

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 7 mai 2026 relatif aux barèmes indicatifs d'incapacité permanente professionnelle et fonctionnelle en application de l'article L. 434-1 A du code de la sécurité sociale

NOR : TRSS2606366A

Le ministre du travail et des solidarités,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 434-1 A ;

Vu la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, notamment son article 90 modifié ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 11 février 2026 ;

Vu l'avis de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole en date du 18 février 2026.

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les barèmes indicatifs d'incapacité permanente professionnelle et fonctionnelle prévus à l'article L. 434-1 A sont annexés au présent arrêté. Lorsque le barème d'incapacité permanente professionnelle portant sur les maladies professionnelles ne comporte pas de référence à la lésion considérée, il est fait application du barème indicatif d'incapacité permanente professionnelle en matière d'accidents du travail.

Art. 2. – Le présent arrêté entre en vigueur à la date prévue au V de l'article 90 de la loi du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 susvisée.

Art. 3. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 7 mai 2026.

Le ministre du travail et des solidarités,

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service
adjointe au directeur
de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service
adjointe au directeur
de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER

ANNEXES

ANNEXE I

BARÈME INDICATIF D'INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE
(ACCIDENTS DU TRAVAIL)

CHAPITRE PRÉLIMINAIRE

I. – Principes généraux

L'article L. 434-1 A du code de la sécurité sociale dispose, dans son deuxième alinéa, que le taux de l'incapacité permanente professionnelle est déterminé compte tenu d'un barème indicatif d'incapacité permanente professionnelle. Le présent barème répond donc à la volonté du législateur. Il ne peut avoir qu'un caractère indicatif. Les taux d'incapacité proposés sont des taux moyens, et le médecin chargé de l'évaluation garde, lorsqu'il se trouve devant un cas dont le caractère lui paraît particulier, l'entière liberté de s'écarter des chiffres du barème ; il doit alors exposer clairement les raisons qui l'y ont conduit.

Le présent barème indicatif a pour but de fournir les bases d'estimation du **taux d'incapacité permanente professionnelle** consécutif aux séquelles des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le cadre de l'article L. 434-2 applicable aux salariés du régime général et du régime agricole. Il ne saurait se référer en aucune manière aux règles d'évaluation suivies par les tribunaux dans l'appréciation des dommages au titre du droit commun. Dans ce chapitre préliminaire, les dispositions concernant les accidents de travail sont applicables aux maladies professionnelles.

L'article précité dispose que l'incapacité permanente est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle.

Les quatre premiers éléments de l'appréciation concernent donc l'état du sujet considéré, du strict point de vue médical.

Le dernier élément concernant les aptitudes et la qualification professionnelle est un élément médico-social ; il appartient au médecin chargé de l'évaluation, lorsque les séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle lui paraissent devoir entraîner une modification dans la situation professionnelle de l'intéressé, ou un changement d'emploi, de bien mettre en relief ce point susceptible d'influer sur l'estimation globale.

Les éléments dont le médecin doit tenir compte, avant de proposer le taux médical d'incapacité permanente professionnelle, sont donc :

1° La nature de l'infirmité. Cet élément doit être considéré comme la donnée de base d'où l'on partira, en y apportant les correctifs, en plus ou en moins, résultant des autres éléments. Cette première donnée représente l'atteinte physique ou mentale de la victime, la diminution de validité qui résulte de la perte ou de l'altération des organes ou des fonctions du corps humain. Le présent barème doit servir à cette évaluation ;

2° L'état général. Il s'agit là d'une notion classique qui fait entrer en jeu un certain nombre de facteurs permettant d'estimer l'état de santé du sujet. Il appartient au médecin chargé de l'évaluation d'adapter en fonction de l'état général, le taux résultant de la nature de l'infirmité. Dans ce cas, il en exprimera clairement les raisons.

L'estimation de l'état général n'inclut pas les infirmités antérieures – qu'elles résultent d'accident ou de maladie – ; il en sera tenu compte lors de la fixation du taux médical ;

3° L'âge. Cet élément, qui souvent peut rejoindre le précédent, doit être pris en considération sans se référer exclusivement à l'indication tirée de l'état civil, mais en fonction de l'âge organique de l'intéressé. Il convient ici de distinguer les conséquences de l'involution physiologique, de celles résultant d'un état pathologique individualisé. Ces dernières conséquences relèvent de l'état antérieur et doivent être estimées dans le cadre de celui-ci.

On peut ainsi être amené à majorer le taux théorique affecté à l'infirmité, en raison des obstacles que les conséquences de l'âge apportent à la réadaptation et au reclassement professionnel ;

4° Facultés physiques et mentales. Il devra être tenu compte des possibilités de l'individu et de l'incidence que peuvent avoir sur elles les séquelles constatées. Les chiffres proposés l'étant pour un sujet normal, il y a lieu de majorer le taux moyen du barème, si l'état physique ou mental de l'intéressé paraît devoir être affecté plus fortement par les séquelles que celui d'un individu normal ;

5° Aptitudes et qualification professionnelles. La notion de qualification professionnelle se rapporte aux possibilités d'exercice d'une profession déterminée. Quant aux aptitudes, il s'agit là des facultés que peut avoir une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle de se reclasser ou de réapprendre un métier compatible avec son état de santé.

Lorsqu'un accident du travail ou une maladie professionnelle paraît avoir des répercussions particulières sur la pratique du métier (reclassement, restriction d'aptitude, licenciement pour inaptitude d'origine professionnelle...), et, à plus forte raison, lorsque l'assuré ne paraît pas en mesure de reprendre son activité professionnelle antérieure, le médecin conseil peut demander, en accord avec l'intéressé, des renseignements complémentaires au médecin du travail. La possibilité pour l'assuré de continuer à occuper son poste de travail – au besoin en se réadaptant – ou au contraire, l'obligation d'un changement d'emploi ou de profession et les facultés que peut avoir la victime de se reclasser ou de réapprendre un métier, devront être précisées dans son rapport médical en particulier du fait de dispositions de la réglementation, comme celles concernant l'aptitude médicale aux divers permis de conduire. Ces

répercussions particulières pouvant avoir un impact sur l'emploi ou un retentissement professionnel, peuvent conduire le médecin conseil à majorer le taux professionnel.

II. – Mode de calcul du taux médical de la part professionnelle

Il faut d'abord rappeler que les séquelles d'un accident du travail ne sont pas toujours en rapport avec l'importance de la lésion initiale : des lésions, minimales au départ, peuvent laisser des séquelles considérables, et, à l'inverse, des lésions graves peuvent ne laisser que des séquelles minimales ou même aboutir à la guérison.

« La consolidation » est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et de révisions possibles.

La consolidation ne coïncide pas nécessairement avec la reprise d'une activité professionnelle. Dans certains cas, les séquelles peuvent être suffisamment importantes pour empêcher celle-ci, et dans d'autres, le travail peut être repris avec poursuite de soins, pendant un temps plus ou moins long, en attendant que la séquelle prenne ce caractère permanent, qui justifie la consolidation, à condition que la valeur du préjudice en résultant soit définitive.

L'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale autorise le maintien de l'indemnité journalière en tout ou partie, en cas de reprise d'un travail « léger » susceptible de favoriser la consolidation (ou la guérison) de la blessure.

La guérison, à l'inverse, ne laisse subsister aucune séquelle fonctionnelle, donc aucune incapacité permanente. Le médecin chargé de l'évaluation ne peut donc pas proposer de taux médical, car il se trouve devant un état de guérison. On peut cependant envisager qu'une maladie d'origine professionnelle oblige à un changement de profession, sans lequel la guérison ne serait pas possible, et qu'alors le préjudice résultant de l'incapacité entraînée par la maladie en cause, soit réparé.

Dans ce cas, il appartient au médecin chargé de l'évaluation de bien mettre en évidence dans ses conclusions la nécessité d'un changement d'emploi.

1. Séquelles résultant de lésions isolées.

Ces séquelles seront appréciées en partant du taux moyen proposé par le barème, éventuellement modifié par des estimations en plus ou en moins résultant de l'état général, de l'âge, ainsi que des facultés physiques et mentales, comme il a été exposé ci-dessus ;

2. Infirmités multiples résultant d'un même accident.

On appelle infirmités multiples, celles qui intéressent des membres ou des organes différents.

Lorsque les lésions portant sur des membres différents intéressent une même fonction, les taux estimés doivent s'ajouter, sauf cas expressément précisés au barème.

Pour des infirmités multiples ne portant pas sur une même fonction, il y a lieu d'estimer en premier, l'une des incapacités. Le taux ainsi fixé sera retranché de 100 (qui représente la capacité totale) : on obtiendra ainsi la capacité restante. Sauf cas particulier prévu au barème, l'infirmité suivante sera estimée elle-même, puis rapportée à la capacité restante. On obtiendra ainsi le taux correspondant à la deuxième séquelle : l'incapacité globale résultera de la somme des deux taux, ainsi calculés. Celle-ci sera la même quel que soit l'ordre de prise en compte des infirmités.

Exemple. – Une lésion « A » entraîne une incapacité de 40 %. La capacité restante est donc de 60 %.

Une lésion « B », consécutive au même accident, entraîne une incapacité chiffrable, selon le barème, à 20 %. L'incapacité due pour cette deuxième lésion sera : 20 % de 60 % de capacité restante, soit 12 %.

L'incapacité globale sera donc : 40 % plus 12 % égale 52 %, et ainsi de suite...

Dans le cas d'une troisième lésion, pour l'exemple choisi, la capacité restante serait de 48 %.

Cette façon de calculer l'incapacité globale résultant de lésions multiples ne garde bien entendu qu'un caractère indicatif. Le médecin chargé de l'évaluation peut toujours y apporter des modifications ou adopter un autre mode de calcul à condition de justifier son estimation ;

3. Infirmités antérieures.

L'estimation médicale de l'incapacité doit faire la part de ce qui revient à l'état antérieur, et de ce qui revient à l'accident. Les séquelles rattachables à ce dernier sont seules en principe indemnifiables. Mais il peut se produire des actions réciproques qui doivent faire l'objet d'une estimation particulière.

a) Il peut arriver qu'un état pathologique antérieur absolument muet soit révélé à l'occasion de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle mais qu'il ne soit pas aggravé par les séquelles. Il n'y a aucune raison d'en tenir compte dans l'estimation du taux d'incapacité ;

b) L'accident ou la maladie professionnelle peut révéler un état pathologique antérieur et l'aggraver. Il convient alors d'indemniser totalement l'aggravation résultant du traumatisme ;

c) Un état pathologique antérieur connu avant l'accident se trouve aggravé par celui-ci. Etant donné que cet état était connu, il est possible d'en faire l'estimation. L'aggravation indemnifiable résultant de l'accident ou de la maladie professionnelle sera évaluée en fonction des séquelles présentées qui peuvent être beaucoup plus importantes que celles survenant chez un sujet sain. Un équilibre physiologique précaire, compatible avec une activité donnée, peut se trouver détruit par l'accident ou la maladie professionnelle.

Dans certains cas où la lésion atteint le membre ou l'organe, homologue au membre ou à l'organe lésé ou détruit antérieurement, l'incapacité est en général supérieure à celle d'un sujet ayant un membre ou un organe opposé sain, sans état antérieur. A l'extrême, il peut y avoir perte totale de la capacité de travail de l'intéressé : c'est le cas, par exemple, du borgne qui perd son deuxième œil, et du manchot qui sera privé du bras restant.

Afin d'évaluer équitablement l'incapacité permanente dont reste atteinte la victime présentant un état pathologique antérieur, le médecin devra se poser trois questions :

- 1° L'accident a-t-il été sans influence sur l'état antérieur ?
- 2° Les conséquences de l'accident sont-elles plus graves du fait de l'état antérieur ?
- 3° L'accident a-t-il aggravé l'état antérieur ?

Pour le calcul de cette incapacité finale, il n'y a pas lieu, d'une manière générale, de faire application de la formule de Gabrielli. Toutefois, la formule peut être, dans certains cas, un moyen commode de déterminer le taux d'incapacité et l'expert pourra l'utiliser si elle lui paraît constituer le moyen d'appréciation le plus fiable.

III. – Révisions

Hormis les cas où les séquelles présentent d'emblée un caractère définitif, l'état de la victime est susceptible de subir, en aggravation ou en amélioration, une évolution spontanée ou du fait du résultat du traitement soit médical, soit chirurgical ou de l'appareillage.

Il peut être alors indiqué de procéder à des révisions périodiques prévues par le code de la sécurité sociale (article L. 443-1). Dans les deux premières années qui suivent la date de consolidation ou de guérison apparente, la Caisse peut faire procéder à tout moment à une nouvelle fixation des réparations. Au-delà, l'intervalle séparant deux révisions doit être d'au moins un an, sauf accord entre les parties intéressées (articles R. 443-4 et R. 443-5).

Pour l'estimation du nouveau taux, on se référera au taux fixé lors de l'examen précédent, et on modifiera ce taux dans la mesure où les séquelles elles-mêmes auront évolué de façon tangible.

Le décès de la victime par suite des conséquences de l'accident entraîne une nouvelle fixation des réparations allouées à ses ayants droits éventuels ; elles sont sans relation avec le taux du barème (articles L. 434-7 et suivants).

Chapitres par séquelles

1. Membre supérieur

Le membre supérieur droit est dominant chez les droitiers, et le membre supérieur gauche est dominant chez les gauchers.

Dominance cérébrale. La notion de dominance hémisphérique cérébrale découle de la constatation de la prévalence d'un hémicorps dans l'action, avec une plus grande force ou une plus grande habileté des membres opposés à l'hémisphère dominant et commandés par lui. Elle est renforcée par le développement des structures du langage au sein de cet hémisphère dominant, ce qui aboutit à une prévalence de l'hémisphère dominant, le gauche, chez le droitier, pour l'ensemble des fonctions symboliques, de même que pour l'habileté manuelle.

L'hémisphère dit dominant est habituellement l'hémisphère gauche, chez le droitier et il semble exister un lien assez étroit entre la dominance du langage et la préférence manuelle.

L'hémisphère non dominant dit mineur (hémisphère droit chez les droitiers), n'est cependant pas dépourvu de fonctions, et il a des spécialisations particulières pour la manipulation de l'espace, la connaissance des rythmes, l'individualisation des physionomies.

Il existe, par ailleurs, des cas de dominance hémisphérique gauche, mais elle est beaucoup plus rare. Si certains sujets vrais gauchers ont une préférence invincible pour l'usage de leur main gauche, comme les droitiers pour celui de leur main droite, la majorité des sujets dits gauchers se servent en fait ambidextres et se servent seulement mieux de leur main gauche ; ils apprennent assez facilement à se servir de leur main droite, du fait de la pression de la société, où tous les outils sont conçus pour les droitiers (« gauchers contrariés »). Il en résulte que, bien souvent, les lésions de l'hémisphère droit chez le « gaucher » n'entraînent pas des désordres en miroir, par rapport à ceux observés pour les lésions unilatérales gauches chez le droitier. Les anomalies sont incomplètes, atypiques et de moindre importance avec une meilleure compensation.

La détermination de l'hémisphère dominant n'est pas toujours facile. Elle se base sur la localisation habituelle du même côté du contrôle du langage et du contrôle gestuel, la dissociation de latéralisation entre ces deux fonctions restant rare. La recherche de la dominance se fera donc sur l'étude de la préférence gestuelle : manuelle, podale ou oculaire, qui permettra de déterminer le caractère droitier ou gaucher ou ambidextre du sujet examiné, et, par voie de conséquence, la dominance hémisphérique gauche, droite ou incertaine.

Cette recherche, de préférence gestuelle, fait appel à :

- l'étude de la force musculaire, plus importante du côté du membre supérieur utilisé de préférence ;
- la recherche du côté utilisé pour certains gestes précis de la vie courante : couper sa viande, se brosser les dents, gestes de toilette intime. Le véritable gaucher écrit, tient son couteau pour couper son pain ou un marteau pour planter un clou, une aiguille pour coudre avec la main gauche, boutonne son pantalon, lance une pierre, joue aux cartes, taille un crayon avec un canif tenu avec sa main gauche ;
- la recherche de l'usage préférentiel d'un membre : main pour lancer un objet, pour donner les cartes, pied pour « shooter » dans un ballon, œil pour viser.

Il faut cependant savoir que certaines préférences peuvent se modifier par l'apprentissage, notamment chez les ambidextres, et qu'une gêne fonctionnelle permanente d'un côté peut entraîner une compensation centro-latérale, aboutissant à une pseudo-dominance. Il est donc nécessaire, dans les cas incertains, de composer les différentes prévalences manuelle, podale ou oculaire, avant de conclure.

L'ambidextrie professionnelle est la règle chez les travailleurs du bois : menuisiers, ébénistes, toupilleurs, dégauchisseurs, etc.

Amputations.

Les taux indiqués le sont sans tenir compte des possibilités d'appareillage ou de correction chirurgicale à visée fonctionnelle.

Lorsque cet appareillage ou cette intervention aboutit à un résultat excellent, l'expert peut tenir compte du gain de capacité ainsi obtenu, mais ne pourra appliquer une réduction du taux supérieur à 5 %.

1.1. Membre supérieur à l'exclusion de la main

1.1.1 Amputation

	DOMINANT	NON DOMINANT
Epaule :		
– Amputation interscapulothoracique avec résection totale ou partielle de la clavicule et de l'omoplate, ou de l'un de ces deux os	95	85
– Désarticulation de l'épaule	95	85
Bras :		
– Au tiers supérieur	95	80
– Au tiers moyen ou inférieur	90	80
– Désarticulation du coude, avant-bras au tiers supérieur	90	80

1.1.2. Atteinte des fonctions articulaires

Blocage et limitation des mouvements des articulations du membre supérieur, quelle qu'en soit la cause.

Epaule :

La mobilité de l'ensemble scapulo-huméro thoracique s'estime, le malade étant debout ou assis, en empaumant le bras d'une main, l'autre main palpant l'omoplate pour en apprécier la mobilité :

- normalement, élévation latérale : 170° ;
- adduction : 20° ;
- antépulsion : 180° ;
- rétropulsion : 40° ;
- rotation interne : 80° ;
- rotation externe : 60°.

La main doit se porter avec aisance au sommet de la tête et derrière les lombes, et la circumduction doit s'effectuer sans aucune gêne.

Les mouvements du côté blessé seront toujours estimés par comparaison avec ceux du côté sain. On notera d'éventuels ressauts au cours du relâchement brusque de la position d'adduction du membre supérieur, pouvant indiquer une lésion du sus-épineux, l'amyotrophie deltoïdienne (par mensuration des périmètres auxiliaires vertical et horizontal), les craquements articulaires. Enfin, il sera tenu compte des examens radiologiques.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Blocage de l'épaule, omoplate bloquée	55	45
Blocage de l'épaule, avec omoplate mobile	40	30
Limitation moyenne de tous les mouvements	20	15
Limitation légère de tous les mouvements	10 à 15	8 à 10

Périarthrite douloureuse :

Aux chiffres indiqués ci-dessus, selon la limitation des mouvements, on ajoutera	5	5
--	---	---

On rappelle que la périarthrite scapulo-humérale (PSH) s'accompagne souvent d'une amélioration tardive au bout d'un an et demi ou deux ans.

Luxation récidivante de l'épaule :

La luxation récidivante de l'épaule, sauf contre-indication, est susceptible de réparation chirurgicale. Si celle-ci est effectuée, les séquelles seront évaluées en tenant compte du degré de limitation des mouvements de l'épaule. En l'absence d'intervention ou en cas d'échec opératoire :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Formes graves avec récurrences fréquentes	40	30
Formes moyennes avec récurrences espacées	20	15
Formes légères	10 à 15	8 à 10

Luxation acromio-claviculaire :

La déformation, dommage esthétique, ne peut être retenue comme séquelle indemnisable. L'IPP sera donc appréciée en fonction des incidences fonctionnelles et douloureuses éventuelles.

Coude et poignet :

Le coude est animé de mouvements de flexion-extension, d'abduction et d'adduction. Par ailleurs, la main peut décrire un mouvement de 180° par le jeu de la prono-supination. Celle-ci pouvant être diminuée dans les atteintes du coude comme dans celles du poignet, il y a lieu de l'estimer à part. Le taux propre résultant de son atteinte s'ajoutera aux réductions de capacité provenant de la limitation des autres mouvements des deux articulations considérées.

Coude :

Conformément au barème international, la mobilité normale de l'extension-flexion va de 0° (bras pendant) à 150° environ (selon l'importance des masses musculaires). On considère comme « angle favorable » les blocages et limitations compris entre 60° et 100°. Des études ont montré que cette position favorable variait suivant les métiers.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Blocage de la flexion-extension :		
– Angle favorable	25	22
– Angle défavorable (de 100° à 145° ou de 0° à 60°)	40	35
Limitation des mouvements de flexion-extension :		
– Mouvements conservés de 70° à 145°	10	8
– Mouvements conservés autour de l'angle favorable	20	15
– Mouvements conservés de 0° à 70°	25	22

Poignet :

Mobilité normale : flexion 80° ; extension active : 45° ; passive : 70° à 80°. Abduction (inclinaison radiale) : 15° ; adduction (inclinaison cubitale) : 40°.

Des altérations fonctionnelles peuvent exister sans lésion anatomique identifiable.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Blocage du poignet :		
– En rectitude ou extension, sans atteinte de la prono-supination	15	10
– En flexion sans troubles importants de la prono-supination	35	30

Pour les troubles fonctionnels associés à la main (voir la partie « La main »).

Atteinte de la prono-supination :

Prono-supination normale : 180°.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Limitation en fonction de la position et de l'importance	10 à 15	8 à 12

Ces deux taux s'ajoutent aux taux précédents.

1.1.3. Pseudarthroses et déformations

Les taux indiqués sont susceptibles, pour les pseudarthroses, d'être minorés selon les possibilités d'appareillage.
Clavicule :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Cal difforme, sans compression nerveuse, selon gêne fonctionnelle	2 à 5	1 à 3
Compressions nerveuses (voir séquelles portant sur le système nerveux périphérique)		
Pseudarthrose	5	3

Epaule :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Epaule ballante consécutive à des pertes de substance osseuse étendues, sans séquelles nerveuses, autres que celles conditionnant le ballant de l'épaule	70	60

Bras :

Les déformations proviennent essentiellement de cals volumineux, exubérants, en crosse, etc. Le raccourcissement du bras n'est pas gênant au-dessous de 4 centimètres.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Déformation du bras avec atrophie musculaire (taux s'ajoutant aux séquelles articulaires, nerveuses, etc. éventuellement associées)	5 à 10	4 à 8
Pseudarthroses de la diaphyse humérale :		
– Serrée	20	15
– Lâche	50	40
(Au voisinage de l'épaule et du coude, voir « Epaule ballante » ou Coude ballant).		
– Raccourcissement important (supérieur à 4 centimètres)	5 à 10	4 à 8

Coude :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Coude ballant, consécutif à des pertes de substance osseuse	55	45

Avant-bras :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Les deux os :		
– Pseudarthrose serrée	20	15
– Pseudarthrose lâche (avant-bras ballant)	50	40
Un seul os :		
– Pseudarthrose serrée du radius	8	6
– Pseudarthrose lâche du radius	30	25
– Pseudarthrose serrée du cubitus	5	4
– Pseudarthrose lâche du cubitus	25	20

Poignet :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Poignet ballant, à la suite de pertes de substance du carpe	40	25

A ces taux s'ajoutent éventuellement les taux pour limitation des mouvements des doigts, le taux global ne pouvant dépasser le taux fixé pour l'amputation.

Main-bote radiale ou cubitale.

L'évaluation se fera selon le retentissement sur la gêne fonctionnelle des poignets et des doigts.

1.1.4. Séquelles musculaires et tendineuses

	DOMINANT	NON DOMINANT
Rupture du deltoïde	10 à 25	6 à 20
Rupture du biceps : elle est susceptible de réparation chirurgicale, mais la restitution ad integrum est rarement réalisée. Il persiste souvent une déformation du muscle à la contraction, et une diminution de la force :		
Séquelles légères	4	3
Rupture de l'un des deux chefs non réparée	12	10
Rupture complète de l'insert inférieure non réparée	25	20
Syndrome de Volkmann : selon l'importance de la répercussion sur la fonction de la main et selon les troubles trophiques	30 à 70	25 à 60

1.2. La main

L'examen soigné et complet d'une main doit comporter d'abord un bilan des lésions anatomiques (amputation, atteinte motrice, atteinte sensitive, anesthésie, douleurs).

L'addition des incapacités partielles ne suffit pas à établir l'incapacité globale de la main.

Une correction doit être effectuée grâce à une étude dynamique fonctionnelle. En effet, la main n'est pas seulement un segment de membre, lui-même additionné de segments digitaux, mais un organe global unique, organe de la préhension et du tact.

Cette étude dynamique se fait par un bilan de la valeur des diverses prises : pinces, empaument, crochet.

On se fondera, au départ, sur le bilan anatomique et on le modulera grâce à un bilan fonctionnel. Le matériel d'examen sera le suivant :

Un goniomètre ;

Un cylindre de 15 cm de long et de 7 cm de diamètre ;

Un manche d'outil (ciseau à froid) de 20 cm de long et de 2,5 cm de diamètre ;

Un pinceau ou crayon ;

Une plaquette de plastique de 1/2 mm d'épaisseur et de 6 cm sur 3 cm ;

Une balle de caoutchouc de 4 à 5 cm de diamètre, avec en plus, si possible :

Un dynamomètre marqueur ;

Un éventail de cinq plaquettes dont les extrémités porteront :

un fragment de velours, un fragment de caoutchouc-mousse, un fragment de papier émeri, un gros bouton, une pièce de monnaie.

Dans ce matériel, chaque objet doit être muni d'une anse de direction, pour mesurer la force de la prise exercée. Epreuve fonctionnelle.

Pour chaque épreuve, proportionner la cote accordée à l'aisance, à la force et à la finesse de la prise.

Pour évaluer la force, tirer sur l'anse de l'objet.

Additionner les 7 cotes accordées (une seule par épreuve) ; une main normale sera équivalente à 70 (1). Le total donnera la valeur fonctionnelle de la main.

	NORMALE	INTERMEDIAIRE	NULLE
Pince unguéale (ramassage d'une allumette ou d'une épingle)	3,5	1,5	0
Pince pulpo-pulpaire (plaquette de plastique)	10,5	7 à 3,5	0
Pince pulpo-latérale (plaquette de plastique)	10,5	7 à 3,5	0
Pince tripode (haut de la boîte cylindrique, manche d'outil, pinceau)	10,5	7 à 3,5	0
Empaument (boîte de conserves, manche, pinceau)	21	14/7/3,5	
Crochet (poignée)	7	3,5	0
Prise sphérique (haut de la boîte cylindrique)	7	3,5	0
Total	70		

(1) Les chiffres figurant dans ce tableau ont été obtenus à partir d'une estimation sur 100 de la valeur d'une main normale, multipliée par le coefficient 0,7 puisque l'incapacité totale de la main représente un total de 70 %.

1.2.1. Amputations

Main :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Amputation métacarpienne conservant une palette	70	60

Doigts :

Il ne faut pas perdre de vue que la phalange la plus importante est la phalange unguéale, support essentiel du sens du tact. Son amputation entraîne la perte de la moitié de la fonction du doigt. Pour le pouce, et l'index, cette amputation revêt une importance accrue. La première et la deuxième phalanges, simples supports, ont une importance beaucoup moindre.

On tiendra compte, pour l'évaluation de l'IPP, de l'état du moignon, de l'existence éventuelle de névromes, de la mobilité des articulations sus-jacentes.

Rappelons qu'en cas d'amputations multiples des doigts, il sera également tenu compte de la synergie sans que la somme des pourcentages puisse dépasser le taux d'IPP prévu pour la perte de la main entière.

La perte de sensibilité de la pulpe digitale équivaut à la perte fonctionnelle de la phalange, et sera donc évaluée comme celle-ci.

Perte totale ou partielle de segments de doigts :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Pouce :		
– Avec le premier métacarpien	35	30
– Les deux phalanges	28	24
– Phalange unguéale	14	12
Index ou Médius :		
– Trois phalanges (avec ou sans la tête du métacarpien)	14	12
– Deux phalanges ou la phalange unguéale seule	7	6
Annulaire :		
– Trois phalanges (avec ou sans la tête du métacarpien)	6	5
– Deux phalanges ou la phalange unguéale	3	3
Auriculaire :		
– Trois phalanges (avec ou sans la tête du métacarpien)	8	7
– Deux phalanges ou la phalange unguéale seule	4	4

1.2.2. Atteintes des fonctions articulaires

Articulation carpo-métacarpienne :

L'atteinte de l'articulation trapézo-métacarpienne du pouce est la plupart du temps consécutive à la fois à des lésions combinées des articulations, des muscles du premier espace inter-osseux et de la peau.

Blocage de la colonne du pouce articulaire ou extra-articulaire (séquelles de fracture de Bennett ou de Rolando, par exemple) :

	DOMINANT	NON DOMINANT
En position de fonction (anté-pulsion et opposition)	14	12
En position défavorable (adduction, rétropulsion)	28	24
Luxation carpo-métacarpienne ancienne, non réduite, à l'exclusion du pouce	9 à 12	7 à 10

Doigts :

L'extension des différentes articulations atteint en général 180°. La flexion des articulations métacarpo-phalangiennes est de 90°, sauf pour le pouce où elle n'atteint que 110°.

Les articulations inter-phalangiennes proximales dépassent légèrement l'angle droit, sauf à l'auriculaire.

Les articulations inter-phalangiennes distales n'atteignent pas l'angle droit, sauf à l'auriculaire.

Il existe cependant de nombreuses variations individuelles.

Les séquelles seront appréciées selon le degré de limitation de l'enroulement du doigt (dont la pulpe normalement atteint la paume) ou de l'extension de celui-ci.

Les deux extrêmes sont réalisées par le doigt raide ou le doigt en crochet ; dans ces cas, l'incapacité est égale à celle de l'amputation du doigt.

Pouce :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Articulation métacarpo-phalangienne :		
– Blocage en semi-flexion ou en extension	6	4
– Blocage en flexion complète	10	8
– Laxité articulaire par rupture ou luxation ancienne du pouce non réduite	15	12
Articulation inter-phalangienne :		
– Blocage en flexion complète	10	8
– Blocage en semi-flexion ou en extension ou luxation ancienne non réduite	6	4

Autres doigts :

Le taux d'incapacité sera déterminé selon l'importance de la raideur.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Index	7 à 14	6 à 12
Annulaire et médus	4 à 6	
Auriculaire	4 à 8	

La destruction ou l'altération de l'appareil unguéal sera évaluée en raison de la gêne de la préhension.

Lésions multiples :

L'appréciation sera faite sur la fonction globale de la main plus que sur l'addition des différentes lésions.

1.2.3. Pseudarthroses et déformations**Métacarpien :**

– cal saillant entraînant une gêne fonctionnelle : 2 à 4.

Les pseudarthroses ou les cals vicieux des métacarpiens et des phalanges seront appréciés selon le retentissement sur le fonctionnement général de la main.

1.2.4. Séquelles musculaires et tendineuses

Les séquelles de désinsertions musculaires, de section et de rupture tendineuse, des fléchisseurs ou des extenseurs, seront évaluées en fonction de la gêne globale de la main, en tenant compte des anesthésies localisées.

1.2.5. Séquelles nerveuses et vasculaires

(Voir séquelles portant sur le « système nerveux périphérique » et séquelles portant sur le « système cardio-vasculaire. »)

Il ne faudra pas oublier d'évaluer les séquelles nerveuses (anesthésie en particulier), liées aux lésions du nerf collatéral et les douleurs par névrome.

1.2.6. Ostéite et ostéomyélite

Venant s'ajouter aux mêmes éléments séquellaires.

– fistule persistante unique : 10 ;

– fistule persistante avec déformation osseuse 10 à 25.

2. Membre inférieur

Dans le calcul des incapacités permanentes, les deux membres inférieurs sont considérés comme ayant une valeur fonctionnelle égale.

Les taux indiqués le sont sans tenir compte des possibilités d'appareillage ou de correction chirurgicale à visée fonctionnelle.

Lorsqu'un appareil ou une intervention aboutit à un résultat excellent, l'expert peut tenir compte du gain obtenu mais ne pourra appliquer une réduction du taux supérieur à 15 %.

- perte de fonction des deux membres inférieurs, quelle que soit la cause 100.

2.1. Amputation

- amputation inter-ilio-abdominale 100 ;

Cuisse :

- désarticulation de la hanche 100 ;
- amputation inter-trochantérienne 100 ;
- amputation sous-trochantérienne 100 ;
- amputation au tiers moyen ou au tiers inférieur 80.

Genou :

- désarticulation 80.

Jambe :

- amputation au tiers supérieur 70 ;
- amputation au tiers moyen ou inférieur 70.

Cheville :

- désarticulation tibio-tarsienne 50 ;
- amputation du pied, avec conservation de la partie postérieure du calcanéum avec bon appui talonnier (avec mouvement du pied restant satisfaisant et sans bascule en varus) 40.

Pied :

- désarticulation médio-tarsienne de Chopart 45 ;
- amputation transmétatarsienne de l'avant-pied 30.

Orteils : l'amputation d'orteils prend surtout de l'importance, lorsqu'il s'agit du premier orteil, ou de plusieurs orteils voisins.

- perte de cinq orteils 25.

Premier orteil.

- les deux phalanges avec le métatarsien 20 ;
- les deux phalanges 12 ;
- phalange distale 5.

Autres orteils.

- amputation d'un orteil 2 ;
- deuxième ou cinquième orteil avec leur métatarsien 10 ;
- troisième ou quatrième orteil avec leur métatarsien.

L'incapacité résultant de la perte de plusieurs orteils sera évaluée en estimant la perte de chaque orteil séparément, et en en faisant la somme. Le taux global ne pourra dépasser le taux fixé pour l'amputation de tous les orteils.

2.2. Atteintes des fonctions articulaires

2.2.1. Symphyse pubienne

Disjonction (selon le diastasis, la gêne à la marche, l'impossibilité des efforts, les douleurs éventuelles, compte non tenu des retentissements sacro-iliaques) 10 à 20.

2.2.2. Articulations sacro-iliaques

Diastasis (entraînant une mobilité anormale du sacrum, avec retentissement sur la marche, accroupissement impossible, sacralgies) 45.

Arthropathie sacro-iliaque douloureuse chronique d'origine traumatique 15.

2.2.3. Hanche

Le malade sera examiné couché sur le dos, le bassin fixé, genou fléchi, pour l'étude de la flexion, de l'abduction et de l'adduction. Couché sur le ventre, genou fléchi à 90°, pour l'étude de l'extension et des rotations (la jambe, portée en dehors, provoque la rotation interne, portée en dedans, la rotation externe) :

- extension : 0° ;
- flexion : 140° (variable selon l'adiposité du sujet) ;
- hyperextension : 15° à 30° ;
- abduction : 50° ;
- adduction : 15° à 30° ;
- rotation interne : 30° ;
- rotation externe : 60°.

On recherchera les mouvements anormaux, la position du trochanter par rapport à la normale (la ligne bi-trochantérienne effleure le bord supérieur de la symphyse pubienne), l'amyotrophie des quadriceps ou celle des fessiers (effacement du pli fessier). L'accroupissement et la flexion en avant seront observés avec attention.

- blocage en rectitude (position la plus favorable) 55 ;
- blocage en mauvaise position (flexion, adduction, abduction, rotation) 70 ;
- blocage des deux hanches 100.

Limitation des mouvements de la hanche. Les mouvements de la hanche étant multiples, la limitation est estimée séparément pour chaque mouvement. En cas de limitation combinée (par exemple : flexion abduction, ou adduction rotation), les taux seront additionnés :

- mouvements favorables 10 à 20 ;
- mouvements très limités 25 à 40.

2.2.4. Genou

L'examen se fera toujours par comparaison avec le côté sain. Conformément au barème international, l'extension complète constitue le repère 0 ; la flexion atteint donc 150. On recherchera les mouvements anormaux, latéraux, mouvements de tiroir, ressauts...

On appréciera également l'atrophie quadricipitale, pour mensuration de la cuisse à 15 cm au-dessus du bord supérieur de la rotule.

La mesure des angles se fera à l'aide du goniomètre, et par la mensuration de la distance talon-fesse.

Blocage du genou.

- rectitude (position favorable) 30 ;
- de 5° à 25° 35 ;
- de 25° à 50° 40 ;
- de 50° à 80° 50 ;
- au-delà de 80° 60 ;
- déviation en valgum ou en varum : en plus (la somme des taux ne pouvant dépasser le taux prévu pour l'amputation du tiers inférieur de la cuisse) 10 à 15.

Limitation des mouvements du genou.

- l'extension est déficitaire de 5° à 25° 5 ;
- l'extension est déficitaire de 25° 15 ;
- l'extension est déficitaire de 45° 30 ;
- la flexion ne peut s'effectuer au-delà de 110° 5 ;
- la flexion ne peut se faire au-delà de 90° 15 ;
- la flexion ne peut se faire au-delà de 45° 25.

Mouvements anormaux.

- résultant d'une laxité ligamentaire (latéralité tiroir, etc.) 5 à 35 ;
- blocage ou dérochement intermittent, compte tenu des signes objectifs cliniques (notamment atrophie musculaire, arthrose et signes para-cliniques) 5 à 15.

Ces taux s'ajoutent éventuellement à ceux attribués pour les autres atteintes fonctionnelles du genou.

