BARÈME MINIMUM D'INVALIDITÉ PERMETTANT DE DÉTERMINER LE TAUX D'INCAPACITÉ DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS DE L'ÉTAT ET DE LA COMMUNE VICTIMES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Annexe à l'Arrêté Ministériel n° 2026-438
du 30 juillet 2026

ANNEXE AU « JOURNAL DE MONACO »

N° 8.811 DU 7 AOÛT 2026

Chapitre PRÉLIMINAIRE

Première partie – Principes généraux servant à l'application du présent barème

Le présent barème est un barème indicatif.

Les taux d'incapacité proposés au Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation ne sont que des taux moyens. En conséquence, le Médecin Conseil 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 préjudice consécutif aux séquelles des accidents du travail.

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.

En tout état de cause, 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 Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation, lorsque les séquelles de l'accident du travail 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 Conseil chargé de l'évaluation doit tenir compte, avant de proposer le taux médical d'incapacité permanente, sont donc :

1° La nature de l'infirmité. Cet élément doit être considéré comme la donnée de base d'où l'on part, 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 Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État 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 exprime clairement les raisons.

L'estimation de l'état général n'inclut pas des 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 physiologie, 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.

Le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation 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° Les facultés physiques et mentales. Il doit être tenu compte des possibilités de l'individu et de l'incidence que peuvent avoir sur elles les séquences 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° Les aptitudes et qualifications professionnelles. La notion de qualification professionnelle se rapporte aux possibilités d'exercice d'une profession déterminée. Quant aux aptitudes, il s'agit des facultés que peut avoir une victime d'accident du travail de se reclasser ou de réapprendre un métier compatible avec son état de santé.

Lorsqu'un accident du travail paraît avoir des répercussions particulières sur la pratique du métier, et, à plus forte raison, lorsque la victime ne paraît pas en mesure de reprendre son activité professionnelle antérieure, le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation peut demander, en accord avec l'intéressé, des renseignements complémentaires au Médecin du Travail de l'Office de la Médecine du Travail. La possibilité pour la victime de continuer à occuper son poste de travail, au besoin en se réadaptant, ou au contraire, l'obligation d'un changement de poste et les facultés que peut avoir la victime de se reclasser ou de réapprendre un métier, doivent être précisées en particulier du fait de dispositions de la réglementation.

Deuxième partie – Mode de calcul du taux médical

Les séquelles d'un accident du travail ne sont pas toujours en rapport avec l'importance de la lésion initiale : des lésions, minimes au départ, peuvent laisser des séquelles considérables, et, à l'inverse, des lésions graves peuvent ne laisser que des séquelles minimes 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 les séquelles prennent ce caractère permanent, qui justifie la consolidation, à condition que la valeur du préjudice en résultant soit définitive.

La guérison, à l'inverse, ne laisse subsister aucune séquelle fonctionnelle, donc aucune incapacité permanente. Le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation ne peut donc pas proposer de taux médical car il se trouve devant un état de guérison.

1) Les séquelles résultant de lésions isolées.

Ces séquelles sont 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) Les infirmités multiples résultant d'un même accident.

On entend par 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 est retranché de 100 (qui représente la capacité totale) : on obtient de la sorte la capacité restante. Sauf cas particulier prévu au barème, l'infirmité suivante est estimée elle-même, puis rapportée à la capacité restante. On obtient le taux correspondant à la deuxième séquelle : l'incapacité globale résulte de la somme des deux taux, ainsi calculés. Celle-ci est 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 est : 20 % de 60 % de capacité restante, soit 12 %.

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

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

Cette façon de calculer l'incapacité globale résultant de lésions multiples ne garde bien entendu qu'un caractère indicatif. Le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation peut toujours y apporter des modifications ou adopter un autre mode de calcul à condition de justifier son estimation.

3) Les infirmités antérieures.

L'estimation médicale de l'incapacité doit faire part de ce qui revient à l'état antérieur ainsi qu'à l'accident. Les séquelles rattachables à ce dernier sont seules en principe indemnisables. 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 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 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. Étant donné que cet état était connu, il est possible d'en faire l'estimation. L'aggravation indemnisable résultant de l'accident est 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.

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. À 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 est privé du bras restant.

