

Les maladies professionnelles : quelques repères

**25 AVRIL 2025 – WORKSHOP : « LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES :
UN TREMPLIN POUR LA LUTTE ET L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL »**

Sophie REMOUCHAMPS, avocat (Thetis), maître de conférences (Centre de
droit public et social de l'ULB)

Contenu PPT

- I. Quelques éléments de contextualisation ; les origines du régime et enjeux en termes de prévention
- II. La construction des conditions de reconnaissance des maladies professionnelles ; l'histoire explique le présent (fonctionnement non optimal de la branche et nécessité des recours en justice)
- III. Approche pratique des conditions de reconnaissance des maladies professionnelles : code TMS MS 1.1606.22

I. Contextualisation

- CONTEXTE PRÉEXISTANT (fin XIX^e siècle)

- L'industrialisation entraîne une augmentation des dommages causés par le travail
- Pas d'obligation légale SST (prévention des risques professionnels)
- Inexistence de la sécurité sociale (protection contre les risques sociaux)
- Mécanisme de réparation accessible = responsabilité civile
 - exigence d'une faute en lien causal avec le dommage
 - accès peu aisé / problème de preuve +++
- Néanmoins procès en augmentation, dégageant la faute via les défauts de prévention
 - amorce d'un embryon de SST, encre dans l'obligation de sécurité

→ LES RESSORTS DU CHANGEMENT :

- charge de la preuve trop lourde
 - faciliter l'accès à la réparation (idée d'un octroi automatique)
- caractère « perturbateur » des procès en responsabilité civile (« paix sociale ») + charge financière ++ de la réparation intégrale
 - volonté de limiter son coût

(concrètement, en droit) ÉMERGENCE DE LA DU **THÉORIE DU RISQUE DU PROFESSIONNEL**

- Postulat : les conditions d'exploitation de l'activité organisée par l'entreprise génèrent des accidents et des maladies

= **PRÉSUMPTION D'ORIGINE PROFESSIONNELLE des accidents et des maladies**

→ l'employeur doit assumer la réparation (même si ~~faute~~)

Mais « partage » du risque entre employeurs et travailleurs : **réparation FORFAITAIRE et IMMUNITÉ**

FORFAIT :

- Le dommage causé n'est indemnisé que pour partie ($\neq$ intégral)
 - SEUL le dommage PROFESSIONNEL est indemnisé (+ remboursement des soins de santé)
 - La réparation cherche à compenser la perte de capacité de travail (capacité de gagner un revenu par sa force de travail)
 - Pas de prise en considération de la dimension humaine (dommage moral, souffrance, dommage esthétique)
- L'indemnisation est calculée sur des bases théoriques ($\neq$ le dommage (réparé) réellement subi) : la détermination du dommage professionnel s'opère sur des bases théoriques (forfaitaire) :
 - La valeur économique de la victime n'est appréciée qu'eu égard à la rémunération gagnée au moment de l'accident/MP (« rémunération de base »), *plafonnée*
 - Application de réductions + système anti-cumul

→ personne ne reçoit la réparation du dommage réel; l'indemnisation peut couvrir davantage que le dommage causé *exclusivement* par le risque professionnel (neutralisation des autres causes, tel que l'état antérieur – principe de la globalisation)

- **IMMUNITÉ** : cadenas le forfait ; il est impossible de réclamer le dommage non réparé sur la base RC (la faute ne donne plus le droit à la réparation intégrale)
 - Qui ? L'employeur, ses ouvriers et préposés (≠ les tiers)
 - Sauf EXCEPTIONS listées (art. 51, l. coord.); l'action est possible
 - contre LE CHEF D'ENTREPRISE lorsqu'il a provoqué intentionnellement la maladie professionnelle.

« Est considéré comme ayant intentionnellement provoqué la maladie, tout employeur qui a *continué d'exposer des travailleurs au risque de maladie professionnelle, alors que* les fonctionnaires désignés en vertu de l'article 68 en vue de surveiller l'exécution de la présente loi, lui ont signalé par écrit le danger auquel il expose ces travailleurs en ne se conformant pas aux obligations que lui imposent les dispositions légales et réglementaires relatives à la sécurité et à l'hygiène du travail »
 - contre LES OUVRIERS OU PRÉPOSÉS du chef d'entreprise qui ont provoqué intentionnellement la maladie professionnelle.

