

LE CONCOURS MEDICAL

**Barème indicatif
d'évaluation
des taux d'incapacité
en droit commun**

Édition 2001

**ONT PARTICIPÉ DANS LEUR SPÉCIALITÉ
À L'ÉLABORATION DU PRÉSENT OUVRAGE :**

Dr ANCIAUX Pierre, gastro-entérologue, chargé de cours à l'université de Nancy I, expert près la Cour d'appel de Nancy

Pr BÉJUI Jacques, chirurgie orthopédique et traumatologie, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, expert près la Cour d'appel de Lyon

Dr BUU-HOÏ Patrick, gynécologue, Paris

Pr CANTALOUBE Daniel, chirurgien maxillo-facial, stomatologue, chirurgien plasticien, hôpital Percy, Clamart, expert près la Cour d'appel de Versailles

Dr CHIKHANI Luc, chirurgien maxillo-facial, stomatologue, Paris

Pr CHODKIEWICZ Jean-Paul, neurochirurgien, hôpital Sainte-Anne, Paris, expert agréé par la Cour de cassation

Dr CHOUTY Fabrice, cardiologue, Paris

Pr CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologie, CHU de Poitiers, expert près la Cour d'appel de Poitiers

Dr CORDIER Bernard, psychiatre, Hôpital Foch, Suresnes, expert près la Cour d'appel de Versailles

Dr COURTAT Philippe, oto-rhino-laryngologue, Paris, chargé d'enseignement à Paris V

Pr DALPHIN Jean-Charles, pneumologue, CHU de Besançon

Dr DAUPLEIX Denis, rhumatologue, Paris

Dr DIONOT Thierry, psychiatre des hôpitaux, Paris

Pr DUPUY Pierre, gastro-entérologue, hôpital Ambroise-Paré, Boulogne

Pr ELBAZ Pierre, oto-rhino-laryngologue, Paris, expert agréé par la Cour de cassation

Dr FOELS Alain, ophtalmologue, Paris

Dr FOYATIER Jean-Louis, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, Hôpital Saint-Luc, Lyon, expert près la Cour d'appel de Lyon

Pr GANDJBAKHCH Iradj, chirurgien thoracique et cardiovasculaire, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, expert près la Cour d'appel de Paris

Dr GHÉRON Gérard, endocrinologue, Paris

Dr GUEGUEN Bernard, neurologue, hôpital Sainte-Anne, Paris, expert près la Cour d'appel de Paris

Pr HAMARD Henry, ophtalmologue, Paris, expert agréé par la Cour de cassation

Pr JANOT Christian, hématologie, professeur des universités, Nancy, expert agréé par la Cour de cassation

Dr JENOUDET Louis-Pierre, médecine interne, centre hospitalier Le Vinatier, Bron

Dr KLEIN Marcel, ophtalmologue, Paris, expert près la Cour d'appel de Paris

Dr LATIL Gérard, oto-rhino-laryngologue, centre hospitalier d'Aix-en Provence, expert près la Cour d'appel d'Aix-en-Provence

Dr LEFEVRE Raymond, gastro-entérologue, Biscarrosse

Pr LEFRANC Jean-Pierre, chirurgien gynécologue, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, expert près la Cour d'appel de Paris

Dr LEVY Gilbert, oto-rhino-laryngologue, Nice, expert près la Cour d'appel de Nice

Dr MALADJIAN Jacques, pneumologue, Orléans

Dr MÉTREAUX Roselyne, neurologue, Fontenay-aux-Roses

Pr NORTH Pierre, neuropsychiatre, professeur conventionné, université Louis-Pasteur, Strasbourg, expert près la Cour d'appel de Colmar

Dr PEYTRAL Claude, oto-rhino-laryngologue des hôpitaux de Paris, professeur associé au Collège de médecine, Montfermeil, expert agréé par la Cour de cassation

Dr PUECH Denis, psychiatre, Paris, chargé d'enseignement clinique à la faculté

Dr RUMILLY André-Georges, gastro-entérologue, Paris

Dr SULMAN Thierry, rhumatologue, Paris

SOMMAIRE

Préface : *Jean Michaud*

Avant-propos : *Pr Patrice Jourdain*

Barème, humanisme et performance : *Pr Jean-Paul Chodkiewicz*

Un barème de professionnels : *Dr Alain Papelard*

Persévérance et continuité : *Dr Claude Fournier*

L'incapacité permanente : une définition

<u>□ Neurologie</u>	<u>17</u>
<u>□ Psychiatrie</u>	<u>25</u>
<u>□ Ophtalmologie</u>	<u>29</u>
<u>□ Stomatologie</u>	<u>37</u>
<u>□ Oto-rhino-laryngologie</u>	<u>41</u>
<u>□ Appareil locomoteur</u>	<u>49</u>
<u>□ Appareil cardio-vasculaire</u>	<u>67</u>
<u>□ Appareil respiratoire</u>	<u>71</u>
<u>□ Hépato-gastro-entérologie</u>	<u>75</u>
<u>□ Endocrinologie Métabolisme</u>	<u>81</u>
<u>□ Hématologie et maladies du sang</u>	<u>85</u>
<u>□ Néphrologie Urologie</u>	<u>87</u>
<u>□ Procréation Sexualité</u>	<u>91</u>
<u>□ Séquelles cutanées des brûlures graves et étendues</u>	<u>95</u>

P r é f a c e

Voici une sixième édition du barème des incapacités en droit commun. La succession des rééditions illustre le succès de ce document et l'appétit d'information qu'il suscite.

Cependant, il n'est pas inutile de réfléchir à la notion de « barème ». Selon Littré, le barème est un recueil de comptes tout faits, c'est-à-dire de chiffres sur lesquels il n'y a pas lieu de revenir. Heureusement, le sens a évolué et ne traduit plus une référence intangible.

L'étude a commencé en 1959, puis a fait l'objet de versions réactualisées au nombre desquelles figure notamment celle du Dr Claude Rousseau, de 1980. Le souci qui préside à ces réécritures procède des avatars de la pathologie, des transformations des modes de rééducation, ainsi que des positions jurisprudentielles et législatives. Il faut donc tirer les meilleures conséquences des traitements nouveaux et des nouvelles possibilités du retour des patients à une vie normale.

Barème signifie, hors de l'acception initiale, à la fois indication et orientation, sans jamais se traduire par obligation. Ceci est vrai pour les experts qui y trouvent un axe de réflexion. Ceci est vrai tout autant pour les juges, qui ne sauraient y percevoir un empiètement sur leur liberté de décision. Un motif qui ne ferait état que d'une référence exclusive au barème serait d'une grande fragilité. À l'inverse, il est choquant pour le justiciable de constater combien sont différentes les évaluations s'appliquant à des dommages voisins. Certes, aucune affaire n'est semblable à une autre, mais il y a des analogies qu'on ne saurait écarter.

Le travail mené à bien par le Centre de documentation sur le dommage corporel, en concertation avec les praticiens, selon une méthode claire et logique, est de nature à éviter d'excessives distorsions qui risquent de rester incomprises. Il ne peut que contribuer encore davantage à la cohérence du travail des experts et à la pertinence des jugements et arrêts.

Jean MICHAUD
Conseiller doyen honoraire de la Cour de cassation

Avant-propos

Un barème étant un instrument de mesure, les barèmes d'incapacité physique servent à mesurer l'étendue de la diminution des aptitudes de la personne à la suite de lésions corporelles. Le barème des incapacités en droit commun que publie le *Concours Médical* depuis 1959 a plus précisément pour objet de favoriser une évaluation médico-légale uniforme du dommage corporel et de permettre au juriste, qu'il soit juge ou régleur, de traiter de façon égalitaire les victimes pour l'évaluation pécuniaire des préjudices qui en résultent.

La sixième édition, désormais intitulée *Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacités en droit commun*, continue de répondre à ces objectifs en s'attachant à actualiser les taux d'incapacité afin de tenir compte de l'évolution des techniques médicales et des progrès des thérapeutiques.

Ce barème présente plusieurs caractéristiques essentielles.

D'abord, l'incapacité qu'il mesure à l'aide de taux est une incapacité fonctionnelle. Elle permet de quantifier l'atteinte aux différentes fonctions de l'organisme qui, en cas de déficits multiples, est évaluée sur la base d'une approche globale par la recherche de la capacité restante. Cette incapacité fonctionnelle exclut toute prise en compte de l'incidence professionnelle et économique du handicap, laquelle est appréciée directement par le juriste à partir, d'une part, de la description des séquelles physiques réalisée par l'expert et, d'autre part, des ressources dont la victime va se trouver privée par suite de la réduction de ses aptitudes professionnelles.

