

Troubles musculosquelettiques

Audrey Petit

PLAN DU CHAPITRE

- Introduction
- Définitions
- Facteurs de risque
 - Contraintes biomécaniques des situations de travail
 - Influence des facteurs psychosociaux au travail
 - Organisation du travail et pratiques managériales
 - Caractéristiques personnelles
 - Autres facteurs individuels
- Cas particulier des affections rachidiennes
 - Lombalgie
 - Cervicalgie
- Évolution vers la chronicité et l'incapacité prolongée
- Évaluation clinique
 - La présentation clinique des TMS liés à l'activité professionnelle est aspécifique
 - Évaluation du statut algofonctionnel de la personne
- Prise en charge
- Reconnaissance en maladie professionnelle

Introduction

La période 1990-2020 a été marquée par un essor considérable des troubles musculo-squelettiques (TMS), les amenant au premier rang des causes de morbidité liée au travail en Europe (environ 50 % des travailleurs européens souffrent de douleurs musculo-squelettiques, sans différences importantes entre les pays) [1]. En France, près de 60 % des femmes et plus de 50 % des hommes déclaraient des douleurs liées aux TMS des membres supérieurs ou du rachis en 2021¹. Par ailleurs, 88 % des maladies professionnelles reconnues en France sont des TMS des membres et, dans une moindre mesure, du rachis. Les lombalgies sont, quant à elles, l'une des principales conséquences des accidents du travail dans la plupart des pays de l'Union européenne. Elles représentent également une source majeure d'incapacité au travail (30 % des arrêts de travail de plus de 6 mois et 3^e cause d'admission en invalidité pour le régime général, en France)².

L'évolution « épidémique » des TMS témoigne des effets pathogènes des dysfonctionnements de l'organisation du travail et de l'intensification du travail. Cette intensification se caractérise par une accumulation de contraintes, tant biomécaniques que psychosociales et organisationnelles, auxquelles un nombre croissant d'ouvriers ou d'employés de l'industrie et, plus récemment, des services doivent faire face [2, 3].

Malgré des efforts de prévention importants, les TMS demeurent un problème majeur de santé au travail. À l'échelle individuelle, les TMS sont source de gêne dans la réalisation du travail et d'altération de la qualité de vie au travail voire, pour les formes sévères et/ou chroniques, de difficultés de maintien en emploi et d'incapacité de travail prolongée. Les coûts indirects pour les entreprises (baisse de la productivité et de la qualité, absentéisme, difficultés de recrutement, de reclassement des victimes, dégradation de l'image de l'entreprise, etc.) et pour l'État sont mal connus, mais s'élèvent à plusieurs milliards d'euros chaque année. Ainsi, le coût global des TMS des membres et du rachis est considérable et avoisinerait, selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, environ 1,5 % du produit intérieur brut européen [3].

Définitions

Les TMS des membres et du rachis sont des affections douloureuses des tissus mous périarticulaires (muscles, tendons, vaisseaux, etc.) et des nerfs périphériques (syndromes canaux), secondaires à une hypersollicitation d'origine professionnelle [4]. Ces affections sont par définition sans rapport avec une maladie inflammatoire, tumorale ou infectieuse.

1 Source : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/troubles-musculo-squelettiques-en-france-ou-en-est-on#:~:text=La%20pr%C3%A9valence%20des%20TMS%20du,%C3%A2ge%20pour%20les%20deux%20sexes.>

2 Source : [https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2020-rapport-annuel-assurance-maladie-risques-professionnels.](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2020-rapport-annuel-assurance-maladie-risques-professionnels)