CONSÉQUENCE de l'immunité

- Sur le plan INDIVIDUEL, pas de droit à la réparation intégrale
- Sur le plan COLLECTIF, système de réparation QUI NE FAVORISE PAS LA PRÉVENTION
 - Pas de lien « pollueur/payeur »
 - Financement par le biais de sécurité sociale (cotisations – mutualisation)
 - Employeurs mis sur pied d'égalité qu'ils appliquent ou non la prévention
 - Constat FEDRIS sur existence d'un risque professionnel (évident) n'entraîne aucune obligation en matière de prévention (même pas relayé vers acteurs prévention)

Autres problématiques en lien avec prévention :

- Mécanisme de déclaration déficient
 - Examen et réparation sur *demande* du travailleur
 - Obligation de déclaration CP-MT non respectée
- Carences législatives, pratiques administratives et non recours au droit entraînent l'atrophie du scope effectivement couvert (maladies reconnues) : **invisibilisation des risques professionnels**

II. La construction des conditions de reconnaissance des maladies professionnelles

Les sources historiques du fonctionnement non optimal de la branche et nécessité du recours à la justice

Les concepts AT/MP ET le régime de preuve déclinent concrètement la **présomption d'origine** (= à quelles conditions le risque donne droit à la réparation légale ?)

- Problème : comment établir la qualification *professionnelle* de la maladie (la causalité/imputabilité au travail) ?
 - Différence AT/MP
 - AT : point de départ factuel (l'événement générateur) et vérification via le moment/lieu où il survient (pendant l'autorité possible de l'employeur)
 - MP : idée d'une pathologie QUI DÉCOULE des techniques de production, des conditions de travail, des produits chimiques, toxiques ou biologiques utilisés (// idée de l'échec/impuissance de la prévention à éliminer les risques « normaux » du travail)
 - Aucune maladie n'est intrinsèquement « professionnelle » : les maladies sont multifactorielles (influence des facteurs professionnels/extraprofessionnels)
 - Difficulté d'arrêter, scientifiquement, l'étiologie (e.a. connaissances insuffisantes, biais et limites des études épidémiologiques, influence des *lobbies*)
 - La certitude médicale n'existe pas ; la causalité médicale « certaine » est impossible à démontrer

- Choix du législateur : le **SYSTÈME DE LA LISTE**

- La définition via une liste est censée résoudre la question de l'origine de la maladie (imputabilité professionnelle)
- ≠ liste des pathologies ; = Liste des risques (chimiques et substances, biologiques, physiques)
 - Inscription = +/- la causalité probabiliste : « *un examen épidémiologique approfondi s'impose* » ; « *il faut prouver, en s'inscrivant dans la conception probabiliste de la causalité (...) que l'exposition a provoqué une augmentation importante du nombre de cas de maladie, par rapport à la population non exposée* »

→ L'idée est que le risque suffit pour admettre le lien causal (parce que la causalité est une preuve trop lourde / difficile). Le lien de cause à effet entre la pathologie présentée par la victime et ses conditions concrètes de travail ne doit pas être démontré : il est appréhendé uniquement par la circonstance que le travailleur a été exposé au risque de la liste. Si le risque existe, le lien causal est présumé irréfragablement

- L'appréhension de la causalité en termes de probabilité (risque) est censée éviter l'établissement du lien causal sur un plan *individuel* (qui est couvert par la présomption d'origine inhérente au système de définition par une liste). Et donc éviter de faire peser sur la victime les aléas d'un élément de preuve réputé impossible (la cause médicale de sa maladie)

- A l'origine (1927), liste à double entrée (sur la base des études de nature épidémiologique et de choix politiques)
 1. Énumération des risques admis via l'agent causal (le « risque »)
 2. Les professions/milieus professionnels où l'exposition au risque est admise comme existante (= employeurs tenus au financement)
- A partir de 1963 : modification du financement
 - Preuve de la maladie de la liste (une entrée – le risque) + preuve de L'EXPOSITION AU RISQUE PROFESSIONNEL DE LA MALADIE (ERPM) = l'ERPM est la cause de la maladie
 - Notion d'ERPM non définie légalement
 - Présomption d'ERPM – secteur privé (spécifique) >< secteur public (générale)
 - *Dans la pratique administrative*, l'exposition (concrète) du travailleur au risque ne s'apprécie pas factuellement (càd par la circonstance que le travailleur est effectivement confronté au risque dans le cadre de son activité professionnelle) : existence de CRITÈRES ADMINISTRATIFS limitant la portée de l'inscription du risque dans la liste