Ensuite, l'évaluation de l'incapacité permanente a un caractère objectif en ce que le taux d'incapacité est l'expression chiffrée d'un déficit fonctionnel censé être le même pour toutes les victimes souffrant de lésions identiques. Au stade de l'expertise, l'évaluation médico-légale doit en effet s'abstraire de leurs répercussions psycho-sociales. C'est à cette condition que pourront être évitées les disparités dans l'évaluation médico-légale du dommage corporel. Il appartiendra par la suite au juge de tenir compte, au stade de l'indemnisation, de la façon dont les victimes ressentent *in concreto* les incidences physiologiques des atteintes corporelles et les gênes qu'elles engendrent.

Enfin, les taux d'incapacité contenus dans ce barème ne sont qu'indicatifs, et d'ailleurs exprimés le plus souvent sous forme de fourchettes ou de taux maxima afin de conférer aux experts une certaine souplesse dans l'évaluation médico-légale des incapacités et aux juges la plus large liberté d'appréciation possible dans l'estimation pécuniaire du dommage. Ainsi, l'expert pourra moduler sa proposition de taux d'incapacité en fonction de ses observations cliniques. Quant au juge, il lui sera loisible, dans la traduction monétaire qu'il en fera, de tenir compte de toutes les données subjectives dont il dispose pour apprécier les préjudices soufferts.

Cette absence de force contraignante des barèmes ne les empêche pas de remplir pleinement leur fonction d'harmonisation des évaluations et d'assurer, dans le même temps, la justice des indemnisations. Par la réputation qu'il a acquise au cours des décennies, le barème du *Concours Médical* y contribue très largement.

Patrice JOURDAIN
Professeur à l'Université de Paris-I (Panthéon-Sorbonne)

Barème, humanisme et performance

Depuis quelques lustres, notre petit monde médico-judiciaire et médico-légal s'interroge, se concerte, multiplie les congrès et colloques, agité qu'il est par les évolutions récentes et volontiers surprenantes de la doctrine et de la procédure.

Le droit « à géométrie variable », la remise en cause de principes jusqu'ici considérés comme intangibles, le serpent de mer de l'Europe médico-légale, voire la retentissante officialisation du principe de précaution n'ont pas peu contribué au désarroi des spécialistes des problèmes de responsabilité et de réparation du dommage corporel.

En présence d'une telle situation, il est apparu opportun et même indispensable de conserver des repères simples et précis de la pratique médico-légale concernant en particulier : la définition de l'incapacité permanente partielle et l'évaluation des préjudices.

Cette mission, que s'étaient expressément fixée – avec le succès que l'on sait – les auteurs des précédents barèmes, dits barèmes du *Concours Médical*, demeure aussi exigeante que son actualisation apparaît indispensable en fonction des nouvelles données de la science.

La tâche n'est pas simple, car au-delà de la sécheresse des descriptions cliniques, il importe à « l'évaluateur », quel qu'il soit, de toujours concilier humanisme et performance.

Le barème ainsi remodelé demeure à tout prendre un outil, et rien de plus.

Son intérêt, son efficacité reposent sur deux éléments indissociables et fondamentaux :

- d'une part, son élaboration et son acceptation dans le cadre d'un consensus authentiquement pluridisciplinaire regroupant tous les spécialistes du dommage corporel,
- d'autre part, la qualité de l'utilisateur, c'est-à-dire son aptitude à l'analyse méticuleuse des symptômes, puis à leur intégration intelligente dans l'une ou l'autre des rubriques proposées.

Un tel exercice suppose de la part du praticien un réel niveau d'excellence dans ces petites choses que représentent les mille facettes d'un dossier ou d'un tableau clinique ; cela exige aussi une bonne dose d'expérience, de modestie et de hauteur de vue... tant il est vrai que la pratique médico-légale (même assortie d'un barème clair et actualisé) demeure un Art... et l'Art est difficile !

Professeur Jean-Paul CHODKIEWICZ
Expert agréé par la Cour de cassation

Un barème de professionnels

La Fédération française des associations de médecins-conseils experts en évaluation du dommage corporel (FFAMCE) regroupe actuellement la grande majorité des praticiens de l'évaluation du dommage corporel en droit commun qui, à ce titre, examinent la quasi-totalité des victimes et évaluent, notamment, leur incapacité.

Le premier barème paru aux éditions du *Concours Médical* date du 28 novembre 1959. Le Dr Arrivot, premier président de la Fédération, en fut le principal moteur. Ce premier barème indicatif en droit commun marquait une révolution en se détaillant du barème des accidents de travail, jusqu'alors utilisé comme référence par les experts.

Dans les années suivantes, la Fédération a continué à mener des réflexions sur les taux d'incapacité ; elles ont alimenté nombre de publications.

Ces réflexions ont été concrétisées par la publication du barème du *Concours Médical* en 1982 (supplément n° 25, du 19 juin 1982), à l'initiative du Dr Claude Rousseau, qui fut l'un des présidents de cette Fédération. Ce barème établissait deux principes de base essentiels et logiques, quels que soient l'origine et le cadre de la mission :

- le maximum à 100 % correspond à la perte pratique de l'ensemble des fonctions ;
- la prise en compte de la capacité restante du sujet.

L'expert pouvait ainsi proposer un taux différent pour la paraplégie ou pour la tétraplégie, alors qu'antérieurement les deux états séquellaires étaient évalués à 100 %.

Depuis, ce barème fut adapté à l'évolution de la pathologie séquillaire.

Cette 6^e édition s'inscrit donc dans la continuité.

Ce barème constitue la référence, élaborée par des professionnels de l'expertise, pour des professionnels de l'expertise, quels que soient le cadre ou l'origine de leurs missions.

Docteur Alain PAPELARD
Président d'honneur de la FFAMCE

Persévérance et continuité

De 1959 à 1993, le *Concours Médical* a publié cinq éditions d'un barème indicatif des incapacités en droit commun. L'édition de 1982, issue des travaux d'un collège de médecins animé par le Dr Claude Rousseau en tant que directeur du Centre de documentation sur le dommage corporel, a connu un réel succès, devenant rapidement la référence de la quasi-totalité des médecins praticiens de l'évaluation médico-légale du dommage corporel, aussi bien dans le cadre judiciaire que privé. Il a été inclus dans les conventions entre assureurs et dans le protocole d'accord organismes sociaux/entreprises d'assurances.

Ces différents barèmes ont adapté progressivement au droit commun les bases de l'évaluation des invalidités ou incapacités effectuée depuis longtemps dans le cadre de systèmes de protection sociale (accidents du travail en particulier), sans toutefois modifier fondamentalement l'échelle de valeurs des différents types de déficits.

Malgré leurs imperfections, ils ont eu le grand mérite d'exister et de s'imposer dans la pratique expertale, assurant l'harmonisation et la cohérence du système d'indemnisation basé, pour une part importante, sur le pourcentage d'incapacité.

Le Comité scientifique du Centre de documentation sur le dommage corporel a accepté d'être le maître d'œuvre d'une nouvelle édition en sollicitant tous les avis spécialisés nécessaires.

La finalité essentielle de cette 6^e édition est de tenir compte de l'évolution de la pathologie séquellaire depuis dix ans, dans une approche toujours concrète des déficits. L'objectif n'est pas de remettre fondamentalement en cause les références barémiques consensuelles acceptées depuis de nombreuses années, ni d'abandonner le contenu de la notion d'incapacité permanente, afin de ne pas déstabiliser le système actuel d'indemnisation.

La fiabilité de l'évaluation médicale d'un dommage corporel dépend essentiellement du niveau et de l'adaptation des connaissances médicales de l'expert qui en est chargé. L'adaptation à l'évaluation médico-légale dépend des connaissances spécifiques que l'expert a ajoutées à sa culture médicale.

Pour être cohérente, équitable et contenir l'influence des différentes subjectivités, l'évaluation de l'incapacité permanente doit se référer à un barème indicatif définissant les règles essentielles et s'adaptant périodiquement à l'évolution des techniques médicales. Cette affirmation constamment réitérée depuis un demi-siècle n'a rien perdu de sa pertinence.

Mais un barème d'incapacité ne saurait être ni un manuel de pathologie séquellaire, ni un précis médico-juridique sur l'évaluation du dommage. Il ne peut dans aucun cas pallier l'insuffisance de compétences de l'expert, quels que soient le cadre et l'origine de sa mission.

