

**BAREME**

**ACCIDENTS DU TRAVAIL**

**ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

**CLIQUEZ ICI**

**BARÈME  
ACCIDENTS DU TRAVAIL  
ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

---

MAYET & REY  
PROFESSEUR M. MATHIEU

# BARÈME

## ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

### COMMENTAIRES SUR L'INDEMNISATION DU PRÉJUDICE CORPOREL

suivis de

### COMMENTAIRES CONCERNANT EVALUATIONS EN DROIT COMMUN

*édition 1975*

révisée

par

**Paul PADOVANI**

Professeur de clinique orthopédique et traumatologique  
à la Faculté de Médecine de Paris  
Membre de l'Académie de médecine  
Membre de l'Académie de Chirurgie

avec la collaboration de

H. DESOILLE, Professeur honoraire de Médecine du Travail à la Faculté  
de Médecine de Paris.

J. LECOEUR, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris,  
Expert près les Tribunaux.

L. LEROUX, Oto-rhino-laryngologue honoraire des Hôpitaux de Paris.

L. QUENU, Professeur agrégé à la Faculté.

G. RENARD, Professeur honoraire de Clinique ophtalmologiste à la  
Faculté de Médecine de Paris. Membre de l'Académie de  
Médecine.

J. SIGWALD, Médecin honoraire de l'Hôpital Paul-Brousse.

EDITIONS LAMARRE POINAT  
47, rue Saint-André-des-Arts  
PARIS-6<sup>e</sup>

## **PRÉFACE DE L'ÉDITION ACTUELLE**

Le lecteur trouvera dans cet ouvrage une partie constituant le guide-barème des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'une suite de réflexions sur l'appréciation médicale d'une invalidité dans le cadre du droit commun.

### **I. — Accidents du travail et maladies professionnelles.**

Cette édition d'un guide-barème a nécessité en bien des points une révision complète. Nous avons été appelés à modifier la présentation des diverses évaluations d'infirmités en tenant compte dans une large mesure des évaluations figurant au barème indicatif, dit « officiel », édité en 1939, mais non modifié après la mise en vigueur de la loi de 1946.

Le taux que peut indiquer un barème pour une lésion-séquelle déterminée ne peut, nous ne le répéterons jamais assez, être qu'indicatif. Le taux indiqué dépendant des degrés de gravité de la séquelle, de l'importance des conséquences de voisinage du traumatisme, etc. Il peut donc être souvent dépassé, parfois il est diminué, du fait de l'importance minime des troubles fonctionnels observés.

Si nous employons peu volontiers le terme de taux moyen, estimant que chaque lésion observée est essentiellement un cas d'espèce, nous indiquons une marge d'évaluations très rapprochées pour chaque type de séquelle. Un médecin et surtout un médecin expert, doit avoir une expérience clinique suffisante, pour être capable d'apprécier la gêne physiologique que détermine une infirmité donnée. Le barème, lui, sert souvent de base pour fixer le taux d'I.P.P. à condition toutefois que les types d'infirmités soient assez précisés. C'est pourquoi nous avons cherché à éviter les gros écarts d'évaluation indiqués parfois par le barème dit « officiel ». D'autre part certaines lacunes ont été complétées, certaines erreurs mêmes, corrigées. Les modes de calcul des évaluations des infirmités multiples des lésions symétriques ou à conséquences synergiques, des états antérieurs ont été aussi clairement que possible exposés.

Nous avons adopté d'une façon générale les règles d'évaluation actuelles des commissions régionales d'I.P. et de la commission nationale d'appel\*des décisions de ces commissions régionales, ce qui nous a paru indiqué en l'absence d'un barème indicatif officiel récent.

### **II. — Droit commun.**

On trouvera à la fin de l'ouvrage l'exposé des principes qui président, en droit commun, à l'analyse et à l'évaluation médico-légale des séquelles ainsi qu'à leur appréciation par le juge.

Enfin une note indiquera les particularités dont le médecin devra tenir compte en présence d'une police d'assurances à garantie contractuelle.

## **PLAN DU BAREME**

**Retour**

Bibliographie

Généralités sur les accidents du travail et les diverses expertises pour l'évaluation des incapacités

Coefficient professionnel

Blessures et incapacités multiples

Appareils et prothèses d'orthopédie

Axe crânio-rachidien

Nerfs crâniens et nerfs périphériques

Psychoses et névroses

Face

Yeux

Oreilles

Thorax

Appareil respiratoire-nez-larynx

Appareil circulatoire

Abdomen

Appareil génito-urinaire

Ceinture thoracique

Membres supérieurs

Ceinture pelvienne (bassin)

Membres inférieurs

Maladies résultant d'un accident du travail par origine ou par aggravation

Maladies professionnelles indemnisables

# PLAN DU BARÈME

Table alphabétique en fin de volume.

<b>Bibliographie.....</b>	<b>11</b>
<b>Généralités sur les accidents du travail et les diverses expertises pour l'évaluation des incapacités.....</b>	<b>13</b>
Accident du travail. — Incapacité permanente et principaux éléments qui la conditionnent. — État antérieur. — Age du blessé.	
<b>Coefficient professionnel .....</b>	<b>19</b>
<b>Blessures et incapacités multiples.....</b>	<b>21</b>
Même accident ou accidents successifs. — Évaluation. — Notion de la capacité restante. — Mutilés de guerre victimes d'accidents du travail (Lois du 25 novembre 1916 et du 22 avril 1924.)	
<b>Appareils de prothèse et d'orthopédie .....</b>	<b>32</b>
<b>Axe crânio-rachidien.....</b>	<b>36</b>
Crâne. — Cou. — Colonne vertébrale.	
<b>Nerfs crâniens et nerfs périphériques.....</b>	<b>89</b>
<b>Psychoses et névroses.....</b>	<b>101</b>
États psychopathiques. — État commotionnel. — Névroses post-traumatiques. — États pithiatiques. — Sinistrose. — Syndrome physiopathique traumatique.	
<b>Face.....</b>	<b>109</b>
<b>Yeux.....</b>	<b>118</b>
<b>Oreilles.....</b>	<b>136</b>
<b>Thorax.....</b>	<b>152</b>
Sternum. — Côtes. — Appareil respiratoire. — Appareil circulatoire.	
<b>Appareil respiratoire — Nez — Larynx.....</b>	<b>162</b>
<b>Appareil circulatoire.....</b>	<b>170</b>
<b>Abdomen.....</b>	<b>172</b>
Paroi. — Hernies. — Rate. — Reins. — Appareil génito-urinaire.	

<b>Appareil génito-urinaire.....</b>	<b>180</b>
<b>Ceinture thoracique.....</b>	<b>190</b>
Omoplate. — Clavicule. — Articulation de l'épaule. — Cicatrices de l'aisselle.	
<b>Membres supérieurs .....</b>	<b>201</b>
Bras. — Coude. — Avant-bras. — Poignet. — Main. — Muscles du membre supérieur. — Nerfs et vaisseaux du membre supérieur.	
<b>Lésions bilatérales des membres supérieurs.....</b>	<b>282</b>
<b>Ceinture pelvienne (bassin).....</b>	<b>289</b>
<b>Membres inférieurs.....</b>	<b>296</b>
Hanches. — Cuisse. — Genou. — Appareil extenseur de la tibio-tarsienne. — Pied.	
<b>Nerfs, vaisseaux et muscles des membres inférieurs.</b>	<b>352</b>
<b>Lésions simultanées aux deux membres inférieurs ...</b>	<b>361</b>
<b>Maladies résultant d'un accident du travail par origine ou par aggravation.....</b>	<b>363</b>
<b>Maladies professionnelles indemnifiables.....</b>	<b>377</b>
<b>Table alphabétique .....</b>	<b>463</b>
<b>EVALUATIONS EN DROIT COMMUN .....</b>	<b>471</b>

[Retour](#)

## BIBLIOGRAPHIE

- R. Beraud. « Comment est évalué le préjudice corporel », (*Enseignement et perfectionnement techniques*, Paris, 1961).
- Chavigny. *Diagnostic des maladies simulées dans les accidents du travail*. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, Paris.
- Cotte L. Syndrome subjectif des traumatisés du crâne. *Ann. de méd. lég.*, n° 5, sept.-oct. 1960, p. 422.
- Dechaume et Dérobert. *L'Expertise en stomatologie*, Masson et Cie, éditeurs, 1937.
- P.J. Doll. « La réglementation de l'expertise en matière pénale ». Un volume. Librairie générale de droit et de jurisprudence. Paris, 1969.
- A. Geerts. « L'indemnisation des lésions corporelles à travers les siècles ». Librairies techniques, Paris, 1962.
- Imbert, Léon. *Accidents du Travail*, 3<sup>e</sup> édition, avec la collaboration du docteur Jean Sedan, Ophtalmologiste des Hôpitaux. Un volume de 544 pages. Paris. Masson et Cie, éditeur, 1939.
- A. Ladret. « Étude critique des méthodes d'évaluation du préjudice corporel ». Un volume. Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, 1969.
- De Laet. *Les séquelles traumatiques. Pathogénie, diagnostic, évaluation médico-légale*. Masson et Cie, Paris et de Vischer, Bruxelles.
- A. Marin et J. Le Gueut. *L'expertise médico-légale (aspects juridiques, réalisation pratique)*. Masson et Cie 1959.
- Moulonguet André. *Manuel d'expertise en otologie*. Un volume in-8<sup>e</sup>, 108 pages. Masson et Cie, éditeurs. Paris, 1933.
- Roche et Reynaud. « L'appréciation du préjudice corporel dans le cadre de droit commun », 1960.
- C. Rousseau. « L'expertise médicale ». *Médecine légale et Dommage corporel*. T. 1, n° 3, juillet 1968, p. 294.
- Le Roy. « L'évaluation du préjudice corporel », 1959.
- René Sand. « Simulation et interprétation des accidents du travail », Bruxelles 1907.
- Simonin. *Médecine légale judiciaire*, 1 vol., Masson, 1960.

## PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

Parmi les publications périodiques françaises dont les collections sont à consulter nous citerons :

- « Bulletin de la Société de Médecine Légale de France » (in « Médecine Légale et Dommage corporel »). Baillière éditeur.
- « Bulletin de Médecine Légale de l'Association lyonnaise de Médecine légale ». (Direction Louis Roche) Lyon.
- « Juris Classeurs des accidents de travail et des assurances sociales », 13, rue Seguier, Paris.
- « Bulletin des Médecins conseils des Sociétés d'assurances », 83, av. Niel, Paris-17<sup>e</sup>.

Rappelons que toute recherche bibliographique sur un sujet déterminé de médecine légale sera facilité par la consultation des publications annuelles de l'*Index medicus* (chapitre Médecine Légale) de l'*American Medical Association* (Chicago).

Bibliographie concernant les maladies professionnelles p. 433.

# GÉNÉRALITÉS SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES DIVERSES EXPERTISES POUR L'ÉVALUATION DES INCAPACITÉS<sup>(1)</sup>

## LA DÉFINITION DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL

En 1912 la cour de cassation définissait ainsi l'accident du travail. « Toute lésion provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure » pendant le travail. Cette définition s'était déjà modifiée avant la loi de 1946 qui régit actuellement les accidents du travail. La loi de 1946 est codifiée et constitue le livre IV du Code de la Sécurité Sociale auquel en pratique on se réfère maintenant. Des arrêts de la cour de cassation avaient en particulier posé en principe qu'il n'est pas nécessaire que le travail soit la cause unique et exclusive de la lésion : il suffit qu'il en ait été l'occasion (Chambre civile novembre 1929 — février 1930). Bien que d'autres arrêts aient spécifié depuis que « si toute lésion dont le travailleur a été la victime à l'occasion du travail, est un accident du travail, cette présomption ne vaut que jusqu'à preuve du contraire » il n'en reste pas moins certain que la définition des accidents du travail a été largement étendue, puisque la loi de 1946 y inclue les « Accidents de trajet ». La définition de celui-ci a été modifiée par la loi du 23 juillet 1957 qui a introduit dans le code de la Sécurité Sociale l'article L.415-1 suivant : « Est également considéré comme accident de travail, sous réserve des dispositions ci-après, l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et retour entre :

« a) Sa résidence principale, une résidence secondaire présentant un certain caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail.

« b) Le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou d'une manière plus générale le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas.

« Les dispositions du présent article sont applicables dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi. »

Des experts désignés en vertu du décret du 7 janvier 1959 et devant les commissions de contentieux de 1<sup>re</sup> instance de la Sécurité Sociale sont parfois appelés à se prononcer sur la définition de l'accident du travail. Le médecin traitant qui remplit le certificat d'origine, n'a pas à se prononcer sur ce point.

La déclaration de tout accident doit être faite par le blessé, en principe dans les vingt-quatre heures, à l'employeur qui adresse dans les quarante huit heures une déclaration recommandée avec demande d'avis de réception avec franchise postale à la caisse primaire de Sécurité Sociale et remet au blessé une feuille d'accident du travail pour son médecin, librement choisi par le blessé.

Le médecin établit en double exemplaire un pour le blessé, l'autre pour la Caisse de Sécurité Sociale, un certificat descriptif, dans lequel il ne devra pas oublier de mentionner toutes les fusions, toutes les blessures, portant sur les diverses régions du corps. Le médecin n'a pas à déclarer qu'il s'agit d'un accident du travail, s'il n'y a pas assisté lui-même, mais il doit mentionner si une I.P.P. est probable.

Lorsque les soins sont terminés, le médecin délivre un certificat de reprise du travail en double exemplaire (un pour le blessé, un pour la Caisse) (formule

(1) Mise au point grâce aux renseignements aimablement communiqués par la F.N.O.S.S.

**S. 6903.** Si l'état du blessé le nécessite, le médecin peut cependant délivrer des certificats de prolongation sur papier libre (en indiquant succinctement le motif de la prolongation). Lorsque la consolidation juridique de la blessure lui paraît définitive, le médecin peut (et à notre avis, doit indiquer avec quelques détails) les séquelles qu'il constate et peuvent justifier une I.P.P. qu'il peut chiffrer éventuellement ou qu'il déclare « à fixer après expertise ».

Il y a lieu de ne pas employer indistinctement les termes « guérison » et « consolidation ». Au point de vue légal, le terme « guérison » s'applique au cas qui ne laisse subsister aucune impotence fonctionnelle, tandis que le terme « consolidation » suppose la persistance de séquelles permanentes (Circulaire Sécurité Sociale, Janvier 1960).

Incapacité temporaire.

En matière d'accidents du travail le problème est le même qu'en droit commun (voir page 415). La question des périodes d'incapacité possible après la reprise du travail n'offre aucune difficulté puisque la loi prévoit les rechutes. L'ablation par exemple d'un matériel d'ostéosynthèse fait simplement l'objet d'une déclaration de rechute puis d'un nouveau certificat de reprise du travail.

Tous les certificats pour accidents du travail sont exempts de timbre.

---

Après la consolidation juridique, même après la fixation de l'I.P.P. par le Comité des rentes après avis du médecin conseil de la Caisse ou du spécialiste désigné par lui, le blessé peut invoquer une « aggravation » des conséquences de sa blessure, aggravation survenue sans nouvel accident. Le médecin traitant est alors amené à délivrer un « certificat de rechute ». Le médecin conseil de la Caisse de Sécurité Social, accepte ou n'accepte pas la rechute (en donnant ses raisons de refus). L'acceptation permet au blessé de recevoir les prestations dues en cas du nouvel arrêt de travail. Le refus nécessite souvent une expertise au titre du décret n° 59-160 du 7 janvier 1959 par un expert désigné sur une liste de spécialistes établie par le Directeur départemental de la Santé et choisi en général par accord entre le médecin du blessé et le médecin conseil de la Caisse.

## MODES D'ATTRIBUTION DE L'I.P.P.

Après la consolidation le taux d'I.P.P. est attribué après examen médical d'un médecin et parfois examens de spécialistes désignés par la Caisse de Sécurité Sociale. — La Commission des rentes peut ou non ajouter un coefficient professionnel selon les aptitudes et la qualification professionnelle du blessé.

Si le blessé, de lui-même ou sur les conseils parfois de son médecin, n'accepte pas le taux proposé, il a recours à l'expertise de la Commission régionale d'incapacité permanente partielle, constituée près de chaque Direction régionale de la Sécurité Sociale.

Cette commission régionale est composée :

- 1<sup>o</sup> D'un Président (le directeur régional ou son délégué);
- 2<sup>o</sup> d'un expert désigné par le Directeur régional ;
- 3<sup>o</sup> du médecin désigné par le blessé ;
- 5<sup>o</sup> d'un représentant de l'Inspecteur divisionnaire du travail et de l'emploi ;
- 6<sup>o</sup> d'un représentant des employeurs et d'un représentant des salariés.

Le blessé est examiné par l'expert qui propose soit immédiatement un taux médical d'I.P.P. conformément à ses constatations soit les examens de spécialistes nécessaires avant fixation de ce taux. Du fait de la loi de 1945 l'expert tient compte de la profession au point de vue des conséquences physiologiques des séquelles observées. Le taux d'I.P.P. ne peut en fait pas être diminué. Il est maintenu ou augmenté (jurisprudence de la Cour de cassation).

**Les membres techniciens et le président proposent s'ils le jugent justifié un coefficient professionnel tenant compte surtout des déclassements de l'ouvrier, difficultés d'embauche par suite des séquelles de son accident. — L'expert médical n'a pas un rôle prépondérant dans l'établissement du coefficient professionnel mais son avis sur l'état physiologique du blessé ne peut être indifférent aux techniciens.**

**Le taux global d'I.P.P. est voté à la majorité ou à l'unanimité des membres de la commission. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.**

**Le blessé, ou la Caisse peuvent appeler des décisions de la commission régionale d'incapacité permanente devant la « Commission nationale technique » des décisions des commissions régionales d'I.P.P. L'appel doit être fait dans un délai de deux mois à dater de la réception de la notification (décret du 22 décembre 1958). Cette « Commission nationale » juge sur pièces, après avoir au besoin demandé un nouvel examen par un ou plusieurs experts-spécialistes.**

---

**Les autres questions litigieuses que posent parfois les conséquences d'un accident du travail sont du domaine d'expertises spéciales (décret du 7 janvier 1959). Les litiges entre médecins, blessés et caisses de S.S. portant soit sur la « fixation de la date de consolidation », sur la « légitimité d'une réchute », parfois sur la « contestation de la nature accidentelle d'une lésion », souvent sur « les relations de cause à effet entre les lésions invoquées et l'accident, sur la nature accidentelle ou professionnelle des lésions, etc. ».**

**En principe les conclusions de ces expertises sont sans appel.**

**Il existe une Commission de contentieux de 1<sup>re</sup> instance présidée par un magistrat du Tribunal de grande instance et des assesseurs ouvriers et patrons qui règlent les conflits subsistant après les décisions précédentes.**

**Des décisions de cette commission de 1<sup>re</sup> instance il peut être fait appel devant la Cour d'appel (ordonnance n° 5 81275 du 22 décembre 1958).**

**Enfin la Cour de Cassation (section sociale) règle les questions de droit que soulève l'interprétation des textes légaux régissant la loi de 1946 et ses conséquences.**

---

**La législation des accidents du travail concernant les travailleurs agricoles qui était régie par la loi de 1898 modifiée par la loi de 1939 vient d'être modifiée.**

**Loi n° 72865 du 25 octobre 1972 et décret n° 73598 du 29 juin 1973.**

**Si le médecin Conseil de la Caisse et le médecin traitant ne sont pas d'accord ils choisissent un médecin expert sur une liste agréée par les Tribunaux. Ce choix se fait soit d'un commun accord soit par désignation du Président de la Commission de Première instance.**

**Si médecin conseil ou médecin traitant ne sont pas d'accord avec les conclusions de l'expert, un expert est désigné par les Tribunaux.**

**Il y a encore possibilités :**

- d'appel devant la Chambre sociale de la Cour d'appel.**
  - de pourvoi devant la Cour de Cassation.**
- 

**L'incapacité totale 100% (paraplégie complète, hémiplégie complète, cécité) perte des deux mains, ankylose complète des deux hanches, aliénation mentale peut comporter l'attribution de la tierce personne, si le blessé ne peut se livrer**

seul aux fonctions normales de la vie : se laver seul, s'alimenter seul, s'habiller seul, marcher seul, accomplir seul ses fonctions d'évacuation). Il peut lui être attribué parfois un *fauteuil roulant*, des *appareils pour les incontinences urinaires ou fécales, etc...*) outre les appareils de prothèse, à préciser pour chaque séquelle qui en comporte.

L'*Incapacité partielle (I.I.P.P.)* au point de vue médical est fixée par la diminution de capacité physiologique de travail qui résulte des séquelles de l'accident.

Cette évaluation est souvent délicate, et les barèmes indicatifs d'invalidité ont été créés pour servir de base de discussion à propos des diverses infirmités.

---

Tout barème d'invalidité ne peut être établi qu'à titre *indicatif*. Chaque cas d'espèce peut présenter des particularités qui influent sur le taux d'invalidité permanente partielle et qui sont la conséquence de l'examen du blessé.

Le barème officiel établi conséutivement à la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1938 n'a pas subi de changement depuis la mise en vigueur de la loi nouvelle de 1946.

Ce barème officiel indicatif peut avoir quelques lacunes, quelques imperfections ; tel qu'il est il peut servir de base d'appreciation assez exacte, si on en interprète judicieusement les conclusions. Pour cette interprétation il est nécessaire de se souvenir que toute séquelle réelle d'accident entraîne comme élément fondamental d'invalidité, un trouble physiologique dont l'origine est anatomique ou fonctionnelle. C'est ce trouble qu'il faut apprécier. Prenons un exemple très simple : l'amputation partielle de l'extrémité de l'index gauche chez un sujet non gaucher, non soumis professionnellement à une ambidextrie habituelle. Le pourcentage d'invalidité est en principe très réduit (1 % par exemple si l'amputation partielle de l'extrémité de la phalangette se borne à un raccourcissement léger de la phalangette, avec moignon parfait au point de vue de sa forme, sans sensibilité anormale, quand les autres articulations du doigt restent mobiles — si par contre, cette mutilation insignifiante, s'accompagne de troubles surajoutés, disformité irrégulière du moignon, sensibilité exacerbée au toucher, raideurs articulaires de voisinage, une augmentation du taux de base s'impose (2%, 3% et même plus, exceptionnellement)).

Pour chaque lésion, les mêmes remarques peuvent être faites. Le barème de 1939, indique souvent des écarts de taux très considérables, écarts qui par leur excès, comportent une imprécision qui rend inutile le rôle d'un barème.

**1<sup>er</sup> Exemple.** Fracture de l'extrémité inférieure du radius.

5 à 20 à droite      4 à 15 à gauche.

Le barème à notre avis doit envisager des degrés des lésions observées :

a) séquelles légères. Faible limitation des mouvements du poignet, déformation minime, pas de troubles de l'enroulement des doigts. — 5 à 10 à droite, 4 à 8 à gauche.

b) Séquelles moyennes. Déformation, diminution de la force de préhension peu importante, limitation des mouvements de flexion extension prosupination d'1/4 ou 1/3 au plus. Enroulement complet des doigts 15 à 20 à droite 12 à 16 à gauche.

c) Séquelles graves. — Déformation importante, limitation importante des mouvements du poignet, gêne de l'enroulement des doigts. Il peut arriver que l'impotence des doigts soit très marquée (certains auteurs ont parlé de syndrome de Volkmann). Le taux maximum de 20% à droite de 18% à gauche peut être dépassé de façon importante. L'expert ou le médecin qui propose ce dépassement doit le justifier par une description précise.

**2<sup>er</sup> Exemple.** Fracture du col du fémur. Le barème de 1939 donne comme taux d'évaluation 15 à 85.

Il est en réalité impossible d'envisager l'I.P.P. d'une telle fracture, sans une analyse minutieuse de ses séquelles :

a) Cas simple, fracture cervico-trochantérienne ou fracture cervicale vraie, ayant consolidé (avec ou sans intervention chirurgicale) avec intégrité de la forme anatomique, gêne légère des mouvements, quelques douleurs, pas d'atrophie, marche sans cannes, taux 15 à 30 % s'il n'existe aucun signe d'arthrose.

b) Cas simple, fracture consolidée avec très légère déformation, limitation modérée des mouvements de la hanche. Douleurs modérées, fatigue à la marche, sans arthrose caractérisée, 35 à 45 %.

c) Forme avec séquelles assez accentuées. Coxavara, boiterie, douleurs, limitation des mouvements de la hanche, marche assez difficile, 60 à 70 %.

d) Séquelles très accentuées. — Grosse déformation, boiterie marquée, douleurs, enraissement marqué de la hanche, 75 à 80 %.

S'il y a pseudarthrose suivant que l'appui du membre inférieur est plus ou moins bien toléré, 80 à 90.

En résumé, tout taux d'I.P.P. choisi doit être justifié par l'analyse objective des différentes séquelles de la lésion. L'existence d'un barème ne peut supprimer toute initiative du médecin, qui devra d'ailleurs justifier le taux choisi, surtout s'il estime devoir dépasser les taux les plus élevés.

L'usage du barème indicatif peut donc être amélioré. Il indique des taux intermédiaires entre les deux chiffres extrêmes, en précisant autant que possible les séquelles anatomiques et physiologiques que comporte chaque type clinique intermédiaire. D'où le sectionnement des évaluations d'après la gravité des séquelles.

Il ne faut pas d'autre part admettre que le taux indiqué dans le barème, peut être appliqué sans avoir pris en considération toutes les conséquences secondaires locales d'une lésion déterminée.

Nous donnerons donc le plus souvent des taux assez rapprochés pour une séquelle précise d'accident, mais nous éviterons de donner des taux trop écartés l'un de l'autre. Le taux moyen unique par sa rigueur nous paraît trop impératif, en ne laissant pas la moindre part à l'initiative de celui qui a examiné le blessé et doit tenir compte de l'âge, de la profession pour arrêter un taux définitif.

Les lacunes du barème indicatif (que nous essaierons de combler) sont relativement assez rares. Elles apparaissent surtout d'après les progrès de la chirurgie qui a fait mieux connaître certaines lésions traumatiques telles que certaines hernies diaphragmatiques, les lésions génito-urinaires de la femme par traumatisme, les lésions trachéobronchiques post traumatiques, les lésions dues à des variations de la pression extérieure, etc.

Certaines lacunes sont sans importance par contre. En effet l'absence de précision de taux pour les fractures rares du carpe par exemple, est sans inconvénient pour un chirurgien qui sait que toutes ces fractures comportent des troubles physiologiques précis (limitation des mouvements du poignet, des doigts, douleurs, dont l'estimation facile permet de fixer un taux d'I.P.P. exact).

En résumé, c'est un bon examen clinique quidoit être à la base des conclusions d'un expert. Plus ce dernier sera entraîné à établir le bilan exact des lésions qu'il observe au point de vue de leurs conséquences physiologiques, plus facilement il établira le taux justifié, en s'aidant comme d'une base non absolue d'un barème. Il faut savoir interpréter celui-ci sans lui obéir trop servilement.



## COEFFICIENT PROFESSIONNEL

Déjà en 1939 le barème, dans un chapitre préliminaire déclarait : « Il arrivera qu'en raison de l'influence particulière de certains facteurs, notamment l'âge de la victime et la nature de la profession, etc., en raison des caractères particuliers de certaines lésions et aussi de manifestations pathologiques non prévues dans le barème, qui ne peut tout comprendre, les experts et le juge pourront, tout en s'en inspirant comme guide, proposer et décider d'appliquer un taux spécial.

Depuis la mise en vigueur de la loi de 1946, la notion de coefficient professionnel a été établie dans l'article 453 du Code de la Sécurité Sociale.

« Le taux de l'incapacité permanente est déterminé 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, compte tenu d'un barème d'invalidité. »

S'il n'est dit nulle part que le médecin doive évaluer le coefficient professionnel, il peut indiquer qu'il y a lieu de prendre en considération telles conséquences de l'accident qui constituent un obstacle à l'exercice de la profession de la victime ou qui l'empêchent de reprendre son métier.

Les professionnels qui attribuent le coefficient tiendront compte surtout du déclassement, de la difficulté probable de l'embauche. Le chirurgien peut à notre avis indiquer les déficiences physiologiques propres à tel métier qui peuvent nuire au blessé et justifier l'attribution d'un coefficient professionnel.

C'est ainsi que la désarticulation du pouce qui donnerait 25% quand le résultat anatomique physiologique est parfait peut justifier un taux supérieur du fait d'incidences professionnelles.

De même un imprimeur atteint d'amputation partielle des phalanges ne devrait bénéficier que de 4% mais il éprouve une impossibilité à prendre les caractères donc il sera justifié de lui attribuer 6 à 8%.

## RÉVISION

Précisons que les pourcentages retenus en Accidents du Travail sont légalement révisables aussi bien en cas d'amélioration qu'en cas d'aggravation. L'action en révision de la rente allouée aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles est fondée sur l'article 489 du Code de la Sécurité Sociale :

Art. 489. — « Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa du présent article, toute modification dans l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure, peut donner lieu à une nouvelle fixation des réparations.

« Cette nouvelle fixation peut avoir lieu à tout moment dans les deux premières années qui suivent la date de guérison ou de consolidation de la blessure. Après l'expiration de ce délai de deux ans, une nouvelle fixation des réparations allouées ne peut être faite qu'à des intervalles d'au moins un an. Ces délais subsistent même si un traitement médical est ordonné. Les intervalles peuvent être diminués d'un commun accord. »

**En cas de décès de la victime, par suite des conséquences de l'accident, une nouvelle fixation des réparations allouées peut être demandée par les ayants droit de la victime tels qu'ils sont désignés à l'article L 454.**

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article en ce qui concerne, notamment, le contrôle médical auquel la victime est tenue de se soumettre et les déchéances qui peuvent lui être appliquées en cas de refus.

Le décret n° 46-2959 du 13 décembre 1946 relatif à l'application des dispositions du livre IV du code de la Sécurité Sociale sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, a ses articles 128, 129 et 130, libellés comme suit :

## SECTION IV. — RÉVISION

**Art. 128.** — La demande tendant à une nouvelle fixation des réparations motivée par une aggravation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est présentée soit au moyen d'une déclaration faite à la Caisse primaire de Sécurité Sociale, soit au moyen d'une lettre recommandée adressée à ladite Caisse.

Les justifications nécessaires sont fournies à l'appui de la demande.

Chaque nouvelle fixation des réparations, motivée par une aggravation ou une atténuation de l'infirmité, ou par le décès de la victime, fait l'objet d'une décision du Conseil d'Administration de la Caisse Primaire ou du Comité prévu à l'article L 48, troisième alinéa du décret n° 60.452 du 12 mai 1960, après avis du Médecin Conseil de la Caisse Primaire dans les conditions fixées à l'article suivant.

Dans tous les cas les décisions sont prises dans les mêmes conditions que pour la fixation de la rente initiale. Toutefois lorsqu'il y a réduction de montant de la rente ou suppression de celle-ci le nouveau montant ou la cessation de paiement ont pour point de départ la première échéance suivant la date de la décision.

**Art. 129.** — Postérieurement à la date de la guérison apparente ou de la consolidation de la blessure, la Caisse primaire peut faire procéder par un de ses médecins conseils à des examens de contrôle de l'état de la victime. Ces examens ont lieu à intervalles de trois mois au cours des deux premières années et d'un an après l'expiration de ce délai.

La victime est informée au moins six jours à l'avance par lettre recommandée du jour, de l'heure et du lieu de l'examen de contrôle. Dans le cas où la victime ne peut, en raison de son état, se rendre au lieu indiqué pour cet examen, il doit en avertir immédiatement la Caisse primaire.

**Art. 130.** — Dans le cas où la victime refuse de se prêter à l'examen de contrôle prévu à l'article précédent, la Caisse Primaire peut décider la suspension du service de la rente.

Le demandeur en révision doit établir qu'un changement s'est produit dans l'état du blessé :

Par aggravation — auquel cas la demande est introduite par le rentier.

Par amélioration — auquel cas l'initiative est prise par la Caisse de Sécurité Sociale.

Les conditions fixées par une jurisprudence devenue constante de la Cour de Cassation demeurent : la révision ne saurait être une voie de recours contre une décision devenue définitive sous prétexte que la rente est insuffisante ou qu'elle est trop élevée, qu'une erreur de fait ou de droit a été commise.

Il faut un état différent — anatomique, physiologique — postérieur à la décision intervenue.

Si un élément d'aggravation ne s'est pas produit, pas de révision possible pour aggravation. De même la Caisse de Sécurité Sociale ne pourra demander la révision de la rente pour amélioration que si une atténuation de l'infirmité s'est produite.

En ce qui concerne les accidents du travail survenus dans l'agriculture, l'article 1188 du Code Rural stipule :

La demande en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime ou de son décès par suite des conséquences de l'accident, est ouverte pendant 3 ans à compter soit de la date à laquelle cesse d'être due l'indemnité journalière, s'il n'y a pas eu attribution de rente, soit de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire passée en forme de chose jugée, même si la pension a été remplacée par un capital en conformité de l'article 1190.

1) Sur le problème de la rechute, consulter « Semaine médicale », sept. 1970, p. 278.

Retour

## BLESSURES ET INCAPACITÉS MULTIPLES

### ÉVALUATION DES INFIRMITÉS MULTIPLES DU FAIT D'UN MÊME ACCIDENT OU D'ACCIDENTS SUCCESSIFS.

LA DOCTRINE MÉDICALE est que l'évaluation du pourcentage d'invalidité résultant de blessures multiples — qu'elles soient le fait d'un seul accident ou celui de plusieurs accidents survenus à plus ou moins longs intervalles — ne peut se faire par simple addition des taux partiels d'incapacité permanente, car on pourrait arriver à donner 100, 120 p. 100 et plus à un blessé conservant une valeur ouvrière certaine. D'où le calcul de l'I.P.P. globale en faisant porter chaque incapacité partielle sur la capacité restante laissée par la précédente.

Cela revient à dire, par exemple, que l'on ne donnera pas 65 p. 100 à une main droite qui aura perdu son pouce et son index, déjà évalués à 40 p. 100 — qu'un membre inférieur dont la valeur ouvrière est de 75 p. 100 ne pourra être évalué à 35 p. 100 pour séquelles importantes de fracture bi-malléolaire + 35 p. 100 pour ankylose du genou — 15 p. 100 pour algies, au total 85 p. 100 alors que ce membre existe, qu'il reste encore partiellement utilisable.

La Doctrine Juridique est toute différente en ce qui concerne les incapacités permanentes partielles, dues à des accidents successifs.

Elle ne repose pas sur la base d'invalidités partielles équilibrées les unes par rapport aux autres de façon à ne jamais dépasser 100 p. 100, taux de l'incapacité absolue, non plus que la valeur d'amputation pour des segments de membres (sauf très rares exceptions), etc., mais sur cette notion que dans le cas d'incapacités permanentes partielles dues à des accidents successifs, les rentes expriment des valeurs essentiellement différentes.

Le salaire — théoriquement diminué par les incapacités antérieures — avant l'accident donne la mesure légale d'appréciation de la réduction subie ensuite du nouvel accident.

C'est pourquoi nombreuses sont les décisions qui ont déclaré inapplicable aux victimes d'accidents du travail, la notion médicale de la capacité organique, ou si l'on préfère, de la valeur corporelle, restante.

Deux grands groupes d'invalidité par blessures multiples sont à envisager :

- Infirmités multiples résultant d'un même accident.
- Infirmités multiples résultant d'accidents successifs, à plus ou moins long intervalle.

# **BARÈME OFFICIEL:**

## **INFIRMITÉS PERMANENTES PARTIELLES MULTIPLES DU FAIT D'UN ACCIDENT UNIQUE.**

### **BARÈME OFFICIEL :**

#### **I. — Infirmités Multiples**

##### **Définition**

On appelle infirmités multiples des infirmités intéressant des membres, des segments de membres ou des organes différents.

Les divers reliquats d'une même lésion ne sont pas considérés comme des infirmités multiples.

Par exemple, une lésion d'un même membre, plus une lésion d'un œil, peuvent laisser des infirmités multiples. Il en est de même d'une lésion du bras gauche plus une lésion du bras droit.

Une lésion de la rotule peut laisser de l'arthrite, des mouvements anormaux, une raideur du genou et des articulations sus ou sous-jacentes, de l'atrophie musculaire, des troubles vasculaires, etc. Il s'agit alors d'une seule et même infirmité.

##### **Méthode à suivre**

Le barème indique fréquemment le taux de la réduction globale de capacité résultant de la coexistence de plusieurs lésions. Lorsque l'existence simultanée de deux ou plusieurs lésions n'est pas prévue par le barème, le taux de la réduction globale de capacité ne doit jamais être déterminé par l'addition pure et simple des taux partiels considérés isolément. Ce procédé mène le plus souvent à des résultats qui sont en contradiction certaine avec les données de l'examen clinique.

La méthode à suivre est différente suivant que le cas examiné appartient à l'un ou à l'autre des deux groupes suivants :

## **INFIRMITÉS PERMANENTES PARTIELLES MULTIPLES DU FAIT D'UN ACCIDENT UNIQUE.**

Le barème officiel donne des indications qui restent la base actuelle de nos décisions d'experts. Il faut à notre avis se conformer exactement à ces prescriptions du barème. Nous ajouterons cependant quelques observations indispensables :

En ce qui concerne les infirmités du **premier groupe** (lésions intéressant des organes différents associés à la même fonction) des cas très différents doivent être envisagés.

Nous distinguerons personnellement :

1<sup>o</sup>) Les infirmités multiples portant sur des organes associés d'un même membre. Par exemple deux doigts ou trois doigts de la même main.

Nous avons indiqué dans le barème les taux relatifs à ces associations. En principe ils résultent de l'addition de chaque infirmité isolée avec adjonction d'un coefficient de synergie (voir pages 217 et 255).

Il faut rappeler que sauf exception rare (causalgie grave) le taux d'amputation totale du membre représente le taux maximum des invalidités qui peuvent se trouver réunies sur le même membre.

2<sup>o</sup>) Les infirmités multiples portant sur des organes symétriques. Rares sont les infirmités de ce genre dont le taux additif est indiqué au barème :

Par exemple : Les deux yeux : 100 %

Les deux mains : 100 %

En ce qui concerne les lésions des membres supérieurs on trouvera les taux au barème officiel (p. 255).

En ce qui concerne les membres inférieurs nous rappellerons la manière dont le Pr Balthazard calculait le taux des lésions multiples.

» Dans le taux d'incapacité, attribué à la perte d'un membre inférieur, intervient la disparition d'une action synergique, nécessitant l'intégrité des deux membres pour la marche, l'accroupissement, etc. Cette valeur synergique est plus considérable pour les membres inférieurs, constamment associés dans leur action, que pour les membres supérieurs, chacun de ceux-ci gardant une valeur propre importante après la disparition de l'autre. Nous évaluons à moitié la valeur propre d'un membre inférieur, à moitié la valeur synergique.

« Si donc deux lésions existent sur les deux membres inférieurs, on obtiendra l'incapacité globale en additionnant les deux incapacités partielles et en retranchant de la somme la moitié de l'incapacité la plus faible.

« Ainsi, un individu a subi d'un côté l'amputation de jambe ( $t_1 = 0,55$ ), de l'autre côté, une désarticulation médico-tarsienne de Chopart ( $t_2 = 0,35$ ). L'incapacité globale sera obtenue en additionnant ( $0,55 + 0,35$ ) et en retranchant la moitié de  $0,35$ , c'est-à-dire la part d'action synergique déjà incluse dans le taux d'incapacité attribué à l'amputation de jambe. On obtient ainsi  $0,725$ .

« La double désarticulation de Chopart entraînerait une incapacité globale de  $0,525$ .

« Chez un amputé de cuisse, la perte du gros orteil à l'autre membre entraînerait une incapacité globale de  $0,75 + 0,12$ , soit  $0,87 - 0,06$ , part d'action synergique revenant au gros orteil et déjà comptée dans le taux alloué pour l'amputation de cuisse, si bien que la valeur est de  $0,81$ , etc. »

## **BARÈME OFFICIEL:**

1<sup>o</sup> Les lésions intéressent des organes différents mais associés à la même fonction :

Telles sont les lésions des deux yeux, des deux oreilles, des deux maxillaires, lesquelles sont prévues au barème et par conséquent ne sont indiquées ici que pour fixer les idées.

Mais telles sont aussi les lésions intéressant deux ou plusieurs doigts d'une même main, les deux membres inférieurs, etc. Un certain nombre de cas sont prévus au barème, mais ils ne le sont pas tous :

2<sup>e</sup> Les lésions intéressent soit des organes ou membres différents et de fonctions distinctes, soit différents segments d'un même membre, par exemple, les lésions intéressent un bras et une jambe, ou bien le coude et le poignet du même bras, etc.

#### Premier groupe

Pour les cas du premier groupe, on ne peut donner aucune méthode simple. Comme certains d'entre eux sont prévus au barème, on obtiendra fréquemment une indication très utile en procédant par analogie. Ainsi, la perte des deux index pourra être évaluée en partant du taux indiqué pour la perte d'un seul index et en opérant par comparaison avec les taux donnés par le barème pour la perte d'un pouce et pour la perte des deux pouces. De même pour des lésions atteignant les deux membres inférieurs, on pourra souvent raisonner par analogie avec le cas de l'amputation des deux pieds.

#### Deuxième groupe

Dans le cas du second groupe, il est recommandé de recourir à l'application d'une règle qui a déjà rendu des services appréciables et peut servir de guide pour l'évaluation du taux global. On évitera ainsi des évaluations disparates pour un même ensemble de lésions.

Cette règle consiste, les infirmités étant classées dans un ordre quelconque, à décompter la première au taux du barème et chacune des suivantes proportionnellement à la capacité restante.

**Exemple :**

Soit trois infirmités qui, considérées isolément, correspon-  
draient au taux d'incapacité de 60 p. 100, 20 p. 100 et 10 p. 100.

Première infirmité : 60 p. 100 de 100 p. 100 (capacité complète) 60

Capacité restante : 100 p. 100 - 60 p. 100 = 40 p. 100.

Deuxième infirmité : 20 p. 100 de 40 p. 100 (capacité

En pratique nous procédons un peu différemment en appliquant le calcul des infirmités multiples et en ajoutant si l'état physiologique consécutif aux deux mutilations symétriques l'exige un coefficient de synergie qui, lorsque l'aggravation de l'incapacité est importante, peut être assez élevé sans toutefois arriver à dépasser le chiffre que donnerait l'addition pure et simple des deux infirmités.

Dans certains cas par contre le fait de la symétrie des lésions n'ajoute aucun supplément d'invalidité et il n'y a pas de coefficient de synergie à ajouter au chiffre résultant du calcul des infirmités multiples.

3<sup>e</sup>) Les infirmités multiples portant sur des lésions crânio-faciales nécessitent qu'on apporte certaines précisions.

Par exemple à la suite d'un tel traumatisme on constate par l'examen neurologique un syndrome post commotionnel et par l'examen otologique des troubles labyrinthiques, une hypoacusie, des bourdonnements d'oreille, une anosmie, une agueusie d'origine centrale.

Il est bien dit dans le barème au chapitre des séquelles otologiques : « En cas d'association les pourcentages ci-contre seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des invalidités multiples » et au tableau d'évaluation des divers degrés de surdité : « En cas d'association de la surdité avec d'autres éléments d'incapacité les pourcentages ci-contre seront appliqués conformément au calcul des infirmités multiples. Seule l'association surdité-bourdonnements doit être calculée par addition des deux taux »

En pratique la question est dominée par les prescriptions très nettes du barème, prescriptions que nous trouvons justifiées : « Les divers reliquats d'une même lésion ne sont pas considérés comme des infirmités multiples ».

La Commission nationale dans ses décisions a suivi exactement ce principe en confirmant l'habitude de la commission technique de Paris d'additionner les taux des différentes infirmités consécutives au même traumatisme crânien. Ainsi après un traumatisme fronto-pariéital droit ayant entraîné : perte de substance crânienne, hémiplégie gauche, vertiges labyrinthiques, bourdonnements d'oreille tous les taux d'I.P.P. partielle s'additionnent.

Si chez un sujet on note, après un traumatisme crânien, des troubles oculaires ou des troubles vertigineux d'origine vestibulaire, un syndrome commotionnel, les taux s'additionnent.

Car ces divers reliquats résultent d'une même lésion.

Par contre si en même temps que le traumatisme crânien a déterminé des troubles vertigineux, un syndrome commotionnel, une agueusie, une anosmie, dont les troubles s'additionnent, une autre lésion a détruit directement le globe oculaire, la cécité qui en résulte ne s'additionne pas simplement mais subit le calcul des invalidités multiples (jugement de la Cour de cassation).

Il reste bien entendu, a fortiori, que d'autres lésions concomitantes des membres s'additionnent par la règle des infirmités multiples. De même les conséquences des lésions faciales par traumatisme concomitant (enfoncement du malaire, fracture du maxillaire inférieur associées à un traumatisme crânien dans le même accident) s'additionnent par la règle des infirmités multiples.

## **BARÈME OFFICIEL:**

Nouvelle capacité restante : 40 p. 100 — 8 p. 100 = 32 p. 100.	
Troisième infirmité : 10 p. 100 de 32 p. 100 (nouvelle capacité restante), soit : $\frac{10}{100} \times \frac{32}{100} = . . . . .$	3,2
Total global d'incapacité. . . . .	<hr style="width: 20px; margin-bottom: 5px;"/> 71,2
ou, en chiffres ronds : 72 p. 100.	

Remarque. — On pourrait modifier l'ordre des infirmités, on aboutirait au même résultat, c'est-à-dire 72 p. 100 d'incapacité.

En général, le résultat donné par l'application de cette règle ne saurait être adopté purement et simplement. On doit considérer qu'il ne constitue qu'une première indication. Il doit être discuté et, à l'occasion, corrigé, les raisons d'une modification devant être précisées par l'expert. A cet effet, il importe de tenir compte, le cas échéant, des considérations physiologiques générales et de considérations cliniques propres au cas particulier.

## **ÉTATS ANTÉRIEURS**

### **BARÈME OFFICIEL :**

#### II. — Infirmités Antérieures Principes

Il s'agit ici de fixer les conséquences d'un accident du travail dans le cas où la victime était déjà infirme avant l'accident.

Le problème consiste, comme toujours, à évaluer la réduction de salaire causée par cet accident. En effet, la loi ne fait pas de distinction entre ce cas et celui où la victime était entièrement valide avant son accident : elle pose une règle générale et dit seulement que la rente doit être égale à une fraction, ou à la totalité de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire.

Il est donc évident que la rente ne saurait être basée sur l'incapacité globale qui résulte des deux infirmités, l'ancienne et la nouvelle, et que l'on doit également se garder de raisonner comme si l'infirmité qu'il s'agit de réparer avait atteint un homme valide.

Comme il est impossible d'établir un barème qui donne le taux de la réduction de capacité causée par une lésion quelconque chez un sujet porteur avant l'accident d'une lésion également quelconque, il est utile de montrer comment on peut suppléer à l'absence d'un tel barème. La solution de ce problème exige que l'on ne perde pas de vue les notions fondamentales qui sont rappelées ci-après :

## **ÉTATS ANTÉRIEURS**

(Incapacités permanentes partielles multiples du fait d'infirmités antérieures).

Nous donnons encore ci-dessous les règles en vigueur depuis la loi de 1946 mais nous précisons que ces textes doivent être modifiés par le Haut Comité médical de la Sécurité Sociale. Il est probable que le mode de calcul dit formule de Gabrielli ne sera plus conservé.

Depuis que la loi de 1946 est en vigueur, les discussions sur l'évaluation de l'invalidité globale qui résulte d'un accident comportant des infirmités antérieures n'ont plus souvent qu'un intérêt historique. Nous renvoyons toutefois aux commentaires du barème officiel qu'il convient de lire attentivement jusqu'au bout pour en pénétrer le sens.

Des arrêts ultérieurs de la Cour de cassation ont rendu en quelque sorte obligatoires les règles suivantes suivies par la jurisprudence des commissions régionales d'I.P.P., la commission nationale d'appel et la Cour de cassation (affaire Sauer, 5 février 1954).

1<sup>o</sup> L'état antérieur du blessé dépend aussi bien d'une maladie que d'un accident antérieur ou de plusieurs accidents antérieurs (pensionné ou non, accident de la voie publique ou du travail, ou blessure de guerre).

2<sup>o</sup> La capacité antérieure de travail  $C_1$  est évaluée par l'expert, non exactement d'après les taux d'incapacité antérieurement attribués mais d'après l'adaptation du blessé à son infirmité antérieure. La capacité de travail est établie par son activité professionnelle au moment du dernier accident, dans le métier qu'il avait repris et pour lequel il était rémunéré. (1)

Il arrive fréquemment qu'un blessé présentant un total d'I.P.P. antérieures important (voisin de 100 % souvent) ait repris une profession rémunératrice pour laquelle il s'est réadapté au moins partiellement. Cette capacité réelle antérieure au dernier accident peut être très supérieure à celle qui ressort de l'application des données du barème ou de l'évaluation antérieure des différentes infirmités.

La capacité réelle de travail après l'accident,  $C_2$ , pourrait être établie par une appréciation de même ordre, mais en règle c'est la détermination de l'I.P.P. réelle consécutive à l'accident récent qui importe ici (calculée comme sur l'individu normal en tenant compte, s'il y a lieu, de l'aggravation synergique). Cette I.P.P. ainsi déterminée sera soustraite du taux de capacité antérieure  $C_1$  pour obtenir le chiffre  $C_2$  et finalement établir la formule  $\frac{C_1 - C_2}{C_1}$ .

---

(1) « Rien n'oblige à suivre exactement le barème pour l'évaluation de la capacité antérieure. On peut avoir de bonnes raisons pour s'écartez de ses indications car le barème ne donne que des taux d'incapacité probable, tandis que pour l'appréciation de l'état antérieur c'est l'incapacité réelle qui doit être retenue. Celle-ci peut être plus grande ou moins grande que le barème ne l'indique. »

Ce paragraphe (et les suivants) des principes généraux du barème de 1939, dont la rédaction n'a peut-être pas toute la clarté désirable, est la base qui a servi de point de départ à la jurisprudence suivie pour établir la formule  $\frac{C_1 - C_2}{C_1}$  par les Commissions régionales d'I.P.P., la Commission nationale, jurisprudence approuvée par la Cour de Cassation.

## BARÈME OFFICIEL:

a) Il importe, tout d'abord, de bien se rendre compte de la nature des opérations auxquelles la fixation d'une rente donne lieu dans le cas le plus simple, c'est-à-dire lorsque l'accident atteint un sujet valide.

En effet, la réduction subie par le salaire n'est jamais évaluée directement. On considère que cette réduction est proportionnelle au salaire ancien et que, par suite, elle doit s'obtenir en multipliant celui-ci par un coefficient indépendant du salaire.

C'est ce coefficient indépendant du salaire que l'on a l'habitude d'appeler taux d'incapacité, ou plus exactement taux de réduction de capacité ;

b) Par définition, un taux est un quotient. Le taux de la réduction de capacité causée par un accident est donc le résultat d'une division dans laquelle le dividende est la réduction de capacité elle-même et le diviseur la capacité existant avant l'accident. Quant à la réduction de capacité, c'est évidemment la différence entre les deux capacités, ancienne et nouvelle.

### Méthode d'évaluation

Ainsi, dans le cas d'un accident survenant chez un sujet atteint d'une infirmité antérieure, on est naturellement conduit à la détermination de la capacité ancienne et à la détermination de la capacité nouvelle.

Soient  $C^1$  et  $C^2$  ces deux capacités, le taux de la réduction de capacité résultant de l'accident, c'est-à-dire le taux par lequel on devra multiplier le salaire effectif de l'ouvrier, est égal à  $\frac{C^1 - C^2}{C^1}$ .

Supposons, par exemple, que le blessé avait déjà perdu le pouce droit avant l'accident actuel et que cet accident lui fait perdre le pouce gauche. D'après le barème, avant l'accident, le taux d'incapacité était de 25 p. 100, après il est de 65 p. 100. Il en résulte qu'avant l'accident, le blessé avait une capacité égale à 75 p. 100 de celle d'un homme valide, après il a une capacité égale à 35 p. 100 de celle d'un homme valide. En chiffrant par 100 la capacité d'un homme valide, on voit que la capacité de la victime est tombée de 75 avant l'accident à 35 après. Elle a donc été réduite du fait de l'accident actuel, de 40/75 de la valeur qu'elle avait avant ( $75 - 35 = 40$ ).

Par conséquent, le taux de la réduction de capacité résultant de l'accident est égal à 40/75, c'est-à-dire 53,33 p. 100.

On voit que la seule difficulté réside dans l'évaluation de l'incapacité globale dont le blessé reste atteint après l'accident actuel. Cette incapacité doit être évaluée en faisant application des principes exposés au paragraphe précédent.

**Remarque. — Deux remarques s'imposent encore :**

1° Tout d'abord, il importe peu que l'infirmité antérieure soit due à une maladie ou à un premier accident, que ce pre-

## **Observations justificatives.**

L'évaluation de  $C_1$ , qui consiste à soustraire de 100 (capacité intégrale du sujet normal) la somme des taux des différentes incapacités permanentes partielles relatives aux infirmités antérieures, aboutirait généralement à des conclusions absurdes surtout si les infirmités antérieures sont très importantes.

**Par exemple :** Un aveugle à 100% d'I.P.P. réadapté à un travail de fabrication de brosses où il excelle, avec un salaire appréciable, est accidenté (amputation d'une phalangette de l'index de la main gauche). L'application de la formule  $\frac{C_1 - C_2}{C_1}$  avec  $C_1 = 100$  aboutirait à refuser une I.P.P. pour ce dernier accident. En réalité  $C_1$  étant évalué compte tenu de l'activité professionnelle au moment de cet accident doit être fixé à 50 ou 60%.  $C_2$  est évalué d'après l'I.P.P. normale correspondant à l'amputation de la phalangette de l'index gauche soit 2%. Dès lors :

$$\frac{C_1 - C_2}{C_1} = \frac{60 - 58}{60} = \frac{2}{60} = 3\%$$

**Autre exemple :** un amputé de cuisse à 90% est accidenté au cours d'un travail rémunérateur auquel il s'est réadapté. Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche entraînant chez un sujet normal une I.P.P. de 12%.

Là encore le blessé a une capacité antérieure à évaluer en fonction de son travail avant le dernier accident.  $C_1 = 60$  par exemple —  $C_2 = 48$ .

Dès lors :

$$\frac{C_1 - C_2}{C_1} = \frac{60 - 48}{60} = \frac{12}{60} = 20\% \quad \text{soit une I.P.P. de 20%}.$$

Faute de cette réévaluation première on aboutirait à une conclusion «absurde» qui constituerait à refuser une I.P.P. à un blessé ayant une somme d'incapacités antérieures trop importante.

Cas particulier du blessé qui ayant antérieurement perdu un œil (I.P.P. de 30%) devient aveugle à la suite d'un nouvel accident. Il paraît excessif d'attribuer le taux de 100% au seul nouvel accident. On a imaginé la théorie « des trois yeux » (ou trois mains, trois bras, etc.) selon laquelle il faudrait attribuer en % un tiers à chaque œil et le dernier tiers aux fonctions et capacités de réserve. Sur deux yeux, celui qui subsisterait vaudrait donc deux tiers et c'est ce taux (66%) qui correspondrait à sa perte (R. Beraud).

Le législateur a voulu tenir compte de l'état antérieur, mais il n'a pas défini la capacité antérieure en concluant en fonction seulement des déficits physiologiques, de la diminution physique du blessé. La capacité antérieure, nous le répétons, est à évaluer d'après l'activité professionnelle exercée en dernier lieu par le blessé malgré sa diminution physique. Opérer autrement serait aller à l'encontre du but que poursuivent les mesures de réadaptation des diminués physiques. Comment pourrait-on employer sans hésitation un sujet exposé à se voir attribuer une I.P.P. de 100% pour une lésion méritant parfois moins de 10% chez un sujet normal.

Les commissions régionales, la commission nationale d'appel, la Cour de cassation ont conclu dans le sens que nous indiquons et qui paraît devoir être généralisé, ce qui n'est que raisonnable.

On doit signaler que dans un arrêt récent (5 mars 1964) la Cour de Cassation a précisé que lorsque l'incapacité dont était déjà atteint un blessé avant l'accident n'était pas imputable à un accident du travail antérieur mais à un état pathologique préexistant (n'ayant pas donné lieu à une allocation de rente) et lorsqu'un accident du travail entraîne l'aggravation d'un tel état et sans qu'il y ait lieu de faire intervenir ni la formule de Gabrielli ni ses conditions d'application, la totalité de l'incapacité de travail résultant de cette aggravation doit être prise en considération au titre de la législation sur les accidents du travail.

## BARÈME OFFICIEL :

mier accident soit un accident du travail ou qu'il soit survenu en dehors du travail, qu'il ait été réparé par une rente ou par une indemnité en capital, ou qu'il n'ait pas été réparé du tout.

En revanche, il est indispensable que l'infirmité antérieure se soit réellement manifestée avant l'accident actuel. Si, avant cet accident, la victime n'avait que des prédispositions à telle ou telle maladie, il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Il n'y a pas lieu de tenir compte non plus d'une maladie qui existait déjà réellement si cette maladie n'était à ce moment la cause d'aucune réduction de capacité de travail ;

2<sup>e</sup> Enfin, on doit observer que la méthode proposée, bien qu'elle fasse intervenir une formule mathématique, permet de tenir compte de tous les éléments d'appréciation que l'équité commande de retenir.

En effet, rien n'oblige à suivre exactement le barème pour l'évaluation de l'incapacité antérieure. On peut avoir de bonnes raisons pour s'écartez de ces indications, car le barème ne donne que des taux d'incapacité probables, tandis que, pour l'appréciation de l'état antérieur, c'est l'incapacité réelle qui doit être retenue. Celle-ci peut être plus grande ou moins grande que le barème ne l'indique.

A plus forte raison, si une rente d'accident du travail a été accordée pour l'infirmité antérieure, l'infirmité antérieure peut être évaluée à un taux différent, en vue de la réparation de l'accident actuel.

Mais, bien entendu, les raisons qui ont pu conduire à augmenter ou à diminuer l'incapacité antérieure ne doivent pas être perdues de vue lorsqu'il s'agit ensuite d'évaluer l'incapacité globale dont la victime reste finalement atteinte. Il est normal qu'elles interviennent encore après l'accident. Sans doute, la nouvelle lésion viendra souvent atténuer leur importance, mais pas nécessairement au point de permettre de les négliger complètement.

Par exemple, si la vision d'un œil déjà réduite à 1/10<sup>e</sup> vient à être complètement perdue dans un accident du travail, il sera permis de dire qu'avant l'accident la réduction de capacité était, en fait, très faible ou même nulle. Mais, alors, il y aura lieu de se demander si la même considération ne conduit pas à évaluer la capacité existante après l'accident à un chiffre plus élevé que le barème ne l'indique.

Dans d'autres cas, c'est plutôt le degré de l'adaptation de l'invalidé à son infirmité qui intervient. Cela se produit surtout pour les doigts d'une même main, lesquels sont susceptibles, dans une grande mesure, de se suppléer l'un l'autre. Ainsi, l'amputation d'une main déjà privée d'un doigt fait perdre à la victime le bénéfice de son adaptation. Il pourra donc être normal de majorer l'évaluation de la capacité antérieure et, néanmoins, d'adopter le taux du barème pour évaluer la capacité restante. L'expert devra indiquer les raisons pour lesquelles il ne se conforme pas au barème, lequel tient compte de la faculté d'adaptation moyenne des individus.

## ÉVALUATION DES INCAPACITÉS CHEZ LES MUTILÉS DE GUERRE VICTIMES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Nous rappellerons simplement la loi du 25 novembre 1916 modifiée par la loi du 22 août 1924.

Article premier (modifié par l'article 17 de la loi du 22 avril 1924). — Toutes les fois qu'un militaire des armées de terre et de mer, titulaire d'une pension en vertu de la loi du 31 mars 1919, aura été victime d'un accident du travail survenu dans les conditions prévues par les lois des 9 avril 1898, 30 juin 1899, 12 avril 1906, 18 juillet 1907 et 15 juillet 1914, l'ordonnance du président ou le jugement du tribunal qui fixera le montant des rentes pouvant résulter, tant de sa mort que de la réduction permanente de sa capacité de travail, devra indiquer expressément :

- 1<sup>o</sup> Si l'accident a eu pour cause exclusive l'infirmité de guerre préexistante ;
- 2<sup>o</sup> Si la réduction permanente de capacité résultant de l'accident a été aggravée par le fait de ladite infirmité et dans quelle proportion.

Dans le premier cas, le chef d'entreprise sera exonéré de la totalité des rentes allouées à la victime ou à ses ayant droit par l'ordonnance ou le jugement ; et, dans le second cas, de la quotité desdites rentes correspondant à l'aggravation ainsi déterminée.

Le capital représentatif des rentes auxquelles s'appliquera cette exonération sera versé à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse par prélèvement sur les ressources d'un fond spécial de prévoyance dit « des blessés de la guerre », dont le fonctionnement sera assuré pour le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale, et la gestion financière par la Caisse des dépôts et consignations.

Pour 2<sup>o</sup>, le dispositif est celui d'une loi d'exonération pour le chef d'entreprise, mais nullement d'une loi de majoration du degré d'incapacité en faveur du mutilé de guerre. L'exonération, en effet, ne s'applique qu'à l'aggravation possible, non fatale ni constante et de telle sorte que l'état antérieur de l'accidenté soit sans inconvénient pour son patron.

En pratique le médecin retiendra que si l'accident du travail donne lieu à une I.P.P., celle-ci doit être établie en tenant compte de l'état antérieur (évalué comme nous l'avons dit plus haut, c'est-à-dire en fonction des possibilités réelles de travail du blessé au moment de l'accident) et en appliquant la formule

$$\frac{C_1 - C_2}{C_1}.$$

Si l'accident de travail est dû uniquement à la blessure de guerre (par exemple un épileptique du fait de la guerre est atteint d'une blessure suivie d'I.P.P. après une crise pendant son travail) c'est aux Caisses qu'il appartiendra de mettre en cause le Fond de Prévoyance des blessés de guerre. Le médecin n'a pour rôle que d'établir, s'il y a lieu, la relation exacte de l'accident avec la blessure de guerre et de déterminer l'I.P.P. en tant qu'accident du travail.

**Retour**

## **APPAREILS DE PROTHÈSE ET D'ORTHOPÉDIE**

---

### **ARTICLE 434 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

**Art. 434.** — Les prestations accordées aux bénéficiaires de la présente loi, comprennent, qu'il y ait ou non interruption de travail :

La couverture des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires — la fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'infirmité résultant de l'accident, la réparation ou le remplacement de ceux que l'accident a rendu inutilisables...

### **DÉCRET N° 46-2959 DU 31 DÉCEMBRE 1946**

#### **Chapitre III. — Appareils de prothèse et d'orthopédie.**

**Art. 73.** — Le droit de la victime à l'appareillage prévu aux articles 32 et 38 de la loi du 30 octobre 1946 s'exerce dans les conditions fixées aux articles ci-après.

**Art. 74.** — L'appareillage comporte les appareils de prothèse et d'orthopédie proprement dits, leurs systèmes d'attaches et tous autres accessoires nécessaires à leur fonctionnement y compris, notamment, les chaussures adaptées aux membres inférieurs artificiels.

La victime a le droit de choisir l'appareil convenant à son infirmité tant parmi les types agréés figurant sur une nomenclature fixée par arrêté du Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale que sur la liste des appareils agréés par le Ministre des Anciens Combattants et Victimes de la Guerre pour l'appareillage de ses ressortissants.

La victime a droit, pour chaque infirmité, à un appareil et, selon son infirmité, à un appareil de secours, à une voiturette ou à un fauteuil roulant. Ne peuvent toutefois prétendre à une voiturette ou à un fauteuil roulant que les mutilés atteints de lésions graves et incurables du système locomoteur. Les mutilés des membres inférieurs ont droit à un appareil provisoire avant l'appareillage définitif. En aucun cas, cet appareil provisoire ne pourra être considéré comme appareil de secours.

## **COMMENTAIRES : APPAREILS PROTHESE ET ORTHOPEDIE 33**

**Art. 75.** — Il appartient à la victime qui demande la réparation ou le remplacement d'un appareil utilisé antérieurement à l'accident, d'établir que cet accident a rendu l'appareil inutilisable. Sauf le cas de force majeure, elle est tenue de présenter ledit appareil au médecin conseil ou au dentistes conseil ainsi qu'à la commission visée respectivement aux articles 80 et 81 du présent décret.

**Art. 76.** — La Caisse Primaire invite la victime à se faire inscrire à celui des centres d'appareillage visés à l'article 77 ci-après le plus proche de sa résidence, ou, si plusieurs centres se trouvent à proximité de celle-ci, au centre le plus facilement accessible par les moyens de transport en usage.

Au cas où la victime néglige de se faire inscrire à un centre d'appareillage la caisse peut requérir directement cette inscription du centre compétent.

En cas de changement de domicile, l'intéressé demande au centre où il est inscrit à être rattaché au centre le plus voisin de son nouveau domicile.

**Art. 77.** — En vue d'obtenir la fourniture, la réparation, le renouvellement ou le remplacement d'appareils d'orthopédie ou de prothèse, la victime est tenue de s'adresser :

a) Soit à des fournisseurs agréés par la Caisse Régionale de Sécurité Sociale ;

b) Soit aux centres d'appareillage du Ministère des Anciens Combattants et Victimes de la Guerre ou aux autres centres d'appareillage reconnus par le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale ou aux fournisseurs agréés par ces centres ;

c) Soit aux centres d'appareillage créés par les Caisses de Sécurité Sociale.

Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables à la prothèse dentaire sauf en ce qui concerne la prothèse maxillo-faciale, ni aux accessoires et objets de petit appareillage désignés par l'arrêté prévu à l'article 80 ci-après.

**Art. 78.** — Le centre d'appareillage, auquel la victime est inscrite conformément à l'article 77 ci-dessus, remet à celle-ci un livret d'appareillage sur lequel sont mentionnés le type, le nombre et la nature d'appareils délivrés ainsi que les réparations et les renouvellements effectués, les dates de réception par la commission d'appareillage, les frais correspondant à chacune de ces opérations.

Le livret doit être présenté au centre qui en assure la mise à jour lors de chaque réparation ou renouvellement ainsi qu'à toute demande de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale.

Tout livret qui n'a plus d'utilisation doit être renvoyé au centre qui l'a délivré.

.....

**Art. 80.** — Il est institué dans chaque centre d'appareillage une commission d'appareillage dont la composition est fixée par arrêté du Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale.

.....

**Art. 84.** — Aucune opération de réparation ou de renouvellement d'un appareil usagé ne doit être effectuée sans l'avis favorable de la commission.

Le renouvellement n'est accordé que si l'appareil est hors d'usage et reconnu irréparable. Toutefois, si le mutilé est atteint de lésions évolutives, son appareil est renouvelable chaque fois que le nécessitent non seulement l'état de l'appareil, mais aussi les modifications de sa lésion.

La commission peut, si elle ne reconnaît pas la nécessité du renouvellement demandé, prescrire une simple réparation.

Le mutilé qui, par de fausses déclarations ou de quelque manière que ce soit, aurait obtenu un nombre d'appareils supérieur à celui auquel il a droit, est tenu au remboursement du prix des appareils indûment perçus.

## BARÈME OFFICIEL :

**Art. 85.** — Lorsque le mutilé a exprimé le désir de faire effectuer la réparation ou le renouvellement de son appareil par un fournisseur agréé de son choix, le centre transmet à ce dernier l'appareil et la demande de l'intéressé en lui faisant connaître l'avis émis par la commission.

Si le délai de garantie de l'appareil n'est pas encore expiré, le fournisseur chargé de la réparation ne peut être que le fournisseur garant.

Le fournisseur procède à la réparation de l'appareil usagé ou à la fourniture d'un appareil neuf ; il fait réceptionner l'appareil par la commission d'appareillage qui a autorisé l'opération et livre ou expédie au mutilé l'appareil réceptionné.

**Art. 86.** — Avant d'être accepté et inscrit sur le livret, chaque appareil doit être utilisé pendant quinze jours. Lors de la livraison d'un appareil, fourni ou réparé par le centre ou par un fournisseur agréé, le centre délivre au mutilé un certificat de convenance.

Dès que l'appareil est accepté, mention en est portée sur le livret d'appareillage.

Lorsque la commission d'appareillage constate que le port d'un appareil n'est plus médicalement justifié, elle le mentionne avec avis motivé sur le livret d'appareillage qui est retiré à l'intéressé et en avise la Caisse Primaire de Sécurité Sociale intéressée.

**Art. 87.** — Les frais d'appareillage à la charge de la Caisse Primaire comprennent :

1<sup>o</sup> Les prix d'acquisition de réparation et de renouvellement des appareils dans la limite des maxima fixés par les conventions conclues entre les Caisse Régionales et les centres visés à l'article 77 b) ci-dessus. Ces prix ne peuvent en aucun cas excéder les prix fixés pour les appareils délivrés aux mutilés de guerre ;

2<sup>o</sup> Les frais d'expédition des appareils et autres frais accessoires que pourraient comporter les opérations de fournitures, de réparation et de renouvellement ;

3<sup>o</sup> Les frais légitimes de déplacement exposés par la victime lors de chacune de ses visites soit au centre d'appareillage soit à son fournisseur et une indemnité compensatrice de perte de salaire ; cette dernière indemnité et les frais de séjour sont évalués conformément aux taux fixés par l'arrêté pris en exécution de l'article 31 bis de l'ordonnance n° 45.2454 du 19 octobre 1945 modifiée et de l'article 26 du décret n° 45.0179 du 29 décembre 1945 modifié.

• • • • •

**Art. 89.** — En matière de prothèse dentaire, sauf en ce qui concerne la prothèse maxillo-faciale à laquelle sont applicables les dispositions du présent chapitre, les mutilés se font apparailler chez un praticien de leur choix, dans les conditions fixées par la nomenclature générale des actes professionnels, sous réserve des dispositions spéciales fixées par un arrêté interministériel pris conformément aux dispositions de l'article 34 de la loi du 30 octobre 1946.

Les dispositions de l'article 27 bis de la loi du 30 octobre 1946 remplacées par le décret du 7 janvier 1959 sont applicables en matière de soins dentaires et de délivrance des appareils de prothèse dentaire. La Caisse Primaire de Sécurité Sociale paye directement le praticien sur présentation de la note de frais établie sur la base du tarif fixé conformément aux dispositions de l'article 10 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 d'après la nomenclature générale des actes professionnels.

• • • • •

## **COMMENTAIRES : APPAREILS PROTHÈSE ET ORTHOPÉDIE 35**

L'organisation et la réglementation très stricte concernant les Centres d'appareillage ne laisse au Médecin traitant, au Médecin conseil, au Médecin expert que la seule initiative d'indiquer la nécessité de fournir au blessé du travail l'appareil de prothèse ou d'orthopédie que la mutilation, ou l'infirmité, rend indispensable.

Il ne lui est cependant pas interdit de mentionner l'appareil qui lui semble nécessaire :

Par exemple :

Pilon pour désarticulation tibio-tarsienne, molletière cuir moulé lacée ;

Pilon pour marcher sur le genou, culssard cuir moulé, quillon articulé, à verrou :

Chaussure orthopédique pour fracture avec raccourcissement de quatre centimètres ;

Avant-bras de travail en cuir lacé, avec articulation du coude libre - Lumière, porte-outils.

Appareil pour amputation de l'avant-bras, gaines en cuir moulé, anneau-crochet, main avec pouce articulé ;

Bandage herniaire ;

Bas à varices ;

Genouillère élastique ;

Genouillère en cuir lacé ;

Bracelet de force ;

Ceinture pour éventration ;

Corset orthopédique avec tuteurs latéraux et un tuteur dorsal ;

Minerve avec ceinture pelvienne.

Etc.

Mais seule cette mention s'avère obligatoire et suffisante :

La mutilation du membre inférieur droit de M..... impose fourniture, entretien, réparations, renouvellement d'un appareil de prothèse auquel lui donnent droit les dispositions de l'article 32 de la loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946.

## **ASSISTANCE D'UNE TIERCE PERSONNE**

La législation sur les accidents du travail prévoit une indemnisation supplémentaire lorsque l'incapacité permanente oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie (alimentation, habillage et déshabillage, besoins naturels).

La victime peut être obligée de recourir en certaines occasions seulement à l'aide d'un tiers par exemple lorsqu'elle ne peut se servir des transports en commun et qu'elle doit utiliser des moyens de locomotion plus coûteux.

L'expert doit préciser s'il y a nécessité d'aide constante ou seulement occasionnelle d'une tierce personne.

[Retour au plan du barème](#)

- [Cuir chevelu, crane et encéphale](#)
- [Syndrome subjectif des blessés du crane. Troubles post-commotionnelles](#)
- [Epilepsies post-traumatiques](#)
- [Syndrome cérébelleux, syndrome de PARKINSON post-traumatique](#)
- [Hémiplégies](#)
- [Rachis](#)
  - [Fractures de la colonne vertébrale cervicale, dorsale, lombaire](#)
  - [Lombalgie](#)
- [Troubles nerveux par lésions médullaires](#)

**Retour**

## **AXE CRANIO-RACHIDIEN**

---

### **CUIR CHEVELU**

#### **PERTE DES CHEVEUX ET DU CUIR CHEVELU**

##### **BARÈME OFFICIEL :**

Lésions du cuir chevelu avec phénomènes douloureux, sans brèche osseuse complète.....	0 à 15
Scalp ou brûlures du cuir chevelu avec cicatrices douloureuses selon l'étendue.....	5 à 20
Perte de cheveux (si gêne le travail).....	4 à 6

### **CRÂNE ET ENCÉPHALE**

#### **ENFONCEMENT DE LA SEULE TABLE EXTERNE**

##### **BARÈME OFFICIEL :**

Enfoncement de la table externe des os du crâne....	0 à 10
Brèche osseuse depuis 1 centimètre carré jusqu'à 4 centimètres carrés.....	20

## **AXE CRANIO-RACHIDIEN**

---

### **CUIR CHEVELU**

#### **PERTE DES CHEVEUX ET DU CUIR CHEVELU**

Pour la perte des cheveux et du cuir chevelu, retenir comme éléments de l'I.P.P. :

- Douleurs cicatricielles ;
- Algies ;
- Céphalées ;
- Dépression morale, névropathie.

Le retentissement du préjudice esthétique sur le travail peut être invoqué, mais n'est pas à chiffrer en p. 100 par le médecin, qui doit seulement en indiquer les éléments.

Scalp total .....	30
— partiel (suivant étendue de la plage cicatricielle, douleurs) .....	5 à 15

### **CRANE ET ENCÉPHALE**

(Révisé par Jean Sigwald)

#### **I. — ENFONCEMENT DE LA SEULE TABLE EXTERNE**

Cette expression de « seule » table externe prête à confusion. « stricto sensu » ; elle implique l'intégrité de la table interne et, de ce fait, les séquelles en sont nulles ou minimes. Il est difficile d'en exprimer la réalité, d'autant plus qu'une réaction périostée périlésionnelle durable peut donner l'illusion d'un enfouissement. Seule une radiographie tangentielle permettrait d'en apprécier la réalité. Le taux d'indemnisation va de 0 à 2 p. 100, taux qui peut être plus important s'il existe des lésions des téguments ou des tissus épicrâniens et surtout si un syndrome cérébral post-traumatique coexiste.

**BARÈME OFFICIEL:**

Brèche osseuse avec battements duremériens et impulsions à la toux jusqu'à 12 centimètres carrés . . . . .	20 à 50
Brèche osseuse supérieure à 12 centimètres carrés troubles subjectifs . . . . .	50 à 70

## II. — ENFONCEMENT DE LA PAROI OSSEUSE

En revanche, l'enfoncement proprement dit comportant la lésion de la table externe et de la table interne peut laisser des séquelles. Un tel enfoncement peut consister, soit en une embarrure avec fracture plus ou moins linéaire ou étoilée et plus ou moins grande des deux tables osseuses, soit en une brèche osseuse liée au traumatisme seul ou à sa correction chirurgicale.

Un traumatisme violent, mais limité, peut enfoncer le crâne sur une petite surface et laisser peu de séquelles. En revanche, une embarrure peut être plus importante ; la règle veut qu'une embarrure soit réduite immédiatement dans les suites du traumatisme, mais, lors de certains polytraumatismes, elle peut rester méconnue quelque temps et persister définitivement.

L'indemnisation peut être fixée à 2 p. 100 pour un diamètre apparent de 1 cm, mais il faut l'augmenter en proportion : 5 p. 100 pour 2 cm de diamètre, 10 p. 100 pour 3 cm et 15 p. 100 au-dessus de 4 cm. Une embarrure plus profonde et plus étendue peut justifier un taux plus élevé, mais alors les séquelles dépendent moins de la lésion crânienne proprement dite que des lésions sous-jacentes, lésions méningées, foyer d'attrition cérébrale, dont l'indemnisation doit être envisagée séparément de celle de la lésion crânienne proprement dite.

La levée chirurgicale de l'embarrure peut laisser quelques séquelles, mais ce sont seulement les radiographies qui permettent d'en apprécier l'importance et de voir s'il y a de petites pertes de substance liées au fait que l'intervention a nécessité l'ablation de fragments osseux, ou d'esquilles, qui eussent été ultérieurement la source de complications.

Lorsque l'examen clinique montre que la morphologie crânienne est rétablie, seule la cicatrice opératoire peut rester perceptible, mais la fragilité locale, qui résulte de la lésion, justifie une indemnisation.

Lorsque le rétablissement est normal, cette indemnisation peut aller de 0 à 2 p. 100 ; lorsque la réparation est imparfaite, le taux s'aligne sur celui des enfoncements étudiés au chapitre précédent. C'est ainsi qu'un taux de 15 p. 100 peut être retenu quand la lésion a été étendue et qu'il s'est agi d'une fracture étoilée multifragmentaire.

## III. — PERTE DE SUBSTANCE CRÂNIENNE (associée ou non à un enfoncement)

Il faut distinguer deux types de perte de substance crânienne :

— celle qui succède au traumatisme lui-même, que l'os ait été enlevé en partie par l'objet contondant, ou que le parage de la lésion ait nécessité l'ablation de fragments esquilleux ;

— et celle qui dépend d'une trépanation proprement dite, soit trou de trépan explorateur, soit trou de trépan pratiqué en vue d'une ponction ventriculaire, soit trépanation avec taille d'un volet.

a) La perte de substance liée au traumatisme lui-même ou au parage immédiat de la lésion peut être importante. Lorsqu'elle est petite, de 1 cm de diamètre, le taux va de 2 à 3 p. 100. Au-delà de 2 cm, si la palpation montre un fond souple, qui peut se déprimer ou faire saillie suivant l'état de la tension intra-crânienne, ou qui peut être le siège d'impulsion à la toux, ou au fond de laquelle on aperçoit les battements de la dure-mère, et où il n'y a pas de fond rigide, le taux d'indemnité sera fixé entre 10 et 15 p. 100 pour 2 cm environ de diamètre, de 15 à 20 p. 100 pour un diamètre de 3 à 4 cm, de 20 à 40 p. 100 pour un diamètre de 4 à 10 cm et de 40 à 60 p. 100 au-delà de 10 cm. Bien entendu, les séquelles des lésions sous-jacentes doivent être ajoutées à ce taux.



b) La perte de substance dépendant d'un ou de plusieurs trous de trépan isolés ne laisse pas de séquelle et ne doit pas être indemnisée.

Un volet de trépanation peut ne laisser aucune séquelle, même s'il y a quatre ou cinq trous de trépan.

Cependant, il faut que le volet soit fixé en bonne position et qu'il soit tout à fait stable, ce que démontre la palpation même exécutée avec force, qui permet d'apprécier, d'une part si le relief osseux ne montre pas de saillie ou de dépression au contour du volet, d'autre part si le volet est un peu mobile ou non.

L'existence d'un volet, même bien placé, constitue malgré tout une infirmité du fait de la diminution éventuelle de la résistance crânienne lors d'un traumatisme ultérieur. Suivant l'importance du volet, le taux d'indemnité doit être compris entre 5 et 10 p. 100. Si le volet est fixé en malposition légère, on doit adopter le taux maximum de 10 p. 100. Si le volet n'est pas fixe, le taux peut atteindre 15 p. 100. Éventuellement, doivent être indemnisées en même temps les cicatrices irrégulières qui peuvent accompagner le volet et qui parfois sont douloureuses à la palpation.

c) Une perte de substance réparée par plastie, quelle qu'en soit la nature, peut ne laisser que peu de séquelles. Néanmoins, elle constitue elle aussi une infirmité, qui diminue de manière plus ou moins considérable la résistance crânienne à choc ultérieur éventuel. Le taux peut être compris entre 5 et 10 p. 100.

## RÉSUMÉ

1 <sup>o</sup> Enfoncement de la seule table externe .....	0 à 2
2 <sup>o</sup> Enfoncement de la paroi crânienne	
1 cm de diamètre .....	2
2 cm — — .....	5
3 cm — — .....	10
4 cm — — .....	15
Enfoncement de la paroi crânienne réparée chirurgicalement	
Rétablissement complet d'une fracture de peu d'étendue	0 à 2
Rétablissement imparfait (même taux que l'enfoncement de la paroi crânienne)	
Rétablissement apparemment parfait d'une fracture étendue et multifragmentaire .....	10 à 15
3 <sup>o</sup> Perte de substance osseuse associée à un enfoncement	
1 cm de diamètre.....	2 à 3
2 cm — — .....	10 à 15
3 à 4 cm — — .....	15 à 20
4 à 10 cm — — .....	20 à 40
au-delà de 10 cm .....	40 à 60
Trou de trépan isolé (même multiples) .....	0
Volet de trépanation de 3 à 4 cm de diamètre, bien fixé .....	5
Vaste volet de trépanation ou volet incomplètement fixé .....	5 à 10
Volet mobile .....	15
Perte de substance réparée par plastie .....	5 à 10
En cas de lésions doubles ou multiples, les taux s'additionnent.	

## SYNDROME SUBJECTIF DES BLESSÉS DU CRANE. TROUBLES POST-COMMOTIONNELS

Après la plupart des traumatismes crâniens, les blessés conservent plus ou moins longtemps, parfois définitivement, un certain nombre de manifestations subjectives, dont l'authenticité n'est pas toujours aisée à déterminer, mais dont l'existence ne peut être niée.

**BARÈME OFFICIEL :****SYNDROME SUBJECTIF DES BLESSÉS DU CRANE.  
TROUBLES POST-COMMOTIONNELS****BARÈME OFFICIEL :**

Les blessures du crâne avec ou sans perte de substance osseuse peuvent s'accompagner de lésions des centres nerveux, de phénomènes commotionnels plus ou moins durables, enfin des phénomènes subjectifs à évolution souvent régressive. On devra indemniser ces blessés en tenant compte d'une part de la lésion osseuse et, d'autre part, des troubles fonctionnels ou des phénomènes subjectifs.

**Syndrome subjectif commun des blessures du crâne (céphalée, éblouissements, vertiges), troubles de l'humeur et du caractère, émotivité, angoisse, fatigabilité, insomnie, diminutions de la mémoire, troubles vaso-moteurs, tous phénomènes dont la régression est d'ailleurs habituelle (à évaluer séparément) . . . . .**

5 à 50

Mêmes lésions avec vertiges labyrinthiques démontrés par les épreuves spéciales (épreuves de Barany, épreuves de Babinski) et par l'examen auriculaire et de l'œil ; ajouter aux évaluations précédentes les évaluations données pour l'oreille ou l'œil dans le barème.

En cas de double perte de substance osseuse, chaque perte de substance sera appréciée suivant ses dimensions.

Dans le cas de persistance de corps étranger intra-crânien :

a) S'il n'y a aucun phénomène surajouté, suivant le nombre, volume, localisation des corps étrangers . . . . .

20 à 60

b) S'il y a des troubles fonctionnels, les apprécier, suivant la valeur de chacun.

Conséquences isolées de certaines commotions.

**Syndrome subjectif ; céphalées et étourdissements.**

5 à 10

Commotion auriculaire, syndrome de Ménière post-commotionnel, etc., à évaluer avec le chapitre « oreilles ».

Epilepsie généralisée ou jacksonienne :

Provoquée par la commotion (peut être très retardée).

L'expression de « syndrome post-commotionnel tardif » est souvent préférée à celle de « syndrome subjectif des traumatisés crâniens », car l'expression « subjectif » comporte une appréciation péjorative.

Il est indiscutable que, même après certains traumatismes d'apparence minime, des symptômes gênants peuvent s'installer et persister. Deux écueils sont à éviter dans leur appréciation :

— Le premier est d'admettre systématiquement toutes les plaintes du blessé et d'accepter sans critique toutes les allégations ;

— Le second est de refuser d'en reconnaître l'existence, sous prétexte qu'on ne trouve aucun signe organique, même à un examen minutieux et d'admettre qu'il s'agit ou de sinistrose ou même de simulation.

Il est évident que le terrain psychologique antérieur joue un rôle important et que l'un ou l'autre de ces symptômes sera ressenti plus intensément par un névrosé, chez lequel une fixation hypocondriaque ne tardera pas à se produire, que chez un sujet sthénique, hyperactif et très pragmatique. Dans le premier cas, le trouble devient définitif et insupportable, alors que dans le second il est minimisé et entraîne peu de gêne.