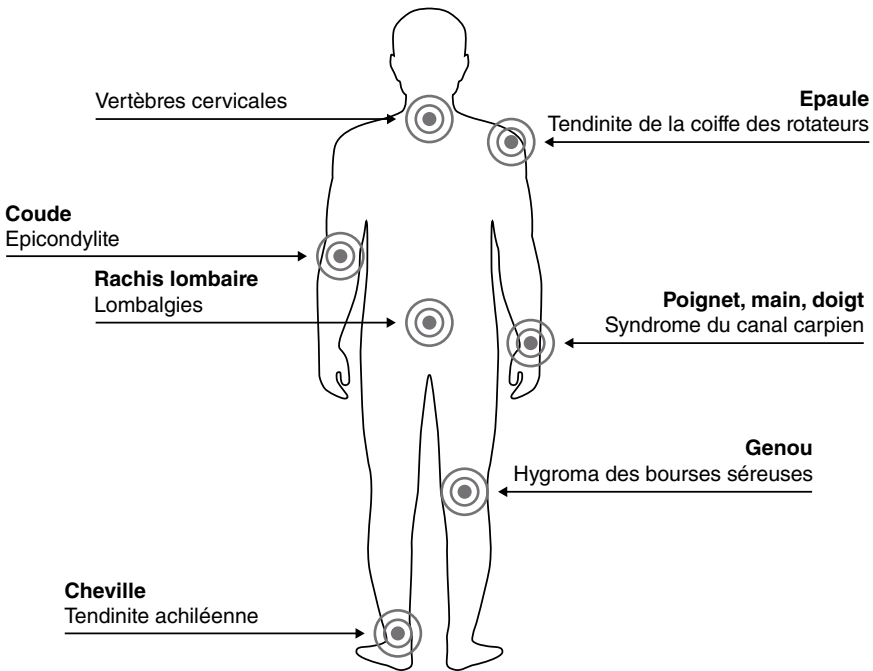


Figure 3.1. Principales localisations des troubles musculosquelettiques.

Source : Roquelaure Y. Troubles musculo-squelettiques et facteurs psychosociaux au travail. Rapport 142. Bruxelles : European Trade Union Institute ; 2018. D'après l'INRS.

Les principales affections cliniquement caractérisées sont (figure 3.1) :

- pour le poignet et la main, le syndrome du canal carpien correspondant à la compression du nerf médian dans le canal carpien et les tendinopathies des muscles extenseurs/fléchisseurs des doigts ;
- pour le coude, les tendinopathies des muscles épicondyliens et le syndrome de compression du nerf ulnaire au coude ;
- pour l'épaule, les tendinopathies de la coiffe des rotateurs ;
- pour le rachis, les lombo-radicalgies par hernie discale.

Les TMS dits « non spécifiques » correspondent le plus souvent à des syndromes douloureux localisés (cervicalgies, scapulalgies, lombalgies).

Il importe par ailleurs de distinguer les TMS aigus et subaigus, d'évolution respectivement inférieure à 4 et 12 semaines et de pronostic généralement favorable, des troubles chroniques, évoluant depuis plus de 3 mois et à risque élevé d'incapacité au travail prolongée en raison d'une réduction importante des capacités fonctionnelles [5].

Facteurs de risque

Les premiers modèles conceptuels des TMS, directement inspirés de la biomécanique des tissus mous, se sont avérés insuffisants pour expliquer le risque de TMS dans de nombreuses situations de travail, notamment celles caractérisées par une charge physique de travail modérée [4]. Les modèles successifs ont progressivement intégré des caractéristiques psychologiques, sociales, organisationnelles et managériales (tableau 3.1). Néanmoins, *tous les modèles physiopathologiques des TMS font intervenir une composante biomécanique.*

Les situations professionnelles les plus exposées au risque de TMS concernent les tâches répétitives réalisées sous contraintes de temps avec peu de marges de manœuvre, notamment les ouvriers de l'industrie manufacturière et agroalimentaire, des secteurs de la construction et de l'agriculture, mais aussi les employé(e)s peu qualifié(e)s des services, souvent des femmes (agents de service, aides-soignantes, aides à domicile, caissières, etc.) [1].

Contraintes biomécaniques des situations de travail

Les contraintes biomécaniques des situations de travail sont, en cas d'exposition intense et/ou prolongée, des déterminants majeurs de survenue de TMS. Les principaux facteurs de risque biomécaniques sont :

- la répétitivité des gestes ;
- l'intensité des efforts de préhension et de manipulation d'objets ou de manutention de charges ;
- l'adoption répétitive ou soutenue de postures inconfortables des membres et du tronc ;
- l'exposition aux vibrations transmises à la main ou au corps entier.

Il a par ailleurs été montré que l'astreinte biomécanique ne se résume pas aux mouvements répétitifs (source classique d'hypersollicitation) et qu'il est nécessaire de prendre également en considération l'hyposollicitation des muscles provoquée par le maintien très prolongé de postures statiques de travail lors des tâches requérant des gestes précis et/ou une immobilisation posturale sans efforts importants (travail sur écran ou sous binoculaire par exemple).

Influence des facteurs psychosociaux au travail

L'influence des facteurs psychosociaux au travail dans la survenue ou la persistance des TMS est également importante à considérer. Ainsi, le stress peut augmenter le risque d'apparition de TMS par plusieurs mécanismes :

- les mécanismes extrinsèques du stress associent une perturbation du geste professionnel (gestes saccadés, par exemple) et une augmentation de la charge musculosquelettique induite par la pression temporelle, l'intensification du travail, la diminution des temps de récupération et la diminution des coopérations dans le travail ;

■ les réponses intrinsèques mettent en jeu quatre systèmes pouvant interagir avec le système musculosquelettique : augmentation du tonus musculaire, activation de la voie catécholaminergique, libération de corticoïdes, sécrétion des cytokines pro-inflammatoires etc. en réponse au stress.