Docteur Claude FOURNIER
Président du Comité scientifique
du Centre de documentation sur le dommage corporel

L'incapacité permanente : une définition

Pour utiliser valablement un instrument de mesure, il est indispensable de définir au préalable la nature de ce qu'il doit mesurer. Cette règle élémentaire s'applique également aux barèmes destinés à chiffrer l'importance des différentes incapacités et oblige à donner une définition de l'incapacité que chaque barème doit mesurer.

Dans le cadre du droit commun de la réparation du dommage corporel, la définition de l'incapacité proposée en 1963 par le professeur Dérobert et reprise dans les précédents barèmes reste valable :

« ...c'est la réduction du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité corporelle d'un individu dont l'état est considéré comme consolidé. »

Mais elle doit être explicitée et complétée, actualisée en fonction de l'expérience acquise par les praticiens de l'évaluation médico-légale du dommage corporel, des évolutions législatives et doctrinales et en se confrontant avec les réflexions en cours dans le cadre européen.

Déterminée à la date de consolidation, l'incapacité permanente peut être définie actuellement comme :

« la réduction définitive du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique,
– médicalement constatable, donc appréciable par un examen clinique approprié, complété par l'étude des examens complémentaires produits,
– à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite, ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours ».

La référence à la consolidation et le terme définitif signifient clairement que cette « réduction de potentiel » doit être réellement permanente, inaccessible aux thérapeutiques réputées efficaces et sans risques particuliers.

La relation entre l'atteinte initiale à l'intégrité anatomo-physiologique et la réduction du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel, doit être médicalement établie.

La réduction de ce potentiel doit s'apprécier *in abstracto*, donc de façon identique pour tous les sujets ayant un status physico-psychique initial identique. L'éventuelle incidence sociale et/ou professionnelle ne fait pas partie du contenu de l'IPP : son éventuelle existence devra faire l'objet d'une description précise par le médecin.

Cette approche objective de l'évaluation permet de pérenniser son caractère égalitaire. En outre, elle permet de s'inscrire dans la droite ligne des réflexions menées sur le plan européen : « **À déficit égal, IPP égale.** »

Un taux d'IPP, si minime soit-il, ne peut donc se justifier que s'il existe une réduction concrète du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel. Il est évident que cette réduction de potentiel ne peut être prise en compte que si elle répond aux critères fondamentaux de l'imputabilité.

Déficits multiples

En cas de déficits multiples atteignant plusieurs fonctions ou plusieurs systèmes, la simple addition des taux aboutirait à un total pouvant dépasser largement 100 %.

L'évaluation devra alors se faire globalement, et le taux retenu tiendra compte de deux paramètres :

- l'appréciation des capacités restantes ;
- la comparaison de l'importance de la réduction du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel, avec celle représentée par les taux conventionnels maximaux du barème.

Souffrances endurées après consolidation

Le problème peut se poser de l'évaluation de troubles à expression majoritairement douloureuse, persistant après consolidation, et dont on sait qu'ils sont le plus souvent appelés à disparaître dans un délai de quelques mois à quelques années. Cette difficulté n'est pas nouvelle. Déjà, en 1975, elle était évoquée par le professeur Padovani, chirurgien expert de référence à cette époque, qui proposait d'inclure ces phénomènes essentiellement douloureux dans le *pretium doloris*.

Cette pratique s'est poursuivie jusqu'à présent. Elle reste d'actualité, surtout si l'on se réfère à la définition donnée de l'incapacité permanente.

C'est l'expérience de l'expert – et seulement elle – qui peut lui permettre de faire le choix entre une IP si minime soit-elle et une relative majoration de la cotation de ce qu'il est convenu d'appeler les souffrances endurées.

*Le Comité scientifique
du Centre de documentation sur le dommage corporel*

neurologie

L'évaluation des déficits neurologiques ne doit se faire qu'après un délai suffisamment long (généralement de l'ordre de 2 à 3 ans et au terme d'un délai plus long chez l'enfant) afin de juger de leur permanence et des adaptations aux handicaps. Il est souhaitable que l'intervalle entre le traumatisme initial et l'évaluation définitive soit mis à profit pour procéder régulièrement à des bilans médicaux fiables.

I - DÉFICITS SENSITIVO-MOTEURS D'ORIGINE MÉDULLAIRE ET CENTRALE

A. D'origine médullaire

Tétraplégies et paraplégies constituent toujours des entités cliniques complexes associant des atteintes de la fonction de locomotion (et de préhension pour les tétraplégies), de la fonction urinaire, des fonctions génito-sexuelles, de la fonction respiratoire (pour les lésions les plus hautes) et des troubles rachidiens. On ne saurait dissocier ces différents déficits pour évaluer par addition le taux d'incapacité. Dans cet esprit, les taux proposés ci-dessous correspondent à une évaluation globale des conséquences de la lésion. Mais ce mode d'évaluation globale ne doit pas dispenser l'expert de décrire en détail la nature et l'importance des différents déficits composant ces entités cliniques, d'autant plus qu'ils sont fonction du niveau lésionnel.

• Tétraplégie haute complète	non inférieur à 95 %
• Tétraplégie basse complète (au-dessous de C6)	non inférieur à 85 %
• Tétraparésie : marche possible, préhension possible maladroite ; selon le périmètre de marche et l'importance des troubles urinaires et génito-sexuels	45 à 75 %
• Paraplégie complète ; selon le niveau de l'atteinte médullaire qui conditionne d'éventuelles difficultés à la station assise prolongée et la nature des troubles urinaires et génito-sexuels	70 à 75 %
• Paraparésie : marche possible limitée, autonomie complète pour les actes de la vie courante ; selon l'importance des troubles urinaires, génito-sexuels et sensitifs associés	20 à 50 %
• Syndrome de Brown-Séquard ; selon l'importance des troubles moteurs sensitifs et génito-sphinctériens	15 à 50 %

B. D'origine hémisphérique, tronculaire ou cérébelleuse

• Quadriplégie complète		non inférieur à 95 %
• Quadriplégie incomplète : l'évaluation du taux se fera par comparaison avec des déficits similaires et en fonction du degré d'autonomie		
• Hémiplégie majeure : station debout impossible, membre supérieur inutilisable ; déficit cognitif important (dont aphasic)		90 %
• Hémiplégie spastique : marche possible avec cannes, membre supérieur inutilisable, selon l'importance du déficit cognitif et selon l'hémisphère dominant	dominant	non dominant
	70 %	60 %
• Hémiplégie spastique : marche possible sans cannes, membre supérieur utilisable avec maladresse ; selon l'importance du déficit cognitif et selon l'hémisphère dominant	dominant	non dominant
	60 %	45 %
• Monoplégies : le taux dépend du retentissement sur la fonction de préhension ou sur la fonction de locomotion (se reporter au chapitre « appareil locomoteur »)		
• Syndrome cérébelleux majeur : atteinte bilatérale, marche quasi impossible, préhension inefficace, importante dysarthrie		80 à 85 %
• Syndrome cérébelleux incomplet : atteinte unilatérale, sans répercussion sur la locomotion, préhension maladroite du côté atteint, dysarthrie absente ou discrète ; selon le côté dominant		10 à 25 %
• Troubles du mouvement, du tonus, de l'attitude (tremblements, dyskinésies, dystonie), isolés ou au premier plan ; en fonction des perturbations fonctionnelles		5 à 30 %
• Déficits sensitifs isolés, à l'origine d'un déficit fonctionnel (gêne à la marche par atteinte cordonale postérieure, gêne à la préhension par atteinte des différentes sensibilités) ; selon l'importance		10 à 30 %

C. Troubles de la circulation du liquide céphalo-rachidien

Les taux doivent être évalués en fonction des déficits constatés, essentiellement cognitifs. La présence du matériel de dérivation ne justifie pas à elle seule un taux d'incapacité.

II - DÉFICITS COGNITIFS

L'analyse des syndromes déficitaires neuropsychologiques doit faire référence à une sémiologie précise. Le syndrome dit « frontal » correspond en fait à des entités maintenant bien définies dont les déficits associés, plus ou moins importants, réalisent des tableaux cliniques très polymorphes.

L'évaluation du taux d'incapacité doit donc se baser sur des bilans médicaux précis et spécialisés, corrélant les lésions initiales et les données des examens cliniques et paracliniques.