- rotule anormalement mobile (par rupture d'ailerons rotuliens) 10 ;
- luxation récidivante 15 ;
- patellectomie 5.

A ce taux s'ajoutent les autres taux fixés pour l'atteinte fonctionnelle du genou.

Hydarthrose chronique.

- légère 5 ;
- récidivante, entraînant une amyotrophie marquée 15.

Corps étranger traumatique.

(A évaluer selon les pertes fonctionnelles et blocages constatés).

2.2.5. Les articulations du pied

Articulation tibio-tarsienne.

L'articulation de la cheville forme la jonction entre la jambe et le pied. Elle comprend l'articulation tibio-tarsienne, responsable de la mobilité du pied surtout dans le plan sagittal.

L'extension du pied (flexion plantaire) est de 40° par rapport à la position anatomique ; la flexion dorsale est de 25°.

On recherchera les mouvements anormaux (hyperlaxité ligamentaire), ainsi qu'un éventuel choc astragalien (diastasis tibio-péronier). L'amyotrophie de la jambe sera mesurée au niveau de la plus grande circonférence du mollet.

- blocage de la cheville en bonne position (angle droit) avec mobilité conservée des autres articulations du pied 15 ;
- en bonne position, mais avec perte de la mobilité des autres articulations du pied 20 à 35 ;
- blocage de la cheville, pied en talus 25 ;
- blocage de la cheville, pied en équin prononcé 20 à 35 ;
- déviation en varus en plus 15 ;
- déviation en valgus en plus 10.

Limitation des mouvements de la cheville.

- dans le sens antéro-postérieur, le pied conservant un angle de mobilité favorable (15° de part et d'autre de l'angle droit) 5 ;
- diastasis tibio-péronier important, en lui-même 12 ;
- déviation en varus, en plus 15 ;
- déviation en valgus, en plus 10.

Articulations sous-astragaliennes et tarso-métatarsiennes.

Elles sont responsables de l'abduction (latéralité externe jusqu'à 20°), et de l'adduction (latéralité interne, jusqu'à 30°), de la pronation (plante du pied regardant en dehors), et de la supination (plante du pied regardant en dedans).

- blocage ou limitation de la partie médiane du pied 15.

Articulations métatarso-phalangiennes.

Elles permettent aux orteils un angle flexion-extension de 90° environ. La plus importante est la première, étant donnée l'importance du gros orteil dans la fonction d'appui dans la locomotion.

Blocage isolé de cette seule articulation :

- gros orteil :

En rectitude (bonne position) 5.

En mauvaise position 10.

- autres orteils :

En rectitude 2.

En mauvaise position 4.

Limitation des mouvements.

- gros orteil 2 à 4 ;
- autres orteils 1 à 2.

Articulations interphalangiennes.

Seule a une importance, dans la fonction de locomotion, l'interphalangienne du gros orteil.

- blocage de l'interphalangienne du gros orteil 3 ;
- limitation de ses mouvements 1.

2.3. Pseudarthroses, déformations et raccourcissements

2.3.1. Ceinture pelvienne

Les séquelles pouvant entraîner une incapacité permanente seront estimées d'après la gêne fonctionnelle qu'elles apportent aux articulations de voisinage, en particulier pour les déformations.

2.3.2. Cuisse

- angulation, déformation, selon le retentissement sur la marche 10 à 30 ;
- pseudarthrose du fémur 70.

2.3.3. Genou

- pseudarthrose consécutive à une résection du genou 50 ;
- genou ballant 60.

2.3.4. Jambe

- angulation, déformation en baïonnette, etc., selon le retentissement sur la marche 5 à 25 ;
- pseudarthrose du tibia ou des deux os 70.

2.3.5. Pied

- affaissement de la voûte plantaire 5 à 15 ;
- pied creux post-traumatique 5 à 10 ;
- exostose sous-calcaneéenne 15 ;
- cal vicieux, exubérant. Selon répercussion sur la marche 5 à 15.

Raccourcissements. Le taux évalué pour le raccourcissement post-traumatique s'ajoutera aux autres taux ayant pu être éventuellement estimés par ailleurs pour d'autres séquelles.

- moins de 2 cm 0 ;
- de 2 à 3 cm 2 à 4 ;
- de 4 cm 9 ;
- de 5 cm 15 ;
- de 6 cm 18 ;
- de 7 cm 21 ;
- de 8 cm 24 ;
- de 9 cm 27 ;
- de 10 cm 30.

Le raccourcissement sera toujours soigneusement mesuré entre repères osseux (par exemple : épine iliaque antéro-supérieure – malléole interne). On peut recommander la méthode de Rey.

2.4. Séquelles musculaires et tendineuses (1)

(1) Pour une appréciation plus précise, on pourra se reporter au chapitre IV (système nerveux : 4.2.5), où sont exposés les six degrés de force musculaire.

- rupture musculaire complète (triceps, adducteurs, etc.) 10 à 15 ;
- maladie de Pellegrini Stieda (à évaluer selon les séquelles fonctionnelles) ;
- rupture du tendon rotulien ou quadricipital :

Non réparée 30 ;

Réparée (à évaluer selon le déficit fonctionnel résiduel du genou).

- rupture d'un aileron rotulien, avec mobilité anormale de la rotule 15 ;
- rupture du talon d'Achille :

Non réparée 30 ;

Réparée (à évaluer selon limitation des mouvements de la cheville et l'atrophie du mollet).

- rupture des péroniers latéraux :

Complète 20 ;

Incomplète 10.

- luxation des tendons péroniers (l'origine traumatique étant démontrée) 10.

2.5. Ostéites et ostéomyélites

(Venant s'ajouter aux autres éléments séquellaires).

- fistule persistante unique 10 ;
- fistule persistante multiple, avec déformation osseuse résistant à la cure chirurgicale 15 à 25.

2.6. Lésions multiples des membres inférieurs

Lorsque des lésions traumatiques ont laissé des séquelles portant sur les deux membres inférieurs, il y a lieu d'évaluer l'incapacité de chaque membre séparément, puis d'additionner les taux, sans que la somme puisse dépasser 100 %.

2.7. Séquelles nerveuses et vasculaires

On se reportera au chapitre des séquelles portant sur le système nerveux périphérique et des séquelles portant sur l'appareil cardio-vasculaire.

2.8. Lombosciatiques

Se reporter au chapitre 3 : « Rachis ».

3. Rachis

3.1. Rachis cervical

La flexion en avant porte le menton sur le sternum :

hyperextension : 45° ; rotations droite et gauche : 70° ; inclinaisons droite et gauche (l'oreille touche l'épaule) : 45°.

Persistance de douleurs et gêne fonctionnelle, qu'il y ait ou non séquelles de fracture d'une pièce vertébrale :

- discrètes 5 à 15 ;
- importantes 15 à 30 ;
- très importantes séquelles anatomiques et fonctionnelles 40 à 50.

A ces taux s'ajouteront éventuellement les taux fixés pour les séquelles neurologiques pouvant coexister.

Pour le syndrome cervico-céphalique (voir chapitre 4 : « Crâne et système nerveux »).

Pour les atteintes radiculaires, voir chapitre 4 : « Névrites périphériques » (4.2.5) et « Algodystrophies » (4.2.6).

3.2. Rachis dorso-lombaire

Si le rachis dorsal est un segment pratiquement rigide et participant peu aux mouvements, la pathologie traumatique du rachis lombaire est fréquente. Aussi, est-il indispensable de tenir compte des données rhumatologiques les plus récentes de la pathologie discale et non discale lombaire.

Pour éviter les interprétations erronées basées sur une fausse conception de l'image radiologique, il faut définir avec soin les données objectives de l'examen clinique et, notamment, différencier les constatations faites selon qu'elles l'ont été au repos ou après un effort.

L'état antérieur (arthroses lombaires ou toute autre anomalie radiologique que l'accident révèle et qui n'ont jamais été traitées antérieurement), ne doit en aucune façon être retenu dans la genèse des troubles découlant de l'accident.

Normalement, la flexion à laquelle participent les vertèbres dorsales et surtout lombaires est d'environ 60°. L'hyperextension est d'environ 30°, et les inclinaisons latérales de 70°. Les rotations atteignent 30° de chaque côté.

C'est l'observation de la flexion qui donne les meilleurs renseignements sur la raideur lombaire. La mesure de la distance doigts-sol ne donne qu'une appréciation relative, les coxo-fémorales intervenant dans les mouvements vers le bas. L'appréciation de la raideur peut se faire par d'autres moyens, le test de Schober-Lasserre peut être utile. Deux points distants de 15 cm (le point inférieur correspondant à l'épineuse de L 5), s'écartent jusqu'à 20 dans la flexion antérieure. Toute réduction de cette différence au-dessous de 5 cm atteste une raideur lombaire réelle.

Persistance de douleurs notamment et gêne fonctionnelle (qu'il y ait ou non séquelles de fracture) :

- discrètes 5 à 15 ;
- importantes 15 à 25 ;
- très importantes séquelles fonctionnelles et anatomiques 25 à 40.

A ces taux s'ajouteront éventuellement les taux estimés pour les séquelles nerveuses coexistantes.

Anomalies congénitales ou acquises : lombosciatiques.

Notamment : hernie discale, spondylolisthésis, etc. opérées ou non. L'IPP sera calculée selon les perturbations fonctionnelles constatées.

3.3. Sacrum ; coccyx

Les fractures du sacrum laissent en général peu de séquelles. Il peut exister cependant une certaine gêne aux mouvements du tronc, des douleurs à la station assise, une gêne plus ou moins importante à l'usage de la bicyclette :

- sacrum 5 à 15.

Les fractures des ailerons peuvent laisser de graves séquelles, appréciées selon les indications fournies au chapitre du membre inférieur (articulations sacro-iliaques).

- coccygodynie : avec tiraillements à l'accroupissement, douleurs en position assise, etc. 5 à 15.

3.4. Arthrose vertébrale

Dans certains cas rares, un traumatisme peut déclencher ultérieurement une arthrose vertébrale localisée. Par ailleurs, le traumatisme peut aggraver une arthrose vertébrale préexistante. Il y a lieu, dans le cas où la relation du traumatisme et de l'arthrose est démontrée, d'évaluer le taux en raison des séquelles fonctionnelles et douloureuses.

4. Crâne et système nerveux

4.1. Séquelles osseuses et tegumentaires

Perte des cheveux, cicatrices du cuir chevelu (voir chapitre « Téguments »).

Atteintes osseuses :

Ces atteintes sont chiffrées en dehors des séquelles commotionnelles, paralytiques ou autres, qui seront évaluées à part, les 2 taux s'additionnant sans que le total puisse excéder 100 %.

Embarrure crânienne persistante, selon le degré d'enfoncement :

- 1/2 centimètre 2 ;
- 1 centimètre 5 ;
- plus de 1 centimètre 10.

Perte de substance osseuse (avec battements duremériens et impulsion à la toux) :

- diamètre : 3 centimètres 10 ;
- de 4 à 9 centimètres 20 à 40 ;
- 10 centimètres 40 à 60 ;
- perte de substance réparée par plastie, mal tolérée : le taux sera apprécié selon l'importance des troubles fonctionnels.

Les séquelles de trépanation ne donnent plus lieu en elles-mêmes à une indemnisation, même s'il y a quatre ou cinq trous de trépan, sauf cicatrices douloureuses.

- volet cicatrisé en mauvaise position 5 à 10 Pour les séquelles fronto-orbitaires, voir le chapitre « Ophtalmologie ».

Corps étranger intracrânien :

Certains corps étrangers intracrâniens sont remarquablement bien tolérés et n'entraînent souvent aucune incapacité. Au cas où un corps étranger intracrânien entraînerait des troubles fonctionnels, il conviendrait de fixer le taux d'incapacité en fonction de ces troubles (hémiplégie, aphasie, troubles endocriniens ou neurologiques divers, etc.).

Cranio-hydrorrhée (voir oto-rhino-laryngologie).

4.2. Séquelles portant sur le névraxe

Les incapacités résultant d'une atteinte du névraxe seront évaluées non pas à partir de la lésion initiale en elle-même, mais en fonction des séquelles réduisant l'activité de l'intéressé.

L'examen neurologique clinique s'attachera à mettre en évidence :

1° Les troubles moteurs :

- limitation totale ou partielle des mouvements volontaires ;
- troubles du tonus ;
- troubles des mouvements associés et de la coordination ;
- mouvements involontaires (tremblements, mouvements athétosiques ou choréiques, etc.) ;
- akinésie ou dyskinésie ;
- ataxie etc.

2° Les troubles sensitifs :

- anesthésie ;
- douleurs, dysesthésies ;
- astéréognosie ;
- perte du sens de position et atteinte de la sensibilité discriminative ;
- paresthésies, etc.

L'examen clinique gagnera, le cas échéant, à s'appuyer sur des examens complémentaires : électroencéphalogramme, examen ophtalmologique, examen oto-vestibulaire, examen neuro-radiologique.

4.2.1. Syndromes propres au crâne et à l'encéphale

4.2.1.1. Syndrome post-commotionnel des traumatisés du crâne

Les traumatisés du crâne se plaignent souvent de troubles divers constituant le syndrome subjectif. On ne doit conclure à la réalité d'un tel syndrome qu'avec prudence. Il ne sera admis que s'il y a eu à l'origine un traumatisme crânien ou une commotion cérébrale par l'intermédiaire de l'axe cérébral plus particulièrement du rachis cervical.

Ce syndrome se manifeste par des céphalées, des étourdissements ou une sensation d'instabilité, une difficulté de la concentration intellectuelle et de l'association des idées. La victime peut accuser également une fatigabilité intellectuelle à la lecture (par hétérophorie), des troubles amnésiques portant sur les faits récents, une modification de l'humeur et du caractère, ainsi que des troubles du sommeil.

Lors de l'interrogatoire, il y aura lieu de faire préciser au blessé les signes accusés, de les lui faire décrire. Cependant, le médecin évitera de diriger l'interrogatoire par des questions pouvant orienter les réponses.

- syndrome subjectif, post-commotionnel 5 à 20.

On ne doit pas additionner au taux du syndrome post-commotionnel les taux inhérents à des séquelles neurologiques, sans que celles-ci soient individualisées et objectivées par des examens paracliniques éventuels : bilans ophtalmo et ORL., ECG, tomodensitométrie, etc.

4.2.1.2. Syndrome cervico-céphalique

Il s'accompagne éventuellement de vertiges de position avec obnubilation visuelle, « arnoldalgie », point d'Erb, contracture du trapèze, redressement de la lordose cervicale physiologique, limitation plus ou moins douloureuse de la mobilité du cou.

- syndrome isolé 5 à 15 ;
- syndrome associé à un syndrome post-commotionnel, le taux global n'excèdera pas 25.

4.2.1.3. Epilepsie

Les séquelles épileptiques seront chiffrées d'après la fréquence des crises, un traitement étant régulièrement suivi. La plupart des épilepsies peuvent en effet être équilibrées par une médication appropriée. Si les crises surviennent après la fin de la première année, la relation avec le traumatisme sera établie ou non, après un examen approfondi du blessé.

Le médecin chargé de l'évaluation prendra connaissance du traitement suivi et demandera dans tous les cas un électro-encéphalogramme, s'il n'a pas déjà été pratiqué. Il demandera au besoin une hospitalisation pour contrôle.

4.2.1.3.1. Epilepsie généralisée

Le médecin chargé de l'évaluation s'assurera de la réalité des accès et les fera décrire de façon très détaillée (brièveté et caractère impressionnant, stertor, chutes).

Epilepsie légère : contrôlée par le traitement et compatible avec l'activité professionnelle habituelle : 10 à 15.

Epilepsie mal contrôlée par le traitement avec crises fréquentes et éventuellement, troubles du comportement associés, nécessitant des précautions spéciales au travail (dans ce cas, la nécessité d'un changement de profession doit être particulièrement mis en relief) : 30 à 70.

Epilepsie incontrôlée avec crises fréquentes nécessitant la surveillance du sujet et rendant impossible toute activité : 100.

4.2.1.3.2. Epilepsie focalisée (équivalents épileptiques)

Epilepsie Bravais-Jacksonienne.

- crises limitées à quelques groupes musculaires : 10 à 30 ;
- crises affectant des groupes assez étendus : 10 à 40.

Epilepsie psycho-motrice (automatisme inconscient d'origine temporale) : 10 à 60.

Autres épilepsies focalisées (frontale, occipitale, pariétale) :

Epilepsie frontale.

- crises motrices, avec élévation du bras et éventuellement arrêt du langage : 10 à 40.

Epilepsie occipitale.

- sensations visuelles lumineuses figurées macro ou micropsiques : 10 à 40.

Epilepsie pariétale.

- vertiges rotatoires et adersion 10 à 40.

4.2.1.4. Syndromes parkinsonniens

C'est une éventualité rare, mais indiscutable. Trois modalités peuvent exister :

- exceptionnellement, une lésion cérébrale par corps étranger ou par projectile peut créer une lésion des noyaux gris et entraîner l'apparition de syndromes extrapyramidaux unilatéraux du côté opposé au traumatisme. Dans ce cas, la maladie n'est pas évolutive et les signes restent fixés ; en général, d'autres syndromes coexistent et, en particulier, des signes pyramidaux. A vrai dire, il ne s'agit pas d'un syndrome parkinsonnien proprement dit, mais de symptômes extra-pyramidaux au cours d'une lésion cérébrale.

L'indemnisation dépend de l'importance des symptômes et est subordonnée à l'importance des autres manifestations neurologiques.

- un syndrome parkinsonnien évoluant après un traumatisme crânio-cérébral ou un syndrome de « choc » qu'elle qu'en soit la pathogénie.

Le délai d'apparition après le traumatisme doit être de quelques mois, et d'un an au maximum.

- Parkinson d'origine toxique (oxyde de carbone, bioxyde de manganèse, etc.).

Pour les trois formes, le taux tiendra compte de la gravité et du caractère unilatéral ou bilatéral :

- syndrome parkinsonnien léger, réagissant bien au traitement : 10 à 20 ;
- syndrome plus accentué, avec gêne appréciable : 20 à 40 ;
- syndrome important : 40 à 90 ;
- syndrome excluant toute possibilité d'activité : 100.

4.2.1.5. Torticolis spasmodiques, post-traumatique : 10 à 20

4.2.1.6. Tremblement volitionnel d'attitude post-traumatique, habituellement unilatéral

Dominant : 30 à 60 ;

Non dominant : 20 à 40.

4.2.1.7. Syndrome cérébelleux

Les séquelles cérébelleuses des traumatismes crâniens sont relativement rares à l'état pur. Elles sont généralement associées à d'autres séquelles et surtout à des séquelles pyramidales.

- atteinte cérébelleuse globale, comportant des troubles statiques avec impossibilité de la marche, ainsi que des troubles kinétiques, avec dysmétrie et hypermétrie et incoordination bilatérale, adiadococinésie, tremblements, rendant toute activité impossible, et dysarthrie : 100 ;
- atteinte bilatérale mais incomplète, permettant une marche imparfaite et des mouvements maladroits : 60 à 80 ;
- atteinte bilatérale légère avec marche peu perturbée, avec quelque maladresse des mouvements : 30 à 50.

Une atteinte unilatérale comportera, suivant l'importance de la maladresse des mouvements :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Complète	80	75
Moyenne	30 à 70	25 à 65
Légère	10 à 25	10 à 20

Dysarthrie : le sujet comprend, écrit, mais parle mal, parole laborieuse, difficilement intelligible. L'élément professionnel est essentiel :

légère : 5 à 15.

importante : 15 à 60.

4.2.1.8. Atteinte de la fonction du langage

Aphasie : Les taux seront attribués compte tenu de l'atteinte plus ou moins complète de l'expression verbale. Le taux sera plus élevé lorsqu'il y a des troubles de la compréhension du langage, aussi bien parlé qu'écrit. Le taux de 100 % sera réservé au blessé qui ne peut communiquer avec ses semblables ni en exprimant sa pensée, ni en comprenant ce qui a été dit.

4.2.1.9. Syndrome thalamique

(Voir Atteinte médullaire douloureuse spinothalamique).

4.2.1.10. Nerfs crâniens

Les atteintes d'un certain nombre de nerfs crâniens sont étudiées au chapitre traitant de la fonction à laquelle ils participent (organes des sens en particulier).

Il est donc indiqué, ci-après, les chapitres auxquels il convient éventuellement de se reporter.

On aura soin, avant de conclure à l'origine traumatique du déficit fonctionnel constaté, de s'entourer de précautions pour éviter de rapporter à l'accident en cause un état pathologique sans rapport avec lui. Des avis spécialisés seront souvent indispensables.

I. – Nerf olfactif (se reporter à « Séquelles portant sur l'odorat »).

II. – Nerf optique (se reporter à « Séquelles portant sur le système oculaire »).

III. – Nerf moteur oculaire commun (se reporter à « Nerf optique »).

IV. – Nerf pathétique (idem).

V. – Nerf trijumeau.

Les séquelles résultant d'une atteinte du trijumeau peuvent être d'ordre sensitif ou d'ordre moteur.

– séquelles sensitives.

Elles sont souvent trop minimes pour être chiffrables.

– anesthésie simple, sans douleur, par section d'une branche périphérique (nerf sus-orbitaire, sous-orbitaire, maxillaire inférieur) 5 à 10 ;

– névralgie intense et persistante, en particulier de type continu sympathalgique, selon les répercussions sur l'activité du blessé 10 à 60 ;

– séquelles motrices.

Une atteinte unilatérale n'entraîne qu'une gêne minime. Cependant, la mastication peut se trouver perturbée, de même que l'élocution et la déglutition. Ces troubles sont beaucoup plus importants si l'atteinte est bilatérale.

– atteinte unilatérale 5 ;

– atteinte bilatérale 20 à 30.

VI. – Nerf moteur oculaire externe : syndrome neuro-paralytique (voir « Ophtalmologie », annexe de l'œil).

VII. – Nerf facial : les troubles sensitifs dus à l'atteinte d'un ou des nerfs faciaux n'entraînent aucune incapacité fonctionnelle.

Le sens du goût dépend à la fois du facial et du glosso-pharyngien (se reporter à « Séquelles portant sur le sens du goût »).

– troubles moteurs.

Il s'agit essentiellement de troubles de la mimique, de la fermeture des yeux, de la mastication, du contrôle de la salivation et des larmes. Une paralysie unilatérale a des conséquences bien moindres qu'une atteinte bilatérale. Un bilan électrodiagnostique et électro-myographique pourra être pratiqué en vue de mettre en évidence une réaction de dégénérescence éventuelle.

Le médecin chargé de l'évaluation justifiera son estimation d'après les difficultés de l'alimentation et de l'élocution. Eventuellement, il insistera sur les répercussions que peuvent avoir les séquelles sur la profession du blessé.

– paralysie de type périphérique, totale et définitive : 20 à 30 ;

– paralysie de type périphérique, partielle et définitive (une paralysie datant de plus de deux ans peut être considérée comme définitive) : 10 à 30 ;

– paralysie bilatérale suivant l'intensité et l'état des réactions électriques : 20 à 30 ;

– contracture post-paralytique ou hémispasme facial, suivant déformation du visage : 10 à 20.

VIII. – Nerf auditif (se reporter à « Séquelles portant sur le système auditif »).

IX. – Nerf glosso-pharyngien :

Nerf mixte, sensitivo-moteur ; ses troubles sont difficiles à évaluer, car il participe à plusieurs fonctions. L'incapacité fonctionnelle dépend de la gêne à la déglutition, à l'élocution, voire à la respiration.

– paralysie unilatérale (fausse route) : 10 ;

– paralysie bilatérale (exceptionnelle) : 20.

X. – Nerf pneumogastrique.

Le nerf pneumogastrique possède des fonctions végétatives (parasymphatiques), des fonctions motrices et des fonctions sensitives. De sa blessure résultent donc :

– des troubles de la fonction végétative ;

– des troubles de la fonction motrice ;

– des troubles de la fonction sensitive.

Ces troubles seront estimés selon les différents déficits fonctionnels constatés (voir Appareil digestif, respiratoire, cardio-vasculaire, ORL.).

XI. – Nerf spinal.

L'atteinte du nerf spinal peut déterminer une atrophie du trapèze et du sternocléido-mastoïdien (chute de l'épaule, déviation en dehors du bord spinal du scapulum, faiblesse de la main unilatérale). La réadaptation est parfois possible.

- selon la gêne apportée dans l'activité du blessé, et le côté atteint 15 à 30.

(Une périarthrite scapulo-humérale (PSH.) peut faire partie du tableau).

XII. – Nerf grand-hypoglosse.

Nerf moteur de la langue. Son atteinte unilatérale entraîne une atrophie de l'hémilangue, mais sans incapacité fonctionnelle importante. Si l'atteinte est bilatérale (cas tout à fait exceptionnel), l'incapacité sera évaluée en fonction de la dysarthrie et des troubles de l'alimentation (voir « Paralyse de la langue »).

Atteintes multiples des nerfs crâniens. En cas d'atteinte simultanée de plusieurs nerfs crâniens, les taux seront évalués selon le degré des troubles fonctionnels globaux sans que la somme des taux puisse dépasser 100 %.

4.2.1.11. Séquelles psychonévrotiques

Il est nécessaire de recourir à un bilan neuropsychologique détaillé et à l'avis d'un neuro-psychiatre. Dans la majorité des cas, ces troubles sont les conséquences de lésions cérébrales diffuses, sans possibilité de focalisation, associées ou non à des troubles neurologiques précis.

En règle générale, les accidentés atteints de ces troubles intellectuels post-traumatiques ont présenté un coma plus ou moins prolongé et ont présenté en général d'emblée des troubles de la conscience : 30 à 100.

Syndromes psychiatriques.

L'étiologie traumatique des syndromes psychiatriques est très exceptionnelle. Il ne faut qu'une enquête approfondie atteste l'intégrité mentale antérieure, et que le syndrome succède immédiatement à un traumatisme particulièrement important. Seul, un psychiatre peut estimer valablement le déficit psychique de la victime.

- syndrome psychiatrique post-traumatique : 20 à 100.

Névroses post-traumatiques.

- syndrome névrotique anxieux, hypochondriaque, cénesthopathique, obsessionnel, caractérisé, s'accompagnant d'un retentissement plus ou moins important sur l'activité professionnelle de l'intéressé : 20 à 40.

(Ces cas névrotiques caractérisés ne doivent pas être confondus avec un syndrome post-commotionnel des traumatisés du crâne ni avec les séquelles définies au chapitre suivant).

4.2.2. Séquelles provenant de l'atteinte diffuse des hémisphères ou du tronc cérébral

Elles peuvent être caractérisées par :

a) Grande indifférence, passivité, absence de réactivité. Elles sont secondaires à un coma prolongé et avec réanimation respiratoire (le blessé ne fait pas sa toilette, ne peut pas prendre ses aliments lui-même, et ne peut pas toujours aller seul aux WC) : 100 ;

b) Le sujet a un aspect normal. Il peut faire illusion, il a des troubles sévères de l'attention et du jugement, une activité diminuée, souvent réduite aux automatismes sociaux antérieurement acquis ; il ne peut prendre de décision ou les prend sans réflexion et manque d'initiative (justification éventuelle d'une tutelle judiciaire) : 40 à 80 ;

c) Certains cas, troubles amnésiques, parfois Korsakoff post-traumatique, avec baisse considérable de l'affectivité,

parfois une euphorie paradoxale ou, au contraire, un état de dépression est constaté : 30 à 80.

4.2.3. Séquelles propres à l'atteinte médullaire

Syndrome de Brown-Séquard : le déficit sera évalué en faisant la somme de l'atteinte motrice d'un côté et de l'atteinte sensitive de l'autre.

Syndromes autres que le syndrome de Brown-Séquard : les atteintes constatées peuvent être :

- soit résiduelles et fixes ;
- soit évolutives et progressives ;
- soit exceptionnellement régressives.

Le pourcentage d'estimation doit être fixé en raison du degré d'impotence et de l'importance des éventuels troubles trophiques associés.

Syndromes atrophiques :

Au membre supérieur.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Atteinte à prédominance proximale de la ceinture scapulaire et du bras, sans retentissement sur la fonction de la main	20 à 40	20 à 35
Atteinte à prédominance distale intéressant la fonction de la main ou de l'avant-bras	30 à 70	30 à 60
Atteinte complète avec impotence totale d'un membre supérieur	90	80

Au membre inférieur.

– atteinte à prédominance proximale de la ceinture pelvienne, sans retentissement sur la fonction du pied :

Non dominant : 40 à 60.

Atteinte à prédominance des muscles de la cuisses :

Non dominant : 20 à 40.

– atteinte à prédominance distale intéressant la fonction du pied et de la jambe :

Non dominant : 25 à 50.

– Atteinte complète avec impotence absolue d'un membre inférieur :

Non dominant : 75.

En cas de bilatéralité des lésions, il y a lieu d'évaluer chaque membre séparément, puis d'additionner les taux (le taux de 100 % ne pouvant être en aucun cas dépassé).

Les taux attribués le sont en dehors de toute possibilité d'appareillage ou de correction chirurgicale : lorsque l'adaptation d'un appareil s'avère possible, le médecin tiendra compte de cette possibilité et le taux diminué en fonction des résultats que l'on sera en droit d'attendre de cet appareillage. Dans la meilleure hypothèse, la réduction ne pourra pas dépasser 15 % du taux prévu.

Troubles sensitifs :

Ils ne sont pratiquement jamais isolés et accompagnent les séquelles motrices qu'ils peuvent aggraver.

La perte de sensibilité entraîne la perte de précision et le contrôle de la force du geste.

L'incapacité sera donc évaluée globalement. En cas de troubles sensitifs isolés, on tiendra compte de leur répercussion sur l'utilisation du membre considéré (voir « Syndrome spino-thalamique » au chapitre suivant).

Troubles sphinctériens et génitaux :

Rétention et incontinence d'urine (se reporter au système génito-urinaire).

Troubles de la défécation : si les troubles peuvent être corrigés par les thérapeutiques habituelles d'évacuation rectale, il n'y a pas lieu d'estimer d'incapacité partielle de travail.

– rétention rebelle, entraînant des symptômes de coprostase : 10 ;

– incontinence incomplète : 10 à 25 ;

– complète : 70 ;

– troubles génitaux, abolition des érections ou diminution considérable, ne permettant pas les rapports sexuels : 10 à 20.

Syndrome de la queue de cheval.

L'examen neurologique doit être spécialement attentif et minutieux. Le médecin non spécialiste aura avantage à prendre l'avis d'un neurologue.

1° Il existe une anesthésie en selle plus ou moins développée ;

2° L'atrophie musculaire est précoce et accentuée, les troubles sphinctériens et génitaux importants ;

3° Les réflexes achilléens sont abolis, les rotuliens parfois également ;

4° Les troubles moteurs manquent souvent : lorsqu'il existe une paraplégie, elle est de type radiculo-névritique, c'est-à-dire flasque et en général dissociée.

Syndrome plus ou moins accentué, selon les troubles sphinctériens et génitaux : 30 à 50.

(A ce taux s'ajoute l'incapacité résultant des troubles parétiques éventuellement associés, sans que la somme puisse dépasser 100 %).

Séquelles d'hématomyélie :

La récupération motrice, après hématomyélie, est habituelle, mais elle n'est jamais complète. Subsistent en particulier des atrophies musculaires et des anesthésies suspendues de type syringomyélique. Le taux d'incapacité sera évalué en raison des atteintes motrices, sensitives et musculaires pouvant subsister, après éventuellement avis d'un spécialiste.

4.2.4. Séquelles provenant indifféremment d'atteinte cérébrale du médullaire

Troubles moteurs :

Hémiplégie.

- impotence complète, avec troubles sphinctériens, avec ou sans aphasie, etc. : 100.

Conservation d'une activité réduite, avec marche possible, absence de troubles sphinctériens, langage peu ou pas perturbé, persistance d'une certaine autonomie :

- côté dominant : 60 à 80 ;
- côté non dominant : 50 à 70.

Monoplégie.

Atteinte isolée d'un membre inférieur.

- marche possible, mais difficile en terrain accidenté, pour monter des marches, longs trajets pénibles : 30 ;
- marche difficile, même en terrain plat : 40.

Le sujet peut se lever, maintenir certaines positions, mais la démarche est impossible sans l'aide de cannes-béquilles ou de béquilles.

Atteinte isolée d'un membre supérieur.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Préhension possible, mais avec gêne de la dextérité digitale	10 à 25	8 à 20
Préhension possible, mais sans aucune dextérité digitale	25 à 50	20 à 45
Mouvements du membre supérieur très difficiles	50 à 75	45 à 65
Mouvements du membre supérieur impossibles	85	75

Atteinte de plusieurs membres (diplegie, triplégie, tétraplégie).

(Les deux membres supérieurs ou les deux membres inférieurs, ou un membre supérieur et les deux membres inférieurs, etc). Il y a lieu d'estimer séparément chaque incapacité, et d'en faire la somme. S'il s'agit des deux membres exerçant la même fonction, il y a lieu de majorer cette somme de 10 %, en raison de la synergie. De toute façon, le taux global ne peut en aucun cas dépasser 100 %.

Troubles sensitifs :

a) Ils ne sont pratiquement jamais isolés, et accompagnent les séquelles motrices, qu'ils peuvent aggraver. L'anesthésie d'une main équivaut à une paralysie partielle. La perte de la sensibilité entraîne en effet la perte de la précision et le contrôle de la force du geste.

L'incapacité sera donc évaluée globalement. En cas de troubles sensitifs isolés : on tiendra compte de leur répercussion sur l'utilisation du membre considéré.

b) Douleurs de type spino-thalamique :

- douleur à type de brûlure permanente unilatérale plus ou moins étendue, exagérée par le frottement et les émotions : 20 à 60 ;
- avec impotence totale d'un membre : 80.

4.2.5. Séquelles portant sur le système nerveux périphérique

Huit paires de racines cervicales, douze dorsales, cinq lombaires, cinq sacrées et une coccygienne, soit trente et une en tout composent le système nerveux périphérique.

Son atteinte se manifeste par des troubles sensitifs, moteurs, réflexes et sympathiques, dont la distribution tomographique permet de localiser la lésion.

Innervation des principaux muscles (tête exclue)

MUSCLES	RACINES	NERFS
Muscles de la nuque	C1 à C4	Plexus cervical
Trapèze	C1 à C4	Spinal médullaire et plexus cervical
Diaphragme	C3 - C4	Phrénique
Rhomboïdes	C4 - C5	
Grand dentelé	C5 - C7	
Pectoraux	C5 à D1	

MUSCLES	RACINES	NERFS
Sus-épineux	C5	Plexus brachial
Sous-épineux	C5 - C6	
Grand dorsal	C6 à C8	
Deltoïde	C5 - C6	Circonflexe
Triceps brachial antérieur	C5 - C6	Musculo-cutané
Triceps brachial	C7 - C8	Radial
Long supinateur	C6	Radial
Radiaux	C6 - C7	Radial
Court supinateur	(C5) C6 (C7)	Radial
Extenseur commun des doigts	(C6) C7 (C8)	Radial
Cubital postérieur	(C6) C7 (C8)	Radial
Cubital antérieur	(C7) C8	Cubital
Palmaires	C6 - C7	Médian
Rond pronateur	C6 - C7	Médian
Fléchisseur commun superficiel	(C7) C8 (D1)	Médian
Fléchisseur commun profond	C7 - C8 - D1	Médian (chefs externes, cubital chefs internes)
Long abducteur du pouce	(C6) C7 (C8)	Radial
Long extenseur du pouce	(C6) C7 (C8)	Radial
Court extenseur du pouce	(C6) C7 (C8)	Radial
Long fléchisseur du pouce	C7 - C8	Médian
Court abducteur du pouce	C7 - C8	Médian
Opposant du pouce	C7 - C8	Médian
Abducteur du pouce	C8 - D1	Cubital
Interosseux	C8 - D1	Cubital
Muscles hypothénariens	C8 - D1	Cubital
Muscles abdominaux	D5 à D12	
Psoasiliaque	D12 à L3	Plexus lombaire
Grand fessier	L4 à S1	Plexus sacré
Moyen et petit fessiers	L4 à S1	
Quadriceps	(L2) L3 - L4	Crural
Adducteurs	L2 - L3 (L4)	Obturateur
Muscles ischio-jambiers	(L5) S1 - S2	Sciatique
Triceps sural	S1 (S2)	Sciatique poplité interne
Jambier postérieur	L5 (S1)	Sciatique poplité interne
Jambier antérieur	L4 (L5)	Sciatique poplité externe
Péroniers latéraux	L5 (S1)	Sciatique poplité externe
Fléchisseurs des orteils	S1 - S2	Sciatique poplité interne
Extenseur commun des orteils	L5	Sciatique poplité externe

MUSCLES	RACINES	NERFS
Sphincters striés et muscles du périnée	S2 à S4	Honteux

Tableau des réflexes

Les localisations plus spécifiques sont portées en caractères gras.