- **1990**: introduction du **système HORS LISTE** (art. 30bis : la maladie qui trouve sa cause « déterminante et directe » dans l'exercice de la profession)
 - le principe est l'établissement de l'imputabilité professionnelle sur le plan *individuel*
 - **Mais** maintien de la condition ERPM
- **1994** (en lien direct avec l'introduction du système ouvert) : introduction d'une définition de l'ERMP – art. 32
 - /!\ Pas applicable au secteur public (définition prétorienne)
 - Hors liste : impose un autre examen de l'imputabilité (via le risque c'est-à-dire la probabilité)
- Définition renforcée en 2006 (/\\ nouveau volet de prévention : les **maladies en relation avec le travail** - pour soi-disant « clarifier » la différence entre les concepts) : l'influence nocive doit constituer, *dans les groupes de personnes exposées*, la cause prépondérante de la maladie
- NB : Certains codes de la liste des MP contiennent des « critères d'exposition »

→ La maladie de la liste et ERPM sont appréhendés comme un même concept

« **Solution** » administrative (aux difficultés conceptuelles) inchangée : Fedris arrête des **CRITÈRES ADMINISTRATIFS** (pas inscrits dans la réglementation) de reconnaissance (à comparer avec le cas individuel) :

- critères diagnostics (= dire quelle est la maladie qui peut être liée à l'agent causal eu égard à sa nature et sa spécificité) et/ou critères d'exposition (seuil/dose)
 - ≠ transparence, ni sur les discussions (quels sont les aspects pris en compte ?) ni sur les critères (pas de publication)
 - Semblent très fondés sur l'épidémiologie, dans contexte où Fedris n'effectue pas de recherche
- avec indétermination du niveau : liste et/ou ERPM
 - Système de la liste : peut expliquer le « saucissonnage » (examen séparé par nature de l'affection et/ou localisation)
 - Système ouvert : Pas de critères → taux de rejet ++++

Conséquences de la « solution » administrative

- Liste : la présomption d'origine est entravée voire annihilée :
 - l'inscription du risque dans la liste devient sans effet ; il faut de toute façon démontrer que l'influence nocive (le risque de la liste ?) est la cause prépondérante de la maladie sur le plan « statistique » (soit le même plan que celui qui régit l'inscription de la maladie-risque dans la liste)
- Impossibilité de prouver la condition ERPM pour maladies hors liste (qui ne peuvent pas figurer sur la liste) :
 - L'exigence de causalité de l'article 32 obéit à la même logique que l'inscription du risque sur la liste (études qui démontrent le risque, c'est-à-dire la probabilité « certaine » que tel travail cause telle maladie) . Comment alors administrer la preuve, puisque si la maladie-risque n'est pas dans la liste, c'est en raison du défaut d'études étayant le lien de cause à effet (dans les groupes de personnes exposées) ?
 - ?!? Seules les maladies-risque qui devraient figurer sur la liste (mais n'y sont pas encore reprises) peuvent prétendre à la réparation ?!?

RÔLE DU RECOURS EN JUSTICE ?

- Corriger les erreurs manifestes d'appréciation (pratiques de refus injustifiées)
 - NB /!\ bcp de pratiques douteuses en indemnisation, notamment vu la pratique du « saucissonnage »
- **Permettre à la jurisprudence de construire une appréhension des conditions de reconnaissance**
 - COHÉRENTE avec la notion de risque (= préserver la présomption d'origine)
 - Compatible avec L'ACCÈS À LA PREUVE (possibilité matérielle dans le chef de la victime individuelle)

Exemple : les arrêts 2024 CTLL concernant le code 1.605.01 (affections ostéo-articulaires des membres supérieurs provoquées par les vibrations mécaniques)