A. Syndrome frontal vrai

● Forme majeure avec apragmatisme et perte de l'autonomie	60 à 85 %
● Forme sévère avec altération des conduites instinctives, perte de l'initiative, troubles de l'humeur, insertions sociale et familiale précaires	30 à 60 %
● Forme mineure avec distractibilité, lenteur, difficultés de mémorisation et d'élaboration des stratégies complexes ; autonomie totale	10 à 30 %

B. Atteinte isolée de certaines fonctions cognitives

● Langage	
– Aphasie majeure avec jargonophasie, alexie, troubles de la compréhension	70 %
– Forme mineure : troubles de la dénomination et de la répétition, paraphasie. Compréhension conservée	10 à 30 %
● Mémoire	
– Altération massive, syndrome de Korsakoff complet	60 %
– Altération modérée à grave : oublis fréquents, gênants dans la vie courante, fausses reconnaissances, éventuellement fabulations	15 à 60 %
– Altération légère : difficultés d'apprentissage, nécessité d'aide-mémoire dans la vie courante, troubles de l'évocation	10 à 15 %
● Perte totale ou partielle des connaissances didactiques :	

Les taux correspondants seront appréciés selon la même échelle que les troubles de la mémoire.

C. Troubles cognitifs mineurs

En l'absence de syndrome frontal vrai ou d'atteinte isolée d'une fonction cognitive, certains traumatismes crâniens, plus ou moins graves, peuvent laisser subsister un syndrome associant :

● Labilité de l'attention, lenteur idéatoire, difficultés de mémorisation, fatigabilité intellectuelle, intolérance au bruit, instabilité de l'humeur, persistant au-delà de deux ans	5 à 15 %
---	----------

D. Démence

Les états démentiels sont très hétérogènes, compte tenu de leur polymorphisme clinique et des étiologies variées.

Les démences post-traumatiques vraies sont rares et doivent être documentées par des lésions anatomiques majeures et bilatérales. Les démences dites « de type Alzheimer » ne sont jamais post-traumatiques. Cependant, un événement traumatique avéré et sévère peut accélérer l'évolution de ce processus dégénératif, accélération qui ne peut être traduite par un taux d'incapacité permanente partielle. L'expert devra donc comparer l'évolution modifiée à l'évolution habituelle de l'affection et s'efforcer de chiffrer en temps cette différence.

III - DÉFICITS MIXTES COGNITIFS ET SENSITIVO-MOTEURS

Ces déficits mixtes constituent les séquelles caractéristiques des traumatismes crâniens graves. Ils s'associent le plus souvent à des dysfonctionnements frontaux, des déficits cognitifs, des troubles du comportement, des syndromes pyramidaux et/ou cérébelleux, des troubles sensoriels (hémianopsies, paralysies oculo-motrices...) correspondant à des lésions visualisées par l'imagerie.

Ces associations réalisent des tableaux cliniques différents d'un sujet à l'autre, tels qu'on ne peut proposer de taux précis comme pour des séquelles parfaitement individualisées. Ces déficits feront l'objet d'une évaluation globale.

Il est cependant possible de reconnaître, dans le contexte de l'évaluation médico-légale, plusieurs niveaux de gravité en fonction du déficit global.

● Abolition de toute activité volontaire utile, perte de toute possibilité relationnelle identifiable	100 %
● Déficits sensitivo-moteurs majeurs limitant gravement l'autonomie, associés à des déficits cognitifs incompatibles avec une vie relationnelle décente	80 à 95 %
● Troubles cognitifs majeurs comportant, au premier plan, désinhibition et perturbations graves du comportement, compromettant toute socialisation, avec déficits sensitivo-moteurs mais compatibles avec une autonomie pour les actes essentiels de la vie courante	60 à 80 %
● Troubles cognitifs associant perturbation permanente de l'attention et de la mémoire, perte relative ou totale d'initiative et/ou d'autocritique, incapacité de gestion des situations complexes, avec déficits sensitivo-moteurs patents mais compatibles avec une autonomie pour les actes de la vie courante	40 à 65 %
● Troubles cognitifs associant lenteur idéatoire évidente, déficit patent de la mémoire, difficulté d'élaboration des stratégies complexes avec déficits sensitivo-moteurs n'entraînant pas de réelles conséquences fonctionnelles	20 à 40 %

IV - DÉFICITS SENSITIVO-MOTEURS D'ORIGINE PÉRIPHÉRIQUE

A. Face

● Paralysie faciale complète hypotonique	
– unilatérale	5 à 15 %
– bilatérale (exceptionnelle)	15 à 25 %
● Hémispasme facial complet non améliorable par la thérapeutique	jusqu'à 10 %

B. Membres supérieurs

	non dominant	dominant
● Paralysie complète du plexus brachial	60 %	50 %
● Paralysie radiale		
– au-dessus de la branche tricipitale	40 %	30 %
– au-dessous de la branche tricipitale	30 %	20 %
● Paralysie ulnaire	20 %	15 %
● Paralysie du nerf médian		
– au bras	35 %	25 %
– au poignet	25 %	15 %
● Paralysie du nerf circonflexe	15 %	10 %
● Paralysie du nerf grand dentelé	8 %	6 %

En cas de forme incomplète, il convient de corroborer les taux proposés ci-dessus avec ceux proposés pour les déficits de la fonction de préhension.

C. Membres inférieurs

● Paralysie du nerf sciatique (au-dessus de la bifurcation)	40 à 45 %
● Paralysie du nerf sciatique poplité externe (nerf fibulaire)	20 %
● Paralysie du nerf sciatique poplité interne (nerf tibial)	20 %
● Paralysie du nerf fémoral	35 %

En cas de forme incomplète, il convient de corroborer les taux proposés ci-dessus avec ceux proposés pour les déficits de la fonction de locomotion.

D. Les douleurs de déafférentation

Qu'elles soient isolées ou qu'elles accompagnent un déficit sensitivo-moteur, elles devront être prises en compte :

- soit en majorant le taux retenu pour le déficit lorsqu'il existe,
- soit par un taux d'incapacité spécifique 5 à 10 %

E. Syndrome de la queue de cheval

- Suivant l'importance des troubles moteurs sensitifs et génito-sphinctériens 15 à 50 %

V - DÉFICITS NEURO-SENSORIELS

Il convient de se reporter aux spécialités concernées, en particulier ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie.

VI - ÉPILEPSIE

On ne peut proposer un taux d'incapacité sans preuve de la réalité du traumatisme crano-encéphalique et de la réalité des crises. Dans ces cas, un recul de plusieurs années (4 ans au minimum) est indispensable, afin de prendre en compte l'évolution spontanée des troubles et l'adaptation au traitement.

Les anomalies isolées de l'EEG, en l'absence de crises avérées, ne permettent pas de poser le diagnostic d'épilepsie post-traumatique.

A. Épilepsies avec troubles de conscience

(Épilepsies généralisées et épilepsies partielles complexes)

- Épilepsies bien maîtrisées par un traitement bien toléré 10 à 15 %
- Épilepsies difficilement contrôlées, crises fréquentes (plusieurs par mois), effets secondaires des traitements 15 à 35 %

B. Épilepsies sans troubles de conscience

- Épilepsies partielles simples dûment authentifiées selon le type et la fréquence des crises et selon les effets secondaires des traitements 10 à 30 %

VII - CAS PARTICULIER

- Syndrome « post-commotionnel » persistant au-delà de 18 mois jusqu'à 3 %

psychiatrie

Le diagnostic des séquelles psychiatriques impose un examen par un spécialiste confirmé. Cet examen doit comporter non seulement une analyse sémiologique précise des symptômes présentés par le blessé, mais aussi une étude longitudinale soigneuse de sa biographie. Il est essentiel, en effet, de discuter dans tous les cas les rôles respectifs de l'éventuel état antérieur, de la personnalité, du traumatisme et d'autres facteurs pathogènes éventuels.

I - NÉVROSES TRAUMATIQUES

(État de stress post-traumatique, névrose d'effroi) (F43. 1 de la CIM X¹)

Elles succèdent à des manifestations psychiques provoquées par l'effraction soudaine, imprévisible et subite, d'un événement traumatisant débordant les capacités de défense de l'individu.

Le facteur de stress doit être intense et/ou prolongé.

L'événement doit avoir été mémorisé.

La symptomatologie comporte des troubles anxieux de type phobique, des conduites d'évitement, un syndrome de répétition et des troubles du caractère. Traitée très précoce-ment, la névrose traumatisante guérit avec retour à l'état antérieur sans laisser de séquelles constitutives d'une incapacité permanente. L'appréciation d'une névrose traumatisante ne peut être envisagée qu'après environ deux ans d'évolution.