RÉFLEXE dénominateur	EXCITATION (TECHNIQUE)	RÉACTION normale	LOCALISATION d'après l'émergence rachidienne
Massétérien	Percussion d'une spatule posée sur les dents inférieures, la bouche étant entr'ouverte.	Elévation du maxillaire inférieur	Protubérance annulaire
Bicipital	Percussion d'un tendon bicipital au-dessus du coude, l'avant-bras légèrement fléchi et en supination.	Flexion de l'avant-bras	C5 - C6
Supinateur ou stylo-radial	Percussion de l'apophyse styloïde du radius, le coude fléchi à angle droit, le bras en légère supination.	Contraction du long supinateur	C5 - C6
Cubito-pronateur	- Percussion du pli du coude en dehors de l'épitrachée.- Percussion du rond pronateur à l'avant-bras.	Pronateur de la main et de l'avant-bras	C6 - C7
Tricipital	Percussion du tendon tricipital, le coude légèrement fléchi.	Extension du bras	C7
Carpo-métacarpien	Percussion de la région dorsale carpo-métacarpienne.	Flexion des doigts	C8 - D1
Cutané-abdominal (supérieur et inférieur)	Excitation de la peau et de l'abdomen.	Rétraction de la région ombilicale (vers le haut ou le bas, ou même latéralement)	D7 - D8D9 - D10D11 - D12
Médio-pubien	Percussion de la symphyse pubienne.	Contraction des muscles abdominaux et des adducteurs	D8 - D12
Crémastérien	Frotter la face interne de la cuisse.	Ascension du testicule ipsi-latéral	L1 - L2
R. des adducteurs	Percussion de la face interne du genou.	Adduction de la cuisse	L1 - L3
Rotulien	Percussion du quadriceps (sous ou sus-rotulien).	Extension de la jambe	L2 - L4
R. du biceps crural péronéo-fémoral postérieur	Percussion du tendon bicipital sur le sunet en décubitus latéral.	Flexion de la jambe	S1
Achilléen et médio plantaire	Percussion du tendon d'Achille sur le sujet agenouillé, le pied pendant.	Extension du pied	S1 - S2
Cutanéo-plantaire	Frotter la plante du pied.	Flexion des orteils	S1 - S2
Anal	Gratter la marge anale.	Contraction du sphincter anal externe	S5

Lésions traumatiques.

Les taux d'incapacité indiqués s'appliquent à des paralysies totales et complètes.

En cas de paralysie incomplète, parésie ou simple affaiblissement musculaire, le taux d'incapacité subit naturellement une diminution proportionnelle.

On estime généralement six degrés de force musculaire :

0 : aucune contraction n'est possible ;

1 : ébauche de contraction visible, mais n'entraînant aucun déplacement ;

2 : mouvement actif possible, après élimination de la pesanteur ;

3 : mouvement actif possible, contre la pesanteur ;

4 : mouvement actif possible contre la pesanteur et résistance ;

5 : force normale.

Les atteintes correspondant aux degrés 0, 1, 2 et 3 entraîneront l'application du taux entier.

Pour le degré 4, le taux sera diminué de 25 à 50 % de sa valeur.

Les troubles névritiques, douleurs, troubles trophiques, accompagnant éventuellement les troubles moteurs, aggravent plus ou moins l'impotence et légitiment une majoration du taux proposé.

En cas d'atteinte simultanée de plusieurs nerfs d'un même membre, il y a lieu d'additionner les taux, le taux global ne pouvant en aucun cas dépasser le taux fixé pour la paralysie de ce membre.

	DROIT	GAUCHE
Paralysie totale du membre supérieur (degré 0, 1, 2 et 3)	90	80
Plexus brachial :		
– Paralysie radiculaire supérieure, type Duchenne-Erb (deltoïde, sus-épineux, biceps, brachial antérieur, coraco-brachial, long supinateur, et parfois sous-épineux, sous scapulaire, court supinateur et hémidiaphragme) (degré 0, 1, 2 et 3)	55	45
Paralysie radiculaire inférieure, type Déjerine-Klumpke (fléchisseurs des doigts et muscles de la main) (degré 0, 1, 2 et 3)	65	55
Paralysie isolée du nerf sous-scapulaire (grand dentelé, degré 0, 1, 2 et 3)	10	5
Paralysie du nerf circonflexe (deltoïde petit rond) (degré 0, 1, 2 et 3)	35	30
Paralysie du nerf musculo-cutané (biceps, brachial antérieur). La flexion de l'avant-bras sur le bras reste possible par l'action du long supinateur (degré 0, 1, 2 et 3)	25	20
Paralysie du nerf médian :		
a. Au bras : (rond-pronateur, fléchisseur commun superficiel, grand et petit palmaires, chefs externes du fléchisseur commun profond, long fléchisseur du pouce, carré pronateur, court abducteur et opposant du pouce, 2 premiers lombrireaux) (degré 0, 1, 2 et 3)	55	45
b. Au poignet (n'atteint que les muscles de la main énumérés ci-dessus) (degré 0, 1, 2 et 3)	45	35
Paralysie du nerf cubital :		
a. Au bras (cubital antérieur, chefs internes du fléchisseurs commun profond, muscles hypothéranien et interosseux, deux lombrireaux internes, adducteurs du pouce et chef interne de son court fléchisseur) (degré 0, 1, 2 et 3)	45	35
b. Au poignet (ou muscles de la main ci-dessus, griffe cubitale) (degré 0, 1, 2 et 3)	35	25
Paralysie du nerf radial :		
a. Au-dessus du coude (triceps brachial, anconé, long supinateur, premier et deuxième radial, court supinateur, extenseur commun et extenseur propre du pouce, index, auriculaire, cubital postérieur) (degré 0, 1, 2 et 3)	55	45
b. Au-dessous du coude, les mêmes muscles, sauf triceps et long supinateur (degré 0, 1, 2 et 3)	45	35

Membre inférieur :

- paralysie totale d'un membre inférieur (degré 0, 1, 2 et 3), flasque 75 ;
- paralysie complète du nerf sciatique (demi-tendineux, demi membraneux, biceps fémoral, une partie du grand adducteur, auxquels se joignent les muscles innervés par le sciatique poplité externe et le sciatique poplité interne). Voir aussi « Membre inférieur », séquelles vasculaires et nerveuses (degré 0, 1, 2 et 3) 60 ;
- paralysie du nerf sciatique poplité externe (jambier antérieur, extenseur propre du gros orteil, extenseur commun, long et court péroniers latéraux, pédieux) (degré 0, 1, 2 et 3) 30 ;
- paralysie du nerf sciatique poplité interne (poplité, jumeaux, soléaire, plantaire grêle, jambier postérieur, fléchisseur commun, long fléchisseur du premier orteil, tous les muscles plantaires) (degré 0, 1, 2 et 3) 30 ;
- paralysie du nerf crural (quadriceps) (degré 0, 1, 2 et 3) 40 ;
- paralysie du nerf obturateur (pectiné, obturateur externe, adducteur) (degré 0, 1, 2 et 3) 15.

Névrites périphériques :

- névrites avec algies (voir en tête du sous-chapitre).

Lorsqu'elles sont persistantes, suivant leur siège et leur gravité 10 à 20.

Pour les névralgies sciatiques (voir « Membre inférieur »).

4.2.6. Séquelles portant sur le système nerveux végétatif et syndromes algodystrophiques

Ces séquelles traumatiques prennent la forme d'algodystrophies dont la pathologie demeure encore actuellement mal élucidée. Elles peuvent siéger au membre inférieur comme au membre supérieur, où elles sont plus connues sous le nom de « syndrome épaule main ».

Les algodystrophies se manifestent :

1° Par des douleurs diffuses, plus ou moins prononcées, à prédominance distale ;

2° Par des troubles trophiques : cyanose, hypersudation de la main ou du pied, peau fine avec sclérose du tissu cellulaire sous-cutané. Doigts ou orteils prennent un aspect effilé. Des rétractions tendineuses et aponévrotiques tendent à les fléchir ; on peut parfois percevoir des indurations de la paume ou de la plante. Les muscles de la main, du pied s'atrophient progressivement. Les radiographies montrent une transparence anormale des os, avec de multiples petites géodes. Il peut exister des œdèmes de la main, des indurations ou des ulcérations surtout au pied ;

3° Par des troubles articulaires, avec blocage plus ou moins prononcé des articulations, principalement de l'épaule au membre supérieur et de la cheville au membre inférieur.

Algodystrophie du membre supérieur.

- Selon l'intensité des douleurs, des troubles trophiques et de l'atteinte articulaire : forme mineure sans troubles trophiques importants, sans troubles neurologiques et sans impotence 10 à 20 ;
- forme sévère, avec impotence et troubles trophiques, sans troubles neurologiques objectifs, selon l'importance 30 à 50 ;
- forme avec troubles neurologiques (voir le chapitre correspondant).

Algodystrophie du membre inférieur.

- selon l'intensité des douleurs, des troubles trophiques, et de la gêne à la marche 10 à 30 ;
- forme mineure sans troubles trophiques importants, sans troubles neurologiques et sans impotence 10 à 20 ;
- forme sévère, avec impotence et troubles trophiques, sans trouble neurologiques objectifs, selon l'importance 30 à 50 ;
- forme avec troubles neurologiques (voir chapitre correspondant).

5. Oto-rhino-laryngologie

5.1. Nez

5.1.1. Sténose nasale

Seule entraîne une incapacité appréciable la sténose très prononcée d'une fosse nasale ou la sténose moyenne des deux fosses nasales ; il faudra tenir compte également des troubles fonctionnels éventuels.

Dans chaque cas particulier, on tiendra compte des conséquences de voisinage de la sténose, entraînant une perturbation de la perméabilité, même intermittente.

Sténose unilatérale. – Simple diminution du calibre de la narine ou de la fosse nasale 2.

- formation de croûtes, rhino-pharyngite 4 ;
- sténose totale avec retentissement tubo-tympanique ou sinusien, sans sinusite suppurée 6 à 10.

Sténose bilatérale. – Diminution de la perméabilité ne dépassant pas le tiers de la perméabilité physiologique 4

- diminution plus accentuée avec croûtes, rhino-pharyngite, etc. 8 ;
- sténose serrée avec respiration exclusivement buccale et troubles à distance 15 à 20 ;
- troubles fonctionnels entraînant une perturbation bilatérale intermittente de la perméabilité nasale 4 à 6.

5.1.2. Perforation de la cloison nasale

En général, elle n'entraîne pas d'incapacité. Cependant des phénomènes irritatifs peuvent se manifester autour de la perforation.

- accompagnée de phénomènes irritatifs 3.

5.1.3. Rhinites crouteuses (après perte de substance endo-nasale étendue)

- unilatérale 4 ;
- bilatérale 8.

5.1.4. Troubles olfactifs

Ils font suite à une fracture du frontal ou de l'ethmoïde, à des traumatismes crâniens ou faciaux. Ils sont difficiles à évaluer ; à côté de l'épreuve des flacons, existent des épreuves d'olfactométrie, entre autres une méthode basée sur l'EEG

En cas de troubles olfactifs, la profession peut jouer un rôle prédominant et justifier la majoration parfois importante des taux proposés (sommeliers, cuisiniers, métiers de parfums, etc.).

- anosmie et troubles divers de l'olfaction 5 à 8.

5.1.5. Troubles esthétiques par mutilation ou déformation nasale

Une mutilation sérieuse du nez ou une déformation importante post-traumatique de la pyramide nasale entraîne une aggravation de l'incapacité fonctionnelle par entrave à l'embauche dans certaines professions (artistes, vendeuses, garçons de café, coiffeurs, etc.).

- déformation de la pyramide nasale, post-traumatique, selon gêne à la respiration, défiguration 5 à 30.

5.2. Sinus

Le rattachement d'une sinusite à un traumatisme ne doit être accepté qu'avec circonspection. On ne peut de toute façon admettre la relation entre la sinusite chronique et le traumatisme, que si celui-ci a entraîné une fracture du sinus considéré, ou un hématome intra-sinusien.

5.2.1. Sinusite maxillaire chronique

- unilatérale 5 à 8 ;
- bilatérale 10 à 13.

5.2.2. Sinusites fronto-ethmoïdales ou sphénoïdales

- sinusite unilatérale 15 à 20 ;
- sinusite bilatérale 25 à 30.

5.2.3. Cranio-hydrorrhée (voir « Neurologie »).

Il s'agit d'un cas de gravité considérable, surtout en cas de fracture sphénoïdale ou du rocher ; en cas de complications, la victime doit être prise en rechute durant l'évolution de celle-ci.

La cranio-hydrorrhée devra être vérifiée par des examens complémentaires probants, pour préciser la nature de l'écoulement. Il faut en effet se méfier de confondre une cranio-hydrorrhée avec un écoulement d'origine allergique. L'apparition peut en être tardive.

- cranio-hydrorrhée non compliquée 30 ;
- cranio-hydrorrhée compliquée de méningite à répétition 60.

5.3. Pharynx

Le rhino-pharynx peut être intéressé par un traumatisme des maxillaires supérieurs et présenter des lésions du voile (voir « Lésions maxillo-faciales » et « Stomatologie »), ou des rétrécissements cicatriciels (voir « Sténoses nasales »).

L'oropharynx peut être le siège d'une sténose cicatricielle gênant la déglutition.

Le pharynx n'est presque jamais intéressé isolément ; les blessures et leurs conséquences sont associées à celles du larynx et éventuellement de la bouche œsophagienne, qui peuvent les compliquer. Il importe de tenir compte de la gêne à la déglutition, dans l'évaluation globale.

- gêne à la déglutition par rétrécissement 5 à 35.

5.4. Larynx

Les lésions traumatiques du larynx déterminent des troubles d'origine cicatricielle ou paralytique. Elles sont d'ailleurs extrêmement rares.

Pour l'évaluation de l'incapacité qu'entraînent ces troubles, il sera tenu compte de la mobilité des cordes vocales, du calibre de la glotte, et de la sous-glotté, du vestibule laryngé dans l'inspiration maximum et dans la phonation, enfin du degré des troubles fonctionnels paralytiques ou des lésions cicatricielles, celles-ci pouvant aller de la simple palmure améliorable chirurgicalement, jusqu'au rétrécissement tubulaire massif, extrêmement sténosant. Il faut rappeler que les paralysies récurrentielles peuvent s'améliorer. La profession peut jouer un rôle prédominant et justifier une majoration parfois importante des taux.

Les troubles d'origine laryngée sont de deux sortes :

- vocaux : dysphonie, aphonie ; et
- respiratoires : dyspnée.

5.4.1. Troubles vocaux

- dysphonie seule 5 à 8 ;
- aphonie sans dyspnée 30.

5.4.2. Troubles respiratoires

Insuffisance respiratoire légère, moyenne, importante : (voir chapitre 9 : « Appareil respiratoire »).

- trachéotomie sans port d'une canule 50 ;
- trachéotomie avec port d'une canule 80.

5.5. Oreilles

Les séquelles portant sur l'oreille peuvent revêtir divers aspects : vertiges et troubles de l'équilibre, hypoacousie ou surdité, bourdonnements d'oreille, otite suppurée, mutilation ou cicatrice vicieuse de l'oreille externe.

Bien entendu, il arrive fréquemment que diverses séquelles se conjuguent. Dans ce cas, l'incapacité sera calculée en appliquant la règle des infirmités multiples résultant d'un même accident rappelée dans le chapitre préliminaire, sauf cas nommément cités ci-dessous.

5.5.1. Vertiges et troubles de l'équilibre

Le vertige traduit une atteinte du labyrinthe, ou plus exactement du vestibule, en entendant par ce mot non seulement l'appareil périphérique, partie de l'oreille interne, mais aussi ses voies nerveuses centrales.

L'interrogatoire est primordial. On laissera le blessé décrire ses troubles en l'aidant au besoin de questions dont il faudra éviter qu'elles n'entraînent la réponse souhaitée. Circonstances d'apparition, durée, caractère, modalité d'évolution, seront ainsi précisés. Il y a lieu, bien entendu, d'éliminer les sensations pseudo-vertigineuses, ainsi que les phénomènes pouvant résulter de troubles de convergence, qui seront appréciés le cas échéant par l'ophtalmologiste.

Les troubles vestibulaires objectifs spontanés seront alors recherchés : Romberg, déviation des index, marche aveugle, nystagmus spontané (derrière des lunettes éclairantes), nystagmus de position (dans les différentes positions de la tête, ou en position de Rose).

Enfin, des épreuves caloriques, type Hautant et Aubry seront pratiquées et, éventuellement, une épreuve rotatoire.

Les données résultant de ces examens, temps de latence, amplitude, fréquence, seront soigneusement notées, ainsi que les manifestations subjectives : nausées, pâleur, etc.

Le degré de gravité des vertiges sera estimé essentiellement en fonction des signes objectifs spontanés ou provoqués.

Il y aura lieu de faire une corrélation entre l'atteinte labyrinthique et une atteinte cochléaire, avec surdité de perception vérifiée à l'audiogramme.

- vertiges sans signes labyrinthiques objectifs mais avec petite atteinte cochléaire à type de scotomes sur les aigus, attestant une légère commotion labyrinthique 5 ;
- vertiges s'accompagnant de signes labyrinthiques objectifs tel nystagmus spontané ou de position, ou asymétrie dans les réponses. Nécessité de certaines restrictions dans l'activité professionnelle et dans la vie privée 10 à 15 ;
- vertiges vestibulaires au cours des épreuves avec inexcitabilité unilatérale 20 ;
- vertiges avec inexcitabilité bilatérale 25.

La surdité sera calculée à part.

Remarque relative à certaines professions. Les vertiges offrent, pour certains métiers, non seulement une gêne particulièrement marquée, mais aussi un danger vital en raison des chutes qu'ils peuvent provoquer. Les ouvriers peintres, couvreurs, maçons, électriciens, tapissiers, chauffeurs d'automobiles, etc., entrent dans ce cas. Pour ces professions, on établira l'incapacité à la limite supérieure des diverses marges qui viennent d'être indiquées, ou même au-dessus. Les éléments justifiant cette augmentation du taux proposé seront indiqués dans le rapport.

Cependant, les vertiges ayant le plus souvent une évolution régressive, on n'aura qu'exceptionnellement à prévoir un changement de profession. Des révisions fréquentes seront à envisager dans le courant des deux premières années.

5.5.2. Surdité

L'IPP est fonction de la perception de la voix de conversation. Elle sera évaluée en tenant compte des données acoumétriques (voix haute, voix chuchotée, montre, diapason), des examens audiométriques et éventuellement de l'audition après prothèse.

Il faut être attentif à la fréquence de la simulation et l'exagération des troubles de l'audition. Leur dépistage n'est pas toujours aisé. On sera donc parfois amené à répéter les épreuves dites « de sincérité ».

L'acoumétrie phonique. Ne peut donner qu'une appréciation grossière de la perte auditive, du fait des conditions de sa réalisation : inégalité des voix, réflexe d'élévation de la voix en fonction de l'éloignement, qualités acoustiques du local. La voix chuchotée, en particulier, n'a qu'une valeur d'estimation très limitée, car elle n'a aucune caractéristique laryngée. Elle modifie les caractères physiques des phénomènes qui la composent, surtout à l'égard de leur fréquence. C'est pourquoi, il convient de fonder l'estimation de la perte de capacité sur l'audiométrie.

L'audiométrie doit comprendre l'audiogramme tonal, en conduction aérienne (qui apprécie la valeur globale de l'audition), et en conduction osseuse (qui permet d'explorer la réserve cochléaire) et l'audiogramme vocal.

Le déficit moyen en audiométrie tonale sera calculé sur les 4 fréquences de conversation : 500, 1 000, 2 000, 4 000 hertz : en augmentant la valeur sur 1 000 hertz, un peu moins sur 2 000, par rapport à la fréquence 500 et en donnant la valeur inférieure à la fréquence 4 000.

La formule de calcul de la moyenne est la suivante :

DT égal (2 d [500 Hz] plus 4 d [1 000 Hz] plus 3 d [2 000 Hz] plus 1 d [4 000 Hz]) / 10 Lorsqu'il s'agit d'apprécier, dans une surdité mixte, la part qui revient à une surdité cochléaire, le calcul devra être fait d'après l'audiométrie tonale en conduction osseuse.

La perte auditive vocale sera la moyenne arithmétique des déficits en dB au seuil de l'intelligibilité, relevée sur les axes de 0 %, 50 % et 100 %, des mots compris par rapport à la normale (la courbe normale étant décalée de moins de 10 dB sur le graphique).

Perte auditive vocale égale à :

d 0 % plus d 50 % plus d 100 % / 3.

Une bonne réhabilitation par prothèse sera prise en considération.

Rappelons que pour certains travailleurs étrangers, l'audiométrie vocale doit être précédée d'une vérification de la bonne compréhension de la langue française.

5.5.3. Acouphènes

En général, les acouphènes d'origine traumatique (bourdonnements, sifflements, tintements, etc.), n'existent pas à l'état isolé, c'est-à-dire, en dehors de tout déficit auditif ; mais ils ne sont pas expressément conditionnés par un déficit important. Souvent, ils échappent à tous contrôles objectifs : ils ne seront pris en considération que si le sujet a manifesté par ailleurs une bonne foi évidente au cours de l'examen acoumétrique.

Il sera tenu compte, pour l'estimation du taux d'incapacité, de leur durée, de leur intensité, de leur retentissement sur le sommeil, voire sur l'état général, moral et psychique.

– acouphène gênant le sommeil, accompagnant une baisse de l'acuité auditive 2 à 5.

Ce taux s'ajoute par simple addition à celui afférent à la surdité (en cas de troubles psychiques, se reporter au chapitre « Crâne et système nerveux »).

5.5.4. Oreille moyenne.

– perforation du tympan, post-traumatique, sans suppuration 3 à 5.

– otorrhée chronique :

– tubaire unilatérale 3 à 5 ;

– tubaire bilatérale 5 à 8 ;

– suppurée chronique unilatérale 5 à 10 ;

– suppurée chronique bilatérale 5 à 15.

Ces taux s'ajoutent au taux résultant de la perte auditive éventuellement associée.

Oreille la plus sourde :

Voix haute										non perçue
				5	4	2	1	0,25	contact	
Distance de perception en mètres										
Oreille normale ou la moins sourde		Voix chuchotée							non perçue	
				0,80	0,50		0,25 contact			
		Distance de perception en mètres					0,10			80 à 90
			Perte auditive en décibels	0 à 25	25 à 35	35 à 45	45 à 55	55 à 65	65 à 80	
			0 à 25	0	3	5	8	12	15	20
			25 à 35	3	8	12	15	20	25	30
	5		35 à 45	5	12	18	24	30	35	40
	4	0,80	45 à 55	8	15	24	35	40	45	50
	2	0,50	55 à 65	12	20	30	40	50	60	60
	0,25	0,25	65 à 80	15	25	35	45	60	70	70
	contact non perçue	contact non perçue	80 à 90	20	30	40	50	60	70	70

5.5.5. Oreille externe

Les séquelles portant sur l'oreille externe peuvent affecter le pavillon ou le conduit auditif.

– déformation, cicatrice ou amputation du pavillon, suivant l'importance de la mutilation 2 à 10.

Dans certains cas particuliers, notamment en ce qui concerne les sujets en relation avec le public, la mutilation pourra être appréciée à un taux supérieur, compte tenu de la profession.

- sténose du conduit auditif externe favorisant la rétention dans le fond du conduit, ou entraînant son obstruction fréquente, sans surdité ;
- unilatérale 2 à 3 ;
- bilatérale 3 à 6 ;
- sténose très serrée entraînant une surdité : il y a lieu de calculer la perte auditive, compte tenu des possibilités d'audioprothèse.

6. Ophtalmologie

6.1. *Altération de la fonction visuelle*

Il y a lieu de tenir compte :

- des troubles de la vision centrale de loin ou de près (vision de précision) ;
- des troubles de la vision périphérique (vision de sécurité) ;
- des troubles de la vision binoculaire ;
- des troubles du sens chromatique et du sens lumineux ; et
- des nécessités de la profession exercée.

6.1.1. Cécité

Cécité complète.

Sont atteints de cécité complète, ceux dont la vision est abolie (V égal 0), au sens absolu du terme, avec abolition de la perception de la lumière.

Quasi-cécité.

Sont considérés comme atteints de quasi-cécité, ceux dont la vision centrale est égale ou inférieure à 1/20 d'un œil, celle de l'autre étant inférieure à 1/20 avec déficience des champs visuels périphériques lorsque le champ visuel n'excède pas 20° dans le secteur le plus étendu.

Cécité professionnelle.

Les exigences visuelles requises par les professions sont tellement variables (l'horloger ne peut être comparé au docker), qu'il faudrait en tenir le plus grand compte dans l'évaluation du dommage, selon les activités qui demeurent possibles.

Est considéré comme atteint de cécité professionnelle celui dont l'œil le meilleur a une acuité égale au plus à 1/20 avec un rétrécissement du champ visuel inférieur à 20° dans son secteur le plus étendu.

- cécité complète (avec attribution de la tierce personne) 100 ;
- quasi-cécité 100 ;
- cécité professionnelle 100.

6.1.2. Scotome central bilatéral

Avec conservation des champs visuels périphériques selon la profession 50 à 90.

6.1.3. Perte complète de la vision d'un œil (l'autre étant normal)

Est perdu, l'œil dont la vision est complètement abolie. Est considéré comme perdu, celui dont la vision est inférieure à 1/20, avec déficience du champ visuel périphérique (perte de la vision professionnelle d'un œil). Il faut distinguer les cas de perte de la vision sans lésion apparente, des cas de mutilation (énucléation, etc.), ou de difformités apparentes (staphylomes étendus, etc.).

- perte de la vision d'un œil, sans difformité apparente 30 ;
- ablation ou altération du globe avec possibilité de prothèse 33 ;
- sans prothèse possible 40.

Taux auquel s'ajoute éventuellement un taux pour défiguration importante (voir « Téguments »).

6.1.4. Scotome central unilatéral

- sans perte du champ visuel périphérique 15 à 18 ;
- avec perte du champ visuel périphérique 30.

6.1.5. Diminution de la vision des deux yeux

Le degré de vision sera estimé, en tenant compte de la correction optique supportable en vision binoculaire par les verres. On utilisera l'échelle optométrique décimale dite de Monoyer, en vision éloignée, et, en vision rapprochée, l'échelle de Parinaud.

Dans les examens fonctionnels, le spécialiste devra toujours recourir aux procédés habituels de contrôle.

6.1.6. Vision périphérique - champ visuel

a) Lacune unilatérale du champ visuel.

- déficit en îlot (localisation centrale ou périphérique, temporale ou nasale, supérieure ou inférieure) 5 à 15.
- rétrécissement sensiblement concentrique du champ visuel (taux à ajouter à celui de l'acuité visuelle centrale) :

A 30° :

- un seul œil 3 à 5 ;
- les deux yeux 5 à 20.

Moins de 10° :

- un seul œil 10 à 15 ;
- les deux yeux 70 à 80.

b) Scotomes centraux (voir *supra*).

Le taux se confond avec celui attribué pour la baisse de la vision

- un œil (suivant le degré de vision) 15 à 20 ;
- les deux yeux (suivant le degré de vision) 50 à 90.

c) Hémianopsie.

Hémianopsie avec conservation de la vision centrale :

- homonyme droite ou gauche 30 à 35 ;
- hétéronyme binasale 15 à 20 ;
- hétéronyme bitemporale 40 à 80 ;
- horizontale supérieure 10 à 15 ;
- horizontale inférieure 30 à 50.

Les quadranopsies peuvent être évaluées en assignant à chaque quadrant une valeur de :

[cliché non reproduit] - Scotomes paracentraux hémianopsiques :

quoique respectant la vision centrale qu'ils affleurent par leur limite, ils peuvent être très gênants lorsqu'ils ont la forme :

- d'un scotome paracentral bitemporal 10 à 15 ;
- d'un scotome hémianopsique latéral droit qui entrave la lecture 10 à 30.

Hémianopsie avec perte de la vision centrale : unie ou bilatérale (ajouter à ces taux celui indiqué par le tableau ci-après sans que le total puisse dépasser 100 %).

6.1.7. Vision binoculaire

Le déséquilibre de la fonction qui permet aux deux yeux de fixer le même objet entraîne une diplopie persistante non améliorée par le traitement 5.

Tableau général d'évaluation

Le tableau ci-après est applicable, qu'il s'agisse de la blessure d'un seul œil ou des deux yeux. Le taux sera évalué après correction ; il ne s'appliquera pas aux scotomes centraux avec conservation du champ visuel périphérique.

La vision d'un œil est indiquée par une colonne horizontale, la vision de l'autre, par une colonne verticale. Le point de rencontre donne le taux médical d'incapacité.

Degré de vision	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20 et moins de 1/20	Enucléation
9/10	0	0	0	1	2	4	8	15	19	30	33
8/10	0	0	1	2	4	5	12	17	21	30	33
7/10	0	1	3	4	6	7	14	19	22	32	35
6/10	1	2	4	6	8	9	18	21	24	35	40
5/10	2	4	6	8	10	11	20	23	26	40	45
4/10	4	5	7	9	11	13	22	25	30	45	50
3/10	8	12	14	18	20	22	25	35	45	55	60

Degré de vision	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20 et moins de 1/20	Enucléation
2/10	15	17	19	21	23	25	35	50	60	75	80
1/10	19	21	22	24	26	30	45	60	80	90	95
1/20 et - de 1/20	30	30	32	35	40	45	55	75	90	100	100
Enucléation	33	33	35	40	45	50	60	80	95	100	100

Tous ces taux pourraient être diminués, en raison de la conservation du champ visuel périphérique, cette diminution ne pouvant dépasser 20 %.

6.1.8. Troubles du sens chromatique et du sens lumineux

Ces troubles, dont l'origine traumatique isolée est très rare, sont des symptômes de lésion de l'appareil nerveux sensoriel ; ils entrent en ligne de compte dans l'appréciation de l'incapacité due à ces lésions.

6.1.9. Cas particuliers

6.1.9.1. Tales de cornée

L'évaluation est faite d'après le tableau d'évaluation de l'acuité visuelle, mais elle sera minorée en fonction de la conservation du champ visuel périphérique (voir supra).

6.1.9.2. Tale centrale

La vision diminue lorsque la pupille se rétrécit : (travail en pleine lumière, travail de près).

En cas de photophobie entraînant l'éblouissement de l'autre œil, il sera ajouté un taux de 5 %.

Paralysie de l'accommodation et du sphincter irien. - Ophtalmoplégie interne unilatérale 10.

– bilatérale 20 ;

– mydriase existant seule et déterminant des troubles fonctionnels :

– unilatérale 5 ;

– bilatérale 10.

6.1.10. Cataractes

6.1.10.1. Unilatérales

Non opérées ou inopérables : le taux d'incapacité sera fixé d'après le degré de vision.

Opérées ou résorbées : si la vision, après correction, est égale ou inférieure à celle de l'œil non cataracté, ajouter, en raison de l'impossibilité de fusion des images et de la nécessité de porter un verre, 10 %, sans que le taux médical puisse dépasser 20 %.

Exemple :

VOD sain : 10/10.

VOG opéré : 5/10 plus d.

Egal 10 plus 2 égal 12.

Ou encore :

VOG opéré : 1/10 égal 15 plus 19.

10/10.

Egal 29 % à ramener à 20 %.

Si la vision de l'œil non cataracté est plus mauvaise ou nulle, se reporter au tableau en donnant la meilleure correction optique à l'œil aphake, et en ajoutant 10 % pour l'obligation de porter des verres spéciaux et pour perte d'accommodation.

Exemple :

Œil opéré : 10/10 plus 10 d.

Œil non opéré : 1/10.

Égal 10 plus 19 égal 20.

6.1.10.2. Bilatérales (opérées ou résorbées)

L'aphakie bilatérale comporte une incapacité de base de 20 %, à laquelle on ajoutera le taux d'incapacité correspondant à la diminution de la vision centrale, sans que le taux puisse dépasser 100 %.

Exemple :

OD aphake - 7/10.
O.G. aphake - 7/10.
20 plus 3 égal 23 %.
OD aphake - 3/10.
OG aphake - 5/10.
20 plus 20 égal 40 %.
OD aphake - 1/10.
OG aphake - 1/10.
20 plus 80 égal 100 %.

6.1.11. Cas divers

Les hypertonies oculaires, les luxations du cristallin, les hémorragies intraoculaires, les troubles du vitré, les altérations de la rétine, seront évalués selon le degré de vision.

L'imputabilité ne doit être retenue qu'une fois éliminée toute preuve de l'existence de l'affection avant l'accident évoqué (se reporter au préambule : « Infirmités antérieures »).

Les éléments d'appréciation utiles seront :

- pour le glaucome : aspect de l'angle irido-cornéen, sensibilité à la dexaméthasone, notion de glaucome familial ;
- pour le décollement de rétine : lésions myopiques ou dégénératives ;
- pour les déplacements du cristallin : fragilité zonulaire, ectopie de la lentille ;
- pour les hémorragies intraoculaires : lésions vasculaires artérielles, veineuses, capillaires, altérations sanguines.

6.2. Annexes de l'œil

6.2.1. Orbites

- nerfs moteurs : paralysie d'un ou plusieurs nerfs oculo-moteurs (voir « Diplopie »). En cas de paralysie consécutive à une affection système nerveux central, se reporter à l'affection causale ;
- nerfs sensitifs : névrites, névralgies très douloureuses, en particuliers douleurs glaucomateuses, lésions du nerf trijumeau (symptôme neuro-paralytique, y compris les troubles de la sécrétion lacrymale, ou sa perte) à ajouter au trouble visuel 10 à 20 ;
- altérations vasculaires : (anévrisme, etc.) ; indemniser les troubles fonctionnels (voir barème spécial).

6.2.2. Paupières

- déviation des bords palpéaux (entropion, trichiasis, ectropion, cicatrices vicieuses, symblépharon, ankyloblépharon), suivant étendue ; ajouter à la diminution de la vision et à la défiguration éventuelle 5 à 10 ;
- ptosis ou blépharospasme non volontaire : taux fondé sur le degré de vision et suivant que, en position primaire (regard horizontal de face), la pupille est plus ou moins découverte :
- un œil 5 à 15 ;
- les deux yeux 20 à 40 ;
- lagophtalmie cicatricielle ou paralytique ; ajouter aux troubles visuels 10 % pour un œil ;
- voies lacrymales : larmolement par lésion des voies lacrymales (atrésie, sténose) 5 à 10 ;
- fistules (résultant par exemple de dacryocystite ou de lésions osseuses) ; pour chaque œil 10 à 15.

6.2.3. Squelette orbitaire

- déformation importante (plus éventuellement les séquelles ophtalmologiques) 5 à 15.

7. Stomatologie

Lésions maxillo-faciales

7.1. Face

En dehors de la fonction elle-même, le médecin expert pourra avoir à tenir compte des déformations entraînées par les cicatrices. Dans ce cas, il se reportera au chapitre « Téguments ».

Le taux résultant des lésions sera estimé en fonction des pertes de dents (évaluées à part), de l'état de l'articulé dentaire et de la possibilité d'une prothèse susceptible de rétablir un coefficient de mastication suffisant.

Le coefficient de mastication se calcule en attribuant aux dents un coefficient particulier : 1 pour une incisive, 2 pour une canine, 3 pour une prémolaire, 5 pour une molaire, et en faisant le total des dents existantes ayant une homologue sur la mâchoire opposée.

7.2. Maxillaire (maxillaire supérieur)

7.2.1. Mobilité d'une partie importante du maxillaire supérieur avec mastication difficile, le déficit dentaire étant estimé en sus 30 à 40.

7.2.2. Mobilité d'un petit fragment du maxillaire supérieur (ablation en général) 10 à 30.

7.2.3. Enfoncement et bascule postérieure (faux prognathisme). Troubles sérieux de l'articulé dentaire, pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de prothèse et défiguration 15 à 40.

7.2.4. Trouble léger de l'articulé dentaire par consolidation vicieuse d'une fracture du maxillaire supérieur 5 à 15.

7.2.5. Enfoncement du malaire :

Apprécié en raison de la défiguration et des phénomènes nerveux 5 à 15.

En cas de troubles oculaires, ceux-ci devront être évalués par un ophtalmologiste.

7.2.6. Perte de substance de la voûte palatine, respectant l'arcade dentaire et permettant une prothèse 5 à 10.

7.2.7. Perte de substance du voile du palais (non opéré), entraînant des troubles de la parole et de la déglutition 15 à 30.

7.2.8. Perte de substance partielle du maxillaire ne permettant pas une prothèse fonctionnellement satisfaisante 5 à 20.

Les pertes de substance permettant une prothèse fonctionnellement satisfaisante seront évaluées par référence aux pertes de dents.

7.3. Mandibule (maxillaire inférieur)

– consolidation vicieuse avec troubles de l'articulé dentaire, non compris une défiguration éventuelle permettant une prothèse 5 à 15 ;

– consolidation vicieuse avec troubles graves pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de prothèse 15 à 40 ;

– perte de substance et pseudarthrose avec gêne de la mastication ou impossibilité de prothèse, selon son siège et son degré de mobilité 5 à 40 ;

– perte de substance partielle de la mandibule, sans interruption la continuité osseuse, et ne permettant pas une prothèse fonctionnellement satisfaisante 5 à 20 ;

– les pertes partielles permettant une prothèse fonctionnellement satisfaisante seront évaluées par référence aux pertes de dents.

7.4. Constriction des mâchoires

L'ouverture de la bouche est considérée comme gênante en-dessous de 3 cm entre les arcades. Pour apprécier le degré d'incapacité, on mesurera soigneusement la distance séparant les incisives, quelle que soit la cause de la constriction.

– écartement inférieur à 10 mm 20 à 50 ;

– écartement inférieur à 20 mm, mais supérieur à 10 cm 10 à 20 ;

– écartement supérieur à 20 mm 5 à 10.