Organisation du travail et pratiques managériales

L'organisation du travail et les pratiques managériales sont aussi des éléments clés pour la compréhension et la prévention des TMS (figure 3.2).

Selon le modèle demande-autonomie au travail, l'association d'une forte pression psychologique avec une faible autonomie génère des situations de tension au travail augmentant le risque de TMS, notamment lorsque les travailleurs manquent de soutien ou de reconnaissance de la part de leur hiérarchie. Plus récemment, il a été montré des liens entre ces troubles et les pratiques managériales favorisant le sentiment d'injustice, ainsi qu'avec le sens donné par les travailleurs au travail et à la qualité du travail. Ainsi, l'organisation du travail peut être vue comme une ressource ou une contrainte, selon qu'elle permet ou non le déploiement des compétences et la réalisation dans sa plénitude du geste professionnel ou « geste de métier ».

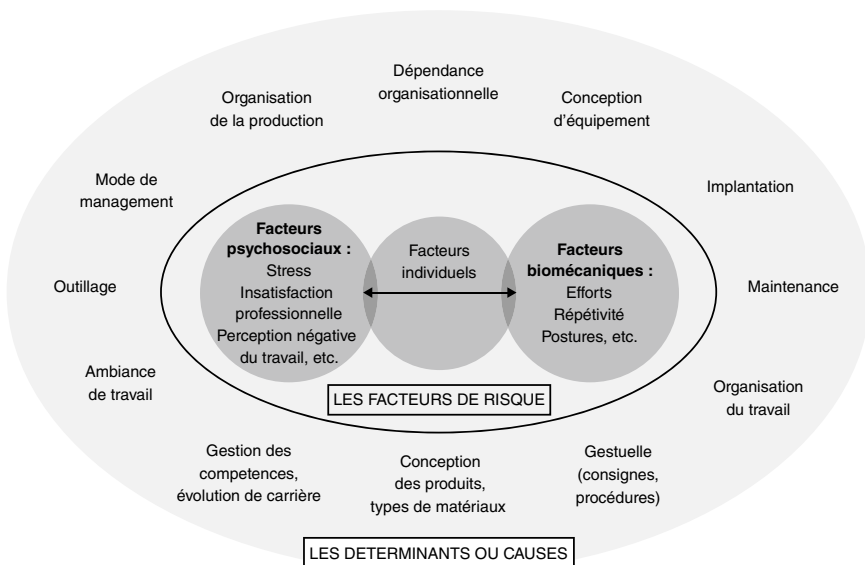


Figure 3.2. Modèle organisationnel des situations génératrices de troubles musculosquelettiques.

Source : Roquelaure Y. Troubles musculo-squelettiques et facteurs psychosociaux au travail. Rapport 142. Bruxelles : European Trade Union Institute ; 2018. D'après l'ANACT (Bourgeois, 2006).

Caractéristiques personnelles

Certaines caractéristiques personnelles peuvent contribuer au risque de TMS, telles que :

- l'âge. Les travailleurs âgés sont particulièrement touchés par les TMS en raison d'un vieillissement prématuré des tissus et des effets cumulés des contraintes biomécaniques accumulées au fil de la carrière. L'effet conjugué du vieillissement de la population active et de l'évolution des conditions de travail ne fera qu'accroître ce phénomène. En effet, les contraintes professionnelles, qui restent généralement fortes en fin de carrière, sont source de situations de handicap difficilement surmontables, malgré un savoir-faire accumulé par l'expérience et la mise en place de stratégies d'allègement des contraintes. À noter que les médecins du travail diagnostiquent également de plus en plus souvent des TMS chez des jeunes travailleurs cumulant emplois précaires et conditions de travail pénibles ;
- le genre. L'effet genre doit être pondéré par le fait que les emplois impliquant un travail manuel répétitif, nécessitant une grande précision gestuelle, sont plus souvent attribués aux femmes qu'aux hommes. De plus, le dimensionnement des postes de travail fait souvent référence à des normes anthropométriques relatives au sexe masculin et s'avère ainsi inadapté pour les femmes. Enfin, la force musculaire moyenne des femmes est inférieure à celle des hommes et les rend plus vulnérables face aux contraintes physiques ;
- les facteurs relatifs aux *habitus* (consommation de tabac, etc.) ou les activités physiques extraprofessionnelles (loisirs, pratique sportive, tâches domestiques, etc.). Celles-ci peuvent aussi être génératrices d'hypersollicitation biomécanique des tissus périarticulaires lorsqu'elles sont très intenses, comme chez le sportif. A contrario, elles sont source d'activation et d'entretien des tissus musculaires et squelettiques aux effets préventifs des TMS chez les travailleurs sédentaires lorsqu'elles sont d'intensité adaptée.