Afin d'évaluer équitablement l'incapacité permanente dont reste atteinte la victime présentant un état pathologique antérieur, le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation doit 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 citée plus avant dite de Gabrielli. Toutefois, la formule peut être, dans certains cas, un moyen commode de déterminer le taux d'incapacité et l'expert peut l'utiliser si elle lui paraît constituer le moyen d'appréciation le plus fiable.

Troisième partie - 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.

Dans les deux premières années qui suivent la date de consolidation ou de guérison apparente, le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation 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.

Pour l'estimation du nouveau taux, le Médecin Conseil précité se réfère au taux fixé lors de l'examen précédent et modifie ce taux dans la mesure où les séquelles elles-mêmes ont évolué de façon tangible.

Le décès de la victime par la suite des conséquences de l'accident entraîne une nouvelle fixation des réparations allouées à ses ayants droit éventuels ; elles sont sans relation avec le taux du barème.

Chapitre I – 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 sont 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 dans laquelle tous les outils sont conçus pour les droitiers (« *gauchers contrarié* »). 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 fait donc sur l'étude de la préférence gestuelle : manuelle, podale ou oculaire, qui permet 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.

Certaines préférences peuvent se modifier par l'apprentissage, notamment chez les ambidextres. 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 dans certains métiers (comme les travailleurs du bois).

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, le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation peut tenir compte du gain de capacité ainsi obtenu mais ne peut 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
Épaule :		
- 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.

Épaule :

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 sont toujours estimés par comparaison avec ceux du côté sain. On note 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 est 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 :

	Dominant	Non dominant
Aux chiffres indiqués ci-dessus, selon la limitation des mouvements, on ajoute :	5	5

La périarthrite scapulo-humérale (P.S.H.) 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 sont 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 récidives fréquentes	40	30
Formes moyennes avec récidives 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'incapacité permanente partielle (I.P.P.) est 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'ajoute 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 100º à 145º ou de 0º à 60º)	40	35
Limitation des mouvements de flexion-extension :		
- Mouvements conservés de 70º à 145º	10	8
- Mouvements conservés autour de l'angle favorable	20	15
- Mouvements conservés de 0º à 70º	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 1.2 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

Épaule :

	Dominant	Non dominant
Épaule 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 Épaule 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

À 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 fait 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 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 invalidités partielles ne suffit pas à établir l'invalidité 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, empaumement, crochet.

On se fonde, au départ, sur le bilan anatomique et on le module grâce à un bilan fonctionnel. Le matériel d'examen est le suivant :

- un goniomètre ;

- un cylindre de 15 centimètres de long et de 7 centimètres de diamètre ;

- un manche d'outil (ciseau à froid) de 20 centimètres de long et de 2,5 centimètres de diamètre ;

- un pinceau ou un crayon ;

- une plaquette de plastique de 1/2 millimètre d'épaisseur et de 6 centimètres sur 3 centimètres ;

- une balle de caoutchouc de 4 à 5 centimètres de diamètre, avec en plus, si possible :

- un dynamomètre marqueur ;

- un éventail de cinq plaquettes dont les extrémités portent un fragment de velours, un fragment de caoutchouc-mousse, un fragment de papier émeri, un gros bouton et 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.

Épreuve 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 sept cotes accordées (une seule par épreuve) ; une main normale est équivalente à 70 (1). Le total donne la valeur fonctionnelle de la main.

	Normale	Intermédiaire	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
Empaumement (boîte de conserve, 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 :

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.

Il est tenu compte, pour l'évaluation de l'I.P.P. (Incapacité Permanente Partielle), de l'état du moignon, de l'existence éventuelle de névromes, de la mobilité des articulations sus-jacentes.

En cas d'amputations multiples des doigts, il est également tenu compte de la synergie sans que la somme des pourcentages puisse dépasser le taux d'I.P.P. (Incapacité Permanente Partielle) 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 est 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 sont 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 est déterminé selon l'importance de la raideur.

	Dominant	Non dominant
Index	7 à 14	6 à 12
Annulaire et médius	4 à 6	
Auriculaire	4 à 8	

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

Lésions multiples :

L'appréciation est 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 sont 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, sont évaluées en fonction de la gêne globale de la main, en tenant compte des anesthésies localisées.

1.2.5 SÉQUELLES NERVEUSES ET VASCULAIRES.

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

Il ne faut 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 OSTÉOMYELITE.

Venant s'ajouter aux mêmes éléments séquellaires.