La détermination de l'incapacité permanente pourra se baser sur les propositions suivantes :

• Manifestations anxieuses discrètes spécifiques, quelques réminiscences pénibles, tension psychique	<u>jusqu'à 3 %</u>
• Manifestations anxieuses phobiques spécifiques avec conduites d'évitement et syndrome de répétition	<u>3 à 10 %</u>
• Anxiété phobique généralisée avec attaques de panique, conduites d'évitement étendues, syndrome de répétition diurne et nocturne	<u>10 à 15 %</u>
• Exceptionnellement	<u>jusqu'à 20 %</u>

¹ CIM : Classification internationale des troubles mentaux

II - TROUBLES DE L'HUMEUR PERSISTANTS

Dans les cas de lésions orthopédiques et somatiques multiples, dont l'évolution est longue et compliquée (brûlures étendues avec soins prolongés, lésions orthopédiques avec interventions chirurgicales itératives, ostéite...), il peut persister un état psychique permanent douloureux correspondant à un :

-
- *État dépressif résistant pouvant justifier un taux d'incapacité permanente, allant jusqu'à 20%*

Une réaction dépressive transitoire dans les suites d'un traumatisme psychique et/ou somatique ne constitue pas une incapacité permanente et peut être évaluée au titre des souffrances endurées.

III - TROUBLES PSYCHOTIQUES AIGUS OU CHRONIQUES

Les affections psychotiques ne sont jamais d'origine traumatique.

Certaines séquelles de lésions cérébrales ou d'hydrocéphalie à pression normale peuvent réaliser des syndromes déficitaires ou d'allure psychotique pris en charge au titre des séquelles neurologiques.

Lors de la survenue, dans les suites immédiates d'un fait traumatique, d'un état dépressif majeur ou d'un accès maniaque chez un sujet, avec un trouble bipolaire de l'humeur, la prise en charge de l'accès est légitime, mais non les suites évolutives de la pathologie. Certaines lésions temporales de l'hémisphère mineur peuvent réaliser des troubles pseudo-maniaques pris en charge au titre des séquelles neurologiques.

IV - ASPECTS PARTICULIERS

A. Troubles de conversion et somatoformes

Devant la difficulté à appréhender les troubles conversifs sans se référer à des théories étiopathogéniques non consensuelles, il est conseillé pour ce type de symptômes, de se reporter à la CIM X (F44) qui distingue : amnésie, fugue, stupeur, transe et possession, troubles de la motricité, de la sensibilité (syndrome douloureux somatoforme persistant, F 45. 4), troubles des organes des sens.

Avant de procéder à leur évaluation à titre de séquelles, il faut savoir pour de tels troubles :

- *qu'ils ne correspondent pas à la perte systématisée de la fonction touchée ;*
- *que leur psychogenèse est admise dans la mesure où ils peuvent survenir en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques ;*

- que la perte fonctionnelle aide la victime à éviter un conflit désagréable ou à exprimer indirectement une dépendance ou un ressentiment ;
- qu'ils sont associés à des éléments caractéristiques :
 - on note parfois une « belle indifférence », c'est-à-dire une attitude surprenante d'acceptation tranquille d'une incapacité grave ;
 - la personnalité de base est le plus souvent histrionique et dépendante ;
- que leur évolution est imprévisible (ils pourraient être induits ou levés par hypnose) :
 - ils s'améliorent habituellement en quelques semaines ou quelques mois, en particulier quand la survenue est associée à un événement traumatisant ;
 - l'évolution peut être plus prolongée (avec un début plus progressif) lorsqu'ils comportent des paralysies ou des anesthésies, lorsque leur survenue est associée à des problèmes ou à des difficultés interpersonnelles insolubles ;
- que les troubles de conversion ayant déjà évolué depuis plus d'un ou deux ans avant une consultation psychiatrique sont souvent résistants à tout traitement.

En tenant compte de tous ces éléments et en prenant un recul de deux à trois ans, il est possible de proposer dans certains cas un taux d'incapacité permanente qui ne peut se référer à aucune fourchette, compte tenu de la diversité des expressions cliniques.

Cette évaluation ne peut jamais atteindre le même taux que celui qui serait donné pour un tableau clinique similaire traduisant une lésion organique irréversible.

B. Troubles factices (F68.1 de la CIM X)

Production intentionnelle de symptômes dans le but de jouer le rôle du malade (pathomimie). De tels troubles ne sont jamais imputables à un fait traumatisant.

C. Simulation

Production intentionnelle de symptômes dans le but d'obtenir des avantages ou d'échapper à des obligations. De tels troubles ne sont jamais imputables à un fait traumatisant.

ophtalmologie

I - ACUITÉ VISUELLE

L'examen comportera la détermination séparée œil par œil des acuités centrales de loin et de près à l'aide des optotypes habituels : échelle de Monoyer ou ses équivalents en vision de loin, à 5 mètres; échelle de Parinaud à distance normale de lecture en vision de près. En cas de discordance entre les signes fonctionnels allégués et les constatations de l'examen clinique, la mesure de l'acuité visuelle sera complétée par des épreuves de contrôle et, le cas échéant, par l'étude des potentiels évoqués visuels (PEV).

Un trouble de la réfraction qui peut être entièrement corrigé par un moyen optique ne sera pas considéré comme une déficience oculaire génératrice d'incapacité.

Les taux d'incapacité sont fournis par le tableau I :

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/10	<1/20	Cécité
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
<1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Cécité	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

Tableau I. Vision de loin.

Il est admis que toute vision supérieure à 7/10 correspond à une efficience visuelle normale ; elle n'entraîne donc pas d'incapacité.

Il est nécessaire de préciser les altérations de l'acuité visuelle concernant, d'une part, la vision de loin et, d'autre part, la vision de près.

C'est pourquoi, au tableau I, qui évalue l'incapacité visuelle de loin, il faut adjoindre le tableau II, qui évalue l'incapacité visuelle de près (quantifiée à une distance normale de lecture – après correction éventuelle de la presbytie – avec le test de l'échelle de Parinaud).

L'utilisation du tableau II ne sera nécessaire que dans les rares cas d'importante dissociation entre les incapacités visuelles de loin et de près. Il conviendra alors de

prendre la moyenne arithmétique des deux incapacités pour obtenir un taux correspondant à une plus juste détermination de l'incapacité.

	P1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P 20	<P20	Cécité
P 1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P 2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P 3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35
P 4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	36	40	42
P 5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P 6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P 8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P 10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P 14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P 20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
<P 20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
Cécité	25	28	35	42	50	55	65	70	76	80	82	85

Tableau II. Vision de près.

A. La cécité et la grande malvoyance

-
- La cécité absolue ou cécité totale (ne distingue pas le jour de la nuit) 85 %
-

Le taux d'incapacité en cas de grande malvoyance découle de la baisse d'acuité visuelle (tableau I) et de l'atteinte du champ visuel (schéma 1 page 32).

B. La perte de la vision d'un œil

-
- Perte fonctionnelle d'un œil (si la vision de l'autre œil est normale) 25 %
-

En cas d'énucléation avec mise en place d'une prothèse oculaire, le taux d'incapacité permanente reste le même, car le port de la prothèse n'a pas pour but d'améliorer la fonction mais l'aspect esthétique (la mobilité et la qualité de l'appareillage sont appréciées dans le cadre du dommage esthétique).

II - CHAMP VISUEL

L'examen sera pratiqué à l'aide de la coupole de Goldmann ou équivalent. Seules les manifestations apparentes au test III/4 seront considérées comme entraînant un réel retentissement fonctionnel et donc constitutives d'incapacité. Le champ visuel doit être étudié binoculairement, les deux yeux ouverts. La superposition du tracé sur le schéma page suivante donne le taux d'incapacité.

En cas d'atteinte du champ visuel central, l'examen pourra être complété par un test d'Amsler ou équivalent, et l'incapacité appréciée comme mentionné pour les scotomes centraux et paracentraux.