III. Les conditions de reconnaissance des maladies professionnelles

**Approche pratique : focus sur TMS membres supérieurs code 1.606.22
– secteur privé**

Conditions	Preuve	
	Secteur privé	Secteur public
1) Une maladie professionnelle - Liste (art. 30 Lcoord. → A.R. 28/03/69) - Hors liste (30bis) (notion identique secteur privé/public)	La victime	
2) L'exposition au risque professionnel de la maladie - Notion définie dans le secteur privé (art. 32, al. 2) : - Notion <u>non définie</u> dans le secteur public	La victime Sauf application de la présomption réfragable (A.R. 6/02/2007 - <i>uniquement</i> certaines maladies de la liste)	Présomption générale d'exposition liste <i>et</i> hors liste Réfragable : les conditions de travail (concrètes) ne sont en aucune manière susceptibles de participer au développement de la maladie (son apparition ou son aggravation).
3) Le lien causal entre la maladie et l'exposition au risque	- maladie de la liste : aucune exigence (présomption irréfragable tirée de la logique de la liste) - hors liste : victime (art. 30bis)	

Les TMS (en général)

« La survenue des TMS-MS est irréductiblement la conséquence d'une diversité de facteurs de risque. Cependant, grâce aux études épidémiologiques, il est établi que l'épidémie de TMS-MS observée dans la plupart des pays industrialisés est massivement déterminée par le travail »

(INRS, Guide pour les préventeurs, p. 13)

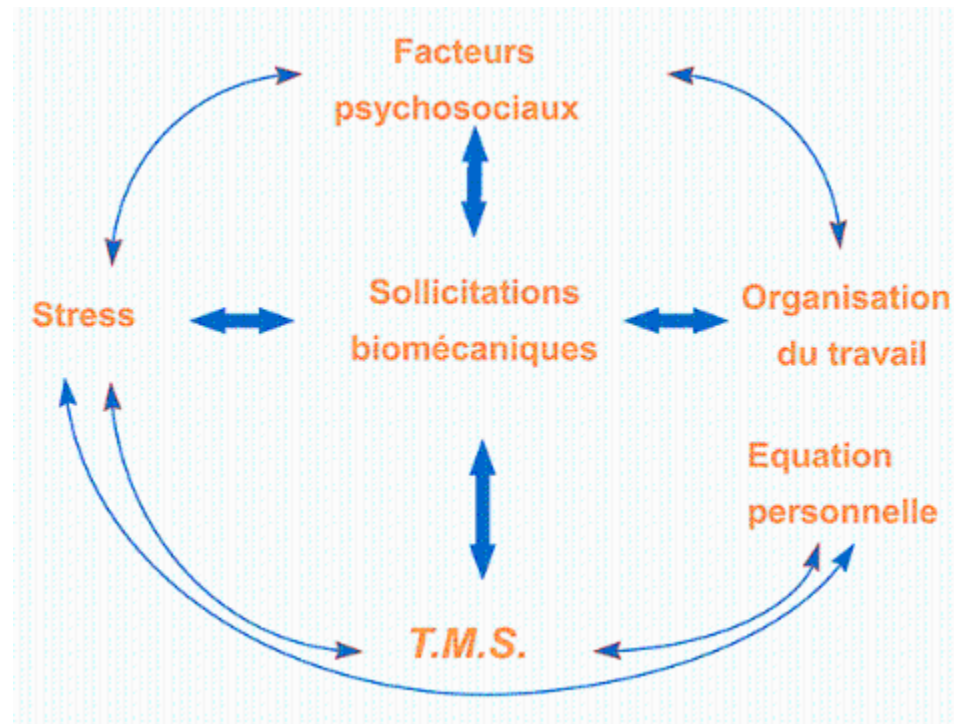
- Importance de la prise en compte des réalités (le milieu de travail concret/réel imposé à un individu *précis*) : « *La prévention des TMS concerne le couple travailleur-tâches réellement exécutées au sein d'une entité spacio-temporelle et fonctionnelle : le lieu du travail. Elle tient compte des opérations qui y sont réellement exécutées et pas seulement celles qui sont prescrites* » (Malchaire, ETUI 2011, p. 6)
- L'examen au départ de l'exposition concrète et son influence au vu des caractéristiques individuelles sont essentielles vu la nature des TMS (cf. INRS, Guide pour les préventeur)
 - p. 40 (influence des aspects individuels, personnels au travailleur) : les TMS-MS résultent généralement d'un déséquilibre entre les sollicitations biomécaniques et les capacités fonctionnelles de l'opérateur (qui dépendent de l'âge, du sexe, de l'état physiologique et psychologique et des antécédents personnels)
 - aucun niveau de risque ne peut être proposé sans tenir compte des capacités fonctionnelles de l'individu (le révérenciel doit être humain et non environnemental)
 - p. 41 (relativité / variabilité) : pour une même tâche effectuée au même poste, les sollicitations peuvent être très différentes selon la stratégie gestuelle mise en œuvre par les opérateurs
 - ! Effet d'ajustement permanent des paramètres corporels sur les contraintes !