Autres facteurs individuels

D'autres facteurs individuels peuvent également être pris en compte :

- l'état de santé général, le surpoids et l'obésité, les antécédents de TMS, de rhumatisme inflammatoire chronique ou d'endocrinopathie (diabète, dysthyroïdie), mais aussi la ménopause et la grossesse, notamment pourvoyeuses de syndromes canaux par des phénomènes de rétention hydrosodée ;
- le terrain génétique, le morphotype, l'anthropométrie, la latéralité ;
- la personnalité, l'histoire personnelle (vécu douloureux), l'état de santé psychique (anxiété, dépression, somatisation, etc.), le mode de gestion du stress, mais aussi la perception de l'incapacité, les attentes vis-à-vis de la prise en charge ou encore les peurs et croyances, influençant l'évolution vers la chronicité et l'incapacité prolongée.

Ainsi, les TMS sont des affections multifactorielles répondant à la définition des maladies liées au travail proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir : « des maladies pour lesquelles l'environnement de travail et la réalisation du travail contribuent de manière significative, mais non exhaustive, à leur étiologie multifactorielle ».

Tableau 3.1. Principaux facteurs de risque de troubles musculosquelettiques (TMS).

Facteurs extraprofessionnels	Facteurs professionnels
Facteurs de susceptibilité individuelle : – âge – genre féminin (syndrome du canal carpien) – patrimoine génétique – obésité – grossesse (syndrome du canal carpien) Antécédents médico-chirurgicaux : – antécédents de tendinopathies/syndromes canalaire/lombalgies – diabète – rhumatisme inflammatoire – hypothyroïdie sévère (syndrome du canal carpien) Hypersollicitation extraprofessionnelle : – pratique intensive d'un sport sollicitant les membres ou le rachis – pratique intensive du bricolage – pratique intensive du jardinage	Biomécaniques : – répétition élevée des gestes (fréquence, vitesse) – intensité élevée des efforts (forces exercées, masses transportées ou déplacées, pénibilité physique globale du poste de travail) – maintien prolongé d'une posture défavorable (abduction de l'épaule, flexion/extension du coude ou du poignet, flexion/torsion du tronc) – amplitude importante des mouvements – appui ou pression localisée sur le talon de la main ou le coude – exposition aux vibrations transmises à la main – exposition aux vibrations transmises au corps entier – travail au froid – durée d'exposition prolongée aux contraintes physiques – combinaison de facteurs biomécaniques (+++) Organisationnels : – travail sous contrainte de temps – temps de cycle très court – absence de temps de récupération – rigidité des procédures et contrôles – absence de marges de manœuvre individuelles/collectives – absence des moyens de faire un travail de qualité – monotonie de la tâche – répartition des postes selon le genre Psychosociaux : – stress professionnel – forte demande psychologique – faible latitude décisionnelle – manque de soutien de la hiérarchie – manque de soutien des collègues – faible reconnaissance dans le travail

Source : Roquelaure Y, Petit A, Fouquet B et Descatha A. (2014) Pathologies professionnelles musculo-squelettiques : priorité à la prévention et à la coordination des prises en charge, La Revue du Praticien, 64 (3), 350-357 [5].

Cas particulier des affections rachidiennes

Les trois étages rachidiens (cervical, dorsal et lombaire) sont susceptibles d'être à l'origine de symptômes douloureux. Au sein de la population active, on constate que la lombalgie est la pathologie rachidienne dominante chez les travailleurs manuels, alors que les employés de bureau développent plus souvent des cervicalgies. Les dorsalgies se

rencontrent plus rarement et sont d'ailleurs relativement peu étudiées. Près de 30 % des salariés européens déclarent souffrir de douleurs rachidiennes. En France, les lombalgies et lombosciatalgies représentent la première cause d'inaptitude au travail et d'invalidité avant 45 ans. Ces affections sont plus fréquentes dans certains secteurs d'activité tels que le bâtiment et les transports pour les hommes, ou les soins, le nettoyage et les services à la personne pour les femmes.