7.5. Luxation temporo-maxillaire

– irréductible avec ouverture permanente de la bouche 10 à 50 ;

– récidivante 5 à 10 ;

– syndrome de Costen (craquements, douleurs contro-latérales, difficulté d'ouverture, latéro-déviation possible) 2 à 15.

7.6. Langue

– amputation partielle entraînant gêne à la mastication et à la déglutition 10 à 20 ;

– amputation étendue avec troubles plus accusés 20 à 75 ;

– amputation totale 80 ;

– paralysie de la langue :

– incomplète 5 à 15 ;

– complète 50.

7.7. Fistule salivaire

– à la peau 20.

7.8. Névralgies

Névralgies du sous-orbitaire, du mentonnier, etc. ; se reporter aux « Nerfs crâniens ».

7.9. Dents

Perte de dents : les taux proposés ci-dessous sont ceux correspondant à la perte de dents, sans possibilité de prothèse.

- perte d'une dent, quelle qu'elle soit 1,50 ;
- perte de toutes les dents, sans possibilité d'appareillage 4.

En cas de possibilité d'appareillage, les taux seront diminués, compte tenu de la qualité du mode de restauration :

Prothèse fixe, réduction de 75 % ;

Prothèse mobile, réduction de 50 %.

- perte de toutes les dents, correctement appareillées :

Par une prothèse fixe 10,5.

Par une prothèse mobile 21.

Perte de substance osseuse accompagnant la perte d'une ou plusieurs dents : le taux retenu sera augmenté de 10 à 20 %, selon l'importance de la perte de substance.

- perte de vitalité d'une ou plusieurs dents : par dent 0,50.

7.10. Pharynx

- gêne à la déglutition par rétrécissement 5 à 35.

7.11. Cicatrices du visage, des lèvres et de la muqueuse buccale

Voir chapitre 15 : « Téguments ».

8. Appareil digestif

8.1. Bouche et pharynx

Se reporter à « Stomatologie ; lésions maxillo-faciales ».

8.2. Œsophage

L'œsophage n'est qu'exceptionnellement intéressé par un traumatisme extérieur.

On rencontre des cas de sténose cicatricielle consécutive à l'ingestion d'un liquide caustique. Ces sténoses devront être vérifiées par radiographie et au besoin par œsophagoscopie.

L'évaluation tiendra compte du degré de la sténose ayant éventuellement imposé une gastrostomie et son retentissement sur l'état général.

Plusieurs examens successifs et assez espacés pourront être utiles pour apprécier les effets du traitement par dilatation et l'accommodation souvent considérable à la gastrostomie.

L'estimation de l'incapacité se fera d'après la dysphagie, les douleurs, les vomissements pouvant exister. Il importe également de prendre en considération le retentissement sur l'état psychique.

- trouble léger avec dysphagie intermittente sans sténose avec dyskinésie 10 ;
- séquelles avec sténose organique partielle nécessitant des traitements prolongés 30 à 50 ;
- sténose totale s'opposant à l'alimentation orale 80.

8.3. Estomac-duodenum

Ce seront souvent les séquelles de lésions traumatiques, de stress ou iatrogène ; elles sont souvent des séquelles chirurgicales.

- troubles légers 10 ;
- troubles moyens 20 à 30 ;
- troubles graves 50 à 70.

8.4. Intestin grêle (jejunum, ileon)

Très souvent, il s'agit d'une atteinte directe, avec contusion ou rupture, désinsertion mésentérique ; cela peut être la révélation ou l'aggravation d'un état antérieur : angiopathie, angiomatose, maladie de Crohn, jéjuno iléite, assez souvent ce sont des séquelles post-opératoires.

- troubles légers 10 ;
- troubles moyens, avec nécessité d'une diététique particulière 20 à 30 ;
- troubles graves : troubles de l'absorption avec diarrhée, nécessité de bilan d'hépatologie, d'études des selles et du transit répétés 50 à 70 ;
- fistule du grêle (duodénum, jéjunum, iléon). Le retentissement général et digestif est à apprécier selon le barème ci-dessus ;
- assujettissement propre de la fistule 25.

8.5. Colon

Résultant d'une atteinte directe ou d'une aggravation d'un état antérieur (diverticulose, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, etc.).

Les séquelles sont caractérisées par des troubles du transit, du météorisme et une alternance de constipation et de diarrhée, un écoulement (glaires), des éléments hémorragiques, des poussées douloureuses. Il existe un problème de diététique, un retentissement sur l'état général et sur la capacité de travail. Un bilan biologique et un transit sont indispensables fréquemment.

- troubles légers 10 ;
- troubles moyens 20 à 30 ;
- troubles graves 50 à 70 ;
- fistule stercorale intermittente 25 ;
- anus contre-nature 60 ;
- En cas d'addition à d'autres troubles 10 à 30.

8.6. Rectum et anus

Les lésions sont en général occasionnées par un empalement ou un éclatement par air comprimé.

On tiendra compte de la rectite, de la colostomie éventuelle (voir plus haut), de la sténose rectale, de l'incontinence anale, y compris les séquelles de l'opération de Babcock, prolapsus, retentissement génital (surtout chez l'homme).

- troubles légers 10 ;
- troubles moyens 30 à 50 ;
- troubles graves 50 à 70.

Fistules anales :

- fistule intrasphinctérienne sous-cutanée 5 ;
- fistule trans ou extrasphinctérienne à trajet simple avec incident évolutif mineur et rare 10 à 15 ;
- fistule complexe avec nombreux accidents évolutifs 20 à 30.

8.7. Paroi abdominale

- cicatrices vicieuses ou cheloïdes (imposant une protection au cours du travail) 5 à 10 ;
- rupture isolée du grand droit 10.

8.8. Hernies

- hernie peu volumineuse, non douloureuse, non scrotale, facilement réductible 5 ;
- hernie scrotale plus ou moins réductible 8 ;
- hernie volumineuse, douloureuse, difficilement réductible, ou irréductible 20 ;
- hernie bilatérale, selon caractère, taux maximum 25.

Eventration :

- petite 5 ;
- moyenne 15 ;
- grande 30 à 40.

Hernies diaphragmatiques :

L'estimation se fera d'après les troubles digestifs, respiratoires et généraux présentés par la victime :

- troubles modérés 10 à 20 ;
- troubles importants 20 à 40.

8.9. Fonction hépato-biliaire

Les traumatismes du foie ne lèsent pas habituellement les fonctions hépatiques.

Une éventuelle hépatite virale imputable au traitement nécessité par l'accident ne peut justifier l'attribution d'une IPP que dans la mesure où les examens biologiques objectivent des séquelles intéressant les fonctions hépatiques.

8.10. Fonction pancréatique exocrine

(pour la fonction pancréatique endocrine, voir le chapitre « Glandes endocrines »)

Des lésions pancréatiques peuvent être provoquées par des traumatismes abdominaux, contusion, hématome, déchirure, rupture, d'où peuvent résulter des troubles digestifs et des fistules. Il est d'autre part admis qu'une pancréatite aiguë puisse apparaître dans les heures ou les jours suivants le choc initial.

A distance, la formation d'un pseudo-kyste ou la constitution d'une pancréatite chronique peuvent être rattachés à un traumatisme antérieur.

Pour la réparation, on tiendra compte de répercussions, de l'atteinte pancréatique sur l'état général, des problèmes nutritionnels qu'elle pose, des douleurs qui en résultent et des séquelles chirurgicales éventuelles (fistule pancréatique, suppuration chronique, etc.).

La coexistence de troubles de la régulation glycémique entraîne par ailleurs une diminution de la capacité de la victime et doit être évaluée à part, les deux taux s'additionnant.

9. Appareil respiratoire

9.1. *Paroi thoracique*

L'estimation des séquelles se fondera sur les éléments douloureux, la gêne respiratoire, la gêne au travail et sur l'insuffisance respiratoire qui pourrait être rattachée au traumatisme.

En général, la fracture d'une ou plusieurs côtes, ou la fracture du sternum, n'entraîne pas d'incapacité partielle ; hormis les éléments douloureux éventuels, on doit rejeter comme dénuée de valeur la formule ancienne : 2 % que multiplie n côtes fracturées.

- fracture de côtes, selon l'intensité de la douleur 2 à 5 ;
- fracture de côtes à type de volet thoracique avec déformation 5 à 10.
- fracture du sternum :

Avec gêne et douleur à l'effort 2 à 5.

Avec enfoncement et douleurs à l'effort 5 à 15.

9.2. *Atteintes de la fonction respiratoire*

Ainsi que cela a été indiqué dans l'appréciation du préjudice, il y a lieu de tenir compte des éléments résiduels du traumatisme thoracique : douleurs, gêne respiratoire, dyspnée, éventuellement cyanose, et des signes d'auscultation.

Il pourra se révéler indispensable de faire pratiquer des examens complémentaires :

- examen radiologique ;
- électro-cardiogramme qui peut être utile pour dépister un début d'insuffisance cardiaque droite sans traduction clinique ;
- spirométrique (capacité vitale, volume résiduel, épreuve de Tiffeneau). Dans certains cas, pourront être envisagées des épreuves au cours de l'effort, ainsi que l'étude des gaz du sang.

Il y a lieu de rappeler que, quelles que soient les valeurs théoriques choisies, elles ne représentent qu'une moyenne, et la différence avec les valeurs théoriques n'est significative que si elle est importante. En général, le caractère pathologique ne peut être affirmé que s'il y a un écart d'au moins 20 %.

Il y a lieu de rappeler que l'enregistrement spirométrique fait appel à la coopération du sujet et que le comportement de ce dernier au cours de l'examen est important à observer.

L'atteinte de la fonction respiratoire a des conséquences très variables suivant la profession exercée par la victime. Il convient donc, dans le rapport, de faire apparaître de façon évidente les conséquences que l'incapacité peut entraîner sur le plan professionnel.

Insuffisance respiratoire légère :

- dyspnée d'effort, quelques anomalies radiologiques à l'exploration fonctionnelle respiratoire, déficit léger (capacité vitale entre 60 et 70 % de la valeur théorique, indice de Tiffeneau entre 60 et 70 %) 10 à 30.

Insuffisance respiratoire moyenne :

- dyspnée disproportionnée à l'effort, anomalies radiologiques (principalement diminution notable de la cinématique thoracodiaphragmatique). A l'exploration fonctionnelle respiratoire, déficit notable (capacité vitale en-dessous de 60 % de la valeur théorique, indice de Tiffeneau en-dessous de 60 %) 30 à 50.

Insuffisance respiratoire importante :

- dyspnée marquée au repos, cyanose plus ou moins prononcée, tachycardie, toux productive, diminution importante du jeu thoracodiaphragmatique, augmentation de l'aire cardiaque avec débord des cavités droites, à l'électrocardiogramme cœur pulmonaire chronique, altération plus ou moins importante de l'état général, à l'exploration fonctionnelle respiratoire, déficit important 50 à 100.

9.3. *Cas particuliers*

- tuberculose pulmonaire stabilisée, lorsqu'elle a été imputée à un traumatisme ou reconnue aggravée par celui-ci. Le taux d'IPP devra être fixé en fonction des séquelles définitives (voir 9.2) ;
- pneumothorax par rupture de bulles : l'estimation des séquelles des 2 affections précédentes sera faite en fonction des critères généraux, en tenant compte en particulier de l'importance de l'insuffisance respiratoire (on recourra avec prudence aux épreuves fonctionnelles en cas de pneumothorax récidivant) ;
- fistule d'un pyothorax selon la taille de la cavité pleurale résiduelle et l'importance de la suppuration 10 à 20 ;
- rétrécissement de la trachée 10 à 20.

A ces taux s'ajoutera éventuellement le taux estimé pour les troubles de la fonction respiratoire de lésions pleuro-pulmonaires associées.

- trachéotomie :

Sans port de canule 50.

Avec port de canule 80.

10. Appareil cardio-vasculaire

Les atteintes de l'appareil cardio-vasculaire ont des conséquences très diverses selon l'activité exercée par la victime ; dans son rapport, le médecin devra donc bien mettre en évidence les conséquences professionnelles entraînées par l'incapacité physique de l'intéressé. Il faudra prévoir des révisions régulières de l'état de la victime, compte tenu :

- 1° De l'évolution spontanée quasi constante des atteintes cardio-vasculaires vers l'aggravation ;
- 2° Des améliorations thérapeutiques, notamment chirurgicales.

Dans le cas où un traitement médicamenteux au long cours, notamment anti-coagulant, est mis en œuvre, les incidences de celui-ci seront à prendre en considération.

10.1. Cœur

Les éléments d'appréciation de l'atteinte cardiaque seront :

- cliniques : troubles du rythme, bruits anormaux, modification de la pression artérielle, dyspnée, manifestations périphériques (cyanose, stase pulmonaire, œdèmes, etc.) ;
- para-cliniques : modifications de l'image radiologique, tracés anormaux de l'ECG, examens biologiques perturbés, comptes rendus opératoires, etc.

Les causes de l'atteinte cardiaque peuvent être très diverses. Il convient, pour estimer l'incapacité, de se référer aux déficiences fonctionnelles de l'organe. Il faut rappeler entre autre que, bien souvent, seront à évaluer, non pas les séquelles de la lésion d'un organe sain, mais celles de l'aggravation par le traumatisme d'une affection préexistante.

10.1.1. Insuffisance cardiaque

- légère :

Troubles aux efforts prolongés. Nécessité d'une thérapeutique et d'une surveillance discontinues. Pas de symptômes de décompensation, peu de retentissement sur la vie professionnelle 10 à 30.

- moyenne :

Absence de symptômes au repos. Troubles survenant à l'effort et aggravés par lui. Petits signes d'insuffisance cardiaque cédant bien au traitement, nécessité d'une surveillance suivie. Modification de l'image radiologique. Quelques perturbations dans la vie professionnelle 30 à 60.

- grave :

Symptomatologie susceptible de se manifester au repos. Accidents d'asystolie. Nécessité d'un traitement et d'un régime suivis. Chute de la pression artérielle. Silhouette cardiaque élargie. Image pleuro-pulmonaire de « poumon cardiaque ». Vie professionnelle très perturbée ou impossible 60 à 100.

10.1.2. Péricarde

Suites de péricardite ou de blessure du péricarde (à évaluer selon l'atteinte de la fonction cardiaque - voir ci-dessus).

10.1.3. Myocarde

La jurisprudence tend de plus en plus à admettre la relation avec le travail effectué, d'une lésion myocardique, ischémique ou autre, survenant sur le lieu ou au temps du travail.

Au cas où l'imputabilité a été retenue :

1° Séquelles d'infarctus ou troubles du rythme, liés à une lésion myocardique, ne se traduisant que par quelques modifications de tracés ECG, des douleurs angineuses éventuelles, et observation par prudence de certaines règles hygiénodétectiques 20 à 30.

A ce taux s'ajoutera éventuellement le taux estimé pour l'insuffisance cardiaque selon son degré ;

2° Troubles du rythme ayant entraîné la pose d'un stimulateur 10 à 20.

A ce taux s'ajoutera éventuellement le taux estimé par les troubles fonctionnels insuffisamment contrôlés.

Dans ce cas, la nécessité d'un changement de profession doit être particulièrement mise en relief.

10.1.4. Endocarde

Les séquelles de lésions valvulaires d'origine traumatique ou post-traumatique (notamment infectieuses), justiciables ou non d'un traitement chirurgical, seront à évaluer selon les troubles fonctionnels et le degré d'insuffisance cardiaque.

10.2. Atteintes vasculaires

10.2.1. Artères

10.2.1.1. Aorte

- anévrisme aortique (si l'imputabilité a été admise) 80 à 100 ;
- anévrisme aortique opéré bien contrôlé 30 à 40 ;
- anévrisme aortique opéré, mal contrôlé ; les séquelles seront appréciées selon l'importance des troubles, en tenant compte des séquelles pariétales.

10.2.1.2 Autres artères.

a) Anévrisme des artères périphériques succédant à des traumatismes ouverts ou fermés. L'évaluation de l'incapacité se fera d'après les troubles constatés (voir ci-dessous « Oblitération artérielle ») ;

b) Anévrisme artério-veineux, selon le siège, l'importance des vaisseaux concernés, et les manifestations périphériques 10 à 20.

En cas de retentissement cardiaque, à ce taux sera ajouté le taux correspondant au degré d'insuffisance cardiaque ;

c) Oblitération artérielle (si l'imputabilité est admise), y compris celle résultant d'une ligature secondaire à une blessure. Le taux d'incapacité sera estimé selon les signes cliniques, oscillométriques et angiographiques.

L'oblitération artérielle se traduit par des signes fonctionnels à l'effort ou au repos (douleurs, crampes), des troubles trophiques et même des ulcérations.

On distinguera (aussi bien au membre inférieur qu'au membre supérieur) :

- une forme légère 20 à 30 ;
- une forme moyenne 30 à 50 ;
- une forme grave 50 à 70

En cas de sphacèle, l'amputation sera évaluée selon les indications fournies au chapitre portant sur « les membres supérieurs et les membres inférieurs ».

Oblitération artérielle traitée chirurgicalement : le taux sera évalué selon le résultat de l'intervention.

10.2.2. Veines et lymphatiques

Les varices par elles-mêmes ne donnent pas lieu à une évaluation d'incapacité.

- troubles phlébitiques et troubles trophiques veineux et lymphatiques : troubles des tissus cutanés et sous-cutanés, œdème, hypodermite nodulaire, induration cellulitique, lymphœdème, éléphantiasis, ulcère variqueux persistant, etc. :
- forme légère 5 à 10 ;
- forme moyenne 10 à 20 ;
- forme grave 20 à 30.

10.3. Hypertension artérielle

Il faudra rechercher tous les indices possibles d'une hypertension préalable à l'accident.

L'indemnisation portera sur l'état hypertensif et d'autre part, sur ses retentissements viscéraux.

- élévation de la tension artérielle en soi 10 à 20 ;
- retentissements viscéraux (indemnités pour leur propre compte). Voir chapitres particuliers du barème ;
- hypertension secondaire à une lésion rénale traumatique (voir « Urologie »).

11. Appareil urinaire

Les atteintes de l'appareil urinaire peuvent porter :

- sur les fonctions du parenchyme rénal ;
- sur la fonction excrétoire (voies urinaires) ;
- ou sur les deux.

Elles peuvent résulter :

- d'une maladie professionnelle ;
- d'un traumatisme direct sur le rein ou les voies urinaires ;

- ou des conséquences rénales d'un traumatisme à distance (insuffisance rénale des polytraumatisés, anurie transfusionnelle, lithiase d'immobilisation, etc.).

L'atteinte de la fonction excrétoire peut retentir sur le rein. On aura donc intérêt à prévoir des révisions ultérieures du taux fixé en première estimation.

Avant de fixer le taux d'IPP, il est indispensable de pratiquer les investigations cliniques, biologiques et radiologiques jugées nécessaires. Il faudra de même rechercher tous les indices possibles d'une atteinte rénale ou urinaire ou d'une hypertension préalables.

L'aggravation par un traumatisme d'une affection rénale préexistante sera appréciée compte tenu des séquelles fonctionnelles ou de la nécessité d'une intervention chirurgicale consécutive.

11.1. *Rein*

L'atteinte aiguë des reins, qu'elle qu'en soit la cause, peut guérir sans aucune séquelle.

11.1.1. Néphrectomie

La néphrectomie n'entraîne souvent aucune conséquence pratique au point de vue de la fonction rénale.

L'incapacité sera évaluée en fonction :

- des douleurs résiduelles ;
- de la qualité de la cicatrice opératoire (existence éventuelle d'éventration, troubles de la sensibilité, etc.) ;
- et de la qualité de la compensation par le rein restant ;
- séquelles de néphrectomie sans insuffisance rénale significative 15 à 20 ;
- séquelles de néphrectomie sans insuffisance rénale significative, mais avec une grande éventration lombaire 30 à 40.

11.1.2. Hématurie

Hématurie isolée ou protéinurie isolée 5 à 10.

11.1.3. Insuffisance rénale

- insuffisance rénale légère : clairances supérieures aux trois quarts de la normale ; vie professionnelle normale 10 à 20 ;
- insuffisance rénale moyenne : clairances entre un quart et trois quarts ; peu de retentissement sur la vie professionnelle 20 à 40 ;
- insuffisance rénale importante : clairances au-dessous du quart de la normale, anémie, goutte éventuelle, modification humorale, nécessité en particulier de mesures diététiques ou autres plus ou moins astreignantes, retentissement professionnel ne permettant pas un travail régulier ou à temps complet 40 à 60 ;
- insuffisance rénale avancée, nécessitant un traitement de suppléance (hémodialyse), l'appréciation tiendra compte de l'anémie, des autres manifestations et des difficultés éventuelles d'application de la méthode et des incidences sur l'activité professionnelle 50 à 100.

11.1.4. Transplantation rénale

Séquelles de transplantation rénale, selon les conséquences du traitement immuno-dépresseur, et de la valeur du rein 30 à 100.

11.1.5. Traumatisme rénal

- séquelles anatomiques de traumatisme rénal 15 à 30.

11.1.6. Hypertension secondaire à une lésion rénale traumatique

(Voir appareil cardio-vasculaire).

11.2. *Bassin-uretère*

11.2.1. Hydronéphrose

L'origine traumatique de l'hydronéphrose n'est généralement pas reconnue ; cependant, certaines lésions traumatiques des uretères et les hématomes péri-rénaux peuvent entraîner des hydronéphroses.

- hydronéphrose bien tolérée 10 à 20 ;
- hydronéphrose compliquée (crises douloureuses, infection) 20 à 40.

En cas de bilatéralité, ces taux ne s'additionnent pas et l'expert appréciera en fonction en particulier de l'insuffisance rénale.

11.2.2. Lithiase

On ajoutera éventuellement le taux de l'insuffisance rénale ou de l'infection urinaire associée.

11.2.3. Séquelles de lésions urétérales

- séquelles de rupture d'uretère bien tolérée 10 à 20 ;
- mal tolérée ou avec fistule ou péri-néphrite 40 à 50 ;
- urétérostomie cutanée, permanente ou chirurgicale :

Unilatérale 60.

Bilatérale ou sur rein unique 80.

11.3. Vessie et urètre

11.3.1. Tumeur

- tumeur vésicale selon le type histologique, l'étendue des lésion et les thérapeutiques nécessitées 30 à 80 ;
- tumeur vésicale maligne avec infiltration de la muqueuse 100.

11.3.2. Infection

- infection chronique ou à répétition du bas appareil 10 à 30.

11.3.3. Rétention

- rétention d'urine chronique :

Sondage pluri-hebdomadaire ou sonde à demeure 50.

Cystostome ligne 60.

11.3.4. Fistule

- Incontinence permanente des urines, nécessitant le port d'un appareil collecteur 60.

(Sera ajouté, éventuellement, le taux estimé pour d'autres manifestations en cas de blessures médullaires, et, éventuellement, les taux correspondant à un retentissement rénal).

11.3.5. Pollakiurie

- pollakiurie simple, avec réduction de la capacité vésicale objectivée par des examens complémentaires 10 à 25.

11.3.6. Entérocystoplastie

- entérocystoplastie d'agrandissement (y compris les complications infectieuses) 30 à 50 ;
- entérocystoplastie (type Bricker) 60.

L'appréciation des séquelles de lésions de l'urètre ne peut être jugée uniquement sur des données subjectives, mais doit être fondée, dans la mesure du possible, sur des examens complémentaires, par exemple : urétrographie rétrograde et mictionnelle et débitmétrie (normale : 20 millilitres/seconde).

11.3.7. Dysurie

- dysurie ; débit mictionnel supérieur à 10 ml/seconde 10.

11.3.8. Rétrécissement

- rétrécissement, sans retentissement sur le bas ou le haut appareil, sans infection, ne nécessitant que quelques dilatations annuelles 20 ;
- rétrécissement avec retentissement sur le bas ou haut appareil 30 à 50.

Ce taux sera éventuellement majoré en raison des complications éventuelles : insuffisance rénale, lithiase, abcès du périnée, fistules, impuissance, etc.

- séquelles de rétrécissement urétral ayant nécessité une chirurgie réparatrice 15 à 30.

11.4. Eventration

- éventration hypogastrique après intervention sur le système urinaire :

Petite 5.

Moyenne 15.

Grande 30 à 40.

12. Appareil genital

12.1. Appareil genital masculin

- perte de la verge, compte tenu du méat périnéal et des troubles psychiques en résultant 50 à 60 ;
- perte d'un testicule (atrophie, destruction ou orchidectomie) 10 à 20 ;
- castration bilatérale, selon les résultats du traitement substitutif ou du traitement hormonal 30 à 50 ;
- émasculation totale (perte des testicules et du pénis) 60 à 80.

12.2. Appareil genital féminin

- prolapsus utérin (dans les cas exceptionnels où l'origine traumatique sera reconnue) ;
- cas légers 2 à 10 ;
- cas graves (avec incontinence d'urine à l'effort) 30 ;
- cicatrices vulvaires ou vaginales gênantes (taux pouvant être majoré en cas de retentissement fonctionnel important) 5 à 10 ;
- perte anatomique ou fonctionnelle des deux ovaires, chez une femme en période d'activité génitale 50 à 20 ;
- hystérectomie 50 à 20 ;
- sein :
 - amputation unilatérale 50 à 20 ;
 - amputation bilatérale 60 à 30 ;
 - déformation à apprécier par l'expert, ne pouvant en aucun cas dépasser le taux d'amputation.

13.

13.1. Séquelles de splénectomies

- cicatrice de bonne qualité, pas de modification de la formule sanguine 10 ;
- modification de la formule sanguine 15 à 30.

Cicatrice de mauvaise qualité (voir « Appareil digestif »).

13.2. Tétanos

Quand il guérit, le tétanos laisse rarement des séquelles, mais il faut prendre en charge les séquelles définitives laissées parfois par la thérapeutique (voir chapitre correspondant du barème).

14. Glandes endocrines

Les glandes endocrines se trouvent assez rarement lésées lors des traumatismes, du fait de leur situation anatomique protégée. En outre, une faible partie du parenchyme endocrinien suffit à maintenir la fonction hormonale, ce qui, en particulier dans le cas d'organes paires, évite les perturbations importantes des métabolismes.

14.1. Séquelles hypophysaires

Diabète insipide post-traumatique. Il apparaît entre quelques heures et quelques jours après l'accident (trois mois paraissant un maximum). Il se manifeste par polydypsie, polyurie et pollakiurie. Certaines épreuves peuvent le confirmer et le distinguer, notamment, de la simple potomanie :

épreuve de la post-hypophyse, épreuve de Carter et Robbins, test de J. Decourt, épreuves aux diurétiques mercuriels, etc.

- diabète insipide (selon le résultat du traitement) 10 à 30.

Hypopituitarisme antérieur :

Ses manifestations peuvent être rattachées à un traumatisme et justifient la réparation à ce titre. Il ne faut pas perdre de vue que la latence du syndrome peut aller de quelques semaines à plusieurs mois, voire à quelques années.

Le tableau est celui de tout hypopituitarisme, associant des signes d'insuffisance thyroïdienne sans myxœdème vrai, des signes d'insuffisance surrénale sans pigmentation, des signes d'hypogonadisme. Il y a lieu de pratiquer, avant toute estimation, des investigations complémentaires, dont il faut savoir qu'elles peuvent être d'inégale valeur. L'exploration des déficits dus à l'hypo-stimulation des glandes concernées utilisera les techniques habituelles dans les trois secteurs thyroïdien, surrénalien et gonadique.

L'affection peut être corrigée de façon satisfaisante, mais le traitement doit être poursuivi indéfiniment. Plus le sujet est jeune, plus les répercussions de l'atteinte hypophysaire doivent être estimées importantes.

- syndrome d'hypopituitarisme (selon le degré et le résultat du traitement) 60 à 70.

14.2. Séquelles surrénaliennes

La traduction clinique d'un traumatisme entraînant des séquelles surrénaliennes est la maladie d'Addison. Cas rarissime, car elle exige une destruction bilatérale des glandes après traumatisme de la région lombaire ou des dernières côtes. Elle ne peut être affirmée qu'après examens complémentaires : test de Thorn, dosage des corticoïdes urinaires avant et après A.C.T.H.

La maladie peut être traitée efficacement par l'opothérapie substitutive, mais le traitement devra être suivi de façon illimitée.

- maladie d'Addison post-traumatique, selon le résultat du traitement 40 à 70.

14.3. Séquelles thyroïdiennes

L'hypothyroïdie post-traumatique ne semble jamais avoir été observée en dehors de l'hypothyroïdie liée à un tableau de pan-hypopituitarisme.

Par contre, la relation d'une maladie de Basedow avec un traumatisme est généralement admise, l'accident jouant, dans la plupart des cas, le rôle de facteur déclenchant sur un terrain dans la plupart des cas prédisposés. Le délai d'apparition du syndrome peut être bref, les premiers signes apparaissant presque immédiatement. Il ne dépasse guère quelques semaines. Au-delà de deux mois, la relation ne peut plus être affirmée.

Les éléments d'appréciation de l'incapacité seront le tremblement, la tachycardie, l'exophtalmie, les troubles sympathiques, l'amaigrissement, les troubles digestifs. Un métabolisme basal sera toujours pratiqué, mais également un dosage du taux d'iode protéique du plasma et une épreuve de fixation de l'iode radioactif - réflexogramme achilléen.

Connaissant l'évolution de la maladie de Basedow, il faudra éviter une consolidation précoce et pratiquer des révisions régulières en prévision, soit d'une amélioration ou d'une aggravation, soit de l'apparition de complications propres au traitement appliqué.

- maladie de Basedow, selon l'intensité des symptômes 5 à 40.

A ce taux, s'ajoutera éventuellement un taux pour complication cardiaque (voir appareil cardio-vasculaire), sans que la somme des deux puisse dépasser 100 %.

14.4. Séquelles parathyroïdiennes

L'hyperparathyroïdie ne saurait reconnaître en aucun cas une origine traumatique. Par contre, il peut arriver, dans certains cas exceptionnels, qu'à la suite d'un accident, une hypoparathyroïdie soit constatée et puisse être rattachée au traumatisme.

L'hypoparathyroïdie se traduit par des accidents de tétanie et une irritabilité neuro-musculaire. Elle se complique dans certains cas d'une cataracte, de convulsions, de calcifications cérébrales, de troubles des phanères ; elle se traduit par des crises aiguës de tétanie, des spasmes des muscles viscéraux, l'existence d'un signe de Chvostek, d'un signe de Trousseau (sensibilisés par l'hyperpnée provoquée), des malaises, de l'anxiété, voire des troubles mentaux.

La calcémie doit être mesurée, la phosphorémie, la calciurie, la phosphaturie donnent des résultats trop inconstants pour être retenus ; le test d'Ellsworth Howard permettra de différencier l'hypoparathyroïdisme vrai, des pseudo-hypoparathyroïdiennes. L'électromyographie mettra en évidence l'activité répétitive du neurone périphérique.

- hypoparathyroïdisme légère, crises tétaniques et spasmes viscéraux rares. Peu de modifications des épreuves biologiques. Retentissement léger dans la vie professionnelle 10 à 30 ;
- hypoparathyroïdie compliquée ; aux taux précédents, il convient d'ajouter les taux résultant de l'atteinte fonctionnelle des organes concernés.

14.5. Séquelles du pancreas endocrine

On admet, à titre exceptionnel, qu'un diabète puisse être d'origine traumatique, mais une telle éventualité ne doit être retenue qu'une fois éliminée toute preuve d'existence d'un diabète sucré antérieur et notamment sur les résultats d'analyses disponibles.

Rechercher aussi systématiquement l'existence de signes de complications dégénératives (chute des dents par arthrite alvéolo-dentaire, artériopathie principalement des membres inférieurs, rétinopathie, etc.) dont le délai d'apparition excède notablement celui séparé de la découverte du diabète de la date de l'accident.

Il faut considérer que les rares cas de diabète traumatique authentique surviennent peu après l'accident, et qu'il paraît exceptionnel que le début survienne après un délai de 6 mois.

Le diabète post-traumatique est, dans la grande majorité des cas, insulino-dépendant ; l'estimation de l'incapacité sera fonction de la sensibilité aux hypoglycémifiants de synthèse, ou à l'insuline, et dans ce dernier cas, sur la stabilité ou l'instabilité d'équilibration.

- diabète sucré équilibré par un régime et la prise d'hypoglycémifiants oraux 5 à 10 ;
- diabète sucré nécessitant un régime strict et l'emploi de l'insuline 30 à 40 ;
- diabète sucré avec incidents d'acidose ou de coma. Régime strict amaigrissement, difficulté d'un régime équilibré par l'insuline 40 à 70.

Lors des révisions, les complications (artérite, rétinite, atteinte rénale, etc.), seront évaluées selon le déficit fonctionnel de l'organe atteint (voir « Appareil cardio-vasculaire », « Séquelles ophtalmologiques », « Appareil urinaire », etc.) et s'ajouteront aux taux ci-dessus, le taux global ne pouvant excéder 100 %.

15. Téguments

Les séquelles traumatiques portant sur les téguments consistent en cicatrices et en dermo-épidermites succédant à une atteinte traumatique.

Les cicatrices peuvent être plus ou moins disgracieuses, plus ou moins gênantes pour la mobilité des segments anatomiques. Lorsqu'il s'agit de brides limitant les mouvements de certaines articulations, on se reportera au chapitre des limitations des mouvements articulaires correspondants, pour évaluer l'incapacité.

Certaines cicatrices chéloïdiennes peuvent également s'ulcérer ; se reporter aux ulcères trophiques résultant d'atteintes veineuses.

Enfin, le siège des cicatrices revêt une certaine importance. En particulier, un changement de profession pourra être nécessité par les cicatrices du visage (vendeuses, métiers de relations publiques, etc.). Dans ce cas, le médecin devra faire ressortir de façon évidente, dans son rapport, cette nécessité de changement d'emploi.

15.1. Cicatrices

15.1.1. Cicatrices du cuir chevelu, perte des cheveux

L'estimation de l'incapacité se fera d'après le caractère douloureux des cicatrices et le retentissement psychique des séquelles, principalement chez les sujets de sexe féminin, sans oublier cependant la possibilité du port de perruques et de postiches.

- Scalp total, ou brûlures étendues du cuir chevelu, avec phénomènes douloureux 30 ;
- Scalp ou brûlure partielle du cuir chevelu, selon l'étendue des cicatrices douloureuses (névrome) ou de l'alopecie post-traumatique 5 à 20.

15.1.2. Cicatrices disgracieuses du visage gênant la mimique

- selon déformation, étendue, gêne deux mouvements du visage, selon le siège des déformations, notamment de l'atteinte des orifices naturels 5 à 30.

15.1.3. Cicatrices des mains

Disgracieuses, chéloïdiennes du dos de la main, indépendamment des raideurs ou rétractions :

- une main 5 ;
- les deux mains 10.

15.1.4. Cicatrices vicieuses et chéloïdes

- imposant une protection au cours du travail, suivant le siège et l'extension 5 à 10 ;
- de la plante du pied, gênant la marche 10 à 20 ;
- de la plante du pied, très importante et rendant impossible le port de chaussure 20 à 25.

15.2. Cancer se développant sur une cicatrice

Si l'état peut être considéré comme fixé, l'on estimera le taux d'incapacité selon le déficit fonctionnel subsistant (aspect, amputations, limitations, etc.).

15.3. Dermo-épidermite

- consécutive à une atteinte accidentelle des téguments, non compris les éléments qui peuvent être retenus pour l'évaluation de l'incapacité (étendue de la lésion, fréquence des poussées, prurit, nécessité d'un traitement, gêne professionnelle) 5 à 10.

15.4. Fistule à la peau

- consécutive à une mauvaise résorption de fils de suture ou à toute autre cause, avec écoulement, et suivant le nombre 1 à 8.

16. Système immunitaire

16.1. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est prise en charge au titre de la législation des accidents du travail comme conséquence d'un fait accidentel se produisant aux temps et lieu de travail et contaminant eu égard aux circonstances dans lesquelles il survient (par exemple, piqûre avec une aiguille souillée, projection inopinée de sang ou de liquides biologiques contaminés sur une muqueuse ou sur une plaie).

Outre les éléments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, l'évaluation de l'incapacité permanente tient compte des conséquences cliniques et psychologiques de la séroconversion et du taux sanguin de lymphocytes CD 4 du patient. La date de séroconversion peut être retenue comme date de consolidation initiale.

16.1.1. Sérologie VIH positive : de 20 à 40 p. 100

Pour que la séroconversion puisse être rattachée à l'accident, il est nécessaire qu'avant le huitième jour qui a suivi celui-ci une sérologie négative ait été constatée et qu'à intervalles et dans un délai fixés par arrêté signé des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale un suivi sérologique de la victime ait été réalisé.

16.1.2. Déficit immunitaire associé à l'infection par le VIH et se traduisant par

- un taux de lymphocytes CD 4 compris entre 200 et 350 par millimètre cube : de 40 à 60 p. 100 ;
- un taux de lymphocytes CD 4 inférieur à 200 par millimètre cube : de 60 à 100 p. 100.

Ce déficit immunitaire doit être affirmé par deux examens successifs pratiqués à un mois d'intervalle.

ANNEXE II

BARÈME INDICATIF D'INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (MALADIES PROFESSIONNELLES)

Sommaire

1. Affections cardio-vasculaires
2. Affections dermatologiques et cutanéomuqueuses
3. Affections digestives
4. Affections neurologiques, neuropsychiques et psychiatriques
5. Affections des reins et des voies urinaires
6. Affections respiratoires
7. Affections hématologiques
8. Affections rhumatismales
9. Affections provoquées par les rayonnements ionisants

1. Affections cardio-vasculaires

1.1. *Insuffisance ventriculaire droite*

Forme légère : 5-20 %.