La notion d'intérêt ne doit pas être considérée comme le but unique du blessé qui se plaint, mais il ne faut pas non plus en méconnaître l'importance et savoir que certains sujets pensent trouver dans l'indemnisation une motivation à un renoncement à tout effort.

C'est dire la difficulté qu'éprouve tout expert quand il doit apprécier de telles séquelles, surtout subjectives, des traumatismes crâniens, puisque le blessé se plaint de phénomènes pratiquement invérifiables.

En principe, pour fixer le taux d'indemnisation, on tiendra compte d'un certain nombre de facteurs :

a) **Nature du traumatisme.**

A-t-il été important ou léger ?

A-t-il comporté une perte de connaissance ou non ?

Cette perte de connaissance a-t-elle été immédiate et totale et a-t-elle entraîné une amnésie de l'accident ?

Y a-t-il eu un coma prolongé, de quelques heures ou de quelques jours ?

Y a-t-il eu d'emblée des manifestations neurologiques, telles que signes méningés (par hémorragie méningée), ou une parésie, ou une paralysie, ou une hémiplégie, ou une crise convulsive précoce, ou une atteinte oculo-motrice, ou une otorragie, ou une épistaxis, etc. ?

Y a-t-il eu un état confusionnel prolongé à la suite de la reprise de conscience ?

Des investigations complémentaires ont-elles été faites précocement : radiographies du crâne, E.E.G., artériographie, ponction ventriculaire, voire même ponction lombaire, et ont-elles montré des signes d'organicité ?

Y a-t-il eu fracture du crâne ou non ? (Il faut savoir que l'existence d'un trait de fracture, même étendu, n'implique pas nécessairement un important syndrome post-commotionnel et que, inversement, une commotion cérébrale grave peut ne pas être associée à une lésion osseuse. Il faut également souligner la difficulté qu'il y a quelquefois à authentifier un trait de fracture et rappeler aussi les possibilités d'erreur d'interprétation, un sillon vasculaire banal étant pris pour un trait.)

L'importance du traumatisme cervical doit être mise en évidence, car un tel traumatisme est habituellement associé au choc crânien et, parfois, même, il est isolé. Généralement l'action du coup et du contre-coup provoque un mouvement alterné de flexion et de déflexion brutale du rachis cervical, communément appelé le «coup du lapin». Or, un certain nombre de manifestations considérées comme des séquelles post-commotionnelles appartiennent au syndrome cervical, qu'il s'agisse de céphalées ou de vertiges.

Il ne faut pas non plus méconnaître l'importance du choc émotionnel, lorsqu'il n'y a pas eu de perte de connaissance, certains blessés prédisposés

**BARÈME OFFICIEL:**

A évaluer suivant le nombre de crises (voir épilepsie).

Réveillée ou augmentée par la commotion (voir épilepsie).

Commotion cérébro-spinale prolongée (syndrome complet). Inertie, bradycardie, hypotension, etc.

5 à 60

Contusions cérébrales : degré d'invalidité variable surtout avec les signes de localisation (hémi-parésie, aphasic, etc.), évalués avec les blessures du cerveau.

par un terrain névrotique préexistant peuvent garder un souvenir terrifiant de l'accident, soit du choc lui-même, soit de la survenue de victimes autour d'eux, soit à la suite de la mort de parents proches provoquée par l'accident.

Tout en tenant compte de ces divers éléments, et en sachant l'importance de les dépister, il ne faut pas nier l'existence d'un syndrome post-commotionnel ou d'un syndrome cervical sous prétexte que l'accident a été bénin. Bien sûr, un accident bénin a peu de chances de laisser persister des séquelles, mais bien qu'exceptionnels, certains accidents d'apparence minime sont susceptibles de provoquer des lésions cérébrales graves et définitives, peut-être du fait d'une fragilité latente mais préexistante d'un système vasculaire intra-cérébral et surtout superficiel cortical; en particulier, on sait l'éventualité non exceptionnelle du développement d'un hématome sous-dural subaigu après un traumatisme bénin.

## b) La surveillance neurologique des premières semaines

Dans les jours et les semaines qui ont suivi le traumatisme, y a-t-il eu une surveillance neurologique, clinique, ou complémentaire, en particulier y a-t-il eu répétition d'exams tels que E.E.G., examen labyrinthique, examen oculaire ? N'y a-t-il pas eu de pneumo-encéphalographie ?

## c) La surveillance neurologique lointaine avec ou sans exams complémentaires

Il faut aussi rappeler la nécessité de baser son examen sur des documents précis et ne pas se contenter des affirmations fournies par le blessé quant à leurs résultats.

Il est donc utile de tenir compte des exams qui ont été pratiqués, par exemple, de n'admettre l'importance de vertiges que si un examen vestibulaire a été pratiqué ou de n'envisager une comitialité que si un contrôle électro-encéphalographique a été fait.

De plus, on peut se baser sur les traitements suivis pour juger de l'importance éventuelle d'une doléance accusée. Le blessé prend-il des antalgiques pour soulager une céphalée éventuelle, ou a-t-il recours à des traitements anti-vertigineux pour un vertige, ou un traitement anti-comittal a-t-il systématiquement suivi. Il ne faut pas tomber dans l'excès contraire et d'admettre comme atteint de comitialité un blessé auquel un traitement anti-comittal a été appliqué pendant plusieurs années. Certains médecins ont, en effet, l'habitude d'instituer une couverture thérapeutique anti-comitiale, là où ils pensent qu'il y a risque d'épilepsie et un tel traitement peut être prolongé pendant des mois et des années, à vrai dire sans grands motifs que celui d'une prévention éventuelle d'un risque discutable.

## d) L'interrogatoire et l'examen

Si l'enquête doit être précise et si l'interrogatoire doit être minutieux, il est indispensable de dépister le moindre petit signe d'organicité par un examen neurologique complet. Un tel examen systématique doit comporter l'examen de la motilité active et passive, la recherche d'un déficit musculaire, celle d'une amyotrophie éventuelle. L'exploration des réflexes ostéo-tendineux et cutanés doit être faite avec soin et si l'on note une asymétrie même minime, elle prend une signification en faveur du contexte. Il faut également rechercher l'existence d'un syndrome pyramidal déficitaire par la recherche du signe de Barré ou du signe de Mingazzini ou celui de la chute des mains tendues et celui de la main creuse. L'asymétrie d'un réflexe cutané abdominal a une très grande valeur de latéralisation en faveur d'une atteinte du côté opposé où le signe est diminué.

Une exploration systématique de la sensibilité doit être faite sur tout le territoire cutané portant sur la sensibilité tactile mais aussi sur la sensibilité douloureuse et thermique et, également, sur le sens vibratoire et sur la notion de position. L'exploration de la stéréognosie est également



très importante. Il ne faut tenir compte que d'une hypoesthésie ou d'une anesthésie correspondant à une territoire anatomique précis et c'est là que la supercherie peut être dépistée. C'est ainsi que si un blessé invoque une anesthésie régionale, celle-ci n'a de valeur que si la distribution correspond à l'atteinte d'un niveau médullaire ou d'une racine ou d'un territoire nerveux. Il faut se méfier lorsqu'un sujet déclare qu'il ne sent rien dans la moitié du corps, aussi bien à la face que sur le tronc et sur les membres. S'il invoque une anesthésie absolue, on contrôle celle-ci par la recherche du réflexe cornéen et si le réflexe cornéen est positif, cela implique une allégation fausse de la part du blessé. De même s'il invoque une anesthésie de la main et qu'il est capable, les yeux étant fermés, de prendre un objet dans la main, de le palper, de l'appréhender dans tous les plans, même s'il déclare ne pas le reconnaître, il y a aussi supercherie, car s'il y avait anesthésie, l'exploration en serait impossible. A la face, une anesthésie invoquée doit comporter l'intégrité de l'encoche massétérine qui ne dépend pas du territoire du trijumeau mais de celui de C3, et là encore la recherche du réflexe cornéen fournit un renseignement précis pour dépister une supercherie. Il faut également rechercher le phénomène d'extinction sensitive par stimulation bilatérale symétrique qui est perturbée lorsqu'il existe des troubles centraux intéressant les territoires de perception gnosique.

La recherche des signes cérébelleux doit être faite avec soin comportant non seulement la recherche de l'adiadococinésie et celle de la dysmétrie mais aussi celle du caractère pendulaire éventuel d'un réflexe rôtulien et, parfois, il faut recourir aux épreuves d'asynergie en particulier à l'épreuve de Babinski Weill recherchée en position couchée.

Le clinicien doit également rechercher l'existence de signes cliniques labyrinthiques surtout chez les sujets invoquant un vertige. On recherche le signe de Romberg que l'on peut sensibiliser soit en mettant un pied l'un devant l'autre, soit en faisant mettre le malade à cloche-pied et en lui faisant fermer les yeux. De plus, on peut rechercher la déviation systématique dans la marche aveugle qui n'est valable que si elle se fait progressivement en étoile et non s'il y a des pas de côté dont l'origine anorganique est évidente. Il faut rechercher le nystagmus quelle que soit la position de la tête, aussi bien en position assise qu'en position couchée et après rotation latérale droite et gauche de la tête, et aussi en hyperflexion postérieure, le sujet étant assis. Dès qu'il y a le moindre doute, il faut demander un examen cochléo-vestibulaire.

Dans certains cas, il est utile d'apprécier l'état des yeux sans en référer à l'ophtalmologiste et un examen clinique permet de savoir si la motilité oculaire est normale, si la convergence est normale, si les réflexes pupillaires sont normaux, si cliniquement il n'y a pas d'encoche du champ visuel. Enfin, un examen de la papille peut aussi être facilement pratiquée, mais dès qu'il y a la moindre suspicion d'une lésion oculaire, il faut demander un examen ophtalmologique précis.

Les troubles de la mémoire et de l'attention ainsi que ceux de l'évocation amnésique peuvent être appréciés sommairement par des tests simples, soit qu'on demande que le malade répète cinq à six chiffres cités devant lui, soit que l'on cite des noms qu'on lui demande de répéter, soit qu'on l'interroge sur ses activités, ou sur les faits de la vie courante ou sur les événements récents.

Lorsqu'une aphasicie est soupçonnée, il faut pousser très loin l'investigation et rechercher d'une part quelles sont les perturbations du langage et s'il y a des troubles de l'expression du langage ou de la compréhension, si le vocabulaire est conservé, si la compréhension des ordres parlés et écrits simples et complexes est normale, s'il y a une bonne identification des images ou des formes ou des objets, s'il y a une bonne identification des couleurs. Il faut également étudier l'écriture.

Lorsque le blessé donne l'impression d'avoir des troubles psychiques



importants, voir semi-démentiels, il est utile de demander que soient pratiqués des tests de niveau avec recherche du coefficient de détérioration.

En outre, il convient d'apprécier le terrain neuro-psychique : n'y a-t-il pas un état névrotique plus ou moins latent ? Quelle est la sincérité du sujet ? (Il faut bien retenir ses réponses, aussi bien aux questions posées lors de l'interrogatoire que lors de l'examen. Il faut poser des questions précises, mais éviter de suggérer une réponse positive. Il est évident que, si l'on note lors de l'examen une simulation ou une majoration d'un trouble moteur ou sensitif allégué, cela rend suspect tout le récit des plaintes subjectives.)

## LES ELEMENTS DE CE SYNDROME POST-COMMOTIONNEL TARDIF SONT ESSENTIELLEMENT SUBJECTIFS

Le tableau peut être incomplet ou, au contraire, très riche, et les éléments peuvent chez un sujet donné en être plus ou moins groupés. Ce sont : des céphalées, des sensations de déséquilibre, des vertiges, des troubles du caractère, des troubles de l'attention, de la concentration intellectuelle, de la créativité, du jugement, de la mémoire, ou des troubles du sommeil, ou une baisse de la libido. Il faut se fier aux réponses du malade et aux doléances de l'entourage pour apprécier de tels troubles qui ne sont pas mesurables. En général, avec le temps, de tels troubles s'atténuent et disparaissent mais tant que le problème de l'indemnisation n'est pas réglé, chez la plupart des blessés, consciemment ou inconsciemment, les doléances restent les mêmes. Pour les apprécier, on peut savoir si un traitement approprié est suivi ou non, s'il y a déclassement professionnel ou non. Avec un peu d'expérience, on est capable de reconnaître avec exactitude le blessé qui minimise ses doléances ou, au contraire, celui qui en exagère l'importance.

Chacun des symptômes va être étudié successivement, mais il faut faire une estimation globale du problème et ne tenir compte des chiffres indiqués ci-dessous que lorsqu'un des symptômes est isolé et dominant.

a) La céphalée est le symptôme le plus couramment indiqué. Elle peut être continue ou intermittente.

On peut la classer en quatre catégories :

a) La céphalée peut être continue et d'intensité modérée. Parfois, elle est diffuse, mais elle peut prédominer aussi au point d'impact du traumatisme ou siéger dans la région occipitale. Le taux va, suivant l'intensité, surtout si un traitement est suivi méthodiquement, de 2 à 5 p. 100.

b) La céphalée, tout en restant permanente et continue, peut être renforcée par des paroxysmes. Ceux-ci apparaissent soit spontanément, soit à la fin de la journée, soit après un effort de concentration intellectuelle, soit après une lecture prolongée. De même, la douleur peut s'accentuer lors de l'inclinaison de la tête en avant ou à la suite d'un effort physique un peu brutal et violent, ou à la suite d'une forte impulsion telle celle de la toux.

Suivant l'espacement de l'accès, qui peut aller d'un à deux par semaine à des poussées multiquotidiennes, le taux varie de 2 à 10 p. 100.

c) La céphalée peut être essentiellement intermittente et ne se traduire que par des paroxysmes, identiques à ceux de la variété précédente. Suivant leur cadence, le taux va de 2 à 10 p. 100.

d) Quant aux accès paroxystiques de forte intensité, ils consistent en céphalées généralement hémicrâniennes, évoluant par accès, au cours desquels la douleur a un caractère pulsatile et s'accompagne parfois de nausées. Lors de l'examen pratiqué au cours d'un accès, on peut constater des perturbations vaso-motrices de la face et, si l'on voit le blessé à cette occasion, il est parfois possible de noter l'apparition transitoire d'un syndrome de Claude Bernard-Horner. En général, de tels accès complicitent des traumatismes graves.



Suivant que l'accès apparaît une fois par mois ou moins ou que la fréquence est de 2 à 3 par semaine, le taux va de 2 à 12 p. 100.

Bien entendu, le taux attribué à ces divers types de céphalées sera d'autant plus important qu'au cours de l'examen clinique certains éléments plaideront en faveur de l'organicité, ou bien si l'on constate des perturbations de la tension artérielle rétinienne, ou si l'E.E.G. est modifié. En revanche, s'il existe d'autres manifestations du syndrome post-commotionnel (ce qui est de règle), il faudra ventiler le taux avec celui des autres manifestations.

Certains problèmes peuvent se poser. Un accès paroxystique peut ressembler à une migraine bien que la description n'en soit pas aussi systématique. Cependant, certains blessés, antérieurement migraineux, voient leurs migraines se réveiller à l'occasion d'un traumatisme crânien et du syndrome post-commotionnel. De plus, certains peuvent présenter des algies vasculaires céphaliques réalisant des migraines atypiques situées généralement du côté du point d'impact du traumatisme mais parfois pouvant être plus généralisées. Peut-être, ne semble-t-il pas justifié d'employer l'expression de migraines post-traumatiques bien que le traitement anti-migraineux classique puisse être opposé efficacement à de tels accès de céphalées.

L'origine de ces céphalées post-traumatiques tardives n'est pas univoque. On admet qu'elles sont souvent liées à des perturbations de la tension intracrânienne et surtout à l'existence d'hypotension, mais, de multiples petites cicatrices méningées consécutives aux traumatismes sont susceptibles de provoquer des perturbations vaso-motrices responsables d'accès intermittents. Enfin, il faut rappeler le rôle fréquent de la cervicarthrose, souvent d'ailleurs associé aux autres facteurs. Enfin, dans certains cas, il faut ne pas méconnaître la majoration hypocondriaque éventuelle.

2<sup>e</sup> La sensation de déséquilibre consiste soit en une impression d'instabilité lorsque le sujet, préalablement incliné en avant, se relève brusquement, ou quand il tourne la tête très rapidement, soit en une impression d'entraînement d'un côté ou de l'autre dans la marche, sans qu'il y ait cependant de déviation systématisée. Le sujet indique habituellement qu'il a des vertiges, mais, si on l'interroge avec soin, on apprend qu'il n'y a pas d'impression de déplacement des objets et, en fait, il s'agit de manifestations pseudo-vértigineuses ; parfois un élément phobique se rajoute aux troubles subjectifs.

De telles manifestations sont souvent attribuées à l'existence d'une hypotension intracrânienne. Quelle qu'en soit la variété, on peut admettre que ces sensations pseudo-vértigineuses peuvent entraîner un taux allant de 1 à 3 p. 100.

3<sup>e</sup> Les vertiges. Il faut bien faire préciser au blessé si l'impression de déséquilibre qu'il éprouve s'accompagne ou non d'impression de déplacement des objets et si cette impression de déplacement est toujours la même. C'est seulement à cette condition que l'on peut parler de « vertige vrai ». Le vertige peut être imprécis et survenir dans n'importe quelle position, mais le plus souvent il est systématisé, apparaissant lorsque la tête prend une certaine attitude ou au cours de la marche, et, dans ce cas, il y a une déviation latéralisée assez systématique. Lorsque le vertige est intense, une impression nauséeuse s'y rajoute et parfois il y a des vomissements.

De tels vertiges apparaissent assez souvent au lever et nécessitent la précaution du lever en deux temps. Ils peuvent également apparaître dans une certaine attitude de la tête réalisant un vertige de position.

L'examen clinique est souvent révélateur, en montrant l'existence d'un nystagmus, encore faut-il en faire la recherche dans toutes les positions de la tête ; parfois on constate une déviation systématique des index dans l'épreuve de l'indication ; de plus, lorsque l'on fait pratiquer la marche aveugle, on peut constater la positivité de l'épreuve de la marche



en étoile de Babinski-Weill. Sauf dans les cas où des examens valables ont été pratiqués peu auparavant et dont les résultats sont communiqués à l'expert, il est toujours préférable de demander un examen complémentaire par un O.R.L. qui pratiquera un examen cochléo-vestibulaire, voire même un nystagmogramme, et dont l'aide sera d'autant plus précieuse que très souvent coexistent des troubles cochléaires.

Cependant, s'il s'agit de vertiges assez rares, n'entraînant pas de signes organiques précis et si des examens préalables n'ont pas montré de perturbations labyrinthiques, on peut fixer le taux d'indemnisation entre 2 et 10 p. 100. En revanche, lorsque des signes cliniques et surtout des signes instrumentaux sont évidents, le taux est beaucoup plus élevé, mais il faut laisser à l'expert O.R.L. le soin d'en fixer la valeur.

4<sup>e</sup> **Les troubles du caractère** consistent en irritabilité, voire en agressivité, mais très souvent s'y associent de la tristesse, une baisse de l'élan vital, il y a un désintérêt qui peut porter aussi bien dans le domaine professionnel que dans la vie familiale. En général, ces troubles sont associés aux troubles de la mémoire et de l'attention, mais, lorsqu'ils sont isolés, le taux peut être fixé entre 0 et 5 p. 100.

5<sup>e</sup> **Les troubles de l'attention et de la mémoire et la baisse de concentration intellectuelle** sont à retenir et il faut leur attribuer une valeur certaine lorsque le trauma a entraîné une perte de connaissance immédiate et surtout s'il y a eu un coma prolongé. Le blessé se plaint d'être gêné aussi bien pour un travail intellectuel que pour un travail manuel ; il est distrait, il oublie les ordres donnés ou les tâches à exécuter, il fait des erreurs dans ses actes professionnels qui habituellement étaient exécutés aisément et surtout il signale qu'il est incapable de toute acquisition nouvelle didactique ou professionnelle. Parfois, il indique qu'il a subi un déclassement professionnel. Dans certaines professions, la baisse de la créativité doit être assez largement indemnisée.

Dans les formes sévères, et surtout si le blessé invoque des séquelles importantes, ce qui peut-être en contradiction avec son comportement professionnel, il est parfois utile de faire pratiquer des tests psychologiques de niveau, avec calcul de la détérioration.

Suivant l'importance, le taux d'indemnisation va de 5 à 25 p. 100.

Le taux peut être plus élevé lorsque coexistent des séquelles neurologiques ou si l'E.E.G. est nettement perturbé.

6<sup>e</sup> **Des troubles du sommeil** sont parfois invoqués par le blessé. En général, ils ont peu d'importance et se confondent avec les troubles précédents. Ils sont bien sûr invérifiables, mais, éventuellement, à eux seuls, ils peuvent justifier un taux allant de 0 à 3 p. 100.

7<sup>e</sup> **La baisse de la libido**, pouvant aller jusqu'à l'impuissance totale, est bien entendu invérifiable, mais certains blessés indiquent que depuis leur accident leur vie conjugale s'est dégradée. Il faut tenir compte de leurs plaintes si le traumatisme a été important et s'est accompagné d'un état commotionnel immédiat réel. Dans le cas contraire, on peut penser qu'il s'agit d'une manifestation névrotique passagère et n'en pas tenir compte.

Le taux peut aller de 0 à 15 p. 100.

**Retour**

## **ÉPILEPSIES POST-TRAUMATIQUES**

### **BARÈME OFFICIEL :**

#### **1<sup>o</sup> ÉPILEPSIES NON JACKSONIENNES**

**A. — CRISES CONVULSIVES**

Epilepsie traumatique suivant le degré de gravité ou de fréquence des crises dûment vérifiées . . .	30 à 100
Accès rares . . . . .	20 à 30

#### **B. — EQUIVALENTS EPILEPTIQUES (ÉPILEPSIES NON CONVULSIVES)**

Les manifestations de cette sorte d'épilepsie doivent pratiquement être limitées aux trois espèces suivantes :

Absences, accès vertigineux et épilepsie procur-sive.

Leur taux sera estimé de la façon suivante :

Accès vertigineux ou accès procursifs survenant une à trois fois par an. . . . .

0 à 10

Accès vertigineux ou procursifs se produisant une fois par mois. . . . .

10 à 20

**LE SYNDROME CERVICAL TRAUMATIQUE**

Ce syndrome cervical s'associe généralement au syndrome post-commotionnel. Quelquefois, il peut rester isolé. Il est exceptionnel qu'il fasse complètement défaut. Souvent qualifié de syndrome de Barré-Liéou d'origine traumatique, ou syndrome de Bartchi-Rochaix, ou syndrome de distorsion cervicale ou d'entorse cervicale, ou plus simplement syndrome cervical, cette entité au contour imprécis correspond à un tiraillement des structures articulaires et périarticulaires du rachis cervical sans qu'il y ait luxation, et, à plus forte raison, sans qu'il y ait de fracture. L'intégrité du squelette est donc totale sur le plan traumatique, mais très souvent préexiste une cervicarthrose plus ou moins importante et le traumatisme révèle un état resté jusque là indolent et inapparent.

Les doléances du blessé consistent en douleurs de la région cervicale, douleur irradiant généralement vers la région occipitale et vers la partie postérieure du crâne et pouvant y entraîner des céphalées plus ou moins continues, parfois intermittentes, pseudo-migraineuses. D'autres douleurs peuvent exister plus bas et l'irradiation peut se faire dans le plexus brachial sans, cependant, qu'il y ait de véritables névralgies cervico-brachiales proprement dites. Des vertiges, ou plutôt des impressions de déséquilibres, ou pseudo-vertiges sont souvent associés.

A l'examen, il est possible de noter une attitude anormale du cou, un véritable torticolis, ceci est exceptionnel. Le plus souvent, il n'est trouvé que des limitations de la mobilisation active et, surtout, des limitations de la mobilisation passive du cou tant pour la flexion et l'extension, sur le plan antéro-postérieur que pour l'infexion latérale droite et gauche et que pour la rotation sur la droite ou sur la gauche, limitation des mouvements qui, au stade terminal, peuvent être douloureux. Enfin, la palpation des trapèzes peut permettre de sentir une contracture de ces muscles, soit étendue à tout le muscle, soit limitée au territoire supérieur ou au territoire inférieur. La percussion des apophyses épineuses cervicales, ou la pression forte, peut être également sensible.

Sur les radiographies des anomalies de l'axe rachidien peuvent se voir sur les clichés de profil et ceci en dehors de lésions arthrosiques bien entendu. Il n'est pas exceptionnel d'observer sur le cliché de profil une rectitude de l'axe cervical qui remplace la lordose physiologique et dans les clichés dynamiques, en flexion ou en extension, on peut observer une limitation du déplacement lors de ces différentes attitudes.

Là, encore, l'évolution vers la normalisation a tendance à se faire et il est rare que le syndrome cervical se prolonge indéfiniment. Cependant, s'il y a une arthrose antérieure, le réveil douloureux peut persister et se maintenir, justifiant l'attribution d'un taux d'incapacité de 2 à 5 pour 100.

**CONCLUSIONS D'ENSEMBLE**

Pour fixer équitablement le taux d'Incapacité que représente le syndrome post-commotionnel associé ou non à un syndrome cervical, il faut admettre que, en l'absence de constatations organiques, le taux global ne doit pas dépasser 15 pour 100. Cependant, si, outre les signes cliniques subjectifs pénibles, persistent des perturbations de l'électro-encéphalogramme ou des troubles vestibulaires ou une anomalie de la tension artérielle rétinienne ou une anomalie de l'axe rachidien, ce taux de 15 pour 100 peut être quelquefois dépassé et aller jusqu'à 20 pour 100, exceptionnellement plus.

Il faut toujours se rappeler que les manifestations sont surtout subjectives et que leur importance dépend plus de la structure psychologique du blessé que de la lésion elle-même, tel sujet de structure névrotique réagira de manière importante et pourra présenter une fixation hypocondriaque alors qu'un sujet dynamique et pragmatique verra s'effacer beaucoup plus rapidement et plus totalement les séquelles d'un accident comparable. Avec un peu d'expérience, l'appréciation de ces taux se fera assez exactement.



Il faut souligner aussi le fait qu'il y a exceptionnellement coexistence de chacune des manifestations à son maximum d'intensité et c'est ainsi qu'on ne voit jamais de très violentes céphalées coexister avec de très violents vertiges. De plus, il faut rappeler que lorsqu'existe une lésion cérébrale en foyer, il est constant que le blessé n'accuse qu'un syndrome post-commotionnel subjectif minime, voire n'en accuse pas du tout.

## **ÉPILEPSIE POST-TRAUMATIQUE**

Tout traumatisme crânien, même bénin, est susceptible de se compliquer, même tardivement, d'accès épileptiques, mais un certain nombre de problèmes peuvent se poser.

Tout d'abord, il faut s'assurer de la réalité des accès. Par définition, il faut se méfier d'un sujet qui invoque l'existence de crises qui n'ont pas entraîné de chutes dans la rue, n'ont pas été suivies méthodiquement par un médecin, pour lesquelles on n'a pas pratiqué d'E.E.G.

Il est évident qu'un malade atteint de crises généralisées peut ne conserver aucun souvenir de sa crise, mais il se rappelle les à-côtés : morsure de la langue, incontinence d'urine, chute et parfois blessures à cette occasion, transport à l'hôpital. L'interrogatoire de l'entourage permet parfois d'en savoir plus et on peut ainsi identifier une crise indiscutable. Il faut tenir compte des constatations neurologiques. Il faut étudier les E.E.G. Si l'il n'y en a pas de récent, il faut en exiger un, fait de préférence avec suspension de tout traitement pendant 24 heures.

Même s'il y a épilepsie, et s'il y a des perturbations de l'E.E.G., il faut se poser la question de leur origine traumatique. Un sujet peut être un épileptique latent, qui n'a qu'une comitialité infra-clinique. Quelquefois, on peut écarter l'origine traumatique d'une comitialité lorsque le tracé montre par exemple des bouffées de pointes-ondes de 3 c/s, ou bien lorsque l'on constate une épilepsie photo-sensible. À l'opposé, si des perturbations focalisées, même minimes, sont constatées, la filiation est plus que vraisemblable. Lorsqu'il y a des signes symétriques, bilatéraux et synchrones, soit à type de surcharges d'ondes lentes, soit à type de pointes-ondes, la comitialité est indiscutable. Pour en retenir l'origine traumatique, il faut cependant qu'il y ait eu un traumatisme certain et que le coma initial ait existé. Il faut tenir compte des attestations des médecins traitants et aussi savoir quel est le traitement suivi.

Peut-on se baser sur la survenue précoce ou tardive d'une crise épileptique ? Lorsqu'il y a un traumatisme grave, soit avec coma, soit alors que le coma s'est dissipé, il n'est pas exceptionnel d'observer des crises épileptiques précoces qui peuvent laisser persister une épilepsie tardive, mais non toujours. Par contre, si le traumatisme a été bénin ou léger, la survenue d'une crise précoce est contre l'hypothèse d'une origine post-traumatique, car il faut un certain temps pour que le foyer devienne épileptogène et puisse s'organiser. En général, on admet que trois mois au minimum sont nécessaires avant qu'une contusion cérébrale légère ait pu devenir épileptogène.

C'est dire que le problème n'est pas toujours aisément résolu, soit en méconnaisant une épilepsie sous le prétexte que l'E.E.G. est peu modifié et n'est pas typique, soit, à l'inverse, en interprétant comme traumatique une comitialité dont les accès antérieurs à l'accident ont été masqués volontairement par le blessé.

Ainsi, il faut tenir compte, d'une part, des faits invoqués par le blessé et son entourage, des constatations qui ont été faites à l'occasion des crises et, d'autre part, étudier avec soin les perturbations de l'E.E.G.

L'indemnisation sera fonction à la fois de la nature de la crise et de la fréquence des accès. Il est évident que les accès généralisés avec perte de connaissance brutale, accès convulsifs et coma de plus d'un quart d'heure, ont des conséquences beaucoup plus graves qu'une courte absence ou

**BARÈME OFFICIEL:**

Accès vertigineux ou procursifs survenant une fois par semaine en moyenne. . . . .	20 à 30
Accès vertigineux ou procursifs survenant en moyenne trois fois par semaine. . . . .	40 à 50
Accès vertigineux ou procursifs survenant de façon très fréquente, avec des manifestations graves .	40 à 80

**2<sup>e</sup> EPILEPSIES JACKSONIENNES**

Crises limitées à quelques groupes musculaires en très petit nombre, soit de la face, soit d'un membre, et se répétant jusqu'à dix, douze fois par an . . .	0 à 10
Crises limitées comme précédemment et se répétant en moyenne jusqu'à une fois par semaine. . . .	10 à 20
Crises limitées comme précédemment et se répétant en moyenne plusieurs fois par semaine . . . . .	20 à 30
Crises occupant des groupes assez étendus et se répétant jusqu'à dix ou douze fois par an . . . .	10 à 20
Crises analogues se répétant en moyenne jusqu'à une fois par semaine. . . . . . . . . . .	20 à 30
Crises analogues se répétant en moyenne plusieurs fois par semaine. . . . . . . . . . .	20 à 40
Crises généralisées. Leur taux est le même que celui des crises d'épilepsie essentielle.	

qu'un accès jacksonien. La cadence des crises est également à retenir. Enfin, il faut tenir compte aussi de la résistance à la thérapeutique utilisée et de préciser si celle-ci est bien adaptée et bien suivie.

Trois modalités d'indemnisation doivent être envisagées :

a) **Épilepsie généralisée** avec perte de connaissance brutale, accès tonico-clonique plus ou moins important, coma secondaire, amnésie de la crise.

Si les crises sont quotidiennes ou surviennent trois ou quatre fois par semaine, le taux est de 100 p. 100.

Lorsque les crises surviennent une ou deux fois par mois, le taux est de 50 à 70 p. 100.

S'il y a trois ou quatre accès par an, le taux est de 30 à 40 p. 100.

S'il y a un accès par an, le taux est de 25 p. 100.

b) **Accès convulsifs localisés**. Le problème est beaucoup moins important, d'autant plus que ces accès sont très rares par rapport aux autres. Exceptionnellement, les accès sont subintrants. L'incapacité est alors totale de 100 p. 100.

En cas d'accès survenant une ou deux fois par jour, le taux sera compris entre 50 et 75 p. 100.

Si l'accès survient une ou deux fois par semaine, le taux sera de 30 p. 100.

Lorsque l'accès est rare, le taux va de 5 à 15 p. 100.

Il faut cependant ne pas méconnaître les possibilités d'extension et de diffusion, un accès primitivement localisé pouvant toujours se généraliser. Dans ce cas, on envisagera le taux comme pour une épilepsie généralisée.

c) **Les équivalents comitiaux**. Ces équivalents sont de différents types.

Il peut s'agir d'absences entraînant soit une chute brutale, soit la persistance d'une activité motrice avec accès procursif, soit une simple absence avec amnésie.

Les accès avec chute brutale, même de courte durée, entraînent, du fait du risque que la perte de conscience, même brève, entraîne, une gêne moins grave que celle des accès généralisés, mais néanmoins importante.

Lorsque les accès sont généralisés, rebelles aux traitements et surviennent plusieurs fois par jour, ce qui constitue une très grave infirmité, un taux de 80 pour 100 peut être retenu.

Lorsque la cadence n'est que d'un à deux accès par semaine, le taux sera de 50 à 75 pour cent.

Si la survenue est plus rare, comprise entre un à deux accès par mois, l'indemnisation sera de 25 à 50 pour 100.

Un accès ne survenant que deux ou trois fois dans l'année, comportera une indemnisation entre 15 et 25 pour 100.

Les absences, les équivalents ou les accès procursifs ont des conséquences moins graves. Aussi, l'indemnisation en sera-t-elle moindre.

En cas d'absences répétées survenant plusieurs fois par jour, l'indemnisation sera comprise entre 25 et 50 pour 100.

S'il n'y a qu'une absence ou qu'un équivalent par semaine, le taux sera compris entre 10 et 25 pour 100.

Enfin, s'il s'agit de manifestations courtes, sans perte de connaissance, très espacées, ou d'accès exceptionnels, le taux sera encore plus bas, compris entre 0 et 10 pour 100.

Enfin, s'il s'agit de manifestations courtes, sans perte de connaissance, très espacées, ou d'accès exceptionnels, le taux sera encore plus bas, compris entre 0 et 10 pour 100.

## HYPERSOMNIE POST-TRAUMATIQUE. NARCOLEPSIE.

Il n'y a pas, à vrai dire, de narcolepsie proprement dite après un traumatisme crânien, mais on peut observer des phases d'hypersomnie plus ou

**BARÈME OFFICIEL :****SYNDROME CÉRÉBELLEUX****BARÈME OFFICIEL :**

Caractérisé par les troubles de l'équilibre statique (vertiges, catatonie, etc.) et de l'équilibre cinétique (démarche titubante, asynergie, hypermétrie, adiodococinésie, etc.)

Unilatéral (comparer au degré d'hémiplégie correspondant) :

Côté droit . . . . . 10 à 80

Côté gauche . . . . . 10 à 75

Bilatéral (comparer au degré de diplégie correspondant). . . . . 30 à 100

**SYNDROME DE PARKINSON POST-TRAUMATIQUE****BARÈME OFFICIEL :**

Établir d'abord le rapport avec l'accident (ce qui est rare).

Le syndrome parkinsonien peut se présenter sous des formes diverses et avec des taux d'invalidité différents. . . . . 10 à 100

Torticulis traumatique. . . . . 15 à 20

moins prolongées, intermittentes, correspondant à un dysfonctionnement du tronc cérébral avec périodes de torpeur, voire de sommeil de courte durée. Ces manifestations sont exceptionnelles, s'accompagnent d'anomalies de l'électro-encéphalogramme, surtout observées lors des enregistrements continus. La gêne qui peut en résulter est plus ou moins grande et l'indemnisation doit être assimilée à celle qui on attribue aux équivalents comitiaux.

## 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.

Une atteinte cérébelleuse globale, comportant des troubles statiques, avec impossibilité de la marche, ainsi que des troubles kinétiques, avec dysmétrie et incoordination bilatérale, entraîne une incapacité de 100 p. 100.

Si l'atteinte est bilatérale, mais incomplète, permettant une marche imparfaite et des mouvements maladroits, mais susceptibles de rendre service au blessé, le taux sera compris entre 50 et 75 p. 100.

Une atteinte légère, avec maladresse des mouvements, sera indemnisée entre 25 et 50 p. 100, surtout s'il y a une gêne professionnelle considérable et s'il s'agit d'un blessé ayant auparavant une activité professionnelle de précision.

Une atteinte unilatérale comportera, suivant l'importance de la maladresse des mouvements, un taux d'incapacité allant de 10 à 80 p. 100 pour le côté droit (ou le côté dominant) et de 10 à 75 p. 100 pour l'autre côté.

## SYNDROME DE PARKINSON POST-TRAUMATIQUE

C'est une éventualité rare, mais indiscutable.

Trois modalités peuvent exister :

a) Une lésion cérébrale par corps étranger ou par projectile peut créer une lésion des noyaux gris et entraîner l'apparition de symptômes extra-pyramidaux unilatéraux du côté opposé au trauma. Dans ce cas, la maladie n'est pas évolutive et les signes restent fixés ; en général, d'autres symptômes coexistent, et en particulier des signes pyramidaux. A vrai dire, 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 est surtout subordonnée à l'importance des autres manifestations neurologiques.

b) Un syndrome parkinsonien peut évoluer après un traumatisme crânio-cérébral.

De tels cas sont discutés, au point que certains en méconnaissent l'existence. Néanmoins, actuellement, ces faits sont reconnus, mais un certain nombre de règles doivent être respectées. Pour qu'il y ait filiation entre traumatisme et syndrome parkinsonien, il faut tout d'abord qu'il y ait eu un véritable traumatisme crânien, avec perte de connaissance immédiate (même brève), ou qu'il y ait eu d'autres signes de commotion cérébrale. D'autre part, le délai d'apparition après le trauma doit être de quelques mois et d'un an au maximum. Pendant longtemps on a rejeté la filiation, soit parce que l'on constatait parfois des signes nettement post-encéphalitiques, tels qu'une paralysie de la convergence, soit une dyskinésie, soit une dystonie, ou parce qu'il y avait un terrain athéromateux et artérioscléreux.

Actuellement, la notion de filiation est reconnue et l'on admet que le

**Retour****HÉMIPLÉGIES****BARÈME OFFICIEL :****1<sup>e</sup> HEMIPLÉGIE ORGANIQUE**

Caractérisée non seulement par les troubles de la motilité, mais par le signe du peaucier, l'extension des orteils, la flexion combinée de la cuisse et du tronc, les troubles des réflexes tendineux, etc.

Suite page 64

syndrome parkinsonien a été nettement influencé par le traumatisme et que celui-ci en est responsable. Il n'a pas provoqué la lésion, mais il facilite le déclenchement. Quelquefois, un interrogatoire précis et une recherche des antécédents permettent de savoir qu'avant l'accident il y avait des signes latents, mais méconnus, tels que de la micrographie ou de la bradykinésie. Néanmoins, la filiation, là encore, n'est plus discutée.

Il est évident que, dans les cas douteux, il faut tenir compte du fait que les symptômes extra-pyramidaux sont apparus tout d'abord du côté opposé à la lésion, ou qu'il y a des perturbations à l'électroencéphalogramme, ou que parfois une pneumo-encéphalographie a été pratiquée montrant une dilatation du côté de la lésion avec signes cliniques du côté opposé.

c) Une dernière éventualité est l'apparition de syndrome parkinsonien après traumatisme périphérique, souvent traumatisme périphérique grave, les symptômes parkinsoniens débutant dans le membre atteint par le traumatisme, puis s'étendant à l'hémicorps correspondant et pouvant ensuite se généraliser.

Qu'il s'agisse d'un syndrome parkinsonien apparu après un traumatisme crâno-cérébral fermé ou qu'il y ait syndrome parkinsonien après traumatisme périphérique, l'évolution n'est jamais stabilisée et l'aggravation se fait progressivement. C'est l'évolution habituelle à tout syndrome parkinsonien, mais en général l'évolution est lente.

L'indemnisation se basera sur l'importance des symptômes, de 10 à 75 p. 100 pour un syndrome unilatéral, de 50 à 100 p. 100 pour un syndrome bilatéral. De plus, il faut savoir que de tels faits ne sont pas stabilisés et le taux pourra être modifié lors d'une expertise ultérieure.

Enfin, il faut tenir compte de l'aggravation par un traumatisme d'un syndrome parkinsonien pré-existant, qu'il soit post-encéphalitique ou qu'il soit idiopathique, ou même qu'il y ait des lésions vasculaires. Pour fixer le taux d'indemnisation, il faut s'efforcer de connaître le mieux possible l'état antérieur, de tenir compte des certificats présentés par le blessé et de préciser l'importance de son activité sociale antérieure au traumatisme.

Le taux d'indemnisation ira de 10 à 50 p. 100.

Quant au **torticollis traumatique**, il est rarement d'origine neurologique pure et il n'y a pas de torticollis spasmodique d'origine traumatique.

## HÉMIPLÉGIES

Bien entendu, seules les atteintes motrices organiques doivent être indemnisées. Il faut donc s'assurer de l'organicité, ce qui est en général aisés. De plus, il faut parfois tenir compte du terrain, un traumatisme minime ayant favorisé un incident vasculaire responsable de séquelles motrices, ce qui fait que l'imputabilité pourra parfois être partagée.

La **paralysie flasque**, qu'elle soit hémiplégique ou monoplégique, ne reste flasque que pendant quelques jours ou quelques semaines et il est exceptionnel qu'elle soit définitive lors des lésions cérébrales traumatiques. L'association d'une impotence musculaire et d'une abolition des réflexes ostéo-tendineux dans les territoires correspondants avec, éventuellement, asymétrie des réponses des réflexes cutanés abdominaux, signent l'organicité, alors que la conservation des réflexes ostéo-tendineux dans les territoires atteints permet de l'écartier.

Dans les atteintes légères, cependant, le problème de la reconnaissance d'une atteinte minime se pose. Il faut rechercher avec soin l'existence d'un « syndrome pyramidal déficitaire » et la constatation d'une hyperextensibilité unilatérale, celle d'un signe de Barré, d'un signe de Mignazzini, d'une chute de la main, que le membre supérieur soit étendu à la verticale ou à l'horizontale, constituent des éléments de valeur. A plus

**BARÈME OFFICIEL:**

Hémiplégie complète :

a) Flasque : incapacité temporaire. Si persiste au delà de six mois . . . . .	100
b) Avec contracture :	
Côté droit . . . . .	70 à 80
Côté gauche. . . . .	50 à 70
c) Avec troubles sphinctériens. . . . .	80 à 100
d) Avec apholie. . . . .	100

Hémiplégie incomplète :

Côté droit . . . . .	10 à 60
Côté gauche. . . . .	8 à 50

**2° MONOPLEGIE ORGANIQUE**

Totale ou incomplète, est exceptionnelle ; le plus souvent associée à des signes d'hémiplégie :

a) Membre supérieur :

Monoplégie complète :

Côté droit . . . . .	70 à 75
Côté gauche. . . . .	60 à 65

Monoplégie incomplète :

Côté droit . . . . .	10 à 50
Côté gauche.. . . . .	10 à 40

b) Membre inférieur : la marche est possible le plus souvent :

Monoplégie incomplète par lésion de l'écorce cérébrale . . . . .	10 à 30
--	---------

**3° PARAPLÉGIE ORGANIQUE D'ORIGINE CÉRÉBRALE**

Dans la très grande majorité des cas, est incomplète.

Pour l'évaluation, voir les paraplégies médullaires.

**4° APHASIE (complète est exceptionnelle)**

a) Avec difficulté de l'élocution, sans altération considérable du langage intérieur. . . . .	10 à 30
b) Aphasie sensorielle avec altération du langage intérieur . . . . .	60 à 100
c) Avec impossibilité de correspondre avec ses semblables (altération du langage intérieur) . . .	60 à 80

forte raison, la constatation d'un signe de Babinski ne permet aucun doute.

L'**atteinte spasmodique** est sûrement organique quand les réflexes ostéo-tendineux sont vifs ou exagérés du côté de l'atteinte motrice, à plus forte raison lorsqu'on constate un clonus du pied ou surtout lorsqu'on met en évidence un signe de Babinski indiscutable. Parfois, la constatation d'un signe d'Hoffmann unilatéral au membre supérieur a de la valeur.

Le côté de l'atteinte justifie un taux d'indemnisation différent. Par définition, on accorde toujours un taux plus élevé au côté droit, sous prétexte que la majorité des gens sont des droitiers, mais il faut inverser les proportions lorsque l'on est sûrement en présence d'un gaucher.

Dans l'indication des taux ci-dessous, il faut tenir compte de ce fait et l'expression côté droit, côté gauche sera conservée par commodité, alors qu'il serait plus logique de mettre : atteinte motrice correspondant à l'hémisphère dominant ou non.

S'il existe une hémiplégie flasque totale, le taux d'incapacité est de 100 p. 100. Lorsque l'atteinte est incomplète, suivant la gêne motrice, le taux sera de 5 p. 100 pour un syndrome déficitaire léger, à 20 p. 100 pour une atteinte plus nette.

Pour une hémiplégie spasmodique totale, le taux est de 75 à 80 p. 100 pour le côté droit (chez le droitier) et de 50 à 70 p. 100 pour le côté gauche. Si la marche est totalement impossible du fait de l'importance de l'atteinte du membre inférieur, le taux est de 100 p. 100.

S'il existe des troubles sphinctériens associés à une hémiplégie nette, le taux va de 80 à 100 p. 100.

En cas d'hémiplégie globale, intéressant simultanément membre supérieur et membre inférieur d'un côté, l'importance du taux dépend de la gêne manuelle et de la gêne de la marche. Le taux sera de 10 à 75 p. 100 pour le droitier et de 10 à 50 p. 100 pour le gaucher.

Une monoplégie droite complète isolée entraîne un taux de 75 p. 100 à droite et de 50 p. 100 à gauche.

Une monoplégie incomplète entraîne, suivant la gêne motrice, un taux de 10 à 75 p. 100 à droite et de 10 à 50 p. 100 à gauche.

Une monoplégie crurale droite isolée, même incomplète, permet toujours la marche. Le taux en sera de 40 p. 100 quel que soit le côté, alors que pour une atteinte incomplète le taux sera plus bas et l'estimation ira de 5 à 40 p. 100.

L'association de troubles sensitifs est habituellement minime et gêne peu le blessé ; cependant, une atteinte hémiplégique partielle peut s'accompagner d'une hémianesthésie totale. Bien que la main ait des mouvements conservés, elle est pratiquement inutilisable, puisque le sujet ne peut en contrôler ni la précision, ni la force. Le problème est de contrôler l'exactitude de cette anesthésie et de s'en assurer par des contrôles répétés et précis.

Quand il y a une anesthésie totale de la main, même si l'atteinte motrice est incomplète ou minime, il faut admettre un taux d'incapacité analogue à celui d'une atteinte motrice identique.

Le syndrome thalamique traumatique est rarissime. Le taux peut être fixé de 5 à 30 p. 100.

La diplégie cérébrale d'origine traumatique est exceptionnelle. Le taux en est de 100 p. 100 pour une atteinte globale.

La paraplégie d'origine cérébrale est également exceptionnelle et, suivant l'importance de la gêne, le taux va de 10 à 100 p. 100.

L'**aphasie** isolée peut être soit une anarthrie (celle-ci est exceptionnelle), soit une aphasic de Wernicke avec atteinte de l'intégration du langage, mais possibilité de l'expression, bien qu'inadéquate, soit une aphasic mixte de Broca où l'atteinte comporte à la fois des troubles de l'expression verbale et des troubles de la compréhension.



Suivant que l'atteinte de l'expression verbale est plus ou moins complète, alors qu'il n'y a aucun trouble de la compréhension du langage, le taux est de 10 à 30 p. 100. Par contre, lorsqu'il y a des troubles de la compréhension du langage aussi bien parlé qu'écrit, le taux peut aller de 30 à 100 p. 100, ce dernier taux est réservé au blessé qui ne peut communiquer avec ses semblables ni en exprimant sa pensée, ni en comprenant ce qui lui est dit.

L'association d'une aphasie à une hémiplégie comporte une majoration du taux de 20 p. 100.

Les accidents hémiplégiques, compliqués ou non d'aphasie, ou les accidents monoplégiques sont habituellement la conséquence de lésions contusionnelles cérébrales, ou la séquelle d'hématome évacué. Quelquefois, cependant, l'hémiplégie peut avoir une cause indirecte par traumatisme cervical. C'est le cas des thromboses carotidiennes post-traumatiques pour lesquelles se pose non le problème du taux d'indemnisation, mais le problème des raisons d'imputabilité à un accident. Il faut que le traumatisme ait porté sur la région cervicale, ait été assez violent et que la lésion thrombosique se soit installée dans les jours suivants, ou qu'il y ait eu des prodromes, quitte à ce que la symptomatologie se soit enrichie par la suite. Quelquefois l'artériographie révèle l'existence d'athérome carotidien, lésion antérieure au traumatisme, mais il faut tenir compte alors du facteur déclenchant du traumatisme sur un athérome jusque-là bien toléré. Néanmoins, l'imputabilité ne doit pas être totale. Elle ne peut l'être que chez un sujet jeune, indemne de manifestations athéromateuses locales ou générales, chez lequel le traumatisme de la paroi artérielle a pu faciliter la survenue d'une thrombose locale se complétant peu à peu.

L'encéphalopathie traumatique est un terme imprécis, malheureusement trop souvent utilisé pour qualifier les manifestations tardives et séquellaires graves, bien entendu irréversibles.

Plusieurs aspects cliniques peuvent être la conséquence de traumatismes graves.

En général, ces manifestations définitives succèdent à un état commotionnel immédiat grave, voire gravissime, avec coma profond, carus, plus ou moins prolongé, avec trouble de la ventilation et troubles végétatifs graves. L'électro-encéphalogramme pratiqué précocément montre des troubles graves de l'électrogénèse avec surcharge d'ondes lentes diffuses, mais les artériographies ne révèlent pas de lésion localisée. Après un délai plus ou moins long, le blessé arrive à émerger, le retour à la conscience se faisant normalement, et parfois, incomplètement ; les séquelles persistent.

Il est rare qu'un mutisme akinétique soit la conséquence d'un traumatisme crânien. Cette expression dramatique est liée à des lésions médianes et profondes du tronc cérébral, entraîne une incapacité motrice totale avec mutisme, et, cependant, la conscience du sujet n'est pas éteinte.

Une autre éventualité est représentée par la survenue d'état démentiel ou semi-démentiel, conséquence de contusions diffuses, pouvant être associé à des manifestations en foyer, telles qu'hémiplégie, hémianopsie, aphasie, et, surtout épilepsie, le blessé vivant dans un état semi-végétatif, avec désorientation temporo-spatiale et troubles sphinctériens.

Dans ces deux états, l'indemnisation doit être totale à 100 pour 100 avec tierce personne.

Des lésions plus localisées, prédominant dans la région antérieure, peuvent réaliser un syndrome frontal ou fronto-calleux, qui peut permettre au sujet de garder une petite activité gestuelle, voire lui laisser la possibilité de marcher, de se nourrir, de s'habiller, mais la gravité de l'état psychique est telle qu'une récupération sociale n'est pas envisageable. L'indemnisation reste élevée et être de l'ordre d'au moins 90 pour 100.

Quelquefois, le tableau est moins grave et consiste en un état d'aboulie, d'indifférence, voire un état pseudo-dépressif où il y a une perte d'initiative,

**BARÈME OFFICIEL:**

Eventuellement, ajouter le déficit mental.

Le taux de 60 à 80 envisagé ci-dessus est applicable si l'aphasie est isolée.

Si elle est associée à une hémiplégie, on ajoutera au taux de l'hémiplégie un taux de 20.

**5<sup>e</sup> DIPLEGIE CÉRÉBRALE**

Marche impossible . . . . .	100
Marche possible suivant le degré d'atteinte des membres inférieurs . . . . .	30 à 90

**SYNDROMES PHYSIOPATHIQUES****BARÈME OFFICIEL :**

Troubles sympathiques qu'il appartiendra à l'expert de déterminer et d'évaluer.

Nerfs périphériques. — L'incapacité est augmentée par l'adjonction de troubles sympathiques : causalgie, sympathalgie, troubles vasomoteurs, sécrétaires, trophiques, réflexes, troubles physiopathiques sympathogénétiques.

des troubles de la mémoire, de l'indécision, un repli sur soi-même. Toute récupération sociale est impossible, mais le sujet est cependant capable de sortir, de circuler de parler. L'indemnisation doit se faire aux environs de 80 pour 100.

C'est dans de tels cas qu'à la longue l'électro-encéphalogramme devient plat et infravolté avec, parfois, une surcharge irritative diffuse, paroxystique, ou des bouffées d'ondes lentes plus ou moins bilatérales, et qu'à la pneumo-encéphalographie on trouve une dilatation ventriculaire.

Les séquelles des lésions axiales du tronc cérébral sont de plus en plus observées actuellement ; elles sont surtout la conséquence d'un accident de circulation, et sont toujours précédées d'un coma initial grave et de perturbations immédiates impressionnantes. La survie n'est obtenue que grâce à la mise en jeu de toutes les armes actuelles de réanimation, en particulier grâce à la respiration assistée avec trachéotomie. L'intensité des signes initiaux ne préjuge forcément pas de l'importance des séquelles, et certains comas carus avec signes de décérébration peuvent ne laisser que des séquelles modérées. Néanmoins, même s'il n'y a pas de lésions en foyer systématisées, il faut être assez large dans l'estimation de telles séquelles car ces sujets conservent des troubles du jugement, de la conscience, de la mémoire, avec des perturbations des acquisitions et ne peuvent jamais retrouver une activité intellectuelle supérieure. Quelquefois, le coma initial a été peu profond et il a pu s'agir d'un coma vigil et cependant les séquelles restent graves.

Dans ces séquelles axiales, il persiste habituellement des troubles pyramidaux plus ou moins importants bilatéraux et aussi des troubles cérébelleux avec maladresse gestuelle uni ou bilatérale, de troubles de l'équilibre et de la marche, parfois des troubles sphinctériens. Là, encore l'épilepsie est loin d'être exceptionnelle.

Un tableau assez voisin de celui-là est représenté par les hydrocéphalies chroniques à pression normale où l'on voit s'installer peu à peu un état démentiel avec troubles sphinctériens mais où une intervention de dérivation est susceptible d'amener une transformation spectaculaire. Les explorations du transit ventriculaire, en particulier, le transit isotopique, sont indispensables pour apprécier de telles séquelles et apporter dans quelques cas une amélioration plus heureuse.

Pour apprécier de tels troubles, il faut d'abord attendre un certain temps que la lésion soit stabilisée, il faut se baser sur l'importance des séquelles motrices et surtout des séquelles psychiques, le taux pouvant aller de 25 à 75 pour 100.

**Appréciation du rôle d'un état antérieur dans l'importance des séquelles cérébrales.** Quand il s'agit d'un traumatisme modéré, voire d'un traumatisme surtout cervical, sans choc crânien direct et que des séquelles neurologiques existent, pour apprécier l'indemnisation, il faut rechercher avec soin l'existence d'un terrain pathologique antérieur, soit artériosclérose, soit diabète, soit alcoolisme. Quelquefois, un traumatisme modéré peut, cependant, être entièrement responsable de séquelles cérébrales graves.

### SYNDROMES PHYSIOPATHIQUES

De telles manifestations doivent être distinguées de l'hystérie et de l'hystéro-traumatisme. Babinski et Froment ont bien montré le rôle des perturbations vaso-motrices périphériques dans leur déclenchement, mais ils ont indiqué qu'il y avait des associations hystéro-organiques, hystéro-réflexes et organo-réflexes.

Il s'agit de troubles fonctionnels propres au système nerveux végétatif, dont l'origine peut être locale ou dont l'origine peut être médullaire, peut-être par la mise en jeu de réflexes d'axone.



Il peut s'agir de contracture locale, persistante, rebelle, durant des mois, susceptible d'être guérie après un traitement approprié, même si l'évolution en a été prolongée. Ces contractures siègent dans la zone du traumatisme et s'accompagnent de perturbations vaso-motrices et trophiques, refroidissement, cyanose locale, diminution de l'indice oscillométrique, troubles des phanères, sudation locale, œdème.

A la longue, un certain degré d'amyotrophie peut apparaître et les radiographies peuvent révéler l'existence d'une ostéoprose périphérique.

Ces syndromes physiopathiques sont susceptibles de céder à une narcose et parfois peuvent disparaître après un traitement local et général, mais il ne faut pas les considérer comme des manifestations hystériques et encore moins comme de la simulation.

Si le trouble s'avère définitif malgré les tentatives thérapeutiques, l'indemnisation s'impose et peut aller de 5 à 40 p. 100.

Une autre variété de troubles physiopathiques groupe toutes les manifestations douloureuses de type périphérique, névrites ascendantes, caustalgies, algies diffusantes, œdèmes segmentaires angio-névrotiques. Là, encore, on constate habituellement des troubles vaso-moteurs, cyanose refroidissement, sudation, perturbation de l'indice oscillométrique et à la longue troubles des phanères, amyotrophie, ostéoporose.

La thérapeutique de ces manifestations algiques est difficile, mais si le trouble s'avère définitif, le taux d'indemnisation va de 10 à 50 p. 100.

Il faut rapprocher de ces faits les contractures vertébrales post-traumatiques, contractures résiduelles rebelles entraînant des lumbagos, des torticolis, voire des troubles plus importants tels que la camptocormie. Il est toujours difficile d'en affirmer l'organicité et il y a toujours un terrain névrotique qui favorise la fixation de ces contractures. Le traitement n'en est pas aisné et, là encore, l'indemnisation s'impose si le trouble est persistant. Le taux peut aller de 5 à 20 p. 100.

Quant aux troubles nerveux réflexes dits « extenso-progressifs », leur réalité a été longtemps controversée. Décris par Barré, de tels troubles ont été considérés par beaucoup d'auteurs comme de nature hystérique. En fait, leur réalité doit être admise, mais après une critique serrée des faits. Il y a un certain nombre de cas indiscutables dans lesquels un traumatisme périphérique entraîne peu à peu le développement de manifestations organiques avec amyotrophie, anesthésie, douleurs, troubles vaso-moteurs.

Il faut en reconnaître l'existence et les indemniser suivant la gêne fonctionnelle qui en résulte.

Ces syndromes extenso-progressifs, dont l'origine reste mystérieuse, constituent des faits de passage, avec des formes tout aussi mystérieuses que constituent par exemple la sclérose latérale amyotrophique post-traumatique et même le syndrome parkinsonien consécutif à un traumatisme périphérique.

A priori, la logique voudrait que, dans de tels cas, la notion de filiation soit écartée. En fait, il faut confesser l'ignorance dans laquelle on se trouve pour les expliquer, mais on ne peut en nier l'existence.

**Retour**

## **RACHIS**

### **FRACTURES DE LA COLONNE VERTÉBRALE CERVICALE**

#### **BARÈME OFFICIEL :**

#### **FRACTURES ET LUXATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE**

Entorse, fractures, luxations (d'après le siège, déformations, gêne des mouvements), compte non tenu des lésions nerveuses . . . . .	10 à 40
Fracture des apophyses transverses . . . . .	5 à 25
Immobilisation partielle de la tête et du tronc (avec ou sans déviation) :	
Sans douleurs. . . . .	1 à 15
Avec douleurs :	
Douleurs ostéo-articulaires. . . . .	15 à 25
Douleurs névralgiques. . . . .	20 à 40
Immobilisation avec déviation très prononcée et en position très gênante . . . . .	40 à 45
Ankylose après traumatisme vertébral (elle est souvent tardive), « spondylites traumatiques », maladie de Kummel-Verneuil, « cyphoses traumatiques » (selon douleurs et gêne fonctionnelle) . . . . .	20 à 80

**RACHIS****FRACTURES DE LA COLONNE VERTÉBRALE CERVICALE (1)**

**1<sup>o</sup> Sans lésion médullaire notable (simple atteinte de la statique céphalo-cervicale).**

Atlas, tassement . . . . .	20
— rupture des arcs. . . . .	30
Apophyse odontoïde de l'axis avec déplacement ou risque de glissement. . . . .	50
Apophyse odontoïde consolidée ou traitée par greffe avec bonne stabilité rachidienne . . . . .	15 à 20
Autres vertèbres. . . . .	15 à 20

**2<sup>o</sup> Avec troubles médullaires ± importants pouvant aller à la quadriplégie.**

Taux moyen. . . . .	60
pouvant aller jusqu'à 100 %.	

**FRACTURES ET LUXATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE DORSALE, LOMBAIRE**

**1<sup>o</sup> Cas léger (simple tassement vertébral sans raideur, sans signes neurologiques). . . . .**

**10 %**

(1) Voir Revue du Praticien, t. 14, n° 26, 11 oct. 1964.

**BARÈME OFFICIEL:****SPONDYLOLISTHÉSIS****BARÈME OFFICIEL :****ANOMALIES VERTÉBRALES**

Les anomalies vertébrales (anomalies d'occlusion du rachis : spina bifida ; vices de différenciation régionale : sacralisation, lombalisation, côtes cervicales ; syndrome de réduction numérique ; spondylolisthésis) ne donnent lieu à indemnisation que s'il est survenu une complication cliniquement incontestable, qui sera évaluée conformément aux indications du barème qui la concernent.

Spondylolisthésis modifié par traumatisme . . . . 5 à 15

Suite page 76

2 <sup>e</sup> Tassement vertébral avec raideur rachidienne nette sans signes neurologiques. . . . .	20 à 30
3 <sup>e</sup> Fracture ou luxation avec raideur rachidienne importante et signes d'irritation radiculo-médullaire légers. . . . .	40 à 50
4 <sup>e</sup> Cas graves (paraplégie, troubles urinaires) (voir chapitre paraplégie). . . . .	60 à 100

## FRACTURES APOPHYSAIRES VERTÉBRALES

— apophyses transverses lombaires — avec syndrome de lumbago traumatique tenace, rebelle troubles dans le domaine du nerf crural . . . . .	10 à 25
— apophyse épineuse isolée. Ne détermine, en général, aucune I. P. P. Si douleurs alléguées admises comme sincères, réelles. . . . .	3 à 5

## DISQUES INTERVERTÉBRAUX LOMBAIRES

Hernie discale avec sciatique unilatérale. . . . .	10 à 60
— avec sciatique bi-latérale. . . . .	40 à 85
Taux variables d'après l'intensité des douleurs et l'importance des signes objectifs. Cf. p. 85 . . . . .	
Lombo-sacralgie par lésion discale (séquelle possible de hernie discale opérée) suivant l'existence de douleurs locales ou irradiées, suivant l'importance de la raideur rachidienne. . . . .	30

## DISQUES INTERVERTÉBRAUX CERVICAUX

Des troubles peuvent survenir après traumatisme ayant porté soit sur un rachis cervical normal, soit sur un rachis antérieurement atteint d'arthrose.

Les lésions des disques cervicaux avec ou sans hernie discale véritable peuvent donner des signes lésionnels (douleurs locales et irritation radiculaire), des signes sous-lésionnels (signe d'irritation pyramidale) et des signes sus-lésionnels (syndrome de Barré-Liepu avec céphalées, vertiges, troubles oculaires et perturbations vaso-motrices).

Les syndromes seront à indemniser en fonction des troubles radiculaires ou sympathiques (voir p. 84).

Un problème est fréquemment posé à la suite d'un choc par l'arrière ayant entraîné un ébranlement du rachis cervical portant sur un rachis antérieurement atteint de discarthrose.

On doit admettre que sauf aggravation rapide des signes radiologiques ce qui est très rare, le traumatisme révèle les lésions jusqu'alors silencieuses. Il ne fait qu'accentuer les douleurs qui se produisent spontanément au cours de l'évolution normale des cervicarthroses.

On doit se défier de certaines interprétations radiologiques. Les déplacements vertébraux à la suite des épreuves fonctionnelles peuvent très bien se voir sur des rachis normaux en dehors de tout traumatisme. Voir à ce sujet l'article de Gros.

On peut consulter l'article de G. Gaillard. Qu'est-ce que le syndrome dit du sympathique cervical postérieur. Concours médical, 1965, n° 6, p. 817.

**BARÈME OFFICIEL:****OSTÉITES VERTÉBRALES****BARÈME OFFICIEL :****RHUMATISME VERTÉBRAL**

Un traumatisme peut soit déclencher une arthrite chronique ou un arthrose, soit plus souvent aggraver une affection rhumatismale chronique préexistante.

Dans le premier cas, il serait évidemment désirable que soit produite une radiographie démontrant l'intégrité du rachis peu avant l'accident ; mais on com-

Consulter aussi :

R. H. CLAISSE : Les Traumatismes de la colonne cervicale (Bibliographie). « Médecine légale et Dommage corporel », T. 1, n° 3, juillet 1968, p. 243.

**TORTICOLIS POST-TRAUMATIQUE . . . . . 8 à 15**

Voir aussi p. 55

**SPONDYLOLISTHÉSIS**

Glissement en avant du corps d'une vertèbre lombaire, le plus souvent la 5<sup>e</sup> par suite de rupture ou d'allongement de l'isthme situé entre les deux apophyses articulaires.

Le rôle joué par le traumatisme dans ces cas reste d'interprétation très délicate. On admet en général (Azema, Taillard) que le traumatisme est incapable de produire une rupture d'un isthme antérieurement normal. Mais il est possible qu'une rupture se produise au niveau d'un isthme anormalement mince. Il existe au moins un cas (Serre, Rev. du Rhum 1956) où une rupture isthmique a été constatée après un accident chez un sujet dont des radiographies anciennes montraient l'intégrité certaine des isthmes.

En tout cas le traumatisme joue certainement un rôle important dans le déclenchement du syndrome douloureux qui accompagne le spondylolisthésis. Il entraîne donc une aggravation de l'état antérieur. Il semble en outre capable d'augmenter le déplacement d'un spondylolisthésis antérieur ou de transformer une spondylose en spondylolisthésis.

Si greffe osseuse impossible ou n'ayant pas donné de résultat — algies, lordose et scoliose complémentaire, gêne = importante de la marche. 25 à 30  
Si bon résultat thérapeutique . . . . . 5 à 10

**SACRALISATION DE LA 5<sup>e</sup> LOMBAIRE****LOMBALISATION DE LA 1<sup>re</sup> VERTÈBRE SACRÉE****SPINA BIFIDA**

Ces diverses lésions constituent des malformations congénitales qui ne peuvent par elles-mêmes ouvrir droit à indemnisation.

Des douleurs post-traumatiques chez des sujets porteurs de ces malformations doivent être indemnisées au même titre que les autres lombalgies (voir plus loin).

**SACRUM** Cf. Ceinture pelvienne, p. 293.

**COCCYX** Cf. Ceinture pelvienne, p. 293.

**OSTÉITES VERTÉBRALES**

(Mal de Pott, ostéites non tuberculeuses).

En général ne sont pas imputables (à part le cas exceptionnel d'ostéite après plâtre par projectile). Mais on peut être amené à indemniser les aggravations par traumatisme (aggravation de la gibbosité, raideur rachidienne, signes médullaires). Selon l'importance des symptômes l'I.P.P. pourra se situer entre 20 et 75 %.

## BARÈME OFFICIEL:

prend que ce soit là une condition exceptionnellement réalisée. On s'appuiera donc sur la notion qu'en général de telles arthroses sont localisées au siège précis du traumatisme, qu'elles se constituent rapidement, puis, perdant leur caractère évolutif, ont tendance à se fixer, parfois même à régresser, contrairement aux lésions analogues non traumatiques qui sont plus diffuses et dont l'évolution est plus lente, mais indéfiniment progressive.

A côté de ce premier cas, relativement rare, il est fréquent d'observer l'aggravation post-traumatique d'une lésion rhumatismale chronique pré-existante (lombarthrie, spondyloses, etc.).

Deux cas peuvent se présenter, tantôt l'aggravation est surtout fonctionnelle sans modification nette des lésions radiologiques, tantôt elle est à la fois fonctionnelle et anatomique. En particulier, le traumatisme a pu rompre des ponts osseux intervertébraux ou des ostéophytes, et il n'est pas rare alors d'observer une prolifération ostéophytique locale. Plus souvent, le traumatisme n'a déterminé aucun dégât local appréciable et il y a lieu alors de distinguer suivant qu'il s'agissait de lésions anciennes s'accompagnant ou non de décalcification. Si les ombres vertébrales sont normales, il est habituel que les conséquences du traumatisme restent locales, c'est-à-dire que la raideur rachidienne et les douleurs ne siègent qu'aux vertèbres traumatisées et à celles qui leur sont immédiatement voisines. En cas de processus décalcifiant, il n'est pas rare que l'aggravation porte sur l'ensemble du rachis et même au delà : c'est ce qui peut s'observer en particulier dans la spondylose rhizomélique.

Attitude vicieuse après affection, longuement douloreuse (sciatique, etc.) suivant la persistance ou non des douleurs. . . . .

5 à 15

Rhumatisme vertébral :

Immobilisation douloreuse de la région lombaire (lombarthrie) selon le degré d'immobilisation et de douleurs . . . . .

5 à 25

Immobilisation douloreuse de la région cervicale.

5 à 25

Avec douleurs à forme névralgique irradiées le long des membres supérieurs ou inférieurs à forme de névrite brachiale ou crurale . . . . .

20 à 40

Spondylose rhizomélique (immobilisation du rachis, des hanches et des épaules) :

1<sup>o</sup> L'immobilisation est limitée à la région lombaire, elle est modérément douloreuse, la mobilité des hanches n'est pas très réduite .

20 à 30

**SPONDYLOSE** post-traumatique avec déformation rachidienne, décrite autrefois sous le nom de syndrome de Kummel Verneuil correspond en réalité à des fractures vertébrales méconnues et doit être indemnisée comme celles-ci (voir page 67).

## LOMBALGIES

Il y a lieu de ranger dans ce chapitre tous les cas de douleurs lombaires sans signes radiologiques de lésions vertébrales traumatiques.

Les lombalgies posent un problème médico légal très important.

Elles vont du cas le plus bénin du lumbago par effort guérissant sans séquelles au bout de trois semaines environ et ne laissant persister aucune incapacité permanente aux formes les plus graves avec irradiations selon le niveau dans le territoire du sciatique, du crural ou du fémoro cutané.

L'absence de signes objectifs est assez fréquente. Il n'est pas douteux que nombre des lombalgiques présentent un élément important de sinistrose.

Pour éviter de pécher par excès ou par défaut dans l'appréciation des invalidités on devra attacher avant tout une grande valeur à la recherche de la raideur rachidienne. Celle-ci est parfois entretenue par le port intempestif de corset orthopédique type lombostat.

On observera attentivement le comportement du blessé au cours des mouvements banaux (se baisser pour enlever ses chaussures, se tenir sur un pied pour enlever son pantalon), on recherchera les phénomènes d'automatisme musculaire dans la marche sur place, on demandera au blessé de passer brusquement d'une position à l'autre un peu par surprise. On peut aussi passer la main sous le rachis lombaire sur le sujet couché et soulever celui-ci, ou bien fléchir à fond les deux cuisses, genoux fléchis. Si dans ces manœuvres la contracture demeure inchangée on peut sans risques d'erreurs conclure à la réalité du syndrome lombalgique.

Un point particulièrement délicat du problème médico légal est celui où l'examen radiologique fait apparaître une lésion vertébrale antérieure, en particulier une arthrose dégénérative. Il n'est pas douteux qu'un traumatisme peut faire apparaître des douleurs et, en particulier au niveau du rachis cervical révéler une arthrose jusqu'alors méconnue. On observe d'ailleurs de tels tableaux cliniques dans des cas où le traumatisme s'est produit en dehors de tout accident du travail ou de la route, et où, de ce fait, il n'existe aucune recherche d'indemnisation.

Il est très difficile de décider si le traumatisme invoqué a simplement révélé une lésion qui devait, de toutes façons, par la simple action des gestes de la vie courante, aboutir à la constitution d'un syndrome dououreux ou s'il y a eu vraiment aggravation du fait du traumatisme invoqué.

Il paraît impossible de formuler des règles absolues. On doit tenir compte des tests de réalité de la douleur, de l'importance du traumatisme et enfin de la nature même des lésions.

A titre d'exemple on peut donner deux cas extrêmes :

Un sujet jeune, bien musclé n'ayant jusqu'alors jamais arrêté son travail pour une douleur lombaire, fait un gros effort (comme celui de retenir un rail lâché de l'autre bout par des camarades). Dès lors il se plaint de douleurs vives. La radiographie montre une spondylolyse bilatérale dont les bords nets et condensés affirment le caractère ancien. On doit en pareil cas conclure à l'aggravation par le traumatisme d'une lésion antérieure méconnue.

Retour

2<sup>e</sup> L'immobilisation porte sur toute la hauteur du rachis et sur les hanches (avec ou sans limitation de la mobilité des épaules) . . .

30 à 80

#### **Lésions ostéomyélitiques :**

Séquelles d'ostéo-arthrite vertébrale infectieuse localisée ou modifiée par le traumatisme (suivant déviation, immobilisation ou douleurs) . . . . .

15 à 35

# TROUBLES NERVEUX PAR LÉSIONS MÉDULLAIRES

## **BARÈME OFFICIEL :**

MOELLIE

## 1° PARAPLÉGIES MÉDULLAIRES

Paralysie des deux membres symétriques, soit supérieurs (paraplégie brachiale ou supérieure), soit inférieurs (paraplégie crurale ou inférieure), soit des quatre membres (quadriplégie). La paraplégie crurale étant de beaucoup la plus fréquente, le terme paraplégie sans adjonction s'entend alors pour désigner la paralysie des membres inférieurs.

Ces diverses paraplégies peuvent être flasques ou spasmodiques, plus ou moins complètes, plus ou moins totales, accompagnées ou non de troubles sensitifs, trophiques, sphinctériens, génitaux.

### **Paraplégie incomplète**

10 à 80

#### **Paraplégie complète**

100

Dans l'appréciation des paraplégies des membres supérieurs, beaucoup plus rares que celles des membres inférieurs, les évaluations devront être faites suivant l'échelle précédente, mais en tenant compte ici de l'impotence motrice plus ou moins grande, concernant les mouvements nécessaires aux soins corporels et à l'alimentation en particulier.

A l'opposé, chez un sujet assez âgé où le lumbago aura succédé à un effort minime et où la radiographie révèlera des lésions très importantes de lombarthrie on ne concluera pas à une aggravation. (On pourra toutefois admettre la prise en charge pendant la période d'arrêt de travail mais sans incapacité permanente).

**Lumbago vrai post-traumatique :**

Légère raideur . . . . .	0 à 10
Raideurs plus marquées . . . . .	15 à 20
Raideur très importante. . . . .	35
Avec signes radiculaires . . . . .	35 à 50

**SYNDROMES DOULOUREUX RACHIDIENS DE LONGUE DURÉE, DU TYPE SYNDROMES RÉFLEXES, POST-TRAUMATIQUES**

Ceux-ci se produisent surtout à la suite d'un choc direct sur la région lombo sacrée, parfois aussi à la suite d'un effort violent. La douleur souvent à type de brûlure s'accompagne fréquemment de phénomènes vaso-moteurs (sueurs, lipothymies). Ces blessés ont parfois arrêté leur travail depuis de longs mois et ont subi les traitements les plus divers sans succès. L'examen révèle, en général, des signes de perturbations vaso-motrices (exagération du réflexe pilo moteur, dermograpisme, hypotension orthostatique), et très souvent une douleur vive à la pression de la région solaire. Les procédés réflexothérapeutiques amènent souvent la guérison, ce qui d'ailleurs démontre que ces blessés ne sont pas des simulateurs.

Syndrome réflexe post-traumatique objectivé par ses éléments vaso-moteurs : 15 à 20.

**TROUBLES NERVEUX PAR LÉSIONS MÉDULLAIRES**

Il peut s'agir, soit d'une paraplégie, soit d'une tétraplégie, soit d'une triplégie, soit d'un syndrome de Brown-Sequard, soit d'une hémiplégie médullaire, soit d'une atrophie musculaire d'origine médullaire.

La paraplégie peut être flasque ou spasmodique, peut être complète ou incomplète, peut s'accompagner ou non de troubles sphinctériens, de troubles sensitifs, de troubles trophiques ou de troubles génitaux.

La paraplégie flasque comporte une atteinte globale des membres inférieurs, avec abolition des réflexes ostéo-tendineux et habituellement signe de Babinski bilatéral.

Si elle est complète, qu'elle s'accompagne ou non de troubles sphinctériens, génitaux, sensitifs ou trophiques, le taux est de 100 p. 100.

Si elle est incomplète (ceci est exceptionnel pour la paraplégie flasque pure et très souvent il y a paraplégie flasco-spasmodique avec impotence partielle, hypotonie, mais réflexes retrouvés et signe de Babinski bilatéral), le taux est également de 100 p. 100.

S'il s'agit d'une paraplégie flasco-spasmodique légère, le taux va de 20 à 40 p. 100.

La paraplégie spasmodique totale, immobilisant totalement le malade, comporte un taux d'indemnisation de 100 p. 100.

Même si quelques mouvements sont conservés, mais si la marche est impossible et s'il y a des troubles sphinctériens, génitaux ou trophiques, le taux est également de 100 p. 100.

## **BARÈME OFFICIEL:**

## 2<sup>e</sup> QUADRIPLÉGIE

Dans les cas exceptionnels de quadriplégie, on peut établir la distinction suivante :



### **3<sup>e</sup> SYNDROME DE BROWN-SÉQUARD**

**Paraplégie partielle unilatérale avec anesthésie du membre symétrique non paralysé. Doit être évaluée suivant la gêne fonctionnelle du membre paralysé.** 10 à 50

#### 4° HÉMIPLÉGIE MÉDULLAIRE



Les taux précédents s'entendent, tous symptômes et complications compris.

Cependant, dans les cas relativement rares où existent des douleurs surajoutées d'une intensité et d'une constance particulièrement pénibles, reconnaissant pour origine la lésion radiculo-médullaire en cause, une majoration pourra exceptionnellement être prévue.

## **5° ATROPHIES MUSCULAIRES MÉDULLAIRES**

Les atrophies musculaires de cet ordre à indemniser peuvent être :

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

### Membre supérieur droit

- |   |         |
|---|---------|
| Atrophie des muscles de la main. . . . .                                | 5 à 30  |
| Atrophie des muscles de l'avant-bras. . . . .                           | 10 à 40 |
| Atrophie des muscles de la main et de l'avant-bras .                    | 20 à 60 |
| Atrophie des muscles du bras . . . . .                                  | 10 à 40 |
| Atrophie des muscles de l'épaule et de la ceinture scapulaire . . . . . | 10 à 40 |

La paraplégie spastique peut être incomplète et permettre la marche, mais le rayon de déplacement est très limité. Le taux d'indemnisation va de 50 à 80 p. 100.

Lorsque la paraplégie est fruste et est surtout une découverte d'examen (réflexes exagérés, signe de Babinski bilatéral, etc.), le taux dépend des possibilités de parcours et peut aller de 5 à 30 p. 100.

Une tétraplégie totale, avec atteinte motrice des quatre membres, entraîne un taux de 100 p. 100.

Si la tétraplégie est incomplète, permettant la marche et s'accompagnant de la conservation de quelques mouvements des membres supérieurs, le taux va, suivant l'importance de l'atteinte, de 20 à 80 p. 100. Le taux sera majoré s'il y a des troubles de la sensibilité, surtout aux membres supérieurs, s'il y a des troubles sphinctériens, s'il y a des troubles trophiques.

Le syndrome de Brown-Séquard, lorsqu'il est total avec atteinte motrice importante de l'hémicorps et troubles anesthésiques croisés, peut entraîner un taux allant de 60 à 80 p. 100, alors que si l'atteinte est fruste, le taux est plus faible, de 15 à 20 p. 100 avec tous les intermédiaires.

Il convient de rapprocher des paraplégies le syndrome de la queue de cheval, bien que l'atteinte motrice soit légère ou nulle. Ce syndrome se traduit par une abolition des réflexes achilléens, des troubles sphinctériens et génitaux et une anesthésie en selle. Suivant l'importance de ces derniers troubles, le taux va de 30 à 80 p. 100.

Si le syndrome de la queue de cheval s'étend en hauteur, l'atteinte de la marche apparaîtra et le taux sera assimilé à celui des paraplégies avec troubles sphinctériens et pourra atteindre 100 p. 100.

L'hémiplégie médullaire est exceptionnelle. En réalité, il y a généralement des signes diffusés au côté opposé, soit signes moteurs, soit signes sensitifs.

Suivant l'importance des troubles moteurs, le taux d'indemnisation ira de 10 à 50 p. 100 pour les formes légères ou modérées et de 50 à 100 p. 100 pour les formes plus sévères.

**Atrophie musculaire médullaire.** Il est très difficile d'affirmer l'existence de l'origine médullaire d'une atrophie musculaire en pathologie traumatique. Le plus souvent, il s'agit de lésions radiculaires ou de lésions des plexus et non d'atteinte médullaire, la lésion des cellules motrices ne pouvant succéder isolément à un traumatisme sans qu'il y ait de perturbations des faisceaux médullaires.

Le barème n'a pas à être commenté.

Il faut cependant mentionner à ce niveau le problème de l'origine post-traumatique possible d'une sclérose latérale amyotrophique, problème qui a déjà été évoqué ci-dessus.

Quant à la sclérose latérale amyotrophique post-traumatique, il s'agit d'un problème délicat, sujet à controverse, mais un certain nombre de faits convergents oblige à en admettre l'existence. Pour qu'une sclérose latérale amyotrophique soit reconnue d'origine traumatique, il faut que le délai entre le traumatisme et la survenue de signes neurologiques ne soit ni trop court ni trop long. En effet, il faut que les premiers symptômes n'apparaissent pas avant deux mois après le traumatisme et également que leur survenue se fasse dans l'année qui suit le traumatisme. De plus, il faut s'assurer qu'il s'agit bien d'une sclérose latérale amyotrophique et non d'un syndrome pouvant la simuler tel que certaines compressions d'origine cervicale par malformation ou par ostéodiscopathie. De plus, il faut que les premiers symptômes apparaissent dans la zone de l'impact du traumatisme.

En général, il s'agit de sujets qui ont subi un traumatisme périphérique assez important, à type d'écrasement, de broiement, sans qu'il y ait de plaie. Dans les mois suivants, on voit s'installer, dans le territoire du trau-

# **BARÈME OFFICIEL :**

<b>Atrophie des muscles du bras, de l'épaule, et de la ceinture scapulaire . . . . .</b>	<b>20 à 60</b>
<b>Atrophie complète avec impotence absolue d'un membre . . . . .</b>	<b>75</b>
<b>Membre supérieur gauche</b>	
<b>Atrophie des muscles de la main. . . . .</b>	<b>5 à 20</b>
<b>Atrophie des muscles de l'avant-bras. . . . .</b>	<b>10 à 30</b>
<b>Atrophie des muscles de la main et de l'avant-bras . . . . .</b>	<b>20 à 50</b>
<b>Atrophie des muscles du bras . . . . .</b>	<b>10 à 30</b>
<b>Atrophie des muscles de l'épaule et de la ceinture scapulaire. . . . .</b>	<b>10 à 30</b>
<b>Atrophie des muscles du bras, de l'épaule et de la ceinture scapulaire . . . . .</b>	<b>20 à 50</b>
<b>Atrophie complète avec impotence absolue d'un membre. . . . .</b>	<b>65</b>
<b>Atrophie complète avec impotence absolue des deux membres . . . . .</b>	<b>100</b>
<b>Membre inférieur</b>	
<b>Atrophie des muscles du pied . . . . .</b>	<b>5 à 15</b>
<b>Atrophie des muscles de la jambe (région antéro-extérieure). . . . .</b>	<b>10 à 20</b>
<b>Atrophie des muscles de la jambe (en totalité) . . . . .</b>	<b>10 à 30</b>
<b>Atrophie des muscles du pied et de la jambe . . . . .</b>	<b>20 à 40</b>
<b>Atrophie des muscles de la cuisse (région antérieure). . . . .</b>	<b>20 à 40</b>
<b>Atrophie des muscles de la cuisse (en totalité) . . . . .</b>	<b>20 à 50</b>
<b>Atrophie des muscles de la ceinture pelvienne et de la masse sacro-lombaire. . . . .</b>	<b>30 à 50</b>
<b>Atrophie des muscles de la cuisse, de la ceinture pelvienne et de la masse sacro-lombaire . . . . .</b>	<b>30 à 60</b>
<b>Atrophie complète avec impotence absolue :</b>	
<b>D'un membre . . . . .</b>	<b>70</b>
<b>Des deux membres . . . . .</b>	<b>100</b>

En cas de bilatéralité des lésions, on se trouvera en présence d'une invalidité multiple à évaluer.

## 6° TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ D'ORIGINE MÉDULLAIRE

Les troubles subjectifs de la sensibilité (douleurs, paresthésies, etc.) peuvent exceptionnellement se montrer sans autres symptômes, surtout dans les

matisme, de l'amyotrophie, de la faiblesse musculaire, puis, petit à petit, partant de cette région, s'installe une sclérose latérale amyotrophique typique, avec amyotrophie, exagération des réflexes dans les territoires amyotrophiés, fibrillations ; la maladie se généralise et évolue comme une sclérose latérale amyotrophique banale, en un à deux ans, rarement plus, sa généralisation aboutissant à l'étape de la paralysie glosso-labio-laryngée.