Lombalgie

Compte tenu de la prévalence importante de la lombalgie dans la population active, l'apparition de lombalgies est prévisible dans la plupart des situations de travail (tableau 3.2). À noter cependant qu'une prévalence de lombalgie plus élevée a systématiquement été rapportée pour les postes de travail qui exposent :

- *à la manutention manuelle de charges lourdes.* Après ajustement sur les autres facteurs de risque, une relation positive « dose-effet » a été mise en évidence entre la charge rachidienne cumulée (manutention manuelle de charges lourdes et/ou surcharge pondérale ou obésité) et la présence d'une hernie discale ou d'un pincement de l'espace intervertébral dans les deux sexes, confirmant le lien entre la charge rachidienne cumulée et la pathologie discale ;
- *aux vibrations transmises au corps entier.* Le risque de lésions discales est particulièrement présent pour des fréquences comprises entre 2 et 10 Hz qui correspondent aux fréquences habituelles des engins roulants (engins mobiles ou matériel vibrant). À noter que l'association d'une exposition à des vibrations transmises au corps entier et à des ports de charges lourdes est fréquente en milieu du travail, notamment dans le secteur de la construction ;
- *aux postures contraignantes du rachis.* La fatigue musculaire est surtout décrite dans les professions qui exigent le maintien de postures et, de ce fait, sont exposées à des tensions musculaires faibles mais prolongées ;
- *aux facteurs psychosociaux* – tels que le manque de soutien social au travail –, qui jouent également un rôle important.

Dans la mesure où les phénomènes de dégénérescence discale sont plus fréquemment observés au cours du vieillissement, certains auteurs ont évalué la précocité de survenue

Tableau 3.2. Synthèse des facteurs de risque physiques et psychologiques de lombalgie (d'après Burton et al. [6]).

Facteurs physiques	Facteurs psychologiques
Contraintes physiques lourdes au travail	Stress, détresse psychologique
Se pencher fréquemment	Anxiété, dépression
Pivoter le tronc fréquemment	Troubles cognitifs
Soulever, pousser, tirer des charges lourdes fréquemment	Comportements inappropriés vis-à-vis de la douleur
Travail répétitif ou monotone	Insatisfaction au travail
Maintien prolongé des postures	Stress psychologique au travail

des pathologies discales lombaires chez les travailleurs exposés à des contraintes physiques lourdes et mis en évidence le concept de « vieillissement prématuré du rachis », à savoir non seulement l'apparition de la pathologie (qui ne serait pas survenue en l'absence d'une exposition spécifique), mais également la précocité de celle-ci (qui serait apparue plus tard au cours de la vie en l'absence d'exposition).

Cervicalgie

Certains facteurs professionnels ont été identifiés comme favorisant la survenue de cervicalgies :

- les postures statiques prolongées (travail sur écran notamment) ;
- la répétitivité des gestes ;
- les rotations et l'antéflexion du tronc ;
- la flexion du rachis cervical ;
- la manipulation d'outils vibrants ;
- les travaux mettant en jeu la force et les postures extrêmes des bras, qui peuvent également jouer un rôle.

En parallèle, le rôle des facteurs psychosociaux n'est pas négligeable dans la physiopathologie des cervicalgies, qui sont connues pour être favorisées par les conditions défavorables de travail : charge importante de travail, manque de soutien social, faible niveau de responsabilité, insatisfaction au travail.

Enfin, d'après la littérature, les cervicalgies surviennent le plus souvent chez les personnes dont l'état de santé est considéré comme médiocre, en situation de détresse psychologique ou ayant des antécédents de traumatismes.

Évolution vers la chronicité et l'incapacité prolongée

L'installation du trouble dans la chronicité est particulièrement lourde de préjudices : douleurs, incapacité fonctionnelle, dégradation de la qualité de vie, rupture avec le milieu professionnel, isolement social, etc.

Selon le modèle dit « biopsychosocial et professionnel », qui tient compte non seulement de la composante physique ou lésionnelle (bio), mais aussi de ses composantes psychologiques, sociales et professionnelles, la persistance du symptôme douloureux est autant le résultat de dysfonctionnements neurophysiologiques, d'anomalies de la coordination sensorimotrice et de gestion de la douleur que la conséquence de micro-lésions tissulaires.

Les contraintes psychosociales au travail (monotonie, insatisfaction au travail, faible soutien social, etc.) sont susceptibles de favoriser des pathologies ostéoarticulaires, en particulier leur passage à la chronicité, de même que la prise en charge médicale, administrative ou législative (système des drapeaux – [tableau 3.3](#)).

Tableau 3.3. Facteurs de risques psychosociaux et professionnels : système des drapeaux chez le travailleur lombalgique (d'après Petit et Roquelaure [7]).