- Fistule persistante unique : 10

- Fistule persistante avec déformation osseuse : 10 à 25

Chapitre II – 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, le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation peut tenir compte du gain obtenu mais ne peut 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 : 5

L'incapacité résultant de la perte de plusieurs orteils est évaluée en estimant la perte de chaque orteil séparément et en en faisant la somme. Le taux global ne peut 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 est 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°.

Le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation recherche 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 sont 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 sont additionnés :

- Mouvements favorables : 10 à 20 ;

- Mouvements très limités : 25 à 40.

2.2.4 GENOU.

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

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

La mesure des angles se fait 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 dérobement 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.

À 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.

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

2.2.5 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 recherche les mouvements anormaux (hyperlaxité ligamentaire), ainsi qu'un éventuel choc astragalien (diastasis tibio-péronier). L'amyotrophie de la jambe est 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 vargus 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 sont 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-calcanéenne : 15 ;

- Cal vicieux, exubérant. Selon répercussion sur la marche : 5 à 15.

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

- Moins de 2 centimètres : 0 ;

- De 2 à 3 centimètres : 2 à 4 ;

- De 4 centimètres : 9 ;

- De 5 centimètres : 15 ;

- De 6 centimètres : 18 ;

- De 7 centimètres : 21 ;

- De 8 centimètres : 24 ;

- De 9 centimètres : 27 ;

- De 10 centimètres : 30.

Le raccourcissement est 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 peut se reporter au chapitre IV – Crâpane et système nerveux, 4.2.5 Séquelles portant sur le système nerveux périphérique, 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 la 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 OSTÉOMYELITES.

(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 reporte au chapitre IV au 4.2.5 Séquelles portant sur le système nerveux périphérique et au chapitre X Séquelles portant sur l'appareil cardio-vasculaire.

2.8 LOMBOSCIATIQUES.

Il convient de se reporter au chapitre III - Rachis.

Chapitre III – 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

À ces taux s'ajoutent éventuellement les taux fixés pour les séquelles neurologiques pouvant coexister.

Pour le syndrome cervico-céphalique, voir chapitre IV - Crâne et système nerveux.

Pour les atteintes radiculaires, voir le chapitre IV - Névrites périphériques, 4.2.5. Séquelles portant sur le système nerveux périphérique et voir Algodystrophies au 4.2.6. Séquelles portant sur le système nerveux végétatif et syndromes algodystrophiques.

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 centimètres (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 centimètres 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

À ces taux s'ajoutent éventuellement les taux estimés pour les séquelles nerveuses coexistantes.

Anomalies congénitales ou acquises : lombosciatiques.

Notamment : hernie discale, spondylolisthésis, etc., opérées ou non. L'I.P.P. (Incapacité Permanente Partielle) est 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 II - Membre inférieur, 2.2.2. Articulations sacro-iliaques.

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

3.4 ARTHROSE VERTEBRALE.

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.

Chapitre IV – CRÂNE ET SYSTÈME NERVEUX

4.1 SÉQUELLES OSSEUSES ET TÉGUMENTAIRES.

Perte des cheveux, cicatrices du cuir chevelu (voir le chapitre XV - Téguments).

Atteintes osseuses :

Ces atteintes sont chiffrées en dehors des séquelles commotionnelles, paralytiques ou autres, qui sont évaluées à part, les deux 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 est 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 VI - 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 entraîne des troubles fonctionnels, il convient de fixer le taux d'incapacité en fonction de ces troubles (hémiplégie, aphasie, troubles endocriniens ou neurologiques divers, etc.).

Cranio-hydrorrhée (voir le chapitre V - Oto-rhino-laryngologie).

4.2 SÉQUELLES PORTANT SUR LE NEVRAXE.

Les incapacités résultant d'une atteinte du névraxe sont 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'attache 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 gagne, 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 A L'ENCEPHALE.

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 n'est 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 a lieu de faire préciser au blessé les signes accusés, de les lui faire décrire. Cependant, le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation évite 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 O.R.L., électrocardiographie, 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'excède pas 25.

4.2.1.3 Épilepsie.

Les séquelles épileptiques sont 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 est établie ou non, après un examen approfondi du blessé.

Le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation prend connaissance du traitement suivi et demande dans tous les cas un électro-encéphalogramme, s'il n'a pas déjà été pratiqué. Il requiert au besoin une hospitalisation pour contrôle.

4.2.1.3.1 Épilepsie généralisée.