Bien que de tels cas ne puissent s'expliquer, il faut en admettre l'origine traumatique, mais il est logique d'admettre que le traumatisme a joué sur un terrain particulier et réduire de moitié le taux d'incapacité que l'atteinte motrice entraîne.

**Troubles de la sensibilité d'origine médullaire.**

Ces troubles, soit subjectifs, tels que douleurs ou paresthésies, soit objectifs, tels qu'anesthésie, n'existent pratiquement jamais à l'état isolé. Ils compliquent les autres lésions médullaires. Parfois, de vives douleurs peuvent exister au niveau de la lésion, mais il s'agit plutôt de douleurs radiculaires que de douleurs médullaires proprement dites. Le taux d'indemnisation peut aller de 5 à 20 p. 100 et même davantage si les douleurs sont violentes.

**Troubles sphinctériens et génitaux.**

Lors des atteintes médullaires, ces troubles sont rarement isolés et généralement l'atteinte est globale, comportant des perturbations du sphincter vésical, du sphincter anal et des troubles sexuels.

L'atteinte sexuelle isolée, en dehors de tout signe organique, doit être envisagée avec beaucoup d'esprit critique.

Le barème officiel ne comporte pas de commentaires.

**Syringomyélie.**

Plutôt que de syringomyélie, il vaudrait mieux envisager les séquelles des hématomyélies, la syringomyélie constituant plutôt une malformation qu'une maladie acquise.

Quoi qu'il en soit, les séquelles en sont les mêmes, sauf que la syringomyélie est évolutive, alors que pratiquement l'hématomyélie reste stabilisée.

Suivant l'importance de l'atteinte, on fixera un taux de 20 à 40 p. 100 pour une atteinte motrice des membres supérieurs. Lorsque l'atteinte motrice des membres supérieurs est plus nette et s'accompagne d'atteinte des membres inférieurs, le taux ira de 40 à 60 p. 100. Dans les formes très sévères, où l'extension se fait vers les troubles bulbares, le taux peut aller jusqu'à 100 p. 100.

# BARÈME OFFICIEL:

lésions des racines rachidiennes. Ils doivent donner lieu, dans ces cas, à indemnisation. Quand les troubles sensitifs subjectifs font partie des syndromes cliniques définis, ils ne doivent pas donner lieu à une indemnisation particulière, sauf dans les cas exceptionnels de douleurs intenses et rebelles, qui peuvent alors comporter une majoration de . . . . .

10 à 20

## 7° TROUBLES SPHINCTÉRIENS ET GÉNITAUX

Rétention et incontinence d'urine (se reporter au chapitre — Appareil génito-urinaire, p. 171).

Rétention fécale :

- a) Pouvant se corriger par les moyens habituels d'évacuation rectale . . . . .
- b) Rétention rebelle entraînant des symptômes de coprostase . . . . .

3 à 5

10 à 30

Incontinence fécale :

- a) Incomplète ou intermittente et rare. . . . .
- b) Complète et fréquente . . . . .

10 à 25

30 à 70

Troubles génitaux :

Abolition des érections ou diminution considérable ne permettant pas les rapports sexuels (considérés comme manifestation isolée de lésions organiques médullaires ou radiculaires) . . . . .

10 à 20

Priapisme incoercible et douloureux suivant l'intensité et la fréquence (considéré comme manifestation isolée de lésions organiques médullaires ou radiculaires) . . . . .

10 à 20

## 8° SYRINGOMYÉLIE

Elle peut parfois apparaître après traumatisme ou avoir pour point de départ une hématomyélie.

La syringomyélie pouvant se présenter sous des formes d'intensité et de gravité différentes, pourra être évaluée suivant l'échelle suivante :

Formes frustes ou très lentes avec troubles fonctionnels modérés . . . . .

20 à 40

Formes plus progressives à amyotrophie limitée avec phénomènes spasmodiques gênants . . .

40 à 60

Formes amyotrophiques graves avec troubles trophiques accentués ou troubles bulbaires . . .

60 à 100

Ces chiffres s'entendent tous symptômes et complications compris.

Le traumatisme peut entraîner une lésion médullaire par plusieurs mécanismes.

La lésion directe est très rare en pathologie courante (projectile, coup de couteau).

Habituellement, il s'agit d'une lésion indirecte. Celle-ci peut être une fracture du rachis ou une fracture-luxation qui entraîne un écrasement ou une section ou une dilatation plus ou moins étendue de la moelle et des racines. La lésion indirecte peut également intervenir par l'intermédiaire d'une discopathie latente, avec subluxation ou luxation discale intervenant directement sur une racine, directement sur la moelle ou plutôt intervenant sur le système artériel spinal. Enfin, le traumatisme peut avoir un effet de contrecoup et ceci est à l'origine des hématomyélies.

**Retour**

## NERFS CRANIENS ET NERFS PÉRIPHÉRIQUES

---

**Les notations du Barème Officiel sont à reproduire ici parce qu'étant le meilleur des guides dans ce difficile chapitre de neurologie. Certaines de ces notations figurent déjà dans les pages précédentes. On ne saurait méconnaître l'intérêt de les donner réunies.**

### **BARÈME OFFICIEL :**

#### **I. — NERFS CRANIENS**

Les réactions des nerfs crâniens peuvent dépendre des lésions traumatiques ou reconnaître une étiologie non traumatique. Le contrôle radiographique et l'examen électrique seront souvent nécessaires.

S'il y a eu traumatisme, il faudra distinguer la blessure endocrânienne de la blessure exocrânienne.

**Nerf olfactif** : Anosmie simple unilatérale ou bilatérale). Se référer au barème d'oto-rhino-laryngologie.

**Nerf optique** (voir barème d'acuité visuelle).

(Se référer au barème des affections oculaires.)

**Nerfs moteurs oculaires** :

Ptosis unilatéral (état définitif).

Ptosis bilatéral.

Diplopie permanente et définitive.

Diplopie épisodique variable.

**Nerf trijumeau** :

Anesthésie simple, sans douleur, par section d'une branche périphérique, (nerf susorbitaire, maxillaire supérieur, maxillaire inférieur).

# **NERFS CRANIENS ET NERFS PÉRIPHÉRIQUES**

## **NERFS CRANIENS**

Le barème officiel comporte peu de commentaires.

Il faut cependant souligner que pour le nerf trijumeau, l'atteinte motrice n'est pas mentionnée. En fait, une atteinte unilatérale entraîne peu de gêne, mais la mastication est déficiente d'un côté et, quand le malade ouvre la bouche, celle-ci se déforme. Il faut tenir compte de ce fait et fixer à 5 p. 100 l'atteinte motrice éventuelle.

D'autre part, dans l'appréciation de la douleur, il est indiqué qu'il peut y avoir des algies de type intermittent, « tics douloureux ». En fait, le tic douloureux n'est jamais d'origine traumatique et, s'il y a des douleurs trigéminalas, elles n'ont jamais ce caractère paroxystique si particulier.

Dans l'appréciation de l'atteinte du nerf facial, un taux de 20 à 30 p. 100 est indiqué pour la paralysie totale et définitive et un taux de 10 à 30 p. 100 pour la paralysie partielle et définitive. Il faut tenir compte éventuellement de la profession du sujet et, s'il y a une paralysie totale et définitive, la gêne esthétique qui en résulte peut être considérable et dépasser le taux de 30 p. 100.

L'hémisspasme facial dit essentiel ne peut être considéré comme d'origine traumatique.

Il n'est cependant pas exceptionnel de voir survenir après une paralysie faciale un hémisspasme post-paralytique, qui reste toujours plus limité que l'hémisspasme facial dit essentiel. Le taux d'indemnité peut aller de 5 à 20 pour 100, suivant la fréquence des crises et des troubles psychologiques qui en résultent.

**BARÈME OFFICIEL:**

**Algie avec ou sans anesthésie :**

Algie du type intermittent « tic douloureux » . . . . . 25 à 70

Algie du type continu sympathal-gique . . . . . 30 à 80

**Nerf facial :**

**Syndrome de paralysie, paralysie du type périphérique :**

Paralysie totale et définitive avec réaction de dégénérescence complète . . . . . 20 à 30

Paralysie partielle et définitive . . . . . 10 à 30

(La paralysie faciale totale ou partielle du type périphérique peut être considérée comme définitive après un délai évolutif de deux ans.)

Paralysie bilatérale totale suivant l'intensité et l'état des réactions électriques . . . . . 20 à 50

**Syndrome d'excitation :**

Contracture postparalytique suivant la défiguration . . . . . 0 à 10

Spasmes (hémispasme facial dit essentiel) ou postparalytique :

Crises rares . . . . . 0 à 10

Etats spastiques avec crises répétées . . . . . 10 à 20

**Nerf auditif :**

Surdité unilatérale ou bilatérale, bourdonnements, bruits divers, association de vertiges (voir barème spécial oreilles)

**Nerf glosso-pharyngien :**

Paralysie bilatérale exceptionnelle (évaluation suivant le degré des troubles fonctionnels observés) . . . . . 5 à 10

**Nerf spinal externe (atrophie du trapèze et du sterno-cloïdo-mastoïdien, chute de l'épaule, déviation en dehors du bord spinal du scapulum, faiblesse de la main homologue ; en général, réadaptation suffisante dans le délai d'un à deux ans, à cause de l'innervation double des muscles trapèze et sterno-cloïdo-mastoïdien par le plexus cervical profond) . . . . .**

5 à 25



# BARÈME OFFICIEL:

## Nerf hypoglosse :

Hémiatrophie et réaction de dégénérescence unilatérale . . . . .	10
Bilatérale (exceptionnelle) . . . . .	50 à 60

Les réactions isolées des nerfs crâniens concernent surtout le nerf facial, le nerf trijumeau et les nerfs moteurs oculaires, avec le nerf optique, moins fréquemment le nerf spinal externe.

Les quatre derniers nerfs crâniens et principalement le glosso-pharyngien, l'hypoglosse, le pneumo-gastrique, avec association ou non du spinal externe, sont le plus souvent, à cause de leur proximité de cheminement, de leur voisinage tronculaire, intéressés globalement (syndrome paralytique des quatre derniers nerfs crâniens, syndrome du trou déchiré postérieur, syndrome du carrefour condylo-déchiré postérieur), suivant le degré des troubles fonctionnels et suivant défiguration) . . . . .

10 à 60

## II. — NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Les taux d'invalidité indiqués par le barème s'appliquent à des paralysies totales et complètes, c'est-à-dire atteignant d'une façon complète la totalité des muscles animés par le nerf intéressé.

En cas de paralysie incomplète, parésie ou simple affaiblissement, comme en cas de paralysie partielle respectant une partie des muscles innervés, le taux d'invalidité subit naturellement une diminution proportionnelle.

Au contraire l'association de troubles névritiques, douleurs, raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques, aggravé plus ou moins l'impuissance et légitime une majoration du taux d'invalidité.

La réaction causalgique comporte à elle seule une invalidité élevée qu'il appartiendra à l'expert d'évaluer.

### 1° Lésions Traumatiques

Côté droit	Côté gauche
—	—

#### Membres supérieurs

Paralysie totale du membre supérieur ..	70 à 80	60 à 70
Paralysie radiculaire, supérieure Duchenne-Erb comprenant deltoïde, biceps, brachial antérieur, coraco-brachial long supinateur . . . . .	45 à 55	35 à 45

## **NERFS PÉRIPHÉRIQUES**

Les différents taux mentionnés doivent tenir compte de la notion d'hémisphère dominant et le taux fixé pour le côté droit n'est valable que pour les droitiers et il faut le fixer chez les gauchers pour une atteinte du côté gauche.

Les différents taux doivent être confrontés avec ceux qui sont fixés dans le chapitre des « atrophies musculaires médullaires » dont le caractère exceptionnel a été mentionné.

Néanmoins, des groupements d'atteinte périphérique peuvent réaliser des atteintes décrites sous la rubrique d'atteinte médullaire et le taux doit en être retenu.

Il faut insister sur les algies, algies cervicales, algies cervico-brachiales, algies intercostales, algies abdomino-crurales, algies sciatiques. Il faut tenir compte de la topographie de la douleur et du caractère organique éventuellement constaté dans les territoires correspondants. L'abolition d'un réflexe ostéo-tendineux prend une valeur considérable pour en authentifier la nature. Il faut tenir compte également de l'association non exceptionnelle d'atteinte motrice, d'atteinte douloureuse et éventuellement d'atteinte trophique.

Une difficulté réside dans le fait que l'algie traumatique est souvent une algie d'origine arthrosique ou discale réveillée par le traumatisme et, pour en apprécier le taux d'incapacité, il faut tenir compte de l'importance du traumatisme et aussi des lésions radiologiques antérieures à celui-ci.

**BARÈME OFFICIEL:**

Paralysie radiculaire inférieure (type Klumpke) comprenant les muscles fléchisseurs des doigts ainsi que les petits muscles de la main . . . . .	55 à 65	45 à 55
Paralysie isolée du nerf sous-scapulaire (muscle grand dentelé) . . . . .	10 à 20	5 à 15
Paralysie du nerf circonflexe . . . . .	25 à 35	20 à 30
Paralysie du nerf musculo-cutané (biceps), cette paralysie permet cependant la flexion de l'avant-bras sur le bras par le long supinateur . . . . .	15 à 25	10 à 20
Paralysie du nerf médian :		
a) Au bras (paralysie des muscles antibrachiaux . . . . .	45 à 55	35 à 45
b) Au poignet (paralysie de l'éminence thénar anesthésie) . . . . .	15 à 25	5 à 15
Paralysie du nerf cubital :		
a) Au bras (muscles antibrachiaux et muscles de la main) . . . . .	25 à 35	15 à 25
b) Au poignet (muscles de la main, inter-osseux), l'impotence est sensiblement la même quel que soit le siège de la blessure . . . . .	25 à 35	15 à 25
Paralysie du nerf radial :		
a) Lésion au-dessus de la branche du triceps . . . . .	45 à 55	35 à 45
b) Lésion au-dessous de la branche du triceps (paralysie classique des extenseurs) . . . . .	35 à 45	25 à 35
Paralysie associée du médian et du cubital . . . . .	45 à 55	45 à 55
<b>Membres inférieurs</b>		
Paralysie totale d'un membre inférieur		
1 <sup>o</sup> Flasque . . . . .	70 à 80	
2 <sup>o</sup> Spasmodique . . . . .	10 à 50	
Paralysie complète du nerf sciatique .	35 à 45	
Paralysie du nerf sciatique poplité ext.	15 à 30	
Paralysie du nerf sciatique poplité int.	15 à 25	
Paralysie du nerf crural . . . . .	45 à 55	
Paralysie du nerf obturateur . . . . .	10 à 20	
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de . . . . .	5 à 20	



**BARÈME OFFICIEL:**

Réactions névritiques, majoration de . . . . .	10 à 40
Réaction causalgique, majoration de . . . . .	20 à 60
Syndrome de paralysie du sympathique cervical (Claude Bernard - Horner), myosis enophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale, majoration de . . . . .	5 à 10
Syndrome d'excitation du sympathique cervical (Pourfour Du Petit), mydriase exophthalmie, majoration de . . . . .	5 à 10
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de . . . . .	5 à 20
Réaction névritique (douleurs raideurs, retractions fibreuses, troubles trophiques, etc.), majoration de . . . . .	8 à 50
Réaction causalgique, majoration de . . . . .	20 à 60

**Névrites Périphériques**

A. — Névrites avec algies, lorsqu'elles sont persistantes, suivant leur siège et leur gravité :

Membre supérieur droit . . . . .	10 à 50
Membre supérieur gauche . . . . .	8 à 40
(Pour les algies particulièrement intenses, on ne tiendra pas compte du côté.)	

B. — Séquelles névritiques, pied varus équin avec griffe fibreuse des orteils . . . . .

30 à 50

**ALGIES**

L'appréciation de l'invalidité provoquée par les névralgies est un problème des plus délicats. Les névralgies sont en effet des troubles essentiellement subjectifs, qui mettent en cause le degré de sincérité du blessé, sa suggestibilité, son coefficient de tolérance, d'émotivité ou de pusillanimité.

Il importe par conséquent de rappeler les principes directeurs suivants :

a) Un grand nombre de névralgies sont symptomatiques, en rapport avec une lésion organique quelconque (névrites spontanées ou traumatismes des nerfs, compression ou inflammations des troncs nerveux par lésion articulaire ou osseuse de voisinage, radiculites, myélites ou méningo-myélites, etc.).

L'invalidité, dans ces cas, est essentiellement fonction de la lésion organique causale (mal de Pott, rhumatisme vertébral, arthrite de la hanche, compression nerveuse, blessure des nerfs, etc.). Les douleurs névralgiques n'interviennent alors que comme un facteur surajouté, légitimant une majoration de l'invalidité proportionnelle à leur intensité ;

b) Il existe dans presque tous les cas des signes objectifs, tantôt évidents, tantôt très discrets, qu'il importe de rechercher minutieuse-



# BARÈME OFFICIEL :

ment, comme signes d'authenticité de la névralgie : modifications des réflexes, troubles objectifs de la sensibilité, attitudes révélatrices, atrophies musculaires, discordances motrices, réactions électriques anormales, etc.,

c) L'invalidité doit être appréciée en fonction à la fois de l'intensité et de l'extension des névralgies, de la gêne fonctionnelle apportée au travail et du retentissement possible sur l'état général. Elle est donc infiniment variable selon les cas, selon les réactions du blessé et selon même les périodes de l'affection.

Voici, à titre d'exemple, l'étude des différents degrés d'invalidité dans la névralgie sciatique.

## NÉVRALGIE SCIATIQUE

Il s'agit uniquement des sciatiques persistantes ; les crises aigues de sciatique ne peuvent être considérées autrement que comme des affections épisodiques, non indemnifiables :

- |  |         |
|--|---------|
| a) Névralgie sciatique légère (confirmée en dehors du signe de Lasègue et des points douloureux) par l'existence de signes objectifs, modifications du réflexe achilléen, atrophie musculaire, scolioses, etc., mais sans troubles graves de la marche . . . | 10 à 20 |
| b) Névralgie sciatique, d'intensité moyenne, avec signes objectifs manifestes, gêne considérable de la marche et du travail . . .  | 25 à 40 |
| c) Névralgie sciatique grave, rendant le travail et la marche impossibles, nécessitant souvent le séjour au lit . . . . .  | 45 à 60 |
| d) Névralgie sciatique compliquée de réaction causalgique plus ou moins intense ou de retentissement sur l'état général . . . .  | 40 à 80 |



**Retour**

## **PSYCHOSES ET NÉVROSES**

---

### **PSYCHOSES CHRONIQUES POST-TRAUMATIQUES COMMOTIONNELLES**

#### **BARÈME OFFICIEL :**

##### **MALADIES MENTALES. — DÉMENCES**

Dans les cas où elles sont imputables à un gros traumatisme :

Démence incomplète. — Affaiblissement simple des facultés mentales, notamment de l'attention et de l'affectivité ; états d'indifférence sans perte profonde de la mémoire et avec conservation partielle de la capacité fonctionnelle. . . . .

60 à 90

Démence complète. — Affaiblissement prononcé et global des facultés mentales avec ou sans gâtisme, et toutes manifestations ou complications comprises. . . . .

100

## PSYCHOSES ET NÉVROSES

(Révisé par Jean Sigwald)

### PSYCHOSES CHRONIQUES POST-TRAUMATIQUES COMMOTIONNELLES

Il s'agit d'un problème excessivement délicat. Déjà un certain nombre d'états semi-démentiels ou démentiels ont été envisagés lors de l'étude de l'encéphalopathie traumatique, qui s'accompagne quelquefois de signes neurologiques cliniques et qui se traduit surtout par des perturbations de l'E.E.G. ou par la constatation d'une atrophie cérébrale à la pneumo-encéphalographie.

En dehors de ces faits de troubles psychiques liés à une atteinte cérébrale diffuse, il existe d'autres faits, dont l'interprétation est plus délicate.

Une psychose peut évoluer après un traumatisme, mais quel rôle celui-ci a-t-il joué dans son déclenchement ? N'y avait-il pas une prédisposition latente et déjà n'existe-t-il pas une maladie infra-clinique ? Quel rôle l'émotion a-t-elle joué en induisant tout d'abord un état névrotique et celui pouvant exceptionnellement se transformer en état psychotique ?

De toute manière, il ne faut retenir que les cas où le traumatisme a été important et a entraîné un syndrome post-commotionnel immédiat important. (Le problème des névroses traumatiques sera envisagé plus loin.)

Les psychoses chroniques post-traumatiques peuvent réaliser les faits suivants :

a) État démentiel incomplet (qui est lié ou non à un substratum anatomique constatable).

S'il s'agit de troubles de l'attention, de la mémoire, de la vitalité générale (qui constituent en fait un syndrome post-commotionnel tardif grave), le taux va de 5 à 25 p. 100.

Si l'état démentiel est plus important, entraînant une inaktivité professionnelle, sans qu'il y ait cependant une inaptitude totale à la vie sociale, le taux ira de 25 à 75 p. 100.

b) État démentiel complet. Un tel état peut aller de l'inaptitude à toute vie sociale à l'état démentiel complet avec gâtisme et nécessité soit d'internement ou tout au moins nécessité d'une surveillance familiale permanente. Le taux va de 75 à 100.

A côté de ces faits démentiels se posent d'autres problèmes plus compliqués encore.

Un état maniaxo-dépressif ne peut être imputé à un traumatisme.

Un état schizophrénique, en revanche, peut s'observer dans le devenir de certains traumatismes crâniens graves et la notion de schizophrénie traumatique est admise, mais il faut qu'une enquête précise révèle l'intégrité mentale antérieure et il faut aussi que le traumatisme ait été important et ait entraîné un syndrome post-commotionnel immédiat grave.

**BARÈME OFFICIEL :****NÉVROSES POST-TRAUMATIQUES****BARÈME OFFICIEL :****NÉVROSES****A. — ÉTATS NEURO PSYCHASTÉNIQUES**

Comportant tous les syndromes à base d'épuisement physique ou psychique et d'hyper-émo-tivité anxieuse :

- a) Cas à prédominance clinique d'épuisement physique ou psychique (réaction émo-tionale causée par un accident) :

Signes fonctionnels d'ordre somatique sans symptômes objectifs . . . . .	0 à 10
Signes somatiques avec retentissement net sur l'état général . . . . .	10 à 40

En général, il s'agit d'un état dissociatif modéré dépressif ; il est plus difficile d'admettre comme d'origine traumatisante une schizophrénie paranoïde et surtout une hébephrenie.

Le plus souvent, il est logique d'admettre le rôle aggravant d'un traumatisme sur un terrain schizoïde.

Le taux va, suivant l'importance de la dissociation et de la désintégration psychique, de 5 à 100, mais l'imputabilité peut, suivant l'importance du traumatisme, être d'un tiers, d'une moitié, exceptionnellement elle est totale.

Les démences artériopathiques, la maladie de Pick, la maladie d'Alzheimer, la paralysie générale, ne peuvent dépendre d'un traumatisme, mais il faut admettre là encore la possibilité d'un rôle favorisant plus ou moins important.

Quant aux complications de l'alcoolisme chronique, elle pose un problème délicat. Un traumatisme peut être responsable du déclenchement d'un delirium tremens chez un alcoolique chronique. S'il y a mort, il faut admettre au moins un rôle favorisant de moitié. En général, l'état guérit, mais il peut rester ultérieurement un état démentiel plus ou moins important, ce qui nécessitera une appréciation délicate entre les différents facteurs. En général, le rôle du traumatisme ne doit pas dépasser la moitié.

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke peut voir son évolution favorisée par un traumatisme, mais le rôle n'en est qu'accessoire.

Une épilepsie traumatisante peut, si elle provoque des manifestations comitiales fréquentes, s'accompagner de troubles psychiques, tels qu'irritabilité, instabilité, troubles du caractère, impulsivité et même désintérêt intellectuel. (Ce dernier peut être dépendant de la nécessité d'un traitement anticomitial important.)

Un taux allant de 5 à 15 p. 100 peut être ajouté à celui provoqué par les autres séquelles.

## NÉVROSES POST-TRAUMATIQUES

Il s'agit là du problème le plus difficile posé par les séquelles des traumatismes crâniens et un certain nombre de travaux ont été consacrés à cette question sans aboutir à une ligne de conduite définitive et irréfutable. Il y a d'abord des difficultés à définir la névrose, à en classer les différents types et, à propos des traumatismes, il est difficile de savoir ce qui appartient à un processus émotionnel ou ce qui dépend de l'état communional proprement dit.

Une importante étude, parue en 1969, à l'occasion du «Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française», a été l'occasion de deux rapports, celui de J. Ley et celui de A. Marin et L. Cotte. Les conclusions ne peuvent en être définitives mais ces deux rapports constituent une importante base de référence.

Sans intervenir dans les problèmes pathogéniques, il faut tout de même indiquer d'emblée la part que joue dans de telles névroses la notion d'indemnisation du préjudice subi, le fait que le terrain antérieur au traumatisme joue un rôle important et qu'il y a interférence avec des conflits intrapsychiques antérieurs, mais il faut aussi rappeler que la fréquence en est la même chez les sujets assurés que chez les sujets non assurés.

On peut les classer ainsi :

a) Réaction d'effroi. Il peut exister soit une excitation anxieuse, soit une prostration avec des troubles plus ou moins profonds de la conscience, mais en général ces réactions disparaissent en quelques jours. Néanmoins, on peut voir survenir quelquefois une confusion mentale grave, puisqu'elle peut aboutir à la mort, ou peut évoluer tardivement vers un état psychotique.

**BARÈME OFFICIEL:**

<b>Signes psychiques allant de la fatigabilité cérébrale simple à l'impuissance intellectuelle caractérisée (consciente) . . . . .</b>	<b>20 à 50</b>
<b>Symptômes vago-sympathiques marqués ou prédominants (en plus de l'invalidité ci-dessus) . . . . .</b>	<b>5 à 20</b>
<b>b) Cas à prédominance clinique d'hyper-émotivité anxieuse :</b>	
<b>Syndromes anxieux provoqués par un gros accident (explosions, électrocutions, etc.). Suivant l'intensité des symptômes considérés en eux-mêmes. . . . .</b>	<b>10 à 50</b>

**B. — ÉTATS HYSTÉRIQUES ET PITHIATIQUES**

Si les manifestations pithiatiques sont isolées, elles n'entraînent pas d'invalidité.

Si elles sont associées à des troubles organiques, l'évaluation sera faite en tenant compte seulement de la gêne résultant des troubles organiques.

**C. — SYNDROMES MOTEURS FONCTIONNELS**

Sans base organique décelable. . . . .      **0 à 20**

La plupart du temps, en une semaine ou quelques mois, tout s'efface, bien qu'il persiste un peu d'anxiété, d'irritabilité ou d'insomnie. Quelquefois, de l'amaigrissement persiste.

En dehors des cas graves, qui rentrent dans les phénomènes précédemment étudiés, de telles réactions peuvent justifier un taux d'indemnisation de 0 à 5.

b) **Névrose d'angoisse post-traumatique ou névrose actuelle ou neurasthénie post-traumatique.** Il s'agit d'un tableau de dépression névrotique ou hypocondriaque qui peut s'accompagner de perturbations neuro-végétatives, telles que des troubles cardio-vasculaires, des troubles digestifs, des troubles respiratoires. De tels états peuvent persister. Suivant l'importance des troubles, le taux d'indemnisation ira de 0 à 25.

Si l'état général s'en ressent et s'il y a de l'amaigrissement, le taux peut aller de 25 à 40.

c) **Phénomènes phobiques associés à la névrose d'angoisse.** Il n'est pas rare que la névrose d'angoisse s'accompagne de troubles phobiques, mais il est exceptionnel qu'une névrose obsessionnelle post-traumatique puisse s'installer. Si les phobies sont importantes, le taux sera majoré et on pourra envisager un taux allant de 5 à 35 p. 100.

d) **Réactions dites hystériques associées ou non à la dépression névrotique. Hystéro-traumatisme.** C'est là qu'interviennent tous les problèmes antérieurs et l'éventuel réveil de conflits mal résorbés à l'occasion de l'émotion ou de la commotion traumatique.

Il peut y avoir une conversion somatique, à type de paralysie ou de contracture, susceptible d'être levée par persuasion, mais pouvant récidiver. Sauf dans les cas rebelles, l'indemnisation doit être nulle ou faible. Le taux peut être fixé de 0 à 5 p. 100.

Une conversion physiologique consiste en perturbations végétatives ou en névrose d'organe ou en maladie psycho-somatique.

Le taux va de 0 à 15 p. 100.

Une conversion psychologique aboutit à une dépression névrotique, hypocondriaque, pouvant entraîner des réactions compulsives, des obsessions, des phobies. Il est difficile, dans quelques cas, d'en authentifier la nature, car la simulation peut en imiter les manifestations. Les cas rebelles justifient une indemnisation, dont le taux va de 5 à 50 p. 100, mais l'indemnisation ne sera proposée que dans les cas où la thérapeutique a échoué.

Il faut donc attendre longtemps avant de prendre une décision, éventuellement, demander une mise en observation en milieu hospitalier pour s'assurer de la réalité et de l'irréversibilité des symptômes, et pour être certain que l'échec du traitement est définitif.

e) **Névrose de revendication.** C'est un problème difficile, car le désir d'indemnisation et de revendication est une préoccupation normale et légitime, mais très souvent il s'agit plus d'un désir de justice que d'un désir de rente (J. Ley).

Dans de tels cas, il faut agir avec beaucoup de précaution et ne pas minimiser l'importance de tels troubles qui peuvent s'aggraver si l'indemnisation est refusée ou si le taux est faible. Le taux de 5 p. 100 doit éventuellement s'ajouter aux autres taux d'indemnisation s'il y a d'autres lésions.

f) **La sinistrose** est un terme péjoratif, car très souvent on confond sinistrose et simulation. Brissaud avait ainsi défini ce trouble : idée fausse de revendication et d'injustice subie, que le blessé se fait en toute bonne foi, qui peut devenir obsédante et parfois prévalente, jusqu'à constituer une sorte de délire raisonnant. C'est une surestimation du dommage subi, mais elle est inconsciente, alors que la surestimation consciente est la première étape de la simulation. La sinistrose disparaît souvent avec le règlement du litige, mais peut être la première manifestation d'une psychose interprétative plus grave. Un taux d'indemnisation de 5 p. 100 doit être habituellement retenu.



## **COMMENTAIRES : PSYCHOSES ET NEVROSES 107**

g) Des cas mixtes existent et il y a interférence entre atteinte organique et majoration névrotique. Il faudra toujours indiquer un petit taux supplémentaire à l'indemnisation organique, taux qui ne doit jamais dépasser 5 p. 100 au maximum.

Dans l'indemnisation de toutes ces névroses, il faut éviter de valoriser un état névrotique, mais il faut également éviter de donner au blessé l'impression qu'il manque de sincérité. En principe, une indemnisation rapide serait souhaitable, car, chez de tels sujets, l'attente de l'expertise, la crainte d'une indemnisation insuffisante contribuent à maintenir le trouble et, éventuellement, à en majorer les conséquences.

**Retour**

## **F A C E**

---

### **MAXILLAIRE SUPÉRIEUR**

#### **BARÈME OFFICIEL :**

#### **MUTILATIONS**

Perte des deux maxillaires supérieurs avec perte de l'arcade dentaire, de la voûte palatine et du squelette nasal . . . . .	90 à 100
Perte du maxillaire inférieur dans la totalité de sa portion dentaire . . . . .	90 à 100
Perte d'un maxillaire supérieur avec communication bucco-nasale et perte de la totalité de l'arc mandibulaire. . . . .	100
Perte d'un seul maxillaire supérieur avec conservation de l'autre et conservation de l'arc mandibulaire. . . . .	50 à 60
Perte d'un maxillaire supérieur avec communication bucco-nasale et perte de substance plus ou moins étendue de l'arc mandibulaire . . . . .	70 à 90

Suite page 110

## **FACE**

---

Les lésions cicatricielles de la face n'entraînent pas toujours des troubles fonctionnels (mastication, respiration occlusion, des paupières) donnant droit à une incapacité prévue au barème officiel. En cas de défiguration étendue, isolée, chez un blessé qui au cours de son travail est en contact avec le public, il est indispensable de fixer un taux d'incapacité permanente partielle de manière à pouvoir justifier l'octroi d'un coefficient professionnel légitime.

### **NEZ**

(Voir *Appareil Respiratoire*, page 163.)

### **MAXILLAIRE SUPÉRIEUR**

#### **FRACTURES. PSEUDARTHROSE**

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Consolidation vicieuse et défaut d'enrèglement avec les dents inférieures.

Non-consolidation et mobilité par pseudarthrose.

Réduction du coefficient de mastication (1).

Gêne de la mastication. Prolongement du temps nécessaire aux repas.

Dénutrition, perte des forces.

Fracture vicieusement consolidée avec mauvais articulé dentaire, gêne notable de la mastication. . . . .

10

---

(1) Coefficient de mastication.

Pour chaque dent ayant une dent antagoniste à la mâchoire inférieure : incisives 1, canines 2, prémolaires 3, molaires 5. Ce qui donne, pour une dentition complète avec dents inférieures correspondantes, 50.

**BARÈME OFFICIEL :****CONSOLIDATION VICIEUSE**

1 <sup>o</sup> Grande mobilité de la totalité du maxillaire supérieur (disjonction crâno-faciale), mastication impossible (y compris le déficit dentaire) . . .	60 à 80
2 <sup>o</sup> Consolidation vicieuse avec mobilité d'un fragment plus ou moins étendu du maxillaire supérieur, l'autre portion restant fixe, suivant l'étendue de la portion mobile et la possibilité de mastication ou de prothèse (y compris le déficit dentaire)	20 à 50
3 <sup>o</sup> Troubles sérieux de l'articulé dentaire (faux prognathisme) peu compatible ou incompatible avec une prothèse (y compris le déficit dentaire). . .	15 à 30
4 <sup>o</sup> Consolidation vicieuse entraînant un trouble léger de l'articulé dentaire ou compatible avec prothèse (y compris le déficit dentaire). . . .	5 à 15

**PERTE DE SUBSTANCE**

1 <sup>o</sup> Perte de substance de la voûte palatine respectant l'arcade dentaire et permettant une prothèse . . . . .	10 à 20
2 <sup>o</sup> Perte de substance de la voûte et du voile ou de la voûte seule avec large communication bucconasale ou bucco-sinusale, ces deux mutilations entraînant des troubles analogues (troubles de la parole, de la déglutition, etc.). . . . .	30 à 60
3 <sup>o</sup> Perte de substance partielle de l'arcade dentaire ne permettant pas une prothèse fonctionnellement bonne (majorant le déficit dentaire) . . . . .	0 à 5

**MAXILLAIRE INFÉRIEUR****FRACTURE****BARÈME OFFICIEL :****CONSOLIDATION VICIEUSE**

1 <sup>o</sup> Consolidation vicieuse avec trouble grave de l'articulé dentaire, ne permettant pas la pose d'une prothèse (majorant le déficit dentaire) . .	15 à 20
2 <sup>o</sup> Consolidation vicieuse entraînant un trouble léger de l'articulé dentaire ou compatible avec une prothèse (majorant le déficit dentaire) . . .	5 à 10

**PERTE DE SUBSTANCE ET PSEUDARTHROSE**

- 1<sup>o</sup> Vaste perte de substance avec pseudarthrose très lâche ne permettant ni la mastication, ni

Id. Avec engrènement très réduit ou inexistant entre les dents supérieures et les dents inférieures. . . . .	25
Fracture non consolidée, avec mobilité plus ou moins prononcée du bloc dentaire supérieur... . . . .	35
Id. Avec grande difficulté de la mastication. . . . .	50

**MUTILATIONS**

Perte d'un maxillaire supérieur. . . . .	50
--	----

**MAXILLAIRE INFÉRIEUR****FRACTURE**

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Consolidation vicieuse avec défaut d'engrènement.

Non-consolidation et mobilité par pseudarthrose.

Réduction du coefficient de mastication.

Gêne de la mastication. Prolongation du temps nécessaire aux repas.

Dénutrition. Perte des forces.

Fracture consolidée avec articulé normal, sans gêne fonctionnelle appréciable. . . . .	0
Fracture plus ou moins vicieusement consolidée avec engrènement partiel entre les dents inférieures et les dents supérieures, et gêne notable de la mastication. . . . .	10.
Id. Avec engrènement très réduit ou inexistant. . . . .	25

**BARÈME OFFICIEL :**

la pose d'une prothèse (y compris le déficit dentaire) . . . . .	60 à 85
2 <sup>o</sup> Pseudarthrose plus serrée, suivant la possibilité de mastication ou de prothèse et suivant son siège, d'après le détail ci-dessous (majorant le déficit dentaire) . . . . .	0 à 25
Pseudarthrose serrée de la branche ascendante : 0 à 5 p. 100.	
Pseudarthrose lâche de la branche ascendante : 10 à 15 p. 100.	
Pseudarthrose serrée de la branche horizontale : 5 à 10 p. 100.	
Pseudarthrose lâche de la branche horizontale : 15 à 25 p. 100.	
Pseudarthrose serrée de la région symphysaire : 10 à 15 p. 100.	
Pseudarthrose lâche de la région symphysaire : 15 à 25 p. 100.	
3 <sup>o</sup> Perte de substance partielle de l'arcade dentaire permettant une prothèse fonctionnellement bonne (majorant le déficit dentaire). . . . .	0 à 5

**ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE****CONSTRICION DES MACHOIRES****BARÈME OFFICIEL :****ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE**

1 <sup>o</sup> Ankylose osseuse permettant à peine le passage des liquides . . . . .	80 à 90
2 <sup>o</sup> Luxation irréductible (suivant l'engrènement dentaire dans l'occlusion maxima, s'il reste des mouvements possibles) . . . . .	10 à 50
3 <sup>o</sup> Luxation récidivante (suivant la fréquence et la gravité des récidives et suivant la gêne fonctionnelle (affection exceptionnelle) . . . . .	5 à 20

**CONSTRICION DES MACHOIRES**

1 <sup>o</sup> Ecartement inter-maxillaire inférieur à 10 millimètres, suivant les causes de la constriction (lésions musculaires, brides cicatricielles, etc.). . . . .	20 à 80
2 <sup>o</sup> Ecartement inter-dentaire de 30 à 10 millimètres. . . . .	5 à 20
3 <sup>o</sup> Troubles surajoutés éventuellement du fait des brides cicatricielles entravant l'hygiène buccale, la prononciation, la perte de la salive, etc., majoration de . . . . .	10 à 20

## **ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE**

## **CONSTRICION DES MACHOIRES**

**BARÈME OFFICIEL :****PERTE DES DENTS****BARÈME OFFICIEL :****DENTS**

1<sup>o</sup> Dans les cas complexes, à l'incapacité déterminée par la perte des dents, s'ajoute l'incapacité déterminée par les troubles anatomiques (pseudarthrose, consolidation en mauvais articulé, constriction permanente des mâchoires, etc.) qui rendent la prothèse difficile ou impossible.

2<sup>o</sup> Dans les cas simples où la perte des dents est la seule conséquence du traumatisme, on admettra que la perte d'une ou de deux dents n'entraîne pas d'incapacité permanente, sous réserve de l'état antérieur de la denture et de la profession exercée par le blessé (chanteurs, musiciens, etc., et métiers où le dommage esthétique peut intervenir comme élément d'incapacité).

Dans le cas où le déficit dentaire dépasse deux dents, on évaluera le taux de l'incapacité en attribuant à la perte de chaque dent le coefficient de :

- 1 pour les incisives et les canines ;
- 1,25 pour les prémolaires ;
- 1,50 pour les molaires.

Le taux ainsi obtenu sera réduit des deux tiers si le blessé est muni d'une prothèse correctement établie et bien supportée, le remplacement des dents par un appareil ne réalisant pas la « restitutio ad integrum », mais améliorant de façon très appréciable l'état fonctionnel.

**JOUES, LANGUE, etc.****BARÈME OFFICIEL :****LANGUE**

Amputation partielle de la langue avec un très léger degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition . . . . .	10 à 20
Amputation étendue avec gêne fonctionnelle . . . . .	35 à 75
Amputation totale. . . . .	80

## PERTE DES DENTS

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Réduction de la surface masticatrice. Seules comptent les oppositions supprimées.

Gêne de la mastication. Prolongation du temps nécessaire aux repas.

Troubles gastriques. Perte des forces.

Entretien, remplacement d'un dentier.

Les évaluations s'entendent après appareillage, quand celui-ci est possible.

Consulter :

P. CERNEA : Séquelles stomatologiques des traumatismes, « Médecine légale et Dommage corporel », T. 1, n° 4, octobre 1968, p. 347.

Perte d'une ou deux dents. . . . . 0

Plus de deux dents, pour chaque dent disparue :

Incisives . . . . . 1

Canines. . . . . 1

Prémolaires. . . . . 1,25

Molaires . . . . . 1,50

L'indemnisation représente plutôt ici l'entretien de l'appareil prothétique, qu'une invalidité par réduction de la surface masticatrice et troubles de la mastication.

Perte de la moitié des dents avec possibilité de prothèse. . . . . 10

— appareillage impossible. . . . . 25

Perte complète ou presque complète des dents, avec possibilité de prothèse. . . . . 15 à 20

— appareillage impossible. . . . . 40 à 50

Si bonne prothèse, le taux ressortissant à la perte de  $x$  dents, le taux sera réduit des deux tiers.

Exemple : Perte de 1 I. . . . . 1

— de 1 C. . . . . 1

— de 2 P. . . . . 2,50

— de 3 M. . . . . 4,50

soit : 9% si pas de prothèse ;

3% si prothèse correctement établie.

## JOUES, LANGUE, etc.

**DÉLABREMENT DES JOUES** avec cicatrisation vicieuse et troubles fonctionnels importants (mastication, déglutition, salivation, parole, etc.) . . . 25 à 50

## **BARÈME OFFICIEL :**

### **PHARYNX**

#### **BARÈME OFFICIEL :**

Gêne de la déglutition par cicatrice pharyngée. . . 10 à 30

**PARALYSIE DE LA LANGUE**

Incomplète . . . . .	15
Complète . . . . .	50

<b>PERTE PARTIELLE DE LA LANGUE</b> (gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition) . . .	20
---	----

<b>FISTULE SALIVAIRES</b> . . . . .	20
-------------------------------------	----

**SECTION DU CANAL DE STENOSE SANS FISTULE**

Ne donne lieu à aucune I.P.P.

**PHARYNX**

Les sténoses des voies digestives supérieures sont exceptionnelles en matière d'accidents du travail.

<b>RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORO-PHARYNX</b> n'entrant qu'une gêne modérée de la déglutition. Évaluation oscillant entre 5 % et 35 %, moyenne . . .	20
---	----

**Retour**

## Y E U X

---

### **ALTÉRATION DE LA FONCTION VISUELLE**

#### **BARÈME OFFICIEL :**

##### **I. — CÉCITÉ COMPLÈTE ET QUASI-CÉCITÉ OU CÉCITÉ PROFESSIONNELLE**

Sont atteints de cécité complète ceux dont la vision est abolie ( $V = 0$ , au sens absolu du mot, avec abolition du réflexe lumineux).

Sont considérés comme atteints de quasi-cécité ou cécité professionnelle ceux dont la vision centrale est égale ou inférieure à  $1/20^{\circ}$ , d'un œil, celle de l'autre étant inférieure à  $1/20^{\circ}$ , qu'il y ait ou non déficience des champs visuels.

Cécité complète. . . . .	100
Quasi-cécité ou cécité professionnelle . . . . .	100

##### **II. — PERTE COMPLÈTE DE LA VISION D'UN ŒIL, L'AUTRE ÉTANT NORMAL**

Est perdu l'œil dont la vision est complètement abolie.

Est considéré comme perdu celui dont la vision est inférieure à  $1/20^{\circ}$  (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.).

## Y E U X

(Révisé par M. G. RENARD)

### ALTÉRATION DE LA FONCTION VISUELLE

Il y a lieu de tenir compte :

- 1<sup>o</sup> Des troubles de la vision centrale;
- 2<sup>o</sup> Des troubles de la vision périphérique;
- 3<sup>o</sup> Des troubles de la vision binoculaire;
- 4<sup>o</sup> Des troubles du sens chromatique et du sens lumineux.

**REMARQUE GÉNÉRALE :** En principe, les modifications de l'acuité doivent être indiquées en 10<sup>es</sup> et s'accompagner des éléments de diagnostic que comporte le trouble. S'il y a lieu, on mentionnera que le spécialiste a eu recours à des épreuves de contrôle sans toutefois indiquer la nature de ces épreuves.

### I. — CÉCITÉ COMPLÈTE ET QUASI CÉCITÉ OU CÉCITÉ PROFESSIONNELLE.

Sont atteints de cécité complète, ceux dont la vision est abolie ( $V = 0$  au sens absolu du mot, avec abolition complète du réflexe lumineux).

Sont considérés comme atteints de quasi-cécité ou cécité professionnelle, ceux dont la vision centrale est égale ou inférieure à 1/20 d'un œil, celle de l'autre étant inférieure à 1/20, qu'il y ait ou non déficience des champs visuels.

Il s'agit ici de la capacité visuelle professionnelle et nullement de la capacité visuelle telle qu'elle est scientifiquement énoncée par les physiologues ou par la clinique; l'une et l'autre ne sont pas identiques.

Cécité complète ..... 100 p. 100  
Quasi-cécité ou cécité professionnelle ..... 100 p. 100

De même, il y a cécité professionnelle chez :

Ceux, qui gardant pour l'œil le meilleur, une acuité au plus égale à 2/10, et présentent en même temps une altération du champ visuel des deux

# BARÈME OFFICIEL :

Perte de la vision d'un œil sans difformité apparente . . . . .		25 à 30
Ablation ou altération du globe avec prothèse possible . . . . .		28 à 33
Sans prothèse possible . . . . .		35 à 40

## III. — DIMINUTION DE LA VISION DES DEUX YEUX

### BARÈME OFFICIEL :

#### TABLEAU GÉNÉRAL D'ÉVALUATION

donné par le Décret du 5 Juillet 1930.

Degré de vision	6-9 / 10	7 / 10	5 / 10	4 / 10	3 / 10	2 / 10	1 / 10	1 / 20	Moins de 1 / 20	Enucleation Prothèse
8-9 / 10 . . . . .	0	3	6	8	10	17	23	28	30	35
7 / 10 . . . . .	3	5	8	11	13	18	25	30	35	40
5 / 10 . . . . .	6	8	10	15	20	25	30	40	45	50
4 / 10 . . . . .	8	11	15	20	25	30	35	43	48	53
3 / 10 . . . . .	10	13	20	25	30	35	45	55	60	65
2 / 10 . . . . .	17	18	25	30	35	50	60	70	80	85
1 / 10 . . . . .	23	25	30	35	45	60	80	90	100	100
1 / 20 . . . . .	28	30	40	43	55	70	90	100	100	100
Moins de 1 / 20.	30	35	45	48	60	80	100	100	100	100
Enucleation prothèse	35	40	50	53	65	85	100	100	100	100

*Nota. — Lorsque la vision maxima de l'œil atteint — et de cet œil seul — ne sera obtenue qu'à l'aide de sphériques ou de cylindriques, il y aura lieu d'ajouter 5 p. 100 ; pratiquement, en effet, le sujet ne recourra que rarement à son verre correcteur ; celui-ci est pratiquement inutilisable puisqu'il ne permet pas la vision simultanée ou binoculaire.*

côtés, telle que celui-ci n'excède pas 20 degrés dans le secteur le plus étendu (J. O. des 4 et 5 juillet 1949).

De même chez :

Ceux dont le champ visuel est si restreint que l'angle de vision ne dépasse pas 10 degrés (Nations unies, 1954).

Il est évident que la perte du champ visuel périphérique n'empêche pas la lecture des plus fins optotypes en vision centrale, mais elle ne permet pas au sujet de se conduire : il y a donc diminution importante de capacité de travail.

Dans tous ces cas, les sujets atteints de cécité totale ou professionnelle sont incapables d'exercer toutes professions en dehors de celles dans lesquelles une rééducation spéciale leur permettrait parfois d'accéder.

En outre, les aveugles totaux ont besoin de quelqu'un pour les aider à accomplir les actes ordinaires de la vie. La loi n'autorisant pas à dépasser 100 % ce qui, logiquement, correspond à l'incapacité absolue en France, on admet qu'il peut être proposé un supplément d'indemnité pour recours à l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie.

Dans certains cas, si une vision suffisante persiste sans pour autant permettre l'exercice d'une profession déterminée, on pourra préciser que l'aide d'une tierce personne est nécessaire uniquement pour se déplacer hors du domicile.

## **II. — PERTE COMPLÈTE DE LA VISION D'UN ŒIL, L'AUTRE ÉTANT NORMAL.**

Est perdu l'œil dont la vision est complètement abolie.

Est considéré comme perdu celui dont la vision est inférieure à 1/20 (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 (staphyloomes étendus, etc.).

Perte de la vision d'un œil sans difformité apparente... 25 à 30 p. 100  
Ablation ou altération du globe avec prothèse possible. 28 à 33 p. 100  
Sans prothèse possible ..... 35 à 50 p. 100  
et même davantage suivant l'importance de la mutilation.

Il en résulte en effet, une réduction plus ou moins importante de la capacité d'embauchage.

## **III. — DIMINUTION DE LA VISION DES DEUX YEUX.**

1<sup>o</sup> Le degré de vision sera estimé en tenant compte de la correction optique par les verres;

2<sup>o</sup> On utilisera de préférence le projecteur de tests qui permet d'apprécier avec davantage de rigueur, l'acuité dont les données peuvent être confrontées avec celles d'un autre praticien utilisant le même appareil. Pour les illettrés, on utilisera les échelles des anneaux brisés ou des E. En outre, on doit toujours mettre en œuvre des épreuves de contrôle et indiquer le résultat de l'examen de l'acuité en vision de près.



## TABLEAU GÉNÉRAL D'ÉVALUATION (Vision Centrale)

Décret de 24 Mai 1939 (J. O. 8 Juin 1939)

Son utilisation est facile : le degré de vision est indiqué en première colonne horizontale pour un œil et verticale pour l'autre. Au point de rencontre des deux colonnes qui en partent, se lit le taux de l'invalidité (il est à remarquer que le degré de vision indiqué est celui de la vision restante, et non celui de la vision perdue).

Degrés de vision	8/10 à 10/10	7/10 à 6/10	5/10 à 4/10.	3/10	2/10	1/10	1/20	Moins de 1/20	Enucleation Prothèse
8/10 à 10/10	0	2 à 3	4 à 6	7 à 11	15 à 18	19 à 22	22 à 25	25 à 30	28 à 33
7/10 à 6/10	2 à 3	5 à 6	6 à 9	12 à 15	18 à 21	22 à 25	25 à 30	30 à 35	33 à 38
5/10 à 4/10.	4 à 6	6 à 9	9 à 12	18 à 21	22 à 25	25 à 30	35 à 40	45 à 50	48 à 53
3/10.	7 à 11	12 à 15	18 à 21	22 à 25	30 à 35	40 à 45	50 à 55	55 à 60	58 à 63
2/10	15 à 18	18 à 21	22 à 25	30 à 35	45 à 50	55 à 60	60 à 70	70 à 80	73 à 83
1/10	19 à 22	22 à 25	25 à 30	40 à 45	55 à 60	70 à 80	80 à 90	90 à 95	93 à 98
1/20	22 à 25	25 à 30	35 à 40	50 à 55	60 à 70	80 à 90	95 à 98	100	100
Moins de 1/20	25 à 30	30 à 35	45 à 50	55 à 60	70 à 80	90 à 95	100	100	100
Enucleation Prothèse	28 à 33	33 à 48	48 à 53	58 à 63	73 à 83	93 à 98	100	100	100

N. B. — Les taux ont été légèrement diminués pour les faibles diminutions d'acuité afin de nous rapprocher des barèmes des pays voisins très inférieurs.

**BARÈME OFFICIEL:****IV. — VISION PÉRIPHÉRIQUE - CHAMP VISUEL****BARÈME OFFICIEL :**

1<sup>o</sup> Rétrécissement sensiblement concentrique du champ visuel (taux à ajouter à celui de l'acuité visuelle centrale).

A 30° :

Un seul œil . . . . .	3 à 5
Les deux yeux . . . . .	5 à 20
Moins de 10° :	
Un seul œil . . . . .	10 à 15
Les deux yeux . . . . .	70 à 80

**BARÈME OFFICIEL :**

Scotomes centraux suivant étendue (le taux se confond avec celui attribué à la baisse de la vision) :

Un seul œil (suivant le degré de vision) . . . . .	15 à 30
Les deux yeux (suivant le degré de vision). . . . .	40 à 100

**BARÈME OFFICIEL :****HÉMIANOPSIE**

a) Hémianopsie avec conservation de la vision centrale :

Hémianopsie homonyme droite ou gauche. . . . . 30 à 35

Hémianopsie hétéronymique :

    Nasale. . . . . 10 à 15

    Bitemporale . . . . . 70 à 80

Hémianopsie horizontale :

    Supérieure. . . . . 10 à 15

    Inférieure. . . . . 30 à 50

Hémianopsie dite en quadrant :

    Supérieure. . . . . 7 à 10

    Inférieure. . . . . 20 à 25

Ce taux s'ajoutera à celui de l'hémianopsie horizontale ou verticale dans les cas où trois quadrants du champ visuel ont disparu.

1. Le degré de vision doit être entendu après correction (à moins que l'œil nécessaire soit d'un degré trop élevé, cas dans lequel on ajoute 3 ou 5 p. 100) ou encore lorsque la correction n'est pas supportée, étant trop différente de celle de l'autre œil (correction théorique).

Si aucune lésion ne paraît susceptible d'expliquer cette mauvaise acuité, on devra multiplier les épreuves de contrôle.

Lorsque cette perte de vision atteint les deux yeux, une mise en observation dans un service hospitalier sera parfois nécessaire, si on ne constate aucune lésion susceptible de l'expliquer.

Estimant que 5/10 de chaque œil suffisent pour exercer n'importe quelle profession, certains se refusent à indemniser les petites incapacités. C'est oublier que le moindre déficit visuel peut entraîner l'inaptitude formelle à certaines professions d'accès réglementé : il y a donc diminution de la capacité générale et elle doit être retenue, si faible soit-elle.

2. En cas de perte de l'œil avec prothèse impossible, ajouter aux taux d'incapacité ci-dessus, 10 %, 15 % ou même davantage suivant l'importance de la mutilation, en raison des difficultés d'embauche d'un mutilé grave même s'il est demandé d'évaluer séparément le préjudice esthétique.

#### IV. — VISION PÉRIPHÉRIQUE. — CHAMP VISUEL.

Il s'agit d'un examen subjectif nécessitant toujours des épreuves de contrôle dans les cas d'altérations. La plus simple est la prise du champ visuel d'abord de dedans en dehors puis de dehors en dedans, sur le périmètre à coupole.

1<sup>o</sup> Rétrécissement sensiblement concentrique du champ visuel (taux à ajouter à celui de l'acuité visuelle centrale) :

— Entre 30 et 20°	
Un seul œil .....	3 à 5 p. 100
Les deux yeux .....	5 à 20 p. 100
— De 20 à 5°	
Un seul œil .....	10 à 15 p. 100
Les deux yeux quelle que soit l'acuité.....	100 p. 100

2<sup>o</sup> Scotomes centraux et para-centraux suivant étendue (le taux se confond avec celui attribué à la baisse de la vision) :

Un seul œil suivant le degré de vision.....	15 à 28 p. 100
Les deux yeux suivant le degré de vision.....	40 à 100 p. 100

3<sup>o</sup> Hémianopsie :

a) Hémianopsie avec conservation de la vision.

Hémianopsie homonyme droite ou gauche..... 20 à 35 p. 100

Hémianopsie hétéronymique :

    nasale ..... 10 à 15 p. 100

    bitemporale ..... 50 à 60 p. 100

en raison de la suppléance partielle du champ temporal d'un œil par le champ nasal de l'autre côté.

Pour l'hémianopsie bitemporale, le barème belge propose 40 %, estimant que le champ visuel nasal de l'œil opposé supplée en partie à l'absence de champ visuel temporal (H. Coppez); cette remarque doit retenir l'attention.

**BARÈME OFFICIEL :**

Hémianopsie chez un borgne, avec conservation de la vision centrale :

Nasale . . . . .	60 à 70
Inférieure . . . . .	70 à 80
Temporale . . . . .	80 à 90

- b) Hémianopsie avec perte de la vision centrale uni ou bilatérale : Ajouter à ces taux celui indiqué par les tableaux ci-dessus sans que le total puisse dépasser 100 p. 100.

**V. — VISION BINOCULAIRE OU SIMULTANÉE****BARÈME OFFICIEL :**

Le déséquilibre de la fonction qui permet aux deux yeux de fixer le même objet, entraîne une diplopie, lorsque le degré de vision est suffisant des deux côtés :

Diplopie . . . . .	5 à 20
Diplopie dans la partie inférieure du champ. . . . .	10 à 25

## Hémianopsie horizontale :

supérieure .....	10 à 15 p. 100
inférieure .....	30 à 50 p. 100

## Hémianopsie dite en quadrant :

supérieure .....	7 à 10 p. 100
inférieure .....	20 à 25 p. 100

Ce taux s'ajoutera à celui de l'hémianopsie horizontale ou verticale dans les cas où trois quadrants du champ visuel ont disparu, sans qu'on puisse dépasser 100 p. 100.

Dans l'hémianopsie homonyme il faut tenir compte de l'épargne maculaire : si celle-ci est importante, envisager les chiffres ci-dessus, si au contraire l'épargne maculaire est faible, il peut y avoir impossibilité absolue de la lecture en particulier dans l'hémianopsie latérale droite chez les gens qui lisent de gauche à droite, mais dans l'hémianopsie latérale gauche chez ceux qui lisent de droite à gauche.

Dans ce cas là il faut majorer ces taux en raison de ce fait.

## Hémianopsie chez un borgne avec conservation de la vision centrale :

Nasale .....	60 à 70 p. 100
Inférieure .....	80 à 95 p. 100
Temporale .....	

## b) Hémianopsie avec perte de la vision centrale uni ou bilatérale.

Ajouter à ces taux celui indiqué par le tableau ci-dessus sans que le total puisse dépasser 100 p. 100.

## V. — VISION BINOCULAIRE.

Le déséquilibre de la fonction qui permet aux deux yeux de fixer le même objet entraîne une diplopie, lorsque le degré de la vision est suffisant des deux côtés :

Diplopie .....	5 à 20 p. 100
Si l'occlusion de l'œil est obligatoire .....	20 p. 100
Diplopie dans la partie inférieure du champ .....	10 à 25 p. 100

L'occlusion de l'œil souvent est obligatoire pendant un certain temps, avec l'accoutumance, elle n'est plus indispensable, en général, à la longue.

Il existe parfois des hétérophories. Celles-ci sont dans la règle congénitales lorsqu'elles ne sont pas la séquelle d'une diplopie. Si elles en sont la conséquence, on les indemnisera comme une diplopie intermittente. Si au contraire elles ne succèdent pas à une diplopie mais se révèlent sous l'influence d'une commotion, on peut envisager un petit pourcentage, de 1 à 5 p. 100 seulement en raison de la possibilité de rééducation.

## VI. — TROUBLE DU SENS CHROMATIQUE ET DU SENS LUMINEUX.

Ces troubles, d'ailleurs très rares, sont des symptômes de lésion de l'appareil nerveux sensoriel; ils entrent en ligne de compte dans l'appréciation de l'invalidité due à ces lésions.

**BARÈME OFFICIEL :****VII. — QUELQUES CAS PARTICULIERS****BARÈME OFFICIEL :****TAIES DE CORNÉE**

L'évaluation est faite d'après le tableau d'acuité visuelle. Un taux complémentaire basé sur le degré de vision obtenu après rétrécissement pupillaire (fort éclairage par exemple) sera ajouté dans les conditions suivantes :

- a) En cas de taise centrale (la vision diminue lorsque la pupille se rétrécit : travail en pleine lumière, travail de près) ;
- b) Lorsque la vision optima n'est obtenue qu'avec l'aide d'un verre de degré élevé (ces verres, souvent théoriques, peuvent gêner la vision binoculaire) ;
- c) Lorsque la taise entraîne un éblouissement qui gêne même la vision de l'œil opposé (non blessé).

**BARÈME OFFICIEL :****PARALYSIE DE L'ACCOMMODATION  
ET DU SPHINCTER IRIEN**

## Ophtalmoplegie interne totale :

Unilatérale . . . . .	10 à 15
Bilatérale . . . . .	15 à 20

## Mydriase existant seule et déterminant des troubles fonctionnels :

Unilatérale . . . . .	3 à 5
Bilatérale . . . . .	7 à 10

## VII. — QUELQUES CAS PARTICULIERS.

### 1<sup>o</sup> TAIES DE LA CORNÉE (DE MÊME EN CAS DE CATARACTE CENTRALE).

L'évaluation est faite d'après le tableau d'acuité visuelle. Un taux complémentaire basé sur le degré de vision obtenu après rétrécissement pupillaire (fort éclairage par exemple) sera ajouté dans les conditions suivantes :

- a) Au cas de tâie centrale (la vision diminue lorsque la pupille se rétrécit : travail en pleine lumière, travail de près).
- b) Lorsque la vision optima n'est obtenue qu'avec l'aide d'un verre de degré élevé (ces verres, souvent théoriques, peuvent gêner la vision binoculaire) (astigmatisme).
- c) Lorsque la tâie entraîne un éblouissement qui gêne la vision de l'œil opposé (non blessé) (de même en cas de cataracte centrale).

### 2<sup>o</sup> PARALYSIE DE L'ACCOMMODATION ET DU SPHINCTER IRIEN.

Ophthalmopégie interne totale :

Unilatérale .....	10 à 15 p. 100
Bilatérale .....	15 à 20 p. 100

pour perte de l'accommodation chez les jeunes seulement.

Mydriase seule et déterminant des troubles fonctionnels :

Unilatérale .....	3 à 5 p. 100
Bilatérale .....	7 à 10 p. 100

(de même pour éblouissement chez le cataracté après iridectomie large).

**BARÈME OFFICIEL :****4<sup>e</sup> Voies lacrymales :**

Larmoiement . . . . .	0 à 10
Fistules (résultant par exemple de dacryocystite ou de lésions osseuses) :	
Pour chaque œil . . . . .	5 à 10

**BARÈME OFFICIEL :****CATARACTES**

a) Non opérées ou inopérables. — Taux d'invalidité d'après le degré de vision (tableau d'évaluation). — Un taux complémentaire sera ajouté pour les raisons signalées à propos des taies ; en cas de cataracte centrale, ou de cataracte complète entraînant par éblouissement une gêne de la vision de l'autre œil.

b) 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, 15 p. 100, sans que le taux d'invalidité dépasse 30 p. 100 (taux maximum de la perte de vision d'un œil).

Exemple :

$$\begin{aligned} \text{V.O.D. sain} &= 10/10. \\ \text{V.O.G. opéré} &= 5/10 + 10 \text{ d.} \\ &= 15 + (4 \text{ à } 7) = 19 \text{ à } 22. \end{aligned}$$

Ou encore :

$$\begin{aligned} \text{V.O.D.} &= 10/10. \\ \text{V.O.G. opéré} &= 1/10 = 15 (19 \text{ à } 22). (\text{A ramener à } 30 \text{ p. } 100). \\ &= 34 \text{ à } 37. \end{aligned}$$

Exemple :

$$\begin{aligned} \text{Œil non opéré} &: 1/10. \\ \text{Œil opéré} &: 10/10 + 10 \text{ d.} \\ &= 20 + (19 \text{ à } 22) = 39 \text{ à } 42. \end{aligned}$$

c) Cataractes bilatérales opérées ou résorbées :

L'aphakie bilatérale comporte une invalidité de base de 35 p. 100, à laquelle on ajoutera le taux d'incapacité correspondant à la diminution de vision centrale (voir la tableau d'évaluation) sans que le taux puisse dépasser 100 p. 100.

Exemples :

OD aphake 7/10 . . . . .     35 + (2 à 3) = 37 à 38 p. 100

OG aphake 7/10 . . . . .

OD aphake 3/10 . . . . .

OG aphake 5/10 . . . . .

35 + (18 à 21) = 53 à 56 p. 100

3<sup>e</sup> CATARACTES :

a) Non opérées ou inopérables - Taux d'invalidité fixé d'après le degré de la vision (tableau d'évaluation). Un taux complémentaire sera ajouté pour les raisons signalées à propos des taires : en cas de cataracte centrale ou de cataracte complète entraînant par éblouissement une gêne de la vision de l'autre œil.

b) Opérées ou résorbées - Les différentes évaluations d'incapacité proposées pour les aphaques par les divers barèmes sont toutes intéressantes. En réalité la cataracte opérée récupère en totalité son champ visuel et, en plus ou moins grande partie, la vision centrale « physiologique » (ce qui est évidemment de première importance pour la vie courante). Mais récupère-t-il dans les mêmes proportions la vision professionnelle ? Le barème « belge » propose pour aphakie avec conservation de la vision professionnelle de l'œil non blessé : ajouter 15 pour 100 à la moitié du taux d'incapacité prévu au tableau des acuités sans que l'invalidité ainsi obtenue puisse être supérieure à 25 pour 100. Mais si la vision de l'œil non cataracté ne dépasse pas 3/10, ajouter 20 pour 100 à la totalité du taux d'incapacité prévu par les tableaux. Dans le cas d'aphakie bilatérale traumatique ajouter 25 pour 100 au taux correspondant à la diminution de la vision centrale sans que le total dépasse 100 pour 100. Il y a des cas d'espèce et le rôle de l'expert est d'énoncer des conclusions après en avoir discuté les motifs : le tribunal appréciera.

La correction par les verres de contact constitue un progrès considérable, mais à l'heure actuelle, le prix est très élevé et la non-tolérance fréquente : une enquête attentive et impartiale est à effectuer, surtout en cas d'aphakie unilatérale, l'autre étant normal.

Si la vision de l'œil opéré, 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, 15 pour 100 sans que l'invalidité dépasse 30 pour 100 (taux maximum de la perte de vision d'un œil), si l'acuité de l'autre est normale.

Exemple :

$$\text{V.O.D. sain} = 10/10$$

$$\text{V.O.G. opéré} = 5/10 \text{ (i- 10 d)} = 15 + (4 \text{ à } 7) = 19 \text{ à } 22$$

ou encore

$$\text{V.O.D.} = 10/10$$

$$\text{V.O.G. opéré} = 1/10 + 15 + (19 \text{ à } 22) = 34 \text{ à } 37$$

A ramener à 30 p. 100.

Si la vision de l'œil non cataracté est plus mauvaise ou nulle, se reporter au tableau d'évaluation ci-dessus en donnant la meilleure correction optique à l'œil aphaque et en ajoutant 25 p. 100 pour l'obligation de porter des verres spéciaux et pour perte d'accommodation.

Exemple :

$$\begin{aligned} \text{œil opéré } 10/10 + 10 \text{ d} &= \\ \text{œil non opéré : } 1/10 &= \end{aligned} \left\{ \begin{array}{l} 25 + (19 \text{ à } 22) = 37 \text{ à } 38 \text{ p. 100} \end{array} \right.$$

c) Cataractes bilatérales opérées, résorbées. L'aphakie bilatérale comporte une invalidité de base de 35 p. 100, à laquelle on ajoutera le taux d'incapacité correspondant à la diminution de vision centrale (voir le tableau d'évaluation) sans que le taux puisse dépasser 100 p. 100.

**BARÈME OFFICIEL:**

OD aphake 1/10 = 35 + (2 à 3) = 37 à 38.

OG aphake 1/10 = 35 + (18 à 21) = 53 à 56.

= 35 + (70 à 80) = 105 à 115, taux

à ramener à 100 p. 100 : l'aphake bilatéral peut, en effet, être considéré dans ce cas comme se trouvant en état d'incapacité professionnelle absolue.

**Exemple :**

OD aphake 7/10	/	= 35 + (2 à 3) .....	37 à 38 p. 100
OG aphake 7/10	\		
OD aphake 5/10	/	= 35 + (18 à 21) =.....	53 à 56 p. 100
OG aphake 5/10	\		
OD aphake 1/10	/	= 35 + (70 à 80)	105 à 115, taux à
OG aphake 1/10	\		

ramener à 100 p. 100 : l'aphake bilatéral peut, en effet, être considéré dans ce cas comme se trouvant en état d'incapacité professionnelle absolue.

#### **4<sup>e</sup> ALTÉRATIONS DU VITRÉ ET DE LA CHORIO-RÉTINE. HÉMORRAGIES. Lésions chorio-rétiniennes seront évaluées d'après le degré de la vision après consolidation.**

##### **Déchirures de la choroïde - hémorragies de la rétine**

Après consolidation seulement, le taux sera évalué d'après l'acuité visuelle.

##### **Décollement de la rétine**

1<sup>e</sup> Après contusion directe du globe ou plaie perforante. (Possibilité d'un temps de latence assez long, par rétraction cicatricielle.) Taux d'incapacité fixé après consolidation compte tenu de l'acuité et aussi des altérations du champ visuel.

2<sup>e</sup> Rare après les commotions et blessures n'intéressant pas la face. Tenir compte du temps de latence et des prédispositions. Il est possible, si le traumatisme n'a joué qu'un rôle secondaire en révélant un décollement latent, de faire une ventilation.

##### **Glaucome traumatique avec déplacement du cristallin**

En dehors de ce cas où la relation est certaine entre le glaucome et l'accident, il existe des faits très rares de contusion du globe ou de la face, dans lesquels on peut admettre une relation. Mais, au préalable, on devra par un examen approfondi de l'œil blessé et de l'autre œil, s'assurer qu'il ne s'agit pas du déclenchement d'un glaucome chez un sujet prédisposé.

En raison de la gravité, il est bon de ne fixer le taux d'invalidité qu'après consolidation certaine. Tenir compte de l'acuité, du champ visuel et surtout de l'évolution appréciée sur un assez long intervalle.

**BARÈME OFFICIEL :****BARÈME OFFICIEL :****I. — ORBITE****1<sup>o</sup> Nerfs moteurs :**

Paralysie d'un ou plusieurs nerfs oculo-moteurs (voir diplopie).

En cas de paralysie consécutive à une affection du système nerveux central, se reporter à l'affection causale (voir barème spécial).

**2<sup>o</sup> Nerfs sensitifs :**

Nérvites, névralgies très douloureuses . . . . . 15 à 25

Lésions de la V<sup>e</sup> paire (syndrome neuroparalytique) suivant le degré de vision 15 p. 100 à ajouter au trouble visuel.

**3<sup>e</sup> Altérations vasculaires (anévrisme, etc.) : indemniser les troubles fonctionnels (voir barème spécial).**

**II. — PAUPIÈRES**

**1<sup>o</sup> Déviation des bords palpébraux (entropion, trichiasis, ectropion, cicatrices vicieuses, symblépharon, ankyloblépharon, suivant étendue), ajouter à la diminution de la vision et à la défiguration éventuelle . . . . .**

5 à 20

**2<sup>o</sup> Ptosis ou blépharospasme : taux basé 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 25

Les deux yeux . . . . . 20 à 70

**3<sup>o</sup> Lagoptalmie cicatricielle ou paralytique : Ajouter aux troubles visuels 10 p. 100 pour un œil.**

## ANNEXES DE L'ŒIL

### **1<sup>o</sup> NERFS MOTEURS :**

Paralysie d'un ou plusieurs nerfs oculomoteurs (voir diplopie).

En cas de paralysie consécutive à une affection du système nerveux central, se reporter à l'affection causale (voir barème spécial).

### **2<sup>o</sup> NERFS SENSITIFS :**

Névrites, névralgies très douloureuses..... 15 à 25 p. 100  
 Lésions de la V<sup>e</sup> paire (syndrome neuro-paralytique) suivant le degré de vision 15 p. 100 ajouter au trouble visuel, sans dépasser 30 p. 100 en cas de lésion d'un seul œil.

### **3<sup>o</sup> ALTÉRATIONS VASCULAIRES (ANÉVRISME, ETC.)**

Indemniser les troubles fonctionnels (voir barème spécial).

### **4<sup>o</sup> PAUPIÈRES ET ORBITE**

1<sup>o</sup> Déviation des bords palpébraux (entropion, trichiasis, ectropion, cicatrices vicieuses, symblépharon, ankyloblépharon, suivant étendue) ajouter à la diminution de la vision et à la défiguration éventuelle: 5 à 20 p. 100.

S'il existe des brides cicatrielles (symblépharon, pyérygoïdes) on appréciera la gêne, la mobilité, la diplopie, l'atteinte de l'acuité, s'il y a lieu, suivant les barèmes précédents, en ajoutant 5 à 20 p. 100 suivant la gravité

2<sup>o</sup> Ptosis ou blépharospasme : taux basé 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 25 p. 100
Les deux yeux .....	30 à 70 p. 100

3<sup>o</sup> Lagophthalmie cicatricielle ou paralytique : ajouter aux troubles visuels 10 p. 100 pour un œil.

4<sup>o</sup> Voies lacrymales :

Iarmolement :

Un œil .....	0 à 5 p. 100
Bilatéral .....	5 à 10 p. 100

fistules résultant par exemple de dacryocystite ou de lésions osseuses, pour chaque œil ..... 5 à 10 p. 100

**Retour**

## OREILLES

---

### **BARÈME OFFICIEL :**

#### **MUTILATIONS ET CICATRICES VICIEUSES DE L'OREILLE EXTERNE**

Ces déformations peuvent être dues à une plaie traumatique quelconque, à une brûlure, exceptionnellement à un eczéma d'origine professionnelle. Elles portent sur le pavillon ou sur le conduit :

a) Les déformations cicatricielles du pavillon, la perte même de cet organe n'entraînent pas d'incapacité de travail. Exceptionnellement, l'enlaissement qu'elles produisent peut gêner la faculté de reclassement de l'ouvrier.

Le taux de ce préjudice esthétique varie suivant son importance et suivant la profession. . . . .

2 à 10

b) Il faut qu'une sténose du conduit soit très serrée pour déterminer par elle-même une diminution de l'acuité auditive. En dehors de cette éventualité, elle entraîne un certain degré d'incapacité dans la mesure où elle entrave le nettoyage régulier du conduit, favorise le dépôt de cerumen ou fait obstacle au traitement d'une suppuration de la caisse.

Sténose unilatérale, suivant le degré . . . . .

1 à 5

Sténose bilatérale, suivant le degré. . . . .

1 à 10

## **OTORRHÉE CHRONIQUE**

### **BARÈME OFFICIEL :**

Si en matière d'accidents du travail, la loi ne permet pas de tenir compte du danger vital entretenu par

## OREILLES

*Revisé par M. L. Leroux*

---

**Se souvenir de la fréquence de la simulation et de l'exagération des troubles de l'audition. Leur dépistage présente souvent de grandes difficultés.**

**Les surdités par névrose traumatique ne sont pas exceptionnelles.**

**Ne pas perdre de vue que l'évaluation vise, ici, uniquement la réduction effective de capacité de travail.**

<b>PERTE DU PAVILLON</b> d'une oreille. . . . .	2
— — — des deux oreilles. . . . .	6

### **STÉNOSE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE**

a) — détermine une surdité $\pm$ prononcée. . . . .	x
b) — favorise la rétention dans le fond du conduit ou entraîne son obstruction fréquente . . .	2 à 3

### **OTORRHÉE CHRONIQUE**

Ajouter au degré d'incapacité résultant de la diminution de l'acuité auditive x

Si otorrhée tubaire. . . . .	$x+1$ à 5
Si ostéite. . . . .	$x+7$ à 15

**BARÈME OFFICIEL :**

l'otorrhée traumatique, il est par contre légitime de considérer que les précautions, les soins médicaux nécessités par cette otorrhée et la perte de temps qui en résulte, atténuent dans une certaine mesure la capacité professionnelle.

Otorrhée tubaire unilatérale . . . . .	1 à 5
Otorrhée tubaire bilatérale . . . . .	1 à 8
Otite suppurée chronique avec ostéite unilatérale	5 à 10
Otite suppurée chronique avec ostéite bilatérale .	8 à 15

(L'otorrhée traumatique étant toujours associée au moins à des troubles auditifs, les pourcentages ci-dessous seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des « incapacités multiples ».

**BOURDONNEMENTS****BARÈME OFFICIEL :**

En règle générale, les bourdonnements d'oreille ou bruits subjectifs d'origine traumatique n'existent pas à l'état isolé, c'est-à-dire en dehors de tout déficit auditif ; mais ils ne sont pas forcément conditionnés par un déficit important. Comme ils échappent à tout contrôle direct, ils ne seront pris en considération que si le sujet a manifesté par ailleurs une bonne foi évidente au cours de l'examen acoustique.

Bourdonnements assez violents pour gêner le sommeil ou créer un certain état de dépression psychique . . . . .	5 à 10
--	--------

(Ce pourcentage s'ajoute par simple addition à celui afférent à la surdité.)

**DIMINUTION DE L'ACUITÉ AUDITIVE****BARÈME OFFICIEL :**

L'incapacité générale de travail par surdité est représentée par la difficulté que ce trouble apporte à la vie de relation de l'ouvrier dans l'exercice de son métier quel qu'il soit. En regard à cette notion générale, on peut dresser une échelle de gravité à trois degrés :

a) Surdité légère. — Un sujet dont l'acuité auditive est amoindrie, mais qui perçoit encore la V.H. à cinq ou six mètres et la V.C. à un mètre environ, peut se mêler sans gêne notable à une conversation générale : il n'est pas déprécié au point de vue capacité ouvrière. C'est donc approximativement au-dessous de ce jalon acoustique que commence la surdité légère.

b) Surdité moyenne. — Dès qu'un sourd ne peut plus conver-

## **BOURDONNEMENTS**

**Éléments dominants de l'I.P.P. :**

Durée.

Intensité.

Retentissement sur le sommeil.

Retentissement sur l'état général, moral et psychique.

Origine des acouphènes (intensité modérée et guérison  $\pm$  rapide  
traumatisme de l'oreille moyenne ; longue durée, intensité  $\pm$  constante  
si oto-spongiose, labyrinthite ou neuro-labyrinthite).

$\times$  (taux de l'hypoacusie) + 2 % à 10 %.

## **DIMINUTION DE L'ACUITÉ AUDITIVE**

Un sourd se classe dans une des quatre catégories suivantes :

1<sup>er</sup> degré. — Surdité légère. — Les malades de cette catégorie,  
quoique ayant un affaiblissement marqué de l'audition, entendent la  
voix haute entre 4 et 5 mètres et la voix chuchotée à 50 centimètres.  
Ils sont aptes à suivre une conversation générale.

2<sup>e</sup> degré. — Surdité moyenne :

a) Variété faible : rentrent dans cette catégorie les sourds qui entendent la voix haute à 1 mètre environ et la voix chuchotée à 10 centimètres.

b) Variété forte : entendent la voix haute à 30 centimètres et la voix chuchotée à 5 centimètres et au-dessous.

Ces sujets ne peuvent suivre une conversation générale mais peuvent s'entretenir en tête-à-tête avec un interlocuteur.

3<sup>e</sup> degré. — Surdité forte. — Les patients n'entendent que la voix haute ou criée au voisinage du pavillon.

# BARÈME OFFICIEL :

ser qu'en tête-à-tête sa capacité ouvrière est fortement réduite. Cette surdité moyenne existe approximativement à partir du moment où la V.H. n'est plus perçue qu'à un mètre et la V.C. à dix centimètres. Notons qu'une surdité unilatérale même complète n'empêche pas de participer à une conversation générale ; elle reste dans le cadre des surdités légères.

c) Surdité forte et surdité totale. — Un ouvrier qui ne peut plus entendre que les mots ou les phrases prononcées à voix haute forte au voisinage du pavillon est un grand sourd ; ses vestiges auditifs ne peuvent guère servir en pratique à sa vie de relation ; son incapacité n'est guère moindre que celle du sujet qui est atteint d'une perte réellement complète de l'audition ; elle est pratiquement complète ou totale.

Les trois degrés d'incapacité qu'on vient de distinguer sont définis par l'acuité auditive globale du sujet ; ils constituent les trois grands jalons du barème. Mais celui-ci doit aussi envisager des degrés intermédiaires et pour cela tenir compte de la valeur de chaque oreille. C'est ce qu'indique le tableau ci-contre (1) :

*Oreille sourde ou la plus sourde*

	V. H. normal	V. C. normal	Oreille sourde ou la plus sourde			
			V. H. 4 à 5 m	V. H. 2 à 4 m	V. H. 1 à 2 m	V. H. 0,25 à 1 m
N.B. — En cas d'association de la surdité avec d'autres éléments d'incapacité, les pourcentages ci-contre seront appliqués conformément au calcul des « incapacités multiples ». Seule, l'association surdité bourdonnements doit être calculée par addition des deux pourcentages.			V. C. 0,50 à 0,80 m	V. C. 0,25 à 0,50 m	V. C. 0,05 à 0,25 m	V. C. au pavillon ou non perçue
Oreille normale ou la moins sourde	V. H. normal	0 p. 100	3 p. 100	8 p. 100	12 p. 100	15 p. 100
	V. H. m à 4 s	V. C. 0,50 à 0,80 m	5 p. 100	10 p. 100	15 p. 100	20 p. 100
	V. H. 2 à 4 m	V. C. 0,25 à 0,50 m	10 p. 100	15 p. 100	25 p. 100	30 p. 100
	V. H. 1 à 2 m	V. C. 0,05 à 0,25 m	15 p. 100	25 p. 100	35 p. 100	40 p. 100
	V. H. 0,25 à 1 m	V. C. au pavillon ou non perçue	20 p. 100	30 p. 100	40 p. 100	50 p. 100
V. H. au pavillon ou non perçue. Surdité pra- tiquement totale.	V. C. non perçue	25 p. 100	35 p. 100	45 p. 100	60 p. 100	70 p. 100

4<sup>e</sup> degré. — Surdité absolue. — Entrent dans cette catégorie les patients chez lesquels la perte de l'audition est totale (surdité-mutité, surdité labyrinthique consécutive aux oreillons, à la méningite cérébro-spinnale, etc.). Seules la mimique ou l'écriture permettent d'entrer en relation avec cette catégorie d'infirmités.

La surdité traumatique par fracture du crâne est presque toujours unilatérale. La surdité traumatique par ébranlement aérien entraînant commotion labyrinthique s'améliore assez vite.

## SURDITÉ UNILATÉRALE

— faible. . . . .	0 à 3
— moyenne. . . . .	10 à 15
— absolue. . . . .	20

## SURDITÉ BILATÉRALE

— faible. . . . .	5 à 20
— moyenne. . . . .	25 à 35
— forte. . . . .	40 à 50
— absolue. . . . .	70

## SURDITÉ

L'évaluation du taux d'I.P.P. d'une surdité uni ou bilatérale ne peut plus être faite seulement par l'acoumetrie classique (audition de la voix haute, de la voix chuchotée, des diapasons et de la montre).

Inversement on ne doit pas fixer le taux d'I.P.P. seulement d'après un audiogramme qui n'a pas une valeur rigoureusement absolue.

Il est nécessaire d'associer les deux méthodes.

Nous avons dû modifier la table de Pythagore du barème et y éléver les chiffres correspondant à la perte auditive en décibels par voie aérienne du précédent tableau et nous proposons un tableau rectifié.

Pour calculer la perte moyenne de décibels d'après l'audiogramme nous conseillons la formule suivante : additionner la perte au seuil des fréquences conversationnelles : une fois celle au 500 VD, deux fois celle au 1 000 VD, une fois celle du 2 000 VD, puis diviser par quatre. Cette diminution moyenne de la capacité auditive ne doit pas être confondue avec le taux d'I.P.P., mais permet de l'obtenir facilement en portant ce chiffre moyen obtenu sur le tableau ci-joint.

Il faut rappeler que des pertes même très importantes limitées aux seuls sons aigus provoquent peu de gêne sociale et que une surdité unilatérale subtotala ou totale est moins gênante qu'une hypoacusie bila-



térale moyenne. Il ne faut donc pas appliquer automatiquement le taux obtenu en partant de l'audiogramme mais tenir compte de l'audition aux voix haute et chuchotée.

On peut rencontrer en expertise des cas spéciaux : simulation certaine ou mauvaise volonté. L'examen en cabinet permet de reconnaître la fausseté des réponses de l'expertisé, mais rarement de fixer avec précision la valeur auditive de chaque oreille.

Il faut demander à un laboratoire audiologique l'application de tests spéciaux, dont le plus valable est celui de la voix retardée.

L'hypoacusie due à un trauma crânien est presque toujours de type perception. En présence d'une hypoacusie de transmission on peut penser à une otospongiose : il faut s'assurer de la bilatéralité de la surdité et rechercher les antécédents.

Un trauma crânien peut-il aggraver une otospongiose ou même la faire apparaître ? C'est une question encore très controversée.

Mais il paraît prouvé qu'un trauma crânien peut faire perdre le gain auditif obtenu par l'opération d'une ou deux oreilles otospongioses. Il faut alors faire une étude sérieuse des courbes audiométriques avant l'opération, après l'opération, et après le trauma pour être certain qu'il y a eu un gain et que ce gain a disparu à la suite du trauma.