- K. Kippel, K. Messing, S. Stock, N. Véniza, 1999: « *D'abord, l'être humain possède des muscles, des tendons, des articulations, dont le développement varie d'un individu à l'autre. Le même mouvement n'affecte pas toutes les personnes de la même façon. Par ailleurs, face à un emploi donné, les personnes auront des capacités différentes de l'exercer, utiliseront des manières différentes de l'approcher et vivront des effets différents. De plus, deux postes supposément identiques peuvent ne pas avoir le même microclimat, la même orientation, etc. Les travailleurs sont exposés à un large éventail de produits chimiques, de postures contraignantes, de variations de microclimat, éléments qui peuvent tous conditionner les effets sur le système musculo-squelettique. Ils ajustent leur façon de faire leur tâche à ces conditions et aux changements physiologiques qu'elles créent. Par exemple, quand un travailleur a une tendinite à l'avant-bras, souvent il modifiera sa façon d'utiliser son bras quand il exécute des tâches manuelles, pour diminuer la douleur. Ces modifications biomécaniques changent la charge physique sur les muscles et les tendons d'autres parties du bras et peuvent rendre ces dernières plus susceptibles de subir d'autres lésions musculo-squelettiques. Il existe donc une énorme variabilité d'expositions qui peuvent être difficilement prise en compte dans une étude qui implique un grand nombre de personnes* »

- Les TMS sont associées non seulement aux facteurs biomécaniques de postures, forces, répétitivités et durées mais aussi à **l'organisation du travail et aux composantes psychosociales du travail** (qualité de vie au travail)
 - Selon OSHA (cf. son site internet) : les facteurs de risques peuvent être multiples et s'additionner. Les principaux sont les facteurs physiques et biomécaniques mais aussi ceux organisationnels et psychosociaux, tels que le rythme de travail soutenu, une importante charge de travail et une faible autonomie, l'absence de pause (ou de possibilité d'alterner les postures de travail), et l'ensemble des facteurs générant stress/fatigue/anxiété, qui augmentent le risque de survenue des TMS
 - INRS (guide pour les préventeurs, p. 38-39) : dia suivante

Fig. INRS « synthèse sur la dynamique d'apparition des TMS »

Modèle dynamique
représentant les liens
entre les différents
phénomènes qui
conduisent à la survenue
d'un TMS



Le code 1.606.22 (TMS membres supérieurs)

« Maladies atteignant les tendons, les gaines tendineuses et les insertions musculaires et tendineuses des membres supérieurs dues à une hypersollicitation de ces structures par des mouvements nécessitant de la force et présentant un caractère répétitif, ou par des postures défavorables »

1^{ère} condition la maladie = 1.606.22 - Deux aspects :

1. Type de pathologie (description large, via 'organes' atteints) :
« maladies atteignant les tendons, les gaines tendineuses et les insertions musculaires et tendineuses des membres supérieurs »

→ la pathologie doit relever de la famille des « tendinopathies »

1. Le risque d'apparition de la maladie : « hypersollicitation de ces structures »

- par des mouvements nécessitant de la force et présentant un caractère répétitif, ou
- par des postures défavorables

= désigne un groupe professionnel à risque : ceux dont l'activité professionnelle entraîne les situations reconnues à risque (mouvements en force et répétitifs / postures défavorables)

→ l'activité professionnelle doit *a priori* comporter (même de manière peu importance) ce type de contrainte