Le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation s'assure de la réalité des accès et les fait décrire de façon très détaillée (brièveté et caractère impressionnant, stertor, chutes).

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

Épilepsie 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 poste doit être particulièrement mis en relief) : 30 à 70.

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

4.2.1.3.2 Épilepsie focalisée (équivalents épileptiques).

Épilepsie Bravais-Jacksonnienne.

- Crises limitées à quelques groupes musculaires : 10 à 30

- Crises affectant des groupes assez étendus : 10 à 40

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

Autres épilepsies focalisées (frontale, occipitale, pariétale) :

Épilepsie frontale.

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

Épilepsie occipitale.

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

Épilepsie pariétale.

- Vertiges rotatoires et adversion : 10 à 40.

4.2.1.4 Syndromes parkinsoniens.

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. Il ne s'agit pas d'un syndrome parkinsonien proprement dit mais de symptômes extra-pyramidaux au cours d'une lésion cérébrale.

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

- Un syndrome parkinsonien 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 tient compte de la gravité et du caractère unilatéral ou bilatéral :

- Syndrome parkinsonien 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 comporte, 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 sont attribués compte tenu de l'atteinte plus ou moins complète de l'expression verbale. Le taux est plus élevé lorsqu'il y a des troubles de la compréhension du langage, aussi bien parlé qu'écrit. Le taux de 100 % est 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 l'atteinte médullaire douloureuse spinothalamique dans 4.2.4 Séquelles provenant indifféremment d'atteinte cérébrale du médullaire).

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 a 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 sont souvent indispensables.

I. Nerf olfactif (se reporter au chapitre V – O.R.L., 5.1.4. Troubles olfactifs) ;

II. Nerf optique (se reporter au chapitre VI – Ophtalmologie, séquelles portant sur le système oculaire) ;

III. Nerf moteur oculaire commun (se reporter au chapitre susvisé, 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 le chapitre VI - 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 aux 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 peut être pratiqué en vue de mettre en évidence une réaction de dégénérescence éventuelle.

Le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation justifie son estimation d'après les difficultés de l'alimentation et de l'élocution. Éventuellement, il insiste sur les répercussions que peuvent avoir les séquelles sur le poste 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 au chapitre V – O.R.L., 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 (parasympathiques), 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 sont estimés selon les différents déficits fonctionnels constatés (voir appareil digestif, respiratoire, cardio-vasculaire, O.R.L.).

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 (P.S.H.) 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 est évaluée en fonction de la dysarthrie et des troubles de l'alimentation (voir la paralysie de la langue).

Atteintes multiples des nerfs crâniens.

En cas d'atteinte simultanée de plusieurs nerfs crâniens, les taux sont 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, en général, d'emblée des troubles de la conscience : 30 à 100

Syndromes psychiatriques.

L'étiologie traumatique des syndromes psychiatriques est très exceptionnelle. Il 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, cénesthopatique, 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 HEMISPHÈRES 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 toilettes) : 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 est 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 cuisse :

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 Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation tient compte de cette possibilité et le taux diminué en fonction des résultats que l'on est en droit d'attendre de cet appareillage. Dans la meilleure hypothèse, la réduction ne peut 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 est donc évaluée globalement. En cas de troubles sensitifs isolés, on tient compte de leur répercussion sur l'utilisation du membre considéré (Voir syndrome spino-thalamique au 4.2.4. Séquelles provenant indifféremment d'atteinte cérébrale du médullaire).

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 Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation non spécialiste a 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
(À 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 est 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 (diplégie, 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 est donc évaluée globalement. En cas de troubles sensitifs isolés : on tient 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 PÉRIPHERIQUE.

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 - Phrénique
Diaphragme	C3 - C4	
Rhomboïdes	C4 - C5	
Grand dentelé	C5 - C7	
Pectoraux	C5 à D1	Plexus brachial
Sus-épineux	C5	
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
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.	Élévation 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 styloradial	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'épitrochlée. - 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 - D8 -D9 - D10 - D11 - 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 entraînent l'application du taux entier.