Un autre type d'hypoacusie de transmission, récemment étudié, est la séquelle d'une fracture d'un élément de la chaîne des osselets. La surdité est généralement unilatérale et immédiate après le trauma. Mais le diagnostic certain ne se fait que par l'ouverture du tympan.

P. A. = Perte auditive en décibels			Oreille la plus sourde				
V. H. 5 m	V. H. 2 à 4 m	V. H. 1 à 2 m	V. H. 0,25 à 1	V. H. 0			
V. L. 0,50	V. L. 0,25	V. L. 0,05	V. L. 0	V. L. 0			
P. A. 35 d	P. A. 45 à 50	P. A. 60 d	P. A. 75 d	P. A. 90 d			
normal	normal	normal	0	3	8	12	15
5 m	0,50	35 d	5	10	15	20	25
2 à 4 m	0,25	45 à 50	10	15	25	30	35
1 à 2 m	0,05	60 d	15	20	25	40	45
0,25	0	75 d	20	30	40	50	60
0	0	90 d	25	35	45	60	70

**VERTIGES****BARÈME OFFICIEL :****VERTIGES ET TROUBLES DE L'ÉQUILIBRE**

On admet généralement que le vertige traduit toujours 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. Le vertige, phénomène subjectif, s'accompagne toujours, en principe, de troubles de l'équilibre, phénomène objectif.

Les vertiges post-traumatiques sont, plus souvent encore que les troubles auditifs, l'objet d'expertise otologique. Ils constituent un des éléments les plus fréquents et les plus importants du « syndrome post-commotionnel ». Ils s'y rencontrent assez souvent indépendamment de tout trouble auditif. Par contre, il est assez rare de les observer en dehors de tout autre trouble de commotion nerveuse (céphalée, troubles de mémoire, fatigabilité, etc.).

L'otologiste est donc appelé, isolément ou en collaboration avec un neurologue, à expertiser la plupart des accidentés souffrant de troubles post-commotionnels. Lorsque les éléments du syndrome autres que le vertige sont peu accusés, il s'acquitte généralement à lui seul de la mission d'expertise. En cas contraire, il demande l'adjonction d'un expert en neurologie.

**VARIÉTÉS DE VERTIGES**

L'analyse de la sensation vertigineuse doit être faite au cours de l'interrogatoire du sujet, de façon à se rendre compte de la gêne qu'il peut en éprouver ou du risque qu'il peut encourir. Il en existe deux formes :

a) Dans une première forme, le vertige est du type labyrinthique classique. Il procède par accès imprévus plus ou moins violents pouvant entraîner un fort déséquilibre et la chute brusque ; cet accès s'accompagne fréquemment de nausées et de vomissements.

Il est précédé des remarques qui corroborent celles faites ci-dessus au sujet des différents degrés de surdité allant de l'hypoacusie légère à la surdité.

L'incapacité générale de travail par surdité est représentée par la difficulté que ce trouble apporte à la vie de relation de l'ouvrier dans l'exercice de son métier quel qu'il soit. Eu égard à cette notion générale, on peut dresser une échelle de gravité à trois degrés :

a) Surdité légère. — Un sujet dont l'acuité auditive est amoindrie, mais qui perçoit encore la V.H. à cinq ou six mètres et la V.C. à un mètre environ, peut se mêler sans gêne notable à une conversation générale : il n'est pas déprécié au point de vue capacité ouvrière. C'est donc approximativement au-dessous de ce jalon acoustique que commence la surdité légère.

b) Surdité moyenne. — Dès qu'un sourd ne peut plus converser qu'en tête-à-tête sa capacité est fortement réduite. Cette surdité moyenne existe approximativement à partir du moment où la V.H. n'est plus perçue qu'à un mètre et la V.C. à dix centimètres. Notons qu'une surdité unilatérale même complète n'empêche pas de participer à une conversation générale ; elle reste dans le cadre des surdités légères.

c) Surdité forte et surdité totale. — Un ouvrier qui ne peut plus entendre que les mots ou les phrases prononcées à voix haute forte au voisinage du pavillon est un grand sourd : ses vestiges auditifs ne peuvent guère servir en pratique à sa vie de relation ; son incapacité n'est guère moindre que celle du sujet qui est atteint d'une perte réellement complète de l'audition ; elle est pratiquement complète ou totale.

Les trois degrés d'incapacité qu'on vient de distinguer sont définis par l'acuité auditive globale du sujet ; ils constituent les trois grands jalons du barème. Mais celui-ci doit aussi envisager des degrés intermédiaires et pour cela tenir compte de la valeur de chaque oreille. C'est ce qu'indique le tableau ci-dessus.

## LE VERTIGE

Le vertige est un sentiment erroné de déplacement : soit des objets autour de soi, soit déplacement de soi-même dans l'espace.

C'est un trouble constamment invoqué par les traumatisés de la tête, qu'il y ait ou non fracture du crane. Il existe toujours avec une lésion du rocher avec atteinte de l'audition et dans le syndrome subjectif des blessés craniens.

**L'INTERROGATOIRE** précis fera connaître l'intensité, la fréquence du vertige qui est le plus souvent rotatoire. Il est rare qu'il s'agisse de crise violente avec chute, nausées et vomissements. Il est généralement déclenché par un mouvement brusque de la tête : de côté ou en la relevant.

Il faut distinguer le vertige de POSITION qui est provoqué non plus par un mouvement brusque mais une position déterminée de la tête (surtout de côté) et cesse dès que la tête se redresse.

Parfois c'est l'occlusion des yeux qui provoque une sensation de déséquilibre pouvant aller à la chute.

L'agoraphobie ne rentre pas dans les vertiges, mais par contre il faut y comprendre le VERTIGE de HAUTEUR qui prend le sujet sur un toit, un balcon, l'empêche de monter à l'échelle, de descendre un escalier. De même ordre est le vertige en bicyclette ou en auto. Ces troubles fréquemment allégués constituent une gêne importante au travail.

## BARÈME OFFICIEL :

b) Dans une deuxième forme, la plus fréquente, type commotionnel ou subjectif, il s'agit de sensations vagues d'instabilité, avec éblouissements ; le sujet craint de tomber, mais ne tombe pas ; les accès sont discrets et brefs, plus ou moins espacés, survenant principalement à l'occasion des mouvements brusques et de certaines attitudes de la tête. Dans les cas graves, ils constituent presque un état de mal.

### DIAGNOSTIC — CONTROLE

Le vertige étant un phénomène subjectif pose en expertise un difficile problème d'estimation d'incapacité. Son contrôle se basera sur le comportement général et l'interrogatoire du blessé, sur la recherche des troubles de l'équilibre et des troubles vestibulaires spontanés, sur la valeur des réflexes vestibulaires et, indirectement, sur les données de l'examen acoustométrique.

a) Comportement général du blessé. Son interrogatoire.

La façon dont se comporte le blessé doit être bien observée d'un bout à l'autre de l'examen.

Lorsque les vertiges s'accompagnent d'autres troubles post-commotionnels, l'interrogatoire convenablement conduit apportera généralement un des meilleurs tests de contrôle : la description conforme et spontanée par l'expertise de ce complexe très particulier qu'est le « syndrome subjectif commun ».

b) Recherche des troubles vestibulaires objectifs spontanés.

Des troubles de l'équilibre devraient, en principe, permettre d'objectiver tout vertige ; mais, dans la plupart des cas, ces troubles n'apparaissent qu'au moment même de la sensation vertigineuse qui peut être de très courte durée ; ils sont souvent insaisissables parce que trop légers ou trop brefs. On les déclenchera parfois en faisant exécuter par le sujet certaines manœuvres favorables à l'apparition du vertige.

D'autre part, un examen méthodique permet, dans certains cas, de déceler de petits troubles vestibulaires objectifs spontanés ; mais ils sont souvent très discrets et demandent à être recherchés avec méthode : fin nystagmus spontané, nystagmus de position, déviation spontanée des deux bras ou d'un seul bras ; Romberg positif, déviation de la marche aveugle ; dysharmonie vestibulaire. Chacun de ces signes, même isolé (cas fréquent), a une valeur de contrôle considérable, à condition qu'il soit net et retrouvé toujours semblable à lui-même à chaque répétition de l'épreuve.

c) Étude des réflexes vestibulaires.

La réflexivité vestibulaire que l'on étudie par les épreuves dites « instrumentales » (calorique, rotatoire) peut se présenter sous les modalités suivantes : inexcitabilité, hypoexcitabilité, excitabilité dysharmonieuse, hyperexcitabilité, excitabilité normale.

a) L'hypoexcitabilité uni ou bilatérale (qu'elle porte sur l'ensemble des canaux semi-circulaires ou sur un seul groupe

Enfin on interrogera sur l'existence d'une surdité (le plus souvent d'oreille interne) accompagnée de bourdonnements.

L'EXAMEN portera sur l'étude de la marche : le sujet, les yeux fermés, fait 5 à 6 pas en avant puis en arrière. S'il subit une attraction latérale, il décrira dans ses mouvements d'aller et retour une sorte d'étoile (manœuvre de BABINSKI WEILL).

Dans l'**ÉPREUVE DE ROMBERG**, le sujet debout, les yeux fermés, les pieds accolés ressent après un court instant, une attraction de côté avec perte de l'équilibre. L'attraction et chute en arrière est rare, elle indique une lésion centrale. C'est une chute brusque en arrière que font souvent également les simulateurs.

La recherche de la déviation de l'index se fait le sujet assis les yeux fermés, les bras tendus en avant. La déviation d'un bras se fait du même côté que l'inclinaison du corps dans le Romberg.

Il faut enfin étudier le **nystagmus spontané**, mouvement des yeux composé d'un déplacement lent et spontané suivi d'un déplacement rapide et volontaire en sens inverse. Par convention on dit que le nystagmus bat du côté du mouvement rapide. Plusieurs secousses se succèdent surtout dans l'horizontale avec une composante rotatoire. Le nystagmus horizontal pur ou vertical est rare. On facilite l'examen en mettant au sujet des lunettes grossissantes ou éclairantes. On fait porter le regard de côté, en haut, en bas. L'examen peut se faire le sujet couché ou en position de ROSE.

Pour être valable le nystagmus spontané doit se reproduire plusieurs fois de suite. S'il n'existe que dans la position extrême du regard sa valeur est douteuse.

En expertise l'examen ayant lieu longtemps après le traumatisme, le nystagmus est rarement perçu.

L'examen est complété par les **épreuves vestibulaires** : L'**ÉPREUVE ROTATOIRE** nécessite un fauteuil tournant où le sujet est assis la tête un peu penchée en avant et porte des lunettes grossissantes. On fait tourner dans un sens le fauteuil, 10 tours en 20 secondes puis arrêt brusque. On fait porter le regard du sujet du côté opposé au sens de rotation. On constate immédiatement un violent nystagmus peu durable accompagné de vertige et de déséquilibre.

On recommence l'épreuve en sens inverse pour comparer les réactions l'une avec l'autre.

L'**ÉPREUVE CALORIQUE** permet un examen plus précis de la réaction provoquée. Dans la technique de BARANY, le sujet est assis la tête penchée en avant. On injecte 20 cc d'eau froide dans un conduit auditif. Dans la technique de KOBRAK, on remplit le conduit auditif d'eau froide pendant une minute. Dans la technique de HALLPIKE le sujet est couché, on fait passer 120 ml d'eau froide en 30 secondes. On obtient ainsi un nystagmus réactionnel, battant du côté opposé à l'oreille irriguée qui apparaît après un temps de latence de 30 secondes et dure 60 secondes.

On notera les divers éléments : temps de latence, durée de la réaction, intensité et surtout fréquence des secousses. L'autre côté est examiné de même, on établit la comparaison d'une oreille à l'autre.

En même temps que le nystagmus apparaît, en position assise les bras tendus en avant, une déviation du bras dans le sens opposé au nystagmus.

L'épreuve calorique montre : une réaction nystagmique normale des deux côtés, ou bien exagération du nystagmus, donc **hyper-**

## BARÈME OFFICIEL :

de ces canaux), de même que l'excitabilité dysharmonieuse, permettent de conclure à une atteinte organique de l'appareil labyrinthique. La réalité des vertiges ne peut alors être discutée ; en général, leur régression ne se fera que très lentement ; les expertises en révision permettent en effet de constater que le déficit des réflexes persiste le plus souvent et qu'il s'est parfois aggravé. L'inexcitabilité complète évoquerait l'hypothèse d'une fracture du labyrinthe.

b) L'hyperexcitabilité vestibulaire est le plus souvent bilatérale. Dans certains cas, elle consiste en une exagération des réflexes vestibulaires proprement dits. Mais le plus souvent, elle est représentée par des phénomènes réactionnels dépassant le domaine de la physiologie labyrinthique (troubles vaso-moteurs de la face, tachycardie, tremblements, vertiges, déséquilibre de sens non systématisé, tendance syncopale) ; elle fait alors partie de ce test général de commotion cérébro-labyrinthique : l'exagération de l'ensemble des réactions psychomotrices aux diverses excitations sensorielles. Dans les deux cas, l'hyperexcitabilité vestibulaire est un bon signe permettant d'authentifier les troubles post-commotionnels (vertiges entre autres) accusés par le blessé. Mais elle leur confère une gravité moindre que dans le cas précédent ; elle ne représente en effet qu'un état transitoire et, dans la plupart des cas de ce genre, l'expertise en révision montre, en effet, que les réactions ont repris une valeur normale ou à peu près normale.

c) La constatation d'une excitabilité normale n'exclut pas l'existence de vertiges post-commotionnels. Une assez forte proportion (50 p. 100 environ) de vertigineux d'origine traumatique, dont on a par ailleurs de bonnes raisons d'admettre la parfaite sincérité, se présentent, en effet, avec des réflexes vestibulaires quantitativement et qualitativement normaux.

d) Une formule acoustométrique indiquant une atteinte de l'appareil cochléaire témoigne de son côté, bien qu'indirectement, en faveur de la réalité des vertiges dont se plaint le blessé. D'une façon générale, l'examen cochléaire et l'examen vestibulaire se prêtent un mutuel appui.

### ÉCHELLE DE GRAVITÉ. POURCENTAGE D'INCAPACITÉ

En se basant sur les données précédentes, on peut établir une échelle de gravité des vertiges et de l'incapacité correspondante :

**1<sup>e</sup> degré :** p. 100

Pas de trouble vestibulaire objectif (ni spontané, ni réflexe) pas de déficit cochléaire . . . . . 5 à 10

**2<sup>e</sup> degré :**

Hyperexcitabilité aux épreuves vestibulaires. . . 10 à 20

**3<sup>e</sup> degré :**

a) Un ou plusieurs troubles vestibulaires objectifs spontanés ;

**excitabilité** qui indique en principe une atteinte centrale. Bien plus fréquente est une réaction faible symétrique, **hypo excitabilité** qui n'a que peu de valeur car elle est fréquente chez des sujets non vertigineux.

Par contre l'inégalité des réactions d'un côté à l'autre : **dissymétrie** réactionnelle a une grande valeur car elle indique une atteinte labyrinthique périphérique du côté de la réaction la plus faible.

La constatation de signes spontanés (nystagmus et surtout déviations) et l'étude des réactions des épreuves calorique et rotatoire permettent de dire si les lésions sont localisées au labyrinth périphérique ou aux noyaux centraux.

En cas d'atteinte périphérique, il existe presque toujours une surdité de type oreille interne avec bourdonnements.

Une surdité de type oreille moyenne peut se voir dans les cas de fracture de la chaîne des osselets.

En outre le nystagmus spontané, rare, est horizontal, rotatoire et bat du côté sain. Les signes spontanés sont groupés en **syndrome harmonieux**, c'est-à-dire que les déviations du bras du corps dans l'épreuve de Romberg, déviation de la marche aveugle se font du côté opposé au nystagmus ; et à l'épreuve calorique, il y a dissymétrie par hypo-excitation du côté atteint.

Quand il s'agit d'une atteinte des centres nerveux, le nystagmus peut être vertical ou horizontal, la chute dans l'épreuve de Romberg peut se faire en arrière et surtout il y a **disharmonie** des signes spontanés qui sont anarchiques, désordonnés.

Très fréquemment l'examen ne décèle aucun signe clinique et l'épreuve calorique donne une réaction normale ou faible et sans dissymétrie. L'anamnèse apprend qu'il n'y a pas eu de fracture du crane ou du rocher, pas d'atteinte de l'oreille, mais seulement une contusion crânienne avec hospitalisation.

Le blessé se plaint de céphalées, insomnie, amnésie, vertige. Il s'agit du syndrome subjectif des traumatisés du crane. L'interrogatoire seul permet d'apprecier la gêne que détermine le vertige. Ce peut être un vertige de hauteur, une gêne de la marche qui rend le travail difficile.

Malgré l'absence de signes cliniques de tels blessés ont droit à un taux d'incapacité.

La **NYSTAGMOGRAPHIE** est surtout une méthode d'études de laboratoire. Les conclusions cliniques qu'elle donne actuellement sont trop insuffisantes pour que cette technique puisse prendre place maintenant dans une expertise.

La **conclusion** de l'expertise est la fixation du taux de l'incapacité permanente de travail.

Lorsque l'on a pu constater l'existence de nystagmus spontané, de déviations spontanées, d'altération des réflexes provoqués par les réactions caloriques (hyper, hypo-excitabilité ou dissymétrie) il est facile d'évaluer le taux d'IPP en donnant une valeur plus grande au syndrome disharmonieux des lésions centrales qu'au syndrome harmonieux de lésion labyrinthique périphérique. Mais plus nombreux sont les cas où on ne constate aucun trouble spontané ou provoqué, cas des commotionnés crâniens, ou seul l'interrogatoire permettra d'apprecier l'importance, la fréquence des vertiges et la gêne réelle au travail.

## CONCLUSIONS

### Taux d'incapacité permanente.

1<sup>o</sup> De 0 à 10% pour des vertiges allégés, modérés, espacés

**BARÈME OFFICIEL:**

b) Réflexes vestibulaires déficitaires ou dysharmoneux ;

Dans ces deux cas . . . . . 20 à 40

(En cas d'association les pourcentages ci-contre seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des incapacités multiples).

**REMARQUE RELATIVE A CERTAINES PROFESSIONS**

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

Cependant, les vertiges ayant le plus souvent une évolution régressive, on n'aura qu'exceptionnellement à prévoir un changement de profession.

sans gêne notable au travail, sans aucun signe spontané ou provoqué et avec des réactions vestibulaires normales.

2° De 10 à 20%, pour vertiges plus marqués avec existence d'un syndrome harmonieux d'atteinte périphérique ou dissymétrie réactionnelle.

3° De 20 à 25% pour vertiges importants et fréquents avec syndrome disharmonieux d'atteinte des centres ou bien il existe une gêne de la marche, de la conduite d'un vélo, d'une auto, vertige de hauteur constant avec gêne professionnelle très importante.

4° De 30 à 40% pour vertiges fréquents et durables empêchant un travail régulier, quelque soit le type des signes constatés.

**Retour**

## THORAX

---

### STERNUM

#### **BARÈME OFFICIEL :**

Fracture isolée du sternum :

- |   |         |
|---|---------|
| a) Simple . . . . .   | 3 à 10  |
| b) Avec enfoncement, sans lésions profondes<br>et suivie de douleurs qui empêchent tout<br>effort violent . . . . . | 10 à 20 |
| c) Avec lésions profondes du cœur, des vaisseaux<br>des poumons (voir ces mots).                                    |         |

### COTES

#### **BARÈME OFFICIEL :**

#### FRACTURE DES COTES NON COMPLIQUÉES

- |   |         |
|---|---------|
| Suivant la déformation et le degré de gêne fonctionnelle, le nombre de côtes brisées. . . . . | 2 à 30  |
| Grand fracas du thorax . . . . .  | 30 à 50 |
| Hernie irréductible du poumon. . . . .  | 10 à 40 |

## THORAX

(Révisé par le Dr J. Lecoeur)

---

### STERNUM

Fractures. Éléments dominants de l'I.P.P. :

Déformation gênant l'amplitude thoracique.

Difficulté de réaliser l'effort.

Douleurs dans certains mouvements du tronc.

Troubles cardio-vasculaires et respiratoires.

**FRACTURE** isolée du sternum (ce qui est assez rare). S'il y a des séquelles . . . . Taux moyen

5

— avec troubles cardio-vasculaires prononcés et gêne respiratoire accentuée, lésions viscérales. 15 à 50

### COTES

Fractures. Éléments dominants de l'I.P.P. :

Non-consolidation.

Consolidation vicieuse.

Douleurs obligeant à interrompre le travail.

Difficultés de réaliser l'effort.

Gêne des mouvements du tronc.

Multiplicité des fractures de côtes.

Algies.

Dans l'appreciation du préjudice doivent seulement intervenir les éléments résiduels des fractures de côtes : douleur, gêne respiratoire et signes d'insuffisance respiratoire (notamment à l'examen radiologique), en sachant que l'examen fonctionnel peut donner lieu à des résultats contradictoires (examen avec chiffres normaux, alors qu'il existe cliniquement et radiologiquement des signes manifestes d'insuffisance respiratoire avec abolition presque totale du jeu costal et du jeu diaphragmatique)

**FRACTURES** d'une ou plusieurs côtes sans séquelles fonctionnelles, cliniques ou radiologiques. . .

0

**PLEURÉSIE TRAUMATIQUE****BARÈME OFFICIEL :**

Pleurésie traumatique avec déformations thoraciques consécutives indélébiles et troubles fonctionnels . . . . .	5 à 30
Hémothorax. Adhérences et rétractions thoraciques consécutives . . . . .	5 à 20
Pyothorax (empyème), suivant le fonctionnement pulmonaire révélé par les signes physiques et la radioscopie, le retrait de la cage thoracique ou le retentissement sur l'état général . . . . .	10 à 50

Suite page 156

**FRACTURES** uni ou pluricostales sans fracas thoracique ni atteinte pleurale avec séquelles douloureuses. De toute façon dans l'évaluation, on doit tenir compte non du nombre des côtes fracturées mais seulement de l'importance de la gêne résiduelle. On doit rejeter comme dénuée de valeur et d'objectivité la formule ancienne  $2 \times n$  côtes fracturées.

2 à 6 %

**FRACTURES** de côtes avec névralgies intercostales (englobement par le cal). . . . . selon l'importance de la douleur et le nombre des nerfs englobés.

2 à 10 %

### **FRACTURES DE COTES A TYPE DE FRACAS THORACIQUE**

Avec grosses déformations thoraciques, séquelles d'hémothorax, insuffisance respiratoire avec parfois séquelles de fractures de côtes du côté opposé et également hémothorax bilatéral. . . . .

30 à 70 %

**PSEUDARTHROSE** avec douleur, gêne à l'effort et à la respiration selon l'importance des symptômes et le nombre de fractures de côtes non consolidées. . . . .

2 à 10 %

### **INSUFFISANCE PARIÉTALE THORACIQUE**

**AVEC HERNIE PULMONAIRE** : exceptionnellement isolée, associée habituellement à un délabrement avec fracas thoracique important ou à des lésions pleurales ayant nécessité des interventions chirurgicales costales ; n'étant ainsi qu'un élément du préjudice résultant du fracas thoracique. Si isolée, suivant le degré de la hernie. . . . .

20 à 40 %

### **CICATRICES DE LA PAROI THORACIQUE**

et déchirures étendues du muscle grand pectoral, avec comme séquelles : adhérences, rétractions, déficience de la force de l'adduction du bras, de l'amplitude de l'élévation et de l'abduction du membre supérieur, etc. Voir barème membre supérieur.

### **HERNIES DIAPHRAGMATIQUES** . . . . .

v. p. 179

## PLÈVRES

### **PLEURÉSIE TRAUMATIQUE ET HÉMO-THORAX** (séquelles de)

Éléments de I.P.P. :

Déformations thoraciques : rétractions thoraciques.

**BARÈME OFFICIEL:****POUMONS****BARÈME OFFICIEL :****TUBERCULOSE PULMONAIRE**

Il importe de noter que, dans la plupart des cas, il n'y aura lieu d'évaluer que la poussée évolutive, la tuberculose pulmonaire préexistante étant une lésion indépendante de l'accident en cause, d'où cette double possibilité :

- |  |          |
|--|----------|
| 1° Il n'existe pas du fait de l'accident, de modification de la lésion antérieure : il y a seulement à évaluer la durée de l'incapacité temporaire (poussée évolutive) . . . . . | 10 à 100 |
| 2° Il existe, du fait de l'accident, une modification de la lésion antérieure : il y a à évaluer cette modification sous forme d'une incapacité permanente. . . . .              | 10 à 100 |

Scoliose secondaire à concavité du côté atteint.  
Gêne respiratoire : dyspnée d'effort, dyspnée permanente.  
Étude du rythme respiratoire et du pouls au repos et après effort.  
Étude de l'ampliation thoracique et du murmure vésiculaire.  
Appréciation du jeu diaphragmatique et du jeu costal à l'examen radioscopique et par comparaison de films pris en inspiration et en expiration forcées.  
Atteinte de l'état général.

Reliquats thoraciques d'une pleurésie traumatique . . . . .	5 à 30
Reliquats d'un hémothorax . . . . .	5 à 30
Reliquats d'un pyothorax guéri . . . . .	10 à 50
Reliquat d'un pyothorax, si fistule persistante, selon la taille de la cavité pleurale résiduelle, l'importance de la suppuration et l'atteinte de l'état général . . . . .	10 à 80

## **POUMONS**

### **PNEUMONIE TRAUMATIQUE**

Séquelles souvent peu importantes. Taux moyen.	5
Séquelles parfois associées à une réaction pleurale, chronique cliniquement plus ou moins prononcée.	5 à 30

### **TUBERCULOSE PULMONAIRE POST-TRAUMATIQUE**

En fait avec les traitements antibiotiques mis en œuvre dès la découverte de la tuberculose, les séquelles sont minimes et le problème de la tuberculose pulmonaire post-traumatique, qui est d'ailleurs une éventualité rare, est plus un problème d'I.T.T. que d'I.P.P.

Difficulté d'établir l'imputabilité par origine ou par aggravation, cependant la TP. ne peut être considérée comme traumatisme que si

1° Siège de la lésion au niveau du point d'application du traumatisme ;

2° La TP. se développe entre 2 et 6 mois maximum après un traumatisme thoracique important.

Tuberculose post-traumatique . . . . . 10 à 100 %

Mais très rares sont les séquelles importantes actuellement et exceptionnelle est l'inaptitude définitive.

En cas de séquelles pleurales tuberculeuses associées, l'I.P.P. en résultant doit être ajoutée à celle résultant des déficits pulmonaires qui sont souvent minimes en comparaison des séquelles pleurales.



### **AGGRAVATION D'UNE TUBERCULOSE PULMONAIRE PREEEXISTANTE**

Il faut comme conditions pour admettre l'aggravation:

- 1<sup>o</sup> Traumatisme thoracique siégeant en regard des légions tuberculeuses ;
- 2<sup>o</sup> ou accident grave ayant entraîné une atteinte générale grave avec amaigrissement important ;
- 3<sup>o</sup> Délai d'apparition de l'aggravation ou rechute dans les six mois suivant l'accident.

Nécessité de films (standard et tomographiques) permettant de connaître exactement l'état pulmonaire avant l'accident, avec au besoin vitesse de sédimentation ; d'où deux possibilités:

- a) Les lésions étaient parfaitement stabilisées avant l'accident; l'ITT et l'aggravation doivent être prises en charge et indemnisées totalement ou presque, IPP 10 à 90 % selon les cas.
- b) Les lésions avant l'accident avaient un aspect de lésions tuberculeuses non stabilisées ou un aspect de stabilisation précaire susceptible de rechute pour une cause minime : seule l'ITT doit être prise en charge, l'IPP étant nulle ou minime (10 à 15%), quelles que soient les thérapeutiques effectuées postérieurement à l'accident, y compris les thérapeutiques chirurgicales (exérèse avec ou sans thoracoplastie).

**BRONCHITE CHRONIQUE** avec ou sans emphysème. La bronchite chronique et l'emphysème ne sont pas une conséquence d'un traumatisme (sauf bronchites unilatérales, séquelles de broncho-pneumonie ou d'abcès du poumon post-traumatique). Mais les séquelles costales, pleurales ou diaphragmatiques d'un traumatisme thoracique peuvent aggraver l'état fonctionnel d'un bronchiteux ou d'un emphysémateux. Taux d'aggravation

5 à 20

Dans certains cas un traumatisme détruit un équilibre respiratoire et le blessé devient du fait de l'accident un grand infirme inapte à tout travail par insuffisance respiratoire grave et définitive.

50 à 80

Bronchite unilatérale, séquelle de complication pulmonaire (broncho-pneumonie, abcès du poumon) post-traumatique . . . . .

10 à 30

### **RUPTURE OU ÉCRASEMENT TRACHÉO-BRONCHIQUE**

- 1<sup>o</sup> sans obstruction bronchique définitive, sans signe de suppuration bronchique, selon le degré de gêne respiratoire et de l'insuffisance respiratoire à l'examen clinique, radiologique et bronchospirogramétrique. . . . . 0 à 30 %
- 2<sup>o</sup> Avec obstruction bronchique définitive
  - bronche lobaire . . . . . 20 à 30
  - bronche souche . . . . . 40 à 50



3<sup>e</sup> Traitée par exérèse du segment pulmonaire sous-jacent

- lobectomie non compliquée, selon l'importance des séquelles pleurales et le déficit respiratoire . . . . . 20 à 30
- lobectomie compliquée de fistule bronchique ou de fistule pariétale et de cavité pleurale résiduelle . . . . . 20 à 80
- pneumectomie sans complications. . . . . 60
- pneumectomie avec complications. . . . . 60 à 100

**Retour**

## APPAREIL RESPIRATOIRE

---

### NEZ

#### **BARÈME OFFICIEL :**

##### I. — STÉNOSES NASALES

Seule entraîne une incapacité appréciable la sténose très prononcée d'une fosse nasale ou la sténose moyenne des deux fosses nasales.

Dans chaque cas particulier, on tiendra compte des conséquences de voisinage de la sténose, telles qu'elles apparaissent au moment de l'examen et pourront être prévues pour l'avenir.

###### a) Sténose unilatérale

Simple diminution du calibre de la narine ou de la fosse nasale . . . . .	0 à 3
Formation de croûtes, rhino-pharyngite. . . . .	3 à 6
Sténose totale avec catarrhe tubo-tympanique, obscurité des sinus correspondants (sans sinusite suppurée, etc.) . . . . .	6 à 10

###### b) Sténose bilatérale

Diminution de la perméabilité ne dépassant pas le tiers de la perméabilité physiologique. . . . .	5 à 8
Diminution plus accentuée avec croûtes, rhinopharyngite, etc . . . . .	8 à 12
Sténose serrée avec respiration exclusivement bucale et troubles à distance . . . . .	12 à 20

###### c) Perforation de la cloison nasale

N'entraîne pas en général d'incapacité permanente.

## APPAREIL RESPIRATOIRE

---

### NEZ

La défiguration n'a pas à être retenue ici, sauf dans le cas où elle est susceptible d'intervenir, comme obstacle à l'embauche et autres cas où le préjudice esthétique apparaît susceptible d'être retenu. Le médecin n'a pas à chiffrer le dommage esthétique, mais simplement à mentionner son existence et à indiquer les éléments qui le déterminent. Son exposé sera utilement complété par des photographies 2/3 grandeur naturelle.

<b>FRACTURE</b> des os propres du nez ou de la cloison avec gêne respiratoire sans sténose. . . . .	4
<b>STÉNOSE</b> unilatérale . . . . .	6
— bilatérale. . . . .	12

**BARÈME OFFICIEL :****BARÈME OFFICIEL :****TROUBLES OLFACTIFS**

Ils déterminent une incapacité peu élevée chez la plupart des accidentés, à l'exception de ceux qui exercent certaines professions spécialisées : manipulateurs de parfums, cuisiniers, marchands de beurre, fleuristes, etc.

L'anosmie par sténose nasale est améliorable éventuellement par une intervention, tandis que l'anosmie imputable à une paralysie traumatique des nerfs olfactifs est généralement incurable.

**Anosmie . . . . . 5 à 10**

**Anosmie chez certains ouvriers spécialisés en tenant compte du changement de profession éventuellement nécessaire . . . . . 20 à 30**

**BARÈME OFFICIEL :****TROUBLES ESTHÉTIQUES  
PAR MUTILATION NASALE**

Une mutilation sérieuse du nez entraîne une aggravation de l'incapacité fonctionnelle par entrave à l'embauche dans certaines professions (artistes, vendeurs et vendeuses, garçons de café, garçons coiffeurs, etc.).

Troubles esthétiques en tenant compte du changement de profession éventuellement nécessaire

**5 à 30**

**SINUSITES****BARÈME OFFICIEL :**

1<sup>o</sup> Il faut entendre par sinusite une infection des cavités sinusales se manifestant par une suppuration constatée à la rhinoscopie ou à la ponction et non par une simple obscurité des sinus à la transillumination sans signes d'infection.

2<sup>o</sup> Les sinusites traumatiques subissent un facteur particulier de gravité et de résistance au traitement, du fait des lésions osseuses qui les compliquent dans certains cas (fistules, bourgeonnements, etc.).

**I. — SINUSITES MAXILLAIRES**

Les résultats thérapeutiques sont généralement favorables.

**ANOSMIE . . . . .** **5****Anosmie avec coefficient professionnel. . . . .** **10 à 20**

La détermination de la réalité de l'anosmie alléguée est souvent fort difficile. Surtout lorsque le fait revêt une importance particulière par suite de la profession de l'intéressé on pourra recourir comme l'a proposé Chavannaz à l'étude des modifications du tracé électroencéphalographique sous l'influence de certaines odeurs (essence d'anis). L'absence de réaction d'arrêt après inhalation de cette essence permet de conclure à une anosmie vraie (¹).

**AGUEUSIE**

L'agueusie isolée est exceptionnelle. Elle sera indemnisée avec l'anosmie.

**DÉFIGURATION par mutilation du nez.**

N'a pas à être chiffrée par le médecin qui doit simplement indiquer : dommage esthétique léger, moyen, important, considérable.

**SINUSITES**

Exceptionnelles comme cause d'I.P.P. après accidents du travail.  
Si la relation est admise :

**Sinusite maxillaire suppurée. . . . .** **10****Sinusite frontale. . . . .** **5 à 10****Sinusite fronto-ethmoïdale. . . . .** **Taux moyen** **15**

(1) Chavannaz. Acad. Chir. 4 juillet 62.

**BARÈME OFFICIEL :**

a) Sinusite maxillaire unilatérale . . . . .	5 à 10
b) Sinusite maxillaire bilatérale . . . . .	10 à 15
N.B. — Sinusite maxillaire avec fistule endobuccale ou extérieure (résultat thérapeutique aléatoire). Majoration de. . . . .	5 à 10

**II. — SINUSITES FRONTO-ETHMOÏDALES**

Les résultats thérapeutiques sont infidèles, les récidives fréquentes, les complications endocrâniennes sont à craindre.

a) Sinusite fronto-ethmoïdale unilatérale . . . . .	10 à 20
b) Sinusite fronto-ethmoïdale bilatérale . . . . .	20 à 30
N.B. — Sinusite fronto-ethmoïdale avec fistule, majoration de. . . . .	5 à 10

**III. — SINUSITES SPHÉNOÏDALES**

Les sinusites sphénoïdales traumatiques sont extrêmement rares. Elles imposent les mêmes réserves que les fronto-ethmoïdites en ce qui concerne les résultats thérapeutiques et les complications éventuelles.

a) Sinusite sphénoïdale unilatérale . . . . .	10 à 20
b) Sinusite sphénoïdale bilatérale . . . . .	20 à 30

**V. — RHINITES CROUTEUSES POST-TRAUMATIQUES**

Se rencontrent après les pertes de substances endo-nasales étendues et s'accompagnent de troubles respiratoires purement fonctionnels.

Ne doivent pas être confondues avec un ozène préexistant ou une syphilis nasale.

Rhinite croûteuse post-traumatique unilatérale . .	5 à 10
Rhinite croûteuse post-traumatique bilatérale. . . .	10 à 20

**LARYNX****BARÈME OFFICIEL :**

Les lésions traumatiques du larynx déterminent des troubles d'origine cicatricielle ou paralytique.

Pour l'évaluation de l'incapacité qu'entraînent ces troubles, il sera tenu compte de :

- 1<sup>o</sup> La mobilité des cordes vocales ;
- 2<sup>o</sup> Du calibre de la glotte, de la sous-glotte et du vestibule laryngé dans l'inspiration maxima et dans la phonation ;

## **LARYNX**

### **RÉTRÉCISSEMENT DU LARYNX**

Dysphonie seule. . . . .	5
Aphonie sans dyspnée. . . . .	30
Dyspnée d'effort. . . . .	20 à 40
Laryngostomie. . . . .	100

Suite page 169

**BARÈME OFFICIEL :**

**3<sup>e</sup> Du degré des troubles fonctionnels paralytiques ou des lésions cicatricielles, celles-ci pouvant aller de la simple palmature améliorable chirurgicalement jusqu'au rétrécissement tubulaire massif, incurable et extrêmement sténosant.**

Les troubles d'origine laryngée sont de deux ordres vocaux (dysphonie, aphonie) et respiratoires (dyspnée).

Les troubles vocaux et respiratoires peuvent être associés.

**I. — TROUBLES VOCAUX**

(Par paralysie récurrentielle unilatérale, arthrite crico-aryténoïdiennes, cicatrice endo-laryngée, etc.) . . .

a) Dysphonie seule. . . . .	5 à 15
b) Aphonie sans dyspnée. . . . .	20 à 30

**II. — TROUBLES RESPIRATOIRES**

(Paralysie récurrentielle bilatérale exceptionnellement, surtout cicatrices étendues et sténosantes.)

a) Dyspnée n'apparaissant qu'au moment d'un effort violent ou prolongé, compatible avec l'exercice d'un métier sédentaire . . . . .	20 à 40
b) Dyspnée permanente entravant l'exercice même d'un métier sédentaire . . . . .	60 à 80
c) Laryngostomie ou trachéotomie . . . . .	100

**PARALYSIES TRAUMATIQUES**

Dysphonie. . . . .	5 à 20
Dyspnée associée aux troubles vocaux. . . . .	20 à 70

**Retour**

## APPAREIL CIRCULATOIRE

---

### CŒUR ET AORTE

#### **BARÈME OFFICIEL :**

Dans les cas de troubles cardiaques fonctionnels et de troubles subjectifs, sans asystolie et sans signes stéthoscopiques de lésion valvulaire ou péri-cardique, tels que les cas de palpitations simples, de tachycardie sans lésion, de douleurs précordiales, de dilatation ou hypertrophie cardiaques dites de fatigue ou de croissance, il est désirable que l'examen des sujets soit confié à des médecins possédant une compétence spéciale en cardiologie.

Adhérences péricardiques ou lésions valvulaires, coexistant, ou existant séparément, ou myocardites :

a) Bien compensées . . . . .	5 à 20
b) Avec troubles fonctionnels caractérisés . .	20 à 80
c) Avec asystolie confirmée . . . . .	80 à 100
d) Ruptures traumatiques de valvules . . . . .	50 à 100
Affections cardio-rénales, consécutives à une maladie infectieuse ou à une intoxication, suivant les troubles fonctionnels ou les complications..	30 à 90

Artério-sclérose. (Ne donne pas lieu à estimation d'invalidité.)

Anévrisme de l'aorte. L'anévrisme de l'aorte, dans les cas très rares où il est d'origine traumatique ou infectieuse, en dehors de la syphilis . . . . .

40 à 80

## APPAREIL CIRCULATOIRE

---

### CŒUR

<b>LÉSIONS ORIFIQUELLES.</b> Ruptures valvulaires traumatiques (sigmoïdes aortiques surtout). Gravité extrême. Évolution assez rapidement fatale. . .	80 à 90 ou incapacité absolue Même évaluation
<b>PÉRICARDITE</b> traumatique . . . . .	id.
<b>ENDOCARDITE</b> traumatique . . . . .	id.
<b>MYOCARDITE</b> traumatique . . . . .	id.
<b>INFARCTUS DU MYOCARDE.</b> L'I.P.P. est très variable. Elle peut être pratiquement nulle mais peut par contre atteindre 80 à 100 % dans les cas graves. Outre les signes électrocardiographiques on devra tenir compte des possibilités réelles de travail de l'intéressé. . . . .	Incap. temp.
<b>TROUBLES NERVEUX.</b> Arythmie, tachycardie, algie, etc., d'origine neuro-psychique post-traumatique. . . . .	10 à 20

### AORTE

<b>ANÉVRISME.</b> Difficulté extrême d'établir l'imputabilité (rôle étiologique de la syphilis). Si elle est admise . . . . .	Incap. absolue
---	----------------

**Retour**

## **ABDOMEN**

---

### **PAROI ABDOMINALE**

#### **BARÈME OFFICIEL :**

Cicatrices opératoires normales (sauf de très vastes cicatrices, une cicatrice opératoire normale n'entraîne pas d'invalidité appréciable).

#### **Cicatrices ou éventrations :**

a) Cicatrices (sans éventration) très larges et adhérentes, limitant les mouvements du tronc. . . . .	10 à 30
b) Cicatrices avec éventration post-opératoire après cure radicale . . . . .	5 à 30
c) Cicatrice avec éventration après laparatomie (appareillage ou non) . . . . .	15 à 50
Rupture isolée du grand droit de l'abdomen. , . .	8 à 20
Hernie ou éventration sans cicatrices consécutives à des ruptures musculaires étendues . . . . .	10 à 40
Éventration hypogastrique. . . . .	10 à 20
En cas d'éventration lombaire concomitante (voir plus bas).	

# ABDOMEN

---

## PAROI ABDOMINALE

<b>INSUFFISANCE MUSCULO-APONÉVROTIQUE</b>	
au niveau d'une cicatrice. Affaiblissement pariétal sans orifice d'éventration nettement constitué. . . . .	7
Éventration peu prononcée. . . . .	15
Éventration importante. . . . .	20
Grande éventration. . . . .	40
<i>En raison de la difficulté d'apprécier l'I.P.P. dans les éventrations — dont la variabilité anatomique est extrême — prendre comme base :</i>	
Éventration post-opératoire de laparotomie médiane de 10 cm. à 15 cm. de longueur, ayant cédé et laissant une saillie fusiforme entre les m. droits, de six à huit centimètres de large dans sa zone maxima. . . . .	25
<i>Au-dessus ou au-dessous, augmenter ou diminuer ce taux selon l'état anatomique.</i>	
Insuffisance musculo-aponévrotique sans cicatrice, par contusion grave, déchirure musculaire (m.grand droit), hématome, et, conséutivement, éventration. Suivant le degré de celle-ci . . Taux moyen	35
<i>Au magistrat, non au médecin, il appartiendra d'envisager ici un coefficient professionnel dans le cas de métiers pénibles qui pourra faire augmenter de 1/4 à 1/2 l'évaluation médicale.</i>	
<i>Au médecin revient l'appréciation de l'appareillage prothétique — une ceinture exactement adaptée étant susceptible d'atténuer dans une large mesure la réduction de capacité de travail.</i>	
<i>La législation actuellement en vigueur met cet appareillage à la charge du patron.</i>	
<i>Faut-il rappeler que selon l'article 24 de l'Ordonnance N° 45 2453, du 19 octobre que l'appareillage prothétique ou orthopédique nécessaire au blessé, à raison de son infirmité, lui sera fourni, réparé et renouvelé (Cf. p. 32).</i>	

# BARÈME OFFICIEL :

## ESTOMAC

### **BARÈME OFFICIEL :**

#### Ulcère chronique :

- |   |         |
|---|---------|
| a) Séquelles cicatrisées . . . . .  | 10 à 40 |
| b) Rétrécissement du pylore, dilatation d'estomac, amaigrissement . . . . . | 50 à 80 |
| c) Adhérences douloureuses . . . . .  | 10 à 40 |

Fistule stomacale, suivant l'état de dénutrition rapide, la nécessité de soins constants, les douleurs, les complications . . . . . 30 à 90

Il importe de noter que, dans la plupart des cas, il n'y aura lieu d'évaluer que la poussée évolutive, l'ulcère préexistant étant une lésion indépendante de l'accident en cause, d'où cette double possibilité :

- 1° Il n'existe pas, du fait de l'accident, de modification de la lésion antérieure ; il y a seulement à évaluer la durée de l'incapacité temporaire (poussée évolutive) ;
- 2° Il existe, du fait de l'accident, une modification de la lésion antérieure : il y a à évaluer cette modification sous forme d'une incapacité permanente.

## INTESTIN

### **BARÈME OFFICIEL :**

#### INTESTIN GRÈLE

#### Fistules intestinales :

- |   |         |
|---|---------|
| a) Fistules étroites . . . . .            | 20 à 30 |
| b) Fistules larges, bas situées . . . . . | 40 à 70 |
| c) Fistules larges, haut situées. . . . . | 70 à 90 |

#### GROS INTESTIN

#### Fistules stercorales :

- |  |         |
|--|---------|
| a) Fistule stercorale étroite ne livrant passage qu'à des gaz et à quelques matières liquides. . . . .                                 | 20 à 30 |
| b) Fistule stercorale livrant passage à une certaine quantité de matières, la défécation s'effectuant à peu près normalement . . . . . | 30 à 40 |
| c) Anus contre nature livrant passage à la presque totalité du contenu intestinal, avec défécation supprimée ou presque . . . . .      | 80 à 90 |

Prolapsus du rectum : voir incontinence ou rétention fécale . . . . .

Fistules anales : suivant leur siège (extra-sphinctérienne ou intra-sphinctérienne), leur nombre et leur étendue. . . . .

80 à 90  
10 à 40

**ESTOMAC**

**ULCÈRE** aggravé par le traumatisme.

Généralement, après une incapacité temporaire de plus ou moins longue durée, l'ulcère redevient ce qu'il était avant l'accident, donc pas l'I.P.P.

Si réactions douloureuses périgastriques, adhérences, etc. . . . . Taux moyen 20

**INTESTIN****INTESTIN GRÈLE. — FISTULES INTESTINALES :**

- a) Fistules étroites. . . . . 20
- b) Fistules larges, bas situées. . . . . 45
- c) Fistules larges, haut situées. . . . . 85

**GROS INTESTIN :**

- a) Fistule stercorale étroite, ne livrant passage qu'à des gaz et à quelques matières liquides. . . . . 25

**ANUS** contre nature (défécation supprimée) . . . 65  
Cette évaluation s'entend avec appareillage.

**APPENDICITE** au cas où elle serait admise comme post-traumatique par origine ou par aggravation.  
Reliquats post-opératoires. . . . . Taux moyen 0 à 15

**SÉQUELLES DE PÉRITONITE PLASTIQUE** (adhérences post-opératoires). . . . . \*15 à 20

**INCONTINENCE FÉCALE**, suite de traumatisme ano-périnéal et lésions sphinctériennes. . . . . 30

(I.P.P. en raison de gêne de l'effort, interruptions partielles de travail, etc.).

**BARÈME OFFICIEL :****BARÈME OFFICIEL :**

Appendicite (si imputable et opérée, suivant l'état de la cicatrice). . . . . 0 à 30

**BARÈME OFFICIEL :**

Incontinence ou rétention fécale par lésions du sphincter ou de l'orifice anal avec ou sans prolapsus du rectum. . . . . 30 à 70

**HERNIES****BARÈME OFFICIEL :****HERNIES (en relation avec l'accident)**

Hernie inguinale opérée . . . . .	0
Hernie inguinale réductible bien maintenue . . . .	5 à 8
Hernies bilatérales (d'après les caractères). . . .	5 à 12
Hernie inguinale irréductible. . . . .	15 à 25
Hernie crurale, ombilicale, ligne blanche épigastrique . . . . .	5 à 12

## HERNIES

L'ancienne division des hernies en hernies de force et hernies de faiblesse ne s'ajuste pas à la réalité des faits. Le critérium de la hernie traumatique est la brusque irruption inguinale ou intra-scrotale de la tumeur herniaire. Avec signes d'effraction tissulaire, douleurs, réflexes syncopaux, nauséux, ecchymoses, etc., elle représente la hernie de force. Elle est rare. Peu importe la prédisposition, la malformation congénitale.

La tumeur herniaire non douloureuse inguinale, à plus forte raison avec habitat intra-scrotal aisément abandonné dans le décubitus horizontal, anneau inguinal dilaté du côté atteint et tout autant du côté opposé, la réduction facile, etc., répondent à l'ancienne hernie de faiblesse. L'**« accident »** est invoqué neuf fois sur dix pour obtenir une **« petite rente »**. Il n'y est pour rien pour l'excellente raison qu'il n'y a pas eu d'accident du travail, mais généralement un pseudo accident allégué ou simulé.

La notion de la hernie avec irruption récente de la tumeur herniaire — dite hernie traumatique ou encore hernie de force — paraît devoir être retenue comme justifiant seule une indemnisation.

La hernie constitutionnelle, dite hernie de faiblesse, pendant long-temps indemnisée si elle s'était **« révélée »** au cours du travail, paraît ne plus devoir être acceptée si facilement dans le cadre de la **« prédisposition morbide »**, de **« l'état antérieur »**.

L'ouvrier doit rapporter et l'expert doit établir la preuve de la relation entre l'accident allégué et la production d'une hernie traumatique. (Cour de cassation, Ch. des requêtes, 24 février 1931 ; id., 23 décembre 1935). D'autre part, preuve contraire peut être apportée contre la relation (Cour de cassation Ch. civile, 27 octobre 1936).

On peut toutefois admettre la prise en charge pour soins pendant la période où la hernie demeure douloureuse.

### HERNIE INGUINALE

a) Si hernie unilatérale opérée avec résultat normal, c'est-à-dire excellent, de la cure radicale. . . . .	0	Indemnusat. comme « cicatrice »
— avec résultat médiocre au point de vue cicatri- ciel. . . . .		
b) Si hernie à l'état de bubonocèle, c'est-à-dire hernie unilatérale non volumineuse, non scrotale, bien réductible . . . . .	Taux moyen	5
c) Si hernie issue hors de la cavité abdominale avec habitat inguinal ou scrotal. Taux moyen		8
d) Si hernie volumineuse, douloureuse difficile- ment réductible . . . . .		20
e) Si aggravation démontrée certaine de hernie inguinale bilatérale — laquelle est toujours, ou presque, constitutionnelle . . . . .	Taux moyen	12

**FOIE****CONTUSION DU FOIE****BARÈME OFFICIEL :**

Fistules biliaires ou purulentes traumatiques ou post-opératoires . . . . . 20 à 60

**RATE****SPLÉNECTONIE****BARÈME OFFICIEL :**

Splénectomie suivant le résultat de l'examen du sang au repos et après l'effort. . . . . 15 à 30

## **HERNIE CRURALE, H. OMBILICALE, H. ÉPIGASTRIQUE, H. DE LA LIGNE BLANCHE**

Imputabilité exceptionnelle. Si admise. . . . . 10

## **HERNIE DIAPHRAGMATIQUE**

Il n'y a de discussion quant à l'imputabilité qu'en ce qui concerne la hernie hiatale. Celle-ci n'est pas traumatique et peut être seulement révélée par le traumatisme. On ne pourrait songer à l'indemniser que s'il existait un rapport chronologique très précis entre le traumatisme et les premiers symptômes fonctionnels. Au cas où exceptionnellement l'imputabilité serait admise, elle serait à indemniser comme les autres hernies diaphragmatiques.

Hernie diaphragmatique non opérée . . . . . 40 %  
— opérée . . . . . 10 à 25

(Les séquelles comportent outre la cicatrice opératoire, les modifications du jeu de la coupole diaphragmatique, l'éventuelle symphyse pleurale, les modifications de la ventilation pulmonaire.)

## **FOIE**

### **CONTUSION DU FOIE**

Le plus habituellement, simple incapacité temporaire. Si reliquats (douleurs). . Taux moyen 10

## **RATE**

### **SPLÉNECTOMIE (I)**

Tous les auteurs admettent actuellement que la splénectomie post-traumatique n'entraîne pas de diminution de la longévité.

Les taux proposés ci-dessous doivent être considérés comme couvrant tous les éléments de préjudice concernant la splénectomie.

- a) Bonne cicatrice, pas de modification de la formule sanguine. . . . . 5 à 8
- b) Cicatrice plus ou moins insuffisante, éventration, modifications -- importantes de la formule sanguine. . . . . 15 à 30

## **PANCRÉAS**

Consulter :

G. SPAY, V. VINCENT et J. CUILLERET : Problèmes cliniques et médico-légaux posés par les traumatismes fermés du pancréas. « Médecine légale et Dommage corporel », T. 1, n° 3, juillet 1968, p. 253.

(1) J.-Cl. Lemaire : « Bull. du Méd. Cons. de Soc. d'assurances T.V. », n° 4, 1969, p. 305.

**Retour**

## APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

---

### REIN

#### **BARÈME OFFICIEL :**

Néphrectomie, avec intégrité fonctionnelle de l'autre rein . . . . .	30
Néphrectomie avec azotémie irréductible de 0,60 à 1 gramme . . . . .	30 à 60
Néphrectomie avec azotémie irréductible supérieure à 1 gramme . . . . .	60 à 100
Néphrectomie, même si la modification rénale n'atteint pas ce taux, lorsqu'il y a une complication cicatricielle, éventration, paralysie partielle des muscles de l'abdomen. . . . .	50 à 70
Éventration lombo-abdominale seule . . . . .	10 à 30
Contusions et ruptures du rein selon séquelles : azotémie, albuminurie, hématurie, etc. . . . .	10 à 100
Hydronephrose traumatique . . . . .	30 à 50
Modification d'une hydronephrose antérieure. . . . .	15 à 30
Rupture d'uretère avec périnéphrose ou fistule persistante . . . . .	30 à 50
Rein mobile toujours indépendant du traumatisme.	
Pyélonéphrite post-traumatique ascendante ou descendante :	
Unilatérale. . . . .	30 à 50
Bilatérale . . . . .	60 à 80
Phlegmon périnéphrétique après traumatisme à distance infecté (panaris, phlegmon, etc.) ou après contusion rénale . . . . .	10 à 20
Tuberculose rénale :	
Modification par traumatisme . . . . .	15 à 30

# APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Révisé par M. L. Quénu  
Professeur agrégé

## REIN

### CONTUSION RÉNALE

#### PERTE DU REIN PAR NEPHRECTOMIE

Le rein enlevé était antérieurement sain.

Le rein restant a une fonction normale.

La cicatrice est excellente..... 30%

Ce chiffre doit être minoré si le rein ôté à la suite de la contusion était antérieurement diminué dans sa fonction par une maladie ou une malformation unilatérale.

Il peut atteindre alors..... 0%

Ce chiffre est à majorer dans le cas où la cicatrice est de mauvaise qualité (de 5 à 20%) et, surtout, dans les cas où le rein restant est altéré dans sa fonction.

#### L'ÉTAT DU REIN RESTANT

Morphologiquement, il est précisé par l'U.I.V.

Fonctionnellement, il est précisé par le taux d'urée sanguine.

Le taux de créatinine sanguine.

La clearance de l'urée.

La clearance de la créatinine.

La P.S.P.

Fonction rénale normale ..... 30%

Fonction rénale réduite sans insuffisance rénale pratiquement gênante ..... 30 à 60%

Fonction rénale très réduite.

Créatinémie élevée.

Clearance de la créatinine inférieure à 40.

Clearance de l'urée inférieure à 25 ..... 60 à 100%

Néphrectomie partielle ..... 10 à 30%

#### CONSERVATION DU REIN CONTUS

L'évaluation du rein contus est délicate.

Morphologiquement, on l'exploré par U.I.V., voire par scintigramme.

**BARÈME OFFICIEL:****APPAREIL GÉNITAL MASCULIN****BARÈME OFFICIEL :**

Atrophie ou destruction ou suppression opéatoire :

a) D'un testicule . . . . .	1 à 10
-----------------------------	--------

b) Des deux testicules suivant l'âge . . . . .	20 à 50
--	---------

Emasculation totale, c'est-à-dire disparition de la verge, de l'urètre antérieur, du scrotum et des testicules (la miction se faisant par un méat péritonéal ou hypogastrique). . . . .

80 à 90
---------

Hématocèle et hydrocèle post-traumatique . . . . .

5 à 15
--------

Séquelles de contusion du testicule ou torsion . .

5 à 10
--------

Tuberculose épididymo-testiculaire modifiée par le traumatisme :

Unilatérale . . . . .	10 à 15
-----------------------	---------

Bilatérale avec lésions prostato-vésiculaires	15 à 30
---	---------

Fonctionnellement, on ne peut l'évaluer que par séparation d'urines, ou, maintenant par scintigramme ou par néphrogramme isotopique.

Chez l'enfant, la détérioration secondaire par sclérose péri-rénale n'existe pas. Chez l'adulte, cette détérioration existe, si bien qu'en l'absence d'intervention, l'état d'un rein contus ne peut être apprécié qu'avec un recul de 3 à 6 mois.

Rein normal .....	0 à 10%
Rein de fonction diminuée.....	10 à 30%
Rein de fonction nulle.....	30%

### HYPERTENSION APRÈS CONTUSION DU REIN

Elle est très rare.

Dûment prouvée elle justifie une I.P.P. correspondant à la néphrectomie qui peut la guérir en temps utile..... 30%

### HYDRONÉPHROSE TRAUMATIQUE

L'hydronephrose, maladie congénitale, peut être aggravée par une contusion. Une dilatation chronique et progressive des cavités excrétrices, compliquée ou non d'infection, peut résulter soit de lésions non opérées de la voies excrétrice, soit même de réparations non couronnées de succès de la dite voix excrétrice.

## APPAREIL GÉNITAL MASCULIN

### PERTE DE LA VERGE .....

30 à 60%

Il peut exister une gêne à la miction, gêne due à la disparition de la verge et aussi, à une éventuelle sténose du néo-méat.

Les troubles psychiques peuvent être graves.

### PERTE D'UN TESTICULE

Eléments de l'I.P.P. troubles endocriniens et troubles psychiques.

a) Troubles neuro-endocriniens .....	20%
b) Etat endocrinien normal.....	5%
c) Après 60 ans .....	0%

### PERTE DES DEUX TESTICULES .....

18 à 80%

Il faut considérer l'âge.

Adolescent .....	80%
Adulte .....	30 à 40%
Vieillard.....	10%

### ORCHITE TRAUMATIQUE

Les patients ont une tendance à rapporter les orchites aigues infectieuses à un traumatisme. Certaines, par erreur, ont été im-

# BARÈME OFFICIEL:

## VESSIE — URÈTRE

**BARÈME OFFICIEL :****VESSIE**

Éventration hypogastrique après cystostomie . . . . .	10 à 30
Fistule hypogastrique persistante . . . . .	50 à 70
Cystite chronique persistante par sondages répétés . . . . .	20 à 40
<b>Avec infection rénale :</b>	
Unilatérale . . . . .	40 à 60
Bilatérale . . . . .	60 à 80
<b>Rétention d'urine chronique et permanente (par lésion de la moelle, de la queue de cheval) :</b>	
Complète . . . . .	40 à 60
Incomplète . . . . .	20 à 40
Avec infection rénale . . . . .	40 à 80
Incontinence d'urine rebelle ou permanente par lésion nerveuse . . . . .	20 à 40
Le pourcentage de la rétention ou de l'incontinence d'urine par lésion médullaire est à combiner avec celui qu'entraîne par elle-même la blessure de la moelle.	

**BARÈME OFFICIEL :****Rétrécissement de l'urètre postérieur :**

Infranchissable . . . . .	60 à 80
Difficilement franchissable . . . . .	30 à 50
Facilement dilatable . . . . .	15 à 30
Avec destruction du sphincter anal et incontinence des matières . . . . .	60 à 90

**Rétrécissement de l'urètre antérieur :**

Facilement dilatable . . . . .	15 à 30
Difficilement dilatable . . . . .	30 à 50
Autoplastie cutanée ou autre de l'urètre après opération . . . . .	20 à 50
Fistule urinaire persistante avec rétrécissement traumatique . . . . .	30 à 40

putées à un A.T. Un choc peut déclencher une torsion ou produire une fracture du testicule.

## **APPAREIL GÉNITAL FÉMININ.**

### **PROLAPSUS UTÉRIN ET CICATRICES VULVO-VAGINALES**

L'imputabilité d'un prolapsus est extrêmement discutable.

Par contre les lésions produites par un empalement ne sont pas discutables. Le pis est réalisé par la fistule uro-vaginale.

50 à 70%

Cas légers ou moyens..... 0 à 10%

Cas graves ..... 20 à 40%

### **PERTE DES OVAIRES**

On peut se reporter aux taux envisagés pour les testicules.

### **PERTE DES OVAIRES**

Par hysterectomie ou par action des radiations.

On ne peut que conseiller de se rapporter aux taux envisagés pour les testicules.

### **CICATRICES VULVO-VAGINALES**

Selon l'importance du trouble apporté à la perméabilité vaginale : ..... 0 à 40

## **VESSIE — URÈTRE**

La fonction du bas appareil est de stocker les urines et de permettre leur évacuation selon la volonté du patient.

Les traumatismes peuvent:

— détruire tout ou partie des organes,  
— modifier gravement le fonctionnement mictionnel soit en lésant des zones clefs, en particulier les sphincters, soit en lésant l'innervation des organes.

1) En cas de conservation des mictions par les voies naturelles, on doit apprécier:

- la capacité effective de la vessie.
- l'existence ou non d'un résidu.
- les détails de la miction.

2) En cas de dérivation externe, on doit apprécier le caractère pratique ou incommode de l'appareillage.

3) Dans tous les cas, on doit apprécier l'état de la fonction rénale, qui peut avoir souffert des lésions basses, préciser s'il existe ou non

**BARÈME OFFICIEL :**

Destruction totale de l'urètre antérieur :

La miction se faisant :

Par méat périnéal . . . . .	50 à 70
Par méat hypogastrique . . . . .	80 à 90

Ce taux représente l'invalidité globale.

Rétrécissement de l'urètre avec complications rénales infectieuses. (Voir plus haut et combiner ensemble l'incapacité du rétrécissement et celle de l'infection rénale) (pyélonéphrite).

une infection chronique, préciser l'existence possible et l'origine de douleurs.

Divers facteurs font que les experts ont aujourd'hui à apprécier l'état de blessés dont la survie eut été, il y a peu, inconcevable.

On peut proposer :

Perte totale, définitive et irréparable de la fonction mictionnelle.

Soit par destruction massive,

Soit par destruction localisée de zones clés,

soit par lésion nerveuse.

Dérivation externe ..... 50 à 100%

Sonde de Foley ..... 20 à 50 %

On peut remarquer que la méatostomie périnéale est cotée anormalement haut.

On peut remarquer encore que la diminution de capacité vesicale et les incontinences légères ne figurent pas dans le barème officiel.

## RÉTRÉCISSEMENTS URÉTRAUX POST-TRAUMATIQUES

Rappelons que la périodicité des dilatations et, donc, l'évolutivité du rétrécissement doivent être considérées dans l'appréciation de l'I.P.P.

Rappelons encore que l'impuissance, observée après les ruptures de l'urètre postérieur, pose des problèmes délicats et bien souvent impossibles à résoudre.

A titre documentaire. Le Professeur Lepoutre et le Docteur Stobbaerts. (*Les ruptures de l'urètre*, Vigot Frères, éditeurs, Paris, 1934), ont indiqué :

### I. — Urètre antérieur.

a) Urines limpides, dilatation deux à trois fois par an, maintenant calibre de 54 à 60 . . . . .	10
b) Rétrécissement stabilisé, même serré, urines limpides . . . . .	15
c) Dilatation tous les mois nécessaire, s'accompagnant d'accidents légers (douleurs), mais n'en-trainant pas une interruption sensible de travail . . . . .	20 à 30
d) Blessé avec fistule périnéale. Urines limpides Id. infection légère ; dilatation de la fistule né-cessaire . . . . .	50
e) Blessés avec cystostomie définitive . . . . .	75
f) Blessés avec infection urinaire grave, jusqu'à	100

### II. — Urètre postérieur.

#### A) Pas de dérivation des urines :

a) Blessé à dilater trois ou quatre fois par an — urines limpides — pas d'accidents. . . . .	15
---	----



## **COMMENTAIRES : APPAREIL GENITO-URINAIRE 189**

b) Blessé à rétrécissement récidivant, à dilater tous les mois — urines limpides — pas d'accidents. . . . .	25 à 30
c) Blessé avec infection des voies urinaires, dilatation difficile et occasionnant des accidents fébriles. . . . .	50 à 60
d) Incontinence des urines (nécessité de porter un appareil) — pas d'infection grave — dilatation une fois par mois environ. . . . .	50 à 75
e) Fistules périnéales avec infection — canal indilatable ou imperméable . . . . .	60 à 100
f) Infirme avec infection urinaire grave, pyonéphrose, lithiase, etc., peut atteindre . . . . .	100
B) Dérivation des urines par la cystostomie. Invalidité par méat hypogastrique définitif. . . . .	75

[Retour](#)

## CEINTURE THORACIQUE

## **OMOPLATE — CLAVICULE ARTICULATION DE L'ÉPAULE**

OMOPLATE

## FRACTURES DE L'OMOPLATE

Suivant variété, désordres articulaires plus ou moins complets, etc. . . . . . 10 à 50

## CEINTURE THORACIQUE

---

### OMOPLATE — CLAVICULE ARTICULATION DE L'ÉPAULE

#### OMOPLATE

#### FRACTURES DE L'OMOPLATE

Raideurs soit de l'articulation de l'épaule, soit de la véritable articulation scapulo-thoracique.

Ankylose de l'articulation de l'épaule.

Amyotrophie (souvent très prononcée).

Fixation de l'omoplate au thorax.

	D.	G.
Séquelles peu importantes : gêne des mouvements d élévation du bras, douleurs . . . . .	15	10
Séquelles sérieuses : arthrite chronique de l'épaule, raideurs articulaires, limitation des mouvements du bras. . .	20 à 25	15 à 20
Séquelles graves : immobilisation de l'omoplate, ankylose de l'épaule. . .	45 à 50	35 à 40

Le dommage esthétique par déformation, cal volumineux, irrégulier, etc., n'a pas à être retenu ici.

Il ne faut pas oublier que les fractures du corps de l'omoplate et de l'épine sont rares et ne laissent d'habitude qu'une I.P.P. très légère. Les chiffres ci-dessus inscrits sont en rapport surtout avec le retentissement articulaire.

**BARÈME OFFICIEL :****FRACTURES DE LA CLAVICULE****BARÈME OFFICIEL :**

	D.	G.
Fracture bien consolidée, sans raideur de l'épaule . . . . .	2 à 3	1 à 2
Fracture bien consolidée, cal plus ou moins saillant avec raideurs de l'épaule . . . . .	5 à 15	4 à 12
Fracture double, cals saillants, raideurs des épaules. . . . .	10 à 30	8 à 25
Cal difforme, avec compressions nerveuses (voir chapitre nerfs) . . . . .	30 à 40	25 à 35
Pseudarthrose . . . . .	5 à 10	3 à 6
Luxation non réduite :		
Externe . . . . .	0 à 5	0 à 4
Interne . . . . .	4 à 8	2 à 5

## ARTICULATION SCAPULO-THORACIQUE

La jonction scapulo-thoracique représente une véritable articulation avec une bourse séreuse constituée par le tissu conjonctif lâche qui remplit l'espace compris entre la paroi thoracique et le muscle grand dentelé.

C'est par cet espace thoraco-serratif que l'omoplate glisse sur le thorax dans ses mouvements ayant quelque amplitude.

Limitation douloureuse des mouvements de l'omoplate après contusion ayant lésé l'articulation scapulo-thoracique (suffusion sanguine, adhérences, etc.) mais laissé indemne l'articulation scapulo-humérale. . . . . 15 à 20

## FRACTURES DE LA CLAVICULE

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Cal vicieux avec compression des nerfs du plexus brachial, douleurs, etc.

Pseudarthrose.

Périarthrite scapulo-humérale.

Déplacement du moignon de l'épaule rapproché du plan vertical médiosternal.

Raideurs de l'épaule.

	D	G.
Séquelles minimes. . . . .	2	1
Séquelles nettes : déformation (cal ± volumineux, déplacement et chevauchement des fragments), douleurs, gêne légère des mouvements de l'épaule... mais peu importantes . . . . .	10	8
Séquelles sérieuses : périarthrite avec raideurs de l'épaule, cal difforme, algies, etc. . . . .	20	15
Séquelles graves : troubles nerveux (compression par le cal difforme, douleurs, paralysie du n. circonflexe, parfois causalgie), etc. . . . .	35 à 40	25 à 35

	D.	G.
<b>PSEUDARTHROSE</b> (fractures du tiers externe) bien tolérée . . . . .	10	6

## LUXATIONS STERNO-CLAVICULAIRES

si gêne fonctionnelle, suite de luxation interne . . . . .	8 à 10	6 à 8
--	--------	-------

**BARÈME OFFICIEL:****ÉPAULE****RAIDEURS ET ANKYLOSE DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE****BARÈME OFFICIEL :****D.            G.****RAIDEURS ARTICULAIRES**

Portent principalement sur la propulsion, l'abduction et la rotation . . . . .	5 à 30	4 à 25
--	--------	--------

**ANKYLOSES COMPLÈTES**

a) Avec mobilité de l'omoplate . . . . .	35 à 45	25 à 30
b) Avec fixation de l'omoplate . . . . .	45 à 60	35 à 50

**PÉRIARTHRITE CHRONIQUE DOULOUREUSE**

a) Suivant le degré de limitation des mouvements . . . . .	5 à 25	4 à 20
b) Avec abolition des mouvements et atrophie marquée . . . . .	30 à 35	20 à 25

**PSEUDARTHROSE**

Consécutive à des résections larges ou à des pertes de substance osseuse étendues (épaule ballante) . . . . .	60 à 70	45 à 60
Luxation récidivante de l'épaule. . . . .	10 à 30	8 à 25

**DÉSARTICULATION ET AMPUTATIONS**

Désarticulation de l'épaule ou amputation au col chirurgical au tiers supérieur . . . . .	90	80
Amputation interscapulo-thoracique . . . . .	95	85
Perte des deux membres supérieurs quel qu'en soit le niveau . . . . .	100	

## **LUXATION ACROMIO-CLAVICULAIRE**      4      3

Assez souvent, la disjonction acromio-claviculaire se trouve compliquée par le développement d'un processus de périarthrite de l'épaule, à évaluer séparément.

ÉPAULE

# **RAIDEURS ET ANKYLOSE DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE**

## **Éléments dominants de l'I.P.P.**

- Douleurs.  
Difficultés de porter des fardeaux, de faire des efforts.  
Limitation des mouvements en analysant les mouvements simples :  
**Abduction** (en maintenant la pointe de l'omoplate pour apprécier la suppléance dans la scapulo-thoracique), antepulsion, rétropulsion, rotation externe et rotation interne. Et les mouvements composés (mise de la main du côté blessé sur la tête, sur l'épaule opposée et dans la région dorso-lombaire).

### Atrophie musculaire.

#### **Craquements articulaires.**

**A la radiographie ostéoporose et images de calcifications péri-articulaires.**

**Le syndrome de périarthrite de l'épaule** se traduit par des douleurs et une limitation des mouvements. Il peut faire suite soit à une fracture soit à une rupture de la coiffe musculo-tendineuse des rotateurs, soit une bursite sous-deltoidienne, soit à une tendo-synovite du tendon du long biceps.

Il ne faudra pas confondre les douleurs de la périarthrite avec celles de la névralgie cervico-brachiale en rapport le plus souvent avec une arthrose cervicale (qui peut avoir été révélée ou aggravée par un traumatisme).

Lorsqu'il n'existera qu'un syndrome douloureux sans limitation des mouvements on devra pour juger de la sincérité du blessé tenir compte de la présence d'atrophie musculaire et de signes radiologiques.

**Consultar :**

P. HERLEMONT et P. MULLER : L'appréciation médico-légale des traumatismes de l'épaule. « Médecine légale et Dommage corporel », T. 1, n° 3, juillet 1968, p. 235.

## **RAIDEURS ARTICULAIRES**

Mouvement de projection en avant et d'écartement du tronc (abduction) n'atteignant pas 90°

D. G.  
25 à 30 20 à 25

Limitation des autres mouvements mais conservation de la projection en avant par persistance d'une rotation suffisante de l'humérus sur son axe ; d'un écartement du tronc dépassant l'horizontale

15 12



Raideurs de l'épaule, peu accentuées avec exécution satisfaisante des mouvements complexes (paume de la main portée sur vertex, sur nuque, sur région lombaire, sur épaule opposée) . . .	10	8
 <b>ANKYLOSE SCAPULO-HUMÉRALE</b> complète avec mobilité de l'omoplate . . .	D.	G.
Ankylose complète scapulo-humérale avec immobilisation de l'omoplate . . .	40	32.
	50 à 55	40 à 45
 <b>PÉRIARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE</b> chronique douloureuse, rendant le travail difficile et pénible (troubles neuro-sensitifs, diminution de la force musculaire, réduction de l'amplitude des mouvements) . . . . .	16 à 20	12 à 15
Périarthrite scapulo-humérale avec extension du processus réactionnel post-traumatique à la bourse séreuse sous-acromiodeltoïdienne, au tendon du muscle sus-épineux. On doit rechercher les signes de rupture de la coiffe musculo-tendineuse par les signes cliniques et au besoin par l'examen des arthrographies. Limitation importante des mouvements du bras. Limitation des mouvements de l'omoplate.	22 à 25	16 à 20
Périarthrite scapulo-humérale avec calcifications, dépôts opaques (vérifiés par la radiographie) tendance à l'ankylose par raideurs de plus en plus serrées et immobilisation de l'omoplate . . .	28 à 32	22 à 25

**LUXATION RÉCIDIVANTE DE L'ÉPAULE**

	D.	G.
— grave, avec récidives très fréquentes.	30	24
— forme légère, récidives rares, réduction facile . . . . .	15	10

**LUXATION NON-RÉCIDIVANTE**

La luxation de l'épaule unique, réduite, n'ayant pas entraîné d'arthrite-périarthrite scapulo-humérale, de limitation

**BARÈME OFFICIEL :****BARÈME OFFICIEL :**

	D.	G.
Cicatrices de l'aisselle, limitant plus ou moins l'abduction du bras :		
a) Bras collé au corps . . . . .	30 à 40	25 à 30
b) Abduction limitée de 10° à 45° .	20 à 30	15 à 25
c) Abduction limitée de 45° à 90° .	15 à 20	10 à 15
d) Abduction conservée jusqu'à 90°, mais sans élévation possible . . . . .	10 à 15	5 à 10

**BARÈME OFFICIEL :**

	D.	G.
Désarticulation de l'épaule ou amputation au col chirurgical au tiers supérieur . . . . .	90	80
Amputation inter-scapulo-thoracique . .	95	85

d'amplitude des mouvements du bras,  
ne comporte pas d'I.P.P. (si séquelles  
voir périarthrite scapulo-humérale) . . . . . 0

**PSEUDARTHROSE**

	D.	G.
Epaule ballante, par résection large ou pertes de substance osseuse étendues.	60	50

**CICATRICES DE L'AISSELLE** limitant  
plus ou moins l'abduction du bras :

	D.	G.
Abduction atteignant l'horizontale, 90°.	15 à 20	12 à 15
Abduction s'arrêtant à 45°. . . . .	25 à 30	20 à 25
Abduction nulle inférieure à 10° . . . . .	40 à 50	32 à 35

	D.	G.
<b>DÉSARTICULATION</b> de l'épaule (scapulo-humérale) . . . . .	90	80
<b>AMPUTATION</b> inter-scapulo-thoracique	95	85



[Retour au plan du barème](#)

- [Perte de segments des membres supérieurs](#)
- [Bras](#)
- [Coude](#)
- [Avant-bras](#)
- [Poignet](#)
- [Main](#)
- [Muscles etaponévroses des membres supérieurs](#)
- [Nerfs et vaisseaux des membres supérieurs](#)
- [Lésions bilatérales des membres supérieurs](#)

## MEMBRES SUPÉRIEURS

**MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT.** Actif pour les droitiers, passif pour les gauchers.

**MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE.** Actif pour les gauchers, passif pour les droitiers.

La perte, soit de la totalité, soit d'un ou de plusieurs segments d'un membre supérieur, représente la base anatomique maxima de toutes les évaluations dans lesquelles interviendront les infirmités de ce membre — le principe étant que plus le membre se trouvera raccourci, plus l'invalidité sera grande et que l'amputation d'un segment de membre représente — d'une façon générale — la plus forte incapacité parmi celles susceptibles de dépendre de ce segment.

L'évaluation répondra donc :

a) A la perte ou à la réduction de la valeur anatomique et physiologique du segment du membre considéré.

b) Aux éléments d'aggravation possible de la mutilation ou des lésions.

Exemples :

Mutilations. Perte du médius droit par désarticulation métacarpo-phalangienne. — Désarticulation du poignet droit. — Amputation du bras au tiers supérieur.

Lésions. Ankylose du coude gauche à 90°. — Fracture diaphysaire des deux os de l'avant-bras gauche entraînant désaxage, déficit de la résistance du levier antébrachial, réduction de la pro-supination, etc.

Complications. Éléments d'aggravation. Pseudarthrose, parésie radiale ou cubitale, causalgie avec atroces douleurs, etc.

En ce qui concerne le membre supérieur gauche — envisagé comme membre supérieur passif — la règle était que dans la presque totalité des cas, on obtient les évaluations des incapacités du membre supérieur gauche en réduisant, dans la mesure d'un cinquième, les évaluations correspondantes inscrites pour le membre supérieur droit.

Les rédacteurs du B.O. 1939 ont laissé de côté cette règle simple.

Chez les gauchers, si la gaucherie alléguée est réelle, démontrée par toutes attestations nécessaires, surtout par les épreuves de contrôle, par le développement musculaire plus marqué, etc. — Le membre supérieur gauche est actif et les évaluations indiquées pour les droitiers sont applicables.

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, effectue le découpage d'un dessin avec beaucoup plus de facilité de la main gauche.

Le membre supérieur gauche ne doit donc être considéré comme actif que dans des cas assez rares, dont la vérification doit être attentive et pour lesquels toutes preuves sont à apporter. L'une des meilleures est donnée par la prévalence physiologique croisée : membre supérieur droit, membre inférieur gauche chez les droitiers et inversement chez les gauchers.

Nombre de blessés du travail se croient gauchers parce que leur main gauche sert de guide dans le travail. Ce sont des ambidextres professionnels.

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

---

Comment reconnaître et indemniser les gauchers, par M. Brisard, Soc. de Médecine légale, 9 juillet 1934.



## PERTE DE SEGMENTS DES MEMBRES SUPÉRIEURS

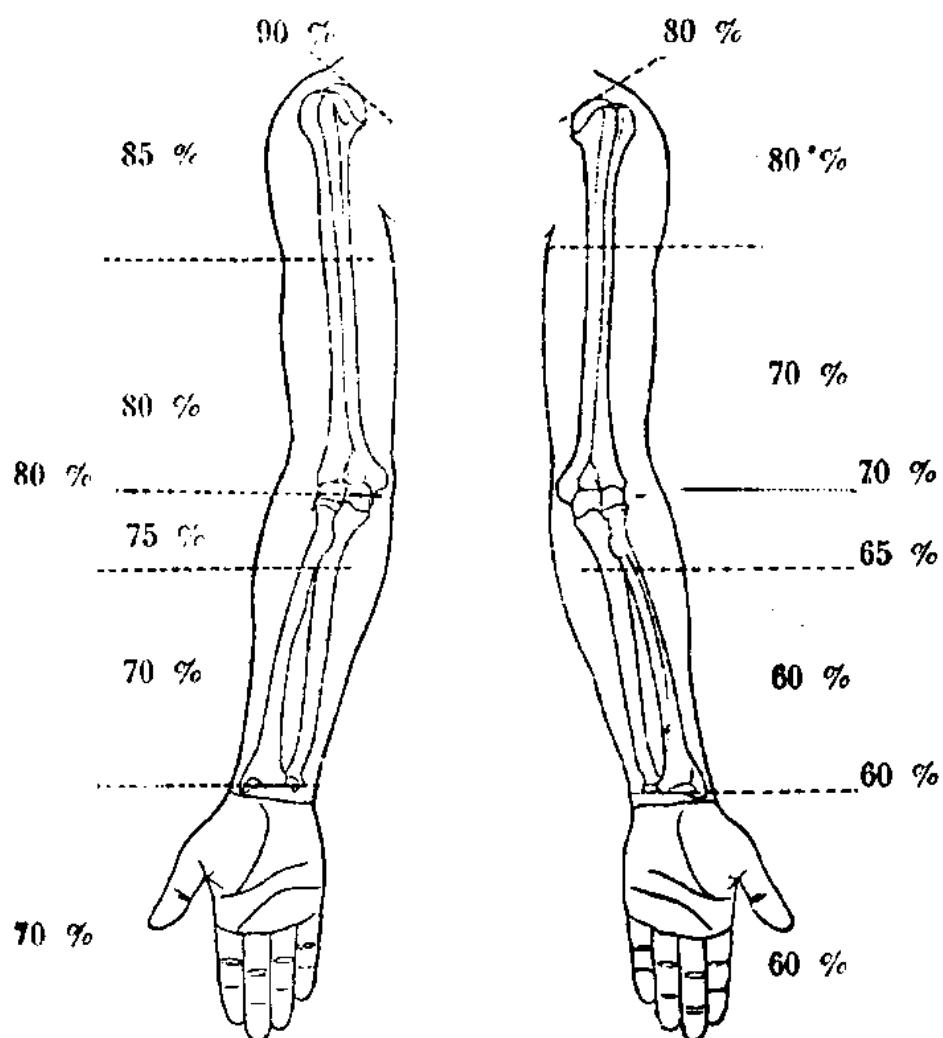


Fig. 2. — Disparition de segments du membre supérieur droit.

Fig. 2 bis. — Disparition de segments du membre supérieur gauche.

	D.	G.
Bras. Amputation interscapulo-thoracique. . . . .	95	85 à 90
Désarticulation scapulo-humérale, amputation au tiers supérieur. . . . .	90	80
Amputation au tiers moyen ou inférieur. . . . .	80	70
Désarticulation du coude . . . . .	80	70
Avant-bras. Amputation au tiers supérieur . . . . .	75	65
— au tiers moyen . . . . .	70	60
— au tiers inférieur . . . . .	70	60
Main. Désarticulation du poignet. . . . .	70	60
— carpo-métacarpienne . . . . .	70	60
Amputation trans-métacarpienne . . . . .	70	60

**BARÈME OFFICIEL :****Retour****I. — Bras****AMPUTATIONS****BARÈME OFFICIEL :**

Amputation du bras au tiers moyen ou inférieur . . . . .	80 à 85	70 à 75
Amputation du bras au tiers supérieur (voir épaule).		
Désarticulation du coude . . . . .	75	70

**FRACTURES****BARÈME OFFICIEL :**

Fracture de l'humérus normalement consolidée. . . . .	4 à 6	3 à 5
Consolidation avec déformation et atrophie musculaire (sans paralysie radiale) . . . . .	7 à 30	5 à 25

**PSEUDARTHROSE**

Au niveau de la partie moyenne du bras	40 à 50	30 à 40
Au voisinage de l'épaule ou du coude (voir épaule et coude battants).		

## I. — Bras

### AMPUTATIONS

Interscapulo-thoracique . . . . .	95	85 à 90
Désarticulation scapulo-humérale. Amputation au tiers supérieur . . . . .	90	80
Amputation au tiers moyen ou inférieur. . . . .	80 à 85	70 à 75
Désarticulation du coude . . . . .	80	70

### FRACTURES

#### CONSOLIDATIONS VICIEUSES ET SÉQUELLES DES FRACTURES DE LA DIAPHYSE DE L'HUMÉRUS

Éléments dominants de l'I.P.P. : les caractères du cal.

Le cal peut être volumineux, exubérant, angulaire, chevauchant, etc. Il en résulte : déformation, déviation axiale, raccourcissement. Le cal peut ne pas exister ou être non consolidé et c'est la pseudarthrose.

Pour l'appréciation de l'incapacité il faut tenir compte de la déviation axiale de l'angulation, du cal vicieux, du raccourcissement (peu gênant jusqu'à 4 cm), de l'atrophie musculaire. Les séquelles articulaires, les troubles nerveux moteurs et sensitifs seront évalués à part et constitueront des éléments de majoration du taux.

**PSEUDARTHROSE** au tiers moyen de l'humérus suivant que la pseudarthrose est serrée ou que le bras est ballant . . . . . 40 à 50 30 à 40

Toute paralysie associée augmenterait le taux (on peut rappeler que la paralysie totale du membre supérieur donne (voir « nerfs périphériques »). 70 à 80 60 à 70

Si — au voisinage de l'épaule, v. épaule ballante.

Si — au voisinage du coude, v. coude ballant.