Caractérisée par :

- dyspnée à l'effort prolongé ;
- absence de signes périphériques d'IVD ;
- absence de retentissement même au moment des poussées de surinfection pulmonaire.

Forme moyenne : 20-60 %.

Caractérisée par :

- dyspnée d'effort associée à :
- tachycardie-cœur de volume subnormal ;
- signes électro-écho-cardiographiques de retentissement ventriculaire droit ;
- absence d'hépatomégalie ;
- poussées d'insuffisance ventriculaire droite grave lors des surinfections pulmonaires.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par :

- dyspnée de repos associée à :
- tachycardie-cardiomégalie ;
- signes électro-écho-cardiographiques de retentissement ventriculaire droit ;
- signes périphériques d'insuffisance ventriculaire droite ;

- nécessité d'un traitement et d'un régime.

1.2. *Insuffisance ventriculaire gauche*

Forme légère : 5-20 %.

Caractérisée par :

- dyspnée à l'effort prolongé ;
- simple hypertrophie ventriculaire gauche électrique et/ou radiologique ;
- absence de traitement et de régime.

Forme moyenne : 20-60 %.

Caractérisée par :

- dyspnée d'effort simple associée à :
- tachycardie ;
- signes électro-écho-cardiographiques d'atteinte ventriculaire gauche modérée ;
- accès épisodiques et légers de dyspnée paroxystique.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par :

- dyspnée au moindre effort associée à :
- crises de dyspnée paroxystique-œdème aigu du poumon ;
- tachycardie avec galop ;
- râles crépitants et sous crépitants ;
- signes d'atteinte cardio-vasculaire gauche avérée ;
- nécessité d'un traitement continu.

1.3. *Ischémie cardiaque*

Forme légère : 5-10 %.

Caractérisée par :

- ischémie électrique silencieuse ;
- absence de douleur angineuse ;
- absence d'infarctus du myocarde ;
- absence de traitement.

Forme moyenne : 20-60 %.

Caractérisée par un ou plusieurs des tableaux cliniques suivants :

- angor modéré stable répondant bien au traitement - associé à des altérations électriques modérées et stables au repos ;
- épreuves d'effort perturbées ;
- séquelles limitées d'infarctus myocardique avec ou sans douleurs angineuses.

La coexistence de troubles du rythme ventriculaire constitue un facteur de gravité.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par un ou plusieurs des tableaux cliniques suivants :

- infarctus myocardique ancien étendu avec troubles du rythme et/ou ectasie pariétale ;
- angine de poitrine sévère répondant mal au traitement ;
- cardiopathie ischémique relevant d'un traitement médicamenteux intensif et/ou chirurgical et/ou instrumental ;
- séquelles secondaires à la chirurgie coronaire ou à l'angioplastie.

Les séquelles liées à une éventuelle migration embolique seront évaluées par ailleurs.

1.4. *Atteintes primitives du myocarde*

Forme légère : 5-20 %.

Caractérisée par le tableau clinique suivant :

- anomalies électriques de type surcharge ou troubles isolés de la repolarisation ;
- altérations écho-cardiographiques discrètes ;
- cœur de volume normal ou limite ;
- absence de symptômes fonctionnels ;
- absence de signes d'insuffisance cardiaque ;

- absence de traitement.

Forme moyenne : 20-60 %.

Caractérisée par le tableau clinique suivant :

- dyspnée à l'effort modéré ;
- cardiomégalie modérée ;
- altérations franches de l'électro-échocardiogramme ;
- absence de signes périphériques d'insuffisance cardiaque ;
- stabilité sous traitement.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par :

- dyspnée à l'effort simple associée à un ou plusieurs signes suivants :
- tachycardie - galop ;
- hépatomégalie - poumon cardiaque ;
- altérations majeures à l'électro-échocardiogramme ;
- nécessité d'un traitement polymédicamenteux continu.

1.5. Atteintes péricardiques

Forme légère : 5-20 %.

Caractérisée par :

- anomalies électriques isolées persistantes ;
- absence de traitement.

Forme moyenne : 30-60 %.

Caractérisée par l'un des tableaux cliniques suivants :

- péricardite récidivante à rechutes multiples ;
- péricardite calcifiée chronique sans syndrome de constriction, clinique ou hémodynamique.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par l'un des tableaux cliniques suivants :

- péricardite liquidienne chronique ;
- péricardite chronique calcifiée ou non avec syndrome d'adiastolie ;
- séquelles chirurgicales entraînant une gêne fonctionnelle marquée ;
- mésothéliome péricardique.

1.6. Troubles du rythme

Forme légère : 5-20 %.

Caractérisée par l'un des tableaux cliniques suivants :

- troubles de la conduction intraventriculaire (bloc de branche) ou auriculoventriculaire au 1^{er} degré, asymptomatique et stable ;
- hyper-excitabilité auriculaire ou ventriculaire nécessitant un traitement prophylactique ;
- arythmies ventriculaires ou auriculaires complexes, symptomatiques, nécessitant surveillance et traitement ;
- patient appareillé par stimulateur intracorporel.

Forme moyenne : 30-60 %.

Caractérisée par un des tableaux cliniques suivants :

- tachycardies supraventriculaires nécessitant un traitement prophylactique ;
- arythmies ventriculaires, ou auriculaires complexes, symptomatiques, nécessitant surveillance et traitement ;
- patient appareillé par stimulateur intracorporel.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par l'un des tableaux cliniques suivants :

- tachycardie ventriculaire récidivant malgré le traitement.

Evaluer par ailleurs les séquelles liées aux migrations emboliques éventuelles.

1.7. Atteintes vasculaires périphériques

1.7.1. Artéritiques

Forme légère : 5-20 %.

Caractérisée par un des tableaux cliniques suivants :

- disparition d'un pouls distal avec sténose incomplète au Doppler chez un sujet asymptomatique ;
- claudication intermittente à la marche rapide et prolongée.

Forme moyenne : 20-60 %.

Associant :

- claudication intermittente à la marche normale avec pression à la cheville > 50 mm de mercure (ou 6,66 kPa) ;
- troubles trophiques peu marqués ;
- traitement continu.

Forme grave : 60-100 %.

Associant :

- artériopathie chronique avec douleur de décubitus ;
- troubles trophiques marqués ;
- marche impossible ou extrêmement pénible avec douleurs violentes ;
- pression à la cheville < 50 mm de mercure (ou 6,66 kPa).

Evaluer par ailleurs les séquelles liées à une amputation par gangrène selon barème AT.

1.7.2. Phlébitiques

Forme légère : 5-10 %.

Associant :

- œdème modéré ;
- simple lourdeur et fatigabilité modérée.

Forme moyenne : 10-30 %.

Caractérisée par :

- œdème important ;

et/ou

- troubles trophiques marqués.

Forme grave : 30-50 %.

Caractérisée par :

- troubles trophiques très importants ;

et/ou

- œdème très important avec fatigabilité marquée.

1.7.3. Troubles angio-neurotiques

Forme légère : 5-20 %.

- on tiendra compte de la gêne fonctionnelle et du résultat des épreuves fonctionnelles.

Forme évoluée : 20-30 %.

- existence de sphacèle,

et/ou

- troubles trophiques.

1.8. Valvulopathies

Forme légère : 5-10 %.

Caractérisée par le tableau :

- simple souffle séquellaire sans retentissement ventriculaire, clinique, radio, électro-échographique hémodynamique ;
- absence de traitement.

Forme moyenne : 20-60 %.

Caractérisée par l'un des tableaux cliniques suivants :

- valvulopathie avérée mais sans signe de décompensation ;
- valvulopathie avérée associée à :
- signes d'insuffisance cardiaque légère ;
- avec ou sans traitement médical ;
- absence d'indications chirurgicales ;
- valvulopathie opérée avec bons résultats.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par l'un des tableaux cliniques suivants :

- valvulopathie entraînant un retentissement cardiaque sévère (voir IVD ou IVG) ;
- indications chirurgicales ;
- formes opérées avec résultats médiocres ;
- valvulopathies inopérables.

Evaluer par ailleurs les séquelles liées aux migrations emboliques éventuelles.

1.9. Hypertension artérielle

Une hypertension artérielle limite labile ne nécessitant pas un traitement ne justifie pas d'indemnisation.

En cas d'hypertension artérielle permanente nécessitant un traitement, l'appréciation tiendra compte de l'état hypertensif et d'autre part de ses retentissements viscéraux :

- élévation de la tension artérielle isolée : 10 à 20 %.

Les retentissements viscéraux sont indemnisés pour leur propre compte (voir chapitres particuliers du barème).

2. Affections dermatologiques et cutanéomuqueuses

2.1. Modalités d'évaluation des séquelles d'affections dermatologiques professionnelles

Le tableau d'incapacité des affections dermatologiques professionnelles (Maladies professionnelles - Origine post-traumatique) propose :

- un taux de base qui est fonction de l'état séquellaire clinique, de sa gravité et de son potentiel évolutif ;
- auquel peut s'appliquer un coefficient de majoration fonction de certaines localisations lésionnelles et de la superficie des séquelles ;
- un taux complémentaire si coexistent des séquelles sensibles et/ou motrices, responsables d'une gêne fonctionnelle.

L'incapacité dermatologique doit certes prendre en compte ces différents facteurs mais surtout doit s'apprécier de façon globale en fonction des éléments que comporte l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. L'incidence de l'affection dermatologique professionnelle sur les aptitudes et la qualification professionnelle qui constituent peut-être l'élément médico-social majeur de l'incapacité permanente partielle dépend, en grande partie, des risques professionnels que comportait le poste de travail de la victime. Le médecin évaluateur, dont l'action se situe forcément en aval de la maladie professionnelle, ne doit pas négliger pour autant ce qui se place en amont.

Il ne doit pas perdre de vue que la dermatose professionnelle, d'origine allergique, risque fort de récidiver dès nouveau contact avec le facteur étiologique et que, même pour des séquelles cliniques minimales, le changement de poste de travail peut s'imposer. Ceci s'entend surtout pour le risque chimique et plus encore lorsque celui-ci comporte l'utilisation de substances cancérogènes.

Que le risque chimique soit constitué par une substance ou une préparation (mélange de substances), qu'il soit pur ou associé à un facteur physique (mécanique, par exemple), il convient de reconnaître les types d'effets susceptibles de se produire :

- effets généraux :
 - irritants (responsables de l'inflammation) ;
 - corrosifs (responsables de nécrose cellulaire) ;
 - toxiques ;
 - allergisants ;
 - cancérogènes ;
- effets spécifiques :
 - effet savon ;
 - effet solvant : délipidation de surface ;
 - alcalin...

Certaines lésions sont véritablement pathognomoniques du risque tel la chloracné causée par les dioxines ;

– effets toxiques :

Des toxiques sont résorbables par voie cutanée et cette pénétration percutanée est d'autant plus importante que les téguments sont lésés. Il convient, lors de l'évaluation de certains états séquellaires, de ne pas négliger les effets toxiques causés généralement par des doses minimales, par exemple, les intoxications par le bore.

2.2. Evaluation

	États séquellaires	Préjudice	Taux de base
Gravité.	Atrophie sans rétraction. Alopécies définitives. Dyschromies. Ulcères.	Léger.	0 à 10 %.
	Atrophies avec rétraction. Hyperkératoses. Lichénifications. Polysensibilisation.	Moyen.	10 à 15 %.
	Cancérisation.	Important.	Tumeur cutanée maligne in situ, non pénétrante : 30 à 40 %. Tumeur cutanée maligne infiltrante, avec extension : 40 à 70 %.
Topographie et étendue.	Main.	Main dominante : Pulpe ; Pouce ; Index.	Coefficient de majoration : x 1 à 1,5.
	Pied.	Talon antérieur. Talon postérieur.	x 1 à 1,5.
	Cheville. Régions d'appui.	Face antérieure. Fesse. Région ischiatique.	x 1 à 1,5.
Fonction.	Séquelles.	Sensitives motrices.	cf. Barème indicatif incapacité Accidents du travail.

2.3. Lésions cutanéomuqueuses

Selon le type se reporter aux chapitres correspondants.

Perforation de la cloison nasale. Barème AT 5.1.2.

2.4. Radio-dermites

Voir chapitre 9.3 du présent barème.

3. Affections digestives

3.1. Atteintes hépatiques

Au décours de l'évolution d'une maladie professionnelle comportant une atteinte hépatique, le médecin chargé de l'évaluation de l'IPP peut se trouver devant l'une des situations suivantes :

1. Hépatite ;
2. Cirrhose du foie ;
3. Tumeur maligne du foie.

3.1.1. Hépatites

L'hépatite aiguë peut être considérée comme guérie sans séquelle lorsque les tests de cytolysé et les tests de cholestase sont redevenus normaux. La présence isolée d'antigène HBS ne constitue pas une séquelle en soi. Hépatites chroniques : Les hépatites chroniques sont définies par la persistance après six mois d'évolution d'une perturbation des tests biologiques hépatiques et/ou d'anomalies à l'examen anatomopathologique. On distingue :

- l'hépatite chronique persistance :
 - avec perturbation des tests de cytolysé, les chiffres ne dépassant pas cinq fois la valeur normale ;
 - éventuellement confirmée par un examen histologique du foie : 5 à 10 % ;
- l'hépatite chronique active :
 - avec des tests de cytolysé dépassant cinq fois leur valeur normale ;
 - et/ou gamma-globulines sériques dépassant 20 g/litre, éventuellement confirmée par examen histologique du foie.

Suivant l'importance et l'évolution des signes cliniques et biologiques : 10 à 40 %.

3.1.2. Cirrhoses

La cirrhose est reconnue par ses signes cliniques et biologiques et/ou histologiques (ponction biopsie du foie). Pour fixer le taux d'incapacité permanente partielle imputable à la cirrhose, on tiendra compte du retentissement sur l'état général et de la survenue des complications éventuellement associées :

- hypertension portale : présence de varices œsophagiennes (constatées par l'examen endoscopique) avec ou sans hémorragie digestive et/ou ascite ;
- insuffisance hépatique : avec abaissement du taux de prothrombine au-dessous de 60 % ;
- encéphalopathie hépatique ;
- troubles de l'attention, de l'idéation et/ou troubles caractériels et/ou signes neurologiques spécifiques ;
- hépatocarcinome : présence dans le sérum d'un marqueur spécifique à un taux significatif (par exemple alpha-fœtoprotéine > 500 nanogrammes/ml) et/ou anomalies échographiques démonstratives et/ou arguments histologiques décisifs après cytoponction.

Suivant le stade évolutif, l'affection réalise des tableaux cliniques de gravité diverse :

Cirrhoses compensées :

Caractérisées par l'absence de manifestations d'hypertension portale, l'absence d'encéphalopathie hépatique, l'absence d'insuffisance hépatique : 10 à 20 %.

Cirrhoses avec hypertension portale :

Varices œsophagiennes non hémorragiques ou ascite facilement réductible sans signe clinique d'encéphalopathie : 20 à 60 %.

Cirrhoses graves :

- hémorragies(s) par rupture de varice œsophagienne et/ou ascite irréductible ;
- et/ou encéphalopathie invalidante ;
- et/ou signes marqués d'insuffisance hépatique : 60 à 100 %.

Cirrhoses compliquées d'hépatocarcinome : 100 %.

3.1.3. Tumeurs malignes du foie

Hépatocarcinome : 100 %.

Angiosarcome du foie : 100 %.

3.2. Autres atteintes de l'appareil digestif

Les atteintes aiguës œsophagiennes, gastriques et intestinales guérissent habituellement sans séquelle. S'il persiste quelques signes fonctionnels : douleurs épigastriques, vomissements, brûlures... : 5 %.

Pour les stomatites chroniques, voir le barème des accidents du travail, chapitre 7, Stomatologie.

3.2.1. Colite post-dysentérique

Marquée par une diarrhée sanglante, un aspect radiologique et/ou endoscopique de colite ulcéreuse, les examens parasitologiques étant négatifs : 5 à 20 %.

3.2.2. Tumeurs malignes

Mésothéliome péritonéal : 100 %.

4. Affections neurologiques, neurosensorielles et psychiatriques

4.1. Troubles neurologiques aigus

Sous cette étiquette, les tableaux des maladies professionnelles groupent toutes les manifestations témoignant d'une encéphalopathie aiguë : troubles de la conscience allant jusqu'au coma profond, crises convulsives, myoclonies.

L'évolution de ces troubles aigus se fait, soit vers l'aggravation rapide et irréversible, soit vers la guérison, soit vers la stabilisation avec persistance de séquelles qui seront étudiées dans le chapitre des troubles neurologiques chroniques.

Au stade des troubles neurologiques aigus, la consolidation du blessé n'est pratiquement jamais acquise. Il ne semble donc pas nécessaire de proposer des taux d'IPP.

4.2. Troubles neurologiques chroniques

4.2.1. Tremblement intentionnel - Myoclonies

Forme légère :

Unilatérale, suivant le côté (dominant ou non), apparition d'un tremblement discret : 10 à 20 %.

Forme moyenne : 20 à 40 %.

Forme grave :

Pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de toute activité : 40 à 100 %.

4.2.2. Ataxies - Ataxie cérébelleuse

Forme légère :

Marche peu perturbée, légère maladresse de certains mouvements : 10 à 50 %.

Forme moyenne :

Marche possible mais très difficile et très ralentie, importante maladresse des mouvements : 50 à 90 %.

Forme grave :

Marche impossible, troubles kinétiques, incoordination, pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de toute activité : 100 %.

4.2.3. Epilepsie

Forme légère :

Bien contrôlée par le traitement, compatible avec une activité professionnelle : 10 à 20 %.

Forme moyenne :

Crises fréquentes malgré le traitement avec ou sans troubles du comportement, nécessité éventuelle d'un changement de poste de travail : 20 à 70 %.

Forme grave :

Non contrôlée par le traitement, nécessitant la surveillance du sujet et rendant impossible toute activité : 100 %.

4.2.4. Dysarthrie - Aphasie

Forme légère :

Trouble de l'élocution, réduction du flux verbal : 5 à 20 %.

Forme moyenne :

Troubles de la compréhension, expression perturbée plus ou moins intelligible : 20 à 80 %.

Forme grave :

Absence de communication avec autrui, expression impossible, troubles majeurs de la compréhension : 80 à 100 %.

4.2.5. Syndrome neurologique de type parkinsonien

Forme légère :

Troubles mineurs réagissant bien au traitement : 10 à 20 %.

Forme moyenne :

Entraînant une gêne appréciable : 20 à 50 %.

Forme grave : 50 à 100 %.

4.2.6. Syndrome associant

– des troubles de l'équilibre ;
de la vigilance ;
et de la mémoire ;

Et syndrome associant :

- des céphalées ;
- de l'asthénie ;
- des vertiges ;
- des nausées.

L'association de ces troubles divers entre dans le cadre du syndrome subjectif. Selon l'intensité et la pluralité des symptômes : 5 à 20 %.

4.2.7. Troubles prolongés de la sensibilité accompagnant des troubles angio-neurotiques

Selon l'intensité des symptômes.

Selon le côté atteint (dominant ou non) : 5 à 30 %.

4.2.8. Névrite optique : 5 à 30 %

Le taux sera fonction du degré d'altération de la fonction visuelle et l'on utilisera le tableau général d'évaluation (cf. barème AT, 6.1.5).

4.3. Névrites - Polynévrites

L'évaluation des taux d'IPP pour les névrites et les polynévrites doit tenir compte de plusieurs facteurs :

- existence ou non de troubles moteurs ;
- existence ou non de troubles sensitifs, en particulier profonds ;
- existence ou non de troubles trophiques.

Il faudra considérer la gêne fonctionnelle entraînée par ces différents facteurs (barème AT 4.2.5).

Un cas particulier, la névrite trijéminal, exceptionnelle, qui entraîne plus souvent des troubles moteurs que des douleurs : 5 à 60 %.

4.4. Troubles psychiques - Troubles mentaux organiques

4.4.1. Aigus

Ces troubles peuvent comporter une confusion mentale de niveau variable ou un état délirant aigu.

Il s'agit, là encore, comme pour les troubles neurologiques aigus, d'états évolutifs pendant lesquels la consolidation n'est pas envisageable.

4.4.2. Chroniques

Etats dépressifs d'intensité variable :

- soit avec une asthénie persistante : 10 à 20 % ;
- soit à l'opposé, grande dépression mélancolique, anxiété pantophobique : 50 à 100 %.

Troubles du comportement d'intensité variable : 10 à 20 %.

4.5. Atteintes neuro-méningées

4.5.1. Séquelles de la méningite cérébro-spinale à méningocoques

4.5.1.1. La plus fréquente, constatée dans environ 5 % des cas, est la surdité (cf. barème AT 5.5.2).

4.5.1.2. Les autres sont relativement exceptionnelles, mais doivent être envisagées ;

4.5.1.2.1. Epilepsie : cf. barème MP, chapitre Troubles neurologiques chroniques ;

4.5.1.2.2. Déficit moteur focalisé : cf. barème AT 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5 ;

4.5.1.2.3. Troubles visuels, atrophie optique : cf. barème AT 6.1 ;

4.5.1.2.4. Déficit intellectuel, troubles mnésiques selon l'intensité des symptômes : 10 à 30 % ;

4.5.1.2.5. Hydrocéphalie avec déficit intellectuel, troubles de la statique : le taux sera évalué en fonction des résultats de la neurochirurgie.

4.5.2. Séquelles neuro-méningées de la brucellose

Elles sont essentiellement consécutives à des lésions méningées chroniques mais aussi à des localisations médullaires. Ces lésions entraînent des signes, soit médullaires, soit radiculaires (queue de cheval). Les séquelles vont donc s'exprimer sous forme, soit de déficit focalisé, soit de monoplégie, soit de paraplégie d'intensité variable, associées ou non à des troubles sensitifs et/ou sphinctériens. Les taux seront évalués par référence au barème AT 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5.

4.6. Surdités professionnelles

Voir barème AT 5.5.2.

Acouphènes :

Voir barème AT 5.5.3.

4.7. Pathologie tumorale

Glioblastome : 100 %.

5. Affections des reins et des voies urinaires

L'atteinte de l'appareil urinaire au cours des maladies professionnelles peut relever de divers mécanismes physiopathologiques et réaliser des lésions variées touchant le parenchyme rénal (nécroses tubulaires, lésions interstitielles, glomérulopathies) ou les voies urinaires.

Cependant, quelle que soit la maladie, les séquelles au moment de la consolidation donnent lieu à un nombre restreint de situations. Le médecin, chargé de l'évaluation, sera en pratique amené à estimer l'incapacité permanente partielle résultant des syndromes suivants :

- insuffisance rénale chronique ;
- hypertension artérielle ;
- protéinurie importante (syndrome néphrotique) ;
- hématurie ou protéinurie isolée ;
- tubulopathie chronique ;
- lithiase urinaire ;
- lésions vésicales.

5.1. L'insuffisance rénale chronique

5.1.1. Insuffisance rénale légère

Clairances de la créatinine supérieures aux 3/4 de la normale ; vie professionnelle normale : 10 à 20 %.

5.1.2. Insuffisance rénale moyenne

Clairances de la créatinine entre 1/4 et 3/4 de la normale, peu de retentissement sur la vie professionnelle : 20 à 40 %.

5.1.3. Insuffisance rénale importante

Clairances de la créatinine au-dessous du quart de la normale, anémie, modification humorale, nécessité de mesures diététiques ou autres plus ou moins astreignantes ; éventuellement : syndrome néphrotique, goutte, ostéodystrophie rénale ; retentissement professionnel ne permettant pas un travail régulier ou à temps complet : 40 à 60 %.

5.1.4. Insuffisance rénale avancée, nécessitant un traitement de suppléance (hémodialyse)

l'appréciation tiendra compte de l'anémie, des autres manifestations, des difficultés éventuelles d'application de la méthode et des incidences sur l'activité professionnelle : 60 à 100 %.

5.1.5. Transplantation rénale

Séquelles de transplantation rénale, selon les conséquences du traitement immuno-dépresseur et la valeur du rein : 30 à 100 %.

Nota. – Quel que soit le stade de l'insuffisance rénale, l'existence d'une hypertension artérielle pourra faire l'objet d'une majoration en fonction de son degré de sévérité.

En l'absence de recueil d'urine, on pourra estimer la clairance de la créatinine par la formule :

clairance de la créatinine = $(140 - \text{Age}) \times \text{Poids en kg} / 72 \times \text{créatinine plasmatique (en mg/100 ml)}$.

5.2. Hypertension artérielle

(Voir 1.9).

5.3. Protéinurie importante : syndrome néphrotique

Syndrome néphrotique biologique pur : 10 %.

Syndrome néphrotique avec manifestations cliniques, l'appréciation tiendra compte des œdèmes, de l'asthénie et des contraintes diététiques et thérapeutiques : 10 à 30 %.

5.4. Hématurie ou protéinurie isolée : 5 à 10 %

Une surveillance clinique et biologique régulière du malade sera poursuivie après la consolidation.

5.5. Tubulopathie chronique

Tubulopathie sans conséquence métabolique notable, ne nécessitant pas de traitement : pas d'incapacité.

Tubulopathie chronique entraînant des perturbations métaboliques : acidose tubulaire, diabète insipide, hypercalciurie, hypokaliémie, hyponatrémie, suivant le retentissement clinique et les contraintes du traitement : 10 à 20 %.

5.6. Lithiase urinaire

La colique néphrétique isolée ne laisse persister habituellement aucune séquelle. En cas de lithiase chronique ou récidivante, l'incapacité sera évaluée en fonction de la fréquence des crises douloureuses, des hématuries et de la survenue d'épisodes infectieux.

Une insuffisance rénale associée sera estimée pour son propre compte.

Crises douloureuses ou hématuriques peu fréquentes, retentissement mineur sur l'activité professionnelle : 10 à 20 %.

Crises fréquentes, accès répétés de pyélonéphrite : 20 à 50 %.

Lithiase grave infectée avec obstacle : 50 à 60 %.

Et en cas de dérivation permanente des urines : 40 à 80 %.

5.7. Lésions vésicales

5.7.1. Cystites

Suivant l'importance des douleurs et des troubles mictionnels : 10 à 30 %.

Cystites très évoluées nécessitant une dérivation des urines : jusqu'à 60 %.

5.7.2. Tumeurs

5.7.2.1. Tumeurs papillomateuses non dégénérées avec ou sans hématuries nécessitant une ou plusieurs résections et des contrôles endoscopiques itératifs :

– suivant l'importance des manifestations cliniques et les contraintes imposées par la surveillance : 10 à 50 %.

5.7.2.2. Tumeurs vésicales malignes :

Traitées par cystectomie totale et rétablissement de la continuité des voies urinaires par entéro-cystoplastie : suivant les séquelles (infection, troubles mictionnels, troubles sexuels) : 30 à 60 %.

Ayant nécessité un traitement chirurgical important avec dérivation des urines selon l'importance des séquelles et des troubles fonctionnels : 50 à 75 %.

Très étendue : jusqu'à 100 %.

Les séquelles des traitements chimiothérapiques ou radiques des tumeurs vésicales seront indemnisées pour leur propre compte suivant les atteintes des différents appareils.

6. Affections respiratoires

6.1. Syndromes aigus irritatifs

6.1.1. Cas le plus général. - Guérison sans séquelle.

6.1.2. Insuffisance respiratoire chronique obstructive résiduelle.

6.1.2.1. Isolée, cf. barème Déficience fonctionnelle.

6.1.2.2. Avec bronchorrhée résiduelle. Taux barème Déficience fonctionnelle $\times 1,30$.

6.1.3 - Bronchospasmes réversibles résiduels avec abaissement du seuil cholinergique : 5 à 10 %.

6.2. Asthmes

6.2.1. Abaissement isolé et durable du seuil cholinergique : 1 à 5 %.

6.2.2. Bronchospasmes réversibles résiduels avec abaissement du seuil cholinergique : 5 à 10 %.

6.2.3. Insuffisance respiratoire chronique obstructive résiduelle, cf. barème Déficience fonctionnelle.

6.3. Alvéolites extrinsèques

Cf. Fibroses (6.5).

6.4. Œdèmes aigus du poumon

Cf. Syndromes aigus irritatifs (6.1).

6.5 Fibroses

6.5.1. Insuffisance respiratoire chronique restrictive résiduelle, cf. barème Déficience fonctionnelle.

6.5.2. Insuffisance respiratoire chronique mixte avec bronchorrhée chronique, taux barème Déficience fonctionnelle $\times 1,30$.

6.5.3. Fibroses pleurales : 1 à 10 %.

6.6. Pathologie tumorale

6.6.1. Cancers broncho-pulmonaires primitifs en fonction du code TNM et des suites thérapeutiques : 67 à 100 %.

6.6.2. Mésothéliomes malins primitifs de la plèvre : 100 %.

6.6.3. Tumeurs pleurales primitives autres que le mésothéliome en fonction du type histologique et des suites thérapeutiques : 67 à 100 %.

6.7. Pleurésies et autres atteintes pleurales

6.7.1. Pleurésies aiguës

6.7.1.1. Cas le plus général - Guérison sans séquelle.

6.7.1.2. Insuffisance respiratoire chronique restrictive résiduelle, cf. barème Déficience fonctionnelle.

6.7.2. Pleurésies chroniques

6.7.2.1. Insuffisance respiratoire chronique restrictive résiduelle, cf. barème Déficience fonctionnelle.

6.7.2.2. Avec nécessité de ponctions évacuatrices itératives. Taux barème Déficience fonctionnelle $\times 1,25$.

6.7.3. Pleurésies tumorales, cf. Pathologie tumorale (6.6).

6.7.4. Plaques pleurales calcifiées ou non : 1 à 5 %.

6.7.5. Epaissements pleuraux : 1 à 10 %.

6.8. Autres manifestations pathologiques résiduelles

6.8.1. Paralysies et parésies diaphragmatiques, quelle qu'en soit l'étiologie.

6.8.1.1. Sans trouble ventilatoire : 1 à 5 %.

6.8.1.2. Avec insuffisance respiratoire chronique restrictive résiduelle, cf. barème Déficience fonctionnelle.

6.8.2. Syndrome douloureux thoracique, qu'elle qu'en soit l'étiologie (fibroses pleurales, séquelles post-opératoires, syndrome post-pleurétique, douleurs intercostales...).

6.8.2.1. Isolé : 1 à 5 %.

6.8.2.2. Avec trouble ventilatoire associé. Taux barème Déficience fonctionnelle $\times 1,20$.

6.8.3 - Bronchorrhée chronique.

6.8.3.1. Isolée : 10 à 20 %.

6.8.3.2. Avec trouble ventilatoire associé. Taux barème Déficience fonctionnelle $\times 1,30$.

6.9. Déficience fonctionnelle

6.9.1. Troubles fonctionnels non mesurables ou troubles fonctionnels légers : 5 à 10 %.

6.9.2. Insuffisances respiratoires chroniques légères : 10 à 40 %.

Caractérisées par l'un au moins des critères suivants :

- trouble ventilatoire restrictif (TVR) avec capacité pulmonaire totale comprise entre 60 et 80 % de la valeur théorique ;
- trouble ventilatoire obstructif (TVO) avec VEMS supérieur à 1 500 ml (soit supérieur à 75 % de la valeur théorique) ;
- PaO₂ supérieure à 70 mmHg. ou à 70 Tor, ou à 9,3 kPa.

6.9.3. Insuffisances respiratoires chroniques moyennes : 40 à 67 %.

Caractérisées par l'un au moins des critères suivants :

- trouble ventilatoire restrictif avec capacité pulmonaire totale comprise entre 50 et 60 % de la valeur théorique ;
- trouble ventilatoire obstructif avec VEMS entre 1 000 et 1 500 ml (soit entre 50 à 75 % de la valeur théorique) ;
- PaO₂ entre 60 et 70 mmHg ou 60 et 70 Tor, ou 8,3 à 9,3 kPa ;
- signes électro-écho-cardiographiques et retentissement ventriculaire droit ;
- poussées d'insuffisance ventriculaire droite lors de surinfections pulmonaires.

6.9.4. Insuffisances respiratoires chroniques graves : 67 à 100 %.

Caractérisées par l'un au moins des critères suivants :

- trouble ventilatoire restrictif avec capacité pulmonaire totale comprise entre 40 et 50 % de la valeur théorique ;

- trouble ventilatoire obstructif avec VEMS entre 700 et 1 000 ml (soit 30 à 50 % de la valeur théorique) ;
- PaO₂ entre 50 et 60 mmHg, ou entre 50 et 60 Tor ou entre 6.6 et 8 kPa ;
- signes permanents périphériques et électro-écho-cardiographiques de retentissement ventriculaire droit.

6.9.5. Insuffisances respiratoires chroniques sévères : 100 %.

Caractérisées par l'un au moins des critères suivants :

- trouble ventilatoire restrictif avec capacité pulmonaire totale inférieure à 40 % de la valeur théorique ;
- trouble ventilatoire obstructif avec VEMS inférieur à 700 ml (soit inférieur à 30 % de la valeur théorique) ;
- PaO₂ inférieure à 50 mmHg, ou 50 Tor, ou 6,6 kPa ;
- forme grave d'insuffisance ventriculaire droite.

6.10. Cas particulier des pneumoconioses à réparation spéciale

Il convient de tenir compte de la gravité radiologique. C'est ainsi que, par exemple, dans le cas d'une silicose, même si la fonction respiratoire est peu altérée, on retiendra un taux d'IPP minimal.

1. Pour les formes micronodulaires étendues et de forte densité ; Pour les formes nodulaires envahissant les deux tiers du champ pulmonaire : de l'ordre de 10 % ;

2. Pour les formes nodulaires généralisées et pour les formes pseudo-tumorales se projetant sur 1 à 3 espaces intercostaux : de l'ordre de 20 % ;

3. Pour les pseudo-tumeurs se projetant sur plus de 3 espaces intercostaux : de l'ordre de 30 %.

7. Affections hématologiques

7.1. Syndromes hémorragiques

Le signe essentiel est la thrombopénie, rarement isolée, qui devra être intégrée aux autres signes de l'insuffisance médullaire dont elle témoigne.

La survenue d'hémorragies graves, notamment cérébro-méningées, digestives... et les complications thérapeutiques (contamination transfusionnelle [(note 5) :], splénectomie...) constituent autant d'éléments péjoratifs à apprécier.

Thrombopénie persistante comprise entre 100 000 plaquettes par mm³ et 30 000 plaquettes par mm³ [(note 6) :] : 30 à 90 %.

Thrombopénie inférieure à 30 000 plaquettes avec complications hémorragiques ; nécessité d'un traitement : 90 à 100 %.

7.2. Anémies

L'élément principal de référence est le taux d'hémoglobine, l'hémolyse, quelqu'en soit le mécanisme, ne constituant pas en elle-même un élément péjoratif.

Un taux inférieur de 7 g/100 ml (4,3 m.mol/l en unités internationales [(note 7) :]) nécessite le plus souvent des transfusions avec possibilité de survenue de tous les accidents qui leur sont liés. A côté du risque majeur de contamination transfusionnelle, un risque coronarien, un risque d'hémochromatose...

Anémie persistante avec taux d'hémoglobine compris entre 12 g/100 ml ou 7,4 m.mol/l et 9 g/100 ml ou 5,5 m.mol/l : 20 à 40 %.

Anémie persistante avec taux d'hémoglobine compris entre 9 g/100 ml ou 5,5 m.mol/l et 7 g/100 ml ou 4,3 m.mol/l : 40 à 67 %.

Anémie persistante avec taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/100 ml ou 4,3 m.mol/l avec nécessité d'un traitement transfusionnel : 67 à 100 %.

Complications transfusionnelles :

Les soins et arrêts de travail qu'elles nécessitent seront pris en charge au titre de la maladie professionnelle ou d'une rechute de celle-ci :

- les séquelles éventuelles devront être appréciées en fonction des rubriques correspondantes du présent barème ;
- insuffisance cardiaque : voir Maladies cardio-vasculaires ;
- hélochromatose pouvant s'observer après un traitement transfusionnel prolongé pour anémies persistantes graves : 67 à 100 %.

7.3. Leucopénie - Neutropénie

De diagnostic étiologique difficile, nécessitant un myélogramme pour s'assurer de la baisse des éléments des granuleux dans la moelle et éliminer d'autres mécanismes, notamment un trouble de la répartition.

Le risque infectieux associé constitue un élément péjoratif qui devient majeur pour une leucopénie inférieure à 800/mm³ [(note 8) :].

Leucopénie comprise entre 3 300 globules blancs par mm³ et 800 globules blancs par mm³, avec neutropénie inférieure à 33 % : 30 à 100 %.

Selon le retentissement clinique, les troubles associés, notamment infectieux et la nécessité d'un traitement.

Leucopénie inférieure à 800 globules blancs par mm³ : 100 %.

7.4. Hypercytoses

Même si la terminologie qui est appliquée peut être discutée par le plan sémantique, elles désignent :

- la polyglobulie modérée ;
- la splénomégalie myéloïde ;
- la maladie de Hodgkin ;
- les lymphomes non hodgkiniens.