Pour le degré 4, le taux est 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 lombricaux) (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 fléchisseur commun profond, muscles hypothéraniens et interosseux, deux lombricaux 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 le chapitre II - Membre inférieur, 2.7 Séquelles nerveuses et vasculaires (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 le chapitre II - 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 trouble trophique important, sans trouble neurologique et sans impotence : 10 à 20

- Forme sévère, avec impotence et troubles trophiques, sans trouble neurologique objectif, 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 trouble trophique important, sans trouble neurologique et sans impotence : 10 à 20

- Forme sévère, avec impotence et troubles trophiques, sans trouble neurologique objectif, selon l'importance : 30 à 50

- Forme avec troubles neurologiques (voir chapitre correspondant).

Chapitre V – 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 faut tenir compte également des troubles fonctionnels éventuels.

Dans chaque cas particulier, on tient 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'E.E.G. (Électroencéphalographie).

En cas de troubles olfactifs, le poste peut jouer un rôle prédominant et justifier la majoration parfois importante des taux proposés.

- 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 certains postes.

- 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-ÉTHMOÏDALES 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 présence de fracture sphénoïdale ou du rocher ; lorsqu'il y a complication, la victime doit être prise en rechute durant l'évolution de celle-ci.

La cranio-hydrorrhée doit 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 est tenu compte de la mobilité des cordes vocales, du calibre de la glotte et de la sous-glotte, 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. Les paralysies récurrentielles peuvent s'améliorer. Le poste 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 le chapitre IX - 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.

Il arrive fréquemment que diverses séquelles se conjuguent. Dans ce cas, l'incapacité est calculée en appliquant la règle des infirmités multiples résultant d'un même accident rappelée dans le chapitre préliminaire au 1) de la deuxième partie portant sur le mode de calcul du taux médical, 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 laisse le blessé décrire ses troubles en l'aidant au besoin de questions dont il faut éviter qu'elles n'entraînent la réponse souhaitée. Les circonstances d'apparition, la durée, le caractère, la modalité d'évolution sont 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 sont appréciés le cas échéant par l'ophtalmologiste.

Les troubles vestibulaires objectifs spontanés sont 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 sont pratiquées et, éventuellement, une épreuve rotatoire.

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

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

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

- Vertiges sans signe labyrinthique objectif 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 est calculée à part.

Remarque relative à certains postes. 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, maçons, électriciens, tapissiers, chauffeurs d'automobiles, etc., entrent dans ce cas. Pour ces postes, on établit 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 sont indiqués dans le rapport.

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

5.5.2 SURDITÉ.

L'I.P.P. (l'Incapacité Permanente Partielle) est fonction de la perception de la voix de conversation. Elle est 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 est 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 est calculé sur les quatre 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 doit être fait d'après l'audiométrie tonale en conduction osseuse.

La perte auditive vocale est 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 est prise en considération.

Pour certains personnels 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 sont pris en considération que si le sujet a manifesté par ailleurs une bonne foi évidente au cours de l'examen acoumétrique.

Il est 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 IV - 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.

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 peut 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.

Chapitre VI – 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 qu'il faut 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 le poste : 50 à 90.

6.1.3 - PERTE COMPLÈTE DE LA VISION D'UN OEIL (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 le chapitre XV

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

Dans les examens fonctionnels, le spécialiste doit 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) :

À 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 comme suit :

quadranopsie supérieure : jusqu'à 12%

quadranopsie inférieure : jusqu'à 30 %

- 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 est évalué après correction ; il ne s'applique 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	Énucléation
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
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
Énucléation	33	33	35	40	45	50	60	80	95	100	100

Tous ces taux peuvent 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 – Taies de cornée.

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

6.1.9.2 – Taie 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 est ajouté un taux de 5 %.

Paralysie de l'accomodation 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 est 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 :

V.O.D. sain : 10/10

V.O.G. opéré : 5/10 plus d

égal 10 plus 2 égal 12

Ou encore :

V.O.G. opéré : 1/10 égal 15 plus 19

10/10 égal 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 aphak, 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 ajoute le taux d'incapacité correspondant à la diminution de la vision centrale, sans que le taux puisse dépasser 100 %.

Exemple :

O.D. aphake - 7/10

O.G. aphake - 7/10

20 plus 3 égal 23 %

O.D. aphake - 3/10

O.G. aphake - 5/10

20 plus 20 égal 40 %

O.D. aphake - 1/10

O.G. 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 sont 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 chapitre préliminaire au point 3) de la deuxième partie portant sur le mode de calcul du taux médical : infirmités antérieures).

Les éléments d'appréciation utiles sont :

- 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 – ORBITE.