### FRACTURES DIAPHYSAIRES DE L'HUMÉRUS

Le groupement des divers éléments ci-dessus permet de fixer un taux exact, équitable. Globalement, on a comme chiffres habituels :

1<sup>e</sup> Séquelles banales, après consolidation satisfaisante de fracture diaphysaire de l'humérus . . . . . 10 8

2<sup>e</sup> Séquelles = importantes de fractures de la diaphyse de l'humérus avec désaxage, angulation, cal vicieux, raccourcissement dépassant 4 cm., etc. . . . . 12 à 30 10 à 25

**BARÈME OFFICIEL :****Retour****II. — Coude****DÉSARTICULATION DU COUDE.** 75 à 80 65 à 70**RAIDEURS ARTICULAIRES DU COUDE****BARÈME OFFICIEL :**

L'amplitude des mouvements du coude se mesure, dans tous les cas, entre 180° : extension complète, et 30° : flexion complète.

**RAIDEURS ARTICULAIRES**

a) Lorsque les mouvements vont de :

110° à 35° . . . . .	8 à 10	6 à 8
110° à 75° . . . . .	13 à 15	10 à 12

b) Lorsque les mouvements conservés oscillent de 10° de part et d'autre de l'angle droit. . . . .

18 à 20 14 à 16

c) Lorsque les mouvements vont de 180° à 110°, suivant le degré . . . . .

25 à 30 20 à 25

Mouvements de torsion (voir avant-bras et poignet) . . . . .

**ANKYLOSES COMPLÈTES**

Ce terme vise l'abolition des mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination.

La position d'ankylose du coude est dite en « flexion », de 110° à 30° ; elle est dite en « extension », de 110° à 180°.

a) Position favorable :

a <sup>1</sup> ) En flexion entre 110° et 75° . . .	30 à 40	20 à 25
a <sup>2</sup> ) En flexion à angle aigu à 45° . . .	40 à 45	30 à 40

b) Position défavorable :

En extension entre 110° et 180° . . . 45 à 50 40 à 45

**ANKYLOSES INCOMPLÈTES**

(Huméro-cubitale complète avec conservation des mouvements de torsion.)

a) Position favorable :

a <sup>1</sup> ) En flexion entre 110° et 75° . . .	23 à 25	18 à 20
a <sup>2</sup> ) En flexion à angle aigu à 45° . . .	25 à 30	20 à 25

b) Position défavorable :

En extension entre 110° et 180° . . . 40 à 45 30 à 35

## II. — Coude

### DÉSARTICULATION DU COUDE. 75 à 80 65 à 70

#### FRACTURES DU COUDE

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Participation simultanée de l'extrémité inférieure de l'humérus, de l'extrémité supérieure du radius.

Ankylose et raideurs articulaires. Déformation en varus ou valgus.

Défaut de résistance et douleurs lors des mouvements de force de l'avant-bras.

#### ANKYLOSES ET RAIDEURS DU COUDE étroitement associés aux lésions ostéo-articulaires.

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Position de l'avant-bras par rapport au bras : favorable ou défavorable.

Association de raideur ou suppression des mouvements de pronosupination (torsion antibrachiale).

Il est intéressant de préciser comme l'avait fait Marcel Lance les positions optima pour les ankyloses du coude selon les professions.

##### 1) ANKYLOSE DE LA PRONO-SUPINATION.

Dans tous les cas position intermédiaire entre la pronation et la supination.

##### 2) ANKYLOSE DE LA FLEXION EXTENSION.

(Indications inversées pour les gauchés).

##### Ankyloses unilatérales :

	Droite	Gauche
Professions libérales et peintres en bâtiment .....	80°	110° (pour conduire bicyclette, auto)
Femmes sans profession ou dans la couture, mode, Hommes tailleurs ou cordonniers.....	80°	80°
Travailleurs de la terre (conduire une charrue, bêcher, piocher, conduire un cheval, porter un seau).....	110°	110°
Menuisier-serrurier, mécanicien .....	90°	90°
Garçons de magasin, livreurs, manutentionnaires ...	110°	110°

##### Ankyloses bilatérales :

	Droite	Gauche
Professions bilatérales et peintres en bâtiment .....	80°	110°
Femmes sans profession ou dans la couture, mode, Hommes tailleurs ou cordonniers .....	80°	100°
Travailleurs de la terre .....	90°	120°
Menuisiers, serruriers, mécaniciens .....	90°	110°
Garçons de magasin, livreurs, manutentionnaires .....	120°	90°



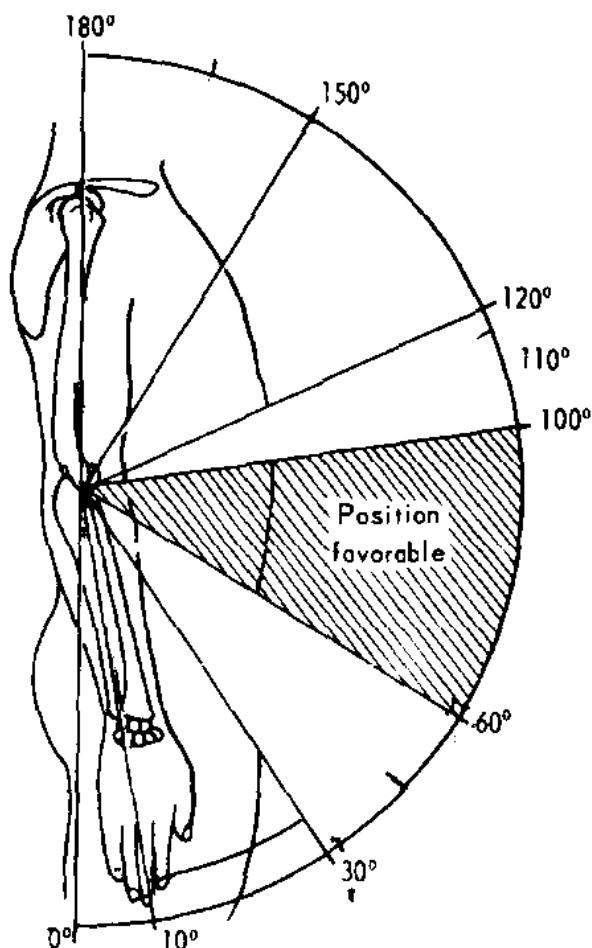


Fig. 3. — Angles de flexion-extension de l'avant-bras dans l'ankylose ou les raideurs du coude selon nomenclature internationale.

I) **ANKYLOSE COMPLÈTE** — avec suppression des mouvements de flexion, d'extension, de torsion de l'avant-bras (prono-supination).

- 1) En flexion de degré variable entre 60° et 100°.
  - A) entre 60° et 110° ..... 30 à 35 20 à 25
  - B) entre 110° et 140° (angle aigu) ... 40 à 45' 30 à 40
- 2) En extension entre 60° et 10° ..... 45 à 50 40 à 45

II) **ANKYLOSES INCOMPLÈTES** (huméro-cubitale complète, conservation des mouvements de torsion).

- 1) en flexion entre 60° et 110° .... 20 à 25 18 à 20
- 2) en flexion à angle aigu ..... 25 à 30 20 à 25
- 3) en extension entre 60° et 10° .. 40 à 45 30 à 35

**BARÈME OFFICIEL :****BARÈME OFFICIEL :**

Cicatrices du coude entravant l'extension complète ; extension limitée :

a) à 135° . . . . .	10 à 15	8 à 12
b) à 90° . . . . .	15 à 20	12 à 15
c) à 45° . . . . .	35 à 40	25 à 30
d) en deçà de 45°, l'avant-bras étant maintenu en flexion à angle très aigu . . . . .	45 à 50	35 à 40

**PSEUDARTHROSE****BARÈME OFFICIEL :**

Consécutive à de larges pertes de substance osseuse ou à des résections étendues du coude :

a) Coude mobile en tous sens, extension active nulle. . . . .	30 à 40	25 à 30
b) Coude ballant. . . . .	50 à 55	40 à 45

**RAIDEURS ARTICULAIRES DU COUDE**

Ces raideurs sont parfois consécutives à des traumatismes sans fractures (contusion, entorse).

**A) LA FLEXION ET L'EXTENSION SONT SEULES INTÉRÉSÉES**

	D.	G.
1) Les mouvements conservés oscillent de 60° à 120° .....	8 à 10	6 à 8
2) Les mouvements conservés oscillent de 60° à 100° .....	13 à 15	10 à 12
3) Les mouvements conservés oscillent de 10° de part et d'autre de l'angle droit .....	18 à 20	14 à 16
4) Les mouvements conservés oscillent de 10° à 60° .....	25 à 30	20 à 25

**B) LES MOUVEMENTS DE TORSION SONT ÉGALEMENT LIMITÉS OU SUPPRIMÉS** justifient une augmentation du taux d'I.P.P. basée sur les évaluations ci-dessous avec application de la règle de calcul des invalidités multiples ce qui évite d'aboutir à un taux excessif.

1) Pronation conservée, supination abolie .....	5 à 10	4 à 8
2) Pronation abolie, supination conservée .....	10 à 15	8 à 12
3) Torsion abolie en attitude de demi pronation (pouce en dessus) ..	13 à 15	10 à 12
4) En pronation complète .....	23 à 25	18 à 20
5) En supination complète .....	35 à 40	25 à 30

**CICATRICES DU COUDE, limitant l'extension :**

a) En deçà de 120°, l'avant-bras, étant maintenu en flexion à angle très aigu .....	48
b) A 120° .....	30
c) A 90° .....	20
d) A 45° .....	10

**COUDE BALLANT** ..... 55                    50

**ÉPICONDYLITE** — si origine traumatique démontrée, suivant troubles fonctionnels ..... 5 à 10    4 à 8

**Retour****III. — Avant-bras****AMPUTATIONS**

Amputation de l'avant-bras au tiers supérieur. . . . .	70 à 75	60 à 65
Amputation de l'avant-bras au tiers moyen ou inférieur. . . . .	68 à 70	55 à 60

**FRACTURES**

Voir page 202

### III. — Avant-bras

#### AMPUTATIONS

Amputation au quart supérieur (voisinage immédiat du coude) . . . . .	75	65
Amputation au tiers moyen . . . . .	70	60
Amputation au tiers inférieur . . . . .	70	60

#### FRACTURES DU RADIUS ET DU CUBITUS

L'évaluation de l'I.P.P. est basée sur les conséquences physiologiques de ces fractures (aussi bien pour les fractures diaphysaires isolées que pour les fractures des deux os).

Les éléments d'appréciation peuvent être décomposés en :

##### 1) Perte ou réduction de la torsion antibrachiale :

Avant-bras en supination complète . . . . .	35	30
Avant-bras en pronation complète . . . . .	25	20
Avant-bras en demi pronation (pouce dessus) . . . . .	20	15
Demi pronation conservée, supination abolie . . . . .	10	8
Demi pronation abolie, supination conservée . . . . .	15	12

**BARÈME OFFICIEL:****FRACTURES DES OS DE L'AVANT-BRAS****BARÈME OFFICIEL :**

a) Inflexion latérale ou antéro-postérieure des deux os avec gêne consécutive des mouvements de la main	5 à 15	4 à 12
b) Limitation des mouvements de torsion (pronation et supination) :		
Pronation conservée, supination abolie . . . . .	5 à 10	4 à 8
Pronation abolie, supination conservée. . . . .	10 à 15	8 à 12
c) Suppression des mouvements de torsion avec immobilisation :		
En demi-pronation, pouce en dessus. . . . .	13 à 15	10 à 12
En pronation complète. . . . .	23 à 25	18 à 20
En supination complète. . . . .	35 à 40	25 à 30
d) Rétraction ischémique de Wolkmann	40 à 60	35 à 50

**D'après reliquats et séquelles :**

Fractures diaphysaires simultanées du cubitus et du radius. . . . .	5 à 35	4 à 25
Fracture du corps du radius. . . . .	3 à 15	2 à 12
Fracture du corps du cubitus. . . . .	4 à 12	3 à 10
Fracture extrémité inférieure du radius	5 à 20	4 à 15
Fracture de la styloïde radiale ou cubitale. . . . .	0 à 5	0 à 3

2) Réduction des mouvements de flexion, extension du poignet, suivant degré . . . . .	5 à 10	4 à 8
3) Déviation axiale . . . . .	5 à 10	4 à 8
4) Cal vicieux . . . . .	10 à 15	8 à 10
5) Raccourcissement (au-delà de 3 cm). . . . .	4 à 8	4 à 8

On arrive ainsi en tenant compte de tous ces éléments aux faux moyens suivants :

Fracture bien consolidée avec minimum de troubles physiologiques . . . . .	5	4
Résultat thérapeutique moyen, troubles de moyenne importance de la torsion. . . . .	15	12
Cas plus graves avec troubles prononcés de la torsion . . . . .	30	25
Cas très grave : cal angulaire, raccourcissement, troubles très prononcés de la torsion . . . . .	35	28

Fig. 4. — Pronation (pronus, penché en avant) = main et avant-bras étant étendus horizontalement, la paume de la main est tournée en bas — ou bien : main et avant-bras tombant verticalement, la paume de la main est tournée en arrière.  
Le mouvement de supination fait exécuter à la main une rotation de dedans en dehors.

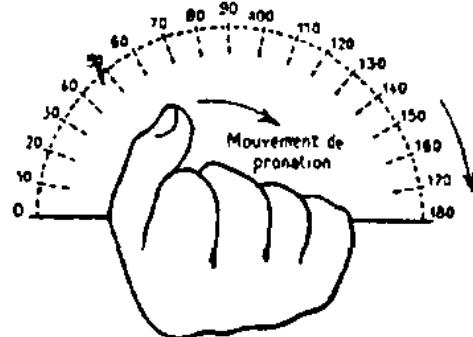
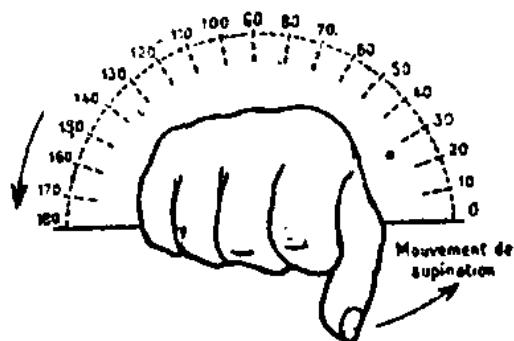


Fig. 5 et 6. — Supination (supinus, étendu sur le dos) = main et avant-bras étant étendus horizontalement, la paume de la main est tournée en haut — ou bien : main et avant-bras tombant verticalement, la paume de la main est tournée en avant.  
Le mouvement de pronation fait exécuter à la main une rotation de dehors en dedans.



Il y a lieu d'ajouter le retentissement sur les mouvements des doigts qui peut être considérable (la pulpe des doigts restant à distance de la paume).

On doit tenir compte aussi du retentissement sur les nerfs (voir paralysies du membre supérieur).

Et d'un éventuel Syndrome de Volkmann (rétraction des fléchisseurs) suivant l'étendue des rétractions et les troubles trophiques . . . . .	40 à 70	35 à 65
--	---------	---------

**BARÈME OFFICIEL:****PSEUDARTHROSES DE L'AVANT-BRAS**

Des deux os :

Serrée . . . . .	10 à 20	8 à 15
Lâche (avant-bras ballant) . . . . .	40 à 50	30 à 40

D'un seul os :

Serrée du radius . . . . .	8 à 10	6 à 8
Lâche du radius . . . . .	30 à 40	25 à 30
Serrée du cubitus . . . . .	4 à 5	3 à 4
Lâche du cubitus . . . . .	25 à 30	15 à 20

**PSEUDARTHROSE<sup>1</sup>**

<b>Pseudarthrose double avec avant-bras ballant . . . . .</b>	<b>50</b>	<b>40</b>
<b>Pseudarthrose double serrée . . . . .</b>	<b>20</b>	<b>15</b>
<b>Pseudarthrose radiale isolée lâche . . . . .</b>	<b>30</b>	<b>20</b>
—                  — serrée . . . . .	10	8
<b>Pseudarthrose cubitale isolée . . . . .</b>	<b>15 à 20</b>	<b>10 à 15</b>

(A noter qu'une pseudarthrose cubitale lâche peut être parfois plus favorable qu'une pseudarthrose serrée, facilitant les mouvements de torsion (pseudarthrose dite providentielle).

(1) Ces évaluations s'entendent avec appareillage orthopédique (tuteur articulé) mis en place avant l'évaluation.

**BARÈME OFFICIEL:****FRACTURES DE L'OLÉCRANE****BARÈME OFFICIEL :**

a) Cal osseux ou fibreux court, bonne extension, flexion peu limitée. . .	3 à 5	2 à 4
b) Cal fibreux long, extension active complète, mais faible, flexion peu limitée. . . . .	8 à 10	6 à 8
c) Cal fibreux long, extension active presque nulle, atrophie notable du triceps. . . . .	20 à 23	15 à 18

**FRACTURES DU CUBITUS**

Fracture du corps du cubitus. . . . .	4 à 12	3 à 10
Fracture de la styloïde cubitale. . . . .	0 à 5	0 à 3

## FRACTURES DU CUBITUS

### FRACTURE DE L'OLÉCRANE

La seule des fractures du cubitus qui ait sa physionomie propre.

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Limitation de l'extension de l'avant-bras.

Résistance déficiente de l'avant-bras dans l'extension.

Douleurs si contraction du m. triceps, complications articulaires : simple réaction articulaire ou arthropathies avec raldeurs  $\pm$  serrées, du coude ; atrophie du m. triceps.

Séquelles légères par déformation modérée de l'olécrâne, faible insuffisance de l'extension de l'avant-bras, efficacité du m. triceps conservée . . . . . 3 à 5    2 à 4

Séquelles de gravité moyenne, cal. fibreux, extension active faible . . . . . 8 à 10    6 à 8

Séquelles graves, cal. fibreux long, extension active presque nulle. Atrophie. Déformation . . . . . 20 à 25    15 à 20

**FRACTURE DIAPHYSAIRE** aux deux tiers inférieurs. Cal satisfaisant. Gêne modérée de la pro-supination et des doigts. Bonne résistance de l'avant-bras. . . . . 4 à 12    3 à 10

**FRACTURE DE LA STYLOIDE CUBITALE** . . . . . 3    2

**FRACTURE DE MONTEGGIA.** Fracture diaphysaire haute (1/3 sup.) du cubitus, associée à luxation de l'extrémité supérieure du radius. Evaluation selon les mêmes principes en tenant compte des conséquences physiologiques . . . . . 15 à 30    10 à 25

**BARÈME OFFICIEL:****FRACTURES DU RADIUS****BARÈME OFFICIEL :**

Fracture du corps du radius . . . . .	3 à 15	2 à 12
Fracture de l'extrémité inférieure du radius . . . . .	5 à 20	4 à 15
Fracture de la styloïde radiale . . . . .	0 à 5	0 à 3

**FRACTURES DU RADIUS****FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS**

1<sup>o</sup> Fracture parcellaire de la cupule radiale avec limitation de la prosupination et gêne de la flexion-extension antibrachiale (arthropathie du coude secondairement à la lésion osseuse) . . . 10 à 20 8 à 15

**FRACTURES DIAPHYSAIRES DU RADIUS**

2<sup>o</sup> Fracture diaphysaire du radius. Selon retentissement sur la prono-supination et la fonction des doigts. . . . 3 à 15 2 à 12

**3<sup>o</sup> FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS**

La plus fréquente de toutes les fractures, dont on sous-estime souvent la gravité.

Séquelles légères. Peu de gêne de la torsion et de la flexion extension . . . . 5 à 10 4 à 8

Séquelles moyennes, limitation de moitié de la torsion et de la flexion. Perte de force du membre supérieur . . . . 15 à 20 12 à 16

Séquelles graves. Grosse déformation. Limitation importante des mouvements du poignet. Amyotrophie. Limitation des mouvements des doigts . . . . 20 à 30 18 à 25

4<sup>o</sup> Fracture de l'apophyse styloïde du radius. Légère gêne douloureuse du poignet . . . . . 0 à 5 0 à 4

**Nota :** Si la limitation des mouvements des doigts est très importante le taux peut être notablement augmenté.

**BARÈME OFFICIEL :****IV. — Poignet****BARÈME OFFICIEL :**

Luxation-fracture du semi-lunaire . . .	8 à 20	6 à 15
Fracture du scaphoïde carpien. . . . .	6 à 20	5 à 15
Luxation du semi-lunaire et du grand os. . . . .	20 à 25	15 à 25
Ostéoporose post-traumatique. . . . .	10 à 25	8 à 20

**Retour**

## IV. — Poignet

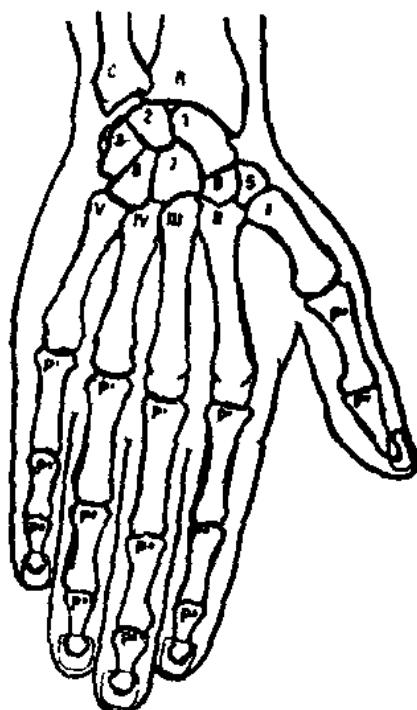


Fig. 6. — Main droite, face dorsale. Schéma mémoriel indiquant la position respective des différents éléments du squelette.

R, radius ; C, cubitus ; 1, scaphoïde ; 2, semi-lunaire ; 3, pyramidal ; 4, pisiforme ; 5, trapèze ; 6, trapézoïde ; 7, grand os ; 8, os crochu ; I, II, III, IV, V, métacarpiens ; P<sup>1</sup>, phalange (phalange métacarpienne) ; P<sup>2</sup>, phalangine (phalange intermédiaire) ; P<sup>3</sup>, phalangette (phalange unguéale).

<b>DÉSARTICULATION RADIO-CARPIENNE.</b>	70	60
(= perte totale de la main).		

## FRACTURES ET LUXATIONS DES OS DU CARPE

L'évaluation de l'incapacité se fait d'après :

- 1) Les raideurs et ankyloses du poignet et des articulations du carpe.
- 2) Les douleurs.



3) Le retentissement sur les mouvements du pouce et des autres doigts de la main.

4) Le retentissement sur les nerfs de la main.

Tous les os du carpe peuvent être fracturés mais certains tels que le semi-lunaire et le scaphoïde sont le plus fréquemment atteints.

**FRACTURES DU SEMI-LUNAIRE** évoluent souvent sous la forme de luarité (nécrose aseptique) se traduisant par raideurs et douleurs.

**LUXATION DU LUNAIRE** (traitée soit par reposition soit par extirpation de l'os) donnent également des douleurs, une raideur pouvant aller jusqu'au blocage du poignet. Compression fréquente du nerf médian.

Forme peu grave, réduite, séquelles légères . . . . .	15	8
Forme moyenne, gêne de l'enroulement des doigts . . . . .	20	15
Forme grave, luxation non réduite, troubles nerveux . . . . .	30	25

## FRACTURES DU SCAPHOÏDE

Le diagnostic de fracture du scaphoïde présente souvent des difficultés. Il faudra souvent utiliser plusieurs incidences pour obtenir une image nette du trait de fracture sur la radiographie.

Fracture isolée du scaphoïde carpien :

a) Forme légère raideurs insignifiantes, douleurs légères . . . . .	6	5
b) Forme moyenne, douleurs modérées, faible limitation des mouvements du poignet . . . . .	15	10
c) Forme grave, avec raideur, douleurs, plus accentuées, gêne fonctionnelle du pouce, etc. . . . .	20 à 25	15 à 20

## TRAPÈZE ET TRAPÉZOÏDE

L'évaluation de l'incapacité se fera en fonction du retentissement sur les mouvements de la trapézo-métacarpienne.

**BARÈME OFFICIEL:****ANKYLOSES CARPIENNES.****BARÈME OFFICIEL :****ANKYLOSES COMPLÈTES**

a) En extension et demi-pronation, pouce en dessus, pouce et doigts mobiles. . . . .	18 à 20	13 à 15
b) En extension et pronation complète, doigts mobiles. . . . .	23 à 25	18 à 20
c) En extension et pronation complète, doigts raidis. . . . .	35 à 40	25 à 30
d) En extension et supination, suivant le degré de mobilité des doigts. . . . .	40 à 50	30 à 40
e) En flexion et pronation, suivant le degré de mobilité des doigts. . . . .	45 à 60	35 à 45
f) En flexion et supination, doigts mobiles. . . . .	45 à 50	35 à 45
g) En flexion et supination, doigts ankylosés (perte de l'usage de la main)	55 à 60	45 à 50

**RAIDEURS ARTICULAIRES.****BARÈME OFFICIEL :**

Raideurs de l'extension et de la flexion	5 à 8	4 à 6
Raideurs de la pronation et de la supination. . . . .	5 à 10	4 à 8
Raideurs combinées. . . . .	10 à 20	8 à 15

**ANKYLOSES CARPIENNES :**

Pour fixer l'évaluation de l'I.P.P. dans une lésion du poignet, il est utile de se reporter à l'évaluation assez satisfaisante du barème officiel en ce qui concerne les ankyloses et les raideurs articulaires.

Physiologiquement, la torsion antébrachiale est totalement indépendante des mouvements du poignet : flexion (flexion palmaire de la main), extension (flexion dorsale de la main), adduction (inclinaison cubitale), abduction (inclinaison radiale).

Cliniquement, l'articulation radio-cubitale inférieure est souvent intéressée dans ces traumatismes du poignet ; inversement, le poignet participe souvent aux traumatismes dont l'action principale s'exerce sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras, d'où liaison de l'atteinte, de la pro-supination et de l'atteinte portée aux mouvements du carpe.

La position de fonction du poignet est représentée par une extension (ou flexion dorsale) de 30°.

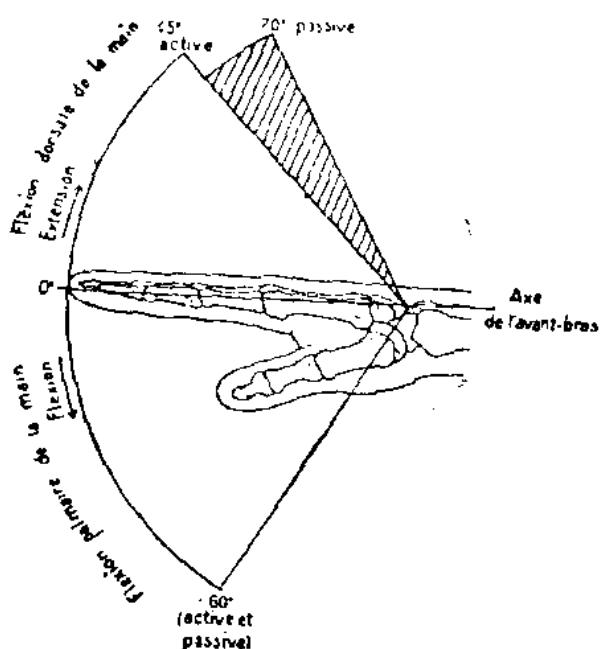


Fig. 7. — Limite de l'amplitude la plus habituelle de la flexion et de l'extension. Main droite.



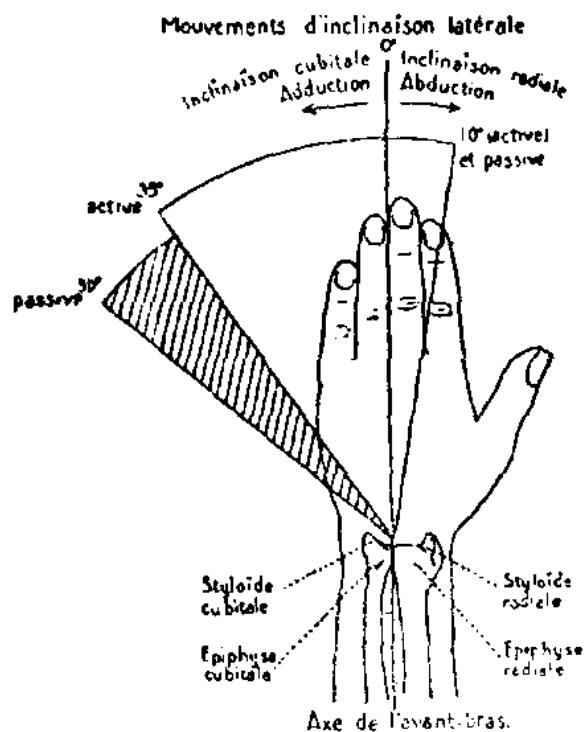


Fig. 8. — Limitation des mouvements d'adduction et d'abduction de la main dans l'ankylose ou les raideurs du poignet. Ici, amplitude normale de l'adduction (main déviée du côté cubital) et de l'abduction (main déviée du côté radial). Main gauche.

## RAIDEURS ARTICULAIRES

Le jeu normal du poignet permet les mouvements actifs de flexion et d'extension entre  $60^\circ$  (au-dessous de l'axe de l'avant-bras) et  $105^\circ$  ( $45^\circ$  au dessus de l'axe de l'avant-bras). Passivement,  $130^\circ$ , soit  $70^\circ$  au-dessus de l'axe de l'avant-bras. La limitation des mouvements en flexion détermine une incapacité plus prononcée que la réduction d'amplitude dans la zone d'extension.

Fréquemment, aux raideurs du poignet s'associe de la limitation antibrachiale, à évaluer séparément (voir ci-dessus, avant-bras).

Raideurs légères avec mouvements conservés dans la position favorable (rectitude) . . . . .

5

**BARÈME OFFICIEL :****PSEUDARTHROSE.****BARÈME OFFICIEL :**

Poignet ballant à la suite des larges résections ou des grandes pertes de substance traumatique du carpe. . . . .	35 à 45	30 à 40
Main bote, radiale ou cubitale, consécutive à une large perte de substance d'un des os de l'avant-bras, suivant le degré de la déviation latérale et de la gêne apportée à la mobilité des doigts . .	20 à 40	15 à 30

**V. — Main****AMPUTATIONS****BARÈME OFFICIEL :****Perte totale de la main**

Par désarticulation du poignet ou amputation très basse de l'avant-bras. . . . .	68 à 70
Par désarticulation des cinq métacarpiens . . . .	68 à 70
Par amputation intra-métacarpienne. . . . .	68 à 70
Par ablation du pouce et des quatre doigts. . . . .	68 à 70

Raideurs serrées en extension . . . .	10	8
Raideurs serrées en flexion forcée . .	20	16
<b>PSEUDARTHROSE.</b> Poignet ballant (susceptible d'amélioration par appareillage) après appareillage . . . . .	40	35

## **Retour**

V. — Main

## AMPUTATIONS

Les rédacteurs du B.O. 1939 ont fixé le taux de 68 à 70 p. 100. En conformité, nous inscrivons:

PERTE TOTALE DE LA MAIN. . . . . 70 65

## **PERTE DE L'USAGE DE LA MAIN.**

**La perte de l'usage de la main n'a pas été inscrite au B.O. 1939. Nous maintenons les taux suivants en conformité avec la très grande majorité des décisions rendues.**

#### Perte de l'usage de la main :

- |   |    |    |
|---|----|----|
| a) par perte complète de tous les doigts<br>(main réduite à la palette métacarpienne) et poignet ankylosé . . . . . | 70 | 65 |
| b) par immobilisation de tous les doigts<br>en extension, quel que soit l'état du<br>poignet . . . . .              | 70 | 65 |
| c) par immobilisation de tous les doigts<br>en flexion ou incurvation (ankyloses,<br>contractures...). . . . .      | 70 | 65 |



**PERTE PARTIELLE DE LA MAIN****PRINCIPES POUR L'ÉVALUATION D'UNE AMPUTATION  
PARTIELLE OU TOTALE DES DOIGTS**

L'évaluation de l'I.P.P. résultant d'une amputation partielle ou totale des doigts de la main dépend de la valeur ouvrière de la main et des doigts (main active : la droite en général, la gauche chez les gauchers), les deux mains pouvant avoir une valeur ouvrière spéciale dans certaines professions exigeant une ambidextrie (toupilleurs par exemple), est facile si l'on observe les règles suivantes :

L'évaluation de base du taux d'I.P.P. dû à une amputation donnée, suppose un résultat chirurgical satisfaisant de l'amputation : moignon non déformé, non atteint de troubles trophiques, non douloureux, non point de départ d'une irradiation douloureuse, sans enraissement des articulations de voisinage. Les chiffres des barèmes, ainsi conçus sont bien établis, nous préférions d'une façon générale le terme « taux d'évaluation de base », dans ces conditions, au terme taux moyen.

Dans l'évaluation de base du taux d'I.P.P. il a été tenu compte de l'importance physiologique des différents doigts. L'expert n'a pas à indiquer le coefficient professionnel, mais il nous semble qu'il peut dire qu'il existe un tel coefficient plus ou moins important.

**Pouce.** — Doigt de l'opposition, et de la force et souvent de la précision, a chez l'homme une importance qu'on ne peut pas sous-estimer.

L'amputation du pouce simple (les deux phalanges) permet (en principe) la fonction d'une pince encore utile entre le moignon et les autres doigts. Le taux de base à droite de 25 % d'I.P.P. est généralement admis pour l'évaluer mais, il peut être porté à 30 % s'il y a complication.

Si le métacarpien est enlevé, toute pince est impossible le taux de base de 30 % est alors légitime. Il peut être porté à 35 % si des complications locales du moignon existent.

**Index.** — Doigt de l'adresse, a aussi une grosse valeur ouvrière. Taux de base de 15 %; à droite taux plus élevé si des complications locales s'ajoutent.

**Médius.** — Doigt à action énergique. Taux de base 12 %.

**Annulaire.** — Doigt complétant l'action des autres doigts pour former le fourreau. Taux de base 8 à 10 %.

**Auriculaire.** — Doigt assez important dans la préhension solide des manches d'outils par exemple: 10 %.

Ces taux de base tiennent compte pour chaque doigt de sa valeur physiologique propre et il faudra s'en souvenir lorsque les amputations des divers doigts ou segments de doigts se combineront à la même main.

Répétons d'ailleurs que l'évaluation du fait du taux d'amputation doit, comme nous l'avons dit, tenir compte des séquelles surajoutées à l'amputation ce qui permet des majorations de 1 à 4 points environ.

**BARÈME OFFICIEL :****I. POUCE****BARÈME OFFICIEL :****ABLATION ISOLÉE DU POUCE OU  
D'UN DOIGT TOTALE OU PARTIELLE****Pouce :**

Moitié de la phalange unguéale . . .	4 à 5	3 à 4
Phalange unguéale entière. . . . .	10 à 15	8 à 12
Les deux phalanges avec ou sans la tête du métacarpien. . . . .	25 à 30	20 à 25
Les deux phalanges et le premier métacarpien tout entier . . . . .	30 à 35	25 à 30

**II. INDEX****BARÈME OFFICIEL :****Index :**

Moitié de la phalange unguéale. . .	2 à 3	1 à 2
Phalange unguéale. . . . .	5 à 6	4 à 5
Deux phalanges. . . . .	10 à 12	8 à 10
Trois phalanges avec ou sans la tête du métacarpien. . . . .	14 à 16	11 à 13

**III. MÉDIUS****BARÈME OFFICIEL :****Médius :**

Phalange unguéale. . . . .	3 à 5	2 à 4
Deux phalanges. . . . .	7 à 9	5 à 7
Trois phalanges. . . . .	10 à 12	8 à 10

**LA PERTE DE CHAQUE DOIGT, ENVISAGÉE ISOLÉMENT,**  
est évaluable à :

	D.	G.
I. Pouce avec son métacarpien . . . . .	30	26
— le métacarpien étant conservé. 25	25	20
II. Index, doigt de la délicatesse, de l'adresse . . . . .	15	12
III. Médius, doigt de la force . . . . .	12	10
IV. Annulaire . . . . .	10	7
V. Auriculaire . . . . .	10	8

D 30 | 26 G

D 25 | 20 G

D 15 | 12 G



### **PERTE DE PLUSIEURS DOIGTS, OU DE PLUSIEURS SEGMENTS DE DOIGT A LA MÊME MAIN (MAIN ACTIVE)**

En règle générale pour obtenir le taux d'I.P.P. pour perte totale ou partielle de plusieurs doigts, il faut :

1<sup>e</sup> Additionner les taux correspondant aux amputations au niveau de chaque doigt, considéré isolément.

2<sup>e</sup> Ajouter un nombre de points allant de 1 à 5, pour les troubles de synergie, compte tenu de la valeur ouvrière particulière des doigts ou segments de doigts amputés et de l'importance des taux d'amputation additionnés.

Exemples : Perte d'une phalange à l'index et au médius

$$5\% + 3\% + 2 = 10\%$$

**BARÈME OFFICIEL:****IV. ANNULAIRE****BARÈME OFFICIEL :****Annulaire :**

Phalange unguéale. . . . .	3 à 4	2 à 3
Deux phalanges. . . . .	6 à 8	4 à 6
Trois phalanges. . . . .	8 à 10	6 à 8

**V. AURICULAIRE****BARÈME OFFICIEL :****Auriculaire :**

Phalange unguéale. . . . .	2 à 3	1 à 2
Deux phalanges. . . . .	6 à 7	4 à 5
Trois phalanges. . . . .	6 à 8	4 à 6

**PERTE PARTIELLE DE LA MAIN****BARÈME OFFICIEL :**

Membre actif	Membre passif
--------------	---------------

**ABLATION DE PLUSIEURS DOIGTS****Ablation de deux doigts, avec les métacarpiens correspondants :**

Index et un autre doigt. . . . .	30 à 40	20 à 30
Deux doigts autres que l'index. .	20 à 25	15 à 20
(Lors de mobilité conservée du pouce et des autres doigts.)		

**Ablation de deux doigts, avec ou sans les métacarpiens correspondants, lors de raideur très prononcée du pouce et des autres doigts et d'atrophie de la main . . . . .**

50 à 55 40 à 45

Perte d'une phalange à l'index, au médius et à l'annulaire

$$5 \% + 3 \% + 2 \% + 3 = 13 \%$$

Perte de deux phalanges à l'index et au médius

$$10 \% + 7 \% + 4 \% = 21 \%$$

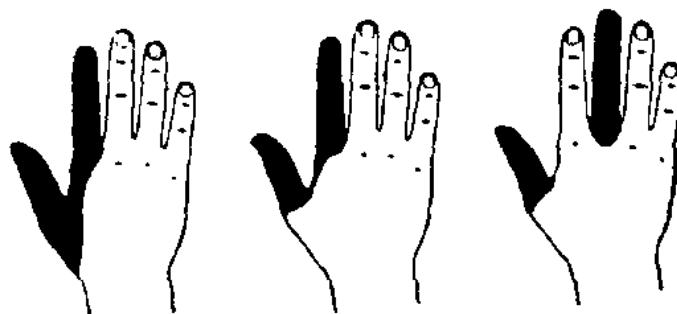
En ce qui concerne les pertes totales de plusieurs doigts, les barèmes donnent les taux de base des amputations combinées à la même main.

A titre indicatif, toujours modifiables à l'examen de chaque cas d'espèce.

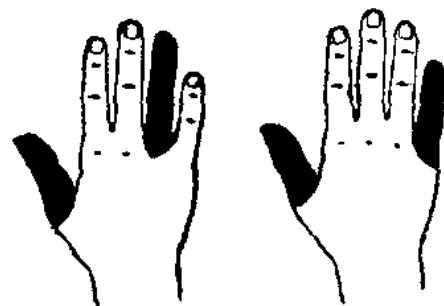
## PERTE DE DEUX DOIGTS

	D.	G.
I. Pouce (avec métacarpien) et index . . . . .	48	37
Pouce (2 phalanges) et index . . . . .	42	32
— et médius . . . . .	40	30
— et annulaire . . . . .	34	26
— et auriculaire . . . . .	36	28

D 48 | 37 G    D 42 | 32 G    D 40 | 30 G



D 34 | 26 G    D 36 | 28 G



**BARÈME OFFICIEL:**

Ablation de trois doigts, avec les métacarpiens correspondants :

Index et deux autres doigts . . . . .	40 à 50	30 à 40
Médius, annulaire, auriculaire (suivant l'état de mobilité du pouce et de l'index). . . . .	40 à 50	30 à 35
Lors d'immobilisation du pouce et du doigt restant. . . . .	55 à 60	45 à 50

Ablation de trois doigts, sans les métacarpiens correspondants :

Index et deux autres doigts (lors de mobilité conservée du pouce et du doigt restant). . . . .	40 à 45	30 à 35
Médius, annulaire, auriculaire (lors de mobilité conservée du pouce et du doigt restant). . . . .	30 à 35	20 à 25
Lors d'immobilisation du pouce et du doigt restant. . . . .	55 à 60	45 à 50

Ablation de la phalangette du pouce et des deux dernières phalanges de l'index :

Avec mobilité complète des moignons. . . . .	18 à 20	13 à 15
Sans mobilité des moignons. . . . .	28 à 30	20 à 25

Ablation totale du pouce et de l'index :

Si les autres doigts sont assez mobiles pour faire préhension avec la paume. . . . .	40 à 45	35 à 40
Si les autres doigts sont déviés ou de mobilité plus ou moins incomplète. . . . .	50 à 60	40 à 50

Ablation totale du pouce et de trois ou de deux doigts autres que l'index . . . . .

50 à 60 40 à 45

## II. Pouce intact et index amputé.

D. G.

Index et médius . . . . .	35	28
— et annulaire. . . . .	30	20
— et auriculaire. . . . .	26	20

D 35 | 28 G



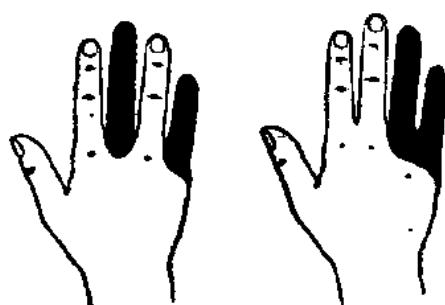
D 30 | 20 G



D 26 | 20 G



D 26 | 22 G D 18 | 15 G



D 23 | 18 G



## III. Pouce, index intacts et médius amputé.

D. G.

Médius et annulaire. . . . .	23	18
et auriculaire . . . . .	26	22



IV. Pouce, index, médius intacts et annulaire amputé . . . . .	18	15
Annulaire et auriculaire . . . . .		

**PERTE DE TROIS DOIGTS**

	D.	G.
I. Pouce, index et médius . . . . .	55	44
Pouce, index et annulaire . . . . .	50	38
— — et auriculaire . . . . .	48	36
— médius et annulaire . . . . .	44	35
— — et auriculaire . . . . .	48	37
— annulaire et auriculaire . . . . .	43	35

D 55 | 44 G

D 50 | 38 G

D 48 | 36 G



D 44 | 35 G

D 48 | 37 G

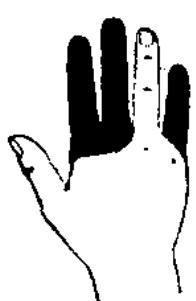
D 43 | 35 G



D 45 | 38 G

D 44 | 35 G

D 33 | 28 G



**BARÈME OFFICIEL :****Ablation de quatre doigts :**

Le pouce restant mobile. . . . .	45 à 50	35 à 45
Lors d'immobilisation du pouce restant. . . . .	55 à 60	45 à 55

**Ablation simultanée aux deux mains :**

Des pouces et de tous les doigts . . .	100
Des pouces et de tous les doigts, à l'exception d'un seul . . . . .	95 à 100
Des pouces et de trois ou quatre doigts. . . . .	90 à 95
Des deux pouces. . . . .	60 à 70
Des deux pouces et des deux in- dex. . . . .	80 à 85
Des deux pouces et de trois ou quatre doigts autres que les index. . . . .	70 à 80

D 38 | 27 G



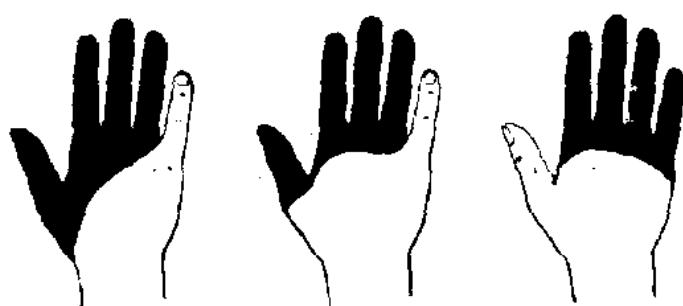
	D.	G.
II. Pouce intact ; index, médius et annulaire amputés . . . . .	45	38
— index, médius et auriculaire .	44	35
— index, annulaire et auriculaire.	33	28
III. Pouce et index intacts ; médius, annulaire et auriculaire amputés. . . . .	38	27

### **PERTE DE QUATRE DOIGTS**

	D.	G.
Pouce compris (avec son métacarpien) .	65	50
— compris (sans le métacarpien) . .	60	45
Pouce non compris, mais immobilisé . .	58	54
— ayant gardé sa mobilité . . . . .	50	42

D 65 | 50 G    D 60 | 45 G    D 50 | 42 G

D 70 | 60 G



### **PERTE DE CINQ DOIGTS**

Équivalence avec perte complète de la main. . . . .	70	60
---	----	----

**BARÈME OFFICIEL :****IV. ANNULAIRE****BARÈME OFFICIEL :**

Annulaire :

Phalange unguéale . . . . .	3 à 4	2 à 3
Deux phalanges . . . . .	6 à 8	4 à 6
Trois phalanges . . . . .	8 à 10	6 à 8

**V. AURICULAIRE****BARÈME OFFICIEL :**

Auriculaire :

Phalange unguéale . . . . .	2 à 3	1 à 2
Deux phalanges . . . . .	6 à 7	4 à 5
Trois phalanges . . . . .	6 à 8	4 à 6

**PERTE COMPLÈTE DE L'USAGE DES CINQ DOIGTS**

D. G.

Équivalence avec perte complète de l'usage de la main . . . . . 65 à 70- 55 à 60

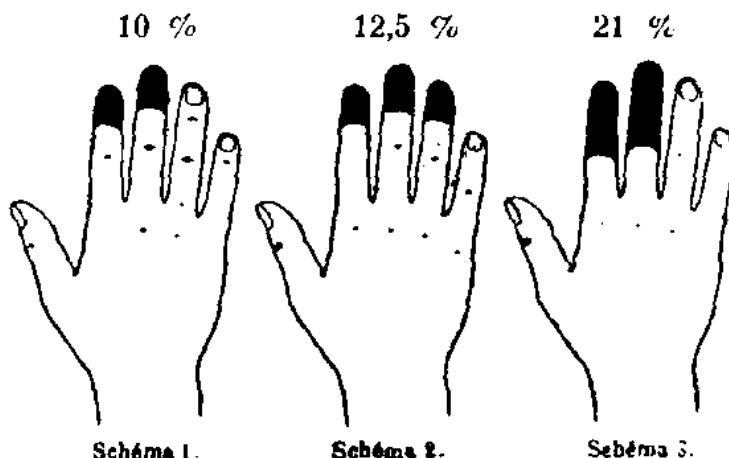
**PERTE DE SEGMENTS DE PLUSIEURS DOIGTS**

L'évaluation se fait en additionnant la valeur de chaque segment digital disparu et la valeur de synergie fonctionnelle afférente à l'ensemble des segments disparus.

La valeur de liaison, ou de synergie, ou de dextérité, intervient dans les mutilations partielles des doigts voisins, comme elle le fait dans les cas de perte totale de ces mêmes doigts.

Mais la majoration reste toujours assez faible, en matière d'accidents du travail où le médecin n'a pas, dans son évaluation, à chiffrer le coefficient professionnel mais simplement à signaler qu'il existe un coefficient professionnel plus ou moins important.

Voici trois exemples tenant compte de la valeur de liaison ou de synergie fonctionnelle :



**Exemples à la main droite :**

Perte d'une phalange à l'index et au médius ( $5 \text{ p. } 100 + 3 \text{ p. } 100$ ) + 2 = 10 p. 100.

Perte d'une phalange aux trois doigts médians ( $5 \text{ p. } 100 + 3 \text{ p. } 100 + 2 \text{ p. } 100$ ) + 2,5 = 12,5 p. 100.

Perte de deux phalanges à l'index et au médius ( $10 \text{ p. } 100 + 7 \text{ p. } 100$ ) + 4 = 21 p. 100.

Il ne saurait être question d'envisager ici chacune des cent et quelques mutilations partielles possibles.



## PERTE DE SEGMENTS DE DOIGTS

Les éléments qui interviennent ici dans l'évaluation de l'incapacité sont :

a) Valeur anatomique ;

b) Valeur physiologique — c'est-à-dire cinétique et dynamique — du segment de doigt considéré — d'où se déduit la réduction de la capacité normale du travail par mutilation de ce doigt ;

c) Valeur de liaison ou de synergie ou de dextérité de chaque doigt avec les autres doigts dans le travail exécuté par la main.

De plus, il faut également tenir compte d'un moignon défectueux, d'une cicatrice douloureuse, et d'une façon générale tous éléments d'aggravation pouvant venir accentuer l'incapacité. Toutefois, l'évaluation ne saurait, sauf dans certains cas tout à fait exceptionnels imposant des justifications précises, dépasser le taux de la perte par amputation.

Quand nous écrivons : perte partielle de phalange, il s'agit de perte osseuse. Il faut entendre que le squelette doit être atteint, sinon une simple perte pulpaire ou de parties molles ne saurait reconnaître les taux indiqués.

Zéro de majoration si la réduction d'un segment se réduit à la résection de la surface articulaire accompagnant l'amputation du segment distal contigu, car c'est la condition d'un bon moignon — bien loin d'accentuer l'infirmité, le chirurgien l'atténue en procédant ainsi.

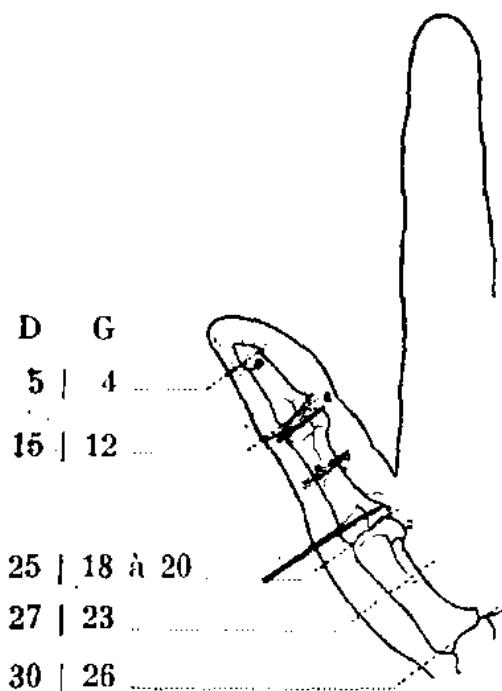


Fig. 9. — Doigt I

### I. POUCE

Perte partielle (moitié environ de la phalange unguéale . . . . .

D	G
5	4



Perte de la totalité de la phalange unguéale . . . . .	15	12
Perte de deux phalanges . . . . .	25	18 à 20
Perte des deux phalanges et de la moitié du métacarpien, segment conservé mobile. . . . .	27	23
Perte totale du pouce droit (les deux phalanges et le métacarpien) . . . . .	30	26

## II. INDEX

	D.	G.
Perte partielle de la phalange unguéale . . . . .	4	4
Perte de la 3 <sup>e</sup> phalange . . . . .	6	5
Perte d'une phalange et demie, moignon phalangien mobile . . . . .	8	6
Perte des deux phalanges terminales . . . . .	10	8
Perte de deux phalanges et demie, moignon phalangien mobile . . . . .	13	11
Perte des trois phalanges . . . . .	15	12

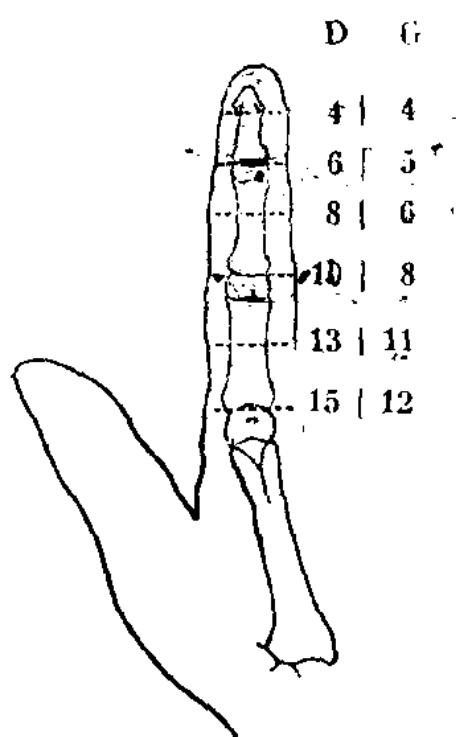


Fig. 30. — Doigt II



**III. MÉDIUS**

	D.	G.
Perte partielle de la phalange unguéale (moitié environ) . . . . .	1	1
Perte de la totalité de la phalange unguéale . . . . .	5	4
Perte d'une phalange et demie, moignon phalangien mobile. . . . .	6	5
Perte des deux phalanges terminales . . . . .	9	7
Perte de deux phalanges et demie, moignon phalangien mobile . . . . .	10	9
Perte des trois phalanges . . . . .	12	10

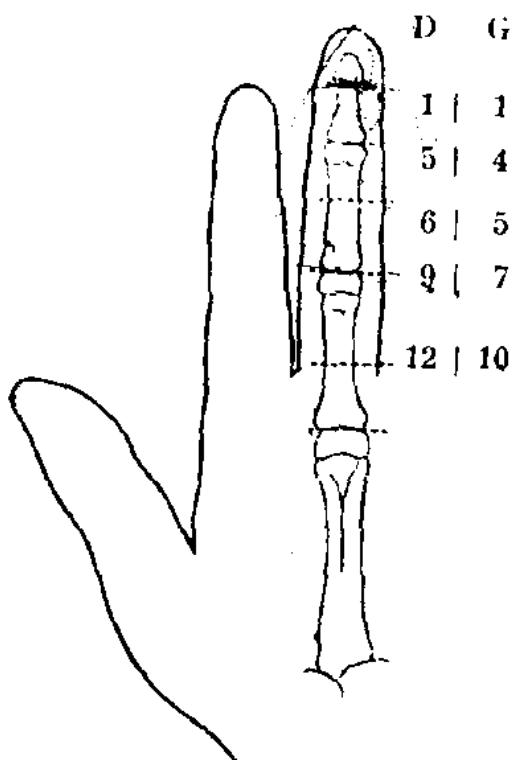


Fig. II. — Doigt III



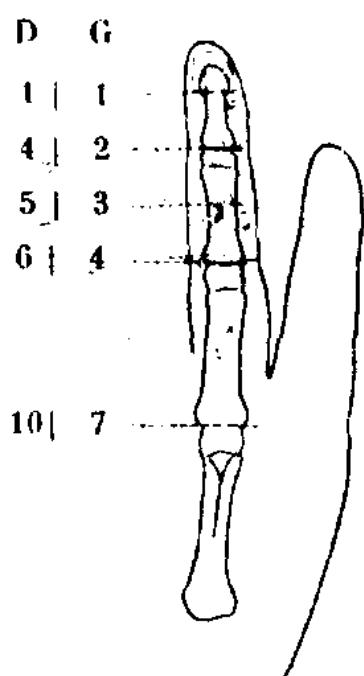


Fig. 12. — Doigt IV

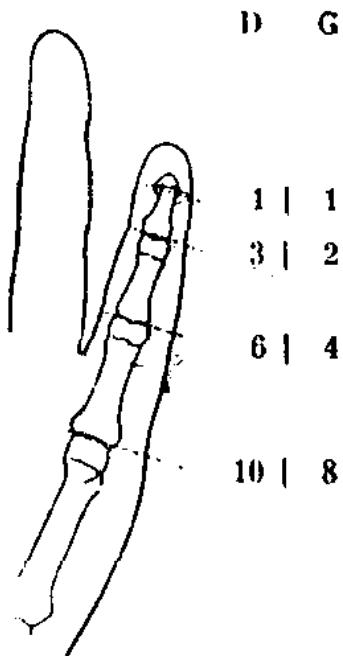


Fig. 13. — Doigt V

#### IV. ANNULAIRE

Perte partielle de la phalange unguéale.	1	1
Perte de la totalité de la phalange unguéale . . . . .	4	2
Perte d'une phalange et demie, moignon phalanginien mobile . . . . .	5	3
Perte des deux phalanges terminales . . . . .	6	4
Perte des trois phalanges. . . . .	10	7

#### V. AURICULAIRE

Perte partielle de la phalange unguéale . . . . .	1	1
Perte de la totalité de la phalange unguéale, . . . . .	3	2
Perte des deux phalanges terminales . . . . .	6	4
Perte des trois phalanges. . . . .	10	8

**BARÈME OFFICIEL :****ANKYLOSES ET RAIDEURS****BARÈME OFFICIEL :****DOIGTS  
FRACTURES**

(Voir ci-après :  
raideurs articulaires, etc.)

**RAIDEURS ARTICULAIRES  
PLUS OU MOINS SERREES**

**Pouce.** — Suivant que la mobilité est conservée entre le demi-flexion et la flexion forcée (angle favorable) ou entre la demi-flexion et l'extension (angle défavorable) :

	D.	G.
Articulation inter-phalangienne . . .	1 à 4	0 à 3
Articulation métacarpo-phalangienne . . .	1 à 3	0 à 1
Articulation inter-phalangienne et métacarpo-phalangienne . . . . .	4 à 8	3 à 6

La mesure de la limitation des mouvements des doigts est basée sur la connaissance du fait suivant : on sait que la pulpe digitale s'applique sur le pli médian transversal de la paume quand la main est bien fermée. Il suffit donc de mesurer avec un double décimètre la distance du pli à la pointe de l'ongle dans les deux positions flexion et extension maxima.

**Index :**

Articulation métacarpo-phalangienne . . .	1 à 2	0
Première ou deuxième articulation inter-phalangienne . . . . .	1 à 5	0 à 4
Toutes les articulations (index raide)	5 à 10	4 à 8

**Médius. — Annulaire :**

Une seule articulation . . . . .	0 à 2	0
Toutes les articulations . . . . .	5 à 8	4 à 6

**Auriculaire :**

Une seule articulation . . . . .	0 à 1	0
Toutes les articulations . . . . .	2 à 5	0 à 4

**Les quatre doigts avec le pouce libre.**

— Suivant que la gêne fonctionnelle intéresse :

a) L'extension . . . . .	10 à 15	8 à 12
b) La flexion . . . . .	20 à 30	15 à 20

**ANKYLOSES ET RAIDEURS**

Ankylose se définit : perte de tout mouvement. Tout ce qui n'est pas ankyloses est raideurs, très serrées, serrées, modérées, légères, etc.

L'expression « ankylose partielle » est une faute de langage en même temps qu'une erreur scientifique. L'ankylose est toujours complète répondant à la totale immobilisation des éléments de l'article.

**IMMOBILISATION DE LA MAIN**

	D.	G.
A) Par ankylose du poignet (suppression de tous mouvements de flexion et d'extension) et par suppression de la torsion antébrachiale (perte des mouvements de pro-supination), les doigts restant mobiles . . . . .	35	28
B) Par ankylose des articulations propres de la main et de tous les doigts.	60 à 65	45 à 50
V. p. 219 : perte de l'usage de la main droite.		
Anykrose de quatre doigts, le pouce restant libre . . . . .	50	40

**BARÈME OFFICIEL :**

**Les quatre doigts et le pouce.** — Suivant que la gêne fonctionnelle intéresse :

a) L'extension. . . . .	10 à 20	8 à 15
b) La flexion. . . . .	30 à 40	20 à 30

**ANKYLOSES COMPLÈTES**

**1<sup>e</sup> Ankyloses osseuses,** vérifiées par la radiographie ;

**2<sup>e</sup> Ankyloses fibreuses,** très serrées, ne permettant aucun mouvement utile, après tentatives suffisantes de mobilisation.

**Pouce :**

Articulation carpo-métacarpienne . . .	15 à 20	15 à 12
Articulation métacarpo-phalangienne . . .	8 à 10	6 à 8
Articulation inter-phalangienne . . . .	5 à 6	4 à 5
Articulation métacorpo-phalangienne et inter-phalangienne. . . . .	15 à 18	12 à 14

**Toutes les articulations :**

a) Pouce en extension. . . . .	25 à 30	20 à 25
b) Pouce en flexion modérée. . . . .	20 à 25	15 à 20

**Index :**

Articulation métacarpo-phalangienne . . .	4 à 5	3 à 4
Articulation de la première et de la deuxième phalange. . . . .	8 à 10	6 à 8
Articulation de la deuxième et de la troisième phalange. . . . .	2 à 3	0 à 1
Les deux dernières articulations . . . .	8 à 10	6 à 8
Les trois articulations. . . . .	13 à 15	10 à 12

**Médius :**

Articulation métacarpo-phalangienne. . .	3 à 4	1 à 2
Articulation de la première et de la deuxième phalange. . . . .	6 à 7	4 à 5
Articulation de la deuxième et de la troisième phalange . . . . .	1 à 2	0 à 1
Les deux dernières articulations. . . . .	8 à 10	6 à 8
Les trois articulations. . . . .	12 à 15	10 à 12

## ANKYLOSE ET RAIDEURS SERRÉES ÉQUIVALENTES D'ANKYLOSE IMMOBILISANT DES SEGMENTS DE DOIGTS

Les articulations sont numérotées :

Art. I. Articulation métacarpo-phalangienne ou basale.

Art. II. Première articulation interphalangienne, ou phalango-phalangienne, ou interphalangienne proximale (phalanges I-II).

Art. III. Seconde articulation interphalangienne, ou phalangino-phalangettienne, ou interphalangienne distale (phalanges II-III).

Rémy a bien indiqué combien moins gênantes étaient les ankyloses multiples des doigts en « incurvation » et combien plus gênantes, celles en flexion. Cette notion est capitale pour les évaluations.

Il est d'observation courante que les articulations interphalangiennes des travailleurs manuels, avec l'âge, perdent leur mobilité et s'enraident en flexion légère, aussi faut-il toujours juger de la perte de mobilité articulaire par comparaison avec l'autre membre et jamais intrinsèquement.

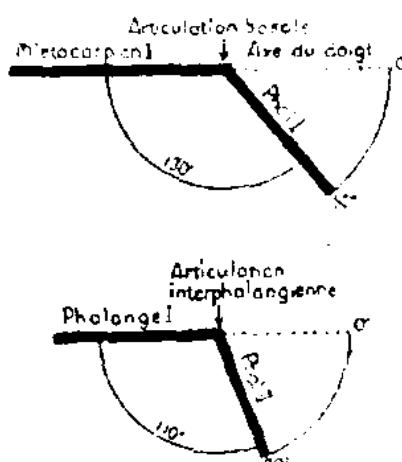


Fig. 15. — Pouce. Flexion maxima des phalanges. Valeurs angulaires moyennes parmi les plus habituelles.

### I. POUCE

Pouce. Mouvements : flexion interphalangienne — flexion métacarpo-phalangienne — extension — abduction — adduction — opposition aux autres doigts (le mouvement le plus important du pouce). Circumduction.

Il est admis que la phalange manquante au pouce est la phalange intermédiaire (phal. II, phalangine).

**BARÈME OFFICIEL:****Annulaire :**

Articulation métacarpo-phalangienne . . . . .	2 à	3	0 à	1
Articulation de la première et de la deuxième phalanges . . . . .	5 à	6	3 à	4
Articulation de la deuxième et de la troisième phalanges . . . . .	1 à	2	0 à	1
Les deux dernières articulations . . . . .	8 à	10	6 à	8
Les trois articulations . . . . .	10 à	12	7 à	9

**Auriculaire :**

Articulation métacarpo - phalangienne.	1 à	2	0 à	1
Articulation de la première et de la deuxième phalanges . . . . .	3 à	4	1 à	2
Articulation de la deuxième et de la troisième phalanges . . . . .	1 à	2	0 à	4
Les deux dernières articulations . . . . .	5 à	6	3 à	4
Les trois articulations . . . . .	8 à	10	6 à	8

**PSEUDARTHROSE DES DOIGTS**

Pseudarthrose ballante, avec large perte de substance osseuse

Phalange unguéale :	D.	G.
Pouce . . . . .	5 à	6
Autres doigts . . . . .	1 à	2
Autres phalanges :		
Pouce . . . . .	14 à	16
Index . . . . .	9 à	11
Autres doigts . . . . .	4 à	6
	3 à	5

## ANKYLOSE ET RAIDEURS SERRÉES ÉQUIVALENTES D'ANKYLOSE

	D.	G.
Articulation II (en extension complète) . . . . .	8	6
Articulation II (en flexion complète) . . . . .	10	8
Articulation I (en semi-flexion) . . . . .	8	6
Articulation I (en extension ou en flexion complète) . . . . .	10	8
Articulation trapézo-métacarpienne . . . . .	15	12

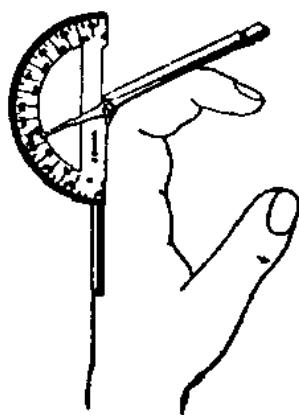


Fig. 14. — Goniomètre du professeur Balthazard, pour la notation instantanée des angles de flexion du poignet, des doigts, des phalanges, et la comparaison de l'amplitude de leurs mouvements à plus ou moins long intervalle (!).

### Les deux articulations distales :

Pouce en légère flexion . . . . .	15	12
Pouce en extension . . . . .	18	15

**ENTORSE DU POUCE** (articulation métacarpo-phalangienne), séquelles avec arthrite, laxité articulaire avec instabilité du pouce ou, au contraire, raideurs plus ou moins serrées, troubles trophiques.

a) si raideurs en flexion . . . . .	4	3
b) si raideurs en extension . . . . .	8	6
c) si instabilité du pouce . . . . .	10	8

(1) XII<sup>e</sup> Congrès de Médecine légale, Lyon, juillet 1927.

**BARÈME OFFICIEL :****LUXATIONS IRRÉDUITES  
ET IRRÉDUCTIBLES****Pouce :**

<b>Phalangette.</b>	4 à 6	3 à 5
<b>Métacarpo-phalangienne (suivant la mobilité restaurée).</b>	10 à 25	8 à 20
<b>Lors de cicatrices adhérentes de la paume et de raideur des autres doigts.</b>	30 à 40	20 à 30
<b>Pouce à ressort.</b>	0 à 3	0 à 2
<b>Pouce collé à l'index.</b>	15 à 25	15 à 20

**Doigts :**

<b>Phalangette.</b>	2 à 3	0 à 1
<b>Phalangine et phalange (suivant la mobilité restaurée).</b>	5 à 15	4 à 12

**LUXATIONS DU POUCE** non réductibles et non réduites.

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Déformation en Z du pouce.

Impotence du doigt.

Gêne fonctionnelle de la main égale parfois au 1/6, au 1/5, parfois au 1/4 de la valeur ouvrière de celle-ci.

**Luxation de la phalangette** . . . . . 6 5

**Luxation métacarpo-phalangienne** . . . . 15 12

**POUCE A RESSORT** (articulation interphalangienne) . . . . . 3 2

Imputabilité souvent très discutable. Nécessité de bien préciser à réalité de l'action traumatique et la non-antériorité de l'état pathologique du pouce à l'accident allégué.

**ADDITION FORCÉE DU POUCE** qui reste « collé » à l'index par cicatrice rétractile et surtout par suppression de l'action du muscle long abducteur, suivant le degré de la flexion conservée . 25 20

**GÊNE FONCTIONNELLE DU « SYSTÈME DU POUCE ».**

Phalangette (ph. unguéale, ph. distale, segment terminal du doigt). Déformation. Perte de substance.

Disparition de l'ongle. Cicatrices douloureuses.

Articulation interphalangienne. Raideurs  $\pm$  serrées. Ankylose. Syndrome arthropathique.

Phalange (ph. basale ph. proximale). Déformation, désaxage par cal vicieux.

Articulation métacarpo-phalangienne. Raideurs  $\pm$  serrées. Ankylose. Syndrome arthropathique.

Premier métacarpien. Déformation, désaxage par cal vicieux.

Articulation carpo-métacarpienne (art. trapézo-métacarpienne). Raideurs  $\pm$  serrées. Ankylose. Arthrite chronique douloureuse.

Trapèze.



Articulation médio-carpienne (Art. scapho-trapézienne).

Scaphoïde.

Articulation radio-carpienne (glène radiale-condyle scaphoïdien).

Extrémité inférieure du radius (épiphyse radiale inférieure).

Toutes les lésions du segment carpien du système du pouce retiennent directement sur les différents mouvements du doigt — soit sur leur amplitude, soit sur leur force — et sur la résistance de celui-ci. Les deux éléments les plus importants à considérer quant à la gêne fonctionnelle du pouce sont le premier métacarpien et le scaphoïde.

Abduction (pouce porté en dehors), adduction (pouce porté en dedans) — flexion, extension — opposition flexion + aduction — circumduction.

Pince pouce-index. Pince pouce-médius.

Pour l'évaluation, envisager la gêne fonctionnelle ressortissant au segment lésé : fracture du scaphoïde, ankylose carpo-métacarpienne, cal vicieux et désaxage du premier métacarpien, etc., par exemple.

L'opposition du pouce est surtout un mouvement qui se fait dans les segments proximaux du système du pouce, plus spécialement dans l'articulation trapézo-métacarpienne.

## II. INDEX

Ankyloses et raideurs serrées équivalentes d'ankylose.

	D.	G.
Articulation III en flexion forcée. . . . .	2	1
Articulation II. . . . .	6	5
Articulation I. . . . .	8	6
Articulation III et II en extension. . . . .	9	7
Articulation III, II et I, en extension. . . .	15	12
— en flexion incomplète. . . . .	12	10
— griffe avec ongle dans la paume. . . .	15	12

## III. MÉDIUS

Ankyloses et raideurs serrées équivalentes d'ankylose.

	D.	G.
Articulation III en flexion. . . . .	2	1
Articulation II. . . . .	7	5
Articulation I. . . . .	6	4
Articulation III et II. . . . .	8	6
Articulation III, II et I, soit en extension, soit en flexion. . . . .	10	8



**IV. ANNULAIRE**

D. G.

Ankyloses et raideurs serrées équivalentes d'ankylose.

Articulation III . . . . .	1	1
Articulation II (en flexion). . . . .	5	4
Articulation I. . . . .	5	4
Articulation III et II. . . . .	6	5
Articulation III, II et I, en extension ou flexion complète. . . . .	7	6
— en flexion partielle. . . . .	4	3

**V. AURICULAIRE**

Ankyloses et raideurs serrées équivalentes d'ankylose.

Articulation III . . . . .	1	1
Articulation II. . . . .	3	2
Articulation I. . . . .	4	3
Articulation III et II. . . . .	5	4
Articulation III, II et I en extension. . .	7 à 8	5 à 6
— en flexion partielle. . . . .	5	4
— en flexion complète. . . . .	8	6

**RAIDEURS LOCALISÉES DE LA MAIN DROITE. RAIDEURS DES DOIGTS**

Étant donné que la pulpe digitale vient, dans la fermeture maxima de la main, s'appliquer sur le pli médian transversal de la paume de celle-ci, si l'on mesure avec un compas ou avec une petite règle millimétrée la distance du pli palmaire médian au bord libre de l'ongle dans l'extension et dans la flexion, une base d'appréciation de la mobilité restante du doigt enraidi se trouvera constituée.

D'autre part, Rémy indique comme favorable la mobilité allant de la demi-flexion à la flexion complète, et comme défavorable la mobilité allant de l'extension à la demi-flexion.

L'évaluation du degré d'incapacité résultant de raideurs articulaires des doigts, est — suivant que la mobilité est relativement étendue ou très réduite — de 1/3 à 1/2 du degré d'incapacité qui résulterait de l'ankylose.

Il faut apprécier l'importance de la conservation ou de la perte de la pince, de l'enroulement, de l'anneau, du fourreau — ce qui implique un facteur personnel forcément arbitraire et un élément professionnel que, également, le médecin n'a pas à évaluer en matière d'accidents du travail mais simplement à signaler dans ses certificats ou dans son rapport d'expertise.

**BARÈME OFFICIEL:****BARÈME OFFICIEL :**

**GENE FONCTIONNELLE DES DOIGTS RÉSULTANT DE  
LÉSIONS AUTRES QUE LES LÉSIONS ARTICULAIRES :  
SECTION OU PERTE DE SUBSTANCE DES TENDONS  
EXTENSEURS OU FLÉCHISSEURS ;  
ADHÉRENCES ; CICATRICES.**

**a) Flexion permanente d'un doigt suivant le degré :**

	D.	G.
Pouce :		
Les deux articulations. . . . .	10 à 25	8 à 20
Articulation métacarpo-phalangienne . . .	8 à 10	6 à 8
Articulation phalango - phalanget- tienne. . . . .	3 à 5	2 à 3
Index :		
Les trois articulations. . . . .	5 à 15	4 à 12
Articulation inter-phalangienne. . . .	4 à 5	3 à 4
Articulation phalangino - phalanget- tienne. . . . .	2 à 3	1 à 2
Médius :		
Les trois articulations. . . . .	5 à 15	4 à 12
Articulation inter-phalangienne . . .	4 à 5	3 à 4
Articulation phalangino-phalanget- tienne. . . . .	2 à 3	1 à 2
Annulaire :		
Les trois articulations. . . . .	5 à 12	4 à 9
Articulation inter-phalangienne. . . .	4 à 5	3 à 4
Articulation phalangino-phalanget- tienne. . . . .	2 à 3	1 à 2
Auriculaire :		
Les trois articulations. . . . .	5 à 10	4 à 8
Articulation inter-phalangienne . . .	4 à 5	3 à 4
Articulation phalangino-phalanget- tienne. . . . .	1 à 2	0 à 1
Perte du tendon extenseur ou fléchis- seur du pouce. . . . .	6 à 20	4 à 15
Perte du tendon extenseur ou fléchis- seur des autres doigts (suivant la hauteur). . . . .	3 à 12	2 à 10
b) Extension permanente d'un doigt :		
Pouce tout entier. . . . .	15 à 25	12 à 20
Index tout entier. . . . .	10 à 15	8 à 12

## **SECTIONS TENDINEUSES**

On pourrait évaluer les conséquences d'une section de tendon extenseur ou fléchisseur d'un doigt en tenant compte du niveau de la section.

En pratique on juge de ces conséquences par l'attitude fixe du doigt ou du segment de doigt correspondant à la section.

La complexité des lésions associées fait d'ailleurs présumer que c'est par l'attitude du doigt après la blessure que l'on pratiquera la meilleure évaluation.

Le B. O. de 1939 avait tenu compte de ces considérations c'est pourquoi nous nous référerons simplement à ses conclusions.

Le chiffre supérieur correspond au degré maximum de flexion ou d'extension.

**BARÈME OFFICIEL :**

Médius tout entier . . . . .	5 à 15	4 à 12
Annulaire tout entier . . . . .	5 à 12	4 à 9
c) Impotence totale définitive de préhension de la main :		
c') Par flexion ou extension permanente de tous les doigts, y compris le pouce (avec ou sans ankylose proprement dite). . . . .	60 à 65	45 à 50
c'') Par flexion ou extension permanente de trois doigts, avec raideur des autres, atrophie de la main et de l'avant-bras, raideur du poignet . . . . .	60 à 65	45 à 50

**MÉTACARPE****PERTE D'UN OU DE PLUSIEURS MÉTACARPIENS****BARÈME OFFICIEL :**

	Membre actif	Membre passif
Cal plus ou moins difforme, saillant, gêne motrice des doigts correspondants. . . . .	5 à 15	4 à 12
Fractures avec perte de substance osseuse sur l'un ou l'autre bord de la main ; déviation secondaire de la main ; écartement ou gêne motrice importante des doigts. . . . .	10 à 20	8 à 15
Fracture de Bennett. . . . .	8 à 15	6 à 12

## MÉTACARPE

### PERTE D'UN OU DE PLUSIEURS MÉTACARPIENS

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Flottement des métacarpiens voisins.

Défaut de résistance de la paume de la main.

Déformation de la main.

Douleurs, si simple résection de la portion distale de l'os — portion de diaphyse laissée libre, contusionnant et déchirant les tissus de la paume de la main.

Noter que la résection partielle, distale, de l'extrémité du métacarpien lors de la désarticulation d'un doigt, n'entraîne aucune majoration.

#### Pouce droit.

Perte des deux phalanges . . . . .	25	20
— et du métacarpien . . . . .	30	24

#### Index.

Perte des trois phalanges . . . . .	15	12
— et du métacarpien II . . . . .	18	15

#### Médius.

Perte des trois phalanges . . . . .	12	10
— et du métacarpien III . . . . .	16	13

#### Annulaire.

Perte des trois phalanges . . . . .	7	6
— et du métacarpien IV . . . . .	12	10

#### Auriculaire.

Perte des trois phalanges . . . . .	8	7
— et du métacarpien V . . . . .	14	12



## FRACTURES DES MÉTACARPIENS

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Pour les métacarpiens en file II, III, IV, V — la déformation, le cal volumineux, vicieux, la déviation de la main, conditionnent la plus grande partie de l'infirmité, le plus ordinairement, par gêne de la préhension et du serrage des objets saisis en cas de saillie palmaire ou par saillie dorsale douloureuse.

Secondairement, le jeu des tendons extenseurs ou fléchisseurs peut être entravé, ce qui aura pour conséquence de la diminution de la mobilité et de la force des doigts.

Pour le métacarpien d'un doigt isolé, savoir qu'il se comporte et doit être coté comme une phalange proximale dont il a la valeur, et ses infirmités sont comparables uniquement à celles de la phalange basale du doigt correspondant.

Dès lors, il faudra strictement évaluer selon la gêne fonctionnelle et la réduction subie par l'aptitude de la main.

La première évaluation — peu après la consolidation — est relativement élevée.

**Pour les métacarpiens :**

I, suivant la gêne de l'opposition du pouce. . . . .	5 à 12	4 à 10
II, si préhension douloureuse, saillie dorsale, freinage du jeu des tendons, retentissements sur les mouvements des autres doigts, etc. . . . .	10	8
III, Id. . . . .	8	6
IV, Id. . . . .	4	3
V, Id. . . . .	4	3

La gêne fonctionnelle à la fin des délais légaux de révision se présente généralement infime.

## FRACTURE DE BENNETT

Fracture de la base du premier métacarpien avec déplacement en arrière (luxation) du fragment diaphysaire et déplacement du fragment basal vers l'éminence thénar. Petite lésion entraînant parfois une infirmité importante.

Avec bonne réduction et consolidation satisfaisante. . . . .	5	4
Avec consolidation vicieuse, déformation, impotence du pouce. . . . .	12 à 15	10
Taux à augmenter si impotence très marquée du pouce.		

## FRACTURE DE PLUSIEURS MÉTACARPIENS. . . . .

6 à 10 4 à 8



## **LUXATIONS DES MÉTACARPIENS**

La consolidation, quand elle est vicieuse, se fait en général angulaire à sommet vers le dos de la main, mais l'attelle formée par le métacarpien voisin, atténue les séquelles qui se résument d'ordinaire dans l'insuffisance d'action des tendons devenus trop courts, à coter selon l'atteinte fonctionnelle et le nombre des segments digitaux intéressés entre 6 p. 100 et 10 p. 100.

L'évaluation de l'I.P.P. — dans ces cas exceptionnels — se fait par analogie avec la gêne fonctionnelle correspondante déterminée par raideurs du poignet ou des doigts.

**Retour**

## **VI. — Muscles et aponévroses des membres supérieurs**

### **BARÈME OFFICIEL :**

#### **LÉSIONS MUSCULAIRES**

Rupture du deltoïde plus ou moins complète. . . . .	10 à 25	8 à 20
Rupture du biceps incomplète. . . . .	8 à 15	6 à 12
Rupture du biceps complète. . . . .	20 à 25	15 à 20
Rupture du triceps partielle. . . . .	10 à 20	8 à 15
Rupture du triceps totale. . . . .	20 à 30	15 à 25
Rétraction de l'aponévrose palmaire (exceptionnellement traumatique) . . .	8 à 20	6 à 15

## VI. — Muscles et aponévroses des membres supérieurs

Rupture du m. deltoïde. . . . .      15 à 25    10 à 20

Rupture du m. biceps :

Étirement par résistance opposée à contraction maxima. Écrasement par choc direct. Rupture tendineuse.

a) après intervention chirurgicale, si résultat normal. . . . .	0	0
— si reliquats légers . . . . .	4	3
b) incomplète, suivant l'étendue de la rupture et l'intensité de l'insuffisance dynamique de la flexion de l'avant bras. . . . .	12	10
c) complète, suivant le degré de suppléance par le muscle brachial antérieur. . . . .	25	20

### MALADIE DE DUPUYTREN

Pour l'imputabilité consulter :

A. PAPELARD : « Médecine légale et Dommage corporel », n° 2. Avril 1968,  
p. 111.

Si l'imputabilité est admise et selon importance des rétractions et la limitation des mouvements articulaires. . . . .      8 à 30    6 à 20

### SYNDROME DE VOLKMANN

Selon le degré de rétraction et l'importance de la perte de la fonction de préhension. . . . .

40 à 70    30 à 60

**Retour**

## VII. — Nerfs et vaisseaux des membres supérieurs

### **BARÈME OFFICIEL :**

Les taux d'invalidité indiqués par le barème s'appliquent à des paralysies totales et complètes, c'est-à-dire atteignant d'une façon complète la totalité des muscles animés par le nerf intéressé.

Au cas de paralysie incomplète, parésie ou simple affaiblissement, comme en cas de paralysie partielle respectant une partie des muscles innervés, le taux d'invalidité subit naturellement une diminution proportionnelle.

Au contraire, l'association de troubles névritiques, douleurs, raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques, agrave plus ou moins l'impuissance et légitime une majoration du taux d'invalidité.

La réaction causalgique comporte à elle seule une invalidité élevée qu'il appartiendra à l'expert d'évaluer.

#### **MEMBRE SUPÉRIEUR**

	D.	G.
Paralysie totale du membre supérieur.	70 à 80	60 à 70
Paralysie radiculaire, supérieure, Duchenne-Erb, comprenant deltoïde, biceps, brachial antérieur, coraco-brachial long supinateur. . . . .	45 à 55	35 à 45
Paralysie radiculaire inférieure (type Klumpke) comprenant les muscles fléchisseurs des doigts ainsi que les petits muscles de la main. . . . .	55 à 65	45 à 55
Paralysie isolée du nerf sous-scapulaire (muscle grand dentelé). . . . .	10 à 20	5 à 15
Paralysie du nerf circonflexe. . . . .	25 à 35	20 à 30

## VII. — Nerfs et vaisseaux des membres supérieurs

Pour préciser les divers syndromes neuro-musculaires, se reporter à l'ouvrage de Mme Athanassio-Benisty, *Formes cliniques des lésions des nerfs*, Masson et Cie, éditeurs, 1918.

Les taux d'invalidité indiqués ici s'appliquent à des paralysies totales et complètes, c'est-à-dire atteignant d'une façon complète la totalité des muscles animés par le nerf intéressé.

En cas de paralysie incomplète, parésie ou simple affaiblissement, comme en cas de paralysie partielle respectant une partie des muscles innervés, le taux d'invalidité subit naturellement une diminution proportionnelle.

Au contraire, l'association de troubles névritiques, douleurs, raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques importants, agrave plus ou moins l'impuissance et légitime une majoration du taux d'invalidité.

La réaction causalgique, en particulier, comporte à elle seule une invalidité très élevée, en raison des douleurs atroces, intolérables, provoquées par la moindre excitation. Se souvenir de ce que les causalgies, ainsi du reste que la plupart des autres troubles sympathiques, peuvent s'améliorer en quelques mois ou en quelques années.

