- tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs ;
- 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.

Les tendinopathies avec calcifications – à l'exception des enthésopathies calcifiantes – ont été exclues dans la mesure où aucune étude épidémiologique ne montre un lien entre cette pathologie et l'activité professionnelle.

A retenir : la présence de microcalcifications correspondant à des enthésopathies n'est pas un obstacle à la validation du diagnostic par le médecin conseil.

Pour la tendinopathie chronique et la rupture de la coiffe des rotateurs, le diagnostic doit être objectivé par une IRM.

En cas de contre-indication à l'IRM, l'arthroscanner remplace l'IRM.

En revanche, aucun examen complémentaire spécifique n'est exigé pour le diagnostic de la tendinopathie aiguë de la coiffe des rotateurs.

A retenir : une capsulite rétractile non associée à une tendinopathie de la coiffe ne fait pas partie des pathologies listées dans le tableau.

1.2. - Délais de prise en charge

Compte tenu de la difficulté à fixer de manière précise les délais de prise en charge requis au vu des connaissances scientifiques disponibles, ceux-ci ont été déterminés par consensus entre les experts et les partenaires sociaux.

Afin de prendre en compte les délais de réalisation des examens cliniques, radiologiques et de l'IRM, les délais de prises en charge sont allongés comme suit :

- 30 jours pour la tendinopathie aiguë ;
- 6 mois pour la tendinopathie chronique ;
- 1 an pour la rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs.

1.3. – Durée d'exposition

Les études épidémiologiques démontrent que la probabilité de survenue d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs augmente avec la durée d'exposition.

Toutefois, compte tenu de la difficulté à fixer de manière précise les durées minimales d'exposition requises, celles-ci ont été déterminées par consensus entre les experts et les partenaires sociaux.

Au vu notamment des connaissances scientifiques disponibles, il est proposé de retenir une durée d'exposition de 6 mois pour la tendinopathie chronique et d'un an pour la rupture de la coiffe des rotateurs.

Aucune durée d'exposition n'a été fixée pour la tendinopathie aiguë compte tenu des conditions de survenue de cette pathologie.

1.4. - Liste limitative des travaux

Compte tenu de la difficulté d'évaluer le poids des facteurs organisationnels et psychosociaux, et afin de ne pas multiplier les critères mentionnés dans la liste, il a été décidé de ne retenir que les facteurs biomécaniques pour lesquels les données scientifiques disponibles sont les plus précises.

Parmi ces derniers, deux facteurs déterminants ont été choisis : l'abduction de l'épaule à un angle supérieur ou égal à 60° et la durée et/ou la répétition de l'effort.

Comme le suggèrent les données scientifiques disponibles, deux situations de travail ont été retenues pour la tendinopathie chronique et la rupture de la coiffe des rotateurs :

- travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule en abduction avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 2 heures par jour en cumulé ;
- travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule en abduction avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins 1 heure par jour en cumulé.

En l'absence de données scientifiques précises concernant la tendinopathie aiguë, le groupe de travail a retenu un angle d'abduction à 60° et une durée d'exposition de 3h30 correspondant à la moitié de la durée journalière légale de travail.

Afin d'améliorer l'intelligibilité du libellé, une note de bas de page définit, en termes usuels et pédagogiques, la notion d'« abduction » de l'épaule : «les mouvements en abduction correspondent aux mouvements entraînant un décollement des bras par rapport au corps», que ce soit latéralement ou vers l'avant.

2 Modalités de mise en œuvre

Le décret entre en vigueur le lendemain du jour de sa publication au Journal officiel. Ainsi sont concernées par les nouvelles dispositions les demandes de MP pour lesquelles **la date du certificat médical initial est postérieure au 19 octobre 2011**. Pour les CMI ayant une date de rédaction antérieure au 20 octobre 2011, c'est la version issue du décret de 1991 qui s'applique.

L'administration s'est engagée à développer, avec l'aide des rapporteurs scientifiques, les outils méthodologiques nécessaires pour assurer l'intelligibilité du tableau auprès des différents publics (ex : demandeurs, médecins-conseils et enquêteurs des CPAM...) concernés par son application.

Parallèlement, la CNAMTS diffusera à la fin de l'année 2011 des aides à la décision pour la reconnaissance des TMS du membre supérieur sous forme de :

- aide à la validation du diagnostic à destination des médecins conseil,
- aide à l'observation des postes de travail pour les agents enquêteurs,
- questionnaires adaptés à chaque pathologie pour les gestionnaires MP.

Il est rappelé que l'IRM ou l'arthroscanner sont des examens médicaux appartenant aux assurés et couverts par le secret médical. Seul le médecin conseil peut en demander la communication afin de valider le diagnostic. C'est encore le médecin conseil qui atteste sur la fiche « colloque » servant de support à son avis, que l'examen a été réalisé à une date qu'il précise, validant ainsi le respect des conditions médicales réglementaires du tableau.

3 Codification des pathologies

Ancien tableau			Nouveau tableau	
057AAM75A	Epaule enraidie droite	Supprimé		
057AAM75B	Epaule enraidie gauche	Supprimé		
057AAM75C	Epaule douloureuse droite	Supprimé		
057AAM75D	Epaule douloureuse gauche	Supprimé		
		Créé	057AAM96A	Tendinopathie aiguë non rompue, non calcifiante de la coiffe des rotateurs (avec ou sans enthésopathies) droite
		Créé	057AAM96B	Tendinopathie aiguë non rompue, non calcifiante de la coiffe des rotateurs (avec ou sans enthésopathies) gauche
		Créé	057AAM96C	Tendinopathie chronique non rompue, non calcifiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (avec ou sans enthésopathies) droite
		Créé	057AAM96D	Tendinopathie chronique non rompue, non calcifiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (avec ou sans enthésopathies) gauche
		Créé	057AAM96E	Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM droite
		Créé	057AAM96F	Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM gauche

Nous vous remercions de nous signaler toute difficulté que vous pourriez rencontrer lors de l'application de cette circulaire.