Drapeaux jaunes	Problèmes émotionnels (dépression, anxiété, stress) Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos Comportements douloureux inappropriés (évitement/réduction de l'activité) Problèmes liés au travail ou à l'indemnisation (insatisfaction professionnelle, rente)
Drapeaux bleus	Charge physique élevée de travail Charge mentale élevée/stress au travail Manque de capacité à modifier son travail Manque de soutien social au travail Insatisfaction au travail Faible espoir de guérison et de reprise du travail Peur de la rechute
Drapeaux noirs	Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive/le changement de poste Insécurité financière Critères du système de compensation Incitatifs financiers Manque de contact avec le milieu de travail Durée de l'arrêt de travail

Ces facteurs psychosociaux doivent être recherchés tout au long de la prise en charge du patient, d'autant plus quand les symptômes se chronicisent. Ils permettent à la fois de mieux comprendre l'évolution, de repérer les situations à risque de chronicisation et de mieux prendre en charge le patient.

Les dimensions psychologique, sociale, affective et cognitive (représentations de la douleur et de ses conséquences) sont également des éléments pronostiques très importants. Les représentations erronées (ou « fausses croyances ») vis-à-vis de la douleur font notamment référence aux :

■ *pensées dysfonctionnelles* : kinésiophobie (peur du mouvement), catastrophisme, dramatisation, etc. ;

■ *comportements inappropriés* : évitement du travail, des contacts sociaux, consultations récurrentes, etc.

Ainsi, lorsque la douleur causée par un effort est interprétée comme menaçante, la peur liée à la douleur progresse. Cela conduit à un évitement/échappement des activités qui peut entraîner le cercle vicieux de peurs et d'évitements croissants vis-à-vis du mouvement et de l'activité physique. Ces comportements d'évitement sont favorisés par certains facteurs tels que les événements stressants de la vie, les caractéristiques de la personnalité (anxiété, névroses, etc.), les caractéristiques environnementales du travail et de la société, etc. Or, les comportements d'évitement induisent le risque de diminution, voire de perte de participation professionnelle (arrêts de travail répétés et/ou prolongés) et sociale (arrêt des activités sociales et de loisirs), et à terme, un syndrome de déconditionnement (figure 3.3).

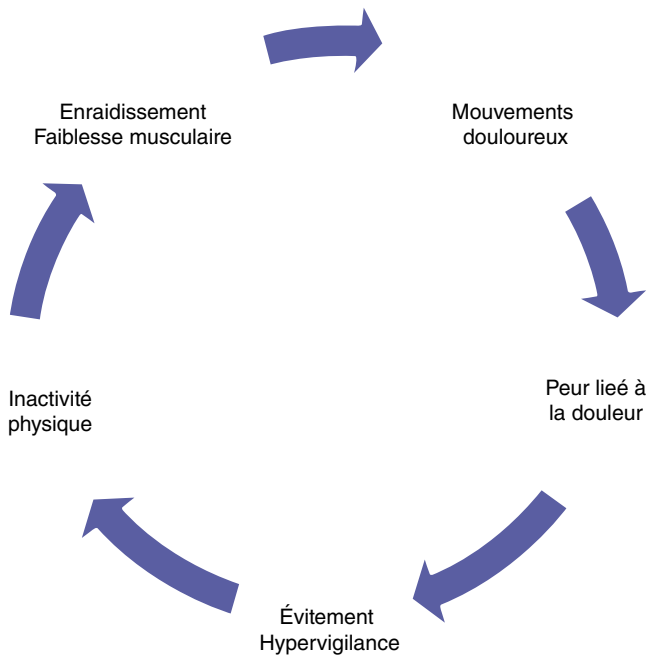


Figure 3.3. Cercle vicieux du syndrome de déconditionnement à l'effort.

Source : D'après EHUMT, Collège des Enseignants Hospitalo-Universitaires de Médecine et santé au Travail.

Le syndrome de déconditionnement comprend des modifications :

- physiques : perte de la force maximale, fatigabilité, modification du recrutement musculaire au cours du geste et baisse de la capacité cardiovasculaire à l'effort ;
- psychologiques : symptômes dépressifs ou anxieux, troubles de la concentration, de la mémoire, sensation de fatigue, irritabilité accrue ;
- et sociales : perte de participation sociale et professionnelle, isolement.