	Côté actif	Côté opposé
Paralysie totale du membre supérieur . . . . .	80	70
Paralysie radiculaire supérieure Duchenne-Erb comprenant deltoïde, biceps, brachial antérieur, coraco-brachial, long supinateur. . . . .	45	35
Paralysie radiculaire inférieure (type Klumpke) comprenant les muscles fléchisseurs des doigts ainsi que les petits muscles de la main . . . . .	60	50
Paralysie isolée du nerf sous-scapulaire (muscle grand dentelé). . . . .	8	6
Paralysie du nerf circonflexe. . . . .	25	20

**BARÈME OFFICIEL :**

Paralysie du nerf musculo-cutané (biceps), cette paralysie permet cependant la flexion de l'avant-bras sur le bras par le long supinateur. . . . .	15 à 25	10 à 20
<b>Paralysie du nerf médian :</b>		
a) Au bras (paralysie des muscles antibrachiaux. . . . .)	45 à 55	35 à 45
b) Au poignet (paralysie de l'éminence thénar anesthésie). . . . .	15 à 25	5 à 15
<b>Paralysie du nerf cubital :</b>		
a) Au bras (muscles antibrachiaux et muscles de la main). . . . .	25 à 35	15 à 25
b) Au poignet (muscles de la main, inter-osseux), l'impotence est sensiblement la même quel que soit le siège de la blessure. . . . .	25 à 35	15 à 25
<b>Paralysie du nerf radial :</b>		
a) Lésion au-dessus de la branche au triceps. . . . .	45 à 55	35 à 45
b) Lésion au-dessous de la branche du triceps (paralysie classique des extenseurs). . . . .	35 à 45	25 à 35
<b>Paralysie associée du médien et du cubital.</b> . . . . .	45 à 55	45 à 55
<b>Syndrome de paralysie du sympathique cervical (Claude Bernard - Horner), myosis enophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale, majoration de . . .</b>	5 à 10	
<b>Syndrome d'excitation du sympathique cervical (Pourfour Du Petit), mydriase exophtalmie, majoration de. . . . .</b>	5 à 10	
<b>Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de. . . . .</b>	5 à 20	
<b>Réaction névritique (douleurs, raideurs, retractions fibreuses, troubles trophiques, etc.), majoration de. . . . .</b>	8 à 50	
<b>Réaction causalgique, majoration de . . . . .</b>	20 à 60	
<b>Œdème dur traumatique. . . . .</b>	8 à 10	6 à 8

	D.	G.
Paralysie du nerf musculo-cutané (biceps); cette paralysie permet cependant la flexion de l'avant-bras sur le bras par le long supinateur. . . . .	20	15
Paralysie du nerf médian :		
a) Au bras (paralysie des muscles antébrachiaux). . . . .	45	35
b) Au poignet (paralysie de l'éminence thénar, anesthésie). . . . .	20	15
Paralysie du nerf cubital :		
a) Au bras (muscles antébrachiaux et muscles de la main) . . . . .		
b) Au poignet (muscles de la main, interosseux), l'impotence est sensiblement la même quel que soit le siège de la blessure. . . . .	30	20
Paralysie du nerf radial :		
a) Lésion au-dessus de la branche du triceps. . . . .	50	40
b) Lésion au-dessous de la branche du triceps (paralysie classique des extenseurs). . . . .	40	30
Paralysie associée du médian et du cubital. . . . .	50	50
Syndrome de paralysie du sympathique cervical (Claude Bernard - Horner), miosis enophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale, majoration de. . .	5 à	10
Syndrome d'excitation du sympathique cervical, mydriase exophtalmie, majoration de. . . . .	5 à	10
Troubles sympathiques réflexes associés ou non à réactions névritiques (douleurs, raideurs, contractions, retractions fibreuses, troubles trophiques, etc.), majoration de. . . . .	10 à	40
Causalgie, vraie, majoration de l'incapacité restante de. . . . .	35 à	80
Douleurs de type causalgique, établies réelles, majoration de l'incapacité restante, de. . . . .	10	
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de l'incapacité restante de. . . . .	15	



**SÉQUELLES DE PLAIES DES NERFS**

Analgésie ou hypoesthésie tactile.

Anesthésie à la pression profonde.

Douleurs spontanées + vives.

Troubles vaso-moteurs.

En sus des troubles moteurs . . . . . 15 et plus

**Douleurs des moignons digitaux avec irradiations antébrachiales ; type « brûlure », type « secousse électrique », etc., ébauchant une causalgie par leurs accès fréquents, leur intensité, etc., majoration de l'incapacité restante de. . . . . 10 à 15**

**CAUSALGIE avec crises douloureuses atroces, intolérables indéfiniment récidivantes. . . . . 35 à 80**

**LIGATURES ARTÉRIELLES  
ET GREFFES ARTÉRIELLES**

Séquelles de — : évaluer par analogie, d'après les troubles fonctionnels, le degré d'incapacité permanente, avec première évaluation assez large, révisable généralement avec réduction importante.

**ANÉVRISMES DIFFUS**

Même observation. Prévoir les complications exceptionnellement graves de tels anévrismes de la région axillaire. Incapacité aggravée par la nécessité des précautions à prendre (danger de mort).

**Retour**

## **LÉSIONS BILATÉRALES DES MEMBRES SUPÉRIEURS**

---

### **MUTILATIONS OU LÉSIONS BILATÉRALES DES MEMBRES SUPÉRIEURS**

#### **BARÈME OFFICIEL :**

Le Barème Officiel indique :

Pour les cas de ce groupe, on ne peut donner aucune méthode simple. Comme certains d'entre eux sont prévus au barème, on obtiendra fréquemment une indication très utile en procédant par analogie. Ainsi, la perte des deux index pourra être évaluée en partant du taux indiqué pour la perte d'un seul index et en opérant par comparaison avec les taux donnés par le barème pour la perte d'un pouce et pour la perte des deux pouces. De même pour des lésions atteignant les deux membres inférieurs, on pourra souvent raisonner par analogie avec le cas de l'amputation des deux pieds.

Exemples :

Ablations simultanées aux deux mains :

Des pouces et de tous les doigts. . . . .	100
Des pouces et de tous les doigts, à l'exception d'un seul. . . . .	95 à 100
Des pouces et de trois ou quatre doigts. . . . .	90 à 95
Des deux pouces. . . . .	60 à 70
Des deux pouces et des deux index. . . . .	80 à 85
Des deux pouces et de trois ou quatre doigts autres que les index. . . . .	70 à 80

## **LÉSIONS BILATÉRALES DES MEMBRES SUPÉRIEURS**

---

### **MUTILATIONS OU LÉSIONS BILATÉRALES DES MEMBRES SUPÉRIEURS**

Une des difficultés auxquelles le médecin se heurte lorsqu'il lui faut évaluer — pour tel ou tel cas d'espèce — le degré de la réduction permanente de la capacité de travail, est celle qu'entraînent les infirmités conditionnées par des lésions bilatérales des membres supérieurs.

Comment résoudre cette difficulté?

Pas d'incertitude pour :

**Perte des deux mains . . . . . 100**

S'il s'agit de lésions bilatérales n'entraînant pas incapacité permanente absolue (100 p. 100), il est plus malaisé de fixer un taux.

Les évaluations sont, en général, ou trop élevées, ou trop faibles, suivant l'opinion personnelle du médecin relativement à la valeur ainsi qu'à l'étendue de la fonction commune des deux membres supérieurs.

Nous rappelons ici les conclusions des précédents rédacteurs du guide barème :

Il paraît possible d'apporter une certaine concordance — et peut-être plus d'équité dans les évaluations — en attribuant un module commun aux différentes atteintes de cette fonction associée du membre supérieur actif et du membre supérieur passif.

On peut choisir :

- a) Soit celui de un dixième de la somme des deux invalidités partielles et l'ajouter à celle-ci pour obtenir le taux global ;
- b) Soit celui de un cinquième de l'évaluation de l'invalidité la plus faible et l'ajouter à la somme des deux invalidités partielles.



Cette dernière technique donne un taux global plus exact et c'est pourquoi nous proposons la formule :

$$x + x' + (x' : 5) = T$$

x, taux le plus élevé ; x' taux le plus faible ; T, taux global.

Exemples :

Perte du pouce droit (deux phalanges)	25
Perte du pouce gauche (deux phalanges)	20
20 : 5 = 4	4
<b>Total</b>	<b>49</b>
Amputation de l'avant-bras droit au tiers moyen	70
Raideurs du poignet gauche	15
15 : 5 = 3	3
<b>Total</b>	<b>88</b>
Ankyloses et raideurs des doigts IV et V de la main droite	12
Arthrite-périarthrite de l'épaule gauche avec raideurs très serrées presque équivalentes d'ankylose	40
12 : 5 = 2,4	2,4
<b>Total</b>	<b>54,4</b>

Pour ces mêmes exemples, la formule :

$$x + x' + (x + x' : 10) = T$$

donnerait 49,5 p. 100, 93,5 p. 100, 52,8 p. 100, chiffres moins adéquats à la réduction vraie de la capacité de travail que ceux de 49 p. 100, 88 p. 100, 54,4 p. 100.

Comment obtenir le taux d'invalidité lorsque l'un des deux membres supérieurs présente une série d'éléments d'incapacité permanente ? et qu'il peut en être de même pour l'autre ?

Une règle d'évaluation constante — sauf exceptions extrêmement rares, tels certains cas de causalgie — est que le taux d'amputation représente le taux maximum des invalidités qui peuvent se trouver dépendre d'un même membre. Ce taux d'amputation ne peut être dépassé.

Or, il se chiffre par 85 p. 100 pour le membre supérieur actif et par 70 p. 100 pour le membre supérieur passif.

Force est alors de sérier pour chaque membre les taux d'invalidités partielles et de calculer la valeur de chacune d'elles sur la capacité restante laissée par la précédente, selon la technique habituelle.



Exemple :

## Membre supérieur actif

Perte de deux phalanges et demie et du médius. . . . .	10
Ankylose du coude en position favorable (angle droit). . . . .	30
Paralysie du nerf médian. . . . .	20
Troubles causalgiques . . . . .	25
<b>Total. . . . .</b>	<b>85</b>

Calcul :

1 <sup>re</sup> invalidité	
30 p. 100 . . . . .	30
Capacité restante : $100 - 30 = 70$ p. 100.	
$70 : (100 : 25) 4 = 17,5$ . . . . .	17,5
Capacité restante : $70 - 17,5 = 52,5$ .	
$52,5 : (100 : 20) 5 = 10,5$ . . . . .	10,5
Capacité restante : $51,5 - 10,5 = 41$ ,	
$41 : (100 : 10) 10 = 4,1$ . . . . .	4,1
<b>Globalement . . . . .</b>	<b>62,2</b>

## Membre supérieur passif

Raideurs du poignet par arthropathie, suite de fracture de l'extrémité inférieure du radius. . . . .	12
--	----

En procédant alors comme ci-dessus indiqué :

a) . . . . .	62,2
b) . . . . .	12
$12 : 5 = 2,4$ . . . . .	2,4
<b>Total. . . . .</b>	<b>76,6</b>

76,6 p. 100 et en ramenant à la demi-unité inférieure, 75,5 p. 100 taux adéquat à la valeur ouvrière encore existante chez un homme qui conserve à peine moins d'un quart de la capacité du travail de son membre supérieur droit, la plus grande partie de la capacité de son membre supérieur gauche ; ses deux membres inférieurs, sa tête, ses divers appareils viscéraux restés indemnes.



[Retour](#)

## CEINTURE PELVIENNE OU BASSIN

Il est impossible de donner d'indications valables touchant un taux moyen étant donnée la variabilité des lésions associées aux diverses fractures du bassin.

Une fracture isolée de l'aile iliaque ne donne lieu qu'à une I.P.P. insignifiante ou même nulle. Une fracture des branches ischio-pubienne ou horizontale du pubis traitée dès le début d'une manière fonctionnelle doit aboutir à un résultat analogue.

Pour les autres fractures, il y aura lieu de tenir compte de trois types de complications.

1<sup>o</sup> Des troubles urinaires pouvant résulter d'une rupture de la vessie ou d'une rupture de l'urètre. On devra tenir compte d'un rétrécissement possible de l'urètre, d'une cystite, de phénomènes d'incontinence, d'un retentissement rénal (voir p. 175).

2<sup>o</sup> Des hématomes sous-péritoneaux ou pelviens peuvent provoquer d'une part des troubles intestinaux et d'autre part des troubles de la circulation veineuse pouvant entraîner de l'œdème du membre inférieur.

3<sup>o</sup> Des troubles neurologiques, soit irritation du nerf obturateur par un cal au niveau du canal sous-pugien.

Soit atteinte des racines au niveau de l'échancrure sciatique par des fragments osseux (topographie des douleurs, atrophie musculaire, paralysies, zones d'anesthésie, atteinte du réflexe achilléen).

Soit, enfin, atteinte des racines au niveau du canal sacré (syndrôme de la queue de cheval avec douleurs, anesthésie en selle, troubles de la miction, impuissance en cas de fracture du sacrum. C'est dans de tels cas graves qu'on pourra arriver à des taux importants d'I.P.P. de l'ordre de 80 % par exemple (alors qu'une fracture simple de l'aileron sacré sans troubles nerveux n'entraînerait par elle-même qu'une I.P.P. très réduite de l'ordre de 5 %).

En ce qui concerne la fracture du coccyx il est fréquent que les radiographies ne confirment pas l'existence de la fracture relatée sur les certificats, ceci par suite de l'extrême variabilité des images radiologiques pour les coccyx les plus dépourvus de lésions traumatiques. On se trouve le plus souvent en présence de la coccygodynie post-traumatique classique dans laquelle existe un élément « fonctionnel » très important. On devra tenir pour très suspecte une coccygodynie persistante depuis plus d'un an.

4<sup>o</sup> Des lésions articulaires. — Elles sont de deux types : d'une part, celles de la symphyse pubienne et des sacro-iliaques ; d'autre part, les lésions coxo-fémorales.

Les douleurs sacro-iliaques seront révélées par les manœuvres classiques destinées à mobiliser électivement les sacro-iliaques (écartement

**FRACTURES DU BASSIN****BARÈME OFFICIEL :**

Partielles (aile iliaque, branche horizontale du pubis et branche ichéopubienne) . . . . .	8 à 18
Double verticale, etc. . . . .	15 à 40
Du cotyle et luxation centrale. . . . .	25 à 70

Léon Imbert indique (loc. cit., 3<sup>e</sup> éd.) :

Fracture double verticale du bassin. . . . .	25
— du cotyle sans luxation centrale. . . . .	30
— du cotyle avec luxation centrale. . . . .	25 à 30
— transcotyloïdienne. . . . .	12 à 15
— isolées de l'arc antérieur. . . . .	15 à 20
— parcellaires isolées de l'aile iliaque. . . . .	0 à 25
— parcellaires isolées de l'ischion. . . . .	5 à 15
— parcellaires isolées du sommet cotyloïdien, de l'épine iliaque, etc. . . . .	0 à 10

et rapprochement des ailes iliaques, écartement contrarié des cuisses fléchies sur le bassin, hyperextension d'une cuisse, l'autre étant fixée en flexion forcée sur le bassin). Selon l'importance des déplacements sacro-iliaques le taux d'I.P.P. pourra aller de 15 à 45 %.

Les lésions de la hanche correspondent aux diverses fractures du cotyle. Les fractures de sourcil cotyloïdien sans déplacement de la tête fémorale ou celles où la luxation associée a été réduite précocement et le fragment cotyloïdien remis en place et vissé peuvent ne s'accompagner que d'une raideur modérée de la hanche. Mais il faut bien savoir que l'arthrose peut n'apparaître ou s'aggraver que longtemps après l'accident.

S'il existe un déplacement persistant de la tête fémorale et surtout s'il s'agit d'une fracture par enfouissement du fond du cotyle avec protrusion intra-pelvienne de la tête, l'infirmité peut être plus importante que celle correspondant à une ankylose de la hanche en bonne position et atteindra le taux de 70 %.

On ne peut donc vraiment pas donner de taux moyen pour les I.P.P. étant donnée la variabilité de l'incapacité, les fractures du bassin allant des très bénignes aux très graves. Sous les réserves que nous avons évoquées on peut se référer aux chiffres du barème officiel étant entendu que sont additionnés les I.P.P. relatives aux complications de la fracture.

Le problème médico-légal posé par la fracture du bassin survenue chez une jeune fille ou une jeune femme comporte l'appréciation de l'incidence obstétricale. Pour évaluer la capacité du bassin la radiopelvimétrie est nécessaire. L'accouchement par les voies naturelles est le plus souvent possible. Sur 19 cas (Thèse J. Rebon, Paris 1967) on ne relève que 4 césariennes faites en raison du rétrécissement lié directement à la fracture du bassin.

## FRACTURES DU BASSIN

### FRACTURES DE L'ARC ANTÉRIEUR

— Branche horizontale du pubis ou branche ischio-pubienne. . . . .	10
— Branche horizontale du pubis et branche ischio-pubienne du même côté. . . . .	15
— Branche horizontale du pubis droit et du pubis gauche associé ou non et fracture d'une branche ischio-pubienne. . . . .	20

### FRACTURES DOUBLES VERTICALES

Ces fractures interrompent du même côté la ceinture pelvienne en avant (fracture du pubis) et en arrière (fracture du sacrum ou des jonctions sacro-iliaques)	30
---	----

### FRACTURES DE L'AILE ILIAQUE

10 à 15

**BARÈME OFFICIEL :****FRACTURES DE L'ARC POSTÉRIEUR****FRACTURES DU SACRUM****BARÈME OFFICIEL :**

a) Aileron. . . . .	5 à 10
b) Verticale ou transversale simple. . . . .	15 à 40
c) Avec troubles sphinctériens et génitaux. . . . .	60 à 80
Fracture du coccyx suivant les séquelles douloureuses. . . . .	5 à 20

**BARÈME OFFICIEL :**

Luxation irréductible du pubis ou relâchement étendu de la symphyse pubienne . . . . .	10 à 25
--	---------

## FRACTURES DE L'ARC POSTÉRIEUR

### FRACTURES DU SACRUM

Rares, non exceptionnelles cependant, les fractures isolées du sacrum sont de gravité très différente selon qu'elles, compromettent uniquement la résistance de l'arc postérieur de la ceinture pelvienne ou selon qu'elles entraînent des troubles nerveux : origines du nerf sacratique (S1, S2, S3), origines du plexus honteux (S1, S2, S3, S4) et du plexus coccygien (S4, S5, C) répondant à tout ou partie des syndromes déterminés par la compression de la moelle sacrée, de la queue de cheval.

D'où troubles moteurs, sensitifs, sphinctériens, génitaux...

- ailerons . . . . . 5
- + invalidité pour atteinte de l'articulation sacro-iliaque souvent concordante.
- verticale ou transversale . . . . . à partir de 10
  - + en fonction des troubles nerveux.

A titre indicatif :

Invalidités pour troubles nerveux, incontinence d'urines 45 %. — Incontinence fécale 50 %. — Impuissance génitale (on indemnise la dépression psychique) 15 %. — Paralysies, algies. Cf. Nerfs du membre inférieur, p. 55.

Lors de l'évaluation des troubles statiques et des différents troubles nerveux constituant un « syndrome de fracture du sacrum », il s'impose de sérier les éléments partiels et de calculer chacun d'eux sur la validité restante (Cf. p. 55).

### FRACTURES, LUXATIONS DU COCCYX

Etre très prudent en raison de l'extrême variabilité des images radiographiques données par les coccyx les plus normaux. La coccygodynies isolée sans lésions anatomiques relève surtout d'un syndrome névrotique.

- simple trouvaille radiographique. . . . . 0°
- avec tiraillements pénibles lors de la flexion du tronc, douleurs lors de la station assise, gêne ± importante de l'usage de la bicyclette, etc.
- Taux moyen de première évaluation (car large amélioration à escompter après deux années). . . . . 8

### FRACTURES DU COTYLE

- Fissure de la cavité cotyloïde-arthropathie consécutive . . . . . 25

**SYMPHYSE PUBIENNE****BARÈME OFFICIEL :**

Luxation irréductible du pubis, ou relâchement étendu  
de la symphyse pubienne. . . . . 10 à 25

Fracture du cotyle avec luxation centrale, raccourcissement, tendance à l'ankylose . . . . .	35 à 50
Fracture du sourcil cotyloïdien . . . . .	8 à 15 selon déplacement

## **ARTICULATIONS SACRO-ILIAQUES**

Les séquelles lésionnelles post-traumatiques des articulations sacro-iliaques répondent au diastasis sacro-iliaque, à la disjonction (entorse) sacro-iliaque, à l'arthropathie sacro-iliaque.

Le diastasis se caractérise par une mobilité anormale du sacrum devenu mal fixé entre les deux os iliaques. Il tourne, bascule, prend une position oblique, asymétrique, dont le rétrécissement est important sur le squelette, particulièrement sur l'équilibre du rachis et sur la statique des membres inférieurs (A. Massart).

La disjonction, l'arthropathie, laissent subsister :

Atteinte portée à la statique pelvienne : les articulations sacro-iliaques transmettent tout le poids du corps aux membres inférieurs.

Douleurs, Gêne de la marche, de l'accroupissement quasi-impossible, du port des fardeaux, etc.

Lumbago symptomatique.

Radios souvent négatives.

<b>DIASTASIS SACRO-ILIAQUE</b> si l'origine traumatique est établie . . .	45
---	----

<b>ARTHROPATHIE CHRONIQUE</b> . . .	15
-------------------------------------	----

## **SYMPHYSE PUBIENNE**

<b>DISJONCTION TRAUMATIQUE SIMPLE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE</b> et, corrélativement, retensement sacro-iliaque avec manque de résistance de la ceinture pelvienne (marche rapidement pénible, impossibilité de porter des fardeaux, douleurs, etc.) . . . . .	10 à 25
---	---------

<b>DISJONCTION DE LA SYMPHYSE PUBIENNE AVEC FRACTURE DU BASSIN.</b> La fracture, le tableau clinique et ses séquelles laissent à l'arrière-plan la luxation symphysaire.	
--	--

[Retour au plan du barème](#)

- [Perte de segments des membres inférieurs](#)
- [Hanches](#)
- [Cuisses](#)
- [Genou](#)
- [Appareil extenseur de la jambe sur la cuisse](#)
- [Jambe](#)
- [Lésions de la mortaise tibio-péronière et de l'ensemble articulaire tibial-péronier-tarsien](#)
- [Articulation tibio-tarsienne](#)
- [Pied](#)
- [Muscles, vaisseaux et nerfs des membres inférieurs](#)

**Retour**

## **MEMBRES INFÉRIEURS**

---

### **PERTE DE SEGMENTS DES MEMBRES INFÉRIEURS**

#### **BARÈME OFFICIEL :**

<b>Amputation intertrochantérienne.</b>	90 à 95
— sous-trochantérienne.	80 à 90
— au tiers moyen.	75 à 80
— au tiers inférieur.	70 à 75
<b>Désarticulation du genou.</b>	70 à 75
<b>Amputation de la jambe au tiers supérieur.</b>	65 à 70
— de la jambe au tiers moyen ou inférieur	60 à 65
— des deux jambes.	90 à 100
<b>Désarticulation tibio-tarsienne (Syme ou Guyon).</b>	85 à 100
<b>Désarticulation médio-tarsienne (Chopart) :</b>	
<b>Bonne attitude et mobilité suffisante du moignon.</b>	30 à 35
<b>Mauvaise attitude par bascule du moignon avec marche sur l'extrémité du moignon.</b>	40 à 45
<b>Sous-astragalienne.</b>	35 à 40
<b>Opération de Pirogoff.</b>	35 à 40
<b>Opération de Ricard.</b>	30 à 35
<b>Astragalectomie.</b>	25 à 30
<b>Désarticulation de Lisfranc.</b>	30 à 35
<b>Ablation de tous les orteils, y compris le gros orteil</b>	20 à 30

## MEMBRES INFÉRIEURS

---

### PERTE DE SEGMENTS DES MEMBRES INFÉRIEURS

Cuisse. Désarticulation coxo-fémorale . . . . .	95
Amputation inter-trochantérienne . . . . .	90
Amputation sous-trochantérienne . . . . .	85
Amputation au tiers moyen. . . . .	75 à 80
Amputation au tiers inférieur. . . . .	70 à 75
Genou. Désarticulation. . . . .	70 à 75
Jambe. Amputation au tiers supérieur . . . . .	65 à 70
Jambe. Amputation au tiers moyen et tiers inférieur. . . . .	60 à 65
Amputation des deux jambes. . . . .	100
Pied. Amputation de Syme. . . . .	50
Désarticulation tibio-tarsienne. . . . .	50
Opération de Pirogoff. . . . .	50
Opération de Ricard. Amputation inter-tibio-calcanéenne. . . . .	45
Désarticulation médio-tarsienne de Chopard. . . . .	45
Désarticulation tarso-métatarsienne de Lisfranc. . . . .	35 à 40
Perte des cinq orteils. . . . .	25 à 30

**Voir schéma page 287**

Les évaluations des désarticulations du pied sont surtout aggravées par un appui plantaire défectueux (varus, valgus, équin) et par les troubles trophiques concomitants.

Suite page 299



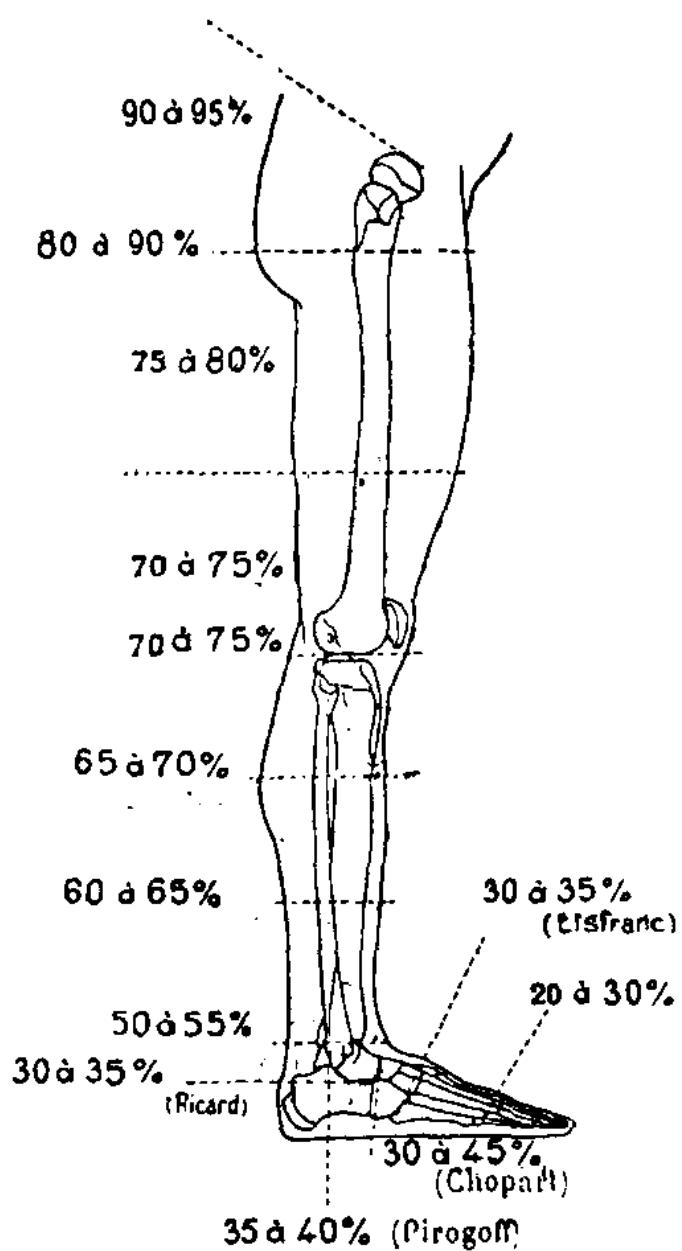


Fig. 26. — Degrés d'incapacité répondant à la disparition anatomique des divers segments de l'un ou l'autre membre inférieur

**Retour**

## HANCHES

---

**BARÈME OFFICIEL :****FRACTURES**

(Voir ci-après : raideurs, ankyloses, etc.)

**Raideurs articulaires . . . . .** 8 à 40**ANKYLOSES COMPLÈTES**

a) En rectitude. . . . .	50 à 55
b) En mauvaise attitude (flexion, adduction, abduction, rotation). . . . .	65 à 70
c) Des deux hanches . . . . .	90 à 100
Hanche ballante. . . . .	75 à 80
Désarticulation de la hanche. . . . .	95
Amputation Interilio-abdominale. . . . .	100

## HANCHES

Les mouvements sont :

Extension (cuisse portée en arrière) : angle de 10° à 20° avec l'axe vertical du membre inférieur.

Flexion (cuisse portée en avant, puis rapprochée au maximum de l'abdomen) : angle de 80° à 110° avec l'axe vertical du membre. > Obèses < Sujets maigres.

Abduction : angle de 45° à 60° avec l'axe vertical médian intercrural.

Adduction (cuisse se rapprochant de celle opposée).

Rotation de la cuisse (et corrélativement du pied en dehors et en dedans).

### FRACTURES DE LA HANCHE. (Voir ci-après Raideurs et Ankyloses.)

### CONTUSIONS ET ARTHROPATHIES CHRONIQUES POST-TRAUMATIQUES DE LA HANCHE. (Voir ci-après Raideurs et Ankyloses.)

Les séquelles des fractures, des luxations réduites, des irréductibles, contusions, etc., de la hanche aboutissent à l'ankylose ou à des raideurs articulaires. Celles-ci, par l'immobilisation du membre inférieur qu'elles entraînent, représentent l'élément capital de l'invalidité entraînée par les fractures, luxations, arthrites.

En ce qui concerne les aspects médico-légaux de la nécrose aseptique de la tête fémorale consulter :

1. ARCADO, GACON et ROCHE : « Médecine légale et dommage corporel », n° 2, avril 1968, p. 154.
2. MICHaux et CURTES : « Médecine légale et dommage corporel », n° 4, octobre 1968, p. 371.

### ANKYLOSE DE LA HANCHE

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Direction de la cuisse immobilisée : la rectitude est la position la moins défavorable.

Douleurs.

Gêne de la station debout et de la marche.

Amyotrophie.



Ankylose en rectitude. . . . . 50 à 55

Il faut bien savoir que pour la marche, la station debout, etc., l'immobilisation de l'articulation coxofémorale en bonne position n'entraîne pas une infirmité supérieure, sinon de très peu, à celle déterminée par l'ankylose du genou.

Il en va différemment pour :

Ankylose en mauvaise position (flexion, adduction, abduction, rotation). . . . . 65 à 70

**ANKYLOSE DES DEUX HANCHES =**  
incapacité totale . . . . . 100

### RAIDEURS ARTICULAIRES

Les évaluations sont surtout fonction :

- a) de l'étendue de la flexion-extension — b) de l'amplitude de l'abduction — c) de la possibilité ou non de l'accroupissement.

Si la limitation des mouvements garde une amplitude favorable. . . . . 8 à 20

Si l'angle de mobilité est insuffisant ou si les mouvements possibles se font en attitude défavorable. . . . . 25 à 40

**PSEUDARTHROSE** (hanche ballante) . 75 à 80

**DÉSARTICULATION DE LA HANCHE** 95

**DÉSARTICULATION INTER-ILIO-ABDOMINALE** . . . . . 100

### NECROSE DE LA TÊTE FÉMORALE

(en particulier après luxation traumatique) :  
I.P.P. en fonction du retentissement articulaire.

**Retour****CUISSE****FRACTURES****FRACTURES DU FÉMUR****BARÈME OFFICIEL :**

Fractures du col du fémur. . . . .	15 à 85
Fractures de la diaphyse du fémur (raccourcissement non compris). . . . .	10 à 70
Cal vicieux consolidant en crosse une fracture sous-trochantérienne et accompagné de grand raccourcissement et de douleurs. . . . .	65 à 70
Pseudarthrose. . . . .	60 à 70

## **CUISSE**

### **FRACTURES**

#### **FRACTURES DU FÉMUR**

Éléments dominants de l'I.P.P. (Ce n'est pas la fracture en soi qui comporte le taux, mais les séquelles de la fracture) :

Cal vicieux, déplacement du grand trochanter.

Raccourcissement du membre.

Rotation en dehors et en dedans.

Raldeurs articulaires (hanche : limitation de l'abduction, de la flexion ; genou : travail à faux par désaxage et arthrite chronique).

Amyotrophie.

Exceptionnellement, lésions vasculaires et nerveuses.

La somme des invalidités partielles conditionnées par ces divers éléments ne saurait dépasser le degré d'invalidité entraîné par la perte du membre au niveau correspondant.



## FRACTURES DU COL DU FÉMUR

Éléments dominants de l'I.P.P. dans les fractures du col du fémur :

Défaut de consolidation ou absence de consolidation.

Réduction  $\pm$  importante de l'abduction.

Difficulté  $\pm$  grande de l'accroupissement.

Déviation du pied.

Age du blessé.

Le barème officiel a été réellement trop imprécis.

Cas de très bon résultat anatomique (fracture bien consolidée chez un sujet jeune sans gêne fonctionnelle importante, sans ostéochondrite de la tête).	15	à	25
Cas d'un blessé d'une cinquantaine d'années, limitation marquée des mouvements de la hanche. . . . .	35	à	45
Cas d'un blessé de 60 ans et plus, boiterie, déformation en coxa vara, gêne articulaire marquée, marche difficile. . . . .	60	à	70
Cas de pseudarthrose du col, si la pseudarthrose comporte un bon appui pelvien avec boiterie compatible avec la marche. . . . .	75	à	80
Cas de pseudarthrose lâche, marche très difficile, grosse déformation, attitude vicieuse du membre inférieur. . .	85	à	90

## FRACTURES DE LA DIAPHYSE DU FÉMUR

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Raccourcissement. Déxasage par chevauchement des fragments.

Angulation.

Amyotrophie.

Retentissement articulaire.

Age du blessé.

Fracture diaphysaire du fémur, chez ouvrier jeune, sans séquelles graves, raccourcissement ne dépassant pas 4 centimètres . . . . .	10
— chez ouvrier âgé de 40-45 ans, avec cal laissant un peu à désirer, douleurs, atrophie musculaire, raccourcissement ne dépassant pas 4 centimètres.	20



— chez ouvrier ayant dépassé la cinquantaine, raideurs articulaires, amyotrophie prononcée, faiblesse du membre inférieur, cal difforme, angulation, raccourcissement entre 9 et 10 centimètres, cas graves). . . . . 65

**PSEUDARTHROSE DU FÉMUR . . . . . 70**

**RACCOUCISSEMENT seul d'un membre inférieur.**

Raccourcissement	Incapacité B.O. 1939	
	p. 100	p. 100
10 cm. . . . .	30	30 à 40 -
9 — . . . . .	28	25 à 30
8 — . . . . .	24	15 à 25
7 — . . . . .	21	15 à 25
6 — . . . . .	18	10 à 15
5 — . . . . .	15	10 à 15
4 — . . . . .	9	10 à 15
3 — . . . . .	4	3 à 5
Moins de 2 — . . . . .	0	0

Le raccourcissement tient une place importante dans les conséquences des fractures des membres inférieurs. La détermination exacte du raccourcissement est souvent malaisée.

Car d'une part une désaxation du bassin entraîne une obliquité différente des deux membres inférieurs. Or on obtient un raccourcissement apparent de un centimètre quand le membre se déplace de 10° de l'axe



vertical et d'autre part il est souvent difficile de repérer avec exactitude l'épine iliaque antéro-supérieure.

La simple mensuration épine iliaque antéro-supérieure pointe de la malléole externe est donc assez imprécise.

On peut après s'être assuré que la ligne joignant les deux épinces iliaques antéro-supérieures est bien perpendiculaire à l'axe du corps mesurer la distance ombilic pointe de la malléole interne.

Pour la jambe, on peut mesurer, sur le genou fléchi, la distance qui sépare l'interligne du genou de la pointe de la malléole externe.

# BARÈME OFFICIEL:

## GENOU

**Retour**

### **BARÈME OFFICIEL :**

L'amplitude en degrés des mouvements de flexion et d'extension du genou se mesure dans tous les cas entre 180° : extension complète, et 30° : flexion complète.

#### **FRACTURES**

(Voir ci-après : raideurs, ankyloses, etc.)

#### **RAIDEURS ARTICULAIRES**

Avec ou sans laxité, latérale ou postéro-antérieure      5 à 30

#### **ANKYLOSES COMPLÈTES**

La position d'ankylose du genou est dite en extension de 180° à 135°.

Elle est dite en flexion de 135° jusqu'à 30°.

a) Position favorable :

En extension complète à 180° ou presque complète jusqu'à 135°.      30 à 35

b) Position défavorable :

En flexion, c'est-à-dire à partir de 135° jusqu'à 30°.      60 à 65

Maladie de Pelligrini et de Hoffa.      8 à 10

#### **ENTORSE — HYDARTHROSE**

Hydarthrose légère.      5 à 10

Hydarthrose chronique à poussées récidivantes, avec amyotrophie marquée.      10 à 20

Hydarthrose chronique double volumineuse avec amyotrophie bilatérale.      25 à 35

Rupture ou luxation du ménisque du genou.      10 à 30

Rupture du tendon rotulien (ou quadriceps).      10 à 15

Rupture du ligament rotulien.      10 à 15

Corps étrangers traumatiques.      5 à 25

#### **FRACTURES**

De l'extrémité inférieure du fémur (selon variétés).      20 à 50

De l'extrémité supérieure du tibia (voir plus haut).

Combinées (voir : raideurs articulaires, ankyloses).

#### **CALS VICIEUX**

a) Déterminant après ankylose en extension le genu valgum.      50 à 55

## GENOU

### DÉSARTICULATION DU GENOU. . . 70

Le degré d'invalidité résultant de ces fractures dépend du retentissement de leurs séquelles sur la mobilité, l'articulation (ankylose, raideurs articulaires), sur la solidité de l'article ou de ce qui en reste ; sur l'aplomb de la colonne tibiale, etc.

### ANKYLOSES DU GENOU

Éléments dominants de l'I.P.P.:

Position favorable ou défavorable de la jambe par rapport à l'axe du membre.

Cal vicieux de l'extrémité inférieure du fémur.

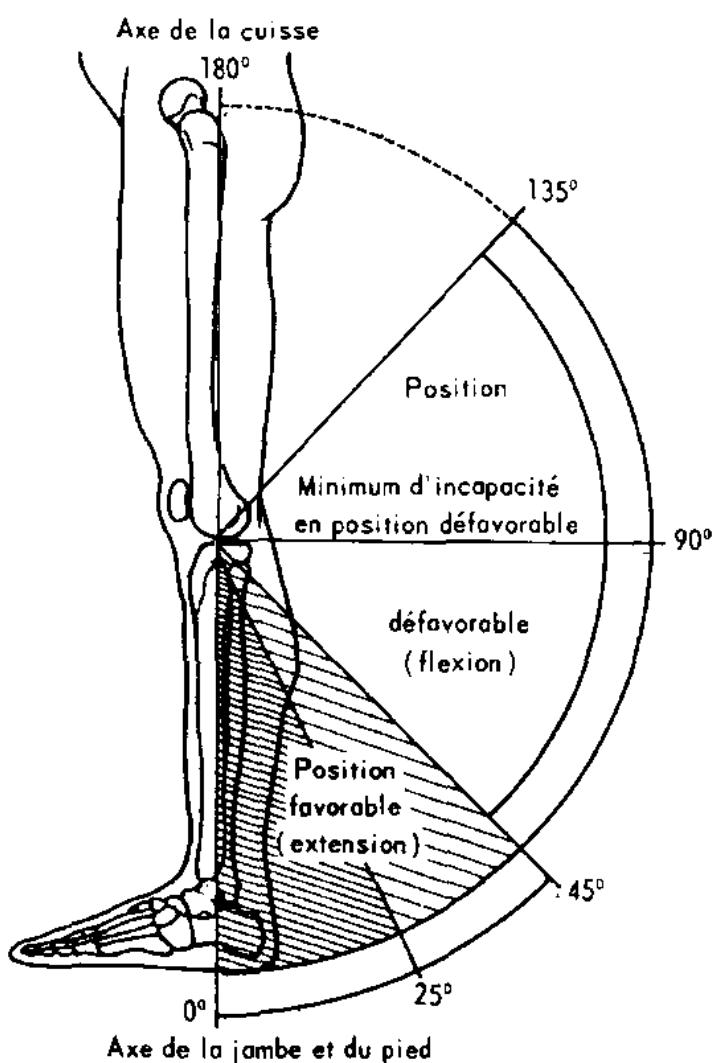


Fig. 29. — Limitation des mouvements de flexion et d'extension de la jambe dans l'ankylose ou les raideurs du genou (jambe gauche).

On mesure l'angle formé par l'axe de la jambe avec la verticale lorsque la flexion l'éloigne de celle-ci. 0° correspond à l'extension totale selon la nomenclature internationale.

Suite page 315

**BARÈME OFFICIEL:**

b) Déterminant après ankylose en extension le genu varum. . . . . 50 à 55

**PSEUDARTHROSE**

Consécutive à une résection du genou :

a) Si le raccourcissement ne dépasse pas 6 centimètres et si le genou n'est pas ballant. . . . . 50 à 55

b) Genou ballant. . . . . 60 à 65

Désarticulation. . . . . 70 à 75

Ankylose en position très favorable,  
c'est-à-dire en rectitude (extension  
complète) . . . . . 35

Au-delà de 20° de flexion, ajouter 5 p. 100 par quinze degrés  
de flexion en sus :

$$\begin{aligned} 30^\circ &\equiv 35 \text{ p. } 100 + 5 \equiv 40 \text{ p. } 100 \\ 45^\circ &\equiv 40 \text{ p. } 100 + 5 \equiv 45 \text{ p. } 100 \\ 60^\circ &\equiv 45 \text{ p. } 100 + 5 \equiv 50 \text{ p. } 100 \\ 75^\circ &\equiv 50 \text{ p. } 100 + 5 \equiv 55 \text{ p. } 100 \\ \text{taux maximum. . . . .} &60 \text{ p. } 100 \end{aligned}$$

Déviation de la jambe en varus ou en  
valgus, en sus. . . . . 5

## RAIDEURS ARTICULAIRES DU GENOU

Pour apprécier le degré de limitation des mouvements de flexion et d'extension on peut utiliser un rapporteur, surtout lorsque la flexion ne dépasse pas 90°. Au-delà de ce degré de flexion il est plus simple de mesurer la distance talon fesse et de la comparer à celle du côté sain.

Raideurs du genou avec mouvements se produisant dans la zone d'attitude favo- rable, 180°-135° (0°-45°). . . . .	15
— dans la zone d'attitude défavorable, 135°-30° (45°-150°). . . . .	30

## ENTORSE DU GENOU

Éléments dominants de l'I.P.P. lorsqu'il y a des séquelles, car très souvent l'entorse du genou se termine par guérison après incapacité temporaire de durée très variable.

Déformation + globuleuse, empâtement, effacement des méplats, fossettes, sillons, saillies, etc.

Laxité du genou (atteinte à l'intégrité des ligaments latéraux interne et externe (mouvements anormaux de latéralité) des ligaments croisés (mouvements de tiroir ou de mobilité antéro-postérieure).

En ce qui concerne les mouvements de latéralité il faut non seulement rechercher ceux-ci dans la position d'extension complète, mais encore comparer l'étendue des mouvements de latéralité sur le genou blessé en légère flexion avec celle, physiologique, existant sur le genou sain.

En ce qui concerne les mouvements de tiroir toujours comparer avec le genou sain. Il est fréquent d'observer une laxité antéro-postérieure constitutionnelle qui est alors bilatérale et symétrique.

Complications méniscales.

Hydarthrose chronique.

Limitation de l'extension, — de la flexion (attention à la limitation de l'extension).

Douleurs et fatigabilité lors de la marche, de l'ascension d'esca-  
lier, etc.

(1) Les angles de flexion sont relevés avec une équerre en bois à branches mobiles, dite pour tracés géométriques au tableau noir, et mesurés au rapporteur.



**Amyotrophie de la cuisse.**

Il y a lieu de préciser à quelle distance de la base de la rotule se fait la mensuration du périmètre en signalant que la différence est souvent plus sensible sur le périmètre situé assez bas (à 10 cm de la base de la rotule).

<b>Séquelles modérées d'entorse du genou, avec douleurs ligamentaires, légère réaction articulaire avec diminution de la flexion, mais possibilité d'accroupissement. . . . .</b>	12	à	15
<b>Séquelles plus importantes d'entorse du genou, avec augmentation de volume de l'articulation (empâtement et infiltration ou bien hydarthrose chronique) ; atrophie musculaire de la cuisse ; limitation de la flexion ne permettant pas l'accroupissement, fatigabilité rapide et nécessité de marcher avec une canne ; impossibilité de porter des fardeaux, etc. . . . .</b>	20	à	25
<b>Séquelles très importantes avec en outre laxité du genou, soit mouvements de latéralité, soit mouvements de tiroir . . . . .</b>	30	à	35

**MÉNISQUES DU GENOU**

Déchirure, Fissure. Désinsertion. Luxation simple et sub-luxation. Luxation avec déchirure.

Méniscite chronique. Le ménisque interne est le plus fréquemment lésé.

Reliquats après méniscectomie.

Syndrome méniscal — diagnostiqué tout d'abord « entorse du genou » avec hémarthrose — révélé ensuite par le blocage caractéristique, les douleurs périodiques, l'hydarthrose inconstante, mais le plus souvent récidivante, la douleur décelée par l'examen de l'interligne, etc.

Consulter :

J. LARUE : Séquelles des meniscectomies, « Médecine légale et dommage corporel », T. 1, n° 3, juillet 1968, p. 306.

<b>Suivant fréquence et intensité du blocage gênant plus ou moins le travail. . . . .</b>	20
---	----

<b>MÉNISCITE CHRONIQUE. . . . .</b>	8
-------------------------------------	---

Douleur siégeant au niveau de l'interligne articulaire dans sa région interne (méniscite externe, exceptionnelle) — déficit de l'extension de la jambe → pas de blocage — gêne fonctionnelle peu importante, toujours exagérée par l'intéressé.

**RELIQUATS APRÈS MÉNISCECTOMIE** ne peuvent être appréciés qu'en fonction de la limitation des mouvements, de l'hydarthrose, de l'atrophie.



<b>ABSENCE DE RELIQUATS</b> (cas fréquents) . . . . .	0
---	---

**MALADIE DE HOFFA**

Tuméfaction douloureuse formée de chaque côté du tendon rotulien de la graisse de ligament adipeux partiellement déchiré. Association fréquente avec lésion méniscale. . . . .	7
--	---

<b>ARTHROPATHIE CHRONIQUE</b> post-traumatique avec douleurs, laxité ou raidissements articulaires, reliquats d'hémarthrose, hydarthrose récidivante, atrophie musculaire, taux maximum. . . . .	25
--	----

**HYDARTHROSE CHRONIQUE OU RÉCIDIVANTE**

Forme légère . . . . .	10
— moyenne. . . . .	20

Formes graves (liées habituellement à l'entorse du genou).

<b>CICATRICES DU CREUX POPLITÉ</b> entravant l'extension complète ; extension limitée :	
a) Entre 135° et 170° . . . . .	25
b) Entre 90° et 135° . . . . .	40
c) Jusqu'à 90° au moins . . . . .	60

<b>GENU VALGUM PAR CAL VICIEUX</b> et ankylose en extension (jambe dé-saxée et devenue oblique de dedans en dehors). . . . .	45
--	----

<b>GENU VARUM PAR CAL VICIEUX</b> et ankylose en extension (jambe dé-saxée et devenue oblique de dehors en dedans) . . . . .	50
--	----

<b>PSEUDARTHROSE</b> (genou ballant) . . .	60
--	----

Appareillage nécessaire.

<b>HYGROMA PRÉROTULIEN</b> (si relation admise avec un traumatisme) . . . .	1 à 2
Si existence de fistule. . . . .	6 à 10

**ARTHROPATHIE TABÉTIQUE DU GENOU**

Évaluation entre 20 et 55 p. 100, si l'imputation par aggravation est admise (voir Pied tabétique, p. 339 et 357).

**Retour**

**APPAREIL EXTENSEUR  
DE LA JAMBE SUR LA CUISSE**

**BARÈME OFFICIEL :****FRACTURES DE LA ROTULE**

a) Fracture parcellaire. . . . .	5 à 8
b) Cal osseux ou fibreux court, bonne extension, flexion peu limitée. . . . .	10 à 15
c) Cal fibreux long, extension active complète, mais faible, flexion peu limitée. . . . .	20 à 25
d) Cal fibreux long, extension active, presque nulle, atrophie notable de la cuisse. . . . .	40 à 45
e) Fractures verticales. . . . .	10 à 15

**ABLATION DE LA ROTULE (patellectomie)**

Avec genou libre, atrophie notable du triceps et extension insuffisante. . . . .	5 à 30
Combinée à des raideurs du genou. . . . .	30 à 40

## APPAREIL EXTENSEUR DE LA JAMBE SUR LA CUISSE

L'atteinte traumatique peut entraîner :

- Rupture sus-rotulienne du tendon du quadriceps fémoral.
- Fracture de la rotule.
- Rupture du ligament rotulien.
- Arrachement de la tubérosité antérieure du tibia.

### a) RUPTURE DU TENDON QUADRICEPS CRURAL . . . . . 20

Éléments dominants de l'I.P.P. :

- Résultats insuffisants de la ténorraphie.
- Raideurs articulaires du genou (ouverture de la synoviale, hémarthrose, Amyotrophie).
- Impotence ± prononcée de l'extension de la jambe.

### b) FRACTURE TRANSVERSALE DE LA ROTULE

Éléments dominants de l'I.P.P. :

- Diminution ou suppression du mouvement d'extension de la jambe.
- Freinage et limitation d'amplitude de la flexion de la jambe.
- Difficulté de la marche.
- Arthropathie et raideurs articulaires du genou. Séquelles d'hémarthrose.
- Amyotrophie du quadriceps crural.

**Séquelles minimes, cal solide et court, extension satisfaisante . . . . .** 10 à 15

**Séquelles de gravité moyenne, cal fibreux étiré, allongé, déficience dans la force d'extension de la jambe avec boiterie et gêne importante de la marche . . . . .** 35

**Séquelles graves — fragments trop éloignés, arthropathie secondairement développée... — marche à peu près impossible sans appareillage ou sans béquilles . . . . .** 50 et plus

**c) FRACTURE LONGITUDINALE DE LA ROTULE. Suivant le retentissement articulaire . . . . .** 8

**d) RUPTURE DU LIGAMENT (TENDON) ROTULIEN ou tibio-rotulien . . . . .** 20

**Retour**

## **JAMBE**

### **BARÈME OFFICIEL :**

#### **AMPUTATIONS**

Amputation de la jambe au tiers supérieur . . . . .	65 à 70
— de la jambe au tiers moyen ou inférieur. . . . .	60 à 65
— des deux jambes. . . . .	90 à 100

#### **FRACTURES**

##### **Fracture du péroné seul :**

En haut (sans complication). . . . .	0 à 2
De la diaphyse . . . . .	0 à 2
Malléole externe (simple). . . . .	4 à 12

##### **Fracture du tibia seul :**

Toute l'extrémité supérieure. . . . .	15 à 50
Tubérosité antérieure. . . . .	5 à 10
De la diaphyse. . . . .	5 à 15
Malléole interne (simple). . . . .	5 à 20

##### **Fractures simultanées de la diaphyse des deux os simples). . . . .**

8 à 12

##### **Fracture sus-malléolaire (simple). . . . .**

8 à 15

##### **Fracture bi-malléolaire simple. . . . .**

10 à 20

#### **RAIDEURS ARTICULAIRES**

(Voir genou-pied)

Suite page 324

e) Elongation du tendon rotulien. Selon le résultat opératoire . . . . .	12
f) ARRACHEMENT DE LA TUBÉROSITÉ ANTÉRIEURE DU TIBIA avec désinsertion du ligament rotulien, insuffisance de l'extension de la jambe, douleurs de la marche, etc. . . . .	15
g) ABLATION DE LA ROTULE (PATELECTOMIE).  Selon l'importance de l'atrophie du quadriceps et de la limitation des mouvements du genou (notamment de l'extension active) . . . . .	15 à 40

**LUXATIONS DE LA ROTULE**

Consulter :

G. GACON : Aspect médico-légal de la luxation récidivante de la rotule.  
 « Médecine légale et dommage corporel », n° 2, avril 1968, p. 124.

En tenant compte du fait que la luxation pure est assez rare et que souvent il existe une malformation congénitale préexistante ;

Si luxations récidivantes. . . . .

15 à 25

**JAMBÉ****AMPUTATIONS**

Amputation au tiers supérieur . . . . .	65
Amputation au tiers moyen et inférieur. . . . .	60

**FRACTURES DU PÉRONÉ**

I.P.P. seulement si séquelles. Par elle-même, la fracture ne comporte aucune indemnisation.

Fracture de l'extrémité supérieure . . . . .	0 à 2
Fracture diaphysaire . . . . .	2
Fracture malléolaire externe. . . . .	7
— avec raideurs tibio-tarsiennes, élargissement tibio - péronier douleurs, troubles nerveux, infiltration . . . . .	18

**FRACTURES DU TIBIA****FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU TIBIA****FRACTURE DU PLATEAU TIBIAL**

Degré d'incapacité à fixer d'après l'ankylose ou les raideurs du genou et la déviation angulaire plus ou moins prononcée — donc, oscillation possible entre 15 p. 100 et 40 p. 100 ou davantage, avec en moyenne 25 p. 100 à la consolidation avec séquelles d'importance moyenne.

**BARÈME OFFICIEL:****CALS VICIEUX**

a) Consécutifs à des fractures malléolaires :

a<sup>1</sup>) Déplacement du pied en dedans :

Plante du pied tendant à regarder le pied sain, la marche et la station debout se faisant sur le bord externe du pied . . .

20 à 40

a<sup>2</sup>) Déplacement du pied en dehors :

Plante du pied basculant et regardant en dehors, la marche et la station debout s'effectuant sur la partie interne de la plante du pied, voire sur le bord interne. . . . .

20 à 45

b) Consécutifs à des fractures de la diaphyse :

b<sup>1</sup>) Consolidation rectiligne, avec raccourcissement de trois à quatre centimètres, gros cal saillant, atrophie plus ou moins accusée. . . . .

15 à 25

b<sup>2</sup>) Consolidation angulaire, avec déviation de la jambe en dehors ou en dedans, déviation secondaire du pied, raccourcissement de plus de quatre centimètres ; marche possible. . . . .

30 à 40

b<sup>3</sup>) Consolidation angulaire, ou raccourcissement considérable, marche impossible. . . . .

55 à 60

Pseudarthrose des deux os. . . . .

55 à 60

**FRACTURES DIAPHYSAIRES DU TIBIA**

Comme pour toutes les fractures, il faut l'existence de séquelles pour justifier un taux d'I.P.P. La seule rupture de la colonne tibiale n'en conditionne aucun, surtout lors de la révision.

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Raccourcissement.

Atrophie musculaire.

Consolidation avec cal vicieux et angulation qui entraînent désaxage et retentissement articulaire (tibio-tarsienne, genou).

Déviation du pied en valgus, plus rarement en varus.

Douleurs.

Difficulté de la marche (claudication), de l'ascension d'escaliers ou d'échelles et plus encore de la descente, de la station debout prolongée, de l'accroupissement, etc.

Age du blessé.

**A) FRACTURE ISOLÉE DU TIBIA**

Le péroné reste intact, sert d'attelle au tibia fracturé, et les séquelles, après consolidation, sont minimes : ni chevauchement important, ni angulation, ni raccourcissement.

Fracture diaphysaire du tibia, avec péroné intact . . . . . 10

(Évaluation essentiellement révisable dans les délais légaux.)

**B) FRACTURE DU TIBIA ET DU PÉRONÉ**

Fractures diaphysaires des deux os de la jambe avec raccourcissement, angulation, œdème persistant, etc.

Taux moyens d'incapacité conditionnée par le seul raccourcissement :

De 7 à 10 cm. et au-delà . . . . .	30
— 6 cm. . . . .	18
— 5 — . . . . .	15
— 4 — . . . . .	9
— 3 — . . . . .	4
Moins de 2 cm. . . . .	0

Taux d'incapacité globale :

Fracture diaphysaire du tibia et du péroné, chez ouvrier jeune, sans séquelles graves, raccourcissement ne dépassant pas quatre centimètres . . . . .	12
— chez ouvrier de 40-50 ans, syndrome de gravité moyenne, raccourcissement de moins de cinq centimètres . . . . .	25

**Retour****LÉSIONS DE LA MORTAISE TIBIO-PÉRONIÈRE  
ET DE L'ENSEMBLE ARTICULAIRE  
TIBIAL-PÉRONIER-TARSIEN,****BARÈME OFFICIEL :**

Fracture malléole externe . . . . .	4 à 12
Fracture malléole interne seule. . . . .	5 à 20
E. Imbert indique (loc. cit.) :	
Fractures isolées de la malléole externe. . . . .	10 à 14
Fractures isolées de la malléole interne. . . . .	12 à 18
Fractures bi-malléolaires :	
Avec diastasis et valgus. . . . .	30
Sans diastasis ni valgus. . . . .	22 à 23

Fracture diaphysaire du tibia et du péroné chez ouvrier âgé, avec grosse impotence (raccourcissement) retentissement articulaire, atrophie des muscles et faiblesse de la jambe, léger valgus, etc). . . . .	40
--	----

**FRACTURES SUS-MALLÉOLAIRES**

Mêmes chiffres que pour la fracture diaphysaire, augmentés d'un quart.

PSEUDARTHROSE DES DEUX OS DE LA JAMBE . . . . .	55
---	----

**LÉSIONS DE LA MORTAISE TIBIO-PÉRONIÈRE ET DE L'ENSEMBLE ARTICULAIRE TIBIAL-PÉRONIER-TARSIEN**

La cheville comprend : malléole externe et portion contiguë du calcaneum — malléole interne et apophyse interne du calcaneum — interligne tibio-astragalien, extrémité inférieure du tibia, astragale — face calcaneenne supérieure et tendon d'Achille.

**a) ENTORSE SIMPLE. Cf. p. 333****b) FRACTURE MALLÉOLAIRE EXTERNE ISOLÉE**

— juxta malléolaire (sus-génienne) . . .	3
— malléolaire proprement dite (génienne). Bonne réduction, soudure osseuse solide sans diastasis, légère réaction articulaire persistante. Première évaluation, au voisinage de . . . . .	10
Evaluation au terme des délais légaux de la révision . . . . .	5
Consolidation vicieuse, diastasis qui implique mauvaise fixation du tendon astragalien par les joues de la mortaise.	20

**c) FRACTURE MALLÉOLAIRE INTERNE ISOLÉE**

Bonne réduction, soudure osseuse solide sans diastasis, légère arthropathie chronique . . . . .	5
---	---



- Pseudarthrose de la malléole interne  
(pouvant être associée à un diastasis) . . . . . 20

#### d) FRACTURES BI-MALLÉOLAIRES

##### FRACTURE DE DUPUYTREN (par abduction)

Arrachement de la malléole interne à sa base.

Fracture -- haute (à 5, 7, 10, 12 cm. au-dessus de la pointe de la malléole) du péroné. Rupture ligamentaire ± considérable. Diastasis tibio-péronier.

Assez souvent, détachement d'un troisième fragment tibial postérieur, ou antérieur parfois : fracture marginale.

La gravité des séquelles est faite de la réduction vicieuse de la fracture péronière qui écarte la joue externe de la mortaise.

##### FRACTURE DE TILLAUX (par adduction) bigénienne, c'est-à-dire rupture basse du péroné.

Éléments dominants de l'I.P.P. suite de ces deux dernières fractures :

Désaxage entraînant mauvais aplomb du membre.

Écartement malléolaire entraînant un diastasis ± prononcé.

Déviation du pied en dehors (valgus) ou en dedans (varus) = déséquilibre transversal du pied.

Ankylose ou raideurs articulaires.

Équinisme = déséquilibre antéro-postérieur du pied.

Douleurs. Gêne de la marche et de la station debout, etc.

Claudication, œdème chronique, etc.

#### FRACTURES DE LA CHEVILLE — OU FRACTURES BIMALÉOLAIRES

- 1<sup>o</sup> Forme légère, avec enraissement modéré du cou-de-pied, pied en bonne position ; œdème peu marqué, atrophie musculaire médiocre, pas de diastasis . . . . . 15
- 2<sup>o</sup> Forme moyenne où ces divers symptômes sont plus prononcés, le pied ayant en outre tendance à basculer en dehors pendant la marche (valgus), diastasis modéré . . . . . 20
- 3<sup>o</sup> Forme grave où les troubles fonctionnels, œdème, raideurs, atrophie, déformation du pied, sont très marqués ; l'élément le plus fréquent de l'aggravation du pronostic est le diastasis important avec pied non fixé et en valgus généralement prononcé. L'œdème, toujours considérable peut de-

**Retour**

## **ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE (COU-DE-PIED)**

### **BARÈME OFFICIEL :**

#### **ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE**

Les mouvements de flexion et d'extension de l'articulation tibio-tarsienne ont une amplitude équivalente à 40° environ dans chaque sens autour de l'angle droit.

#### **RAIDEURS ARTICULAIRES**

- |  |         |
|--|---------|
| a) Avec angle de mobilité favorable, le pied conservant des mouvements qui oscillent de 15° autour de l'angle droit. . . . . | 5 à 8   |
| b) Avec angle de mobilité défavorable (pied talus ou équin). . . . .   | 10 à 30 |

#### **ANKYLOSES COMPLÈTES**

- |  |         |
|--|---------|
| a) A angle droit, sans déformation du pied et avec mobilité suffisante des orteils. . . . .    | 10 à 20 |
| b) A angle droit, avec déformation ou atrophie du pied et gêne des mouvements des orteils. . . | 20 à 30 |
| c) En attitude vicieuse du pied (équin, talus, varus, valgus). . . . .                         | 30 à 50 |

venir énorme par la fatigue, l'atrophie, s'étendre aux muscles de la cuisse, la marche se fait avec équinisme ± mar- qué, etc. . . . . . . . . . . . . . . . . .	40
<b>Cals vicieux consécutifs à des fractures malléolaires.</b>	
a) Déplacement du pied en dedans . . .	15
Plante du pied tendant à regarder le pied sain, et la station debout se faisant sur le bord externe du pied.	
b) Déplacement du pied en dehors . . .	25
Plante du pied basculant et regardant en dehors, la marche et la station debout s'effectuant sur la partie interne de la plante du pied, voire sur le bord interne.	
<b>PSEUDARTHROSE des deux os de la jambe. .</b>	<b>55</b>

# **ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE (COU-DE-PIED)**

## DÉSARTICULATION TIBIO-TAR-SIENNE

## **ANKYLOSE TIBIO-TARSIENNE**

## Éléments dominants de l'I.P.P. :

#### **Immobilisation du pied en position défectueuse :**

**Equin** — le pied tend à se mettre dans l'axe de la jambe, talon relevé, orteils inclinés vers le sol.

Talus = le pied porte sur le talon.

**Varus** — le pied est dévié en dedans.

**Valgus — le pied est dévié en dehors.**

#### **Difficulté de la marche de l'accroupissement.**

Ankylose du cou-de-pied en bonne position (angle droit) et bonne mobilité des orteils . . . . .	15
— en bonne position (angle droit), mais avec orteils immobilisés . . . . .	20
— en mauvaise position, avec attitude vicieuse du pied, si pied relevé, orteils éloignés du sol (talus) . . . . .	25
si déviation en valgus . . . . .	25
— varus . . . . .	30
si équinisme très prononcé . . . . .	30



**RAIDEURS ARTICULAIRES DU COU-DE-PIED**

- a) Raideurs du cou-de-pied, avec angle de mobilité favorable, le pied conservant des mouvements qui oscillent de 15° autour de l'angle droit (1) . . . . . 6  
 b) Avec angle de mobilité défavorable (pied talus, pied équin). . . . . 18

**ENTORSE TIBIO-TARSIENNE** avec séquelles persistantes, déformation, épaissement du cou-de-pied, douleurs et insuffisances ligamentaires, arthrite chronique, gêne de la marche. Taux moyen rarement dépassé . . . . . 10

**DIASTASIS TIBIO-PÉRONIER** sans lésions osseuses . . . . . 12

---

1° Dans les règles internationales admises actuellement on admet que la position neutre à 0° est sur le pied à l'angle droit sur la jambe. La flexion dorsale est qualifiée extension et atteint au maximum 20°. La flexion plantaire est qualifiée de flexion et peut sur un pied normal atteindre 50°.

**Retour****PIED****AMPUTATIONS****BARÈME OFFICIEL :****DÉSARTICULATION ET AMPUTATION**

Désarticulation tibio-tarsienne (Syme ou Guyon) . . . . .	50 à 55
Amputation des deux pieds . . . . .	85 à 100

**Médiotarsienne (Chopart) :**

Bonne attitude et mobilité suffisante du moignon	30 à 35
Mauvaise attitude par bascule du moignon avec marche sur l'extrémité du moignon. . . . .	40 à 45
Sous-astragalienne. . . . .	35 à 40
Opération de Pirogoff. . . . .	35 à 40
Opération de Ricard. . . . .	30 à 35
Astragalectomie. . . . .	25 à 30

## **PIED**

### **AMPUTATIONS**

Perte totale du pied par amputation sus-malléolaire de Guyon. . . . . 40

Perte totale du pied par désarticulation tibio-tarsienne avec résection des malléoles de Syme. . . . . 50

Désarticulation sous-astragalienne (astragale, seul os du pied conservé). . . 50

Amputation inter-tibio-calcanéenne (sous-astragalienne) de Ricard.

(Ablation de l'astragale et de l'avant-pied ; calcanéum placé dans la chape tibio-péronière intacte à la place qu'occupait l'astragale). Les résultats de cette intervention sont en général très remarquables — au point de vue anatomique : faible raccourcissement, moignon indolore. Au point de vue fonctionnel, le moignon étant bien étoffé et mobile, la marche se fait bien, sans appareil orthopédique, souvent sans canne. . . . . 35

Opération de Pirogoff.

Amputation du pied sauf la partie postérieure du calcanéum soudée aux os de la jambe après abrasion des surfaces articulaires qui laisse un moignon trop volumineux, imposant une prothèse d'utilisation difficile. . . . . 45

**BARÈME OFFICIEL :****TARSE****BARÈME OFFICIEL :**

Fractures isolées des os du tarse d'après formes et séquelles :

Astragale . . . . .	5 à 40
Corps du calcanéum. . . . .	12 à 50
Grande apophyse du calcanéum. . . . .	10 à 15
Petite apophyse du calcanéum. . . . .	2 à 15
Tubérosité postérieure . . . . .	5 à 15
Les deux calcanéums. . . . .	40 à 70
Scaphoïde. . . . .	5 à 20
Cuboïde. . . . .	8 à 20
Cunéiformes. . . . .	6 à 20

Désarticulation médio-tarsienne de Choppert . . . . .

45

Mauvaise opération — bien qu'elle assure la conservation du calcaneum et de l'astragale — en raison de la bascule du moignon en équinisme, de la marche sur la cicatrice, etc. Appareillage difficile, mal supporté.

Désarticulation tarso-métatarsienne de Lisfranc . . . . .

30

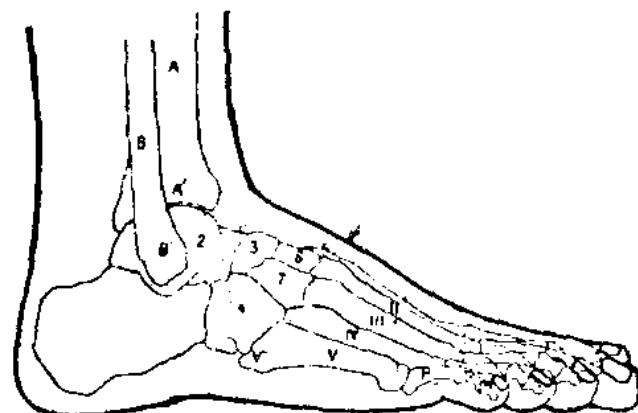


Fig. 30. — Pied droit, face externe. Schéma indiquant la position respective des différents éléments du squelette.

A, tibia ; A', malléole interne — B, péroné ; B', malléole externe — 1, calcaneum — 2, astragale — 3, scaphoïde — 4, cuboïde — 5, premier cunéiforme — 6, deuxième cunéiforme — 7, troisième cunéiforme — I, II, III, IV, V, métatarsiens ; V', apophyse styloïde du V métatarsien — P<sup>1</sup>, phalange (1<sup>re</sup> ph., ph. métacarpienne) ; P<sup>2</sup>, phalangine (2<sup>re</sup> ph., ph. intermédiaire) ; P<sup>3</sup>, phalangette (3<sup>re</sup> ph., ph. unguéale).

## TARSE

### FRACTURES DES OS DU TARSE

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Déformation de la voûte plantaire (surbaissement, affaissement).

Arthropathies de voisinage.

Gêne, douleurs de la marche et de la station debout.

Caractères radiologiques des lésions.

## ASTRAGALE

### FRACTURE ISOLÉE DE L'ASTRAGALE, séquelles de gravité moyenne, à la consolidation . . . . .

25

— avec pied en valgus, douleurs, grosse difficulté de la marche et de la station debout à la consolidation . . . . .

35



**ASTRAGALECTOMIE**

Première évaluation. . . . . 25

**ARTHROPATHIES SOUS-ASTRAGALIENNE ET MÉDIO-TARSIENNE**

Le complexe articulaire formé par l'astragale et le calcanéum, l'astragale et le scaphoïde, le calcanéum et le cuboïde représente en fait une articulation unique assurant les mouvements de latéralité et de torsion du pied, d'où par exemple difficulté de la marche sur des pavés inégaux (Rey) ou sur un sol en pente dans le sens de la descente.

Raideurs douloureuses. Ankylose — douleurs atténues, mais difficulté de la marche sur un sol inégal. . . . . 12

**CALCANÉUM**

Principaux éléments de l'I.P.P. dans les fractures du calcanéum :

Déformation du talon et de l'arrière-pied. Talalgie.

Cal vicieux. Enfoncement thalamique ± prononcé.

Retenissement articulaire : articulations tibio-tarsienne, médio-tarsienne et surtout sous-astragalienne.

Amyotrophie de la jambe.

Boiterie.

**FRACTURE DU CORPS DU CALCA-**

**NÉUM** avec enfoncement du thalamus, fissures sous-thalamiques, disjonction astragalo-calcanéenne, arthropathie sous-astragalienne, etc.

Forme légère avec gêne modérée de la marche, de la station debout. . . . . 12

Forme moyenne. . . . . 20

Forme grave (fracture complexe avec fracas osseux); broiement sous-thalamique, affaissement de l'astragale, arthropathies douloureuses ; diastasis médiotarsien ; effondrement de la voûte tarso-médiane, etc. D'où gêne considérable de la marche qui, pendant longtemps, est excessivement pénible. . . . . 35

Entre ces deux formes extrêmes, une infinité de cas intermédiaires.

Si association de lésions de l'astragale, du cuboïde, etc., majorer de 5, 10, 15 p. 100 le taux maximum de 35 p. 100 ci-dessus noté.



**FRACTURE DE LA GRANDE APOPHYSÉ** avec affaissement très marqué de la voûte tarsienne, pied plat valgus traumatique, diastasis calcanéo-cuboïdien. . . . . 15

**FRACTURE DE LA PETITE APOPHYSÉ** . . . . . 3

**FRACTURE TUBÉROSITAIRE** postérieure ou plantaire. . . . . 8

**FRACTURE DES DEUX CALCANÉUMS** : additionner les deux taux, sans calcul d'Infirmités multiples. ajouter 5 à 15 p. 100 pour atteinte à la fonction commune des deux membres inférieurs.

**EXOSTOSE SOUS-CALCANÉENNE**. . . . . 15 à 25

Souvent d'origine non traumatique et sans relation avec le travail. Survenant quelquefois après fracture du calcanéum. Parfois découverte en radiographiant le pied parce qu'un traumatisme accidentel est invoqué à l'origine de la talalgie. Il est difficile de repousser l'imputabilité si l'examen X n'a pas été pratiqué immédiatement après l'accident réel ou supposé.

## SCAPHOÏDE

**FRACTURES ASSOCIÉES DU SCAPHOÏDE TARSIEN**, avec arrachement de l'angle interne du cuboïde ou de l'extrémité antérieure du calcanéum, fracture d'un cunéiforme, fracture de la base des deux premiers métatarsiens ou encore fracture du col de l'astragale. . . . . 25

Arthropathie médio-tarsienne très douloureuse qui, plus ou moins tardivement, aboutit à une ankylose astragalo-scapho-cunéenne. Dès lors, les douleurs dans tout le pied lors de la marche s'atténuent et disparaissent. Atrophie musculaire réflexe.

Fracture isolée du scaphoïde tarsien (exceptionnelle), avec affaissement de la voûte plantaire (pied plat, valgus traumatique). . . . . 12

## CUBOÏDE

**FRACTURE DU CUBOÏDE** . . . . . 15



**CUNÉIFORMES**

**FRACTURE D'UN OU PLUSIEURS DES  
TROIS CUNÉIFORMES. . . . .** 12

**LUXATIONS DES OS DU TARSE**

Mêmes évaluations que pour les fractures.

Le G.B. 1919 a donné comme évaluations, utilisables pour des suites d'accidents du travail, en les réduisant d'un quart à un tiers.

Fracture ou luxation des métatarsiens et du tarse, ou fracture et luxations combinées :

- |   |    |   |    |
|---|----|---|----|
| a) plante du pied affaissée et douloureuse  | 10 | à | 20 |
| b) Déviation du pied, en dedans ou en dehors ; rotation (pied bot traumatique). . . . .   | 20 | à | 30 |
| c) Pied bot traumatique avec déformation considérable et fixe ; immobilité des orteils, atrophie de la jambe (impotence du pied). . . . . | 30 | à | 50 |

Le Barème Officiel a fait siennes les évaluations ci-dessus : même texte, mêmes chiffres.

**BARÈME OFFICIEL:****MÉTATARSE****FRACTURES DES MÉTATARSIENS****BARÈME OFFICIEL :**

Fracture du premier métatarsien . . . . .	7 à 15
Fracture du cinquième métatarsien . . . . .	5 à 8
Fracture d'un métatarsien moyen. . . . .	3 à 5
(Sauf complications ci-dessous).	

## MÉTATARSE

### FRACTURES DES MÉTATARSIENS

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Réactions articulaires tarsiennes de voisinages  $\pm$  douloureuses.

Affaissement de la voûte plantaire. Pied plat traumatique.

Gêne et douleurs de la marche.

Difficulté de porter des fardeaux.

Pour les fractures du premier métatarsien, il faut tenir compte de l'atteinte portée à la « tige squelettique » du gros orteil (Ph. II, Ph. I, métatarsien I, cunéiforme I) et du déséquilibre dans l'action des muscles soutenant la voûte plantaire (long péroneur latéral, jambier antérieur, jambier postérieur, et des muscles qui agissent sur le gros orteil).

Infirmité imposant une première évaluation assez large — mais à réviser dans les délais légaux en raison de l'atténuation progressive des douleurs.

Première évaluation :

1 <sup>er</sup> métatarsien . . . . .	10 à 12
5 <sup>e</sup> —	5 à 7
Arrachement de la styloïde du 5 <sup>e</sup> métatarsien . . . . .	4 à 5
2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> métatarsien . . . . .	4

Lumation tarso-métatarsienne : voir p 343

**BARÈME OFFICIEL :****ORTEILS****PERTE D'ORTEILS ET DE LEUR MÉTATARSIEN****BARÈME OFFICIEL :****AMPUTATIONS ET DÉSARTICULATIONS  
DES ORTEILS****1<sup>e</sup> Sans les métatarsiens :****Gros orteil :**

Deuxième phalange. . . . .	3 à 5
Deuxième phalange et inertie de la première phalange. . . . .	6 à 8
Les deux phalanges. . . . .	8 à 12

**Autres orteils :**

Troisième ou quatrième orteil. . . . .	1 à 2
Deuxième ou cinquième orteil. . . . .	2 à 3

**Ablation simultanée :**

Premier et deuxième orteils. . . . .	9 à 13
Premier, deuxième, troisième. . . . .	9 à 14
Premier, deuxième, troisième, quatrième. . . . .	12 à 16
Deuxième, troisième, quatrième. . . . .	4 à 6
Deuxième, troisième, quatrième, cinquième. . . . .	8 à 10
Troisième, quatrième. . . . .	1 à 2
Troisième, quatrième, cinquième. . . . .	4 à 6
Quatrième, cinquième. . . . .	2 à 4
Tous, y compris le gros orteil. . . . .	20 à 30

**2<sup>e</sup> Avec les métatarsiens :**

Gros orteil. . . . .	18 à 20
Deuxième ou cinquième . . . . .	10 à 12
Troisième ou quatrième. . . . .	4 à 6
Premier et deuxième. . . . .	20 à 25
Quatrième et cinquième. . . . .	15 à 20
Troisième, quatrième, cinquième. . . . .	20 à 25
Tous (Lisfranc). . . . .	30 à 35

**FRACTURES**

(Voir ci-après : raideurs, ankyloses, etc).

Raideurs articulaires. . . . .	0 à 5
--------------------------------	-------

## ORTEILS

### PERTE D'ORTEILS ET DE LEUR MÉTATARSIEN

Gros orteil et 1 <sup>er</sup> métatarsien . . . . .	16
V <sup>e</sup> — et 5 <sup>e</sup> — . . . . .	10
II <sup>e</sup> — et 2 <sup>e</sup> — . . . . .	6
III <sup>e</sup> — et 3 <sup>e</sup> — . . . . .	6
IV <sup>e</sup> — et 4 <sup>e</sup> — . . . . .	6
I <sup>er</sup> et II <sup>e</sup> orteils avec 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> métatarsiens.	22
IV <sup>e</sup> et V <sup>e</sup> orteils et 4 <sup>e</sup> et 5 <sup>e</sup> métatarsiens.	18

### PERTE D'ORTEILS ISOLÉS

I <sup>er</sup> Orteil. — Désarticulation métatarso-phalangienne. . . . .	9
Perte de la phalange unguéale. . . . .	3
II <sup>e</sup> orteil. — Désarticulation métatarso-phalangienne. . . . .	2
Perte d'une ou deux phalanges. . . . .	0
III <sup>e</sup> orteil. — Désarticulation métatarso-phalangienne. . . . .	1
Perte d'une ou deux phalanges. . . . .	0
IV <sup>e</sup> orteil. — Désarticulation métatarso-phalangienne. . . . .	0
Perte d'une ou plusieurs phalanges. . . . .	0
V <sup>e</sup> orteil. — Désarticulation métatarso-phalangienne. . . . .	2
Perte de deux phalanges. . . . .	1
Perte de la phalange unguéale. . . . .	0

### PERTE DE PLUSIEURS ORTEILS

I <sup>er</sup> et II <sup>e</sup> orteils. . . . .	10
I <sup>er</sup> , II <sup>e</sup> , III <sup>e</sup> . . . . .	11
I <sup>er</sup> , II <sup>e</sup> , III <sup>e</sup> , IV <sup>e</sup> . . . . .	12
Cinq orteils. . . . .	20
II <sup>e</sup> , III <sup>e</sup> orteils. . . . .	3
II <sup>e</sup> , III <sup>e</sup> , IV <sup>e</sup> . . . . .	4
II <sup>e</sup> , III <sup>e</sup> , IV <sup>e</sup> , V <sup>e</sup> . . . . .	8
II <sup>e</sup> , IV <sup>e</sup> . . . . .	2
III <sup>e</sup> , IV <sup>e</sup> , V <sup>e</sup> . . . . .	3
IV <sup>e</sup> , V <sup>e</sup> . . . . .	2

**BARÈME OFFICIEL:****ANKYLOSES COMPLÈTES**

Gros orteil :

- |   |         |
|---|---------|
| a) En mauvaise position d'hyperextension ou de flexion ou déviation latérale. . . . . | 10 à 12 |
| b) En bonne position, c'est-à-dire en rectitude dans le prolongement du pied. . . . . | 2 à 5   |

Autres orteils :

- |  |        |
|--|--------|
| a) En position défavorable (hyperextension équivalent à l'amputation, flexion, chevauchement sur les voisins). . . . . | 5 à 15 |
| b) En position rectiligne et favorable. . . . .  | 0 à 15 |

En ce qui concerne les ankyloses en mauvaise position (hyperextension), lors d'orteils gênants et douloureux, l'ablation est tout indiquée et bénigne.

## FRACTURES, LUXATIONS, DÉFORMATIONS ET ANKYLOSES DES ORTEILS

Éléments dominants de l'I.P.P. :

- Bonne position (rectitude) ou mauvaise position (hyper-extension, chevauchement sur l'orteil voisin, flexion) de l'orteil lésé.
- Ankyloses ou raideurs serrées.
- Infiltration douloureuse, gêne de la marche.

1<sup>er</sup> orteil.

Première évaluation :

a) En bonne position, sans grand retentissement sur les autres éléments de la « tige squelettique du gros orteil » . . . . . 5

b) En mauvaise position . . . . . 12

Hallux valgus (gros orteil tourné en dehors avec saillie en dedans de la tête du premier métacarpien).

L'origine traumatique — exceptionnelle — étant établie, suivant la gêne de la marche. . . . . 7

II<sup>e</sup> ou III<sup>e</sup>, IV<sup>e</sup> ou V<sup>e</sup> orteils.

En bonne position. . . . . 2

En mauvaise position. . . . . 4

Dans les cas de position défavorable, l'ablation de l'orteil est préférable car le pourcentage d'incapacité, même dépassant celui réservé à l'amputation, ne compense qu'insuffisamment la gêne douloureuse de la marche, du port des chaussures, etc.

Fracture des cinq phalanges basales suivant bonnes ou mauvaises positions et résistance après consolidation. . . . . 12

**PIED PLAT TRAUMATIQUE**, simple affaissement modéré de la voûte plantaire . . . . . 5

Pied très plat, très douloureux. . . . . 15

Difficulté d'établir la relation avec l'accident invoqué en raison de la fréquence de la déformation congénitale, nécessité d'une comparaison stricte avec le pied non traumatisé, utilité d'une prise d'empreinte, du tracé exact de la voûte plantaire, avec détermination de la flèche de l'arc plantaire interne, etc.



**PIED BOT TRAUMATIQUE**

**Par suite de lésions diverses (fractures, luxation, amputations partielles, etc.), où le facteur principal d'invalidité est constitué par l'appui douloureux sur des points d'appui anormaux. . . . . 15 à 25**

**PIED TABÉTIQUE, voir p. 369.**

Grosse question médico-légale lorsqu'un accident du travail est en cause.

Si le traumatisme a été insignifiant et qu'une radiographie immédiate ait montré l'intensité des lésions ostéo-articulaires d'origine médullaire, l'imputabilité peut être contestée à juste titre.

Si l'accident a été admis, accepté, l'état antérieur n'ayant pas à intervenir, l'évaluation sera faite par analogie avec les troubles fonctionnels du pied, entraînés par fractures et luxations du tarse.

**RACCOURCISSEMENT SEUL D'UN MEMBRE INFÉRIEUR**

Les évaluations de l'invalidité déterminée par le seul raccourcissement d'un membre inférieur ont été déjà données avec celles de l'I.P.P. entraînée par les fractures de cuisse et par les fractures de jambe.

Il est utile de rappeler à cette place :

Raccourcissement d'un membre inférieur (jambe ou cuisse) :

	B.O.	Taux moyens
a) Moins de deux cm. . . . .	0	0
b) De deux à trois cm. . . . .	3 à 5	4
c) De trois à six cm. . . . .	10 à 15	15
d) De six à huit cm. . . . .	15 à 25	22
e) De huit à dix cm. . . . .	25 à 30	30
f) Au-delà de dix cm. . . . .	30 à 40	40

et de renouveler cette règle impérative : le taux d'incapacité permanente partielle ne pourra dépasser le taux d'amputation du segment fracturé et exceptionnellement atteindre le taux d'amputation du membre entier valable pour toutes les mutilations ou lésions d'un membre.

**Retour**

## MUSCLES, VAISSEAUX ET NERFS DES MEMBRES INFÉRIEURS

---

### **MUSCLES DU MEMBRE INFÉRIEUR**

#### **RUPTURE DU TENDON D'ACHILLE**

##### **BARÈME OFFICIEL :**

Ruptures musculaires complètes (triceps adducteurs, etc.) . . . . .	10 à 25
Rupture complète du tendon d'Achille. . . . .	12 à 25
Rupture complète des péronniers latéraux. . . . .	10 à 20

## MUSCLES, VAISSEAUX ET NERFS DES MEMBRES INFÉRIEURS

### MUSCLES DU MEMBRE INFÉRIEUR

#### RUPTURE DU TENDON D'ACHILLE

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Gêne de la marche, surtout en portant un fardeau.

Difficulté de la montée ou descente des escaliers.

Difficulté ou impossibilité de l'accroupissement.

Enraideissement simultané de l'articulation tibio-tarsienne.

Atrophie musculaire (mollet). Pied trainant.

Si suturée avec bon résultat fonctionnel

Forme légère moins de .....	10
— grave — .....	25

### LUXATION DES TENDONS PÉRONIERS.

Se rappeler qu'il existe des luxations traumatiques authentiques mais qu'on doit essayer de préciser si on ne se trouve pas en présence de luxations récidivantes de type constitutionnel, congénitales.

Sous ces réserves :

Luxation continue des tendons péroniers avec douleurs et gêne à la marche et pour les exercices sportifs .....	5 à 10
Luxation opérée avec bon résultat fonctionnel .....	0 à 5

**BARÈME OFFICIEL :****CICATRICES DU MEMBRE INFÉRIEUR****BARÈME OFFICIEL :**

Cicatrices du creux poplité entravant l'extension complète ; extension limitée :

- |                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| a) Entre 135° et 170°. . . . .   | 10 à 30 |
| b) Entre 90° et 135°. . . . .    | 30 à 50 |
| c) Jusqu'à 90° au moins. . . . . | 50 à 60 |

Cicatrices de la plante du pied, incurvant la pointe ou l'un des bords. . . . .

10 à 30

Cicatrices douloureuses et ulcérées, suivant le siège, l'étendue et l'intensité des accidents. . . . .

5 à 25

**PARALYSIES****BARÈME OFFICIEL :**

Le B.O. indique les marges suivantes :

Paralysie totale d'un membre inférieur :

- |                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| 1 <sup>e</sup> Flasque. . . . .     | 70 à 80 |
| 2 <sup>e</sup> Spasmodique. . . . . | 10 à 50 |

## **CICATRICES DU MEMBRE INFÉRIEUR**

Voir Barème Officiel.