Le schéma 1 donne le taux d'incapacité :

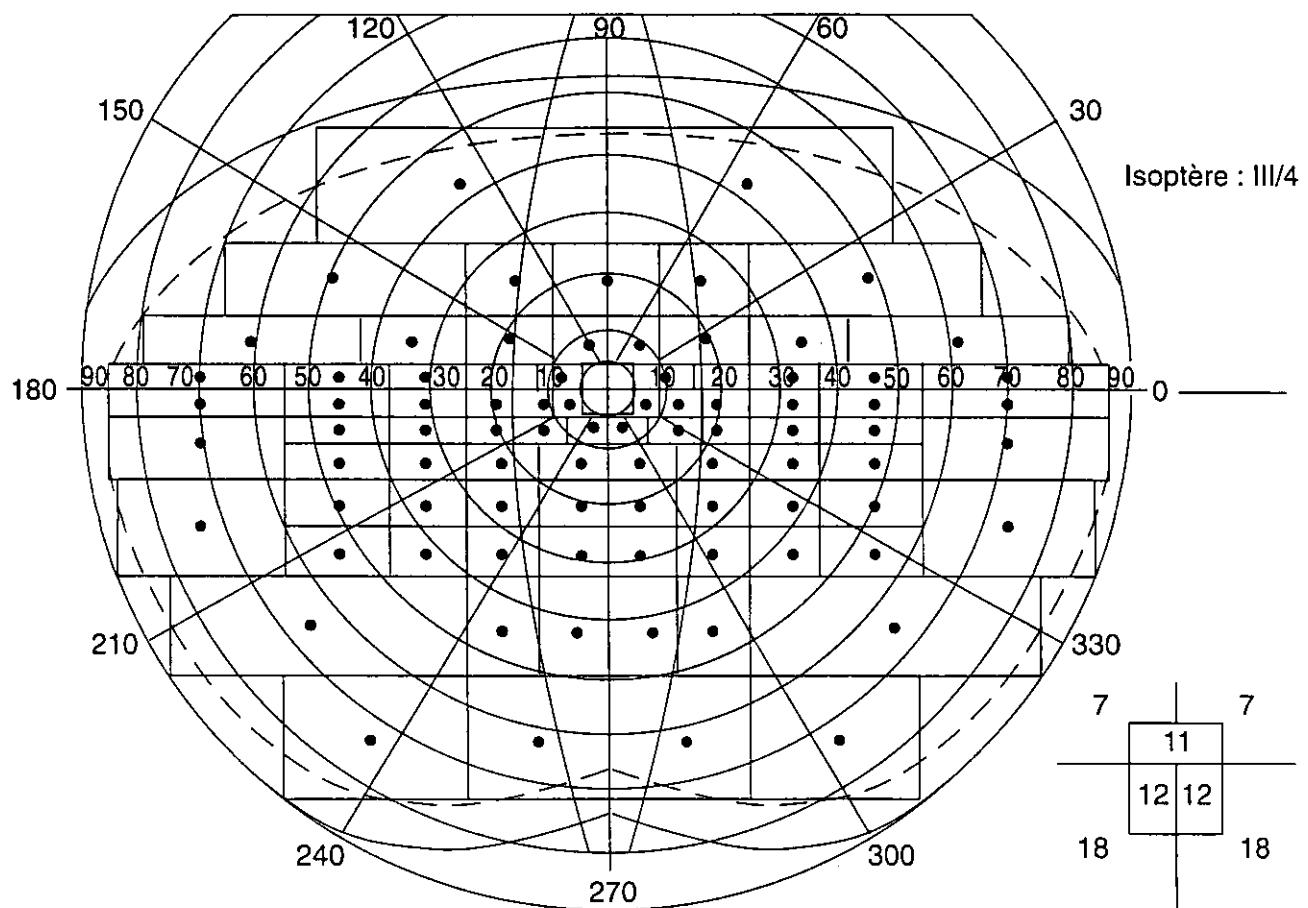


Schéma 1. Approche de l'évaluation du champ visuel (la ligne brisée représente la limite du champ visuel binoculaire normal pour l'isoptère III/4). Chaque point correspond à une lacune non perçue et à 1% d'IPP. On procède par addition de points. Le rectangle en marge correspond au champ central.

A. Hémianopsies

L'hémianopsie latérale homonyme entraîne une incapacité importante, bien supérieure à la perte de la vision d'un seul œil : le sujet perd réellement la moitié de son champ visuel, ce qui n'est pas le cas du borgne. Étudiée en vision binoculaire, elle justifie, suivant la valeur de l'épargne maculaire, des taux de 42 % et plus en cas de baisse d'acuité visuelle associée (alors que la cécité monoculaire ne dépasse pas 25 %).

● Hémianopsie latérale homonyme complète	
– avec épargne maculaire	42 %
– avec perte de la vision centrale : <i>si l'épargne maculaire est partielle, calculer le déficit de l'acuité centrale à l'aide du tableau I, puis la rapporter à la capacité visuelle restante post-hémianopsique (85 - 42 = 43 %), et l'ajouter au taux de 42 %</i>	
● Hémianopsie latérale homonyme incomplète	
– à évaluer en fonction du schéma 1	
– tenir compte de l'épargne maculaire partielle comme précédemment	
● Hémianopsie altitudinale	
– supérieure	jusqu'à 25 % (schéma 1)
– inférieure	jusqu'à 60 % (schéma 1)
● Double hémianopsie latérale complète ou bitemporale <i>(en fonction du schéma 1 et de la vision centrale)</i>	jusqu'à 85 %
● Les hémianopsies à type de négligence ont un champ visuel normal au périmètre. La réalité de la négligence visuelle et l'estimation de ses conséquences fonctionnelles seront appréciées avec le neurologue.	

B. Quadranopsies

● supérieure	jusqu'à 12 % (schéma 1)
● inférieure	jusqu'à 30 % (schéma 1)

C. Rétrécissements concentriques

En traumatologie, ils sont souvent le fait de manifestations anorganiques et ne justifient alors pas d'IPP.

Il est nécessaire d'utiliser de multiples épreuves de contrôle, et de confronter le tableau clinique à l'imagerie et à l'examen neurologique.

Il ne faut cependant pas méconnaître des rétrécissements campimétriques bilatéraux organiques résultant de doubles hémianopsies.

D. Scotomes centraux et paracentraux

- En cas de perte de la vision centrale : utiliser les tableaux I et II (acuité visuelle)
- Les scotomes paracentraux et juxtacentraux avec acuité visuelle conservée (*à apprécier en fonction de leur étendue, précisée à la grille d'Amsler en vision binoculaire, et de leur retentissement sur la lecture de près*)

– s'ils ne touchent qu'un œil	jusqu'à 5 %
– s'ils touchent les deux yeux	2 à 10%
● Les scotomes hémianopsiques latéraux homonymes des lésions occipitales gênant fortement la lecture, car situés au même endroit sur chaque œil	15%

III - TROUBLES DE L'OCULOMOTRICITÉ

A. Hétérophorie

L'incapacité ne sera appréciée qu'après rééducation orthoptique.

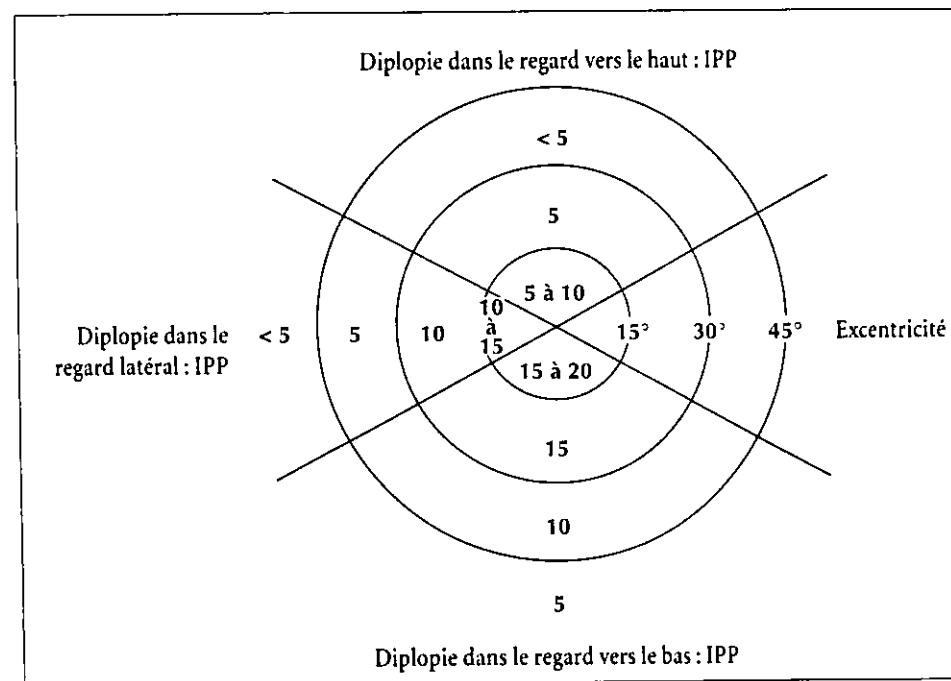
● Décompensation non réductible d'une hétérophorie, suivant la gêne	jusqu'à 5 %
● Paralysie complète de la convergence	5 %

B. Diplopie

En cas de paralysie oculomotrice, l'évaluation du déficit oculomoteur ne doit pas donner lieu à une appréciation définitive avant dix-huit mois.