Certains travailleurs peuvent également développer une forme de « catastrophisme » qui associe rumination, désespoir et amplification (soit par la parole, soit par des comportements inadaptés face à l'activité) ainsi qu'une hypersensibilisation centrale à la douleur. Le catastrophisme s'accompagne d'une recherche de soutien dans l'entourage familial, professionnel et médical qui peut favoriser l'installation d'un cercle vicieux d'un climat délétère dans la sphère privée et/ou professionnelle.

Évaluation clinique

Si le maître symptôme des TMS est la douleur, elle n'en demeure pas moins une expérience multidimensionnelle et subjective. C'est pourquoi il convient de faire une évaluation globale de la situation douloureuse (type de douleur, origine de la douleur, etc.), ainsi que des éléments susceptibles d'influencer l'évolution de la douleur.

Les douleurs liées aux TMS sont de type nociceptif (stimulus des nocicepteurs présents dans les structures tissulaires), neuropathique (lésions nerveuses des syndromes canalaux) ou mixte.

Suite aux stimuli nociceptifs, le mouvement professionnel est modifié par une réaction réflexe modifiant l'activité de certains muscles agonistes. Le rendement de l'activité gestuelle étant diminué, cela induit un processus de recrutement de groupes musculaires qui ne sont initialement pas prévus dans l'activité professionnelle et peut favoriser la survenue de TMS étagés du membre (syndrome canalaire de la main, du coude et syndrome du défilé thoracobrachial par exemple).

La présentation clinique des TMS liés à l'activité professionnelle est aspécifique

Le tableau clinique en lien avec l'affection d'un ou de plusieurs tissus est le même, que l'origine soit professionnelle ou non.

Dans le cadre des TMS du membre supérieur (spécifiques ou aspécifiques), un auto-questionnaire de type « nordique³ » associé à une évaluation visuelle analogique (EVA) de la douleur peuvent permettre d'orienter l'examen clinique.

Un protocole d'examen clinique standardisé, à destination des médecins du travail, a été mis au point au décours de la conférence de consensus sur les TMS de SALTSA⁴, en 2000. Ce protocole décrit 12 TMS spécifiques des membres ainsi que les manœuvres de *testing* spécifiques à chaque trouble.

Évaluation du statut algofonctionnel de la personne

L'évaluation du statut algofonctionnel de la personne consiste non seulement à quantifier les répercussions physiques et socioprofessionnelles de la douleur, mais également à apprécier l'efficacité d'un traitement. Cette évaluation peut être réalisée par l'interrogatoire et l'examen clinique voire des outils validés, plus fins, qui sont utilisés lors des consultations pluridisciplinaires spécialisées (et qui peuvent être renseignés en salle d'attente par exemple) ([encadré 3.1](#)).

3 <https://www.inrs.fr/media.html?reflNRS=TF%20165>.

4 <https://www.inrs.fr/media.html?reflNRS=outil15>.

Encadré 3.1

Pour aller plus loin – outils d'évaluation validés en français

Douleur	Échelle visuelle analogique (EVA)
Retentissement psychologique de la douleur	<i>Hospital anxiety and depression</i> (HAD) : recherche d'éléments anxiodépressifs <i>Fear Avoidance and Belief Questionnaire</i> (FABQ) : recherche de comportements d'appréhension, de peurs, d'évitements liés à la douleur
Retentissement de l'incapacité fonctionnelle	Questionnaire <i>Short-Form 36</i> (SF36) : qualité de vie perçue Questionnaire Roland-Morris (version française : EIFEL) : retentissement de la lombalgie sur les actes de la vie quotidienne Échelle de DALLAS – retentissement de la lombalgie sur : – les activités quotidiennes – les activités professionnelles – la vie sociale <i>Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand</i> (DASH) : membre supérieur
Facteurs d'incapacité prolongée en lien avec le travail	Questionnaire OMPSQ version française : – fréquence et intensité des épisodes douloureux – capacité de gérer la douleur – retentissement sur les activités quotidiennes et le sommeil – vécu du travail (insatisfaction au travail) – espoir de reprise du travail
Représentations du travailleur	En cas d'arrêts de travail répétés ou prolongés > 4 semaines, il est recommandé d'aborder explicitement avec le travailleur concerné les représentations ou « croyances » quant au lien entre lombalgie et travail. En cas d'approche par questionnaire : sous-échelle FABQ-travail

Prise en charge

Les prises en charge médicale et socioprofessionnelle des TMS doivent être coordonnées et tenir compte de l'évaluation globale (médicale, sociale et professionnelle) de la situation des travailleurs concernés, notamment les caractéristiques individuelles (âge, surpoids, manque d'activité physique, antécédents de TMS, etc.), les facteurs psychosociaux individuels (représentations négatives de la maladie, « peurs et croyances » erronées concernant le retour au travail, etc.) et les caractéristiques des situations de travail (facteurs biomécaniques, psychosociaux et organisationnels du travail, etc.).