## **NERFS DU MEMBRE INFÉRIEUR**

Pour préciser les divers syndromes neuro-musculaires, se reporter à l'ouvrage de Mme Athanassio-Benisty, **Formes cliniques des lésions des nerfs**, Masson et C<sup>ie</sup>, éditeurs, 1918.

Pour base des évaluations, accepter les directives du G.B. 1929.

Les taux d'invalidité indiqués ici s'appliquent à des paralysies totales et complètes, c'est-à-dire atteignant d'une façon complète la totalité des muscles animés par le nerf intéressé.

En cas de paralysie incomplète, parésie ou simple affaiblissement, comme en cas de paralysie partielle respectant une partie des muscles innervés, le taux d'invalidité subit naturellement une diminution proportionnelle.

Au contraire, l'association de troubles névritiques, douleurs, raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques, agrave plus ou moins l'impuissance et légitime une majoration du taux d'invalidité.

La réaction causalgique, en particulier, plus souvent observée dans les blessures des nerfs sciatique et sciatique poplité externe, mais qui peut s'associer aux lésions de tous les autres nerfs, comporte à elle seule une invalidité très élevée, en raison des douleurs intolérables provoquées par la moindre excitation. Mais il faut savoir que les causalgies, ainsi du reste que la plupart des troubles névritiques, ont une tendance habituelle à la guérison spontanée en quelques mois ou en quelques années.

## **PARALYSIES**

Paralysie totale d'un membre inférieur . . . . .	75
Paralysie complète du nerf sciatique. . . . .	40
Paralysie du nerf sciatique poplité externe . . . . .	30
Paralysie du nerf sciatique poplité interne . . . . .	20
Paralysie du nerf crural. . . . .	50
Paralysie du nerf obturateur. . . . .	15
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de. . . . .	15

**BARÈME OFFICIEL :**

Paralysie complète du nerf sciatique . . . . .	35 à 45
Paralysie du nerf sciatique poplité externe. . . . .	15 à 25
Paralysie du nerf sciatique poplité interne. . . . .	15 à 25
Paralysie du nerf crural. . . . .	45 à 55
Paralysie du nerf obturateur. . . . .	10 à 20
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de. . . . .	5 à 20
Réactions névritiques, majoration de. . . . .	10 à 40
Réaction causalgique, majoration de. . . . .	20 à 60

**NÉVRALGIE SCIATIQUE**

Il s'agit uniquement des sciatiques persistantes ; les crises aiguës de sciatique ne peuvent être considérées autrement que comme des affections épisodiques, non indemnifiables :

- a) Névralgie sciatique, confirmée (en dehors du signe de Lasègue et des points douloureux) par l'existence de signes objectifs, modifications du réflexe achilléen, atrophie musculaire, scolioses, etc., mais sans troubles graves de la marche. . . . . 10 à 20
- b) Névralgie sciatique, d'intensité moyenne, avec signes objectifs manifestes, gêne considérable de la marche et du travail. . . . . 25 à 40
- c) Névralgie sciatique grave, rendant le travail et la marche impossibles, nécessitant souvent le séjour au lit. . . . . 45 à 60
- d) Névralgie sciatique compliquée de réaction causalgique plus ou moins intense ou de retentissement sur l'état général. . . . . 40 à 80

**VASSEAUX DU MEMBRE INFÉRIEUR****BARÈME OFFICIEL**

se trouve page 358

Réactions névritiques, majoration de . . . . .	<b>15</b>
Réaction causalgique, majoration de . . . . .	<b>35</b>

## **ALGIES**

### **NÉVRALGIE SCIATIQUE PERSISTANTE**

a) Névralgie sciatique légère, confirmée (en dehors du signe de Lasègue et des points douloureux) par l'existence de signes objectifs, modifications du réflexe achilléen, atrophie musculaire, scoliose, etc., mais sans troubles graves de la marche. . . . .	20
b) Névralgie sciatique d'intensité moyenne avec signes manifestes, gêne considérable de la marche et du travail. . . . .	30
c) Névralgie sciatique grave rendant le travail et la marche impossibles, nécessitant souvent le séjour au lit. . . . .	60
d) Névralgie sciatique compliquée de réaction causalgique plus ou moins intense ou de retentissement sur l'état général . . . . .	75

## **VAISSEAUX DU MEMBRE INFÉRIEUR**

### **LIGATURES ARTÉRIELLES**

Séquelles de — : évaluer par analogie, d'après les troubles fonctionnels, le degré d'incapacité permanente, avec première évaluation assez large, révisable généralement avec réduction importante.

### **ARTÉRITES**

Pour l'imputabilité, consulter :

J. VEDRINNE, G. GACON et Ph. MOURET : Artérite des membres inférieurs et traumatismes, « Médecine légale et dommage corporel ». T. 1, n° 4, octobre 1968, p. 377.

### **ANÉVRISMES DIFFUS**

Même observation.

### **PHLÉBITES**

Difficulté d'établir l'imputabilité.

Difficulté d'établir la réalité de l'œdème chronique (simulation).

Difficulté de vérifier la sincérité des allégations : faiblesse du membre douleurs, etc.

**BARÈME OFFICIEL:****VASSEAUX DU MEMBRE INFÉRIEUR****LIGATURES ARTÉRIELLES****BARÈME OFFICIEL :****OBLITÉRATIONS VASCULAIRES****A. — Artérielles, d'origine traumatique, chirurgicale ou infectieuse :**

- a) Peut exister sans occasionner l'invalidité.
- a') Atrophie du membre sous-jacent compliquée de raideurs articulaires. . . . . 10 à 40
- a'') Lors de lésions nerveuses simultanées (voir nerfs).
- a''') Lors de sphacèle périphérique du membre (voir amputation).

**B. — Veineuses :**

- b) Lors d'œdème chronique, dûment vérifié. . . 10 à 30
- b') Oblitération bilatérale et œdème chronique aux deux membres inférieurs, gênant la marche et la station debout. . . . . 20 à 50

**VARICES**

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

**COMPLICATION DES VARICES**

- Ulcère variqueux récidivant peu étendu. . . . . 5 à 15  
(S'il n'y a pas d'œdème, de gros eczéma, etc.)
- Ulcère variqueux récidivant étendu. . . . . 15 à 30  
(Si gros œdème, etc.)

Phlébite d'un membre inférieur avec séquelles modérées, œdème peu important, etc., etc. . . . .	15
— laissant le membre plus atteint dans sa circulation de retour. . . . .	25
Phlébites multiples, impotence des deux membres inférieurs, œdème considérable, troubles trophiques prononcées, menaces d'ulcérasions. . . . .	40
<i>Évaluation à toujours prévoir comme révisable dans une très large mesure au cours des années devant suivre.</i>	

## **INFILTRATION CELLULITIQUE DU MEMBRE INFÉRIEUR**

Mêmes remarques que pour les phlébites. Il n'y a souvent qu'une simple coïncidence entre le traumatisme allégué et l'infiltration du pied et de la jambe, l'œdème circonscrit de leur face antérieure ou dorsale, etc.

La cellulite n'est pas de l'inflammation, ni de l'œdème. Pour réaliser la cellulite, il faut : a) un trouble humorale d'ordre sympathique ; b) une réaction d'ordre neuro-végétatif (Alquier).

## **ULCÈRE VARIQUEUX**

État antérieur (troubles circulatoires et trophiques créent la prédisposition nécessaire au développement de l'ulcère).

Traumatisme, comme cause efficiente de l'ulcération, ne joue le plus souvent qu'à un rôle épisodique.

Imputabilité à établir (médicalement, ce n'est pas toujours facile ; juridiquement, c'est plus aisés, l'état antérieur n'ayant pas à intervenir).

Parfois, simulation d'accident pour faire indemniser un ulcère déjà ancien.

Éléments dominants de l'I.P.P. :

Gêne de la marche et de la station debout.

Nécessité de maintenir un pansement sur la plaie.

Poussées inflammatoires.

Ulcère variqueux récidivant, de faible étendue. . . . .	8
Ulcère variqueux occupant une large surface, rebelle, récidivant. . . . .	20

## **ULCÈRE DE LA JAMBE**

Terrain prédisposé, tissus mal nourris (syphilis, malpropreté chronique, alcoolisme, insuffisance hépatique, etc.), sur lequel le traumatisme ne joue qu'un simple rôle épisodique — fournissant simplement une pyodermité banale.



Comme pour les ulcères variqueux, les troubles sympathiques sont l'élément pathogénique le plus important des ulcères trophiques de jambe.

**Sans attendre la cicatrisation interminable de la plaie . . . . . 10**

Ulcères variqueux et ulcères trophiques sont — avec les fistules — les seuls cas où puisse être admise la consolidation juridique d'une plaie non cicatrisée.

## **LÉSIONS SIMULTANÉES AUX DEUX MEMBRES INFÉRIEURS**

Le professeur V. Balthazard (Barème rationnel des incapacités résultant de blessures multiples... loc. cit.) a indiqué les règles suivantes pour l'évaluation de l'I.P.P. en pareil cas :

« Dans le taux d'incapacité, attribué à la perte d'un membre inférieur, intervient la disparition d'une action synergique, nécessitant l'intégrité des deux membres pour la marche, l'accroupissement, etc. Cette valeur synergique est plus considérable pour les membres inférieurs, constamment associés dans leur action, que pour les membres supérieurs, chacun de ceux-ci gardant une valeur propre importante après la disparition de l'autre. Nous évaluons à moitié la valeur propre d'un membre inférieur, à moitié la valeur synergique.

« Si donc deux lésions existent sur les deux membres inférieurs, on obtiendra l'incapacité globale en additionnant les deux incapacités partielles et en retranchant de la somme la moitié de l'incapacité la plus faible.

« Ainsi, un individu a subi d'un côté l'amputation de jambe ( $t_1 = 0,55$ ), de l'autre côté, une désarticulation médico-tarsienne de Chopart ( $t_2 = 0,35$ ). L'incapacité globale sera obtenue en additionnant ( $0,55 + 0,35$ ) et en retranchant la moitié de  $0,35$ , c'est-à-dire la part d'action synergique déjà incluse dans le taux d'incapacité attribué à l'imputation de jambe. On obtient ainsi  $0,725$ .

« La double désarticulation de Chopart entraînerait une incapacité globale de  $0,525$ .

« Chez un amputé de cuisse, la perte du gros orteil à l'autre membre entraînerait une incapacité globale de  $0,75 + 0,12$ , soit  $0,87 - 0,06$ , part d'action synergique revenant au gros orteil et déjà comptée dans le taux alloué pour l'amputation de cuisse, si bien que la valeur est de  $0,81$ , etc. »

**Retour**

**MALADIES  
résultant d'un accident du travail  
par origine ou par aggravation**

---

**TUBERCULOSE**

**BARÈME OFFICIEL :**

A. Tuberculoses osseuse et articulaire. — 1<sup>e</sup> Lorsque les lésions de tuberculose osseuse ou articulaire ne sont pas consolidées, quelle qu'en soit la localisation et quel qu'en soit le

Suite page 364

**MALADIES  
résultant d'un accident du travail  
par origine ou par aggravation**

Voir aussi p. 427

---

**TÉTANOS**

Voir aussi p. 434

Séquelles d'une atteinte de tétanos : mauvais état général, déficience organique post-infectieuse, asthénie, reliquats articulaires sériques, asthénie . . .	10
--	----

Troubles nerveux consécutifs au tétanos : accidents parétiques ou paralytiques, gêne respiratoire par parésie diaphragmatique ; troubles cardiaques, etc . . .	30
--	----

Paralysies amyotrophiques douloureuses consécutives à l'emploi du sérum antitétanique . . . . .	20
---	----

Quadriplégie avec amyotrophie par sérum antitétanique . . . . .	100
---	-----

Ces diverses évaluations sont transitoires — essentiellement révisables dans les délais légaux.

**TUBERCULOSE**

Voir aussi p. 435

**TUBERCULOSES LOCALES: OSSEUSE, ARTICULAIRE,  
CUTANÉE, ETC.**

- a) Au niveau d'une plaie.
- b) Au niveau d'une articulation, d'un os.

**BARÈME OFFICIEL :**

degré de gravité, le blessé doit être maintenu en état d'incapacité temporaire.

2<sup>o</sup> Lorsque les lésions de tuberculose osseuse ou articulaire sont consolidées, il convient de déterminer le pourcentage correspondant à l'invalidité réelle (se reporter aux chapitres ankyloses, raccourcissements, etc.).

Tuberculose pulmonaire, il y a lieu de se reporter aux chapitres concernant les différents viscères, la peau, etc.

C. Tuberculose pulmonaire. — Il importe de noter que, dans la plupart des cas, il n'y aura lieu d'évaluer que la poussée évolutive, la tuberculose pulmonaire préexistante étant une lésion indépendante de l'accident en cause, d'où cette double possibilité :

1<sup>o</sup> Il n'existe pas, du fait de l'accident, de modification de la lésion antérieure : il y a seulement à évaluer la durée de l'incapacité temporaire (poussée évolutive).

2<sup>o</sup> Il existe, du fait de l'accident, une modification de la lésion antérieure : il y a à évaluer cette modification sous forme d'une incapacité permanente.

10 à 100

## **COMMENTAIRES : MALADIES (ACCIDENTS DU TRAVAIL) 365**

L'imputabilité admise entraîne l'évaluation de l'I.P.P. d'après les lésions et les troubles fonctionnels.

Exemple : tumeur blanche ankylosant l'articulation tibio-tarsienne, s'évalue comme une ankylose tibio-tarsienne, un peu largement, soit 30 à 45 p. 100.

## **TUBERCULOSE PULMONAIRE**

La tuberculose pulmonaire, dite traumatique, est rare.

Trois hypothèses à retenir et à vérifier dans chaque cas :

a) T. latente constatée après traumatisme ; b) T. en évolution aggravée par le traumatisme ; c) T. préexistante au traumatisme, indépendante de celui-ci et non aggravée.

a) Infection bacillaire latente ignorée avant l'accident, étant admise :

Formes cliniques à tendance fibreuse, non évolutives . . . . .	20
Formes cliniques avec poussées évolutives, atteinte prononcée de l'état général. . . . .	70
Id. avec impossibilité de tout travail (gratatoire) . . . . .	100
Formes cliniques à évolution ulcéreuse, cavitaires, fièvre, mort plus ou moins rapide . . . . .	100

b) Degré de l'I.P.P. après l'« accident », diminué de celui de l'I.P.P. avant l'« accident ».

c) Incapacité temporaire? Oui. Incapacité permanente? Non.

## **BRUCELLOSE**

Voir aussi p. 428

L'infection par Brucella — fièvre ondulante, fièvre de Malte, mélitoa coccie — est une « maladie » transmise à l'homme par la chèvre, la brebis, la vache et leurs mâles.

Mais un « accident » peut ouvrir la porte à l'infection : par exemple, le boucher en se piquant avec un débris d'os provenant d'une bête infectée par micrococcus melitensis Bruce, bacillus abortus Bang, voyant se développer un panaris banal auquel succède la fièvre ondulante.

Lorsque l'infection survient, par exemple, chez un vacher qui se contamine en nettoyant l'écurie où se trouvent des bêtes atteintes de brucellose, il y a maladie professionnelle également à prendre en charge à ce titre par la Sécurité Sociale (Cf. Maladies professionnelles, ci-après).

Évoluant sans complications, les brucelloses entraînent une incapacité temporaire de plus ou moins longue durée, puis le travail peut être repris, interrompu par des rechutes plus ou moins fréquentes, plus ou moins longues. Finalement, guérison sans I.P.P.

**BARÈME OFFICIEL :****OSTÉOMYÉLITE****BARÈME OFFICIEL :**

Fistule persistante unique. . . . .	10 à 15
Fistule persistante multiple, rebelle à des interventions répétées, avec os volumineux et irrégulier. . . . .	20 à 50
Ostéomyélite aiguë des adolescents (exceptionnellement traumatique).	
Cicatrisation, mais persistance d'un os volumineux, irrégulier, douloureux par place. . . . .	5 à 10

**SYPHILIS****BARÈME OFFICIEL :**

A. — Dans les cas exceptionnels où l'inoculation syphilitique pourra être considérée comme un accident du travail, la période d'incapacité temporaire répondra à la période contagieuse initiale pendant laquelle le traitement dit « de blanchiment » a été suivi.

Le taux d'invalidité permanente partielle devra être évalué en tenant compte de l'âge et de l'état de santé antérieur du sujet plus ou moins capable de supporter dans l'avenir un traitement actif. . . . .

10 à 30

B. — Réveil d'accidents syphilitiques tertiaires à l'occasion de traumatismes (gommes, etc.).

## **COMMENTAIRES : MALADIES (ACCIDENTS DU TRAVAIL) 367**

Les complications des brucelloses peuvent entraîner une incapacité permanente partielle par lésions vertébrales (spondylite), par arthropathies variées, par phlébite, par névrite (n. circonflexe), par encéphalite, etc.

L'évaluation du degré de l'I.P.P. répondra à l'invalidité résultant des lésions osseuses, articulaires, nerveuses... plus une surcharge de 20 à 25 p. 100 pour l'atteinte de l'état général par l'infection qui, fixée sur des foyers localisés, pourra rester plusieurs années avant de s'éteindre.

### **OSTÉOMYÉLITE**

Barème officiel à utiliser sans changement.

### **SYPHILIS**

Contamination syphilitique au cours du travail (verriers, tapissiers.... cas très discutables) admise comme « accident » — réalité, intensité, siège identique à celui de la lésion, délai normal d'apparition de celle-ci — entraîne, du fait de l'atteinte générale de l'organisme, une incapacité évaluable entre . . . . .

20

La jurisprudence indique des chiffres plus élevés, mais antérieurs aux traitements actuels — arsenic, bismuth, pénicilline — qui ont beaucoup réduit la gravité de l'infection.

Évaluation révisable, car, dans le délai de trois ans, la syphilis en cause peut être guérie ou au contraire persister et se trouver dès lors considérée comme plus grave. Nécessité d'un examen sérologique lors de la révision.

Séquelles de traumatisme aggravées par syphilis préexistante : l'état antérieur n'intervient pas (jurisprudence constante) et l'évaluation de l'incapacité est à faire uniquement d'après les lésions.

Les discussions motivées par le refus du traitement spécifique et ses conséquences aggravantes, de la prolongation indéfinie des lésions osseuses, articulaires, ulcérées, etc., sont du ressort des juges et des experts. Elles restent indépendantes de l'évaluation de l'incapacité envisagée ici.



## **TABÈS**

**Sans nul doute, le tabès d'origine syphilitique est sans lien avec un traumatisme quel qu'il soit.**

**Mais un traumatisme peut :**

- a) Révéler l'état tabétique ;
- b) Influencer l'évolution et aggraver un tabès plus ou moins latent en portant certains éléments du syndrome clinique — notamment incoordination motrice — à leur maximum ;
- c) Avoir une influence nette sur les altérations trophiques : arthropathies, fractures.

**Il y aura lieu à évaluation :**

**Pour la réduction de capacité de travail survenue plus intense chez un tabétique que chez un sujet sain après le traumatisme subi par lui — auquel cas, l'évaluation d'aggravation, du fait du tabès, variera suivant chaque cas particulier. 5-10-15 p. 100 et davantage.**

**Pour les ostéo-arthropathies — auxquels cas, il convient d'évaluer par analogie avec les séquelles d'accidents du travail intéressant telle ou telle articulation chez un sujet non antérieurement taré — car c'est le tabès qui conditionne toute la gravité de l'état pathologique local.**

**Pour les reliquats de fractures, il en va de même.**

**L'évaluation doit porter sur toutes les conséquences directes ou indirectes de l'accident, mais non sur le tabès considéré en lui-même et sur les troubles qui résultent de son évolution régulière, classique (1) — indépendants de l'accident.**

## **MALADIE DE PARKINSON**

### **SYNDROME PARKINSONIEN POST-TRAUMATIQUE**

**Voir p. 61**

### **SÉNILITÉ PRÉMATURÉE**

**A la suite d'un traumatisme important, imposant une longue immobilisation — type : fracture du col du fémur — le blessé âgé de 50 ans, 55 ans, 60 ans, se trouve après consolidation, dans l'impossibilité de reprendre un travail même réduit et compatible avec son infirmité.**

**L'accident a fait d'un ouvrier jusque-là d'apparence normale, accomplissant régulièrement sa tâche journalière, un vieillard avant l'âge, un sénile précoce. Il a rompu l'équilibre organique instable qui eût céde de lui-même au cours des années à venir. La « rouille de la vie » a brusquement envahi des rouages déjà altérés. Le cycle routinier, le semi-automatisme qui résultait de la tâche de la veille pour celle du lendemain ont été brisés.**

**Le travail qui, avant l'accident, depuis plus ou moins longtemps, était accompli avec un effort insensiblement croissant, mais non perçu en raison de l'habitude, a dû être cessé et ne sera plus repris.**

---

(1) Cf. Rapport des professeurs Verger et Lande, de Bordeaux, au XI<sup>e</sup> Congrès de médecine légale de langue française, Paris, mai 1924 : Tabès et accidents du travail.



## **COMMENTAIRES : MALADIES (ACCIDENTS DU TRAVAIL) 371**

L'indemnisation de la sénilité prématuée est ici particulièrement délicate, car il faut chiffrer quelque chose d'hypothétique : ce que peut valoir un organisme humain, plus ou moins taré, devenu une épave sociale. C'est médicalement quelque chose de très difficile et de tout à fait incertain.

Juridiquement, la question est sans ambiguïté depuis l'arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile, du 23 juillet 1902, décision maintenue fermement dans de nombreux arrêts ultérieurs — tel celui du 13 novembre 1917.

Ni les prédispositions morbides de la victime d'un accident du travail, ni la faiblesse résultant de son âge, qu'elles aient facilité l'accident ou qu'elles en aient aggravé les suites, ne doivent être prises en considération pour la détermination de l'indemnité il faut tenir compte uniquement, d'une part, du salaire de l'ouvrier avant l'accident et, d'autre part, des facultés du travail qui lui restent.

L'évaluation sera ici la somme de l'I.P.P. locale ressortissant aux séquelles traumatiques et de l'I.P.P. générale traduisant l'accentuation de la sénilité et des déficiences organiques plus ou moins latentes jusqu'à l'accident. Le pourcentage global répondra à la totalité de la réduction de capacité de travail au jour de l'examen du blessé.

## **DIABÈTE SUCRÉ TRAUMATIQUE**

Le diabète traumatique est extrêmement rare. Le plus généralement, on qualifie tel un diabète ignoré, découvert à l'occasion de soins donnés à l'accidenté — ou même une glycosurie non diabétique, dans la pathogénie de laquelle le traumatisme ne joue aucun rôle. D'où nécessité d'une grande prudence lorsqu'il s'agit de certifier un diabète traumatique.

Deux catégories :

- a) Cas de diabète sucré consécutif à un traumatisme ayant intéressé l'encéphale ;
- b) Cas de diabète sucré consécutif à un traumatisme ayant laissé l'encéphale indemne, mais ayant intéressé le système organo-végétatif.

## **MALADIES ENDOCRINIENNES**

Consulter :

J. TOURMAIRE : Maladies endocriniennes post-traumatiques, «Médecine légale et dommage corporel», t. 1, n° 1, janvier 1968, p. 39.

## **MALADIE DE BASEDOW**

## **GOITRE EXOPHTALMIQUE POST-TRAUMATIQUE**

L'origine traumatique de la maladie de Basedow paraît devoir être admise très rarement. La notion de délai d'apparition de la maladie est très importante. Un délai ne dépassant pas deux mois semble justifié.

Au cas où sera admise l'origine traumatique le taux d'I.P.P. ne pourra être fixé que un an au moins après un traitement par l'iode radio actif en tenant compte d'une éventuelle irradiation six mois après la première (Cl. Laroche).

Le taux d'I.P.P. dans ces conditions se situerait entre 5 et 20 %.



I. — Dans une communication à la Société de médecine légale de France (10 octobre 1927), le professeur Marcel Labbé a bien précisé les caractères du diabète traumatique.

Ce diabète, qui paraît lié à une lésion des centres glyco-régulateurs encéphaliques, ne se produit qu'après un traumatisme ayant porté sur l'encéphale. Il s'accompagne généralement de symptômes traduisant une lésion du système nerveux central concomitante de la lésion du centre glyco-régulateur; c'est une paralysie, une contracture, une chorée, des troubles visuels (hémioptie, cécité), des crises convulsives, une polyurie permanente, etc. Ce diabète nerveux est transitoire ou permanent, sa gravité est variable. Il se manifeste quelques jours où quelques semaines après l'accident. Et cela se comprend aisément : l'accident crée la lésion diabétogène ; dans les semaines qui suivent, le syndrome d'hyperglycémie se constitue ; quand il est au complet, la maladie devient apparente. On ne conçoit pas une influence mystérieuse du traumatisme créant un diabète qui ne se révélera que plusieurs années après l'accident ; toutes les observations à début tardif doivent être rejetées du cadre du diabète traumatique.

Le rapport avec le traumatisme est d'autant plus aisé à établir quand le sujet ne présente aucun sujet pathologique, aucune hérédité, aucun vice alimentaire représentant une prédisposition au diabète.

II. — A côté des cas qui étaient ce qui précède, c'est-à-dire la doctrine, disons classique, se placent un certain nombre de cas où le diabète se trouve provoqué par un choc traumatique plus ou moins général, qui intéresse ou non l'encéphale, mais qui entraîne des troubles profonds du système organo-végétatif et, par eux, un véritable déséquilibre des principaux métabolismes, dont celui des hydrates de carbone. L'apparition de la glycémie précède la glycosurie : l'une et l'autre sont décelables dans les deux à six premiers mois qui suivent le traumatisme.

Diabète sucré chronique nettement rattaché à un traumatisme datant avec certitude, seulement de quelques semaines, ou même de quelques jours, exceptionnellement remontant à quelques mois — et regardé comme imputable à celui-ci . . . . .

25

Coefficient d'âge 5 p. 100 à 10 p. 100 (gravité plus grande chez les sujets jeunes).

## DIABÈTE INSIPIDE TRAUMATIQUE

Caractérisé par :

- a) Polyurie abondante et durable avec urines claires et diluées à 5, 10, 15 litres et plus par 24 heures ;
- b) Absence de sucre urinaire ;
- c) Absence d'albumine ;
- d) Pas de glycémie ;
- e) Pas de polyphagie, mais polydipsie en équivalence avec la polyurie, intense, impérieuse, dominant et entravant la vie du malade.



## **COMMENTAIRES : MALADIES (ACCIDENTS DU TRAVAIL) 375**

Le diabète insipide traumatique paraît être sous la dépendance d'un disfonctionnement hypophyso-tubéreien.

En droit commun, l'indemnisation du diabète insipide est à envisager de façon large, sinon élevée. Sous le régime forfaitaire de la législation française des accidents du travail, l'entrave apportée à l'exécution du travail par la nécessité d'interrompre celui-ci pour boire et pour uriner de façon extrêmement fréquente: par l'asthénie, la diminution des forces ect., est seule à retenir.

**Diabète insipide nettement rattaché à un traumatisme céphalique récent. Début de la polyurie et de la polydipsie dans les dix jours consécutifs au traumatisme lequel a été généralement suivi de ± longue perte de conscience . . .**

**25**

## **TUMEURS MALIGNES**

La question de l'imputabilité est ici prédominante. Elle sera toujours très difficile, très délicate à résoudre.

## **CANCER**

- a) Épithéliomas cutanés (frottements continus et irritations fréquentes, localisations professionnelles chez les ouvriers).
- b) Épithéliomas des cicatrices (en particulier après brûlures).
- c) Épithéliomas dus aux rayons X.
- d) Ostéosarcomes à développement rapide, survenant à la suite d'une fracture, l'os étant presque toujours malade, antérieurement, sans qu'on le sache, mais la fracture étant le point de départ d'un accroissement considérable et rapide du néoplasme.

Cordonnier et Muller ont admis que l'on doit exiger pour admettre l'origine que le traumatisme ait porté au point précis de développement ultérieur de la tumeur, qu'il y ait en continuité de soins et qu'il existe un certain délai entre le traumatisme et la constatation de la tumeur.

1<sup>o</sup> Pour toutes ces tumeurs, lors de curabilité opératoire :

Évaluation suivant les infirmités consécutives à l'opération (amputation de segments de membres ou déformations cicatrielles, etc.).

2<sup>o</sup> Lors de récidive opérable, même type d'évaluation.

3<sup>o</sup> Lors de récidive inopérable ou de tumeur maligne inopérable suivant la gravité de l'état général et des troubles fonctionnels.



Retour

# MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISABLES

par **Henri Desoille**

Professeur honoraire de Médecine du Travail à la Faculté de Médecine de Paris

## GÉNÉRALITÉS

### I<sup>e</sup> CONDITIONS NÉCESSAIRES ET SUFFISANTES POUR QU'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE SOIT INDEMNISABLE COMME TELLE.

Lors d'un accident du travail il faut, pour accepter la prise en charge, qu'il y ait relation de cause à effet entre l'accident proprement dit et la lésion constatée. Le régime des maladies professionnelles est différent. Afin d'éviter à propos de chaque cas des discussions étiologiques souvent délicates, la maladie est **admise par présomption légale** lorsqu'elle figure sur une liste (établie par décret) et qu'un certain nombre de conditions sont remplies.

La liste en effet consiste en un certain nombre de **tableaux** : (saturnisme, hydrargyrisme, etc...) qui précisent trois conditions fondamentales :

**I<sup>e</sup> Les travaux susceptibles de provoquer la maladie.**  
L'intéressé doit avoir été occupé à un de ces travaux.

On remarquera que suivant les tableaux la rédaction est plus ou moins compréhensive :

Tantôt il s'agit d'une « liste indicative » ayant en tête la phrase suivante : Préparation, emploi, manipulation de... (ce qui comprend **tous** les cas pouvant se présenter), suivie de la mention « notamment » et d'une liste qui est destinée à attirer l'attention sur les principaux, mais qui n'est pas exclusive.

Tantôt l'indication est précise et limitée, par exemple : « Travaux de gardes-chasse et gardes-forestiers. » Ce qui exclut tout le reste.

**2<sup>e</sup> Les maladies, admises par présomption.** Par exemple il existe

un tableau visant le saturnisme. Mais dans ce tableau figure une liste de « maladies engendrées par l'intoxication saturnine ». Seules celles qui y figurent seront admises. C'est ainsi qu'on trouve mentionnées : « Néphrite azotémique ou néphrite hypertensive et leurs complications », mais que n'y figurent pas la néphrite albuminurique simple, ou la goutte saturnine qui se trouvent donc exclues de la réparation.

Ici encore la rédaction est variable, impliquant une présomption soit très limitée : « paralysie des extenseurs des doigts ou des petits muscles de la main » (dans le saturnisme) soit très et même trop vaste : « Dermatoses aiguës, récidivantes ou chroniques ».

**3<sup>e</sup> Un délai de prise en charge**, d'ailleurs variable (de quelques jours à 15 ans).

Si l'affection apparaît alors que l'intéressé a cessé d'effectuer le travail mentionné depuis un délai supérieur à celui indiqué, elle n'est plus considérée comme maladie professionnelle indemnisable.

**4<sup>e</sup> Très exceptionnellement un délai d'exposition au risque** est indiqué comme condition supplémentaire. Le sujet doit avoir effectué le travail dangereux pendant un certain temps : pendant un mois pour la manipulation de la streptomycine, par exemple.

Toutes ces conditions sont nécessaires. Mais il est aussi suffisant qu'elles soient réunies pour que la maladie soit admise comme professionnelle, sans que l'on ait à discuter si cette étiologie est bien la bonne, car il s'agit d'une présomption légale. Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'une **preuve contraire** pourrait être fournie. Encore faudrait-il qu'elle soit indiscutable et que l'on puisse démontrer que le travail accompli n'a pas pu même faciliter l'éclosion de la maladie.

**La rédaction des tableaux est souvent modifiée par décret.** Il faut donc se reporter au décret en vigueur au moment où se déclare l'affection. Plus loin est indiquée pour chaque tableau la date du décret qui comporte la rédaction publiée.

## 2<sup>e</sup> LE CERTIFICAT MÉDICAL ET LA DÉCLARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISABLES

On sait qu'en cas d'accident du travail, c'est l'employeur, tout naturellement au courant, qui déclare l'accident à la Caisse et qui remet au blessé le « triple volet » avec lequel le blessé va trouver le médecin de son choix. Ce dernier rédige alors le « certificat initial ».

**Pour les maladies professionnelles les choses se passent différemment :**

Ici c'est le médecin qui le premier s'aperçoit qu'il s'agit d'une maladie professionnelle. Parfois le malade a quitté le travail en cause depuis longtemps. L'employeur n'est pas au courant. **C'est donc au malade (ou à ses ayants droit) qu'il appartient de faire la déclaration.**

Le praticien rédige le certificat initial (ici en trois exemplaires) sur un imprimé conforme au modèle reproduit ci-contre et le malade ou ses ayants droit remplissent la déclaration de maladie professionnelle, soit à la Caisse (dans le régime général), soit auprès du Maire (dans le régime agricole), dans les quinze jours (1).

(1) Cependant l'intéressé ne perd ses droits qu'au bout de deux ans (forc usc).

**MALADIES  
PROFESSIONNELLES**

Code S. S. Art. L 499

**CERTIFICAT MEDICAL**

complétant la déclaration de maladie professionnelle  
faite par le malade

**ASSURE**

Numéro d'immatriculation


NOM \_\_\_\_\_

(En caractères d'imprimerie)

Prénom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Adresse : rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Arrond<sup>t</sup> ou commune \_\_\_\_\_ Départ<sup>t</sup> \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Nature du travail effectué \_\_\_\_\_

**EMPLOYEUR**

Numéro d'immatriculation

Nom, raison sociale et adresse de l'entreprise


Nature de l'exploitation :

Je soussigné, Docteur en médecine, après avoir examiné le malade ci-dessus désigné,  
certifie<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

Fait le \_\_\_\_\_ Signature du médecin :

Cachet du médecin :

Nom, prénom, adresse

Le praticien établit en triple exemplaires et remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi que les suites probables.

Deux exemplaires de ce certificat doivent compléter la déclaration de maladie professionnelle.

Une copie de cette déclaration et un exemplaire du certificat médical sont transmis immédiatement à la Caisse d'Assurance Maladie à l'inspecteur du travail ou au fonctionnaire chargé de la surveillance de l'entreprise.

(1) Fournir toutes indications utiles sur la maladie et ses symptômes. Indiquer si possible la durée de la maladie, et éventuellement spécifier si elle doit entraîner une incapacité de travail.

### **3<sup>e</sup> PRESTATIONS**

Ce sont les mêmes qu'en cas d'accident du travail.

### **4<sup>e</sup> MALADIES PROFESSIONNELLES NON INSCRITES SUR LA LISTE**

Prise en charge comme maladie ordinaire en Assurance Sociale.

Si ultérieurement un nouveau tableau paraît, mentionnant l'affection en cause, l'intéressé, s'il est encore malade, bénéficie des prestations spéciales à partir de l'entrée en vigueur de ce tableau. (Art. 496 du Code de Sécurité Sociale). Déclaration à faire à la Caisse dans les trois mois après cette entrée en vigueur.

En vue de l'extension des tableaux, tout médecin doit par ailleurs déclarer à l'inspection du travail les cas qui lui paraîtraient d'origine professionnelle.

### **5<sup>e</sup> L'INCAPACITÉ PERMANENTE EN MALADIE PROFESSIONNELLE**

L'incapacité permanente que peut entraîner une maladie professionnelle est très difficile à codifier en un barème. On doit tenir compte à la fois de l'état général, des symptômes fonctionnels, des signes objectifs, des résultats fournis par les examens de laboratoire. Aussi les taux indiqués plus loin ne sont que des indications et l'expert doit, sans bien entendu être lié par eux, apprécier chaque cas clinique (1).

D'autre part après consolidation la maladie est susceptible d'évoluer beaucoup plus qu'une infirmité d'origine traumatique. Les révisions, en amélioration ou en aggravation seront ici plus fréquentes.

Dans bien des cas la maladie professionnelle est une affection relativement aiguë qui rétrocède souvent complètement mais qui nécessite généralement un changement de profession :

**La dépréciation est naturellement variable, elle s'estime habituellement entre 0 et 30** (en abréviation: Ch. Pr.).

D'après la législation, la victime a droit à un **reclassement professionnel**. Passé un certain âge, ce dernier est difficile à réaliser de sorte que souvent le changement de profession aboutit à un **déclassement**. Même s'il est cliniquement guéri, l'intéressé n'a plus sa capacité de travail antérieure puisque son ancien métier lui est interdit et médicalement il n'est plus le même puisque son organisme demeure fragilisé.

**Il est donc admissible qu'un taux d'incapacité permanente puisse être donné à quelqu'un d'apparemment guéri car en réalité après l'intoxication l'état n'est plus le même qu'avant.**

**La dépréciation est naturellement variable, elle s'estime habituellement entre 0 et 30.**

---

(1) On trouvera reproduits les taux donnés par le barème du 23 mai 1939. Rappelons qu'ils ne sont eux aussi qu'indicatifs. La rédaction de nombreux tableaux a été modifiée depuis la publication de ce barème, qui n'a plus dans ces cas qu'un intérêt documentaire.

## **6<sup>e</sup> MAINTIEN DES SOINS APRÈS CONSOLIDATION**

La circulaire 209 admet que des soins puissent être continués après consolidation et fixation de l'incapacité permanente. C'est surtout en cas de maladie que cette notion trouve son application.

## **7<sup>e</sup> CLASSEMENT DES MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISABLES**

Certaines affections sont indemnifiables uniquement dans le régime général (professions non agricoles). D'autres uniquement dans le régime agricole. D'autres enfin à la fois dans les deux régimes.

Dans les listes officielles la numérotation des tableaux ne suit pas un ordre méthodique mais un ordre chronologique : les premiers tableaux sont les plus anciens, les autres suivent suivant le moment où ils ont été successivement ajoutés à des dates diverses.

A moins de savoir par cœur la numérotation des soixante trois tableaux du régime général et des vingt-huit (1) du régime agricole, il est en conséquence difficile de trouver celui qui intéresse. Dans l'exposé qui suit nous n'avons donc pas suivi l'ordre officiel et d'autant moins qu'il eût conduit à des répétitions, les affections indemnifiables à la fois dans les deux régimes n'étant pas classées dans le même ordre pour chacun d'eux.

### **NOUS AVONS ADOPTÉ L'ORDRE SUIVANT :**

- Intoxications et allergies,
- Maladies infectieuses et parasitaires,
- Agents physiques (air comprimé, bruit, marteaux pneumatiques, meulage et polissage, rayons X et substances radioactives).

— Les pneumoconioses ayant une réparation spéciale (asbestose, sidérose, silicose) ;

Mettant ensuite à part :

— Deux affections dont l'étiologie est complexe « lésions dues aux lubrifiants : bouton d'huile, le nystagmus des mineurs »

### **A L'INTÉRIEUR DE CHAQUE GROUPE LES AFFECTIONS SONT CLASSÉES SUIVANT L'ORDRE ALPHABÉTIQUE, COMMODE.**

Pour les maladies indemnifiables à la fois dans les deux régimes, l'énumération des symptômes retenus est généralement rédigée de façon identique dans les textes légaux et seule l'énumération des travaux visés diffère.

Les exceptions sont bien entendu indiquées.

(1) Les tableaux du régime agricole sont numérotés de 1 à 16 mais le n° 3 est supprimé.



# TABLEAUX DES MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISABLES

## INTOXICATIONS ET ALLERGIES

### AMINES ALIPHATIQUES ET ALICYCLIQUES

#### TRAVAUX

**RÉGIME GÉNÉRAL. 49<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972)**

**Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies.**

Préparation, emploi et manipulation des amines aliphatiques et alicycliques ou de produits en contenant à l'état libre.

#### MALADIES

**Maladies engendrées par les amines aliphatiques et alicycliques. Délai de prise en charge : 7 jours . . . . .**

Dermites eczématiformes provoquées par les éthanolamines, les polyamines aliphatiques et les cyclohexylamines et confirmées par la positivité des tests épicutanés ou par la récidive à une nouvelle exposition . . . . .

**0 à 30**  
Pas d'incapacité permanente en général mais tenir compte éventuellement du changement de profession (Ch. Pr.).

Asthme provoqué par les polyamines aliphatiques et confirmé par tests ou par la récidive à une nouvelle exposition.

10 à 40

Suivant fréquence des crises et nécessité parfois de changer de profession (Ch. Pr.).

## AMINES AROMATIQUES

**Affections provoquées par les amines aromatiques et leurs dérivés hydroxylés, halogénés, nitrosés, nitrés et sulfonés.**

### TRAVAUX

#### RÉGIME GÉNÉRAL. 15<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972)

##### Liste indicative des principaux travaux :

Préparation, emploi, manipulation des amines aromatiques, de leurs dérivés hydroxylés, halogénés, nitrosés, nitrés et sulfonés et des produits en renfermant, notamment :

Fabrication des amines aromatiques, et de leurs dérivés ;

Préparation au moyen d'aminés aromatiques, de produits chimiques, matières colorantes, produits pharmaceutiques, accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc, etc. ;

Utilisation des amines aromatiques et des produits qui en dérivent, lorsque ces derniers contiennent des amines aromatiques à l'état libre.

### MALADIES

**Maladies engendrées par les amines aromatiques et leurs dérivés hydroxylés, halogénés, nitrosés, nitrés et sulfonés.**

**ACCIDENTS AIGUS (MANIFESTATIONS NERVEUSES AVEC CYANOSE : 3 jours. . . . .**

Incapacité temporaire en général pas d'incapacité permanente.

0 à 30 (Ch. Pr.)

**DERMITES ECZÉMATIFORMES CONFIRMÉES PAR LA POSITIVITÉ DES TESTS ÉPICUTANÉS OU PAR LA RÉCIDIVE À UNE NOUVELLE EXPOSITION : 7 jours. . . . .**

0 à 30 (Ch. Pr.)

**ANÉMIE AVEC CYANOSE ET SUBICTÈRE : 30 jours. . . . .**

0 à 40 (Ch. Pr.)

**ASTHME RÉCIDIANT EN CAS DE NOUVELLE EXPOSITION OU CONFIRMÉ PAR UN TEST : 7 jours.**

5 à 30

**CYSTITES AIGUES HEMORRAGIQUES : 7 jours. . . . .**

**LÉSIONS VÉSICALES (CONFIRMÉES PAR CYSTOSCOPIE), PROVOQUÉES PAR LA BENZIDINE, SES**

**HOMOLOGUES, SES SELS ET SES DÉRIVÉS CHLORÉS, LA DIANISIDINE ET SES DÉRIVÉS CHLORÉS, L'AMINO-4 DIPHÉNYLE, LA B-NAPHTYLAMINE :**

**CONGESTION VÉSICALE AVEC VASCOSITÉS : 1 an . . . . .**

**10 à 50**

**TUMEURS BÉNIGNES OU MALIGNES  
30 ans . . . . .**

**15 à 100**

**BARÈME DU 24 MAI 1939**

**Accidents aigus . . . . .**

**En général pas d'incapacité permanente ; en cas de séquelles les évaluer conformément au barème général.**

**Manifestations consécutives à l'intoxication subaiguë ou chronique (cyanose, anémie, subictère) . . . . .**

**Le plus souvent, pas d'incapacité permanente, en cas de séquelles, les évaluer conformément au barème général.**

**Dermites aiguës, chroniques ou récidivantes (eczéma, œdème aigu)**

**Pas d'incapacité permanente.**

- a) Dermites aiguës . . . . .
- b) Dermites chroniques ou récidivantes . . . . .

**10 à 30**

**Tenant compte du changement de profession**

**Lésions vésicales (cystite, hématurie, tumeurs bénignes et malignes) . . . . .**

**En cas de tumeurs malignes indemniser en I.T. En cas de cystite, hématurie vésicale ou tumeurs bénignes, tenant compte du changement de profession :**

**30 à 40**

## **ARSENIC**

**Arsenic et ses composés oxygénés et sulfurés.**

### **TRAVAUX.**

**RÉGIME GÉNÉRAL : 20<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955)**

**Liste indicative des principaux travaux :**

Préparation, emploi, manipulation de l'arsenic et de ses composés oxygénés et sulfurés notamment :

TraITEMENT DES MINERAUX ARSENICAUX.

Fabrication de l'arsenic et de ses composés oxygénés et sulfurés (anhydrides arsénieux, arsénites, acide arsénique, arséniates).

Fabrication et emploi de produits insecticides ou anticryptogamiques renfermant de l'arsenic ou ses composés.

Fabrication et emploi de couleurs et peintures contenant des composés oxygénés ou sulfurés de l'arsenic.

Emploi de l'orpiment (sulfure d'arsenic) en mètisserie et en tannerie, manipulation de peaux qui en sont enduites.

Emploi de l'anhydride arsénieux dans la fabrication du verre.

### RÉGIME AGRICOLE, 10<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 17 juin 1955).

#### Travaux susceptibles de provoquer la maladie :

Manipulation de ces produits au cours d'un travail dans une exploitation ou entreprise relevant du régime agricole.

#### MALADIES

**Maladies engendrées par l'arsenic et ses composés oxygénés et sulfurés.**  
**Délai de prise en charge : trente jours, porté à trois mois pour les polynévrites.**

#### LÉSIONS CUTANÉES (ULCÉRATIONS, DERMATOSES) . . . . .

Pas d'incapacité permanente, sauf cicatrices ou hyperkeratose gênant le travail :

**0 à 30**

Tenant compte d'un éventuel changement de profession.

#### LÉSIONS NASALES (ULCÉRATIONS, PERFORATIONS) . . . . .

Pas d'incapacité permanente sauf si rhinite gênant le travail

**0 à 15**

#### LÉSIONS OCULAIRES (BLÉPHARITE, CONJONCTIVITE) . . . . .

Si lésion chronique :

**5 à 15**

#### POLYNÉVRITES . . . . .

**10 à 100**

#### TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX AIGUS (VOMISSEMENTS, DIARRHÉE CHOLÉRIFORME) . . . . .

Généralement pas de séquelle.

### BENZOL

**Maladies causées par le benzène et ses homologues (toluène xylène, etc...).**

## TRAVAUX

### RÉGIME GÉNÉRAL : 4<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).

#### Liste indicative des principaux travaux :

Préparation, emploi, manipulation du benzène et de ses homologues, des benzols et autres produits renfermant du benzène ou ses homologues, notamment :

Préparation, extraction, rectification des benzols.

Emploi du benzène et de ses homologues pour la préparation de leurs dérivés. Extraction des matières grasses, dégraissage des os, peaux, cuirs, fibres textiles, tissus, nettoyage à sec, dégraissage des pièces métalliques et de tous autres objets souillés de matières grasses.

Préparation de dissolutions de caoutchouc ; manipulation et emploi de ces dissolutions ; tous autres emplois des benzols comme dissolvants du caoutchouc, de ses dérivés ou de ses succédanés.

Fabrication et application des vernis, peintures, émaux, mastics, encres, produits d'entretien renfermant des benzols, fabrication de simili-cuir, encollage de la rayonne et autres fibres au moyen d'enduits renfermant des benzols, emplois divers des benzols comme dissolvants des résines naturelles ou synthétiques.

Autres emplois des benzols ou des produits en renfermant, comme agents d'extraction, d'imprégnation, d'agglomération ou de nettoyage, comme décapants, dissolvants ou diluants ; filtration, concentration des solutions dans les hydrocarbures benzéniques, essorage et séchage des substances préalablement dissoutes ; emploi des dissolutions diverses renfermant des benzols.

Emploi des benzols comme déshydratants des alcools et autres substances liquides ou solides.

Emploi des carburants renfermant des hydrocarbures benzéniques, transvasement, manipulation de ces carburants.

### RÉGIME AGRICOLE. 19<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 22 mai 1973)

#### Travaux comportant :

— l'emploi des benzols ou des préparations et produits en renfermant, L'emploi des benzols ou des préparations et produits en renfermant, pour le décapage ou le dégraissage de pièces métalliques et de tous autres objets souillés de matières grasses ;

La préparation et l'application de vernis, peintures, émaux, mastics, produits d'entretien renfermant des benzols, lorsque ces travaux sont accomplis par des artisans ruraux et leurs salariés, par le personnel des ateliers d'entretien annexes à des exploitations agricoles.

## MALADIES

### Maladies engendrées par l'intoxication benzolique

#### ANÉMIE PROGRESSIVE GRAVE DU TYPE HYPOPLASIQUE OU APLASIQUE. Délai de prise en charge: 3 ans.

Longue incapacité temporaire.  
A la consolidation :

**10 à 30°**

Tenant compte du changement de profession.

**LEUCOSE.** Délai de prise en charge : 10 ans.

Tant que l'état général permet le travail :

**10 à 70**

**ÉTATS LEUCÉMOÏDES.** Délai de prise en charge : 3 ans.

Tenant compte du changement de profession. Incapacité temporaire si aggravation (1)

**LEUCOPÉNIE AVEC NEUTROPÉNIE.** Délai de prise en charge : 1 an.

**0 à 30**

Tenant compte du changement de profession.

**ANÉMIE PROGRESSIVE LÉGÈRE DU TYPE HYPOPLASIQUE OU APLASIQUE.** Délai de prise en charge : 1 an.

**0 à 30**

Tenant compte du changement de profession.

**SYNDROME HÉMORRAGIQUE.** Délai de prise en charge : 1 an.

Incapacité temporaire puis :

**0 à 30**

Tenant compte du changement de profession.

**PURPURA.** Délai de prise en charge : 1 an.

Incapacité temporaire puis :

**0 à 30**

Tenant compte du changement de profession.

**TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX ACCOMPAGNÉS DE VOMISSEMENTS À RÉPÉTITION.** Délai de prise en charge : 3 mois . . . . .

**0 à 30**

Tenant compte du changement de profession.

**ACCIDENTS AIGUS (COMA, CONVULSIONS) EN DEHORS DES CAS CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS DU TRAVAIL.** Délai de prise en charge : 3 jours. . . . .

En général pas de séquelle

#### **BARÈME DU 24 MAI 1939 :**

Purpura hémorragique benzolique. . . . .

Incapacité temporaire très prolongée ; incapacité permanente nulle ou légère mais changement de profession indispensable.

(1) Souvent dans les leucoses on constate une formule sanguine anormale alors que l'intéressé a un état général assez satisfaisant pour permettre le travail. Un changement de travail et des soins s'imposent... Mais ce n'est qu'ultérieurement l'affection s'étant aggravée que l'arrêt de travail peut devenir nécessaire.

Anémie progressive avec leucopénie, agranulocytose et mononucléose. . . . .	Incapacité temporaire très prolongée, incapacité permanente nulle ou légère ; mais changement de profession indispensable.
Syndromes neuro-anémiques d'origine benzolique. . . . .	20 à 100
Troubles gastro-intestinaux benzoliques accompagnés de vomissements à répétition . .	En général pas d'incapacité permanente. En cas de séquelles :
Accidents aigus benzoliques (coma, convulsions). . . . .	5 à 30 Pas d'incapacité permanente.

## BÉRYLLIUM OU GLUCINIUM

Deux tableaux d'indemnisation au régime général :

### I<sup>o</sup> LÉSIONS IRRITATIVES, OCULAIRES ET CUTANÉES PROVOQUÉES PAR LE FLUORE DOUBLE DE GLUCINIUM ET DE SODIUM.

RÉGIME GÉNÉRAL. 32<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).

#### TRAVAUX :

Liste indicative des principaux travaux :

Préparation, emploi et manipulation de fluore double de glucinium et de sodium, notamment :

Traitement du minéral de glucinium (Béryl).

Fabrication du glucinium, de ses alliages et de ses combinaisons.

#### MALADIES :

Maladies engendrées par le fluore double de glucinium et de sodium.

### CONJONCTIVITES AIGUES OU RÉCIDIVANTES. Délai de prise en charge : 3 jours . . . . .

Pas d'incapacité permanente en général.

5 à 10

en cas de persistance de conjonctivite chronique.

**DERMITES AIGUES OU RÉCIDIVANTES.** Délai de prise en charge : 3 jours. . . . .

**0 à 30**

Pas d'incapacité permanente en général mais tenir compte éventuellement du changement de profession.

## **2<sup>e</sup> BÉRYLIOSE PROFESSIONNELLE**

**Maladies consécutives à l'inhalation de poussières de glucine ou de sels de glucinium.**

**RÉGIME GÉNÉRAL 33<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).**

### **TRAVAUX :**

**Liste indicative des principaux travaux :**

Travaux exposant à l'inhalation de poussières de glucine ou de sels de glucinium, notamment :

Broyage et traitement du beryl.

Fabrication du glucinium, de ses alliages et de ses combinaisons.

Fabrications et utilisation de poudres à base de sels de glucinium destinés au revêtement intérieur des tubes à fluorescence.

### **MALADIES :**

**Maladies engendrées par la glucine ou les sels de glucinium :**

**BRONCHOPNEUMOPATHIE AIGUE OU SUBAIGUE DIFFUSE AVEC APPARITION RETARDÉE DE SIGNES RADIOLOGIQUES LE PLUS SOUVENT DISCRETS.** Délai de prise en charge : 30 jours. . . . .

Généralement peu de séquelles

**0 à 30**

Tenant compte du changement de profession.

**PNEUMOPATHIE CHRONIQUE RETARDÉE OU NON LORSQU'IL EXISTE DES SIGNES RADIOGRAPHIQUES (IMAGES MILIAIRES) EN SUS DES TROUBLES FONCTIONNELS (TOUX ET DYSPNÉE) ET GÉNÉRAUX (AMAIGRISSEMENT, FATIGUE).** Délai de prise en charge : 5 ans. . . . .

**10 à 100**

Se reporter à la silicose.

**COMPLICATIONS CARDIAQUES DE LA PNEUMOPATHIE CHRONIQUE HYPOSYSTOLIE OU ASYSTOLIE PAR INSUFFISANCE VENTRICULAIRE DROITE.** Délai de prise en charge : 5 ans. . . . .

20 à 100

**COMPLICATION PULMONAIRE DE LA PNEUMOPATHIE CHRONIQUE PNEUMOTHORAX SPONTANÉ.** Délai de prise en charge : 5 ans. . . . .

Incapacité temporaire pendant la durée du pneumothorax. Ensuite réévaluer le taux suivant troubles fonctionnels pulmonaires persistants.

## BOIS EXOTIQUES

**RÉGIME GÉNÉRAL, 47<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 14 février 1967).**

### TRAVAUX :

Travaux susceptibles de provoquer ces maladies.

Manipulation, traitement et mise en œuvre des bois exotiques.

### MALADIES

Délai de prise en charge : 7 jours :

**DERMITES ECZÉMATIFORMES OU ÉRYTHÉMATEUSES, CONJONCTIVITES, ASTHME**

0 à 30

Tenant compte du changement de profession.

## BROMURE DE MÉTHYLE

### TRAVAUX :

**RÉGIME GÉNÉRAL. 26<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).**

#### Liste indicative des principaux travaux :

Préparation, manipulation, emploi du bromure de méthyle ou des produits en renfermant, notamment :

Préparation du bromure de méthyle.

Préparation de produits chimiques et pharmaceutiques au moyen du bromure de méthyle. Remplissage et utilisation des extincteurs au bromure de méthyle.

**Emploi du bromure de méthyle comme agent de désinsectisations et de dératisation.**

**RÉGIME AGRICOLE. 23<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 22 mai 1973)**

**Travaux susceptibles de la provoquer**

Emploi du bromure de méthyle comme agent de désinsectisation et de dératisation dans les exploitations agricoles et les organismes de stockage et de vente.  
Emploi du bromure de méthyle pour le traitement des sols, dans les conditions fixées par l'arrêté du 25 janvier 1971.

**MALADIES :**

**Maladies engendrées par l'intoxication par le bromure de méthyle. Délai de prise en charge : 7 jours.**

**TROUBLES ENCÉPHALO - MÉDULLAIRES . . . . .**

**10 à 100**

Tremblements intentionnels.  
Myoclonies.  
Crises épileptiformes.  
Ataxies.  
Aphasie et dysarthrie.  
Accès confusionnels.  
Anxiété pantophobique.  
Dépression mélancolique.

**TROUBLES OCULAIRES**

Amaurose ou amblyopie. . . . .	Suivant acuité visuelle.
Diplopie . . . . .	<b>5 à 25</b>

**TROUBLES AURICULAIRES . . . . .**

**5 à 40**

Hyperacousie  
Vertiges et troubles labyrinthiques.

**ACCIDENTS AIGUS (EN DEHORS DES CAS CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS DE TRAVAIL) . . . . .**

**Si séquelles :**

**10 à 100**

Crises épileptiques.  
Coma.

## CADMIUM

### RÉGIME GÉNÉRAL. 61<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 25 février 1973)

Maladies professionnelles provoquées par le cadmium et ses composés.

#### TRAVAUX

##### Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies

Extraction, préparation, emploi du cadmium, de ses alliages et ses alliages et de ses composés, notamment :  
 Préparation du cadmium par « voie sèche » ou électro métallurgie du zinc ;  
 Découpage au chalumeau ou soudure de pièces cadmiées ;  
 Soudure avec alliage cadmium ;  
 Fabrication d'accumulateurs au nickel-cadmium ;  
 Fabrication de pigments cadmifères, pour peintures, émaux, matières plastiques.

#### MALADIES

##### Maladies engendrées par le cadmium et ses composés

Délai de prise en charge :

##### BROHCHO PNEUMOPATHIE AIGUE:

5 jours . . . . . 0 à 30 (Ch. Pr).

##### TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX AIGUS, AVEC NAUSÉES, VOMISSEMENTS ET DIARRHÉES : 3 jours.

0 à 30 (Ch. Pr).

##### NÉPHROPATHIE AVEC PROTÉINURIE : 2 ans . . . . .

10 à 100

Suivant épreuves de laboratoire.

##### OSTÉOMALACIE AVEC OU SANS FRACTURES SPONTANÉES, ACCOMPAGNÉE OU NON DE MASTICATIONS DOULOUREUSES, RADIOLOGIQUEMENT CONFIRMÉE

12 ans . . . . .

10 à 50

## CHLORONAPHTALÈNES

**RÉGIME GÉNÉRAL. 9<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).**

**TRAVAUX :**

**Liste indicative des principaux travaux :**

Préparation, emploi, manipulation des chloronaphthalènes et des produits en renfermant, notamment :

Fabrication des chloronaphthalènes.

Fabrication de vernis, enduits, produits d'entretien, pâtes à polir, etc... à base de chloronaphthalènes.

Emploi des chloronaphthalènes comme isolants électriques, en particulier dans la fabrication des condensateurs.

Préparation et emploi de lubrifiants de remplacement contenant des chloronaphthalènes.

**MALADIES :**

**Maladies engendrées par le chloronaphthalène**

**ACNÉ. Délai de prise en charge :**  
30 jours. . . . .

**0 à 30**

Pas d'incapacité permanente en général mais tenir compte éventuellement du changement en profession.

**BARÈME DU 24 MAI 1939**

Acné chronique ou récidivante. . . . .

En général pas d'incapacité permanente, exceptionnellement invalidité de

**5 à 10**

## CHLORPROMAZINE

**TRAVAUX :**

**Liste indicative des principaux travaux :**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 38<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 10 avril 1963).**

Travaux comportant la manipulation ou l'emploi de la chlorpromazine notamment :

Travaux de conditionnement de la chlorpromazine.

Application des traitements à la chlorpromazine.

**RÉGIME AGRICOLE. 26<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 22 mai 1973).**

Travaux comportant la manipulation ou l'emploi de la chlorpromazine ou de produits en renfermant effectués :

- 1<sup>o</sup> Dans les organismes agricoles de production, de stockage et de vente d'aliments du bétail ;
- 2<sup>o</sup> Dans les services médicaux ou socio-médicaux dépendant d'organismes ou d'institutions relevant du régime agricole de protection sociale.

Soins donnés au bétail.

**MALADIES :**

**Maladies engendrées par la chlorpromazine. Délai de prise en charge : 7 jours.**

**LÉSIONS ECZÉMATIFORMES RÉCIDIVANT EN CAS DE NOUVELLE EXPOSITION OU CONFIRMÉES PAR TESTS ÉPICUTANÉS. . . . .**

**0 à 30**

Pas d'incapacité permanente en général mais tenir compte éventuellement du changement de profession.

**CONJONCTIVITÉ AIGUË BILATÉRALE, CONFIRMÉE PAR TESTS ÉPICUTANÉS.**

En général pas d'incapacité permanente.

## **CHLORURE DE MÉTHYLE**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 27<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955)**

**TRAVAUX :**

Liste indicative des principaux travaux :

Préparation, emploi et manipulation du chlorure de Méthyle, notamment :

Réparation des appareils frigorifiques.

**MALADIES :**

**Maladies engendrées par le chlorure de méthyle.**

**VERTIGES.** Délai de prise en charge : 7 jours.

**AMNÉSIE.** Délai de prise en charge : 7 jours.

**AMBLYOPIE.** Délai de prise en charge : 7 jours. pas d'incapacité permanente en général.

**ATAXIE.** Délai de prise en charge : 7 jours.

**ACCIDENTS AIGUS (COMA, DÉLIRE) EN DEHORS DES CAS CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS DU TRAVAIL.** Délai de prise en charge : 3 jours.

## **CHLORURE DE VINYLE**

### **RÉGIME GÉNÉRAL. 52<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).**

Affections consécutives aux opérations de polymérisation du chlorure de vinyle.

#### **TRAVAUX**

**Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies.**

Travaux exécutés dans les ateliers de polymérisation du chlorure de vinyle, notamment : décroûtement manuel des autoclaves de polymérisation.

#### **MALADIES**

**Désignation des maladies.**

**TROUBLÉS ANGIONEUROTIQUES DES DOIGTS.** Délai de prise en charge : 2 mois. . . . .

10 à 30 (Ch. Pr).

**OSTÉOLYSE DES PHALANGES UNGUÉALES DES MAINS CONFIRMÉE RADIOLOGIQUEMENT.** Délai de prise en charge : 3 ans. . . . .

10 à 30 (Ch. Pr).

## CHROME

**Ulcérations causées par l'action de l'acide chromique, ainsi que des chromates et bichromates alcalins.**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 10<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).**

**TRAVAUX :**

**Liste indicative des principaux travaux :**

Préparation, emploi, manipulation de l'acide chromique, des chromates et bichromates notamment ;  
 Fabrication de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalins.  
 Fabrication de pigments (jaune de chrome, etc...) au moyen de chromates ou bichromates alcalins.  
 Emploi de bichromates alcalins dans le vernisage d'ébénisterie.  
 Emploi des chromates ou bichromates alcalins comme mordants en teinture.  
 Tannage au chrome.  
 Préparation par procédés photomécaniques de clichés pour impression.  
 Chromage électrolytique des métaux.

**MALADIES :**

**Maladies engendrées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins. Délai de prise en charge : 30 jours.**

**ULCÉRATIONS NASALES . . . . .**

Généralement pas d'incapacité permanente.

**ULCÉRATIONS CUTANÉES ET DERMITES ECZÉMATIFORMES CHRONIQUES OU RÉCIDIVANTES . . . . .**

Pas d'incapacité permanente sauf cicatrices gênant le travail :

**0 à 30**

Tenant compte d'un éventuel changement de profession.

**BARÈME DU 24 mai 1939.**

Ulcérations cutanées et nasales . . . . .

Pas d'incapacité permanente à moins que ne subsistent des mutilations, des cicatrices vicieuses des mains ou une rhinite gênant le travail.

## CIMENTS

**Affections causées par les ciments (alumino silicates de calcium).**

**TRAVAUX :**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 8<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955)**

**Liste indicative des principaux travaux :**

Fabrication, concassage, broyage, ensachage et transport à dos d'homme des ciments.

Fabrication à l'aide de ciments, de matériaux agglomérés et d'objets moulés.

Emploi des ciments dans les chantiers du bâtiment et des travaux publics.

**RÉGIME AGRICOLE. 14<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 17 juin 1955).**

Travaux des artisans ruraux occupés à la construction, à la réparation ou à l'entretien des bâtiments en ciment.

**MALADIES :**

**Maladies engendrées par les ciments  
(Délai de prise en charge : 30 jours).**

**ULCÉRATIONS, DERMITES PRIMITIVES, DERMITES ECZÉMATIFORMES . . . . .**

**0 à 30**

Tenant compte d'éventuelles cicatrices gênant le travail et du changement de profession.

**BLÉPHARITE . . . . .** Si lésion chronique :  
**5 à 10**

**CONJONCTIVITÉ . . . . .** Si lésion chronique :  
**5 à 10**

**BARÈME DU 24 MAI 1939 :**

Dermites primitives et pyodermites . . . . . Pas d'incapacité permanente à moins que ne persistent des cicatrices gênant le travail.

Dermites secondaires, eczématiformes (gale du ciment). . . . . 10 à 30  
Tenant compte du changement de profession.

## DÉRIVÉS HALOGÉNÉS DES HYDROCARBURES ACYCLIQUES

Affections provoquées par les dérivés halogénés suivants des hydrocarbures acycliques : le chlorure de méthylène, le trichloro 1-1-1- éthane (méthylchloroforme), les dichloréthylènes et le dichloro 1-2 propane.

### TRAVAUX

#### RÉGIME GÉNÉRAL. 12<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).

Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies.

Préparation, emploi du chlorure de méthylène, du trichloro 1 - 1 - 1 éthane (méthylchloroforme), des dichloréthylènes, du trichloréthylène, du tétrachloréthylène (perchloréthylène) et du dichloro 1-2-propane ou des produits en renfermant, notamment :

Utilisation comme matière première dans l'industrie chimique ;

Emploi comme solvants des matières grasses, en particulier dans les travaux ci-après : extraction des huiles dégraissage des os, peaux, cuirs, teinture-dégraissage, dégraissage des pièces métalliques ;

Préparation et application de vernis, de dissolutions de caoutchouc, etc.

#### RÉGIME AGRICOLE. 21<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 22 mai 1973).

Travaux susceptibles de provoquer la maladie.

Travaux comportant :

L'emploi du chorure de méthyléné, du trichloro 1-1-1 éthane (méthylchloroforme, des dichloréthylènes, du trichloréthylène, du tétrachloréthylène perchioréthylène) et du dichloro 1-2 propane, ou de produits en renfermant comme solvants des matières grasses, en particulier pour le dégraissage des pièces métalliques ; La préparation et l'application de vernis renfermant ces mêmes substances, lorsque ces travaux sont effectués par des artisans ruraux et leurs salariés, par le personnel d'entretien des organismes professionnels agricoles pu par le personnel des ateliers d'entretien annexes à des exploitations agricoles.

**MALADIES**

**NÉVRITE OPTIQUE OU DU TRIJU-MEAU.** Délai de prise en charge : 5 jours . . . . .

Suivant troubles fonctionnels.

**DERMO-ÉPIDERMITES AIGUES.** Délai de prise en charge : 3 jours . . . . .

0 à 30 (Ch. Pr).

**DERMITES ECZÉMATIFORMES OU RÉCIDIVANTES.** Délai de prise en charge : 7 jours . . . . .

0 à 20 (Ch. Pr).

**CONJONCTIVITES.** Délai de prise en charge : 3 jours . . . . .

Pas d'incapacité permanente en général.

**ACCIDENTS NERVEUX AIGUS, EN DEHORS DES CAS CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS DU TRAVAIL.**

Délai de prise en charge : 3 jours . . . . .

Pas d'incapacité permanente en général.

**BARÈME DU 24 MAI 1939 :**

Dermites chroniques ou récidivantes . . . . .

10 à 30

Tenant compte du changement de profession.

Brûlures . . . . .

Pas d'incapacité permanente à moins que ne persistent des cicatrices gênant le travail.

Accidents aigus encéphalitiques . . . . .

En général pas d'incapacité permanente.

**DÉRIVÉS NITRÉS ET CHLORONITRÉS DES CARBURES BENZÉNIQUES**

*Nitrobenzène, dinitrobenzène, trinitrotoluène, etc...*

**RÉGIME GÉNÉRAL. 13<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).****TRAVAUX :****Liste indicative des principaux travaux :**

Préparation, emploi, manipulation des dérivés nitrés et chloronitrés des carbures benzéniques notamment :

Fabrication des dérivés nitrés et chloronitrés du benzène et de ses homologues.

Fabrication des dérivés aminés (aniline et homologues) et de certaines matières colorantes.

Préparation et manipulation d'explosifs.

Sont exclues les opérations effectuées à l'intérieur d'appareils rigoureusement clos en marche normale.

**MALADIES :**

**Maladies engendrées par les dérivés nitrés et chloronitrés des carbures benzéniques. Délai de prise en charge : intoxications subaiguës ou chroniques un an. — Accidents aigus et dermites, trente jours.**

**MANIFESTATIONS CONSÉCUTIVES A L'INTOXICATION SUBAIGUE OU CHRONIQUE (CYANOSE, ANÉMIE SUBICTÈRE) :**

**ACCIDENTS AIGUS (COMA) EN DEHORS DES CAS CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS DE TRAVAIL**

**DERMITES CHRONIQUES OU RÉCIDIVANTES CAUSÉES PAR LES DÉRIVÉS CHLORONITRÉS.**

Pas d'incapacité permanente en général.

Pas d'incapacité permanente en général.

**0 à 30**

Pas d'incapacité permanente en général. Mais tenir compte éventuellement d'un changement de profession.

**BARÈME DU 24 MAI 1939 :**

Manifestations consécutives à l'intoxication subaiguë ou chronique (cyanose, anémie subictère) . . . . .

Le plus souvent pas d'incapacité permanente en cas de séquelles, les évaluer conformément au barème général.

Accidents aigus (coma) . . . . .

En général pas d'incapacité permanente.

Dermites chroniques ou récidivantes

10 à 30.  
Tenant compte du changement de profession.

## **DINITROPHÉNOL, SES HOMOLOGUES ET LEURS SELS**

### **RÉGIME GÉNÉRAL. 14<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 1<sup>er</sup> octobre 1960). INTOXICATION PROFESSIONNELLE PAR LE DINITROPHÉNOL, SES HOMOLOGUES ET LEURS SELS.**

**TRAVAUX :**

**Liste indicative des principaux travaux :**

Préparation, emploi, manipulation du dinitrophénol, de ses homologues ou de leurs sels, notamment :

Fabrication des produits précités.  
 Fabrication de matières colorantes au moyen  
 des produits précités.  
 Préparation et manipulation d'explosifs renfer-  
 mant l'un ou l'autre des produits précités.

### MALADIES :

**INTOXICATION AIGUE OU SUBAIGUE AVEC CYANOSE, OP-  
 PRESSION, FIÈVRE . . . . .**

Incapacité temporaire puis :

**MANIFESTATIONS DIGESTIVES  
 (VOMISSEMENTS, COLIQUES  
 AVEC DIARRHÉES, ANOREXIE  
 ASSOCIÉES A UNE RÉACTION  
 DE DERRIEN POSITIVE.)**

0 à 30

**DERMITES CHRONIQUES OU RÉ-  
 CIDIANTES**

Souvent peu de séquelle.  
 Tenir compte éventuellement  
 d'un changement de profes-  
 sion.

### BARÈME DU 24 MAI 1939 :

Intoxications aiguës ou subaiguës . . . . .

Pas d'incapacité perma-  
 nente à moins que ne per-  
 sistent des séquelles ou que  
 le changement de profes-  
 sion ne soit opportun.

Manifestations digestives. . . . .

Pas d'incapacité perma-  
 nente à moins que ne per-  
 sistent des séquelles ou que  
 le changement de profes-  
 sion ne soit opportun.

Dermites chroniques ou récidivantes. . . . .

10 à 30

Tenant compte du change-  
 ment de profession.

### RÉGIME AGRICOLE. 13<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 17 juin 1955).

**INTOXICATIONS PROFESSIONNELLES PAR LE DINITRO-  
 PHÉNOL DINITROCRÉSOL ET AUTRES DÉRIVÉS NITRÉS  
 DE LA SÉRIE PHÉNOLIQUE.**

### TRAVAUX :

**Travaux susceptibles de provoquer la maladie :**

Travaux de désherbage et travaux antiparasi-  
 taires, entraînant la manipulation de ces pro-  
 duits.

### MALADIES :

**Caractérisation de la maladie. Délai  
 de prise en charge : 30 jours.**

**CYANOSE, OPPRESSION, FIÈVRE  
ASSOCIÉE OU NON A DES MANIFESTATIONS PULMONAIRES**

**AIGUES . . . . .**

Incapacité temporaire puis :

**0 à 30**

**MANIFESTATIONS DIGESTIVES  
(VOMISSEMENTS, COLIQUES  
AVEC DIARRHÉES, ANOREXIE (1))**

Souvent peu de séquelles.  
Tenir compte éventuellement  
d'un changement de profession.

**DERMITES.**

## **ENZYMES PROTÉOLYTIQUES**

### **RÉGIME GÉNÉRAL. 63<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 23 février 1973).**

#### **TRAVAUX**

**Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies.**

Préparation, manipulation, emploi des enzymes protéolytiques et des produits en renfermant, notamment :

Extraction et purification des enzymes d'origine animale (trypsine), végétale (broméline, papaine, ficine), bactérienne et fongique (préparés à partir des bacillus subtilis, aspergillus, orysae) ;

Fabrication et conditionnement de détergents renfermant des enzymes protéolytiques.

#### **MALADIES**

**Maladies engendrées par les enzymes protéolytiques.**

**DERMITES ECZÉMATIFORMES RÉCIDIVANT EN CAS DE NOUVELLE EXPOSITION OU CONFIRMÉES PAR UN TEST.** Délai de prise en charge : 7 jours. . . . .

**0 à 30 (Ch., Pr.).**

**ULCÉRATIONS CUTANÉES.** Délai de prise en charge : 3 jours. . . . .

**0 à 30 (Ch., Pr.).**

**CONJONCTIVITE AIGUE BILATÉRALE RÉCIDIVANT EN CAS DE NOUVELLE EXPOSITION OU CONFIRMÉE PAR UN TEST.** Délai de prise en charge : 7 jours. . . . .

**0 à 30 (Ch., Pr.).**

**RHINITE AVEC ÉPISTAXIS.** Délai de prise en charge : 3 jours. . . . .

**0 à 30 (Ch., Pr.).**

**ASTHME RÉCIDIVANT EN CAS DE NOUVELLE EXPOSITION OU CONFIRMÉ PAR UN TEST.** Délai de prise en charge : 7 jours. . . . .

**0 à 40 (Ch., Pr.)**

(1) La réaction de Derrien (présence d'aminonitrophénol dans les urines) étant le procédé de diagnostic indispensable des intoxications par le dinitrophénol.

## **ESTERS PHOSPHORIQUES ET THIOPHOSPHORIQUES**

**Assez graves différences de rédaction entre les deux régimes. Les produits visés par le régime général sont bien plus nombreux. Les affections prises par présomptions sont décrites différemment.**

### **RÉGIME GÉNÉRAL. 34<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 23 février 1973).**

Affections professionnelles provoquées par les phosphates, pyrophosphates et thiophosphates d'alcoyle, d'aryle ou d'alcoylaryle ainsi que par les phosphoramides.

### **TRAVAUX**

#### **Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies**

Travaux exposant aux phosphates, pyrophosphates et thiophosphates d'alcoyle, d'aryle ou d'alcoylaryle ainsi qu'aux phosphoramides, notamment :

Préparation des produits précédents ;  
Préparation et manipulation dans les établissements industriels et commerciaux de produits énumérés.

### **MALADIES**

Délai de prise en charge : 3 jours.

**TROUBLES DIGESTIFS, NOTAMMENT : CRAMPES ABDOMINALES, HYPERSALIVATION, NAUSÉES OU VOMISSEMENTS, DIARRHÉES.**

**TROUBLES RESPIRATOIRES : DYS-PNÉE ASTHMATIFORME, ŒDÈME BRONCHOALVÉOLAIRE.**

**TROUBLES NERVEUX, NOTAMMENT : CÉPHALÉES, VERTIGES, CONFUSION MENTALE ACCOMPAGNÉE DE MYOSIS.**

**LE DIAGNOSTIC SERA CONFIRMÉ PAR UN ABAISSEMENT SIGNIFICATIF DU TAUX DE LA CHOLINESTÉRASE SÉRIQUE ET DE L'ACÉTYL CHOLINESTÉRASE DES GLOBULES ROUGES.**

**SYNDROME BIOLOGIQUE CARACTÉRISÉ PAR UN ABAISSEMENT SIGNIFICATIF DE L'ACÉTYLCHOLINESTÉRASE.**

Il s'agit d'intoxications aigues en général accidentelles. Intoxication permanente. Pas d'incapacité permanente en général.

**RÉGIME AGRICOLE. 11<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 17 juin 1955).**

**Travaux susceptibles de provoquer l'intoxication :**

Manipulation de ces produits au cours d'un travail dans une exploitation ou entreprise relevant du régime agricole.

**MALADIES :**

**Maladies engendrées par le thiophosphate de diétyle et paranitrophényle.**

Délai de prise en charge : 3 jours.

**TROUBLES DIGESTIFS AIGUS OU SUBAIGUS : CRAMPES ABDOMINALES, HYERSALIVATION, NAUSÉES OU VOMISSEMENTS.**

**TROUBLES GÉNÉRAUX, ET VASCULAIRES AIGUS OU SUBAIGUS : CÉPHALEES ET VERTIGES, FAIBLESSES, BRADYCARDIE ET HYPOTENSION, AMBLYOPIE.**

**TROUBLES RESPIRATOIRES D'ŒDÈME BRONCHOALVÉOLAIRE AIGUS : DYSPNÉE, EXPECTIONATION RALES SOUS-CRÉPI-TANTS BILATÉRAUX.**

**TROUBLES NERVEUX AIGUS : ÉTAT STUPOREUX, DIMINUTION DES RÉFLEXES, TRESSAILLEMENTS MUSCULAIRES MYOSIS.**

Il s'agit d'intoxications aiguës généralement d'origine accidentelle.

Incapacité temporaire.

Pas d'incapacité permanente en général.

## **FORMOL**

**TRAVAUX :**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 43<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 10 avril 1963).**

**Liste indicative des principaux travaux :**

Préparation, emploi et manipulation de l'aldéhyde formique, de ses solutions (formol) et de ses polymères, notamment :

Fabrication de substances chimiques à partir de l'aldéhyde formique.

Fabrication de matières plastiques à base de formol.

Travaux de collage exécutés avec des matières plastiques renfermant un excès de formol.

Opérations de désinfection.

Apprêtage des peaux ou des tissus.

**RÉGIME AGRICOLE. 28<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 22 mai 1973).**

**Travaux susceptibles de la provoquer.**

Préparation, emploi et manipulation de l'aldéhyde formique, de ses solutions et de ses polymères :

- 1° Pour la désinfection des sols dans les exploitations agricoles et la préparation des couches dans les champignonnières ;
- 2° Dans les organismes agricoles d'approvisionnement.

**MALADIES :**

Maladies engendrées par l'aldéhyde formique et ses polymères. Délai de prise en charge : 7 jours.

**ULCÉRATIONS CUTANÉES.**

Pas d'incapacité permanente sauf cicatrices gênant le travail.

**0 à 30**

**DERMITES ECZÉMATIFORMES SUB-AIGUES OU CHRONIQUES.**

Tenant compte d'un éventuel changement de profession.

**GOUDRONS DE HOUILLE,  
BRAIS DE HOUILLE  
ET HUILES ANTHRACÉNIQUES**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 16<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).**

**TRAVAUX**

Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies.

Préparation, emploi, manipulation des goudrons de houille, brais de houille et huiles anthracéniques notamment :

Piquage, chargement, déchargement, manutention de ces produits ;

Fabrication d'agglomérés au moyen de brai de houille.

**MALADIES**

Affections provoquées par les goudrons de houille, brais de houille et huiles anthracéniques.

Maladies engendrées par les goudrons de houille, brais de houille et huiles anthracéniques.

<b>DERMITES ECZÉMATIFORMES.</b> Délai de prise en charge : 7 jours. . . . .	0 à 30 (Ch. Pr).
<b>CONJONCTIVITES.</b> Délai de prise en charge : 7 jours. . . . .	Si lésions chroniques : 5 à 10.
<b>EPITHÉLIOMAS PRIMITIFS DE LA PEAU.</b> Délai de prise en charge : 20 ans. . . . .	Suivant cicatrices après traitements.

## HEXANE

**RÉGIME GÉNÉRAL.** 59<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 23 février 1973).

### TRAVAUX

**Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies.**

Travaux de collage, notamment sur cuir ou matière plastique, avec des produits contenant de l'hexane.

### MALADIES

**Maladies engendrées par l'hexane.**

Délai de prise en charge : 30 jours.

**POLYNÉVRITES, AVEC TROUBLES DES RÉACTIONS ÉLECTRIQUES** 0 à 100 suivant séquelles.

## HYDROGÈNE ARSENIÉ

**RÉGIME GÉNÉRAL.** 21<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955)

### TRAVAUX :

**Liste indicative des principaux travaux :**

Travaux exposant aux émanations d'hydrogène arsénier notamment :

Traitement des minéraux arséniaux.

Préparation et emploi des arséniures métalliques.

Décapage des métaux, détartrages des chaudières.

Gonflement des ballons avec l'hydrogène impur.

**MALADIES :**

**Maladies engendrées par l'hydrogène arsénier.**

**HÉMOGLOBINURIE.** Délai de prise en charge : 15 jours . . . . .

**ICTÈRE AVEC HÉMOLYSE.** Délai de prise en charge : 15 jours.

**NÉPHRITE AZOTÉMIQUE.** Délai de prise en charge : 30 jours.

**ACCIDENTS AIGUS (COMA) EN DEHORS DES CAS CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS DU TRAVAIL.** Délai de prise en charge : 3 jours.

Incapacité temporaire. Généralement pas de séquelles sanguines hépatiques ni rénales. Éventuellement les évaluer suivant le barème général.

**ISOCYANATES ORGANIQUES**

Affections professionnelles provoquées par les isocyanates organiques.

**RÉGIME GÉNÉRAL. 62<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 23 février 1973).****TRAVAUX**

Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies.

Travaux exposant à l'inhalation d'isocyanates organiques, notamment :

Fabrication et application de vernis et laques de polyuréthanes ;

Fabrication de fibres synthétiques ;

Préparation des mousses polyuréthanes et application de ces mousses à l'état liquide ;

Fabrication et utilisation des colles à base de polyuréthanes.

**MALADIES**

**Maladies engendrées par les isocyanates organiques.**

**BLÉPHARO-CONJONCTIVITE RÉCIDIVANTE.** Délai de prise en charge : 3 jours . . . . .

0 à 30 (Hh. Pr).

**RHINO-PHARYNGITE RÉCIDIVANTE.** Délai de prise en charge : 3 jours.

0 à 30 (Ch. Pr).

**SYNDROME BRONCHIQUE RÉCIDIVANT.** Délai de prise en charge : 7 jours . . . . .

0 à 30 (Ch. Pr).

**SYNDROME ASTHMALIFORME.** Délai de prise en charge : 7 jours . . . . .

0 à 40 (Ch. Pr).

## MANGANÈSE

**Maladies professionnelles engendrées par le b oxyde de manganèse.**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 39<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 26 décembre 1957).**

### TRAVAUX :

#### **Liste indicative des principaux travaux :**

Extraction, concassage, broyage, tamisage, ensachage et mélange à l'état sec de b oxyde de manganèse, notamment : dans la fabrication des piles électriques.

Emploi du b oxyde de manganèse pour le vieillissement des tuiles.

Emploi du b oxyde de manganèse pour la fabrication du verre.

Broyage et ensachage des scories Thomas renfermant du b oxyde de manganèse.

### MALADIES :

**Maladies engendrées par le b oxyde de manganèse. Délai de prise en charge : 1 an.**

**SYNDROME NEUROLOGIQUE DU TYPE PARKINSONIEN . . . . . 30 à 100**

## MERCURE

Les rédactions du tableau du régime général et du tableau du régime agricole présentent des différences.

**RÉGIME GÉNÉRAL. 2<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 1<sup>er</sup> octobre 1960).**

**HYDRARGYRISME. MALADIES CAUSÉES PAR LE MERCURE ET SES COMPOSÉS.**

### TRAVAUX :

#### **Liste indicative des principaux travaux.**

Extraction, traitement, préparation, emploi, manipulation du mercure, de ses amalgames de ses combinaisons et de tout produit en renfermant, notamment :

Distillation du mercure et récupération du mercure par distillation de résidus industriels.

Fabrication et réparation de thermomètres, baromètres, manomètres ; pompes et trompes à mercure.