2^{ème} condition : ERPM (secteur privé)

- *les méandres de l'article 32*

Il y a risque professionnel au sens de l'alinéa 1, lorsque l'exposition à l'influence nocive est inhérente à l'exercice de la profession et est nettement plus grande que celle subie par la population en général et dans la mesure où cette exposition constitue, dans les groupes de personnes exposées, selon les connaissances médicales généralement admises, la cause prépondérante de la maladie

On peut distinguer parmi les critères de l'article 32

- un « élément matériel » qui concerne la situation de travail concrète (individuelle) du travailleur, à savoir la nature et les caractéristiques des influences nocives issues du travail, qui doit répondre aux exigences posées par le texte : être i) inhérentes à l'activité professionnelle et, ii) nettement plus grandes que celles subies par la population en général
- Un « élément causal » ou d'« imputabilité » (la « cause prépondérante »)

- **ERPM - L'exposition à l'influence nocive**

- En général, que désigne le terme « influence nocive » ?
 - Les facteurs ou agents susceptibles de nuire à la santé et qui ont pu affecter le travailleur. Il s'agit donc de la réalité concrète du travail et du caractère non neutre pour la santé en général des facteurs examinés
 - Uniquement ceux repris dans le libellé du code ? Discuté / CTLL : oui mais en le situant dans son environnement réel (contexte du travail) (tous les aspects de l'organisation du travail qui influent sur l'agent listé → le facteur listé et ses co-facteurs)
- TMS : Quelle est l'influence nocive à examiner ?
 - En tout cas, les mouvements en force et répétitifs ou les postures défavorables (= facteurs de risque reconnus) ; examen dans le détail de ces éléments (observations et mesurage)
 - **Et (?)** les autres composantes qui peuvent constituer un danger de survenue d'un TMS pour l'individu / celles qui se combinent avec le risque listé dans la réalité concrète (cf. l'importance des **aspects psychosociaux** dans le développements des TMS)

- **ERMP - L'influence inhérente à l'activité professionnelle**

- Généralités:

- Le critère porte sur l'origine *de l'influence* (et non de la maladie !)
- Inhérente ?
 - Vérification d'une présence dans le milieu du travail (influence générée par le travail)
 - L'influence nocive doit être une composante essentielle ou intrinsèque de l' « exercice de la profession »
- « exercice de la profession » : quel cadre d'analyse ? Théorique/*in abstracto* (la profession « en général ») ou *in concerto* ?
 - Puisqu'il s'agit de vérifier que le travail a généré un risque, c'est nécessairement l'activité et le milieu professionnel concrets de la victime qui sont pertinents
 - C'est l'*exercice* de la profession qui est visé (et non la profession en tant que telle). Les conditions de cet exercice doivent donc être prises en compte

- TMS : Vu la nature de l'influence nocive (ce qui constitue le danger présent au travail – le/les facteurs professionnels de risque d'un TMS), on voit mal comment l'influence ne pourrait pas être retenue comme inhérente. Ce sont en effet les gestes/postures imposés par le travail et ses aspects organisationnels qui doivent être « inhérents » à l'activité professionnelle, ce qui est nécessairement le cas

- **ERPM - L'influence nettement plus grande dans l'exercice du travail que dans la population en général**

- En général :

- Le critère ne porte pas sur la prévalence de la maladie. Il ne concerne que l'influence nocive (les facteurs dont il faudra *ensuite* vérifier s'il peuvent conduire à la maladie)
- Examen à opérer au départ de l'influence nocive concrètement retenue
- La population en général, c'est qui ?
 - Doc 51 1334/004 : « *la population qui n'est pas exposée dans le cadre d'une activité professionnelle* »
 - Puisqu'il s'agit de vérifier l'impact du travail, on peut retenir que le terme désigne le milieu extra-professionnel (= les influences auxquelles tous sont exposés dans la vie privée/quotidienne)
- Les facteurs de risques (le danger / l'influence) doivent être « plus grands » que ceux subis par la population en général et cette différence doit être constatée clairement (ou indiscutablement) (cf. la définition courante du terme « nettement »)
 - Aucun seuil arrêté par l'article 32, al. 2

- TMS :