Toutes ces affections comportent un risque vital et seront définies :

- pour la polyglobulie : par la masse sanguine égale ou supérieure à 36 ml/kg chez l'homme ; égale ou supérieure à 32 ml/kg chez la femme ;
- sans diminution de la PaO₂ [(note 9) :] ;
- avec une leucocytose supérieure à 13 000-14 000 globules blancs par mm³ ;
- pour la splénomégalie myéloïde par la biopsie de moelle ;
- pour la maladie de Hodgkin et les lymphomes non hodgkiniens : par la biopsie ganglionnaire ;

Polyglobulie, splénomégalie myéloïde, maladie de Hodgkin : 30 à 67 %.

Lymphomes non hodgkiniens : 67 % à 100 %.

7.5. Leucoses - Leucémies

Leur réparation est essentiellement fonction :

- du type cytologique de la prolifération maligne et du pronostic qui lui est lié ;
- du risque infectieux majeur omniprésent ;
- de la réponse aux thérapeutiques.

Les rémissions et l'ensemble des problèmes qu'elles posent doivent être jugés avec les plus prudentes réserves car, à la fin, l'espérance de vie reste le facteur le plus déterminant. Leucoses - leucémies : 67 à 100 %, avec prise en charge au titre de la législation Accidents du travail - Maladies professionnelles de la surveillance hématologique et de toutes les thérapeutiques nécessaires.

8. Affections rhumatismales

8.1. Majoration spécifique à la morbidité rhumatismale

À côté de la gêne proprement articulaire, les maladies rhumatismales peuvent entraîner des manifestations cliniques spécifiques qui retentissent sur la capacité de travail. On devra donc éventuellement majorer le taux de base en fonction des indicateurs suivants :

8.1.1. Existence de poussées congestives au cours des processus dégénératifs ostéo-articulaires.

Marquée par une accentuation des douleurs, de la raideur, une discrète augmentation de volume de l'articulation et des tissus péri-articulaires. La poussée congestive cède généralement en quelques jours ou quelques semaines, le repos étant un élément essentiel du traitement.

8.1.2. Persistance d'une évolutivité rhumatismale au cours des processus ostéo-articulaires à point de départ infectieux ou inflammatoire

Objectivée par des poussées inflammatoires associant des signes locaux et/ou généraux, confirmée par les tests biologiques (VS, C réactive protéine).

8.1.3. Existence de crises douloureuses

La douleur ressentie peut justifier en soi une indemnisation lorsque les crises sont intenses ou évoluent sur un mode permanent.

8.1.4. L'atteinte des tissus

Modifications de la structure osseuse : Objectivées par les documents radiologiques qui permettent de distinguer :

- l'ostéoporose ;
- l'ostéomalacie ;
- l'hyperostose.

L'incidence des ces anomalies sur les capacités fonctionnelles du patient sera appréciée en tenant compte de l'étendue des lésions, de la présence d'autres indicateurs et du caractère évolutif de la maladie ;

- ostéonécroses.

L'importance de la destruction ostéo-articulaire est l'élément essentiel de l'évaluation.

Atteinte loco-régionale :

Autour de l'articulation, on recherchera les anomalies des muscles et du revêtement cutané.

Algodystrophies :

Indemnisées par référence au barème des accidents du travail (4.2.6).

8.1.5. Les atteintes viscérales associées

Dont les séquelles seront estimées par référence aux chapitres du barème des maladies professionnelles relatifs à chacun des appareils.

8.1.6. L'atteinte de l'état général

On appréciera le degré d'asthénie et l'existence d'un amaigrissement récent.

Après avoir passé en revue l'ensemble de ces indicateurs, le médecin évaluateur devra tenir compte de la topographie des lésions.

On peut opposer : Les atteintes axiales des localisations rachidiennes :

- cervicales : limitant certains mouvements de la tête ;
- dorsales : entraînant surtout des troubles statiques ;
- lombaires : gênant le port de charge et la station debout prolongée.

Les atteintes périphériques où la localisation sur les articulations portantes des membres inférieurs handicape la locomotion alors que les lésions du membre supérieur retentissent sur les activités manuelles de force ou délicates.

8.2 Au terme de son analyse, en tenant compte du taux de base et éventuellement des majorations spécifiques, le médecin portera un jugement global sur le retentissement des séquelles de la maladie sur la capacité de travail du patient et fixera le taux d'IPP en fonction de son importance pour laquelle on peut proposer l'échelle suivante :

- retentissement léger : 0 à 5 % ;
- retentissement modéré : 5 à 15 % ;
- retentissement moyen : 15 à 30 % ;
- retentissement important : 30 à 60 % ;
- retentissement très important : 60 à 90 %.

8.3. A titre d'exemple, on peut retenir quelques situations caractéristiques

8.3.1. Brucellose

Séquelle de monoarthrite du genou associant une augmentation de volume de l'articulation et une amyotrophie du quadriceps selon l'existence de poussées d'hydarthrose et le degré de limitation des mouvements du genou : 15 à 30 %.

Pelvispondylite chronique clinique et radiologique compte tenu de l'importance de la raideur du rachis et des douleurs : 15 à 25 %.

8.3.2. Tuberculose

Mal de Pott dorso-lombaire, laissant des troubles statiques (scoliose et cypho-scoliose) selon la gêne fonctionnelle et l'existence de retentissement cardio-respiratoire : 15 à 30 %.

Coxalgie, ayant évolué vers l'arthrodèse spontanée avec raccourcissement du membre inférieur et amyotrophie importante compte tenu des douleurs et du retentissement sur la statique rachidienne : 55 à 70 %.

8.3.3. Lésions provoquées par des travaux effectués dans les milieux où la pression est supérieure à la pression atmosphérique

Ostéonécrose de la tête humérale droite chez un adulte jeune selon la limitation du jeu articulaire : 20 à 40 %.

8.3.4. Affections professionnelles provoquées par le fluor

Ligamentite ossifiante lombaire associée à une ossification péri-coxofémorale selon l'importance des douleurs et de la raideur : 15 à 30 %.

8.3.5. Affectations professionnelles péri-articulaires

Epicondylite récidivante : 5 à 10 %.

8.3.6. Affections provoquées par les vibrations et les chocs

Ostéonécrose du scaphoïde selon l'importance des douleurs et de la limitation des mouvements du poignet : 5 à 30 %.

Arthrose hyperostotante du coude s'accompagnant éventuellement de chondromatose selon l'importance des douleurs et l'enraidissement : 15 à 25 %.

9. Affections provoquées par les rayonnements ionisants

9.1. Préambule

Le médecin évaluateur s'efforcera d'obtenir communication, soit directement du médecin du travail, soit par l'intermédiaire de la victime, du dossier médical ordinaire [(note 10) :] de celle-ci et du dossier médical spécial [(note 10) :] lorsqu'elle est classée en catégorie A des travailleurs exposés. Il importe qu'il connaisse avec exactitude, en dehors de l'exposition due aux sources naturelles de rayonnement et des expositions subies du fait des examens et traitement médicaux, les différents types d'exposition reçus dans les conditions normales de travail, les expositions exceptionnelles concertées et/ou d'urgence, les accidents d'expositions et pour chacun d'entre eux les limites d'exposition atteintes, c'est-à-dire :

- l'équivalent de dose maximale [(note 11) :] dans les cas d'exposition externe ;
- l'activité incorporée dans le cas d'exposition interne ;
- l'équivalent de dose et l'activité incorporée dans les cas d'exposition totale, externe et interne.

9.2. Ophtalmologie

9.2.1. Blépharite, conjonctivite

Formes aiguës : généralement guérison.

Formes chroniques avec parfois chute des cils, lagophtalmie, syndrome sec oculaire : ajouter aux troubles éventuels de l'acuité visuelle : 5 à 10 %.

9.2.2. Kératite - séquelles

Taies de cornée : apprécier le degré d'acuité visuelle et le degré de conservation du champ visuel périphérique. Lagophtalmie.

Syndrome sec oculaire, ajouter aux troubles éventuels de l'acuité visuelle : 5 à 10 %.

Atrophie du globe - Enucléation : voir barème AT - Ophtalmologie (6.1.1 et 3).

9.2.3. Cataractes

Unilatérales : selon degré d'opérabilité et la diminution de la fonction visuelle.

Bilatérales : voir barème AT-Ophtalmologie (6.1.10.1 et 2).

Le cristallin est un organe particulièrement radio-sensible : les cataractes radio-induites apparaissent après un délai de latence de plusieurs années pour des irradiations localisées, délivrées en un temps très court, supérieures à 4 grays pour les rayons X et peut-être à des doses inférieures pour les neutrons. Au début postérieur, elles entraînent une baisse de l'acuité visuelle qui devra être justement appréciée.

9.2.4. Altérations de la fonction visuelle

Voir barème AT-Ophtalmologie, 6.1.1 à 7.

Dissocier vision de précision et vision de sécurité, notamment dans l'industrie nucléaire.

9.3. Affections dermatologiques

9.3.1. Radio-dermites aiguës

Après irradiation aiguë, localisée :

- dose inférieure à 8 grays : érythème réversible : généralement guérison ;
- dose inférieure à 20 grays : érythème, œdème, phlyctènes, parfois ulcération : 5 à 10 % ;
- dose supérieure à 25 grays : nécrose tissulaire possible selon étendue, profondeur, résultats thérapeutiques : 10 à 30 %.

En cas de brûlures radiologiques et thermiques associées, la brûlure thermique est d'apparition immédiate et alors qu'elle régresse, la brûlure radiologique se manifeste cliniquement et son évolution est généralement extensive, caractère qui conditionnera la date de consolidation.

9.3.2. Radio-dermites chroniques

Latence ++- après irradiations localisées répétées.

Effacement des empreintes digitales, peau sèche ou amaïncie, hyperkératose, atteintes unguéales (stries, pachyonyxis), dépilation, ulcérations atones : 10 à 40 %.

Cancérisation : transformation en épithélioma spino-cellulaire (doses répétées supérieures à 10 grays) : 40 à 70 %.

Séquelles sensitivo-motrices associées (IPP à évaluer globalement prenant en compte cet élément de majoration) : voir barème AT 4.2.4.

9.3.3. Radio-épithélite aiguë des muqueuses

Généralement bucco-pharyngée (dose 4 à 8 grays) :

Sans ulcération : guérison ;

Avec ulcération : 5 à 10 %.

9.3.4. Radio-lésions chroniques des muqueuses : 10 à 40 %.

Eléments de majoration possibles, en fonction de la gêne :

Dyspnée : voir barème MP, Maladies d'origine respiratoire 6 ;

Dysphagie : voir barème AT 8.2 ;

Troubles de l'olfaction : voir barème AT 5.1.4.

9.4. Affections hématologiques

9.4.1. Irradiations aiguës

De causalité généralement indiscutable.

Type : irradiation flash de quelques grays en quelques secondes.

L'atteinte du tissu hématopoïétique est présente dans tous les syndromes cliniques secondaires à irradiation aiguë globale et sa gravité est fonction de la dose absorbée.

Généralement, au dessous de 1 gray, la restauration des différentes lignées est habituelle et il ne persiste pas de séquelle immédiate.

Les déficits des globules blancs et des plaquettes sont responsables de la survenue d'infections et d'hémorragies qui, avec les complications thérapeutiques, sont autant d'éléments péjoratifs à apprécier.

Mais le risque majeur est celui de leucémies radio-induites myéloïdes.

Anémie, leucopénie, thrombopénie, syndrome hémorragique : voir barème MP, Affections hématologiques 7.

9.4.2. Irradiations chroniques

La causalité peut être discutée dans certains cas mais la réparation médico-légale ne peut échapper au principe de la présomption d'origine.

La remontée des leucocytes et des plaquettes est très lente, d'où chronicité des troubles et les difficultés thérapeutiques.

Le risque de leucémies radio-induites se trouve aggravé et l'inaptitude à tout risque hématologique étant totale, un changement de poste de travail est indispensable.

Anémie, leucopénie, thrombopénie, syndrome hémorragique : voir barème MP, Affections hématologiques 7.

9.4.3. Leucémies

Elles s'intègrent dans les effets stochastiques (effets aléatoires) des radiations. Les leucémies radio-induites ne sont pas fonction du type de rayonnement, de son énergie et de la dose absorbée.

Elles ne présentent pas de caractères spécifiques mais on constate généralement des leucémies myéloïdes, aiguës ou chroniques, bien que les leucémies lymphoïdes soient légitimement incluses dans les affections réparables. Leucémies : 67 à 100 %.

9.5. Cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation

Le cancer broncho-pulmonaire par inhalation de produits radioactifs (par irradiation interne) doit être distingué du cancer broncho-pulmonaire par irradiation externe qui, en l'état actuel de la législation, ne peut pas donner lieu à réparation.

Il a été observé avec une certaine fréquence chez les travailleurs des mines d'uranium et d'autres mines métalliques : fer, plomb, zinc, spathfluor, ainsi que chez ceux ayant été exposés aux produits de filiation du radon qui sont particuliers.

Il s'intègre dans les effets stochastiques (effets aléatoires) des radiations ionisantes et ne présente pas de caractères particuliers.

Cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation de produits radio-actifs : 100 %.

9.6. Sarcomes osseux

Il s'intègrent dans les effets stochastiques (effets aléatoires) des radiations et peuvent être théoriquement induits par n'importe quel rayonnement ionisant. Un risque réel est constitué par l'incorporation de radionucléides ostéotropes, notamment le radium (216), le phosphore (32)... à l'occasion d'utilisations industrielles ou en laboratoire.

De nombreux facteurs devront être pris en considération :

- la localisation ostéo-sarcomateuse (fémur, maxillaire inférieur, omoplate...);
- le bilan d'extension ; - les résultats thérapeutiques, les possibilités d'appareillage ;
- les séquelles loco-régionales fonctionnelles, les séquelles douloureuses, le retentissement sur l'état général...

Sarcomes osseux : 67 à 100 %.

9.7. Radionécrose osseuse

Affection exceptionnelle, ne pouvant être induite que par des irradiations chroniques externes ou internes importantes, et n'apparaissant qu'après un long laps de temps.

Apprécier les éléments séquellaires, tels que la localisation de la radionécrose, l'état fonctionnel résiduel, les possibilités d'appareillage : voir barème AT, chapitre concerné.

Pour les radionécroses des maxillaires : voir barème AT, Stomatologie (7.2 et 7.3).

ANNEXE III

BARÈME INDICATIF D'INCAPACITÉ PERMANENTE FONCTIONNELLE

CHAPITRE PRÉLIMINAIRE

I. – Principes généraux

L'article L. 434-1 A du code de la sécurité sociale dispose, en son 3^e alinéa, que le taux de l'incapacité permanente fonctionnelle est déterminé en fonction des atteintes persistant après la consolidation qui relèvent du déficit fonctionnel permanent, à partir d'un barème indicatif.

Conformément à la nomenclature des postes de préjudices dite Dintilhac (1), le déficit fonctionnel permanent est un préjudice personnel post-consolidation permettant de réparer les incidences du dommage qui touchent exclusivement à la sphère personnelle de la victime.

Le déficit fonctionnel permanent se compose des trois éléments suivants :

- les atteintes aux fonctions physiologiques ;
- les douleurs physiques et psychologiques permanentes ;
- la perte de la qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence.

Le présent barème indicatif a pour objectif de fournir les bases d'estimation nécessaires à la fixation du taux d'incapacité fonctionnelle ainsi définie. L'évaluation de ce taux s'effectue à partir du présent barème et en tenant compte des trois composantes du déficit fonctionnel permanent.

La réparation de l'incapacité permanente fonctionnelle visée par le présent barème s'effectue conformément aux règles du livre IV du code de la sécurité sociale.

II. – Mode de calcul du taux

L'évaluation de l'incapacité fonctionnelle permanente s'appuie sur un taux d'incapacité déterminé au moyen du présent barème qui présente un caractère indicatif. Lorsque le médecin-conseil s'en écarte, il doit le justifier.

Les éléments dont le médecin-conseil doit tenir compte, avant de proposer le taux médical d'incapacité permanente fonctionnelle, sont :

1^o L'atteinte fonctionnelle. Elle désigne l'altération permanente du potentiel physique, psychosensoriel, ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique appréciable par un examen clinique approprié complété par l'étude des examens complémentaires produits ;

2^o Les douleurs physiques et psychologiques permanentes. Cette composante s'apprécie par une évaluation du niveau d'intensité et de la fréquence de la douleur ressentie et exprimée par la victime, et observée au cours de l'examen. Sur ce critère, l'évaluation médicale et la discussion médico-légale doivent porter notamment sur : la nature de la douleur (neurologique, inflammatoire, mécanique, membre fantôme...), ses horaires (nocturne ou diurne en fonction de la composante inflammatoire ou mécanique de la douleur...) et son retentissement psychologique ainsi que les observations cliniques du médecin-conseil lors de la consultation. Le médecin-conseil doit également prendre en compte le traitement rendu nécessaire pour gérer la situation douloureuse. Au cours de son examen, le niveau d'intensité et les caractéristiques de la douleur, notamment son caractère permanent et ses circonstances de survenue sont évalués ;

3^o La perte de la qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence. Le médecin conseil évalue les troubles « habituellement et objectivement » liés à l'atteinte fonctionnelle. Au regard des caractéristiques de la

lésion, cette évaluation se fait par un interrogatoire retraçant les troubles habituels dans les conditions de vie de la victime. Ainsi, le médecin-conseil apprécie les difficultés à réaliser les actes de la vie quotidienne, et anticipe les potentielles répercussions habituelles en fonction de la séquelle observée. Il peut compléter cette évaluation au regard des doléances spécifiques exprimées par ailleurs par la victime et de l'étude des habitudes de vie avant et après la survenue de la lésion. Cette évaluation exclut tout autre préjudice permanent prévu dans la nomenclature Dintilhac dont notamment le préjudice d'agrément, le préjudice esthétique permanent, le préjudice sexuel, le préjudice d'établissement et les préjudices permanents exceptionnels.

L'évaluation de l'ensemble des composantes du déficit fonctionnel permanent conduit à l'attribution d'un taux unique et global d'incapacité fonctionnelle. L'évaluation de l'ensemble de ces trois composantes est retracée dans le rapport des médecins-conseil.

Ce taux ainsi évalué est pris en compte par la caisse primaire pour le calcul de la part fonctionnelle de la rente.

III. – Révisions

S'agissant des lésions multiples résultant d'un même sinistre, le médecin-conseil applique les règles de cumul mentionnées dans l'annexe du barème indicatif d'incapacité permanente professionnelle.

S'agissant des accidents successifs, tout en prenant en compte l'état antérieur des séquelles de la victime, le médecin conseil veillera à ce que la somme des taux attribués ne dépasse jamais 100 %.

Chapitres par séquelles

I. – NEUROLOGIE

L'évaluation des déficits neurologiques ne doit se faire qu'après un délai suffisamment long (généralement de l'ordre de 2 à 3 ans et au terme d'un délai plus long chez l'enfant) afin de juger de leur permanence et des adaptations aux handicaps.

Il est souhaitable que l'intervalle entre le traumatisme initial et l'évaluation définitive soit mis à profit pour procéder régulièrement à des bilans médicaux fiables.

I. – Déficits sensitivo-moteurs d'origine médullaire et centrale

A. – D'origine médullaire

Tétraplégies et paraplégies constituent toujours des entités cliniques complexes associant des atteintes de la fonction de locomotion (et de préhension pour les tétraplégies), de la fonction urinaire, des fonctions génito-sexuelles, de la fonction respiratoire (pour les lésions les plus hautes) et des troubles rachidiens. On ne saurait dissocier ces différents déficits pour évaluer par addition le taux d'incapacité. Dans cet esprit, les taux proposés ci-dessous correspondent à une évaluation globale des conséquences de la lésion. Mais ce mode d'évaluation globale ne doit pas dispenser l'expert de décrire en détail la nature et l'importance des différents déficits composant ces entités cliniques, d'autant plus qu'ils sont fonction du niveau lésionnel.

Tétraplégie haute complète.	Non inférieur à 95 %
Tétraplégie basse complète (au-dessous de C6).	Non inférieur à 85 %
Tétraparésie : marche possible, préhension possible maladroite ; selon le périmètre de marche et l'importance des troubles urinaires et génito-sexuels.	45 à 75 %
Paraplégie complète : selon le niveau de l'atteinte médullaire qui conditionne d'éventuelles difficultés à la station assise prolongée et la nature des troubles urinaires et génito-sexuels.	70 à 75 %
Paraparésie : marche possible limitée, autonomie complète pour les actes de la vie courante ; selon l'importance des troubles urinaires, génito-sexuels et sensitifs associés.	20 à 50 %
Syndrome de Brown-Séquard : selon l'importance des troubles moteurs sensitifs et génito-sphinctériens.	15 à 50 %

B. – D'origine hémisphérique, tronculaire ou cérébelleuse

Quadriplégie complète.	Non inférieur à 95 %
Quadriplégie incomplète : l'évaluation du taux se fera par comparaison avec des déficits similaires et en fonction du degré d'autonomie.	
Hémiplégie majeure : station debout impossible, membre supérieur inutilisable, déficit cognitif important (dont aphasie).	90 %
Hémiplégie spastique : marche possible avec cannes, membre supérieur inutilisable, selon l'importance du déficit cognitif et selon l'hémisphère dominant.	Dominant
	70 %
	Non dominant
	60 %

Hémiplégie spastique: marche possible sans cannes, membre supérieur utilisable avec maladresse, selon l'importance du déficit cognitif et selon l'hémisphère dominant.	Dominant
	60 %
	Non dominant
	45 %
Monoplégies: le taux dépend du retentissement sur la fonction de préhension ou sur la fonction de locomotion (se reporter au chapitre Appareil locomoteur).	
Syndrome cérébelleux majeur: atteinte bilatérale, marche quasi-impossible, préhension inefficace, importante dysarthrie.	80 % à 85 %
Syndrome cérébelleux incomplet: atteinte unilatérale, sans répercussion sur la locomotion, préhension maladroite du côté atteint, dysarthrie absente ou discrète, selon côté dominant.	10 % à 25 %
Troubles du mouvement, du tonus, de l'attitude (tremblements, dyskinésies, dystonie), isolés ou au premier plan, en fonction des perturbations fonctionnelles.	5 % à 30 %
Déficits sensitifs isolés, à l'origine d'un déficit fonctionnel (gêne à la marche par atteinte cordonale postérieure, gêne à la préhension par atteinte des différentes sensibilités); selon l'importance.	10 % à 30 %

C. – Troubles de la circulation du liquide céphalo-rachidien

Les taux doivent être évalués en fonction des déficits constatés, essentiellement cognitifs.

La présence du matériel de dérivation ne justifie pas à elle seule un taux d'incapacité.

II. – Déficits cognitifs

L'analyse des syndromes déficitaires neuropsychologiques doit faire référence à une séméiologie précise. Le syndrome dit « frontal » correspond en fait à des entités maintenant bien définies dont les déficits associés, plus ou moins importants, réalisent des tableaux cliniques très polymorphes.

L'évaluation du taux d'incapacité doit donc se baser sur des bilans médicaux précis et spécialisés, corrélant les lésions initiales et les données des examens cliniques et paracliniques.

A. – Syndrome frontal vrai

Forme majeure avec apragmatisme et perte de l'autonomie.	60 à 85 %
Forme sévère avec altération des conduites instinctives, perte de l'initiative, troubles de l'humeur, insertions sociale et familiale précaires.	30 à 60 %
Forme mineure avec distractibilité, lenteur, difficultés de mémorisation et d'élaboration des stratégies complexes; autonomie totale.	10 à 30 %

B. – Atteinte isolée de certaines fonctions cognitives

Langage:	
– aphasie majeure avec jargonophasie, alexie, troubles de la compréhension.	70 %
– forme mineure: troubles de la dénomination et de la répétition, paraphasie. – compréhension conservée.	10 à 30 %
Mémoire:	
– altération massive, syndrome de Korsakoff complet.	60 %
– altération modérée à grave: oublis fréquents, gênants dans la vie courante, fausses reconnaissances, éventuellement fabulations.	15 à 60 %
– altération légère: difficultés d'apprentissage, nécessité d'aide-mémoire dans la vie courante, troubles de l'évocation.	10 à 15 %
Perte totale ou partielle des connaissances didactiques:	
les taux correspondants seront appréciés selon la même échelle que les troubles de la mémoire.	

C. – Troubles cognitifs mineurs

En l'absence de syndrome frontal vrai ou d'atteinte isolée d'une fonction cognitive, certains traumatismes crâniens, plus ou moins graves, peuvent laisser subsister un syndrome associant: labilité de l'attention, lenteur idéatoire, difficultés de mémorisation, fatigabilité intellectuelle, intolérance au bruit, instabilité de l'humeur, persistant au-delà de 2 ans: 5 à 15 %.

D. – Démence

Les états démentiels sont très hétérogènes compte tenu de leur polymorphisme clinique et des étiologies variées.

Les démences post-traumatiques vraies sont rares et doivent être documentées par des lésions anatomiques majeures et bilatérales. Les démences dites « de type Alzheimer » ne sont jamais post-traumatiques. Cependant, un événement traumatique avéré et sévère peut accélérer l'évolution de ce processus dégénératif, accélération qui ne peut être traduite par un taux d'incapacité permanente partielle. L'expert devra donc comparer l'évolution modifiée à l'évolution habituelle de l'affection et s'efforcer de chiffrer en temps cette différence.

III. – Déficits mixtes cognitifs et sensitivo-moteurs

Ces déficits mixtes constituent les séquelles caractéristiques des traumatismes crâniens graves. Ils s'associent le plus souvent à des dysfonctionnements frontaux des déficits cognitifs, des troubles du comportement, des syndromes pyramidaux et/ou cérébelleux, des troubles sensoriels (hémianopsies, paralysies oculo-motrices...) correspondant à des lésions visualisées par l'imagerie.

Ces associations réalisent des tableaux cliniques différents d'un sujet à l'autre, tels qu'on ne peut proposer de taux précis comme pour des séquelles parfaitement individualisées. Ces déficits feront l'objet d'une évaluation globale.

Il est cependant possible de reconnaître, dans le contexte de l'évaluation médico-légale, plusieurs niveaux de gravité en fonction du déficit global.

Abolition de toute activité volontaire utile, perte de toute possibilité relationnelle identifiable	100 %
Déficits sensitivo-moteurs majeurs limitant gravement l'autonomie, associés à des déficits cognitifs incompatibles avec une vie relationnelle décente	80 à 95 %
Troubles cognitifs majeurs comportant, au premier plan, désinhibition et perturbations graves du comportement, compromettant toute socialisation, avec déficits sensitivo-moteurs mais compatibles avec une autonomie pour les actes essentiels de la vie courante	60 à 80 %
Troubles cognitifs associant perturbation permanente de l'attention et de la mémoire, perte relative ou totale d'initiative et/ou d'autocritique, incapacité de gestion des situations complexes, avec déficits sensitivo-moteurs patents mais compatibles avec une autonomie pour les actes de la vie courante.	40 à 65 %
Troubles cognitifs associant lenteur idéatoire évidente, déficit patent de la mémoire, difficulté d'élaboration des stratégies complexes avec déficits sensitivo-moteurs n'entraînant pas de réelles conséquences fonctionnelles	20 à 40 %

IV. – Déficits sensitivo-moteurs d'origine périphérique

A. – Face

Paralysie faciale complète hypotonique :	
– unilatérale	5 % à 15 %
– bilatérale (exceptionnelle)	15 à 25 %
Hémispasme facial complet non améliorable par la thérapeutique	jusqu'à 10 %

B. – Membres supérieurs

	Dominant	Non dominant
Paralysie complète du plexus brachial	60 %	50 %
Paralysie radiale :		
– au-dessus de la branche tricipitale	40 %	30 %
– au-dessous de la branche tricipitale	30 %	20 %
Paralysie ulnaire	20 %	15 %
Paralysie du nerf médian :		
– au bras	35 %	25 %
– au poignet	25 %	15 %
Paralysie du nerf circonflexe	15 %	10 %
Paralysie du nerf du grand dentelé	8 %	6 %

En cas de forme incomplète, il convient de corroborer les taux proposés ci-dessus avec ceux proposés pour les déficits de la fonction de préhension.

C. – Membres inférieurs

Paralysie du nerf sciatique (au-dessus de la bifurcation)	40 à 45 %
Paralysie du nerf sciatique poplité externe (nerf fibulaire)	20 %
Paralysie du nerf sciatique poplité interne (nerf tibial)	20 %
Paralysie du nerf fémoral	35 %

En cas de forme incomplète, il convient de corroborer les taux proposés ci-dessus avec ceux proposés pour les déficits de la fonction de locomotion.

D. – Les douleurs de déafférentation

Qu'elles soient isolées ou qu'elles accompagnent un déficit sensitivo-moteur, elles devront être prises en compte :

soit en majorant le taux retenu pour le déficit lorsqu'il existe;	
soit par un taux d'incapacité spécifique	5 à 10 %

E. – Syndrome de la queue de cheval

Suivant l'importance des troubles moteurs sensitifs et génito-sphinctériens : 15 à 50 %

V. – Déficits neuro-sensoriels

Il convient de se reporter aux spécialités concernées, en particulier ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie.

VI. – Epilepsie

On ne peut proposer un taux d'incapacité sans preuve de la réalité du traumatisme crânio-encéphalique et de la réalité des crises. Dans ces cas, un recul de plusieurs années (4 ans au minimum) est indispensable, afin de prendre en compte l'évolution spontanée des troubles et l'adaptation au traitement.

Les anomalies isolées de l'EEG, en l'absence de crises avérées, ne permettent pas de poser le diagnostic d'épilepsie post-traumatique.

A. – Epilepsies avec troubles de conscience

(Epilepsies généralisées et epilepsies partielles complexes).

Epilepsies bien maîtrisées par un traitement bien toléré :	10 à 15 %
Epilepsies difficilement contrôlées, crises fréquentes (plusieurs par mois), effets secondaires des traitements :	15 à 35 %

B. – Epilepsies sans troubles de conscience

Epilepsies partielles simples dûment authentifiées selon le type et la fréquence des crises et selon les effets secondaires des traitements : 10 à 30 %.

VII. – Cas particulier

Syndrome « post-commotionnel » persistant au-delà de 18 mois : jusqu'à 3 %.

II. – PSYCHIATRIE

Le diagnostic des séquelles psychiatriques impose l'examen par un spécialiste confirmé. Cet examen doit comporter non seulement une analyse sémiologique précise des symptômes présentés par le blessé, mais aussi une étude longitudinale soigneuse de sa biographie. Il est essentiel, en effet, de discuter dans tous les cas les rôles respectifs de l'éventuel état antérieur, de la personnalité, du traumatisme et d'autres facteurs pathogènes éventuels.

I. – Névroses traumatiques

(Etat de stress post-traumatique, névrose d'effroi) (F43.1 de la CIM X (1)).

Elles succèdent à des manifestations psychiques provoquées par l'effraction soudaine, imprévisible et subite d'un événement traumatisant débordant les capacités de défense de l'individu.

Le facteur de stress doit être intense et/ou prolongé.

L'événement doit avoir été mémorisé.

La symptomatologie comporte des troubles anxieux de type phobique, des conduites d'évitement, un syndrome de répétition et des troubles du caractère. Traitée très précocement, la névrose traumatique guérit avec retour à l'état antérieur sans laisser de séquelles constitutives d'une incapacité permanente. L'appréciation d'une névrose traumatique ne peut être envisagée qu'après environ 2 ans d'évolution.

La détermination de l'incapacité permanente pourra se baser sur les propositions suivantes :

Manifestations anxieuses discrètes spécifiques, quelques réminiscences pénibles, tension psychique	jusqu'à 3 %.
Manifestations anxieuses phobiques spécifiques avec conduites d'évitement et syndrome de répétition	3 à 10 %
Anxiété phobique généralisée avec attaques de panique, conduites d'évitement étendues, syndrome de répétition diurne et nocturne	10 à 15 %
Exceptionnellement	jusqu'à 20 %.

II. – Troubles de l'humeur persistants

Dans les cas de lésions orthopédiques et somatiques multiples dont l'évolution est longue et compliquée (brûlures étendues avec soins prolongés, lésions orthopédiques avec interventions chirurgicales itératives, ostéite...), il peut persister un état psychique permanent douloureux correspondant à un :

Etat dépressif résistant pouvant justifier un taux d'incapacité permanente, allant : jusqu'à 20 %.

Une réaction dépressive transitoire dans les suites d'un traumatisme psychique et/ou somatique ne constitue pas une incapacité permanente et peut être évaluée au titre des souffrances endurées.

III. – Troubles psychotiques aigus ou chroniques

Les affections psychotiques ne sont jamais d'origine traumatique.

Certaines séquelles de lésions cérébrales ou d'hydrocéphalie à pression normale peuvent réaliser des syndromes déficitaires ou d'allure psychotique pris en charge au titre des séquelles neurologiques.

Lors de la survenue, dans les suites immédiates d'un fait traumatique, d'un état dépressif majeur ou d'un accès maniaque chez un sujet, avec un trouble bipolaire de l'humeur, la prise en charge de l'accès est légitime, mais non les suites évolutives de la pathologie.

Certaines lésions temporales de l'hémisphère mineur peuvent réaliser des troubles pseudo-maniaques pris en charge au titre des séquelles neurologiques.

IV. – Aspects particuliers

A. – Troubles de conversion et somatoformes

Devant la difficulté à appréhender les troubles conversifs sans se référer à des théories étiopathogéniques non consensuelles, il est conseillé, pour ce type de symptôme, de se référer à la CIM X (F44) qui distingue : amnésie, fugue, stupeur, transe et possession, troubles de la motricité, de la sensibilité, (syndrome douloureux somatoforme persistant, F 45. 4), troubles des organes des sens.

Avant de procéder à leur évaluation à titre de séquelles, il faut savoir pour de tels troubles :

- qu'ils ne correspondent pas à la perte systématisée de la fonction touchée ;
- que leur psychogenèse est admise dans la mesure où ils peuvent survenir en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques ;
- que la perte fonctionnelle aide la victime à éviter un conflit désagréable ou à exprimer indirectement une dépendance ou un ressentiment ;
- qu'ils sont associés à des éléments caractéristiques :
 - on note parfois une « belle indifférence », c'est-à-dire une attitude surprenante d'acceptation tranquille d'une incapacité grave ;
 - la personnalité de base est le plus souvent histrionique et dépendante ;
- que leur évolution est imprévisible (ils pourraient être induits ou levés par hypnose) :
 - ils s'améliorent habituellement en quelques semaines ou quelques mois, en particulier quand la survenue est associée à un événement traumatisant ;
 - l'évolution peut être plus prolongée (avec un début plus progressif) lorsqu'ils comportent des paralysies ou des anesthésies, lorsque leur survenue est associée à des problèmes ou à des difficultés interpersonnelles insolubles ;
 - que les troubles de conversion ayant déjà évolué depuis plus d'un ou deux ans avant une consultation psychiatrique sont souvent résistants à tout traitement.

En tenant compte de tous ces éléments et en prenant un recul de deux à trois ans, il est possible de proposer dans certains cas un taux d'incapacité permanente qui ne peut se référer à aucune fourchette, compte tenu de la diversité des expressions cliniques.

Cette évaluation ne peut jamais atteindre le même taux que celui qui serait donné pour un tableau clinique similaire traduisant une lésion organique irréversible.

B. – Troubles factices (F68.1 de la CIM X)

Production intentionnelle de symptômes dans le but de jouer le rôle du malade (pathomimie). De tels troubles ne sont jamais imputables à un fait traumatique.

C. – Simulation

Production intentionnelle de symptômes dans le but d'obtenir des avantages ou d'échapper à des obligations. De tels troubles ne sont jamais imputables à un fait traumatique.

III. – OPHTALMOLOGIE

I. – Acuité visuelle

L'examen comportera la détermination séparée œil par œil des acuités centrales de loin et de près à l'aide des optotypes habituels : échelle de Monoyer ou ses équivalents en vision de loin, à 5 mètres ; échelle de Parinaud à distance normale de lecture en vision de près. En cas de discordance entre les signes fonctionnels allégués et les constatations de l'examen clinique, la mesure de l'acuité visuelle sera complétée par des épreuves de contrôle et, le cas échéant, par l'étude des potentiels évoqués visuels (PEV).

Un trouble de la réfraction qui peut être entièrement corrigé par un moyen optique ne sera pas considéré comme une déficience oculaire génératrice d'incapacité.

Les taux d'incapacité sont fournis par le tableau I :

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	< 1/20	Cécité
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
< 1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Cécité	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

Tableau I. – Vision de loin

Il est admis que toute vision supérieure à 7/10 correspond à une efficacité visuelle normale ; elle n'entraîne donc pas d'incapacité.

Il est nécessaire de préciser les altérations de l'acuité visuelle concernant, d'une part, la vision de loin et, d'autre part, la vision de près.

C'est pourquoi, au tableau I, qui évalue l'incapacité visuelle de loin, il faut adjoindre le tableau II, qui évalue l'incapacité visuelle de près (quantifiée à une distance normale de lecture – après correction éventuelle de la presbytie – avec le test de l'échelle de Parinaud).

L'utilisation du tableau II ne sera nécessaire que dans les rares cas d'importante dissociation entre les incapacités visuelles de loin et de près. Il conviendra alors de prendre la moyenne arithmétique des deux incapacités pour obtenir un taux correspondant à une plus juste détermination de l'incapacité.

	P1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	< P20	Cécité
P1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35
P4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	36	40	42
P5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
< P20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
Cécité	25	28	35	42	50	55	65	70	76	80	82	85

Tableau II. – *Vision de près**A. – La cécité et la grande malvoyance*

La cécité absolue ou cécité totale (ne distingue pas le jour de la nuit) : 85 %.