Emploi du mercure ou de ses composés dans la construction électrique notamment :

**Emploi des pompes ou trompes à mercure dans la fabrication des lampes à incandescence, lampes radiophoniques, ampoules radiographiques, etc...**

**Fabrication et réparation de redresseurs de courant ou de lampes à vapeurs de mercure.**

**Emploi de mercure comme conducteur dans l'appareillage électrique.**

**Préparation du zinc amalgamé pour piles électriques.**

**Fabrication et réparation d'accumulateurs électriques au mercure.**

**Emploi du mercure et de ses composés dans l'industrie chimique, notamment :**

- Emploi du mercure ou de ses composés comme agents catalytiques.**
- Electrolyse avec cathode de mercure de chlorure de sodium ou autres sels.**
- Fabrication des composés du mercure.**
- Préparation et conditionnement de spécialités pharmaceutiques ou phyto-pharmaceutiques à base de mercure ou de composés du mercure.**

**Travail des peaux au moyen de sels de mercurés, notamment :**

- Secrétage des peaux par le nitrate acide de mercure.**
- Feutrage des poils secrétés.**
- Naturalisation d'animaux au moyen de sels de mercure.**

**Dorure, argenture, étamage, bronzage, damasquinage à l'aide de mercure ou de sels de mercure.**

**Fabrication et emploi d'amorces au fulminate de mercure.**

#### **MALADIES :**

<b>ENCÉPHALOPATHIE AIGUE.</b> Délai de prise en charge : 10 jours . . . . .	<b>10 à 100</b>
<b>TREMLEMENT INTENTIONNEL.</b> Délai de prise en charge : 1 an . . . . .	<b>10 à 70</b>
<b>ATAXIE CÉRÉBELLEUSE.</b> Délai de prise en charge : 1 an . . . . .	<b>10 à 100</b>
<b>STOMATITE.</b> Délai de prise en charge : 30 jours . . . . .	Tenir compte du nombre de dents perdues. En général pas d'incapacité permanente.
<b>COLIQUES ET DIARRHÉES.</b> Délai de prise en charge : 15 jours . . . . .	En général pas d'incapacité permanente. En cas de séquelles, indemniser comme la néphrite saturnine.
<b>NÉPHRITE AZOTÉMIQUE.</b> Délai de prise en charge : 1 an . . . . .	

#### **RÉGIME AGRICOLE. 12<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 17 juin 1955).**

#### **HYDRARGYRISME PROFESSIONNEL**

#### **MALADIES CAUSÉES PAR LE MERCURE ET SES COMPOSÉS ORGANIQUES**

#### **TRAVAUX :**

##### **Travaux susceptibles de provoquer l'intoxication :**

Traitement et conservation des graines de semence, traitement des sols.

**MALADIES :****Caractérisation de la maladie :**

**STOMATITE S'ACCOMPAGNANT  
OU NON DE TROUBLES DIGESTIFS.** Délai de responsabilité : 1 an

Tenir compte du nombre de dents perdues.

**ENCÉPHALOPATHIE.** Délai de responsabilité : 1 an . . . . .

10 à 100

**TREMBLEMENTS.** Délai de responsabilité : 1 an . . . . .

10 à 70

**NÉPHRITE AIGUE.** Délai de responsabilité : 7 jours . . . . .

Mêmes bases d'évaluation que pour la néphrite due au plomb.

**NICKEL**

**Maladies causées par les oxydes et sels de nickel.**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 37<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 26 décembre 1957).**

**TRAVAUX :**

**Liste indicative des principaux travaux :**

Nickelage électrolytique des métaux.

**MALADIES :**

**DERMITES ECZÉMATIFORMES RÉCIDIVANT EN CAS DE NOUVELLE EXPOSITION OU CONFIRMÉES PAR LES TESTS ÉPICUTANÉS.**  
Durée de la prise en charge : 7 jours.

0 à 30

Pas d'incapacité permanente en général mais tenir compte éventuellement du changement de profession.

**OXYDE DE CARBONE**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 64<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 26 avril 1974).**

**TRAVAUX**

**Liste indicative des principaux travaux:**

Travaux exposant aux émanations d'oxyde de carbone provenant d'origines diverses, notamment de foyers industriels de gazogènes, d'appareils de chauffage ou de moteurs à allumage commandé.

Sont exclus les travaux effectués dans des locaux comportant des installations de ventilation telles que la teneur en oxyde de carbone vérifiée à hauteur des voies respiratoires est, de façon habituelle, inférieure à 50 cm<sup>3</sup> par mètre cube, lorsque ces installations sont maintenues en état de bon fonctionnement et contrôlées au moins une fois par an par un organisme agréé dans les conditions prévues par l'article D 241-21-2<sup>e</sup> du code du travail.

**MALADIES**

Délai de prise en charge : 30 jours.

**SYNDROME ASSOCIAINT CÉPHALÉES, ASTHÉNIE, VERTIGES, NAUSÉES, CONFIRMÉ PAR LA PRÉSENCE DANS LE SANG D'UN TAUX D'OXYDE DE CARBONE SUPÉRIEUR A 1,5 MILLILITRE POUR 100 MILLILITRES DE SANG. . . .**

En principe pas d'incapacité permanente. Au besoin incapacité temporaire jusqu'à ce que une hygiène satisfaisante du local ait été rétablie.

**PÉNICILLINE**

**Maladies professionnelles engendrées par la pénicilline et ses sels**

**TRAVAUX :****RÉGIME GÉNÉRAL. 41<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 1<sup>er</sup> octobre 1960).****Liste indicative des principaux travaux :**

Travaux comportant la manipulation ou l'emploi de la pénicilline ou de ses sels, notamment :

- travaux de conditionnement de la pénicilline ou de ses sels.
- application des traitements à la pénicilline ou à ses sels.

**RÉGIME AGRICOLE. 27<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 22 mai 1973).****Travaux susceptibles de la provoquer:**

Travaux comportant la manipulation ou l'emploi de la pénicilline ou de ses sels ou de produits en renfermant effectués :

1° Dans les organismes agricoles de production, de stockage et de vente d'aliments du bétail ;

2° Dans les services médicaux ou socio-médicaux dépendant d'organismes ou d'institutions relevant du régime de protection sociale.

Soins donnés au bétail..

#### **MALADIES :**

Délai de responsabilité : 30 jours.

**LÉSIONS ECZÉMATIQUES RÉCIDIVANT EN CAS DE NOUVELLE EXPOSITION OU CONFIRMÉES PAR UN TEST . . . . .**

**0 à 30**

Pas d'incapacité permanente en général, mais tenir compte éventuellement du changement de profession.

**ASTHME RÉCIDIVANT EN CAS DE NOUVELLE EXPOSITION OU CONFIRMÉE PAR UN TEST . . . . .**

**10 à 40**

Suivant fréquence des crises et nécessité parfois d'un changement de profession.

## **PENTACHLOROPHÉNOL**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 60<sup>e</sup> TABLEAU. (Décret du 23 février 1973).**

#### **TRAVAUX**

Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies.

Préparation, manipulation, emploi du pentachlorophénol ou du pentachlorophénate de sodium, ainsi que des produits en renfermant, notamment au cours des travaux ci-après :

Trempage du bois ;  
Empilage du bois fraîchement trempé ;  
Pulvérisation du produit ;  
Préparation des peintures en contenant ;  
lutte contre les termites.

#### **MALADIES**

Maladies engendrées par le pentachlorophénol ou le pentachlorophé-

**nate de sodium. Délai de prise en charge : 8 jours.**

**DERMITE ECZÉMATIFORME OU DERMITE VÉSICANTE, CONFIRMÉE PAR LA RÉCIDIVE EN CAS DE NOUVELLE EXPOSITION. . . . .**

**0 à 30 (Ch. Pr.).**

**INTOXICATION SUBAIGUE AVEC ASTHÉNIE, AMAIGRISSLEMENT RAPIDE ET IMPORTANT, SUEURS ABONDANTES, HYPERTHERMIE, GENE RESPIRATOIRE, CONFIRMÉE PAR LA PRÉSENCE DE CHLOROPHÉNOLS DANS LES URINES.**

**Pas d'incapacité permanente en général.**

**INTOXICATION SURAIGUE AVEC HYPERTHERMIE ET OËDÈME PULMONAIRE EN DEHORS DES CAS POUVANT ÊTRE CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS DU TRAVAIL.**

## PHÉNYLHYDRAZINE

**RÉGIME GÉNÉRAL. 50<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).**

### TRAVAUX

**Liste indicative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies.**

**Préparation, emploi, manipulation de la phénylhydrazine.**

### MALADIES.

**Maladies engendrées par la phénylhydrazine.**

**DERMITES ECZÉMATIFORMES CONFIRMÉES PAR LA POSITIVITÉ DES TESTS ÉPICUTANÉS OU PAR LA RÉCIDIVE À UNE NOUVELLE EXPOSITION. Délai de prise en charge : 7 jours . . . . .**

**0 à 30 (Ch. Pr.).**

**ANÉMIE DE TYPE HÉMOLYTIQUE. Délai de prise en charge : 30 jours.**

**0 à 30 (Ch. Pr.)**

**ASTHME RÉCIDIVANT EN CAS DE NOUVELLE EXPOSITION OU CONFIRMÉ PAR UN TEST. Délai prise en charge : 7 jours. . . . .**

**0 à 40 (Ch. Pr.).**

## PHOSPHORE BLANC

### **RÉGIME GÉNÉRAL. 5<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).**

#### **TRAVAUX :**

##### **Liste indicative des principaux travaux :**

Préparation, emploi, manipulation du phosphore dans les travaux ci-après :  
 Fabrication du phosphore blanc.  
 Fabrication et épuration du phosphore rouge.  
 Préparation des composés du phosphore (phosphures métalliques, sesquisulfure, dérivés chlorés, etc...) à partir du phosphore blanc.  
 Fabrication des bandes à pâte de phosphore blanc pour le rallumage des lampes de mineurs.  
 Fabrication de jouets à détonation avec emploi de phosphore blanc.

#### **MALADIES :**

**NÉCROSE PHOSPHORÉE.** Délai de  
 prise en charge : 1 an . . . . .                            30 à 100

#### **BARÈME DU 24 MAI 1939 :**

Nécrose phosphorée . . . . .	Les formes graves sont devenues exceptionnelles. Le taux global de l'incapacité sera évalué en tenant compte du nombre de dents perdues des lésions des muqueuses et des maxillaires, de la persistance de fistules et de l'état général.
------------------------------	---

## PLOMB (saturnisme)

### **Maladies causées par le plomb et ses composés.**

#### **TRAVAUX :**

### **RÉGIME GÉNÉRAL. 1<sup>er</sup> TABLEAU Décret du 13 septembre (1955).**

##### **Liste indicative des principaux travaux :**

Extraction, traitement, préparation, emploi, manipulation du plomb, de ses minerais, de ses alliages, de ses combinaisons et de tout produit en renfermant, notamment :

Extraction et traitement des minerais de plomb et résidus plombifères.

Récupération du vieux plomb.

Métallurgie, affinage, fonte, laminage du plomb, de ses alliages et des métaux plombifères.

Soudure et étamage à l'aide d'alliages de plomb.

Fabrication, soudure, ébarbage, polissage de tous objets en plomb ou en alliage de plomb.

Fonte de caractères d'imprimerie en alliage de plomb, conduite de machines à composer, manipulation de caractères.

Fabrication, réparation des accumulateurs au plomb.

Trempe au plomb et tréfilage des aciers trempés au plomb.

Métallisation au plomb par pulvérisation.

Fabrication et manipulation des oxydes et sels de plomb.

Préparation et application de peintures, vernis, laques, encres, mastics, enduits à base de composés du plomb.

Grattage, brûlage, découpage au chalumeau de matières recouvertes de peintures plombifères.

Fabrication et application des émaux plombeux.

Composition de verres au plomb.

Glaçures et décoration des produits céramiques au moyen de composés du plomb.

Fabrication et manipulation du plomb tétraéthyle, préparation des carburants qui en renferment, nettoyage des réservoirs contenant ces carburants.

### **RÉGIME AGRICOLE. 18<sup>e</sup> TABLEAU. (Décret du 22 mai 1973).**

**Travaux susceptibles de provoquer la maladie.**

Travaux de :

Soudure et étamage à l'aide d'alliage de plomb ;

Préparation et application de peintures, vernis, laques, mastics, enduits à base de composés du plomb ;

Grattage, brûlage, découpage au chalumeau de matières recouvertes de peintures plombifères, lorsque ces travaux sont effectués par des artisans ruraux et leurs salariés, par le personnel d'entretien des organismes professionnels agricoles ou par le personnel des ateliers d'entretien annexes à des exploitations agricoles.

### **MALADIES :**

**Maladies engendrées par l'intoxication saturnine :**

**SYNDROME DOULOUREUX ABDOMINAL PAROXYSТИQUE APYRÉTIQUE AVEC ÉTAT SUB-OCCCLUSIF (COLIQUES DE PLOMB) HABITUELLEMENT ACCOMPAGNÉ D'UNE CRISE PAROXYSТИQUE HYPERTENSIVE ET D'UNE POUSSÉE D'HÉMATIES À GRANULATIONS BASOPHILES.**

Délai de prise en charge : 30 jours . . Incapacité temporaire.

Pas d'incapacité permanente en général. Tenir compte éventuellement d'un changement de profession.

0 à 30

**PARALYSIE DES EXTENSEURS DES DOIGTS OU DES PETITS MUSCLES DE LA MAIN.** Délai de prise en charge : 1 an . . . . .

Incapacité temporaire. Séquelles définitives :

10 à 100

suivant intensité, bilatéralité, association d'autres paralysies.

**ENCÉPHALOPATHIE AIGUE SURVENANT CHEZ UN SUJET AYANT PRÉSENTÉ UN OU PLUSIEURS DES SYMPTOMES INSCRITS AU TABLEAU.** Délai de prise en charge : 30 jours. . . . .

10 à 30

Tenant compte du changement de profession. Éventuellement plus si lésion définitive.

**NÉPHRITE AZOTÉMIQUE OU NÉPHRITE HYPERTENSIVE ET LEURS COMPLICATIONS.** Délai de prise en charge : 3 ans. . . . .

10 à 100

Ne pas tenir compte uniquement du taux d'urée sanguine mais aussi des différentes épreuves d'élimination rénale du nombre d'hématies-minute, des tensions artérielles maxima et minima, des troubles fonctionnels, du retentissement sur le cœur et autres complications.

**ANÉMIE CONFIRMÉE PAR DES EXAMENS HÉMATOLOGIQUES RÉPÉTÉS : CETTE ANÉMIE EST HABITUELLEMENT NORMOCHROME ET PLASTIQUE ET ACCOMPAGNÉE D'HÉMATIES À GRANULATIONS BASOPHILES.** Délai de prise en charge : 1 an. . . . .

Incapacité temporaire si anémie marquée. Pas d'incapacité permanente en général. Tenir compte éventuellement d'un changement de profession.

0 à 30

**BARÈME DU 24 MAI 1939 :**

<b>Coliques de plomb . . . . .</b>	A moins de séquelles ou de changement de profession : pas d'incapacité permanente.
<b>Rhumatismes saturnins . . . . .</b>	Pas d'incapacité, le saturnisme n'étant pas génératrice de lésion rhumatismale.
<b>Paralysie des extenseurs et autres paralysies saturnines . . . . .</b>	Paralysie bilatérale des extenseurs (suivant l'état définitif)
	10 à 75
	Pour les autres types de paralysie, qui sont rares, consulter le barème général.
<b>Néphrite</b>	
<b>Néphrite légère . . . . .</b>	10 à 30
<b>Avec azotémie irréductible de 0,60 à 1 gr..</b>	30 à 60
<b>Avec azotémie irréductible supérieure à 1 gr.. . . . .</b>	60 à 100
	Ces taux comprennent l'hypertension artérielle et tiennent compte du changement de profession.
<b>Accidents cardio-vasculaires saturnins. . . . .</b>	10 à 100
	Suivant la nature des accidents.
<b>Goutte saturnine . . . . .</b>	10 à 30
	Suivant la gravité et l'impuissance réalisée.
<b>Anémie saturnine :</b>	
l'anémie saturnine est rarement très prononcée sauf cas exceptionnels et suivant les résultats de l'examen hématologique à moins que le changement de profession ne soit opportun . . . . .	5 à 20
<b>Méningo encéphalite saturnine Rare. Suivant la gravité . . . . .</b>	10 à 100
<b>Amaurose saturnine</b>	
<b>En cas de cécité complète et définitive. . . . .</b>	100

**RÉSINES ÉPOXYDIQUES**

Maladies professionnelles provoquées par les résines époxydiques et leurs constituants.

**RÉGIME GÉNÉRAL. 51<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).**

**TRAVAUX**

**Travaux susceptibles de provoquer ces affections.**

Préparation de résines époxydiques.

Emploi des résines époxydiques :

Fabrication des stratifiés ;

Fabrication et utilisation de colles, vernis, peintures à base de résines époxydiques.

**MALADIES**

**Maladies engendrées par les résines époxydiques et leurs constituants.**

Délai de prise en charge : 7 jours.

**DERMITES ECZÉMATIFORMES RÉCIDIVANT A UNE NOUVELLE EXPOSITION OU CONFIRMÉES PAR UN TEST ÉPICUTANÉ. . . . .**

**0 à 30 (Ch. Pr).**

**SESQUISULFURE DE PHOSPHORE**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 17<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).**

**TRAVAUX :**

**Liste indicative des principaux travaux :**

Manipulation et emploi des sesquisulfures de phosphore, notamment dans les usines fabriquant ce produit et dans les manufactures d'allumettes.

**MALADIES :**

**Délai de prise en charge 30 jours.**

**DERMITES AIGUES, CHRONIQUES OU RÉCIDIVANTES DUES AU SESQUISULFURE DE PHOSPHORE. . .**

**0 à 30**

Pas d'incapacité permanente en général mais tenir compte éventuellement du changement de profession.

**BARÈME DU 24 MAI 1939 :**

Dermites aigus. . . . . Pas d'incapacité permanente

Dermites chroniques ou récidivantes . . . . 5 à 30

## **STREPTOMYCINE**

**Streptomycine et ses sels.**

### **TRAVAUX :**

#### **RÉGIME GÉNÉRAL. 31<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).**

##### **Liste indicative des principaux travaux :**

Travaux comportant la manipulation ou l'emploi de la streptomycine ou de ses sels, notamment :

Travaux de conditionnement de la streptomycine ou de ses sels.

Application des traitements à la streptomycine ou à ses sels.

#### **RÉGIME AGRICOLE. 24<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 22 mai 1973).**

##### **Travaux susceptibles de la provoquer.**

Travaux comportant la manipulation ou l'emploi de la streptomycine ou de ses sels ou de produits en renfermant effectués :

- 1<sup>o</sup> Dans les organismes agricoles de production, de stockage et de vente d'aliments du bétail ;
- 2<sup>o</sup> Dans les services médicaux ou socio-médicaux dépendant d'organismes ou d'institutions relavant du régime agricole de protection sociale.

Soins donnés au bétail.

### **MALADIES :**

**Maladies engendrées par la streptomycine et ses sels. Délai de prise en charge : 1 mois (sous réserve d'un délai d'exposition à la streptomycine ou à ses sels d'au moins un mois).**

**LÉSIONS ECZÉMATEUSES DES DOIGTS. DERMATOSES OCULO-PALPÉRALES. CES AFFECTIONS DOIVENT ÊTRE CONFIRMÉES PAR L'APPLICATION D'UN OU PLUSIEURS TESTS CUTANÉS A LA STREPTOMYCINE OU A SES SELS.**

Incapacité temporaire. Pas d'incapacité permanente ni en règle de nécessité de changer de profession, des précautions simples permettant d'éviter les troubles.

## SULFURE DE CARBONE

### **TRAVAUX :**

#### **RÉGIME GÉNÉRAL. 22<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).**

##### **Liste indicative des principaux travaux :**

Préparation, manipulation, emploi du sulfure et des produits en renfermant, notamment :

Fabrication du sulfure de carbone et de ses dérivés.

Préparation de la viscose et toute fabrication utilisant la régénération de la cellulose par décomposition de la viscose, telles que fabrication de textiles artificiels et de pellicules cellulosiques.

Extraction du soufre, vulcanisation à froid du caoutchouc au moyen de dissolution de soufre ou de chlorure de soufre sans le sulfure de carbone.

Préparation et emploi des dissolutions de caoutchouc dans le sulfure de carbone.

Emploi du sulfure de carbone, des résines, des cires, des matières grasses, des huiles essentielles et autres substances.

#### **RÉGIME AGRICOLE. 8<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 17 juin 1955).**

##### **Travaux susceptibles de provoquer la maladie :**

Manipulation et emploi de sulfure de carbone ou des produits en contenant :

- 1<sup>er</sup>) dans les travaux de traitement des sols,
- 2<sup>me</sup>) dans les organismes de stockage de produits agricoles.

### **MALADIES :**

**Délai de prise en charge : accidents aigus : 30 jours  
Intoxications subaiguës ou chroniques : 1 an.**

**SYNDROME AIGU NEURO-DIGESTIF SE MANIFESTANT PAR VOMISSEMENTS, GASTRALGIES VIOLENTES, DIARRHÉES, AVEC DÉLIRE ET CÉPHALÉE INTENSE.**

Incapacité temporaire. Pas d'incapacité permanente en général.

**TROUBLES PSYCHIQUES AIGUS AVEC CONFUSION MENTALE, DÉLIRE ONIRIQUE . . . . .** Incapacité temporaire. Pas

d'incapacité permanente en général. Tenir compte éventuellement d'un changement de profession :

**0 à 30**

**TROUBLES PSYCHIQUES CHRONIQUES AVEC ÉTATS DÉPRESSIFS ET IMPULSIONS MORBIDES.**

**20 à 100**

**POLYNÉVRITES ET NÉVRITES, QUEL QU'EN SOIT LE DEGRÉ AVEC TROUBLES DES RÉACTIONS ÉLECTRIQUES (NOTAMMENT CHRONAXIMÉTRIQUES) . . . . .**

Les formes graves laissant des séquelles définitives sont rares actuellement. Tenir compte éventuellement du changement de profession :

**0 à 30**

exceptionnellement plus si forme anormale.

**NÉVRITE OPTIQUE . . . . .**

Suivant diminution de l'acuité visuelle.

## **TÉTRACHLORÉTHANE**

### **RÉGIME GÉNÉRAL 3<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).**

#### **TRAVAUX :**

##### **Liste indicative des principaux travaux :**

Préparation, emploi, manipulation du tétrachloréthane ou des produits en renfermant, notamment :

Utilisation comme matière première dans l'industrie chimique, en particulier pour la fabrication du trichloréthylène.

Emploi comme dissolvant, en particulier de l'acétate de cellulose.

#### **MALADIES :**

**NÉVRITE OU POLYNÉVRITE. Délai de prise en charge : 30 jours . . .**

Après régression :

**10 à 30**

Tenant compte du changement de profession. Exceptionnellement plus (voir Barème des nerfs).

<b>ICTÈRE PAR HÉPATITE INITIALE-MENT APYRÉTIQUE.</b> Délai de prise en charge : 30 jours . . . . .	Parfois guérison complète mais changement de profession indispensable. 0 à 100
<b>HÉPATONÉPHRITE INITIALE-MENT APYRÉTIQUE, ICTÉRIGÈNE OU NON.</b> (Délai de prise en charge : 30 jours . . . . .)	
<b>DERMITES CHRONIQUES OU RÉCIDIANTES.</b> Délai de prise en charge : 7 jours . . . . .	Tenir compte d'un éventuel changement de profession : 0 à 30
<b>ACCIDENTS NERVEUX AIGUS EN DEHORS DES CAS CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS DU TRAVAIL.</b> Délai de prise en charge : 3 jours . . . . .	Incapacité temporaire. Tenir compte d'un éventuel changement de profession : 0 à 30
<b>BARÈME DU 24 MAI 1939 :</b>	
Ictère . . . . .	Il s'agit : soit d'ictère grave rapidement mortel soit d'ictère bénin ne laissant en général pas de séquelles mais témoignant d'une sensibilité au toxique qui rend le changement de profession indispensable.
Cirrhose . . . . .	Suivant la gravité, tenant compte du changement de profession. 30 à 100
Polynévrites . . . . .	Il s'agit de polynévrites frappant surtout les interosseux des pieds et des mains avec zones d'hypstésie. Suivant l'état définitif. 5 à 30

## TÉTRACHLORURE DE CARBONE

### TRAVAUX :

**RÉGIME GÉNÉRAL. II<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 13 septembre 1955).**

Liste indicative des principaux travaux :

Préparation, emploi, manipulation du tétrachlorure de carbone ou des produits en renfermant : notamment :

Emploi du tétrachlorure de carbone comme dissolvant, en particulier pour l'extraction des matières grasses et pour la teinture — dégraissage.

Remplissage et utilisation des extincteurs au tétrachlorure de carbone.

### **RÉGIME AGRICOLE. 9<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 17 juin 1955).**

Manipulation et emploi du tétrachlorure de carbone ou des produits en contenant, au cours d'un travail relevant du régime agricole, et notamment la désinfection des graines de céréales et légumineuses.

#### **MALADIES :**

**NÉPHRITE AIGUE OU SUBAIGUE  
AVEC ALBUMINURIE, CYLINDRURIE ET AZOTÉMIE PROGRESSIVE.** Délai de prise en charge : 30 jours . . . . .

**HÉPATONÉPHRITE INITIALEMENT APYRÉTIQUE ICTÉRIENNE OU NON.** Délai de prise en charge : 30 jours . . . . .

**ICTÈRE PAR HÉPATITE, INITIALEMENT APYRÉTIQUE.** Délai de prise en charge : 30 jours . . . . .

**DERMITES CHRONIQUES OU RÉCIDIVANTES.** Délai de prise en charge : 7 jours . . . . .

**ACCIDENTS NERVEUX AIGUS EN DEHORS DES CAS CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS DE TRAVAIL.** Délai de prise en charge : 3 jours . . .

Incapacité temporaire. En général pas de séquelles mais nécessité d'un changement de profession :

**0 à 30**

Exceptionnellement plus si persistance de troubles importants.

Tenir compte éventuellement du changement de profession :

**0 à 30**

En général pas de séquelles mais nécessité d'un changement de profession :

**0 à 30**

**BARÈME DU 24 MAI 1939 :**

Ictère, néphrite aiguë . . . . .	Il s'agit ordinairement d'une hépatonéphrite aiguë qui, après incapacité temporaire, plus ou moins prolongée, guérit sans séquelle, le plus souvent, mais qui peut, suivant les conditions de sa production, rendre opportun le changement de profession en raison de la sensibilité aux toxiques dont elle témoigne. En cas de séquelles hépato-rénales, les évaluer conformément au barème général.
Accidents aigus encéphalitiques . . . . .	En général, pas d'incapacité permanente.

**VÉGÉTAUX MOISIS**

Maladies provoquée par l'inhalation de poussières de foin moisi ou de produits végétaux moisis.

**RÉGIME AGRICOLE. 17<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 22 mai 1972).****TRAVAUX**

**Travaux susceptibles de provoquer la maladie.**

Tous travaux agricoles entraînant l'exposition aux poussières de foin moisi ou de particules végétales moisies.

**MALADIES**

**Caractérisation de la maladie.**

**PNEUMOPATHIES PROFESSIONNELLES AIGUES OU SUBAIGUES LORSQU'IL Y A SYNDROME RESPIRATOIRE (DYSPNÉE, TOUX, EXPECTORATION) OU SIGNES GÉNÉRAUX (FIEVRE, AMAIGRISSEMENT) ET DES ANTICORPS PRÉCIPITANTS DANS LE SÉRUM CONTRE LES MOISSURES RESPONSABLES (AU MOINS UN ARC DE PRÉCIPITATION A L'IMMUNO-ELECTROPHORÈSE). Délai de responsabilité : 30 jours. . . . .**

**0 à 30**

**PNEUMOPATHIES CHRONIQUES :**  
**FIBROSE INTERSTITIELLE PUL-**  
**MONAIRE CONFIRMÉE PAR L'EX-**  
**PLORATION FONCTIONNELLE**  
**RESPIRATOIRE ET LES SIGNES**  
**RADIOLOGIQUES (MILIAIRE OU**  
**RÉTICULO-MICRO-MODULATION**  
**EN SUS DES SYMPTOMES RESPI-**  
**RATOIRES GÉNÉRAUX ET IMMU-**  
**NOLOGIQUES.** Délai de responsa-

10 à 60

**COMPLICATION CARDIAQUES**  
**DES PNEUMOPATHIES CHRONI-**  
**QUES : HYPOSYSTOLIE OU ASYS-**  
**TOLIE PAR INSUFFISANCE VEN-**  
**TRICULAIRE DROITE.** Délai de res-

30 à 100

## MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

### AMIBIASE

affections professionnelles dues aux amibes. (*Entamoeba histolytica*).

**RÉGIME GÉNÉRAL. 55<sup>e</sup> TABLEAU. (Décret du 2 novembre 1973).**

#### TRAVAUX

**Travaux susceptibles de provoquer ces maladies.**

Travaux effectués dans les laboratoires de bactériologie ou de parasitologie.

#### MALADIES

**Maladies provoquées par les amibes (*entamoeba histolytica*).**

**MANIFESTATIONS AIGUES DE L'AMIBIASE, NOTAMMENT L'HÉPATITE AMIBIENNE. Délai de prise en charge : 3 mois. . . . . Suivant séquelles.**

(Le diagnostic biologique est obligatoire : présence d'amibes du type *entamoeba histolytica* ou de kystes dans les selles.)

### ANKYLOSTOMOSE

**Anémie engendrée par l'ankyllostomose duodénale**

#### TRAVAUX :

**RÉGIME GÉNÉRAL. 28<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 9 février 1949).**

**Travaux susceptibles de provoquer ces maladies :**

Travaux souterrains effectués à des températures égales ou supérieures à 20° centigrades.

**RÉGIME AGRICOLE. 2<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 17 juin 1955).**

Travaux agricoles effectués dans les marais, dans les rizières, dans les cham-

pignonnieres, ou qui ont lieu dans les terrains infectés par les larves, à des températures égales ou supérieures à 20° centigrades.

### MALADIES :

**Délai de prise en charge : 3 mois.**

**ANÉMIE : CONFIRMÉE PAR LA PRÉSENCE DE PLUS DE 200 ŒUFS D'ANKYLOSTOMES PAR CM<sup>2</sup> DE SELLES, UN NOMBRE DE GLOBULES ROUGES ÉGAL OU INFÉRIEUR A 3.500.000 PAR mm<sup>3</sup> ET UN TAUX D'HÉMOGLOBINE INFÉRIEUR A 70% (1) . . . . .**

En règle, en France cette anémie traitée à temps guérit sans séquelles.

## BRUCELLOSES

### TRAVAUX :

#### RÉGIME GÉNÉRAL. 24<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).

##### Liste indicative des principaux travaux :

Travaux exécutés dans les abattoirs.

Travaux exécutés dans les boucheries, charcuteries et triperies.

Travaux exécutés dans les laiteries et fromageries.

Travaux exécutés dans les égouts.

Travaux exécutés dans les laboratoires.

Travaux exposant au contact des animaux infectés, des déjections de caprine, ovine, ou bovidés malades, ou comportant la manipulation des avortons et effectués dans des établissements industriels, ou au service d'un vétérinaire.

#### RÉGIME AGRICOLE. 6<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 17 juin 1955).

##### Travaux susceptibles de provoquer la maladie :

Travaux exposant, dans les exploitations infectées, au contact des animaux et des produits laitiers ainsi que des déjections des caprins, ovins ou bovidés contaminés.

### MALADIES :

**Délai de prise en charge : 1 mois pour les cas aigus, 6 mois pour les cas chroniques.**

**FIÈVRE ONDULANTE AVEC SUEURS, DOULEURS, ASTHÉNIE, SPLÉNOMÉGALIE, MONONU-**

(1) Une nuance de rédaction dans le tableau agricole qui dit : « Diminution égale ou inférieure à 3500 000 hématies par millimètre cube et à 70 % d'hémoglobine.

**CLÉOSE ET LEUCOPÉNIE, ACCOMPAGNÉE OU NON D'UNE DES MANIFESTATIONS SUIVANTES :**

**ARTHrites SÉREUSES OU SUPPURÉES, OSTÉITES, OSTÉOARTHrites, SPONDYLITE, ORCHITE, ÉPIDIDYmITE, BRONCHITE, PNEUMOPATHIES, PLEURÉSIE, SÉROFIBRINEUSE OU PURULENT, HÉPATITE, ANÉMIE, PURPURA, HÉMORRAGIES, ADÉNO PATHIES, NÉPHRITE, ENDOCARDITE, PHlébite, RÉACTION MÉNINGÉE, MÉNINGITE, ARACHNOIDITE, MÉNINGO-ENCÉPHALITE, MYÉLITE, NÉVRITE, RADICULITE . . . . .**

Séquelles très variables à évaluer suivant le barème général.

L'origine brucellienne de ces manifestations étant démontrée par l'isolement bactériologique du germe (**Brucella mélitensis, Brucella abortus bovis, Brucella abortus suis**) ou par un séro-diagnostic à un taux considéré comme significatif utilisé par l'organisation Mondiale de la Santé.

## CHARBON

**RÉGIME GÉNÉRAL. 18<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 14 février 1967).**

**CHARBON :**

Changement, déchargement ou transport de marchandises susceptibles d'avoir été souillées par des animaux ou des débris d'animaux infectés.

**RÉGIME AGRICOLE. 4<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 31 décembre 1946).**

**Travaux susceptibles de provoquer ces maladies :**

Travaux agricoles mettant les travailleurs en contact avec les animaux atteints d'infection charbonneuse, ou avec des cadavres de tels animaux.

Manipulation des sacs, enveloppes, récipients ayant contenu les dépouilles d'animaux atteints de cette infection.

**MALADIES :**

**Délai de prise en charge : 30 jours.**

**PUSTULE MALIGNE**

**ŒDÈME MALIN**

**CHARBON GASTRO-INTESTINAL**

**CHARBON PULMONAIRE . . . . .** Généralement pas d'incapacité permanente. Éventuellement évaluer suivant cicatrices ou troubles fonctionnels résiduels.

En dehors des cas considérés comme accidents du travail.

#### **BARÈME DU 24 MAI 1939 :**

**PUSTULE MALIGNE**

**ŒDÈME MALIN**

**CHARBON GASTRO-INTESTINAL**

**CHARBON PULMONAIRE . . . . .**

En général pas d'incapacité permanente, soit qu'il s'agisse d'une affection rapidement fatale soit qu'il s'agisse de lésions guérissant sans séquelles. En cas de cicatrices vicieuses, invalidité variant suivant la gêne apportée au travail.

### **DERMATOPHYTIES PROFESSIONNELLES D'ORIGINE ANIMALE**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 46<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 14 février 1967).**

#### **TRAVAUX :**

**Travaux susceptibles de provoquer ces maladies.**

Travaux exécutés dans les abattoirs,  
les tueries particulières, les chantiers d'équarrissage.

Travaux exécutés dans les ménageries.

Travaux exécutés dans les laboratoires où sont utilisés des animaux d'expérience.

#### **MALADIES :**

**DÉLAI DE PRISE EN CHARGE :  
TRENTE JOURS.**

**PLACARD ÉRYTHÉMATO-VÉSICULEUX ET SQUAMEUX  
CIRCINÉ DONT LA NATURE  
MYCOSIQUE EST CONFIRMÉE  
PAR EXAMEN DIRECT ET  
CULTURE . . . . .**

Pas d'incapacité permanente à moins que ne persistent des cicatrices gênant le travail.

**RÉGIME AGRICOLE. 15<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 8 août 1964).**

**TRAVAUX :**

Travaux exposant au contact des bovidés,  
caprins, ovins et équidés.

**MALADIE :**

**Délai de responsabilité 30 jours.**

**LÉSIONS VÉSICULEUSES CIRCINÉES DE LA PEAU, SOUVENT SUPPURATIVES, OU FOLLICULITES SUPPURATIVES DES RÉGIONS PILEUSES, DONT LA NATURE MYCOSIQUE EST CONFIRMÉE PAR EXAMEN DIRECT ET CULTURE (SYCOSIS, KÉRION) .....**

Pas d'incapacité permanente à moins que ne persistent des cicatrices gênant le travail.

Remarquons la différence entre le tableau agricole et celui du régime général. Ce dernier n'indemnise les folliculites que si elles ont un aspect circiné.

## **HÉPATITES VIRALES**

### **RÉGIME GÉNÉRAL. 45<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).**

**TRAVAUX :**

Liste indicative des principaux tableaux :

Tous travaux comportant le prélèvement, la manipulation, le conditionnement ou l'emploi de sang humain ou de ses dérivés.

Tous travaux tels que manutention, entretien, lavage, stérilisation mettant le personnel en contact avec le matériel ou le linge utilisés dans les services où sont effectués les travaux ci-dessus visés.

**MALADIES :**

**HÉPATITES VIRALES (INFECTIEUSES OU SÉRIQUES).**

**CIRRHOSE MÉTA-ICTÉRIQUE (SUCCÉDANT À UNE HÉPATITE VIRALE).**

**LA MALADIE DOIT ÊTRE CONFIRMÉE PAR UN SÉRO DIAGNOSTIC A UN TAUX CONSIDÉRÉ COMME SIGNIFICATIF PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.**

Bien des hépatites à virus

guérissent sans lendemain.  
Se méfier des formes qui traînent cliniquement ou biologiquement séquelles à évaluer suivant le barème général.

## LEPTOSPIROSES

### TRAVAUX :

#### RÉGIME GÉNÉRAL. 19<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).

Travaux effectués dans les mines et carrières (travaux de fond), les tranchées, les tunnels, les galeries, les égouts, les caves et les souterrains.

Travaux exécutés dans les abattoirs, les tueries particulières, les chantiers d'équarrissage.

Travaux exécutés dans les usines de déflanage.

Travaux exécutés dans les cuisines, les fabriques de conserves de viandes ou de poissons.

Travaux exécutés dans les laiteries, fromageries.

Travaux imposant le contact avec des animaux.

Travaux d'aménagement et d'entretien des cours d'eau.

Travaux de drainage.

Gardiennage, entretien et réfection des piscines des nageurs.

Travaux exécutés dans les boucheries ;

Travaux exécutés dans les poissonneries ;

Travaux exécutés dans les brasseries ;

Travaux exécutés dans les cimenteries ;

Travaux exécutés sur les bateaux et les péniches en navigation.

#### RÉGIME AGRICOLE. 5<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 8 août 1964).

Travaux agricoles effectués dans les marais, les ruisseaux, les rizières, les terres irriguées, les eaux stagnantes. Rouissage du chanvre.

Travaux en porcheries, laiteries, fromageries, bergeries, étables, écuries. Soins au bétail.

### MALADIES :

#### DÉLAI DE PRISE EN CHARGE : 21 jours.

**Toutes les leptospiroses confirmées par un examen de laboratoire spécifique (identification du germe ou sérodiagnostic à un taux considéré comme significatif).**

Convalescence parfois longue mais séquelles très exceptionnelles (cirrhose) néphrite, troubles mentaux, etc. à évaluer suivant le barème général.

## POLIOMYÉLITE

**RÉGIME GÉNÉRAL. 54<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).**

### TRAVAUX

**Travaux susceptibles de provoquer ces maladies.**

Travaux exposant au contact de malades atteints de poliomyélite antérieure aigüe. Tous travaux tels que manutention, entretien, lavage, stérilisation, mettant le personnel en contact avec le matériel ou le linge utilisés dans les services où sont effectués les travaux ci-dessus.

### MALADIES

Désignation des maladies.

**TOUTES MANIFESTATIONS DE LA POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AI-  
GUE. Délai de prise en charge :  
30 jours . . . . . Suivant séquelles.**

## RAGE

**RÉGIME GÉNÉRAL. 56<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).**

### TRAVAUX

**Travaux susceptibles de provoquer ces maladies.**

Travaux susceptibles de mettre en contact avec des animaux atteints ou suspects de rage ou avec leurs dépouilles.

Travaux de laboratoire de diagnostic de la rage.

### MALADIES

**Maladies provoquées par l'inoculation de la rage.**

**RAGE. Délai de prise en charge :**

**6 mois . . . . .**

La rage déclarée est toujours mortelle, le tableau couvre les soins en cas de contact suspect (éven-

**AFFECTIONS IMPUTABLES A LA SÉRO OU VACCINOTHÉRAPIE ANTIRABIQUE.** Délai de prise en charge : 2 mois. . . . .

tuellement en cas de rage déclarée) et les accidents thérapeutiques, le taux d'incapacité étant alors proportionnel aux séquelles.

## RICKETTSIOSSES

**RÉGIME GÉNÉRAL. 53<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972)**

### TRAVAUX

Travaux susceptibles de provoquer ces maladies.

Travaux effectués dans les laboratoires spécialisés en matière de rickettsies ou de production de vaccins.

### MALADIES

Maladies provoquées par l'inoculation de rickettsies.

**TOUTES MANIFESTATIONS DE RICKETTSIOSSES.** Délai de prise en charge : 10 jours. . . . .

(Dans tous les cas une confirmation du diagnostic doit être apportée par le laboratoire.)

Suivant séquelles.

## TÉTANOS

### TRAVAUX :

**RÉGIME GÉNÉRAL. 7<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 31 décembre 1946).**

Travaux susceptibles de provoquer cette maladie :

Travaux effectués dans les égouts.

**RÉGIME AGRICOLE. 1<sup>er</sup> TABLEAU (Décret du 17 juin 1955).**

Travaux susceptibles de provoquer la maladie :

Travaux agricoles et d'élevage.

### MALADIES :

**TÉTANOS EN DEHORS DES CAS**

**CONSÉCUTIFS A UN ACCIDENT DU TRAVAIL.** Délai de prise en charge : 30 jours . . . . .

Éventuellement séquelles à évaluer suivant le barème général.

### **BARÈME DU 24 MAI 1939**

Tétanos . . . . .

Pas d'incapacité permanente à moins que ne subsistent des séquelles liées au tétonos ou à la sérothérapie.

## **TUBERCULOSE**

**De grandes différences existent entre les deux régimes.**

Dans les deux cas l'incapacité permanente sera fixée suivant les séquelles.

**RÉGIME GÉNÉRAL. 40<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).**

Il est simplement question de « bacilles tuberculeux ».

**Maladies provoquées par l'inoculation de bacilles tuberculeux.**

**Travaux susceptibles de provoquer ces maladies.**

**TUBERCULOSE CUTANÉE.** Délai de prise en charge : 6 mois . . . . .

Travaux susceptibles de mettre en contact avec des animaux porteurs de bacilles tuberculeux.

**TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE AXILLAIRE.** Délai de prise en charge : 6 mois . . . . .

Travaux exécutés dans les abattoirs, les boucheries, les charcuteries, les triperies ou boyauteries, les entreprises d'équarrissage

**TUBERCULOSE DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.** Délai de prise en charge : 6 mois . . . . .

Manipulation et traitement du sang, des glandes, des os, des cornes, des cuirsverts.

**SYNOVITE. Délai de prise en charge :**

1 an . . . . .

**OSTÉOARTHRITE. Délai de prise en charge :** 1 an . . . . .

(Pour les synovites et les ostéoarthrites la nature tuberculeuse des lésions devra, dans les cas, être confirmée par des examens biologiques ou bactériologiques spécifiques).

**TUBERCULOSE PLEURALE. Délai de prise en charge :** 6 mois . . . . .**TUBERCULOSE PULMONAIRE. Délai de prise en charge :** 6 mois.

Travaux de laboratoire de biologie.

Soins vétérinaires.

Travaux de laboratoire de bactériologie.

**RÉGIME AGRICOLE. 16<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 8 aout 1964).****Il faut que les bacilles soient de « type bovin ».****TRAVAUX :****Travaux susceptibles de provoquer la maladie :**

Travaux susceptibles de mettre en contact avec des animaux porteurs de bacilles tuberculeux du type bovin, les déjections ou les dépouilles de ces animaux. Manipulation du lait et des produits laitiers.

**MALADIES :****TUBERCULOSES CUTANÉES (délai de prise en charge : 6 mois) . . . . .**

Suivant cicatrice après guérison.

**TUBERCULOSES GANGLIONNAIRES (délai de prise en charge : 6 mois) . . . . .**

Suivant cicatrices après guérison.

**TUBERCULOSE ISOLÉE DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ (délai de prise en charge : 6 mois) . . . . .**

Suivant cicatrices après guérison.

**SYNOVITES FONGUEUSES OU À GRAINS RIZIFORMES (délai de prise en charge : 1 an) . . . . .**

Suivant limitation définitive des mouvements.

**OSTÉOARTHrites (délai de prise en charge : 1 an) . . . . .**Suivant raideur articulaire définitive.  
Tenir compte aussi de l'état général.

(La nature bovine du bacille tuberculeux devra être démontrée par un examen de laboratoire comportant la culture du germe sur milieux appropriés et l'inoculation au lapin.)

## TULARÉMIE

**RÉGIME AGRICOLE. 7<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 17 juin 1955).**

### TRAVAUX :

**Travaux susceptibles de provoquer la maladie :**

Travaux de garde-chasse et garde forestier exposant notamment au contact des léporidés sauvages.

### MALADIES :

**Désignation de la maladie. Délai de prise en charge : 10 jours.**

**SYNDROME POUVANT REVÊTIR SOIT L'ASPECT EN TOUT OU PARTIE, D'UNE DES GRANDES FORMES CLINIQUES (BRACHIALE, OCULAIRE, PHARYNGÉE, PULMONAIRE OU TYPHOÏDE), SOIT UN ASPECT ATYPIQUE MAIS AUTHENTIFIÉ PAR LE SÉRODIAGNOSTIC. . . . . .**

Suivant gêne entraînée par les cicatrices.

## AGENTS PHYSIQUES

---

### ATMOSPHERE COMPRIMÉE

**Lésions provoquées par des travaux effectués dans des milieux où la pression est supérieure à la pression atmosphérique.**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 29<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 14 février 1967).**

**TRAVAUX :**

**Travaux susceptibles de provoquer ces maladies :**

Travaux effectués par les tubistes.

Travaux effectués par les scaphandriers

Travaux effectués par les plongeurs munis ou non d'appareil respiratoire individuel.

**MALADIES :**

Délai de prise en charge : 20 ans.

**OSTÉOARTHrites DE LA HANCHE  
OU DE L'ÉPAULE CONFIRMÉE  
PAR L'ASPECT RADIOLOGIQUE  
DE CES LÉSIONS . . . . .**

Suivre le barème relatif aux articulations.

## BRUIT

**RÉGIME GÉNÉRAL. 42<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 10 avril 1963).**

Le tableau d'indemnisation tient compte, dans la définition de la maladie, des caractères spéciaux de la surdité professionnelle.

Il faut avoir été exposé un certain temps (deux ans ou trente jours) variable suivant la nocivité du bruit.

Le diagnostic doit être confirmé par l'audiométrie « effectuée de six mois à un an après la cessation de l'exposition aux bruits lésionnels », ce qui veut dire que l'intéressé n'est indemnisé que s'il a quitté le travail nocif, et que le taux d'I.P.P. n'est fixé qu'après un certain délai après la cessation d'exposition au bruit pour tenir compte du fait qu'une amélioration se produit dans les mois qui suivent cette cessation.

Le taux est fixé compte tenu de la baisse dans la zone conversationnelle (baisse moyenne de 35 décibels au moins sur la meilleure oreille).

Enfin la définition de la maladie précise que la surdité professionnelle ne s'aggrave plus après la cessation de l'exposition au risque. Cela veut dire que le taux est définitif : une aggravation survenant par exemple plusieurs années ultérieurement est par définition réputée due à une autre cause et n'autorise pas une révision du taux.

**TRAVAUX :**

Travaux exposant aux bruits provoqués par : l'emboutissage, l'estampage,

le martelage, le rivetage des métaux par percussion, le tissage sur métiers à navette battante. La mise au point des propulseurs, des réacteurs et des moteurs à piston. L'emploi, la destruction des munitions et explosifs militaires ; l'utilisation en galerie souterraine ou en puits d'accès aux galeries souterraines de marteaux pneumatiques et perforateurs pneumatiques.

#### MALADIES :

**Délai de prise en charge : trois mois (sous réserve d'une durée d'exposition au risque de deux ans, réduite à trente jours en ce qui concerne la mise au point des propulseurs, réacteurs et moteurs à piston).**

**DÉFICIT AUDIOMÉTRIQUE, BILATÉRAL PAR LÉSION COCHLÉAIRE, IRRÉVERSIBLE ET NE S'AGGRAVANT PLUS APRÈS LA CESSATION DE L'EXPOSITION AU RISQUE**

**LE DIAGNOSTIC SERA CONFIRMÉ PAR UNE NOUVELLE AUDIOMÉTRIE EFFECTUÉE DE SIX MOIS À UN AN APRÈS LA CESSATION DE L'EXPOSITION AUX BRUITS LÉSIONNELS. CETTE AUDIOMÉTRIE DOIT ÊTRE TONALE ET VOCALE ET FAIRE APPARAITRE AU MINIMUM SUR LA MEILLEURE OREILLE UN DÉFICIT MOYEN DE 35 DÉCIBELS CALCULÉ SUR LES TROIS FRÉQUENCES CONVERSATIONNELLES : 500, 1 000 ET 2 000 HERTZ. DANS LE CALCUL DE CETTE MOYENNE, LE DÉFICIT SUR LA FRÉQUENCE MÉDIANE SERA AMORTI D'UNE VALEUR DOUBLE**

Voir barème des affections auditives.

## CHALEUR

Affections professionnelles provoquées par le travail à haute température.

**RÉGIME GÉNÉRAL. 58<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).**

#### TRAVAUX

**Travaux susceptibles de provoquer cette maladie.**

Tout travaux effectués dans les mines de

potasse exposant à une température résultante égale ou supérieure à 28° (1).

### MALADIES

**CRAMPES MUSCULAIRES AVEC SUEURS PROFUSES, OLIGURIE ET CHLORURE URINAIRE ÉGAL OU INFÉRIEUR À 5 G/LITRE. Délai de prise en charge : 3 jours . . . . .**

Pas d'incapacité permanente.

## HYGROMAS DU GENOU

**RÉGIME GÉNÉRAL. 57<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1973).**

### TRAVAUX

**Travaux susceptibles de provoquer ces maladies.**

Travaux exécutés habituellement en position agenouillée dans les professions du bâtiment et travaux publics et des mines.

### MALADIES

**BURSITE SUPERFICIELLE PRÉ OU INFRA PATELLAIRE EN POUSSÉE AIGUE. Délai de prise en charge : 7 jours.**

## MARTEAUX PNEUMATIQUES

Affections ostéo-articulaires professionnelles provoquées par l'emploi des marteaux pneumatiques.

**RÉGIME GÉNÉRAL. 35<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).**

### TRAVAUX :

**Travaux susceptibles de provoquer ces maladies :**

Emploi habituel du marteau pneumatique ou d'engins similaires donnant des secousses à basse fréquence.

### MALADIES :

**Délai de prise en charge : 1 an.**

---

(1) La température résultante doit être calculée selon la formule utilisée dans les mines françaises. Cette formule est la suivante :

$t_r = \text{résultante } 0,7 \text{ th} + 0,3 \text{ ts} - \frac{v}{m/s}$  ; th = température humide ;

ts = température sèche ; v = vitesse de l'air.

**ARTHROSE HYPEROSTOSANTE  
DU COUDE. MALACIE (1) DU  
SEMI-LUNAIRE (MALADIE DE  
KIENBOCK). MALADIE DE  
KOELHER (FRACTURE DU SCA-  
PHOÏDE CARPIEN)**

**LE DIAGNOSTIC DE CES AFFEC-  
TIONS EXIGE UN CONTRÔLE  
RADIOGRAPHIQUE**

Suivre le barème relatif aux  
affections du coude et du  
poignet.

## **MEULAGE ET POLISSAGE**

**TRAVAUX :**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 48<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 14 février 1967).**

Travaux de meulage et de polissage, avec présentation manuelle de la pièce ou de l'outil.

**RÉGIME AGRICOLE. 29<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 22 mai 1973).**

**Travaux susceptibles de la provoquer.**

Travaux de meulage et de polissage, avec présentation manuelle de la pièce ou de l'outil, effectués dans les ateliers artisanaux ruraux ou les coopératives d'utilisation de matériel agricole.

**MALADIES :**

Délai de prise en charge : cinq jours.

**TROUBLES ANGIONEURO-  
TIQUES, LIMITÉS AUX  
DOIGTS, PRÉDOMINANT A  
L'INDEX ET AU MÉDIUS,  
S'ACCOMPAGNANT DE  
TROUBLES DE LA SENSIBI-  
LITÉ.**

**CRAMPES A LA MAIN .....**

**0 à 30**

Tenant compte du chan-  
gement de profession.

## **RAYONS X ET SUBSTANCES RADIO-ACTIVES**

**Affections provoquées par les rayons X ou les substances radio-actives naturelles ou artificielles ou tout autre source d'émission corpusculaire.**

(1) Malacie est un terme de technique médicale qui ne se confond pas avec la maladie.

**TRAVAUX :****RÉGIME GÉNÉRAL. 6<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 10 avril 1963).****Liste indicative des principaux travaux :**

Tous travaux exposant à l'action des rayons X ou des substances radio-actives naturelles ou artificielles, ou à toute autre source d'émission corpusculaire, notamment :

**Extraction et traitement des minéraux radioactifs.**

**Préparation des substances radioactives.**

**Préparation de produits chimiques et pharmaceutiques radioactifs.**

**Préparation et application de produits luminescents radifères.**

**Recherches ou mesures sur les substances radiocatives et les rayons X dans les laboratoires.**

**Fabrication d'appareils pour radiumthérapie et d'appareils à rayons X.**

**Travaux exposant les travailleurs, au rayonnement dans les hôpitaux, les sanatoriums, les cliniques, les dispensaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et radiologiques, dans les maisons de santé et les centres anticancéreux.**

**Travaux dans toutes les industries ou commerces utilisant les rayons X, les substances radioactives, les substances ou dispositifs émettant les rayonnements indiqués ci-dessus.**

**RÉGIME AGRICOLE. 20<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 22 mai 1973).****Travaux susceptibles de provoquer la maladie.**

**Travaux exposant aux rayonnements les travailleurs employés dans des services médicaux ou médico-sociaux dépendant d'organismes ou d'institutions relevant du régime agricole de protection sociale.**

**MALADIES :****ANÉMIE PROGRESSIVE GRAVE DU TYPE HYPOPLASIQUE OU APLASIQUE. Délai de prise en charge :**

**3 ans . . . . .**

Longue incapacité temporaire  
A la consolidation :

**10 à 30**

Tenant compte du changement de profession.

**ANÉMIE PROGRESSIVE LÉGÈRE DU TYPE HYPOPLASIQUE OU APLASIQUE. Délai de prise en charge : 1 an**

**0 à 30**

Tenant compte du changement de profession.

**LEUCOPÉNIE AVEC NEUTROPÉNIE. Délai de prise en charge : 1 an.**

**0 à 30**

Tenant compte du changement de profession.

**LEUCOSES.** Délai de prise en charge :  
10 ans . . . . .

Tant que l'état permet le travail :

**10 à 70**

Tenant compte du changement de profession.  
Incapacité temporaire si aggravation (1).

**SYNDROME HÉMORRAGIQUE.**  
Délai de prise en charge : 1 an . .

Incapacité temporaire puis:

**5 à 30**

Tenant compte du changement de profession.

**BLÉPHARITE OU CONJONCTIVITE**  
Délai de prise en charge : 7 jours . .

**0 à 30**

Tenant compte du changement éventuel de profession.

**KÉRATITE.** Délai de prise en charge :  
1 an . . . . .

Suivant acuité visuelle et gène fonctionnelle.  
Voir barème des affections oculaires.

**CATARACTE.** Délai de prise en charge : 5 ans . . . . .

Voir barème des affections oculaires.

**RADIO DERMITES AIGUES.** Délai de prise en charge : 60 jours . . . .

**0 à 100**

**RADIO DERMITES CHRONIQUES.**  
Délai de prise en charge : 10 ans . .

**0 à 100**

**RADIO ÉPITHÉLITE AIGUE DES MUQUEUSES.** Délai de prise en charge : 60 jours . . . .

**0 à 100**

**RADIO LÉSIONS CHRONIQUES DES MUQUEUSES.** Délai de prise en charge : 5 ans . . . . .

**0 à 100**

**RADIONÉCROSE OSSEUSE.** Délai de prise en charge : 5 ans . . . . .

Evaluation des mutilations et tenir compte du changement de profession.

**SARCOME OSSEUX.** Délai de prise en charge : 15 ans . . . . .

Suivant la hauteur de l'amputation et tenir compte du changement de profession.

(1) Souvent dans les leucoses on constate une formule sanguine anormale alors que l'intéressé a un état général satisfaisant qui permet le travail. Un changement de travail et des soins s'imposent. Mais ce n'est qu'ultérieurement, l'affection s'étant aggravée, que l'arrêt de travail peut devenir nécessaire.

**CANCER BRONCHO-PULMO-  
NAIRE PAR INHALATION.** Durée  
de prise en charge : 10 ans . . . . .

Généralement incapacité tem-  
poreuse pour traitement.  
Après traitement :

**50 à 100**

Suivant troubles fonction-  
nels et état général.

**BARÈME DU 24 MAI 1939 :**

Radiodermites et radiumdermites aiguës et  
chroniques . . . . .

**1<sup>o</sup> Radiodermites et ra-  
diumdermites aiguës.** A moins que ne se développe un état chronique faisant entrer ces radiodermites et radiumdermites dans la catégorie des radiodermites et des radiumdermites chroniques, il ne doit pas persister de reliquat en dehors d'un état cicatriciel chronique possible qui serait à évaluer suivant la gène qu'il peut causer dans le travail. En outre si l'on tient compte que dans un délai de un à trois ans, l'état cicatriciel est susceptible d'être à l'origine de lésions cutanées plus sérieuses, la question du changement de profession peut se poser surtout s'il ne s'agit pas d'un accident fortuit.

**2<sup>o</sup> Radiodermies et ra-  
diumdermites chrono-  
ques :** Incapacité tenant  
compte du changement de  
profession :

**10 à 80**

Cancer des radiologistes . . . . .

Sous ce terme, il faut entendre un cancer à point de départ cutané dû aux rayonnements et non un cancer viscéral survenant chez un radiologue.

Pour l'évaluation, distinguer :

a) **Les lésions précancé-  
reuses,** ulcérations ou proliférations, suivant l'état des lésions et la gène fonctionnelle qu'elles entraînent, incapacité de :

**10 à 80**

Anémie simple avec leucopénie provoquée par les rayonnements . . . . .

Tenant compte du changement de profession.

b) **Les lésions cancéreuses établies.** En cas de processus cancéreux évolutif, Incapacité temporaire jusqu'à la consolidation de la lésion ou le décès.

En cas de lésion guérie soit par le traitement médical, soit plus souvent par amputation chirurgicale, suivant la mutilation. Incapacité :

10 à 100

En tenant compte du changement de profession.

Sous une forme très légère, cet état est fréquent chez les radiologues qui ont été insuffisamment protégés au début de leur carrière. Il constitue alors un état chronique, sans tendance extensive, qui ne cause pas de gêne dans le travail.

En cas d'anémie plus accusée et persistante après un repos de plusieurs mois, incapacité de :

5 à 30

ou davantage si l'anémie a tendance à progresser.

Anémie pernicieuse provoquée par les rayonnements . . . . .

Affection d'évolution rapide à indemniser en I.T.

Radionécrose osseuse provoquée par les rayonnements . . . . .

La radionécrose osseuse est rare. Elle n'est guère liée qu'à l'action de corps radioactifs et paraît se produire surtout lorsqu'une infection atteint l'os qui a subi des irradiations ou a été en contact avec des corps radioactifs. En maladie professionnelle, elle a été surtout décrite aux maxillaires (fabrication des cadrans lumineux et plus exceptionnellement manipulation de corps radioactifs).

Suivant le siège et l'importance des séquelles, Incapacité variable à évaluer d'après le barème général.

En cas de lésions maxillo-dentaires, l'incapacité sera évaluée en tenant compte du nombre de dents perdues, des lésions des muqueuses et des maxillaires, de la persistance de fistules et de l'état général. Le taux global fixé tiendra compte du changement de profession dans le cas de radionécrose provoquée par une profession entraînant le contact de corps radioactifs avec la bouche.

## **PNEUMOCONIOSES AYANT UNE RÉPARATION SPÉCIALE**

---

Parmi les maladies professionnelles indemnarisables, l'asbestose, la sidérose et la silicose doivent être mises à part en raison des modalités spéciales de réparation auxquelles elles donnent droit suivant le **Décret du 17 octobre 1957 modifié**.

**1<sup>o</sup>) LA PROCÉDURE** est différente. Le diagnostic en effet doit obligatoirement être vérifié soit par un spécialiste **médecin agréé en matière de pneumoconiose** soit par un collège de trois médecins spécialistes.

**2<sup>o</sup>) IL EXISTE UN DÉLAI D'EXPOSITION AU RISQUE.** Il est de cinq ans pour l'asbestose et la silicose, de dix ans pour la sidérose ou l'association sidérose-silicose.

Cependant si cette condition n'est pas remplie, le droit aux rentes peut être ouvert si le collège de trois médecins déclare que la victime est atteinte de silicose **nettement caractérisée**.

**3<sup>o</sup>) LE DÉLAI DE PRISE EN CHARGE** est de cinq ans mais ce délai ne joue plus lorsque le collège de trois médecins atteste qu'il s'agit de silicose nettement caractérisée.

**4<sup>o</sup>) LES PRESTATIONS** ne sont pas les mêmes que pour les autres maladies professionnelles indemnarisables :

**A. Si la pneumoconiose est uniquement radiographique, sans troubles fonctionnels, l'intéressé n'a droit qu'à une INDEMNITÉ DE CHANGEMENT D'EMPLOI.**

**B. S'il existe des troubles fonctionnels, notamment de la dyspnée : INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE.**

**C. PAS DE DROIT AUX SOINS NI A L'INDEMNITÉ D'ARRÊT DE TRAVAIL, SAUF PARFOIS POUR L'UNE DES COMPLICATIONS SUIVANTES :**

**Pneumothorax spontané.**

**Tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée.**

**Hypostolie ou asystolie par insuffisance ventriculaire droite.**

**Suppuration bronchique ou pulmonaire caractérisée.**

Cette législation spéciale donne lieu à de nombreuses difficultés. Nous n'envisagerons ici que celles relatives à la fixation du taux d'incapacité permanente.

Nous les envisagerons à propos de la silicose car c'est surtout à propos de cette affection, beaucoup plus fréquente que l'asbestose, qu'elles ont été étudiées dans de nombreuses communications. Les principes qui ont été dégagés sont d'ailleurs valables pour l'asbestose.

## ASBESTOSE PROFESSIONNELLE

due à l'inhalation des poussières d'amiante.

### RÉGIME GÉNÉRAL. 30<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 15 septembre 1955).

#### TRAVAUX :

##### Liste indicative des principaux travaux :

- Travaux exposant à l'inhalation de poussières d'amiante, notamment.
- Travaux de forage, d'abattage, d'extraction de minerais ou roches amiantifères.
- Concassage, broyage, tamisage et manipulation effectuées à sec de minerais de roches amiantifères.
- Cardage, filature et tissage de l'amiante.
- Travaux de calorifugeage au moyen d'amiante.
- Application d'amiante au pistolet.
- Manipulation de l'amiante à sec dans les industries ci-après :
  - a) Fabrication de l'amiante-ciment.
  - b) Fabrication des joints en amiante et caoutchouc.
  - c) Fabrication des garnitures en friction et des bandes de freins à l'aide d'amiante.
  - d) Fabrication du carton et du papier d'amiante.

#### MALADIES :

**Maladies consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante.**  
 Délai de prise en charge : 5 ans (sous réserve des dispositions du Décret pris en exécution de l'article 75 de la loi du 30 octobre 1946). (1)

**ASBESTOSE : FIBROSE BRONCHO-PULMONAIRE CONSÉCUTIVE À L'INHALATION DE POUSSIÈRES D'AMIANTE LORSQU'IL Y A DES SIGNES RADIOGRAPHIQUES ACCOMPAGNÉS DE TROUBLES (DYSPNÉE ET TOUX) CONFIRMÉS PAR DES ÉPREUVES FONCTIONNELLES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET LA PRÉSENCE DE CORPUSCULES ASBERTOSIQUES**

---

(1) Décret du 17 octobre 1957.

**DANS L'EXPECTORATION . . . .** Si pas de troubles fonctionnels, changement d'emploi.  
Si troubles fonctionnels :  
**10 à 100**

**COMPLICATIONS CARDIAQUES :  
HYPOSYSTOLIE ET ASYSTOLIE  
PAR INSUFFISANCE VENTRICULAIRE DROITE . . . . .** Incapacité temporaire souvent nécessaire sinon :  
**10 à 100**  
en plus des troubles pulmonaires, sans dépasser 100 au total (1).

## SIDEROSE

**RÉGIME GÉNÉRAL. 44<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 14 février 1967).**

**TRAVAUX :**

**Liste indicative des principaux travaux :**

Travaux exposant à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer, notamment : extraction, broyage, concassage et traitement des minerais de fer et de l'ocre.

**MALADIES :**

**Maladies consécutives à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer.**

**Délai de prise en charge : cinq ans (sous réserve des dispositions du décret pris en exécution de l'article 501 du Code de la Sécurité sociale (2).**

**SIDÉROSE : AFFECTION PULMONAIRE CHRONIQUE A TYPE DE FIBROSE CARACTÉRISÉE RADIOLOGIQUEMENT PAR UN SEMIS D'IMAGES PONCTIFORMES POUVANT ÊTRE ACCOMPAGNÉES D'OPACITÉS MASSIVES ET SE MANIFESTANT PAR DES TROUBLES FONCTIONNELS (NOTAMMENT DYSPNÉE, BRONCHORRHÉE, TOUX) CONFIRMÉS PAR DES ÉPREUVES SPÉCIALISÉES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE - COMPLICATIONS CARDIA-**

---

(1) Voir remarque sur les troubles cardiaques au tableau de la silicose.

(2) Décret du 23 août 1968.

**QUES : HYPOSYSTOLIE OU  
ASYSTOLIE PAR INSUFFI-  
SANCE VENTRICULAIRE  
DROITE .....**

Si pas de troubles fonctionnels, changement d'emploi. Si troubles fonctionnels :

**10 à 100**

## **SILICOSE**

### **TRAVAUX :**

#### **RÉGIME GÉNÉRAL. 25<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 15 septembre 1955).**

##### **Liste indicative des principaux travaux :**

Travaux exposant à l'inhalation de poussières de silice libre notamment :  
Travaux de forage, d'abatage, d'extraction de minerais ou de roches renfermant de la silice libre.

Concassage, broyage, tamisage et manipulation effectuées à sec, de minerais ou de roches renfermant de la silice libre.

Taille et polissage de roches renfermant de la silice libre.

Fabrication et manutention de produits abrasifs, de poudre à nettoyer ou autres produits renfermant de la silice libre.

Fabrication du carborundum, du verre, de la porcelaine, de la faïence, et autres produits céramiques, des produits réfractaires.

Travaux de fonderie exposant aux poussières de sable, décochage, ébardage, dessablage.

Travaux de meulage, polissage, aiguisage effectués à sec, au moyen de meules renfermant de la silice libre.

Travaux de décapage ou de polissage au jet de sable.

#### **RÉGIME AGRICOLE. 22<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 22 mai 1973).**

Travaux d'extraction, concassage, broyage, tamisage et manipulation de roches renfermant de la silice libre effectués à sec par des entreprises paysagistes ou des entreprises de travaux agricoles.

### **MALADIES :**

**Maladies engendrées par les poussières de silice libre. Délai de prise en charge : 5 ans (sous réserve des dispositions du décret pris en exécution de l'article 75 de la loi du 30 octobre 1946 (1)).**

### **SILICOSE : FIBROSE PULMONAIRE CONSÉCUTIVE À L'INHALATION DE POUSSIÈRES RENFERMANT**

---

(1) Décret du 17 octobre 1957.

**DE LA SILICE LIBRE, LORSQU'IL Y A DES SIGNES RADIOGRAPHIQUES ACCOMPAGNÉS DE TROUBLES (DYSPNÉE ET FRÉQUEMMENT BRONCHORRHÉE ET TOUX) CONFIRMÉS PAR DES ÉPREUVES FONCTIONNELLES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE . . . .**

**1<sup>o</sup>) Si pas de troubles fonctionnels : changement d'emploi.**

**2<sup>o</sup>) Si troubles fonctionnels :**

**A. Formes micronodulaires ou nodulaires :**

**10 à 100**

**B. Formes confluentes ou pseudo-tumorales :**

**30 à 100**

**Voir plus loin les bases d'appreciation.**

**COMPLICATIONS CARDIAQUES : HYPOSYSTOLIE OU ASYSTOLIE PAR INSUFFISANCE VENTRICULAIRE DROITE. . . . .**

Incapacité temporaire souvent nécessaire. Sinon :

**10 à 100**

en plus des troubles pulmonaires, sans dépasser 100 au total (1)

**COMPLICATIONS TUBERCULEUSES : SILICOSE SE MANIFESTANT EN TÉLÉRADIOGRAPHIE AU MINIMUM PAR UN SEMIS NODULAIRE A GROS GRAINS ET COMPLIQUÉS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE CONFIRMÉE BACTÉRIOLOGIQUEMENT . . . . .**

Incapacité temporaire jusqu'à stabilisation. Ensuite Incapacité permanente suivant troubles fonctionnels et état général.

**COMPLICATION PULMONAIRE NON TUBERCULEUSE : PNEU-**

(1) Nous avons vu que dans la législation actuelle de la silicose la dyspnée d'origine pulmonaire ne donnait pas droit aux soins. Par contre l'hypostolie donne droit aux soins. On n'oubliera pas que les signes de début de celle-ci (électrocardiogramme, reflux hépato-jugulaire, tachycardie etc..) peuvent être dissociés, l'un d'eux s'il est net autorise à dire : « insuffisance ventriculaire droite au début » ce qui permet de faire accorder des soins, qui peuvent être très utiles pour éviter une aggravation. Mais cette insuffisance très légère n'implique pas forcément l'arrêt de travail, ni une augmentation notable de taux d'incapacité permanente déjà déterminée par les épreuves fonctionnelles respiratoires.

**MOTHORAX SPONTANÉ . . . .** Incapacité temporaire jusqu'à disparition du pneumothorax. Ensuite suivant troubles fonctionnels.

## FIXATION DU TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE

La fixation du taux d'incapacité permanente est délicat et a donné lieu à de nombreuses discussions, tous les auteurs sont d'accord pour tenir compte **A LA FOIS** des aspects radiologiques qui témoignent de l'amputation anatomique et des épreuves fonctionnelles.

Mais comment les conjuguer? On observe parfois des individus ayant des lésions radiographiques relativement discrètes et qui sont très dyspénétiques, parfois aussi d'autres qui sont relativement peu gênées malgré des signes radiologiques très importants.

Récemment, a été proposé pour les formes non compliquées un système d'évaluation assez satisfaisant (1).

Les formes radiologiques sont forfaitairement réparties en huit catégories, désignées de I à VIII, les troubles fonctionnels sont forfaitairement divisés en 5 classes de 1 à 5. Le barème proprement dit se présente sous forme d'un tableau à double entrée donnant au croisement des lignes les taux correspondant à chaque forme radiologique et à chaque degré de trouble fonctionnel.

### I<sup>e</sup> CLASSIFICATION DES FORMES RADIOLOGIQUES

Les auteurs cités les classent dans le tableau ci-après, lequel précise en outre leur correspondance avec la classification de Cardiff-Douai :

CATÉGORIE	DESCRIPTION	Correspondance avec la classification de Cardiff-Douai
I	Images anormales caractérisées par la présence d'opacités micronodulaires de diamètre inférieur à 2 mm, lorsque la répartition des éléments n'excède pas le 1/3 des champs pulmonaires (avec ou sans réticulation).	1 types P et M
II	Ombres élémentaires de type opacités micronodulaires en têtes d'épingles (pinhead) formant un piqueté serré et régulier, aux éléments répartis sur les 2/3 des champs pulmonaires.	2 P

(1) A. BALMES, J. BOURRET, P. CAZAMIAN, J. FOURCADE, E. GUYENOT et C. SIMONIN. Évaluation du degré de l'incapacité permanente de travail chez les silicotiques. Projet de méthode. Montpellier Médical. 1957. p. 228-234 n° 3.

CATÉGORIE	DESCRIPTION	Correspondance avec la classification de Cardiff-Douai
III	Ombres élémentaires de type opacités, micronodulaires de 1 à 2 mm de diamètre, de faible densité et généralisés, mêmes images de plus forte densité, mais de répartition limitée aux 2/3 des champs pulmonaires. Ombres élémentaires de type opacités nodulaires de diamètre compris entre 2 et 5 mm, lorsque la répartition des éléments n'excède pas le 1/3 des champs pulmonaires.	2 M 1 type N
IV	Ombres élémentaires de type opacités micronodulaires en têtes d'épingles, formant un piqueté serré, régulier et généralisé.	3 P
V	Ombres élémentaires de type opacités micronodulaires de 1 à 2 mm de diamètre, de forte densité et généralisées. Ombres élémentaires de types opacités nodulaires de diamètre compris entre 2 et 5 mm, de faible densité et généralisées, mêmes images de plus forte densité, mais de répartition limitée aux 2/3 des champs pulmonaires.	3 M 2 N
VI	Ombres élémentaires de type opacités nodulaires de diamètre compris entre 2 et 5 mm de forte densité et généralisées. Coalescences nodulaires, sans contours précis, se projetant sur plus de un et moins de trois espaces intercostaux antérieurs. Opacités massives, de caractère homogène se projetant sur moins de trois espaces intercostaux.	3 N A (p, m ou n) 3 espaces B
VII	Opacités coalescentes ou massives se projetant sur plus de 3 espaces intercostaux antérieurs.	A (p, m, ou n) 3 espaces et C
VIII	Opacités coalescentes ou massives avec distorsion.	D

## 2<sup>e</sup> CLASSIFICATION DES TROUBLES FONCTIONNELS

Rappelons tout d'abord que l'arrêté du 16 septembre 1958 énumère quatre épreuves obligatoires. Elles sont effectuées en pratiquant un enregistrement spirographique avec un appareil type Benedict:

### I<sup>e</sup> SPIROGRAMME AU REPOS (AIR COURANT, VENTILATION DE BASE, CONSOMMATION D'OXYGÈNE).

Le sujet au repos respire tranquillement en circuit fermé une atmosphère d'oxygène pur, le CO<sub>2</sub> étant absorbé par de la chaux sodée. On enregistre ainsi l'air ou **volume courant** ou air circulant qui est le volume respiratoire au cours d'une respiration normale. La valeur moyenne de l'air courant est d'environ 0,500 L. Elle augmente à l'effort et dans les insuffisances respiratoires légères, elle diminue dans les grandes insuffisances.

La **ventilation de base** ou ventilation minute est le produit du volume circulant par la fréquence minute. Normalement au repos elle est de 6 à 8 litres avec un air courant de 0,500 L et une fréquence respiratoire de 12 à 16 par minute. Elle augmente à l'effort et dans les insuffisances respiratoires.

La **quantité d'oxygène** absorbée dans un temps donné se traduit à l'enregistrement par une pente de la courbe qui témoigne de la baisse progressive du volume contenu dans la cloche. Elle est par minute d'environ 0,250 L.

**2<sup>e</sup>) ETUDE DE LA CAPACITÉ VITALE.** C'est le volume d'air maximum que le sujet peut mobiliser par une inspiration forcée suivie d'une expiration forcée. Elle est en moyenne de 3 à 4 litres suivant l'âge, le sexe, et la taille du sujet et peut atteindre 5 litres chez les sportifs. Elle est diminuée dans les affections qui atteignent soit la musculature respiratoire soit le parenchyme pulmonaire ou ses annexes.

**3<sup>e</sup>) ÉTUDE DE LA VENTILATION MAXIMA-MINUTE.** En faisant respirer le plus ample et le plus vite possible; ce volume d'air maximum ventilé en une minute varie normalement de 75 à 145 litres. Son étude nécessite une parfaite coopération du sujet. Sa **mesure directe** expose à de nombreuses erreurs.

Elle explore non seulement l'état des poumons, mais aussi l'état de la cage thoracique et des muscles respiratoires, ainsi que l'état du centre respiratoire.

Elle est précocement diminuée dans les Insuffisances ventilatoires surtout dans l'asthme et l'emphysème.

La ventilation maxima peut être calculée par **mesure indirecte** en multipliant la capacité pulmonaire utilisable à l'effort par 30.

**4<sup>e</sup>) ETUDE DE L'EXPIRATION FORCÉE TYPE TIFFENEAU AVEC ENREGISTREMENT A GRANDE VITESSE,** c'est-à-dire étude de la **capacité pulmonaire utilisable à l'effort (C.P.U.E.)** ou **volume expiratoire maximum seconde (V.E.M.S.)**. C'est le volume maximum que le sujet peut expirer en une seconde, après une inspiration forcée (épreuve de Tiffeneau et Pinelli).

Le **V.E.M.S.** est calculé sur un tracé respiratoire enregistré à grande

(I) Consulter notamment :

**SADOUL** : L'exploration fonctionnelle des poumons dans les pneumoconioses. Rapport au XXVII<sup>e</sup> Congrès Inter. de langue française de Médecine du Travail, médecine légale, Strasbourg 1954 188 pages, 48 figures.

**DENISE BRILLE** : L'exploration de la fonction pulmonaire dans le cadre de la médecine du travail. Archives des Maladies Professionnelles 1958, n° 3, 10 pages, 2 fig.

vitesse. Il atteint normalement 3 litres et même 4 litres chez les sujets entraînés aux efforts respiratoires.

Précocement diminuée dans la silicose, elle représente une excellente épreuve courte et facile à réaliser chez des sujets coopérants.

Indépendamment de ces épreuves il y a tout intérêt à pratiquer aussi des épreuves d'effort. Il convient encore de mesurer à la radioscopie le jeu dia-phragmatique.

Ceci dit, voici comment sont classés les résultats :

(Les indications ci-dessous, données à titre de référence, se rapportent à des sujets de moins de 50 ans, physiquement entraînés et indemnes d'affections dyspnéisantes d'étiologique non silicotique.)

Degré des troubles fonctionnels	Fonction respiratoire.	Critères
1	sensiblement normale	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Pas de signes cliniques objectifs d'insuffisance respiratoire ;</li> <li>— cinématique costo-diaphragmatique normale ;</li> <li>— capacité vitale et volume expiratoire maximum seconde dans la limite des variations physiologiques (1).</li> </ul>
2	légalement perturbée	<ul style="list-style-type: none"> <li>— critères intermédiaires entre ceux de la catégorie 1 et ceux de la catégorie 3.</li> </ul>
3	moyennement perturbée	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Dyspnée d'effort après 15 accouplements accomplis en moins de 30 sec.</li> <li>— nette diminution du jeu costodiaphragmatique ;</li> <li>— amputation de la capacité vitale de l'ordre de 30 à 35%, amputation de volume expiratoire maximum seconde de l'ordre de 45% ;</li> <li>— dette d'oxygène pour un effort de 120 watts, effort de 100 watts bien toléré.</li> </ul>
4	fortement perturbée	<ul style="list-style-type: none"> <li>— critères intermédiaires entre ceux de la catégorie 3 et ceux de la catégorie 5.</li> </ul>
5	complètement perturbée	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Dyspnée permanente,</li> <li>— thorax figé ;</li> <li>— épreuves spiro-métriques irréalisables ou amputations supérieures à 50% pour la capacité vitale et à 60% pour le volume expiratoire maximum seconde.</li> </ul>

(1) On peut considérer que toute amputation de la capacité vitale supérieure à 20 % et toute amputation du volume expiratoire maximum seconde supérieure à 30 % sont symptomatiques d'un trouble fonctionnel.

3<sup>e</sup> BARÈME INDICATIF

Formes radiologiques.	Degré des troubles fonctionnels.				
	1	2	3	4	5
I (1 types P et M)	0 (*)	?	?	?	?
II (2 P)	0 (*)	10	X	X	X
III (2 M et 1 N)	0 (*)	10	20	X	X
IV (3 p)	0 (*)	15	30	50	X
V (3 M et 2 N)	10	20	40	60	X
VI (3 N, A 3 espaces et B)	20	30	50	70	100
VII (A 3 espaces et C)	X	40	60	80	100
VIII (D)	X	X	X	80	100

4<sup>e</sup> AUTRES ÉLÉMENTS D'APPRECIATION

Le barème précédent a l'avantage d'être clair et commode mais, comme le soulignent ses auteurs, il ne peut être qu'indicatif.

Nous estimons qu'il y a lieu de tenir compte, dans chaque cas, de divers éléments qui peuvent éventuellement conduire à modifier le taux de base tel que l'indique le barème cité.

**Age.**

L'âge du sujet à la date de la déclaration doit être pris en considération, les formes évolutives apparues tôt étant plus graves et réduisant davantage la « capacité de travail potentielle ». Par exemple on pourra augmenter le taux de 5 à 15 si la silicose est apparue avant l'âge de 30 ans ; de 0 à 10 si elle est apparue entre 30 et 45 ans.

(\*) Changement d'emploi :

? Les auteurs précités sont encore dans l'incertitude concernant les atteintes type I P ou I M de la classification de Cardiff-Douai.

X Ces cas répondent à des formes radiologiques mineures avec troubles fonctionnels accentués ou à des formes radiologiques graves avec troubles fonctionnels discrets, cas exceptionnels qui, pour ces auteurs méritent d'être spécialement appréciés.

### **Aspect radiologique.**

Le barème adopte très justement comme base le nombre et la taille des nodulations. Mais à côté des lésions spécifiques ne faut-il pas tenir compte des autres, qui peuvent les accompagner : bulles d'emphysème, travées de sclérose, lésions pleurales?

### **Signes cliniques.**

On retiendra par exemple le tirage sus claviculaire, les râles de bronchite surajoutés, l'état général.

### **Suspicion de la tuberculose.**

La tuberculose n'est légalement reconnue comme complication de la silicose que lorsqu'elle est bactériologiquement confirmée.

Mais il est des cas où malgré l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration on a des raisons particulières de craindre une tuberculose surajoutée : confluence des éléments dans la région sous claviculaire, prédominance unilatérale des lésions, accélération de la vitesse de sédimentation, déclin inexpliqué de l'état général, etc...

Tout travail fatigant doit être interdit, parfois même le repos total s'impose. D'où une majoration du taux indépendant des classifications radiologiques classiques et des épreuves fonctionnelles.

### **Surdité streptomycique.**

Le traitement de la silico-tuberculose nécessite l'emploi de la streptomycine. Ce traitement a provoqué dans quelques cas une diminution définitive de l'acuité auditive. Lorsque la tuberculose est bien une complication de la maladie professionnelle il est juste d'indemniser les accidents thérapeutiques. Au moment de la reprise du travail la diminution de l'acuité auditive sera évaluée.



## MALADIES DE PATHOGÉNIE COMPLEXE

### LUBRIFIANTS

Dermatoses professionnelles consécutives à l'emploi de lubrifiants.

Les deux régimes sont différents car, en plus du « bouton d'huile » seul admis au régime général, le tableau agricole retient l'eczéma.

#### RÉGIME GÉNÉRAL. 36<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 2 novembre 1972).

#### TRAVAUX

Tournage, décolletage, fraisage, perçage, filetage, taraudage, alésage, sciage, rectification et d'une façon générale, travaux d'usinage mécanique des métaux comportant l'emploi de lubrifiants.

Travaux du bâtiment et des travaux publics comportant l'emploi des huiles de décoffrage.

#### MALADIES

Désignation des dermatoses.

**PAPULO-PUSTULES MULTIPLES ET LEURS COMPLICATIONS FURONCULEUSES ; LES LÉSIONS SONT HABITUELLEMENT LOCALISÉES A LA FACE DORSALE DES MAINS ET DES BRAS ET A LA PARTIE ANTÉRIEURE DES CUISSES ET SONT PARFOIS ÉTENDUES AUX RÉGIONS EN CONTACT DIRECT AVEC LES PARTIES DES VÊTEMENTS DE TRAVAIL IMPRÉGNÉES DE LUBRIFIANTS. Délai de prise en charge : 7 jours. . . . .**

En principe, pas d'incapacité permanente.

Délai de responsabilité : 7 jours.

**RÉGIME AGRICOLE. 25<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 22 mai 1973).**

**TRAVAUX**

Travaux d'usinage mécanique de métaux comportant l'emploi de lubrifiants effectués dans les ateliers de réparation de machines agricoles dépendant de l'artisanat rural, des organismes professionnels et des coopératives d'utilisation de matériel agricole.

**MALADIES**

Délai de prise en charge : 7 jours.

**PAPULO PUSTULES MULTIPLES ET LEURS COMPLICATIONS FURONCULEUSES (LES LÉSIONS SONT HABITUELLEMENT LOCALISÉES À LA FACE DORSALE DES MAINS ET DES BRAS ET À LA PARTIE ANTÉRIEURE DES CUISSES ET SONT PARFOIS ÉTENDUES AUX RÉGIONS EN CONTACT DIRECT AVEC LES PARTIES DES VÊTEMENTS DE TRAVAIL IMPRÉGNÉES DE LUBRIFIANTS) . . . . .**

En principe pas d'incapacité permanente.

**ECZÉMA RÉCIDIVANT EN CAS DE NOUVELLE EXPOSITION OU CONFIRMÉ PAR UN TEST ÉPICUTANÉ . . . . .**

0 à 30 (Ch. Pr.)

**NYSTAGMUS PROFESSIONNEL**

**RÉGIME GÉNÉRAL. 23<sup>e</sup> TABLEAU (Décret du 31 décembre 1946).**

**TRAVAUX :**

Travaux susceptibles de provoquer cette maladie.

Travaux exécutés dans les mines

**MALADIE :**

**NYSTAGMUS . . . . .**

**10 à 45**

Suivant acuité visuelle et gêne fonctionnelle.