- Nerfs moteurs : paralysie d'un ou plusieurs nerfs oculo-moteurs (Voir 6.1.7. Vision binoculaire, diplopie). En cas de paralysie consécutive à une affection du système nerveux central, se reporter à l'affection causale.

- Nerfs sensitifs : névrites, névralgies très douloureuses, en particulier 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 palpéraux (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 : larmoiement 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

Chapitre VII – STOMATOLOGIE ET LÉSIONS MAXILLO-FACIALES

7.1 FACE.

En dehors de la fonction elle-même, le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation peut avoir à tenir compte des défigurations entraînées par les cicatrices. Dans ce cas, il se reporte au chapitre XV - Téguments.

Le taux résultant des lésions est 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 homologie 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 doivent 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 sont 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 de la continuité osseuse, et ne permettant pas une prothèse fonctionnellement satisfaisante : 5 à 20

- Les pertes partielles permettant une prothèse fonctionnellement satisfaisante sont évaluées par référence aux pertes de dents.

7.4 CONSTRICTION DES MACHOIRES.

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

- Écartement inférieur à 10 millimètres : 20 à 50

- Écartement inférieur à 20 millimètres mais supérieur à 10 centimètres : 10 à 20

- Écartement supérieur à 20 millimètres : 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 une 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 au 4.2.1.10 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 sont 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 est 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 XV – Téguments.

Chapitre VIII – APPAREIL DIGESTIF

8.1 BOUCHE ET PHARYNX.

Se reporter au chapitre VII – Stomatologie et lésions maxillo-faciales.

8.2 OESOPHAGE.

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 doivent être vérifiées par radiographie et au besoin par oesophagoscopie.

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

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

L'estimation de l'incapacité se fait 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 sont 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 tient 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

Éventration :

- Petite : 5

- Moyenne : 15

- Grande : 30 à 40

Hernies diaphragmatiques :

L'estimation se fait 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 I.P.P. (Incapacité Permanente Partielle) 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 XIV - 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.

À 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 tient 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.

Chapitre IX – APPAREIL RESPIRATOIRE

9.1 PAROI THORACIQUE.

L'estimation des séquelles se fonde 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.

Tel 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 peut se révéler indispensable de faire pratiquer des examens complémentaires :

- examen radiologique ;

- électrocardiogramme qui peut être utile pour dépister un début d'insuffisance cardiaque droite sans traduction clinique ;

- spirographique (capacité vitale, volume résiduel, épreuve de Tiffeneau). Dans certains cas, peuvent être envisagées des épreuves au cours de l'effort, ainsi que l'étude des gaz du sang.

Quelles que soient les valeurs théoriques choisies, elles ne représentent qu'une moyenne. 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 %.

L'enregistrement spirographique fait appel à la coopération du sujet. 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 le poste exercé 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'I.P.P. (Incapacité Permanente Partielle) doit être fixé en fonction des séquelles définitives (voir 9.2).

- Pneumothorax par rupture de bulles : l'estimation des séquelles des deux affections précédentes est faite en fonction des critères généraux, en tenant compte en particulier de l'importance de l'insuffisance respiratoire (on recourt 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

À ces taux s'ajoute 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

Chapitre X – 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 Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation doit donc bien mettre en évidence les conséquences professionnelles entraînées par l'incapacité physique de l'intéressé. Il faut 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 sont à prendre en considération.

10.1 COEUR.

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

- 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'E.C.G. (Électrocardiographie), 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 autres que, bien souvent, sont 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 E.C.G. (Électrocardiographie), des douleurs angineuses éventuelles, et observation par prudence de certaines règles hygiénodiététiques : 20 à 30

À ce taux s'ajoute 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

À ce taux s'ajoute 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, sont 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 sont 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 fait 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 est 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 est 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 distingue (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 est évaluée selon les indications fournies aux chapitres I et II portant respectivement sur le membre supérieur et le membre inférieur.

Oblitération artérielle traitée chirurgicalement : le taux est 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'invalidité.

- 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 faut rechercher tous les indices possibles d'une hypertension préalable à l'accident.

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

- Élévation de la tension artérielle en soi : 10 à 20

- Retentissements viscéraux (indemnisés pour leur propre compte) (Voir les chapitres particuliers du barème) ;

- Hypertension secondaire à une lésion rénale traumatique (voir urologie).

Chapitre XI – 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 a donc intérêt à prévoir des révisions ultérieures du taux fixé en première estimation.