En cas d'origine orbitaire, l'évaluation du déficit oculomoteur ne doit pas donner lieu à une appréciation définitive avant six mois après la fin des éventuels traitements chirurgicaux.

L'incapacité pour diplopie est fonction du secteur concerné, de l'excentricité du champ de diplopie par rapport à la position primaire du regard et du résultat fonctionnel obtenu avec éventuelle correction prismatique selon le schéma suivant :



**Schéma 2.
Diplopie**

L'étude des champs de diplopie et d'aplopie doit être effectuée sans manœuvre de dissociation ; par exemple, en demandant au sujet de fixer un objet et en notant le champ de vision double.

● Diplopie permanente dans les positions hautes du regard	2 à 10 %
● Diplopie permanente dans la partie inférieure du champ	5 à 20 %
● Diplopie permanente dans le champ latéral	2 à 15 %
● Diplopie dans toutes les positions du regard sans neutralisation et obligeant à occlure un œil en permanence	23 %

Le taux sera minoré en cas de diminution de la diplopie par une neutralisation constante de l'œil dévié ou de possibilité de correction prismatique.

C. Paralysies de fonction du regard

● paralysie vers le haut	3 à 5 %
● paralysie vers le bas	10 à 15 %
● paralysie latérale	8 à 12 %
● paralysie de la convergence	5 %

D. Déficiences de la motricité intrinsèque

● paralysie unilatérale de l'accommodation chez le sujet jeune	5 %
● mydriase aréactive	5 %
● aniridie totale	10 %
● myosis du syndrome de Claude Bernard-Horner complet : en cas de gène fonctionnelle	1 à 3 %

E. Atteinte des saccades et des poursuites

Elles ne donnent pas de véritables signes fonctionnels visuels, mais plutôt des sensations de déséquilibre, et seront appréciées avec l'oto-rhino-laryngologue.

IV - LÉSIONS CRISTALLINIENNES

L'œil aphaque, c'est-à-dire privé de son cristallin, ne peut retrouver une vision utilisable qu'après compensation par un équipement optique. L'incapacité est très variable suivant que cette compensation a été réalisée par lunettes, lentilles de contact ou implantation d'un cristallin artificiel.

L'évaluation du taux d'incapacité prendra donc en compte le mode d'équipement optique, l'uni- ou la bilatéralité, l'âge, la perte éventuelle d'acuité visuelle.

● Compensation optique assurée par un cristallin artificiel (pseudo-phakie)	5 %
<i>Chez l'enfant jusqu'à 16 ans, il sera porté à 7 % pour tenir compte du retentissement de la perte de l'accommodation sur la vision binoculaire.</i>	
<i>À ce taux de base résultant des seuls inconvénients de la pseudophakie, il convient d'ajouter éventuellement celui résultant de la perte d'acuité visuelle et des autres séquelles associées (larmoiement, photophobie,...).</i>	
● Si l'équipement optique est réalisé par lunettes ou lentilles de contact (aphakie)	
– aphakie unilatérale	
• si l'acuité de l'œil opéré est inférieure à celle de l'œil sain	10 %
• si l'acuité de l'œil opéré est supérieure à celle de l'œil sain	15 %
– aphakie bilatérale	20 %

À ce taux, il convient d'ajouter celui résultant de la perte éventuelle d'acuité visuelle et des autres séquelles associées, sans cependant pouvoir dépasser 25 % pour une lésion unilatérale.

V - ANNEXES DE L'ŒIL

● Larmoiement, ectropion, entropion	jusqu'à 5 %
● Oblitération des voies lacrymales	
– unilatérale	2 à 5 %
– bilatérale	4 à 10 %
● Cicatrices vicieuses (symblépharon, ankyloblépharon)	jusqu'à 5 %
● Ptosis (suivant le déficit campimétrique)	jusqu'à 10 %
● Blépharospasme	jusqu'à 5 %
● Alacrymie	
– unilatérale	2 à 5 %
– bilatérale	4 à 10 %
● Hypoesthésie ou anesthésie dans le territoire du nerf sous-orbitaire avec dysesthésie	3 à 5 %

VI - SÉQUELLES VISUELLES MULTIPLES

L'association de séquelles sensorielles ou oculomotrices n'est pas rare. L'évaluation du taux global de réduction fonctionnelle ne peut se satisfaire d'une simple addition arithmétique: après évaluation du taux d'incapacité résultant du déficit le plus important, le taux de la deuxième infirmité sera calculé par référence à la capacité visuelle restante, (étant bien entendu que la perte de toute capacité visuelle est de 85 %).

stomatologie

A. Perte de dents

• Édentation complète inappareillable	35 %
• Perte d'une incisive	1 %
• Perte d'une prémolaire ou dent de sagesse sur l'arcade	1 %
• Perte d'une canine ou molaire	1,5 %
<i>Ces taux seront diminués de moitié en cas de remplacement par prothèse mobile et des 2/3 en cas de remplacement par prothèse fixe.</i>	
• En cas de perte complète d'une dent remplacée par une prothèse implanto-portée	0 %
• Mortification pulpaire d'une dent	0,50 %

B. Dysfonctionnements mandibulaires

• Limitation permanente de l'ouverture buccale (mesurée entre le bord libre des incisives centrales)	
– limitée à 30 mm	5 %
– limitée à 20 mm	17 %
– limitée à 10 mm	25 %
• Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire	
– forme légère	
• unilatérale	3 %
• bilatérale	5 %
– forme sévère	5 à 10 %

C. Troubles de l'articulé dentaire post-traumatiques

• Au prorata de la perte de la capacité masticatoire	2 à 10 %
--	----------

D. Atteintes neurologiques sensitives

● Hypoesthésie ou anesthésie avec dysesthesies dans le territoire du nerf sus-orbitaire	jusqu'à 3 %
● Hypoesthésie ou anesthésie avec dysesthesies dans le territoire du nerf sous-orbitaire comprenant le déficit gingivo-dentaire	jusqu'à 5 %
● Hypoesthésie ou anesthésie avec dysesthesies dans le territoire du nerf alvéolaire inférieur avec incontinence labiale comprenant le déficit sensitif dentaire :	
– unilatérale	jusqu'à 5 %
– bilatérale	5 à 12 %
● Hypoesthésie ou anesthésie avec dysesthesies dans le territoire du nerf lingual	
– unilatérale	jusqu'à 5 %
– bilatérale	10 à 12 %

E. Atteintes neurologiques motrices

(voir également le chapitre ORL)

● Paralysie faciale (ne comprenant pas les complications ophtalmologiques)	
– unilatérale	5 à 15 %
– bilatérale	15 à 25 %

F. Communication bucco-sinusienne ou bucco-nasale

● Suivant le siège, la surface et la gêne fonctionnelles, y compris les conséquences sur la déglutition et le retentissement sur la qualité de la phonation	2 à 15 %
---	-----------------

G. Pathologie salivaire

● Fistule cutanée salivaire d'origine parotidienne	jusqu'à 15 %
● Syndrome de Frei (éphydrose per-prandiale latéro-faciale des régions pré-auriculaire et parotidienne)	6 à 8 %

oto-rhino-laryngologie

I - AUDITION ET OTOLOGIE

A. Déficit auditif

Sa détermination repose sur un bilan clinique complet et minutieux et sur un bilan para-clinique qui doit comporter au minimum une impédancemétrie complète (tympanométrie avec recherche du seuil des réflexes stapédiens), une audiométrie tonale subjective liminaire et une audiométrie vocale.

Si besoin est :

- la qualité du champ auditif au-delà du 8 000 hertz sera appréciée par l'audiométrie des hautes fréquences ;*
- la réalité du déficit pourra éventuellement être confirmée par des tests objectifs (oto-émissions acoustiques, potentiels évoqués auditifs précoces).*

Les hypoacusies post-traumatiques ne sont plus évolutives au-delà de 12 mois.

● Perte complète et bilatérale de l'audition	60 %
--	------

● Pertes partielles

L'évaluation doit se faire en deux temps.

- a. Évaluation de la perte auditive moyenne (PAM) par rapport au déficit tonal en conduction aérienne mesuré en décibels sur le 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hertz en affectant des coefficients de pondération respectivement de 2, 4, 3 et 1. La somme est divisée par 10. L'on se reporte au tableau ci-dessous, à double entrée, pour l'appréciation des taux.