- Au cas par cas, sur la base des contraintes constitutives de l'influence prise en compte
- Vu l'absence de données sur les contraintes subies par la population en général, nécessairement une appréciation « au jugé », sur la base de ce qu'on connaît des activités extra-professionnelles (ce que chacun peut savoir de son expérience personnelle)

- **ERPM - Le critère « causal »** : *l'exposition à l'influence nocive doit constituer, dans les groupes de personnes exposées, selon les connaissances médicales généralement admises, la cause prépondérante de la maladie*
 - La condition est censée explorer le caractère suffisant de l'exposition professionnelle pour que la notion de risque soit rencontrée : les contraintes sont-elles suffisantes en termes d'intensité, de fréquence et/ou de durée pour générer la possibilité de survenue du dommage (la maladie)
 - Probabilité/possibilité que la maladie soit (au moins en partie) la conséquence de l'exposition (des conditions de travail)
 - Aucun critère légal qui fixe le niveau d'importance ; la loi ne fixe pas non plus le cadre de l'analyse (e.a. l'épidémiologie)
 - En pratique : score Ocra (méthode quantitative – hiérarchisation des risques)
 - La référence aux « groupes de personnes exposées » reste obscure
 - Émergence d'une approche plus abstraite (« collective ») des effets nocifs de l'influence nocive examinée
 - = non prise en compte des « prédispositions » (par ex. diabète) pour évaluer le risque

OCRA (occupational repetitive actions)

- Une méthode de quantification du risque = méthode qui cherche à établir un score
- Voy. « fiches d'aides » TMS – série Sobane (SPF emploi, figure sur le site de Fedris) : *« Le score résulte le plus souvent de la globalisation de différents facteurs (forces, postures, ...). Or si l'on peut en effet admettre qu'une réduction de force entraîne une réduction du risque, reste à prouver que, compte tenu des pondérations internes entre facteurs de risque, l'échelle du score traduit l'échelle du risque »* (p. 80)
- En prévention, OCRA est une méthode du type « analyse » (cf. Stratégie Sobane de prévention et ses différents niveaux : Dépistage, Observation, Analyse et Expertise).
- Une méthode parmi beaucoup d'autres
- Méthode qui contient deux outils : OCRA Index (indice) et « check-list OCRA »
 - La « liste de contrôle » est plus simple et rapide à manier, mais elle ne se substitue pas à l'évaluation de l'exposition au moyen de l'indice OCRA plus précis (Malchaire, ETUI 2011, p. 42)
- Quelles contraintes ? (spectre de l'analyse)
 - Selon INRS (document pour le médecin du travail, n°127, 2011) : la méthode a été retenue par des normes (dont NF EN 1005-5) pour évaluer les facteurs de risques pertinents pour les membres supérieurs uniquement lors de la manipulation de charges faibles (< 3 kg). La check-list vise à l'estimation du risque au cours de l'observation des postes de travail manuel comportant des tâches répétitives. Pour les deux outils, l'évaluation se fait séparément pour chaque membre supérieur avec examen de toutes les sous-tâches une à une durant un cycle de travail complet
 - Document « Sobane » : tâches répétitives qui impliquent la manipulation de charges faibles à une fréquence de répétition élevée (aussi appelé travail répétitif).
Manipulation répétitive de charges peu importantes
- « Score » (cf. dia suivante) = interprétation - prévalence déduite d'une formule ($2,39 \times \text{indice Ocra}$)

Score check-list	Score indice	Couleur	Risque
< 5	< 1,5	= 95% de non exposés	Non
< 7,5	1,6-2,2	Vert	« acceptable »
7,6 - 11	2,3 – 3,5	Jaune	« borderline ou très bas » (limite)
11,1 - 14	3,6 – 4,5	Rouge clair (= 50% des personnes présentent le double des plaintes par rapport aux personnes non exposées)	« bas » / « faible »
14,1 – 22,5	4,6 - 9	Rouge	« moyen »
> 22,5	> 9	Rouge foncé	« élevé »

Critères de reconnaissance ERPM Fedris : le score obtenu par la check-list OCRA doit être $\geq$ à 14.1
Pour certaines tendinopathies des critères additionnels sont de plus exigés (par exemple, pour les épaules : 25% du temps de travail bras en hauteur au moins au niveau des épaules).