Avant de fixer le taux d'I.P.P. (Incapacité Permanente Partielle), il est indispensable de pratiquer les investigations cliniques, biologiques et radiologiques jugées nécessaires. Il faut de même rechercher tous les indices possibles d'une atteinte rénale ou urinaire ou d'une hypertension préalable.

L'aggravation par un traumatisme d'une affection rénale préexistante est 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 est 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 tient 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 LIÉE À UNE LÉSION RÉNALE TRAUMATIQUE.

(Voir le chapitre X - Appareil cardio-vasculaire).

11.2 BASSINET-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 apprécie en fonction en particulier de l'insuffisance rénale.

11.2.2 LITHIASE.

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

11.2.3 SÉQUELLES DE LÉSIONS URÉTERALES.

- 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 lésions 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

- Cystostone ligne : 60

11.3.4 FISTULE.

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

(Est 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 ENTEROCYSTOPLASTIE.

- 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 débimétrie (normale : 20 millilitres/seconde).

11.3.7 DYSURIE.

- Dysurie ; débit mictionnel supérieur à 10 ml/seconde : 10

11.3.8 RETRÉCISSEMENT.

- 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 est 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 ÉVENTRATION.

- Éventration hypogastrique après intervention sur le système urinaire :

Petite : 5

Moyenne : 15

Grande : 30 à 40

Chapitre XII – APPAREIL GÉNITAL

12.1 APPAREIL GÉNITAL 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 GÉNITAL FÉMININ.

- Prolapsus utérin (dans les cas exceptionnels où l'origine traumatique est 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 le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation, ne pouvant en aucun cas dépasser le taux d'amputation.

Chapitre XIII – SPLÉNECTOMIE

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 le chapitre VIII - 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.

Chapitre XIV – 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 pairs, 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 myxoedème vrai, des signes d'insuffisance surrénale sans pigmentation, des signes d'hypogonadisme. Il y a lieu de pratiquer, avant toute estimation, des investigations complémentaires qui peuvent être d'inégale valeur. L'exploration des déficits dus à l'hypo-stimulation des glandes concernées utilise 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. (« Adrenocorticotropic hormone » ou hormone corticotrope).

La maladie peut être traitée efficacement par l'opothérapie substitutive mais le traitement doit 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 majorité des situations, 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 sont le tremblement, la tachycardie, l'exophtalmie, les troubles sympathiques, l'amaigrissement, les troubles digestifs. Un métabolisme basal est 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 faut 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'ajoute éventuellement un taux pour complication cardiaque (Voir le chapitre X - 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 permet de différencier l'hypoparathyroïdisme vrai, des pseudo-hypoparathyroïdiennes. L'électromyographie met 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.

Il convient de 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. 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 est fonction de la sensibilité aux hypoglycémiants 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'hypoglycémiants 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.) sont évaluées selon le déficit fonctionnel de l'organe atteint (Voir le chapitre VI – Ophtalmologie, le chapitre X - Appareil cardio-vasculaire et le chapitre XI - Appareil urinaire, etc.) et s'ajoutent aux taux ci-dessus, le taux global ne pouvant excéder 100 %.

Chapitre XV – 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 reporte au chapitre des limitations des mouvements articulaires correspondants pour évaluer l'incapacité.

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

Enfin, le siège des cicatrices revêt une certaine importance. En particulier, un changement de poste peut être nécessité par les cicatrices du visage (métiers de relations publiques, etc.). Dans ce cas, le Médecin Conseil de la Direction des Prestations Médicales et Familiales de l'État chargé de l'évaluation doit 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 fait 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'alopécie post-traumatique : 5 à 20

15.1.2 CICATRICES DISGRACIEUSES DU VISAGE GÊNANT LA MIMIQUE.

- Selon déformation, étendue, gêne des 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 CHELOÏDES.

- 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, on estime 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.

Chapitre XVI – SYSTÈME IMMUNITAIRE

16.1. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) 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).

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 V.I.H. positive : de 20 à 40

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 un suivi sérologique de la victime ait été réalisé.

16.1.2. Déficit immunitaire associé à l'infection par le V.I.H. et se traduisant par :

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

- un taux de lymphocytes CD 4 inférieur à 200 par millimètre cube : de 60 à 100.

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

imprimé sur papier recyclé

IMPRIMERIE GRAPHIC SERVICE
GS COMMUNICATION S.A.M. MONACO