Le taux d'incapacité en cas de grande malvoyance découle de la baisse d'acuité visuelle (tableau I) et de l'atteinte du champ visuel (schéma 1).

B. – La perte de la vision d'un œil

Perte fonctionnelle d'un œil (si la vision de l'autre œil est normale) : 25 %.

En cas d'énucléation avec mise en place d'une prothèse oculaire, le taux d'incapacité permanente reste le même car le port de la prothèse n'a pas pour but d'améliorer la fonction mais l'aspect esthétique (la mobilité et la qualité de l'appareillage sont appréciées dans le cadre du préjudice esthétique).

II. – Champ visuel

L'examen sera pratiqué à l'aide de la coupole de Goldmann ou équivalent. Seules les manifestations apparentes au test III/4 seront considérées comme entraînant un réel retentissement fonctionnel et donc constitutives d'incapacité. Le champ visuel doit être étudié binoculairement, les deux yeux ouverts. La superposition du tracé sur le schéma 1 donne le taux d'incapacité.

En cas d'atteinte du champ visuel central, l'examen pourra être complété par un test d'Amsler ou équivalent, et l'incapacité appréciée comme mentionné pour les scotomes centraux et paracentraux.

Le schéma 1 donne le taux d'incapacité :

Schéma 1 : approche de l'évaluation du champ visuel (la ligne brisée représente la limite du champ visuel binoculaire normal pour l'isoptère III/4). Chaque point correspond à une lacune non perçue et à 1 % d'IPP. On procède par addition de points. Le rectangle en marge correspond au champ central.

A. – Hémianopsies

L'hémianopsie latérale homonyme entraîne une incapacité importante, bien supérieure à la perte de la vision d'un seul œil : le sujet perd réellement la moitié de son champ visuel, ce qui n'est pas le cas du borgne. Étudiée en vision binoculaire, elle justifie, suivant la valeur de l'épargne maculaire, des taux de 42 % et plus en cas de baisse d'acuité visuelle associée (alors que la cécité monoculaire ne dépasse pas 25 %).

Hémianopsie latérale homonyme complète :

- avec épargne maculaire : 42 % ;
- avec perte de la vision centrale : si l'épargne maculaire est partielle, calculer le déficit de l'acuité centrale à l'aide du tableau I, puis la rapporter à la capacité visuelle restante post-hémianopsique ($85 - 42 = 43$ %), et l'ajouter au taux de 42 %.

Hémianopsie latérale homonyme incomplète :

- à évaluer en fonction du schéma 1 ;

- tenir compte de l'épargne maculaire partielle comme précédemment.

Hémianopsie altitudinale :

- supérieure : jusqu'à 25 % (schéma 1) ;
- inférieure : jusqu'à 60 % (schéma 1).

Double hémianopsie latérale complète ou bitemporale (en fonction du schéma 1 et de la vision centrale) : jusqu'à 85 %.

Les hémianopsies à type de négligence ont un champ visuel normal au périmètre. La réalité de la négligence visuelle et l'estimation de ses conséquences fonctionnelles seront appréciées avec le neurologue.

B. – *Quadranopsies*

Supérieure : jusqu'à 12 % (schéma 1).

Inférieure : jusqu'à 30 % (schéma 1).

C. – *Rétrécissements concentriques*

En traumatologie, ils sont souvent le fait de manifestations anorganiques et ne justifient alors pas d'IPP.

Il est nécessaire d'utiliser de multiples épreuves de contrôle, et de confronter le tableau clinique à l'imagerie et à l'examen neurologique.

Il ne faut cependant pas méconnaître des rétrécissements campimétriques bilatéraux organiques résultant de doubles hémianopsies.

D. – *Scotomes centraux et paracentraux*

En cas de perte de la vision centrale : utiliser les tableaux I et II (acuité visuelle).

Les scotomes paracentraux et juxta-centraux avec acuité visuelle conservée (à apprécier en fonction de leur étendue, précisée à la grille d'Amsler en vision binoculaire, et de leur retentissement sur la lecture de près) :

- s'ils ne touchent qu'un œil : jusqu'à 5 % ;
- s'ils touchent les deux yeux : 2 à 10 %.

Les scotomes hémianopsiques latéraux homonymes des lésions occipitales gênent fortement la lecture, car situés au même endroit sur chaque œil : 15 %.

III. – **Troubles de l'oculomotricité**

A. – *Hétérophorie*

L'incapacité ne sera appréciée qu'après rééducation orthoptique.

Décompensation non réductible d'une hétérophorie, suivant la gêne : jusqu'à 5 %.

Paralyse complète de la convergence : 5 %.

B. – *Diplopie*

En cas de paralysie oculomotrice, l'évaluation du déficit oculomoteur ne doit pas donner lieu à une appréciation définitive avant dix-huit mois.

En cas d'origine orbitaire, l'évaluation du déficit oculomoteur ne doit pas donner lieu à une appréciation définitive avant six mois après la fin des éventuels traitements chirurgicaux.

L'incapacité pour diplopie est fonction du secteur concerné, de l'excentricité du champ de diplopie par rapport à la position primaire du regard et du résultat fonctionnel obtenu avec éventuelle correction prismatique selon le schéma suivant :

(Schéma non reproduit)

L'étude des champs de diplopie et d'aplopie doit être effectuée sans manœuvre de dissociation ; par exemple en demandant au sujet de fixer un objet et en notant le champ de vision double.

Diplopie permanente dans les positions hautes du regard	2 à 10 %
Diplopie permanente dans la partie inférieure du champ	5 à 20 %
Diplopie permanente dans le champ latéral	2 à 15 %
Diplopie dans toutes les positions du regard sans neutralisation et obligeant à occlure un œil en permanence	23%

Le taux sera minoré en cas de diminution de la diplopie par une neutralisation constante de l'œil dévié ou de possibilité de correction prismatique.

C. – Paralysies de fonction du regard

Paralysie vers le haut	3 à 5 %
Paralysie vers le bas	10 à 15 %
Paralysie latérale	8 à 12 %
Paralysie de la convergence	5 %

D. – Déficiences de la motricité intrinsèque

Paralysie unilatérale de l'accommodation chez le sujet jeune	5 %
Mydriase aréactive	5 %
Aniridie totale	10 %
Myosis du syndrome de Claude Bernard-Horner complet: en cas de gêne fonctionnelle	1 à 3 %

E. – Atteinte des saccades et des poursuites

Elles ne donnent pas de véritables signes fonctionnels visuels mais plutôt des sensations de déséquilibre et seront appréciées par l'oto-rhino-laryngologiste.

IV. – Lésions cristalliniennes

L'œil aphaque, c'est-à-dire privé de son cristallin, ne peut retrouver une vision utilisable qu'après compensation par un équipement optique. L'incapacité est très variable suivant que cette compensation a été réalisée par lunettes, lentilles de contact ou implantation d'un cristallin artificiel.

L'évaluation du taux d'incapacité prendra donc en compte le mode d'équipement optique, l'uni ou la bilatéralité, l'âge, la perte éventuelle d'acuité visuelle.

Compensation optique assurée par un cristallin artificiel (pseudo-phakie): 5 %.

Chez l'enfant jusqu'à 16 ans, il sera porté à 7 % pour tenir compte du retentissement de la perte de l'accommodation sur la vision binoculaire.

A ce taux de base résultant des seuls inconvénients de la pseudophakie, il convient d'ajouter éventuellement celui résultant de la perte d'acuité visuelle et des autres séquelles associées (larmoiement, photophobie...).

Si l'équipement optique est réalisé par lunettes ou lentilles de contact (aphakie):

– aphakie unilatérale:	
– si l'acuité de l'œil opéré est inférieure à celle de l'œil sain	10 %
– si l'acuité de l'œil opéré est supérieure à celle de l'œil sain	15 %
– aphakie bilatérale	20 %

A ce taux, il convient d'ajouter celui résultant de la perte éventuelle d'acuité visuelle et des autres séquelles associées, sans cependant pouvoir dépasser 25 % pour une lésion unilatérale.

V. – Annexes de l'œil

Larmoiement, ectropion, entropion	jusqu'à 5 %
Oblitération des voies lacrymales:	
– unilatérale	2 à 5 %
– bilatérale	4 à 10 %
Cicatrices vicieuses (symplopharon, ankyloblepharon)	jusqu'à 5 %
Ptosis (suivant le déficit campimétrique)	jusqu'à 10 %
Blépharospasme	jusqu'à 5 %
Alacrymie:	

– unilatérale	2 à 5 %
– bilatérale	4 à 10 %
Hypœsthésie ou anesthésie dans le territoire du nerf sous-orbitaire avec dysesthésie	3 à 5 %

VI. – Séquelles visuelles multiples

L'association de séquelles sensorielles ou oculomotrices n'est pas rare. L'évaluation du taux global de réduction fonctionnelle ne peut se satisfaire d'une simple addition arithmétique : après évaluation du taux d'incapacité résultant du déficit le plus important, le taux de la deuxième infirmité sera calculé par référence à la capacité visuelle restante (étant bien entendu que la perte de toute capacité visuelle est de 85 %).

Nota. – (1) : CIM : classification internationale des troubles mentaux. (2) : CV : capacité vitale ; CPT : capacité pulmonaire totale ; VEMS : volume expiratoire maximum seconde ; Pa O₂ : pression partielle d'oxygène dans le sang artériel ; Pa CO₂ : pression partielle de gaz carbonique dans le sang artériel ; Sa O₂ : saturation en oxygène de l'hémoglobine dans le sang artériel ; DEM : débit expiratoire moyen ; TLCO/VA : mesure de la capacité de transfert de monoxyde de carbone par rapport au volume alvéolaire.

IV. – STOMATOLOGIE

A. – Perte de dents

Edentation complète inappareillable	35 %
Perte d'une incisive	1 %
Perte d'une prémolaire ou dent de sagesse sur l'arcade	1 %
Perte d'une canine ou molaire	1,5 %

Ces taux seront diminués de moitié en cas de remplacement par prothèse mobile et des deux tiers en cas de remplacement par prothèse fixe.

En cas de perte complète d'une dent remplacée par une prothèse implanto-portée : 0 %.

Mortification pulpaire d'une dent : 0,50 %.

B. – Dysfonctionnements mandibulaires

Limitation permanente de l'ouverture buccale (mesurée entre le bord libre des incisives centrales) :

Limitée à 30 mm	5 %
Limitée à 20 mm	17 %
Limitée à 10 mm	25 %

Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire :

Forme légère :

– unilatérale	3 %
– bilatérale	5 %
Forme sévère	35 à 10 %

C. – Troubles de l'articulé dentaire post-traumatiques

(Au prorata de la perte de la capacité masticatoire) : 2 à 10 %.

D. – Atteintes neurologiques sensibles

Hypœsthésie ou anesthésie avec dysesthésies dans le territoire du nerf sus-orbitaire	jusqu'à 3 %
Hypœsthésie ou anesthésie avec dysesthésies dans le territoire du nerf sous-orbitaire comprenant le déficit gingivo-dentaire	jusqu'à 5 %
Hypœsthésie ou anesthésie avec dysesthésies dans le territoire du nerf alvéolaire inférieur avec incontinence labiale comprenant le déficit sensitif dentaire :	

- unilatérale	j u s q u ' à 5 %
- bilatérale	5 à 12 %
Hypœsthésie ou anesthésie avec dysesthésies dans le territoire du nerf lingual :	
- unilatérale	j u s q u ' à 5 %
- bilatérale	10 à 12 %

E. – *Atteintes neurologiques motrices (voir également le chapitre ORL)*

Paralysie faciale (ne comprenant pas les complications ophtalmologiques) :

- unilatérale	5 à 15 %
- bilatérale	15 à 25 %

F. – *Communication bucco-sinusienne ou bucco-nasale*

Suivant le siège, la surface et la gêne fonctionnelle, y compris les conséquences sur la déglutition et le retentissement sur la qualité de la phonation : 2 à 15 %.

G. – *Pathologie salivaire*

Fistule cutanée salivaire d'origine parotidienne	jusqu'à 15 %
Syndrome de Frei (éphydrose per-prandiale, latéro-faciale de la région pré-auriculaire et parotidienne)	6 à 8 %

V. – **OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

I. – **Audition et otologie**

A. – *Déficit auditif*

Sa détermination repose sur un bilan clinique complet et minutieux et sur un bilan para-clinique qui doit comporter au minimum une impédancemétrie complète (tympanométrie avec recherche du seuil des réflexes stapédiens), une audiométrie tonale subjective liminaire et une audiométrie vocale.

Si besoin est :

- la qualité du champ auditif au-delà du 8 000 Hz sera appréciée par l'audiométrie des hautes fréquences ;
- la réalité du déficit pourra éventuellement être confirmée par des tests objectifs (oto-émissions acoustiques, potentiels évoqués auditifs précoces).

Les hypoacusies post-traumatiques ne sont plus évolutives au-delà de 12 mois.

Perte complète et bilatérale de l'audition : 60 %.

Pertes partielles.

L'évaluation doit se faire en deux temps :

a) Evaluation de la perte auditive moyenne (PAM) par rapport au déficit tonal en conduction aérienne mesuré en décibels sur le 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz en affectant des coefficients de pondération respectivement de 2, 4, 3 et 1. La somme est divisée par 10. L'on se reporte au tableau ci-dessous, à double entrée, pour l'appréciation des taux :

PERTE auditive moyenne en dB	0 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 et +
0 - 19	0	2	4	6	8	10	12	14
20 - 29	2	4	6	8	10	12	14	18
30 - 39	4	6	8	10	12	15	20	25
40 - 49	6	8	10	12	15	20	25	30
50 - 59	8	10	12	15	20	25	30	35
60 - 69	10	12	15	20	25	30	40	45

PERTE auditive moyenne en dB	0 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 et +
70 - 79	12	14	20	25	30	40	50	55
80 et +	14	18	25	30	35	45	55	60

Il s'agit de taux indicatifs qui doivent être corrélés à un éventuel état antérieur et au vieillissement physiologique de l'audition ;

b) Confrontation de ce taux brut aux résultats d'une audiométrie vocale pour apprécier d'éventuelles distorsions auditives (recrutement en particulier) qui aggravent la gêne fonctionnelle.

Le tableau suivant propose les taux de majoration qui peuvent éventuellement être discutés par rapport aux résultats de l'audiométrie tonale liminaire :

% discrimination	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %	< 50 %
100 %	0	0	1	2	3	4
90 %	0	0	1	2	3	4
80 %	1	1	2	3	4	5
70 %	2	2	3	4	5	6
60 %	3	3	4	5	6	7
50 %	4	4	5	6	7	8

Si un appareillage auditif a été prescrit, l'expert doit décrire l'amélioration fonctionnelle obtenue. Celle-ci permet habituellement de réduire le taux d'incapacité d'au moins 25 %.

B. – Lésions tympaniques

Une perforation sèche isolée ne justifie aucune IPP spécifique en dehors de celle liée au déficit auditif.

En cas d'otorrhée, un taux de 2 à 4 % peut être retenu en plus de celui entraîné par un déficit auditif.

C. – Acouphènes et hyperacousies douloureuses

L'intensité ressentie n'est pas dépendante de l'importance du déficit de l'audition.

Aucun test ne permet d'objectiver ce trouble. L'expert pourra cependant recourir à une acouphénométrie subjective et à des tests reconnus : questionnaire « DET » (mesure de DETresse psychologique), questionnaire « SEV » (échelle subjective de SEVérité).

Dans la plupart des cas, il se produit en 12 à 18 mois un phénomène d'habituation cérébrale. On peut alors proposer un taux allant jusqu'à 3 % (auquel s'ajoute l'éventuel taux retenu pour une perte de l'audition).

Lorsque le retentissement psycho-affectif est sévère, la détermination du taux d'incapacité doit se faire dans un cadre multidisciplinaire.

II. – Troubles de l'équilibration

L'équilibration est une fonction plurimodale qui fait appel au système vestibulaire, au système visuel et au système proprioceptif. L'étiologie du trouble ne peut donc être affirmée d'emblée comme univoque.

Les troubles de l'équilibration font souvent partie des doléances exprimées après des traumatismes crâniens et/ou cervicaux.

L'expert doit procéder à un interrogatoire méthodique et à un examen clinique complet à la recherche notamment d'une hypotension orthostatique iatrogène.

La vidéonystagmographie est l'examen complémentaire de choix. D'introduction plus récente, l'Equitest permet une approche globale de la stratégie d'équilibration d'un sujet, il permet également de détecter la composante « anorganique » d'un trouble de l'équilibration.

L'exploration de l'équilibration est indissociable de celle de l'audition.

Dans certains cas, un avis neurologique ou ophtalmologique peut s'avérer nécessaire.

L'essentiel pour l'appréciation de la gêne fonctionnelle n'est pas la mise en évidence d'une lésion, mais la qualité de la stratégie de compensation développée par le sujet.

A. – Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)

La guérison peut être obtenue par la manœuvre libératoire d'Alain Sémont (avec cependant 5 à 10 % de récurrences dans l'année qui suit).

Il peut persister quelques sensations de « flottement » ou « d'instabilité ».

Selon l'importance des signes cliniques et des anomalies para-cliniques : jusqu'à 4 %.

B. – Atteinte vestibulaire périphérique unilatérale

Le taux d'IPP ne peut dépendre uniquement de l'importance du déficit apparemment quantifiée par une seule épreuve calorique :

aréflexie, hyporéflexivité simple ou syndrome irritatif canalaire. Ce n'est pas une lésion qui doit être évaluée mais son retentissement fonctionnel.

Grâce à des explorations complémentaires rigoureuses, l'expert doit apprécier le niveau et la qualité de la compensation centrale de l'asymétrie vestibulaire et la fiabilité de la nouvelle stratégie d'équilibration adoptée par le sujet.

Selon le résultat de ces explorations : 3 à 8 %.

C. – Atteinte vestibulaire destructive périphérique bilatérale

Elle est très rarement post-traumatique. Elle se rencontre le plus souvent à la suite de la prise de médicaments ototoxiques.

Le sujet ne dispose plus que de la vision et de la proprioception pour gérer son équilibre.

Le résultat des nouvelles stratégies utilisées par le sujet sera apprécié par la qualité du nystagmus opto-cinétique et par l'Equitest.

Selon le résultat de ces explorations : 10 à 20 %.

D. – Atteinte déficitaire otolithique

Lorsqu'elle est confirmée par la vidéonystagmographie et les potentiels évoqués otolithiques : 3 à 5 %.

E. – Syndrome vestibulaire central

Ce diagnostic doit impérativement être confirmé dans un cadre multidisciplinaire : oto-neuro-ophtalmologique. Il ne peut être proposé de taux spécifique ORL.

F. – Explorations complémentaires

Lorsque toutes les explorations complémentaires sont négatives, l'expert ORL doit rejeter tout taux d'IPP spécifique. La prise en compte des doléances d'instabilité doit se faire dans le cadre d'un éventuel syndrome post-commotionnel.

III. – Atteintes de la motricité faciale

A. – Paralysie faciale

L'expert peut s'aider de la classification en 6 grades de House et Brackmann pour évaluer le degré de l'atteinte :

- unilatérale ; selon son degré : 5 à 15 % ;
- bilatérale (exceptionnelle) ; selon son degré : 15 à 25 %.

Les éventuelles complications ophtalmologiques sont à apprécier de façon complémentaire.

L'évaluation du dommage esthétique fera l'objet d'une évaluation indépendante.

B. – Hémispasme facial

Non améliorable par la thérapeutique ; selon l'importance de la contracture et la fréquence des crises spastiques : jusqu'à 10 %.

IV. – Troubles de la phonation

La phonation met en jeu plusieurs effecteurs : soufflet pulmonaire, vibreur glottique, résonateurs supralaryngés.

L'appréciation doit être globale.

Les éventuels troubles associés de la déglutition et de la fonction respiratoire seront évalués séparément.

Aphonie complète : 25 %.

Dysphonie partielle isolée : jusqu'à 10 %.

V. – Troubles de la ventilation nasale

L'évaluation sera fondée essentiellement sur l'interrogatoire et l'examen clinique en recherchant un éventuel état antérieur.

L'examen au miroir de Glaetzel n'apporte que des éléments très fragmentaires et incomplets. Seule une rhinomanométrie peut permettre une évaluation plus proche de la réalité.

A. – Gêne respiratoire

Unilatérale permanente (y compris l'éventuel retentissement sur l'odorat) suivant l'importance du retentissement nocturne : jusqu'à 3 %.

Bilatérale permanente suivant les mêmes critères : jusqu'à 6 %.

B. – Perforation septale

Elle peut engendrer une gêne fonctionnelle indépendante des troubles respiratoires.

En cas de persistance : jusqu'à 3 %.

C. – Sinusite

Les sinusites post-traumatiques sont exceptionnelles.

Selon l'uni ou la bilatéralité : jusqu'à 8 %.

VI. – Troubles de l'olfaction

L'exploration de ce sens ne fait appel actuellement qu'à des tests subjectifs de perception et de reconnaissance d'odeurs.

Ces explorations doivent être effectuées sur chaque fosse nasale.

Un déficit de ce type peut, ou non, retentir sur le comportement alimentaire du sujet. Il s'associe parfois à la perte olfactive elle-même des perceptions odorifères sans stimuli extérieurs (parosmies) ressenties sur un mode désagréable en règle générale (cacosmies).

Anosmie totale (perte des fonctions d'alerte et d'agrément).

Selon l'existence ou non d'un trouble du comportement alimentaire : 5 à 8 %

Hyposmie selon son intensité et son caractère uni ou bilatéral : jusqu'à 3 %.

L'existence de parosmies peut justifier un taux spécifique supplémentaire de 2 %.

Le retentissement sur le goût ne s'ajoute pas aux taux proposés ci-dessus.

VI. – APPAREIL LOCOMOTEUR

PREMIÈRE PARTIE : PRÉHENSION

La fonction de préhension est assurée par les mains. La mobilité des autres segments des membres supérieurs a essentiellement pour effet de projeter le système de préhension dans l'espace entourant le corps. Les taux d'incapacité proposés pour la perte de mobilité de ces segments s'entendent donc comme traduisant une diminution des possibilités de projection d'une main valide.

Cependant, même si la main est peu ou pas valide, la mobilité volontaire du bras et de l'avant-bras n'est pas sans intérêt.

Bien qu'exigeant l'intégrité des deux membres supérieurs pour s'exercer dans sa plénitude, la capacité restante de préhension en cas de perte fonctionnelle d'un des deux membres supérieurs n'est pas négligeable, permettant le plus souvent une autonomie personnelle quasi complète dans les conditions de vie actuelles.

Compte tenu des progrès des techniques chirurgicales, les raideurs articulaires majeures de l'épaule, du coude ou du poignet sont de plus en plus rares. Les restrictions importantes de mobilité sont le plus souvent dues à des déficits neurologiques périphériques ou à des lésions d'origine inflammatoire et/ou articulaire dégénérative.

Même en l'absence de déficit articulaire ou musculaire, la fonction de préhension peut être plus ou moins gravement perturbée par des troubles de la coordination des mouvements. Il est rare que ces troubles soient isolés ; ils s'intègrent le plus souvent dans un ensemble de déficits neurologiques complexes et doivent être appréciés dans ce contexte (se reporter au chapitre « Neurologie »).

L'évaluation précise du déficit fonctionnel de la main est particulièrement difficile compte tenu de ses multiples composantes :

mobilité des nombreuses articulations, force de mobilisation, sensibilité, trophicité des téguments. Plusieurs méthodes chiffrées ont été proposées pour apprécier la valeur fonctionnelle de la main à partir de tous ces éléments, en recherchant l'efficacité des différentes prises, des objets les plus fins aux objets les plus lourds et/ou les plus volumineux. En chiffrant précisément le pourcentage de diminution de la valeur fonctionnelle globale d'une main, elles peuvent être d'une aide précieuse pour proposer un taux d'incapacité à partir de celui retenu pour la perte fonctionnelle totale.

Dans les chapitres Ier et II, deux taux sont proposés, le plus élevé étant attribué au membre dominant. En cas d'atteinte bilatérale, l'évaluation devra se faire en référence à la perte totale de la fonction et non par addition des différents taux ou par application d'un coefficient prédéterminé de synergie.

Perte totale de la fonction de préhension : 80 %.

I. – Amputations

Dans l'état actuel de la pratique courante, les prothèses de substitution utilisées en cas d'amputation du bras ou de l'avant-bras ne pallient que très partiellement le déficit de la fonction de préhension. Elles n'influencent donc pas d'une manière significative le taux d'incapacité. Les prothèses mécaniques sont d'utilisation difficile et n'ont d'efficacité réelle que pour quelques gestes. Les prothèses myo-électriques offrent plus de possibilités, mais ne sont pas encore d'un usage courant.

	Dominant	Non dominant
Désarticulation scapulo-thoracique	65 %	55 %
Amputation ou perte totale de la fonction d'un membre supérieur	60 %	50 %
Amputation du bras : selon la qualité du moignon et la mobilité résiduelle de l'épaule	55 à 60 %	45 à 50 %
Amputation de l'avant-bras : selon la qualité du coude	45 à 55 %	35 à 45 %
Amputation de la main : en fonction de l'état du moignon et du coude	40 à 50 %	30 à 40 %

Concernant les amputations du pouce et des doigts, se reporter au chapitre III : « La Main et les doigts ».

II. – Séquelles articulaires (hors main et doigts)

A. – Epaule

La région de l'épaule se définit par les 5 articulations de la ceinture scapulaire : sterno-claviculaire, acromio-claviculaire, gléno-humérale, sous-deltoidienne et scapulo-thoracique.

L'amplitude de la mobilité active globale en élévation-abduction-antépulsion se situe pour moitié dans la scapulo-thoracique et pour moitié dans la gléno-humérale.

	Dominant	Non dominant
Perte totale de la mobilité de la gléno-humérale et de la scapulo-thoracique	30 %	25 %
Limitation de l'élévation-abduction-antépulsion active à 60° fixée en rotation interne	25 %	20 %
Limitation de l'élévation-abduction-antépulsion active à 85°	20 %	15 %
Limitation de l'élévation-abduction-antépulsion entre 130° et 180°	jusqu'à 10 %	jusqu'à 8 %
Déficit isolé de la rotation interne	6 à 8 %	4 à 6 %
Déficit isolé de la rotation externe	3 à 5 %	1 à 3 %
Epaule ballante	20 à 30 %	15 à 25 %
Instabilité post-traumatique de l'épaule après discussion de l'imputabilité, étant donné l'existence d'instabilités constitutionnelles	jusqu'à 8 %	jusqu'à 5 %

Instabilité post-traumatique de l'épaule après discussion de l'imputabilité, étant donné l'existence d'instabilités constitutionnelles.

Dominant : jusqu'à 8 %.

Non dominant : jusqu'à 5 %.

Prothèse articulaire.

Du fait de la fiabilité des prothèses récentes, l'implantation d'une prothèse articulaire ne justifie pas en elle-même un taux d'IPP.

Son évaluation sera fondée sur le résultat fonctionnel de l'articulation après implantation.

B. – Coude

Le secteur de mobilité utile de l'articulation du coude en flexion-extension est de 30 à 120°, prono-supination 0 à 45° de part et d'autre de la position neutre. L'évaluation des raideurs combinées du coude ne se fera pas par une addition des chiffres proposés mais par leur combinaison raisonnée.

	Dominant	Non dominant
Arthrodèse autour de 90° en position de fonction :		
– prono-supination conservée	20 %	15 %
– perte de la prono-supination	30 %	25 %
Défaut d'extension hors secteur utile	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2 %

	Dominant	Non dominant
Défaut de prono-supination hors secteur utile	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2 %
Déficits de flexion-extension dans le secteur utile	3 à 10 %	2 à 8 %
Raideur combinée, prono-supination et flexion-extension	jusqu'à 20 %	jusqu'à 15 %
Coude ballant :		
– appareillable	15 à 20 %	10 à 15 %
– non appareillable	30 %	25 %

C. – Poignet

La mobilité dans le secteur utile du poignet pour la flexion dorsale est de 0 à 45°, flexion palmaire 0 à 60°, prono-supination 0 à 45°, inclinaisons latérales présentes.

	Dominant	Non dominant
Arthrodèse en position de fonction en légère extension, prono-supination normale dans le secteur utile :	10 %	8 %
Perte de la prono-supination	20 %	15 %
Raideur flexion-extension hors secteur utile	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2 %
Raideur combinée dans le secteur utile, flexion-extension, inclinaisons latérales (sans atteinte de la prono-supination)	3 à 8 %	2 à 6 %
Raideur combinée dans le secteur utile, flexion-extension, inclinaisons latérales et prono-supination	4 à 15 %	3 à 12 %

III. – La main et les doigts

La main est l'organe de la préhension. L'analyse séparée de la fonction de chacun de ses éléments constitutifs n'est pas suffisante, car il existe de multiples synergies fonctionnelles entre la main et les segments sus-jacents du membre supérieur, entre les doigts d'une main, et entre les différents segments d'une chaîne digitale. La main est de plus l'organe du toucher : la perte totale de la sensibilité peut entraîner quasiment la perte fonctionnelle du segment considéré.

L'examen de la main comporte nécessairement l'étude analytique des séquelles anatomo-fonctionnelles de chaque doigt, suivie de l'étude synthétique des principales prises par lesquelles s'effectue la fonction de préhension (opposition du pouce, enroulement des doigts, préhension fine, préhension forte, prise en crochet).

A. – Atteintes motrices

Les taux ne doivent pas s'additionner.

	Dominant	Non dominant
Perte totale du grip :		
– fin	20 %	17 %
– grossier	15 %	12 %
Perte de la prise sphérique	7 %	5 %
Perte totale de la fonction de la main par amputation ou ankylose de toutes les articulations	40 à 50 %	30 à 40 %
Raideur moyenne des articulations de la main	25 %	15 %
Perte totale de la fonction d'un doigt par amputation ou ankylose de toutes les articulations		
Pouce :		
– colonne du pouce (2 phalanges et 1 ^{er} métacarpien)	20 %	15 %
– avec conservation métacarpienne	15 %	12 %
Doigts longs :		
– index	7 %	5 %
– médus	8 %	6 %

	Dominant	Non dominant
– annulaire	6 %	4 %
– auriculaire	8 %	6 %
Plusieurs doigts :		
– pouce et index	30 %	25 %
– pouce et médus	32 %	26 %
– pouce, index et médus	35 %	28 %
Amputation des 4 derniers doigts, respect du pouce :		
– amputation trans-métacarpienne	20 %	15 %
– avec conservation métacarpienne	15 %	12 %
Perte d'un segment de doigt :		
– P2 du pouce	8 %	6 %
– P3 de l'index ou de l'annulaire	3 %	2 %
– P3 du médus, de l'auriculaire	4 %	3 %
– P2 + P3 de l'index ou de l'annulaire	4 %	3 %
– P2 + P3 du médus et de l'auriculaire	6 %	4 %

B. – Troubles de la sensibilité

Le défaut de sensibilité est d'autant plus gênant que l'activité manuelle est plus élaborée.

Sensibilité tactile thermo-algique de protection seule conservée :

perte de 50 % de la valeur fonctionnelle du doigt.

L'IPP retenue ne peut dépasser le niveau de la lésion totale incluant névrome, cicatrice dystrophique, trouble de la repousse de l'ongle.

Sensibilité discriminative médiocre : perte de 10 à 20 % de la valeur fonctionnelle du doigt.

Anesthésie complète : perte de la valeur fonctionnelle du doigt.

Réimplantation et transplantation digitales : les bons résultats correspondent à une perte de 10 à 20 % de la valeur fonctionnelle du doigt, compte tenu de la persistance constante de douleurs et de l'hypersensibilité au froid.

Le taux est plus important lorsque s'ajoutent raideurs et déficits des sensibilités en fonction du résultat fonctionnel. Le taux ne peut pas être supérieur à celui de la perte digitale.

C. – Raideurs articulaires

	Dominant	Non dominant
Raideurs articulaires des quatre derniers doigts :		
– métacarpo-phalangiennes : secteur de mobilité optimal, 20 à 80° pour II et III, 30 à 90° pour IV et V ; taux en fonction de la mobilité restante	jusqu'à 4 %	jusqu'à 3 %
– articulation P1-P2 : secteur de mobilité optimal, 20 à 80° pour II et III, 30 à 90° pour IV et V (gêne plus importante au niveau des deux derniers doigts)	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2 %
– articulations P2-P3	jusqu'à 2 %	jusqu'à 2 %
Pouce :		
– articulation trapézo-métacarpienne	jusqu'à 8 %	jusqu'à 6 %
– articulation métacarpo-phalangienne	jusqu'à 6 %	jusqu'à 4 %
– articulation interphalangienne	jusqu'à 2 %	jusqu'à 2 %

Le taux est fonction de la qualité des pinces pollici-digitales.

IV. – *Déficits sensitivo-moteurs*

	Dominant	Non dominant
Paralysie totale d'un membre supérieur par lésion majeure du plexus brachial y compris atteinte des stabilisateurs de l'omoplate :	60 %	50 %
Syndrome radiculaire supérieur : concerne les racines C5, C6. Il en résulte une paralysie du deltoïde (abduction, élévation du bras), du biceps brachial, du brachial antérieur et du brachio-radial (flexion et supination de l'avant-bras) et un déficit sensitif de l'épaule, de la face externe de l'avant-bras et du pouce	25 %	15 %
Syndrome radiculaire moyen : intéresse la racine C7. Il en résulte une paralysie des extenseurs du coude (triceps brachial), du poignet et des doigts (extenseurs commun est propre). Le déficit sensitif est localisé à la face postérieure du bras et de l'avant-bras, à la face dorsale de la main et du médus	30 %	20 %
Syndrome radiculaire inférieure : concerne les racines C8, Th1. Il en résulte une atteinte des muscles de la main (de type médio-ulnaire), et un déficit sensitif de la face médiale du bras et de l'avant-bras, ainsi que du bord ulnaire de la main et des deux derniers doigts	45 %	35 %
Syndrome radiculaire inférieur : concerne les racines C8, Th1. Il en résulte une atteinte des muscles de la main (de type médio-ulnaire) et un déficit sensitif de la face médiale du bras et de l'avant-bras ainsi que du bord ulnaire de la main et des deux derniers doigts	45 %	35 %
Paralysie du nerf radial :		
– au-dessus de la branche tricipitale (avec perte de l'extension du coude)	40 %	30 %
– au-dessous de la branche tricipitale	30 %	20 %
– après transplantation tendineuse ; en fonction du résultat	15 à 20 %	10 à 15 %
Paralysie du nerf ulnaire	20 %	15 %
Paralysie du nerf médian		
– au bras ;	35 %	25 %
– au poignet	25 %	15 %
Paralysie médio-ulnaire	40 à 45 %	30 à 35 %
Paralysie du nerf circonflexe	15 %	10 %
Paralysie du nerf musculo-cutané	10 %	8 %
Paralysie du nerf spinal (déficit du trapèze et du sterno-cleïdo-mastoïdien, du soulèvement du moignon de l'épaule et de la rotation de la tête, élévation-abduction limitée à 85°)	10 à 15 %	8 à 12 %

DEUXIÈME PARTIE : LOCOMOTION

Dans l'état actuel des techniques médico-chirurgicales, les séquelles de lésions traumatiques des membres inférieurs n'aboutissent qu'exceptionnellement à un déficit complet, inappareillable de la fonction de locomotion. Le taux maximum conventionnel retenu pour un tel déficit est néanmoins un repère indispensable pour évaluer les déficits partiels de la fonction.

Perte totale de la fonction de locomotion compensée uniquement par l'utilisation d'un fauteuil roulant : 65 %.

I. – **Amputations**

Les techniques d'appareillage ont fait d'importants progrès ; mais tous les amputés ne peuvent en bénéficier.

La qualité du résultat fonctionnel est liée à la hauteur de l'amputation, à la qualité du moignon, à la tonicité musculaire, à l'âge, à l'état général, à la technicité de la réadaptation et au degré de motivation de l'amputé.

Dans les meilleurs cas, certains amputés peuvent récupérer des possibilités de déambulation très satisfaisantes. Mais la qualité du résultat fonctionnel ne doit pas masquer la réalité du handicap que représente en elle-même l'amputation.

Il est illusoire de proposer des taux précis dégressifs en fonction de l'efficacité de l'appareillage, car chaque cas est un cas particulier.

L'expert appréciera la qualité de l'appareillage et, en cas de résultat insatisfaisant, l'expert pourra se référer au taux d'IPP relatif à l'amputation sus-jacente.

Il pourra faire la même démarche en cas de troubles trophiques du moignon.

Donc, le taux d'incapacité devra être apprécié en fonction de critères cliniques précis et d'arguments techniques adéquats que l'expert doit clairement exposer dans son rapport, et à partir des taux maximaux indicatifs suivants :

Désarticulation de hanche	55 %
Amputation haute de cuisse non appareillable ou avec absence d'appui ischiatique	55 %
Amputation haute de cuisse bien appareillée : selon la longueur du moignon	45 à 50 %
Amputation de cuisse 1/3 moyen avec conservation épiphysaire distale	40 %
Amputation de jambe 1/3 moyen bien appareillé, genou intact, sans trouble trophique	30 %
Amputation de pied médico-tarsienne ou équivalente péritalienne :	
– sans équin et bon talon	25 %
– avec équin et mauvais talon	30 %
Amputation trans-métatarsienne : selon les qualités d'appui du moignon	18 à 20 %
Perte des 5 orteils	15 %
Amputation de tous les orteils avec conservation du gros orteil : selon appui métatarsien	8 à 12 %
Amputation du gros orteil (perte de la propulsion) :	
– au 1 ^{er} rayon	10 à 12 %
– perte de la tête de la 1 ^{re} phalange (perte de la propulsion rapide)	7 à 8 %

II. – Séquelles articulaires

A. – Bassin

Dans le cadre des séquelles des traumatismes du bassin, l'IPP sera fonction de l'éventuelle inégalité de longueur des membres inférieurs, de la modification de l'amplitude des mouvements des hanches, des troubles neurologiques et sphinctériens associés.