Les grands principes de prévention des TMS associent des interventions en milieu de soins et en milieu de travail :

- prévention primordiale : règles d'hygiène de vie habituelles ;
- prévention primaire : éviter la survenue du trouble (amélioration des conditions de travail) ;
- prévention secondaire : éviter l'évolution vers la chronicité (repérage et prise en charge précoce des facteurs de risque de chronicité) ;
- prévention tertiaire : éviter la désinsertion professionnelle (repérage et mise en place précoce des outils du maintien en emploi).

Nous ne détaillerons pas ici la prise en charge médicale spécifique des différents TMS. Des recommandations de bonne pratique publiées par la Haute autorité de santé (HAS) existent pour certains troubles :

- « Prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs » (HAS, 2024⁵) ;
- « Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune » (HAS, 2019⁶) ;
- « Syndrome du canal carpien : optimiser la pertinence du parcours patient » (HAS, 2013⁷).

Reconnaissance en maladie professionnelle

Un certain nombre de pathologies ostéoarticulaires peuvent être reconnues au titre de maladie professionnelle ([tableau 3.4](#)).

La plupart des TMS des membres supérieurs et inférieurs sont inscrits aux tableaux 57 des maladies professionnelles du régime général (RG) et 39 du régime agricole (RA) ([tableau 3.5](#)).

Les tableaux 57 RG et 39 RA permettent la reconnaissance en maladie professionnelle de :

- tendinopathies : coiffe des rotateurs, épicondylites, extenseurs et fléchisseurs de la main et des doigts, quadriceps, patte d'oie, Achille, etc. ;
- syndromes canaux : canal carpien, nerf ulnaire au coude, nerf sciatique poplitée externe au col du péroné, etc. ;
- bursites : hygroma du coude et du genou.

Certains de ces tableaux exigent la réalisation d'un examen complémentaire objectivant la pathologie (tendinopathie de la coiffe des rotateurs, syndrome du nerf ulnaire au coude, tendinopathie d'Achille, ménisopathies, etc.).

À noter le cas particulier des tendinopathies de la coiffe des rotateurs de l'épaule pour lesquelles, depuis la révision de l'alinéa A du tableau 57 en 2011, une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule (ou un arthroscope en cas de contre-indication à l'IRM) est désormais obligatoire ainsi que l'absence de calcification péri-tendineuse (sauf enthésopathie) pour les tendinopathies non rompues.

5 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-08/fiche_prise_en_charge_des_tendinopathies_de_la_coiffe_des_rotateurs.pdf.

6 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune.

7 https://www.has-sante.fr/jcms/c_1365548/fr/syndrome-du-canal-carpien-optimiser-la-pertinence-du-parcours-patient.

Tableau 3.4. Tableaux des maladies professionnelles pour la pathologie osseuse, articulaire et périarticulaire dans le régime général (RG) et le régime agricole (RA) (d'après le guide des maladies professionnelles).

Pathologie et type d'atteinte	RG	RA
Pathologie osseuse		
• Atteinte du tissu osseux		
– Ostéolyse	52	–
– Ostéonécroses	5, 6, 29, 69	20, 29
– Ostéomalacies et complications	5, 61	42
– Ostéocondensation diffuse	32	–
• Tumeurs malignes		
– Sarcome osseux	2	20
Pathologie articulaire		
• Arthrose	69	29
• Lésions méniscales chroniques	79	53
• Lésions des disques vertébraux		
– Hernie discale L4-L5 ou L5-S1 (sciatique)		
– Hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5 (cruralgie)	97, 98	57, 57bis
• Arthrites, polyarthrites		
– Brucellose subaiguë et chronique	24	6
– Gonocoques	76K	–
– Hépatites à virus B, C	45II	33II
– Rouget du porc	88	51
– Spirochètoses à tiques (maladie de Lyme)	19B	5bis
– <i>Streptococcus suis</i>	92	55
– Tuberculose (<i>Mycobacterium bovis</i>)	40A	16A
• Affection rhumatoïde		
– Syndrome de Caplan-Colinet	25A et C	22A
Pathologie périarticulaire		
• Atteinte des ligaments		
– Atteintes inflammatoires	57A à E	39A à E
– Calcifications	32	–
• Atteinte des bourses séreuses	57B et D	39B et D
• Syndromes de compression nerveuse		
– Compression du nerf médian au niveau du poignet (syndrome du canal carpien)	57C	39C

(Suite)