Les séquelles neurologiques avec troubles sphinctériens sont rares dans les fractures sacrées (se reporter à la partie consacrée au rachis).

a) Séquelles douloureuses de fractures extra-articulaires :

Extrémités distales du sacrum et du coccyx : elles sont à différencier des anomalies congénitales avec intégrité des sacro-iliaques.

Séquelles douloureuses rebelles de la région sacrée : jusqu'à 5 %.

Aile iliaque, branches ilio-pubiennes et ischio-pubiennes : ces fractures n'ont habituellement pas de retentissement sur la statique pelvienne ni sur la marche. Il est rare qu'elles laissent persister des douleurs ou une gêne fonctionnelle.

En cas de persistance de douleurs locales lors des mouvements d'abduction ou dans la position assise : jusqu'à 5 %.

b) Séquelles douloureuses de fractures articulaires (cotyle exclu : se reporter au paragraphe « hanche »).

Disjonctions pubiennes isolées :

Jusqu'à 4 cm : jusqu'à 5 %,

en cas de disjonction de plus de 4 cm, l'IPP est fonction des séquelles des lésions associées.

Douleurs sacro-iliaques isolées :

En fonction des lésions ostéo-ligamentaires documentées : 3 à 10 %.

B. – Hanche

La maîtrise des techniques d'implantation des prothèses de hanche et la qualité des matériaux, la constance d'une proportion très importante d'excellents résultats ont élargi suffisamment les indications de cette intervention pour que certains types de séquelles, telle « l'ankylose en position vicieuse », soient devenus exceptionnels.

Cependant, compte tenu de la durée de vie actuellement admise des prothèses (15 à 20 ans), de certains aléas de leur renouvellement, il est encore licite de retarder l'implantation d'une prothèse chez des sujets jeunes en attendant que douleurs et déficit fonctionnel deviennent difficilement supportables.

Il peut donc exister d'assez longues périodes pendant lesquelles l'état séquellaire n'est pas réellement stabilisé, les séquelles restant accessibles à une thérapeutique médicale qui peut les améliorer significativement. Ces situations se prêtent mal à la détermination d'un taux d'incapacité permanente.

Le résultat actuel de l'arthroplastie de hanche autorise une évaluation basée sur le seul résultat fonctionnel de la hanche après implantation de la prothèse.

Hanche et secteur de mobilité utile : la flexion est le mouvement le plus important de la hanche. Pour marcher, il faut 30 à 45° de flexion. Pour se couper les ongles de pied, il faut 100° de flexion de hanche.

Ankylose (c'est-à-dire raideur serrée sans fusion radiologique)	30 %
Ankylose en attitude vicieuse	35 à 40 %
Arthrodèse (c'est-à-dire fusion osseuse anatomique)	20 %
Arthrodèse en attitude vicieuse	35 à 40 %
Hanche ballante	40 %
Limitation de la flexion, de l'abduction et de la rotation externe dans le secteur de mobilité utile de la hanche	8 à 15 %
Raideur de hanche en attitude vicieuse : flexum, rotation interne, adduction	20 à 25 %
Raideur avec conservation uniquement de la flexion de hanche	15 %
Limitation minimale des amplitudes articulaires ; selon le secteur de mobilité atteint	jusqu'à 8 %

C. – Les cals vicieux du fémur

Un cal vicieux en valgus et rotation externe est bien toléré.

Un cal vicieux en varus et rotation interne ou associant de grandes déformations est mal toléré.

Pour procéder à la détermination du taux d'IPP, il faudra tenir compte des déformations articulaires et de la bascule du bassin (à vérifier et à quantifier)

Lorsqu'il existe un raccourcissement :

- jusqu'à 10 mm compensé par une talonnette : pas d'incapacité ;
- entre 10 et 50 mm : jusqu'à 8 % ;
- au delà de 50 mm : supérieur à 8 %.

D. – Genou

Pour monter les escaliers, il faut au minimum 90° de flexion ; pour les descendre, au minimum 105° de flexion ; pour conduire, il faut au minimum 30° de flexion ; pour être assis de manière confortable, il faut au minimum 60° de flexion.

Ankylose (raideur serrée sans fusion radiologique) : 25 à 30 %.

Arthrodèse (fusion osseuse anatomique) : 25 %.

Limitation de la flexion du genou avec conservation de l'extension ; flexion possible :

- de 0 à 30° : 20 % ;
- de 0 à 60° : 15 % ;
- de 0 à 90° : 10 % ;
- de 0 à 110° : 5 à 8 % ;
- au-dessus : jusqu'à 5 %.

Flexum (déficit d'extension isolée) actif ou passif :

- de 0 à 10° : jusqu'à 5 % ;
- de 10 à 20° : 5 à 10 %.

Laxité antérieure isolée :

- avec ressaut antéro-externe typique reproduisant la gêne alléguée : 5 à 10 % ;
- sans ressaut : jusqu'à 5 %.

Laxité postérieure isolée bien tolérée : jusqu'à 5 %.

Laxité chronique mixte périphérique et antéro-postérieure : 5 à 15 %.

Laxité chronique grave à la limite de l'arthrodèse : 20 %.

Genou ballant appareillé y compris le raccourcissement (par exemple après ablation de prothèse) : 30 %.

Genou instable. Il faut tenir compte de l'épanchement, de l'amyotrophie, des laxités périphériques en extension.

L'état fonctionnel du genou est évalué, qu'il ait été opéré ou non (ligamentoplastie ou ostéotomie ou arthroplastie).

La patella (rotule) et les syndromes rotuliens (fémoro-patellaires) :

La pathologie post-traumatique de la patella doit être différenciée de celle de la dysplasie congénitale de l'appareil extenseur (luxation récidivante de la patella).

Par ailleurs, la classification arthroscopique des chondropathies n'est pas superposable à la classification radiologique de l'arthrose.

Les luxations vraies traumatiques sont rares ; l'IPP est à évaluer selon les capacités résiduelles du genou.

Le syndrome fémoro-patellaire se définit par une douleur antérieure avec instabilité survenant à la descente des escaliers et par une douleur à la position assise prolongée : le signe de Smillie reproduit la gêne alléguée :

- post-contusif : jusqu'à 3 % ;
- après fracture de la patella (fracture ostéochondrale exceptée) : jusqu'à 8 %.

Rupture de l'appareil extenseur, lésion du tendon rotulien ou du tendon quadricipital ou jusqu'à 8 % de leurs insertions :

l'évaluation de l'IPP sera fonction du flexum actif persistant.

La présence d'une prothèse n'est pas génératrice à elle seule d'une incapacité permanente partielle.

Le plus souvent, la laxité latérale s'inscrit dans une symptomatologie globale de la fonction articulaire du genou. Lorsqu'elle est strictement isolée, elle est peu génératrice de troubles et, à ce titre, ne justifie pas en elle-même de taux d'IPP.

Les déviations axiales (genu varum, genu valgum) ne sont pas en elles-mêmes génératrices d'un taux d'incapacité : elles sont à intégrer dans l'évaluation globale de la fonction articulaire du genou.

E. – Cheville

Arthrodèse (fusion osseuse anatomique) :

- tibio-talienne (en bonne position) : 10 à 12 % ;
- arthrodèse tibio-talienne, médio-talienne et sous-talienne associées : 20 %.

Ankylose (raideur serrée sans fusion radiologique) :

- tibio-talienne : 10 à 15 %.

Perte de la flexion dorsale isolée mesurée genou fléchi : jusqu'à 5 %.

Equinisme résiduel post-traumatique :

- moins de 2 cm : 5 % ;
- 2 cm et plus avec médio-tarsienne normale : 5 à 10 % ;
- de plus de 2 cm avec une mobilité de la médio-tarsienne réduite : 10 % ;
- de plus de 2 cm sans mobilité de la médio-tarsienne : 15 % ;
- nécessitant un appareillage autre que la talonnette : 12 %.

F. – Pied

Compte tenu de la complexité anatomique de la région et de la difficulté à analyser les différents segments fonctionnels, l'expert devra procéder à une évaluation globale en fonction des taux ci-dessous en tenant compte également de la douleur, de la stabilité du pied, des troubles circulatoires et trophiques, de la nécessité d'utiliser une ou deux cannes, des troubles des empreintes plantaires à l'appui.

Hallux rigidus post-traumatique : 4 %.

Modifications des appuis plantaires :

- avec hyperkératose et déformations des orteils : 3 à 10 % ;
- sans hyperkératose : 3 %.

Ankylose de la sous-talienne et de la médio-tarsienne en bonne position : 10 à 15 %.

Arthrodèse de la sous-talienne en bonne position : 8 à 10 %.

Articulation tarso-métatarsienne (Lisfranc) :

- ankylose : 8 à 15 % ;
- arthrodèse : 8 à 12 %.

Laxité du cou-de-pied :

- séquelle d'« entorse » bénigne : 0 à 3 % ;
- laxité chronique post-traumatique de la cheville (documentée) : 3 à 6 %.

III. – Atteintes radiculaires

Paralysie sciatique totale :

- forme haute tronculaire avec paralysie des fessiers (boiterie de Tredelenbourg). Prévoir une réduction de 5 à 10 % selon la qualité de la compensation : 40 à 45 % ;
- forme basse sous le genou, non appareillée : 35 %.

Paralysie du nerf sciatique poplité externe (nerf fibulaire) :

- totale (releveurs et valgisants) : 20 % ;
- compensée par appareillage ou interventions chirurgicales, selon le résultat : 10 à 15 %.

Paralysie totale du nerf sciatique poplité interne (nerf tibial) :

20 %.

Paralysie du nerf fémoral (nerf crural) :

- totale : 35 % ;
- appareillée ou partielle : jusqu'à 20 %.

Paralysie du nerf fémoro-cutané (ou meralgie) : inférieur à 5 % ;

Paralysie du nerf obturateur : 5 %.

TROISIÈME PARTIE : RACHIS

Les séquelles douloureuses des traumatismes vertébraux cervico-thoraco-lombaires ont en commun de ne pas être toujours proportionnelles à l'importance des lésions disco-ostéoligamentaires initiales, de se greffer souvent sur un état antérieur arthrosique latent ou patent du rachis, d'avoir fait l'objet de nombreuses tentatives thérapeutiques.

Pour permettre une bonne évaluation des séquelles, il est impératif que l'expert associe systématiquement un examen neurologique à son examen locomoteur. Il complétera cet examen en prenant connaissance des données des examens complémentaires pratiqués, principalement l'imagerie.

En ce qui concerne le rachis préalablement arthrosique, seule une modification organique du processus évolutif autorise sa prise en compte dans l'évaluation de l'IPP.

I. – Rachis cervical

A. – *Sans complication neurologique*

Plusieurs éventualités peuvent schématiquement être distinguées :

Sans lésion osseuse ou disco-ligamentaire initiale documentée ;

Douleurs intermittentes déclenchées par des causes précises, toujours les mêmes, nécessitant à la demande la prise de médicaments antalgiques et/ou anti-inflammatoires, avec diminution minime de l'amplitude des mouvements actifs : jusqu'à 3 % ;

Avec lésions osseuses ou disco-ligamentaires initiales documentées ;

Douleurs fréquentes avec limitation cliniquement objectivable de l'amplitude des mouvements, contrainte thérapeutique réelle mais intermittente : 3 à 10 % ;

Douleurs très fréquentes avec gêne fonctionnelle permanente requérant des précautions lors de tous mouvements, sensations vertigineuses fréquentes et céphalées postérieures associées, raideur importante de la nuque : 10 à 15 %.

B – *Avec complications neurologiques ou vasculaires*

Les séquelles étant essentiellement neurologiques, se reporter au chapitre concerné.

II. – Rachis thoracique, thoraco-lombaire et lombaire

A. – *Sans séquelles neurologiques (syndrome rachidien)*

Douleurs déclenchées de façon intermittente par des causes précises, nécessitant à la demande une thérapeutique appropriée, imposant la suppression d'efforts importants et/ou prolongés associées à une discrète raideur segmentaire active : jusqu'à 3 %.

Raideur active et gêne douloureuse pour tous les mouvements, en toutes positions nécessitant une thérapeutique régulière : 5 à 10 %.

Gêne permanente avec douleurs inter-scapulaires, troubles de la statique, dos creux, perte de la cyphose thoracique radiologique, avec contraintes thérapeutiques : 10 à 20 %.

B. – *Avec complications neurologiques médullaires ou radiculaires déficitaires*

Se reporter au chapitre « Neurologie ».

VII. – APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Quelles que soient la nature et l'origine de la lésion cardio-vasculaire, l'évaluation du déficit imputable doit se baser d'abord sur les manifestations fonctionnelles dont il est possible de graduer l'importance en se référant à la classification NYHA (New York Heart Association).

Ce bilan fonctionnel sera validé par un examen clinique et l'analyse de l'ensemble des examens para-cliniques déjà pratiqués (ECG, échographie transthoracique, voire transœsophagienne, holter, doppler, épreuve d'effort, cathétérisme, angiographie...) ou que l'expert pourra demander ou réaliser s'ils ne sont pas invasifs.

Il conviendra de tenir compte également de la contrainte thérapeutique et de la surveillance qu'elle impose.

I. – Séquelles cardiologiques

Pas de limitation fonctionnelle. Bonne tolérance à l'effort. Aucun signe de dysfonction myocardique ou d'ischémie à l'effort	jusqu'à 5 %
Idem, avec contraintes thérapeutiques et surveillance	5 à 8 %
Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts substantiels (sport). Aucun signe de dysfonction ou d'ischémie myocardique, Contrainte thérapeutique, surveillance cardiologique régulière	8 à 15 %
Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts patents. Signes de dysfonction myocardique (échodoppler, cathétérisme...). Contrainte thérapeutique, surveillance cardiologique rapprochée	15 à 25 %
Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts ordinaires (2 étages) (classe fonctionnelle II), confirmée par l'ECG d'effort ou l'existence de signes de dysfonction myocardique. Contre-indication des efforts physiquement contraignants et contrainte thérapeutique avec surveillance cardiologique rapprochée	25 à 35 %
Limitation fonctionnelle entravant l'activité ordinaire (marche rapide: classe fonctionnelle II+ ou III), altération franche des paramètres échographiques ou échodoppler. Intolérance à l'effort avec anomalies à l'ECG d'effort	35 à 40 %
Idem, avec contrainte thérapeutique importante (quadri ou pentathérapie) et/ou troubles du rythme symptomatiques et documentés	40 à 50 %
Limitation fonctionnelle pour les efforts modestes (classes fonctionnelles III et III+) associée à des manifestations d'incompétence myocardique (œdème pulmonaire) ou à des complications vasculaires périphériques ou à des troubles du rythme complexes avec contrainte thérapeutique lourde et surveillance étroite	50 à 60 %
Symptomatologie fonctionnelle majeure même au repos (classe fonctionnelle IV) confirmée par les données cliniques (deshabillage, examen clinique) et para-cliniques. Contrainte thérapeutique majeure, hospitalisations fréquentes	60 % et plus
Les taux supérieurs à 60 % sont exceptionnels en cardiologie et résultent de complications notamment neuro-vasculaires.	
Transplant:	
L'éventualité d'un transplant prend en compte la contrainte thérapeutique lourde et la surveillance particulièrement étroite de ces patients. Selon le résultat fonctionnel et la tolérance aux immunosuppresseurs	25 à 30 %

II. – Séquelles vasculaires

A. – Séquelles artérielles

Les principes d'évaluation des séquelles sont identiques à ceux exposés au chapitre des séquelles cardiologiques prenant pour référence fonctionnelle le degré de claudication.

Pour les amputations, se reporter au chapitre « Appareil locomoteur ».

B. – Séquelles veineuses

Il s'agit de séquelles objectives de phlébite indiscutable et imputable qui doivent être appréciées en prenant en compte un éventuel état antérieur.

Sensation de jambe lourde, pas de restriction de l'activité, œdème allégué en fin de journée. Pas de troubles trophiques objectifs.	jusqu'à 3 %
Gêne à la marche prolongée. Œdème permanent mesurable nécessitant de façon définitive le port d'un bas de contention. Dermite ocre	4 à 10 %
Idem, avec ulcères récidivants et contrainte thérapeutique (traitement anticoagulant, filtre cave...)	10 à 15 %

En cas de séquelles permanentes et objectives d'embolie pulmonaire (scintigraphie pulmonaire de perfusion-ventilation, HTAP), prendre en considération l'impact sur la fonction respiratoire.

III. – Les prothèses

Les taux proposés en cas de prothèse vasculaire, valvulaire ou d'endoprothèse (stent...) doivent ressortir de la même analyse, la prothèse n'étant pas, par elle-même, motif à augmentation du taux.

Il en va de même de l'éventualité d'un stimulateur ou d'un défibrillateur automatique implantable.

IV. – Séquelles pariétales

Séquelles pariétales douloureuses persistantes (thoracotomie, sternotomie): 0 à 5 %

VIII. – APPAREIL RESPIRATOIRE

Qu'il s'agisse de séquelles de traumatismes thoraciques (fractures pluricostales, épanchements pleuraux, lésions diaphragmatiques, exérèses pulmonaires), d'atteinte de la trachée (sténose), d'atteinte broncho-pulmonaire (asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BCPO), emphysème, fibrose pulmonaire, autres affections), l'évaluation de l'incapacité permanente doit se baser sur l'importance de l'insuffisance respiratoire chronique.

L'insuffisance respiratoire s'apprécie à distance d'un épisode aigu d'après :

L'importance de la dyspnée qu'il est possible de graduer en se référant à l'échelle (de 1 à 5) des dyspnées de Sadoul ;

L'examen clinique ;

L'analyse des différents examens paracliniques déjà pratiqués (imagerie, endoscopie, gazométrie...) ou que l'expert pourra demander ou réaliser s'ils ne sont pas invasifs (VEMS/CV, DEM, CPT, CV, TLCO/VA, Sa O₂...) (2).

I. – Insuffisance respiratoire chronique

L'évaluation devra toujours tenir compte de l'état préexistant de la fonction respiratoire.

En cas de discordance entre les plaintes respiratoires et les paramètres fonctionnels de repos normaux, un test de marche de 6 minutes peut être effectué et/ou une épreuve d'effort (avec VO₂ max) en l'absence de contre-indication.

Dyspnée pour des efforts importants avec altération mineure d'une des épreuves fonctionnelles : 2 à 5 %.

Dyspnée à la montée d'un étage, à la marche rapide ou en légère pente avec :

- soit CV ou CPT entre 70 et 80 % ;
- soit VEMS entre 70 et 80 % ;
- soit TLCO/VA entre 60 et 70 % : 5 à 15 %.

Dyspnée à la marche normale à plat avec :

- soit CV ou CPT entre 60 et 70 % ;
- soit VEMS entre 60 et 70 % ;
- soit TLCO/VA inférieur à 60 % : 15 à 30 %.

Dyspnée à la marche sur terrain plat à son propre rythme avec :

- soit CV ou CPT entre 50 et 60 % ;
- soit VEMS entre 40 et 60 % ;
- soit hypoxémie de repos (Pa O₂) entre 60 et 70 mm Hg : 30 à 50 %.

Dyspnée au moindre effort (déshabillage) avec :

- soit CV ou CPT inférieure à 50 % ;
- soit VEMS inférieur à 40 % ;
- soit hypoxémie inférieure à 60 mm Hg associée ou non à un trouble de la capnie (Pa CO₂), avec éventuelle contrainte d'une oxygénothérapie de longue durée (16 h/jour) ou d'une trachéotomie ou d'une assistance ventilatoire intermittente : 50 % et plus.

II. – Asthme

L'asthme peut entraîner un handicap, alors que la fonction respiratoire inter-critique reste normale. Il s'agit d'asthme intermittent :

Ne nécessitant pas de traitement de fond : jusqu'à 5 %.

Nécessitant un traitement de fond : 5 à 10 %.

En cas d'anomalie permanente des EFR, on se reportera à l'évaluation de l'insuffisance respiratoire.

III. – Séquelles pariétales

Séquelles douloureuses persistantes de thoracotomie : jusqu'à 5 %.

IV. – Pathologies tumorales

(cancer broncho-pulmonaire, mésothéliome...)

Les séquelles seront appréciées en fonction de l'insuffisance respiratoire résiduelle, de l'acte chirurgical éventuel (thoracoscopie, pleurectomie, exérèses segmentaire lobaire ou d'un poumon) et en tenant compte de l'existence de douleurs thoraciques invalidantes et des symptômes attachés à l'étiologie.

Taux indicatif : 15 à 60 %.

IX. – HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Ce n'est qu'au terme d'un examen médical comportant un interrogatoire détaillé, un examen clinique complet et une étude méthodique des résultats des différentes explorations para-cliniques (radiographies, endoscopies, échographies, bilans biologiques...) que l'expert peut juger du retentissement sur la fonction digestive d'une lésion traumatique, d'une infection ou d'une agression toxique et en évaluer l'importance.

I. – Séquelles pariétales

A. – Calcifications cicatricielles (os de seiche)

Jusqu'à 5 %.

B. – Eventrations

En cas d'inaccessibilité à une thérapeutique chirurgicale communément admise :

Eventration de petite taille, responsable de quelques douleurs sans répercussion sur la fonction digestive : jusqu'à 5 %.

Eventration de taille plus importante entraînant douleurs et troubles du transit (parfois phénomènes subocclusifs), nécessitant le port d'un appareillage, selon la taille et l'importance des troubles : 5 à 20 %.

Il est exceptionnel de rencontrer dans le cadre de l'évaluation médico-légale des éventrations majeures avec retentissement respiratoire et viscéral pouvant justifier des taux supérieurs à 20 %.

II. – Troubles communs aux différentes atteintes de l'appareil digestif

Bien que chaque étage de l'appareil digestif (œsophage, estomac, foie, vésicule biliaire, pancréas, intestin) possède une symptomatologie spécifique, l'expert se fondera, pour évaluer le taux d'incapacité, sur l'importance et l'association des troubles (douleurs, dysphagies, nausées, vomissements, flatulences, constipation, diarrhée), sur les contraintes qu'ils imposent et sur leur retentissement sur l'état général.

Sans contrainte diététique ou thérapeutique permanente	jusqu'à 5 %
Nécessitant un suivi médical irrégulier, un traitement intermittent, des précautions diététiques, sans retentissement sur l'état général.	5 à 10 %
Nécessitant un suivi médical régulier, un traitement quasi permanent, une contrainte diététique stricte avec incidence sociale	10 à 20 %
Nécessitant un suivi médical fréquent, un traitement constant, une contrainte diététique stricte avec retentissement sur l'état général	20 à 30 %

III. – Stomies cutanées

Colostomies gauches	10 à 20 %
Colostomies droites, iléostomies, gastrostomies	20 à 30 %
Oesophagogastrectomie totale avec œsophagoplastie colique, atteinte de l'état général, importantes contraintes alimentaires	15 à 25 %

IV. – Incontinences

Aux gaz avec conservation d'une continence aux matières	5 à 10 %
Avec fuites inopinées, conservation d'un contrôle sphinctérien	10 à 15 %
Sans possibilité de contrôle sphinctérien	20 à 30 %

V. – Hépatites virales

A. – Aiguës

Quel que soit le virus en cause, elles guérissent habituellement sans séquelles, y compris les formes prolongées.

Les formes fulminantes entraînent la mort dans 90 % des cas. Cette incidence ne peut être réduite que par une transplantation hépatique (se reporter au paragraphe VII).

B. – Chroniques

Qu'elles soient dues au virus B (avec ou sans association avec le virus Delta), ou au virus C, elles ont pour risque commun la possibilité d'évolution vers la cirrhose au terme d'un délai très variable (de moins de 10 ans à 40 ans).

L'évaluation s'appuiera sur 3 ordres de constatations :

Les constatations sérologiques et histologiques permettant d'apprécier l'importance des risques et la vitesse d'évolution vers la cirrhose :

- pour l'hépatite B :
 - taux sérique de DNA viral ;
 - existence d'un antigène H Be ;
- pour l'hépatite C :
 - importance de la charge virale en ARNC ;
 - génotype du virus ;
- pour les deux formes :
 - les données du score de métavir, apprécié par la biopsie hépatique (ce score est plus précis que le score de Knödel dans la mesure où il permet de différencier précisément le degré de fibrose).

Les constatations cliniques et les manifestations fonctionnelles.

Les possibilités et les résultats du traitement médical.

Si un traitement a été appliqué, l'évaluation doit se faire au moins 6 mois après l'arrêt du traitement, quelle qu'en ait été la durée.

La réponse soutenue au traitement est caractérisée par la normalisation de la biologie (ALAT) et la non-détection de l'ARNC sérique.

Trois éventualités :

- réponse soutenue au traitement ;
- patient répondeur au traitement mais rechuteur ;
- patient non répondeur.

Avant le stade de la cirrhose :

- score métavir égal ou inférieur à A1 F1 : jusqu'à 5 % ;
- score métavir supérieur à A1 F1, inférieur à F4 : 5 à 10 % ;
- score métavir égal ou supérieur à F4 : l'évolution est celle de la cirrhose.

En cas d'atteintes pathologiques concomitantes documentées dont l'origine pourrait être rapportée à l'hépatite chronique C (arthromyalgies, neuropathies périphériques, vascularite), il convient de se reporter aux appareils concernés.

Pour certaines manifestations extra-hépatiques également documentées, une majoration éventuelle du taux initial est possible.

Au stade de cirrhose :

Les taux se basent sur la classification de Child :

- classe 1 : bonne fonction hépatique Child A : de 10 à 20 % ;
- classe 2 : altération modérée de la fonction hépatique Child B : 20 à 40 % ;
- classe 3 : insuffisance hépatique avancée Child C : 60 % et plus.

VI. – Hépatites d'autres origines

En cas de passage à la chronicité, l'évaluation se fera en fonction des troubles cliniques et histologiques (voir ci-dessus).

VII. – Transplants

En prenant en compte la contrainte thérapeutique lourde, la nécessité d'une surveillance médicale étroite, la tolérance au traitement : 30 à 40 %.

Pour les transplantations à la suite d'une hépatite B ou C, le risque doit être apprécié de façon différente, compte tenu des récides (25 % pour l'hépatite B, plus de 90 % pour l'hépatite C).

X. – ENDOCRINOLOGIE. – MÉTABOLISME

En droit commun, l'évaluation médico-légale d'un dommage corporel uniquement constitué par un déficit endocrinien est une éventualité rare. Elle se heurte souvent à des problèmes difficiles d'imputabilité, compte tenu de l'existence possible, préalablement au fait incriminé, de déficits biologiques ignorés dont ce fait a précipité l'évolution.

I. – Hypophyse

Les hypopituitarismes persistants sont une complication rare des traumatismes crâniens graves (de l'ordre de 1 %). Ces déficits ne sont pratiquement jamais isolés, s'inscrivant dans un tableau séquellaire complexe.

Panhypopituitarisme (antérieur et postérieur) nécessitant un traitement substitutif et une surveillance clinique et biologique contraignante ; selon l'efficacité du traitement : 25 % à 40 %.

Hypopituitarisme postérieur : diabète insipide bien contrôlé par un traitement adéquat ; selon l'efficacité du traitement substitutif : 5 % à 15 %.

II. – Thyroïde

A. – Hyperthyroïdie (*maladie de Basedow*)

L'évaluation définitive ne pourra être faite qu'après traitement adapté (antithyroïdiens de synthèse pendant 18 mois, chirurgie, iode radioactif...).

S'il persiste des signes cliniques de dysfonctionnement thyroïdien et selon le retentissement sur les autres appareils :

10 % à 30 %.

B. – Hypothyroïdie

En dehors des hypothyroïdies idiopathiques, une hypothyroïdie peut survenir après traitement d'une hyperthyroïdie par chirurgie ou iode radioactif.

Si bien équilibrée par un traitement substitutif : 5 %.

III. – Parathyroïde

Il s'agit essentiellement d'hypoparathyroïdie qui peut se rencontrer après une thyroïdectomie.

Selon la difficulté d'équilibrer l'hypocalcémie : 5 à 15 %.

IV. – Surrénales

Une insuffisance surrénale iatrogène, secondaire à un traitement corticothérapique (parfois intempestif), peut apparaître lors du sevrage. L'insuffisance surrénale ainsi constituée nécessite une corticothérapie adaptée.

Selon les contraintes liées à la thérapeutique et à la surveillance : 10 à 25 %.

V. – Pancréas-diabète

A. – Diabète non insulino-dépendant

Il n'est jamais consécutif à un fait traumatique. Mais cet événement peut extérioriser un état méconnu latent ou aggraver transitoirement un état connu jusqu'alors compensé.

Une prise en charge adaptée doit permettre le retour à l'état antérieur. Un taux d'incapacité permanente n'est jamais justifié.

B. – Diabète insulino-dépendant

Il peut apparaître au décours d'un fait traumatique chez des sujets qui n'en présentaient auparavant aucun signe clinique ou biologique connu. L'imputabilité est toujours difficile à établir, sauf en cas de lésions pancréatiques majeures ayant nécessité une résection de 80 à 90 % de la glande (hypothèse exceptionnelle).

Aucune observation de diabète sucré consécutif à un traumatisme crânien grave n'a été rapportée.

Si l'imputabilité est acceptée :

Diabète simple, bien équilibré par un traitement insulinique simple : 15 à 20 % ;

Diabète instable malgré la surveillance et les tentatives thérapeutiques avec gêne fonctionnelle quotidienne : 20 à 35 %.

En cas de complications laissant des séquelles définitives, se reporter aux spécialités concernées.

XI. – HÉMATOLOGIE ET MALADIES DU SANG

A. – Rate

Splénectomie sans anomalie hématologique : jusqu'à 5 %.

Splénectomie avec anomalies hématologiques définitives : 5 à 10 %.

Chez l'enfant, l'existence d'épisodes infectieux ou de greffes infectieuses doit inciter à reporter la consolidation.

B. – Autres anomalies hématologiques

Elles peuvent exceptionnellement faire l'objet d'une demande d'évaluation. Elles sont presque toujours réversibles et ne sont donc pas constitutives d'un taux d'incapacité permanente partielle. Dans les rares cas où ces anomalies sont définitives et nécessitent un suivi médical, il conviendra de se reporter, pour l'évaluation du taux d'incapacité, aux propositions concernant la ou les spécialités concernées par les déficits constatés.

XII. – NÉPHROLOGIE-UROLOGIE

Lorsque les troubles de la fonction urinaire font partie d'un ensemble pathologique, comme par exemple les « vessies neurologiques » consécutives à des lésions médullaires, l'évaluation du taux d'IPP se fera globalement au titre de l'entité clinique en cause.

Ils ne feront l'objet d'une évaluation spécifique que s'ils constituent l'essentiel du déficit physiologique donnant lieu à évaluation médico-légale.

I. – Néphrologie

A. – Néphrectomie

Unilatérale - Fonction rénale normale : 3 %.

B. – Insuffisance rénale

Clearance de la créatinine entre 60 et 80 ml/mn avec HTA 16/9 : jusqu'à 10 %.

Clearance de la créatinine entre 30 et 60 ml/mn. HTA avec minima 12. Nécessité d'un régime et d'un traitement médical stricts : 10 à 25 %.

Clearance de la créatinine 30 ml/mn. Altération de l'état général. Régime très strict et contraintes thérapeutiques lourdes : 25 à 35 %.

Clearance de la créatinine inférieure à 10 ml/mn. Nécessité de mise en hémodialyse en centre ou autodialyse ; selon complications : 35 à 50 %.

C. – Transplantation rénale

Selon tolérance aux traitements corticoïdes et immuno-dépresseurs : 20 à 30 %.

II. – Urologie

Les taux proposés prennent en considération les complications et contraintes thérapeutiques.

A. – Rétention d'urines (hors pathologies médullaires ou centrales)

Auto ou hétéro-sondages (3 à 6 par jour) : jusqu'à 15.

Sonde à demeure : 20 à 25 %.

Stimulateur implanté : jusqu'à 5 %.

B. – Incontinence urinaire

Quelques fuites ne nécessitant pas de protection : jusqu'à 5 %.

Envies impérieuses : jusqu'à 10 %.

Fuites régulières à l'effort, à la toux. Nécessité de protection : 5 à 10 %.

Forme sévère nécessitant garniture permanente : 20 à 25 %.

Sphincter artificiel : 5 à 10 %.

C. – Sténose de l'urètre avec diminution du débit urinaire

Nécessitant 1 à 2 dilatations par an : jusqu'à 5 %.

Nécessitant plus de 10 dilatations par an : jusqu'à 10 %.

D. – Dérivations urinaires définitives

Néphrostomie unilatérale : 10 à 20 %.

Néphrostomie bilatérale : 20 à 30 %.

Urétérostomie transiléale ou transcolique ; cystostomie : 10 à 20 % ;

Urétérostomie unilatérale avec sonde urétérale, collecteur et poche : 15 à 20 %.

Urétérostomie bilatérale avec sonde urétérale, collecteur et poche : 20 à 30 %.

XIII. – PROCRÉATION-SEXUALITÉ

Les atteintes à la fonction de reproduction peuvent résulter d'une anomalie anatomique, d'un déficit physiologique, d'un dysfonctionnement dans la réalisation de l'acte sexuel.

Les anomalies anatomiques et les déficits physiologiques peuvent être validés par des arguments cliniques relevant de la technique médicale habituelle. Ces conséquences s'expriment par un taux d'IPP. Certaines peuvent être palliées aussi bien chez l'homme que chez la femme par les techniques d'assistance médicale à la procréation que l'expert devra expliciter.

A. – Ablation d'organe

Hystérectomie : 6 %.

Ovariectomie :

- unilatérale : 3 % ;
- bilatérale : 6 %.

Salpingectomie :

- unilatérale : 3 % ;
- bilatérale : 6 %.

Orchidectomie :

- unilatérale : 3 % ;
- bilatérale : 6 %.

Amputation de la verge (en tenant compte de l'ensemble de l'atteinte des troubles de la fonction) : 20 à 25 %.

B. – Stérilité

Stérilité inaccessible (quelle qu'en soit la cause) aux techniques d'assistance médicale à la procréation (taux incluant l'ablation de l'organe) : 20 à 25 %.

C. – Sexualité

Les troubles dans la réalisation de l'acte sexuel ne peuvent s'exprimer en un taux d'IPP.

Pour se prononcer sur la nature et l'imputabilité de troubles de cet ordre, l'expert devra les décrire en détail, en se reportant aux doléances exprimées, aux données de l'interrogatoire, aux résultats des éventuels examens cliniques ou paracliniques spécialisés pratiqués. Il confrontera ces éléments avec les lésions initiales et donnera son avis sur l'existence du dommage sans se prononcer sur l'éventuel préjudice qui peut en résulter.

D. – Cas particuliers

De même que d'autres atteintes à l'intégrité corporelle, la mammectomie uni ou bilatérale (exceptionnelle en matière traumatique) peut avoir une répercussion sur la vie sexuelle.

Cette répercussion devra faire l'objet d'une description précise par l'expert.

En cas de répercussion :

- sur l'équilibre rachidien, se reporter au chapitre « Rachis » ;
- sur la mobilité de l'épaule, se reporter au chapitre « Appareil locomoteur-préhension ».

En ce qui concerne uniquement la perte de l'organe :

- mammectomie unilatérale : 5 % ;
- mammectomie bilatérale : 10 %.

Lymphœdème : 10 %.

XIV. – SÉQUELLES CUTANÉES DES BRÛLURES GRAVES ET ÉTENDUES

Les brûlures graves et étendues peuvent être à l'origine de séquelles spécifiques en dehors de celles d'ordre purement esthétique, psychologique, des amputations d'organes et/ou des graves altérations de régions anatomiques, des atteintes des fonctions articulaires ou sensitivo-motrices, qui font l'objet d'une évaluation distincte.

Le taux d'IPP proposé pour ces séquelles spécifiques doit tenir compte essentiellement :

- de la surface des lésions, mais également ;
- du mode de réparation (greffes autologues, cultures) ;
- des anomalies des zones greffées :
 - du dysfonctionnement dans les échanges habituels de la peau (thermo-régulation, sudation...) ;
 - de la fragilité cutanée (ulcérations, fissures au port des vêtements, intolérance au soleil) ;
 - du prurit, de l'eczématisation, hyperkératose.

Un taux d'IPP n'est justifié que lorsqu'il s'est agi de brûlures profondes avec greffe ou cicatrisation pathologique.

Selon le pourcentage de la surface des lésions :

- inférieur à 10 % : jusqu'à 5 % ;
- de 10 à 20 % : 5 à 10 % ;
- de 20 à 60 % : 10 à 25 % ;

– plus de 60 % : 25 à 50 %.

(1) DINTILHAC Jean-Pierre, *Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels*, version mise à jour du 20/12/2021. Disponible en ligne : Nomenclature des postes de préjudices : rapport de M. Dintilhac - ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. Voir définitions du poste de DFP visées aux pages 38 et 39 de ce rapport.