Perte auditive moyenne en dB	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et +
0-19	0	2	4	6	8	10	12	14
20-29	2	4	6	8	10	12	14	18
20-39	4	6	8	10	12	15	20	25
40-49	6	8	10	12	15	20	25	30
50-59	8	10	12	15	20	25	30	35
60-69	10	12	15	20	25	30	40	45
70-79	12	14	20	25	30	40	50	55
80 et +	14	18	25	30	35	45	55	60

Il s'agit de taux indicatifs qui doivent être corrélés à un éventuel état antérieur et au vieillissement physiologique de l'audition.

- b. Confrontation de ce taux brut aux résultats d'une audiométrie vocale pour apprécier d'éventuelles distorsions auditives (recrutement en particulier) qui aggravent la gêne fonctionnelle.

Le tableau suivant propose les taux de majoration qui peuvent éventuellement être discutés par rapport aux résultats de l'audiométrie tonale liminaire :

% discrimination	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %	50 %
100 %	0	0	1	2	3	4
90 %	0	0	1	2	3	4
80 %	1	1	2	3	4	5
70 %	2	2	3	4	5	6
60 %	3	3	4	5	6	7
< 50 %	4	4	5	6	7	8

Si un appareillage auditif a été prescrit, l'expert doit décrire l'amélioration fonctionnelle obtenue. Celle-ci permet habituellement de réduire le taux d'incapacité d'au moins 25 %.

B. Lésions tympaniques

- Une perforation sèche isolée ne justifie aucune IPP spécifique en dehors de celle liée au déficit auditif.
- En cas d'otorrhée, un taux de 2 à 4 % peut être retenu en plus de celui entraîné par un déficit auditif.

C. Acouphènes et hypoacusies douloureuses

Les acouphènes ne sont pas systématiquement liés à une perte auditive. Leur intensité ressentie n'est pas dépendante de l'importance du déficit de l'audition.

Aucun test ne permet d'objectiver ce trouble. L'expert pourra cependant recourir à une acouphénométrie subjective et à des tests reconnus : questionnaire « DET » (mesure de DETresse psychologique), questionnaire « SEV » (échelle subjective de SEVérité).

Dans la plupart des cas, il se produit en 12 à 18 mois un phénomène d'habituation cérébrale. On peut alors proposer un taux allant jusqu'à 3 % (auquel s'ajoute l'éventuel taux retenu pour une perte de l'audition).

Lorsque le retentissement psycho-affectif est sévère, la détermination du taux d'incapacité doit se faire dans un cadre multidisciplinaire.

II - TROUBLES DE L'ÉQUILIBRATION

L'équilibration est une fonction plurimodale qui fait appel au système vestibulaire, au système visuel et au système proprioceptif. L'étiologie du trouble ne peut donc être affirmée d'emblée comme univoque.

Les troubles de l'équilibration font souvent partie des doléances exprimées après des traumatismes crâniens et/ou cervicaux.

L'expert doit procéder à un interrogatoire méthodique et à un examen clinique complet à la recherche notamment d'une hypotension orthostatique iatrogène.

La vidéonystagmographie est l'examen complémentaire de choix. D'introduction plus récente, l'Equitest permet une approche globale de la stratégie d'équilibration d'un sujet, il permet également de détecter la composante « anorganique » d'un trouble de l'équilibration.

L'exploration de l'équilibration est indissociable de celle de l'audition.

Dans certains cas, un avis neurologique ou ophtalmologique peut s'avérer nécessaire.

L'essentiel pour l'appréciation de la gêne fonctionnelle n'est pas la mise en évidence d'une lésion, mais la qualité de la stratégie de compensation développée par le sujet.

A. Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)

La guérison peut être obtenue par la manœuvre libératoire d'Alain Sémont (avec cependant 5 à 10 % de récidives dans l'année qui suit).

Il peut persister quelques sensations de « flottement » ou « d'instabilité ».

- | | |
|---|-------------|
| ● Selon l'importance des signes cliniques et des anomalies para-cliniques | jusqu'à 4 % |
|---|-------------|

B. Atteinte vestibulaire périphérique unilatérale

Le taux d'IPP ne peut dépendre uniquement de l'importance du déficit apparemment quantifiée par une seule épreuve calorique : aréflexie, hyporéflexivité simple ou syndrome irritatif canalaire. Ce n'est pas une lésion qui doit être évaluée, mais son retentissement fonctionnel.

Grâce à des explorations complémentaires rigoureuses, l'expert doit apprécier le niveau et la qualité de la compensation centrale de l'asymétrie vestibulaire et la fiabilité de la nouvelle stratégie d'équilibration adoptée par le sujet.

- | | |
|---|---------|
| ● Selon le résultat de ces explorations | 3 à 8 % |
|---|---------|

C. Atteinte vestibulaire destructive périphérique bilatérale

Elle est très rarement post-traumatique. Elle se rencontre le plus souvent à la suite de la prise de médicaments ototoxiques.

Le sujet ne dispose plus que de la vision et de la proprioception pour gérer son équilibre. Le résultat des nouvelles stratégies utilisées par le sujet sera apprécié par la qualité du nystagmus opto-cinétique et par l'Equitest.

● Selon le résultat de ces explorations	10 à 20 %
---	-----------

D. Atteinte déficitaire otolithique

● Lorsqu'elle est confirmée par la vidéonystagmographie et les potentiels évoqués otolithiques	3 à 5 %
--	---------

E. Syndrome vestibulaire central

Ce diagnostic doit impérativement être confirmé dans un cadre multidisciplinaire : oto-neuro-ophthalmologique.

Il ne peut être proposé de taux spécifique ORL.

F. Explorations complémentaires

Lorsque toutes les explorations complémentaires sont négatives, l'expert ORL doit rejeter tout taux d'IPP spécifique. La prise en compte des doléances d'instabilité doit se faire dans le cadre d'un éventuel syndrome post-commotionnel.

III - ATTEINTES DE LA MOTRICITÉ FACIALE

A. Paralysie faciale

L'expert peut s'aider de la classification en 6 grades de House et Brackmann pour évaluer le degré de l'atteinte.

● Unilatérale ; selon son degré	5 à 15 %
● Bilatérale (exceptionnelle) ; selon son degré	15 à 25 %

Les éventuelles complications ophtalmologiques sont à apprécier de façon complémentaire. L'évaluation du dommage esthétique fera l'objet d'une évaluation indépendante.

B. Hémispasme facial

-
- Non améliorable par la thérapeutique ; selon l'importance de la contracture et la fréquence des crises spastiques jusqu'à 10 %
-

IV - TROUBLES DE LA PHONATION

La phonation met en jeu plusieurs effecteurs : soufflet pulmonaire, vibrateur glottique, résonateurs supralaryngés.

L'appréciation doit être globale.

Les éventuels troubles associés de la déglutition et de la fonction respiratoire seront évalués séparément.

-
- Aphonie complète 25 %
 - Dysphonie partielle isolée jusqu'à 10 %
-

V - TROUBLES DE LA VENTILATION NASALE

L'évaluation sera fondée essentiellement sur l'interrogatoire et l'examen clinique en recherchant un éventuel état antérieur.

L'examen au miroir de Glaetzl n'apporte que des éléments très fragmentaires et incomplets. Seule une rhinomanométrie peut permettre une évaluation plus proche de la réalité.

A. Gêne respiratoire

-
- Unilatérale permanente (y compris l'éventuel retentissement sur l'odorat) ; suivant l'importance du retentissement nocturne jusqu'à 3 %
 - Bilatérale permanente ; suivant les mêmes critères jusqu'à 6 %
-

B. Perforation septale

Elle peut engendrer une gêne fonctionnelle indépendante des troubles respiratoires.

-
- En cas de persistance jusqu'à 3 %
-

C. Sinusite

Les sinusites post-traumatiques sont exceptionnelles.

-
- Selon l'uni-ou la bilatéralité jusqu'à 8 %
-

VI - TROUBLES DE L'OLFACTION

L'exploration de ce sens ne fait appel actuellement qu'à des tests subjectifs de perception et de reconnaissance d'odeurs.

Ces explorations doivent être effectuées sur chaque fosse nasale.

Un déficit de ce type peut, ou non, retentir sur le comportement alimentaire du sujet. Il s'associe parfois à la perte olfactive elle-même, des perceptions odoriférées sans stimuli extérieurs (parosmies) ressenties sur un mode désagréable en règle générale (cacosmies).

- | | |
|--|-------------|
| ● Anosmie totale (perte des fonctions d'alerte et d'agrément) ;
selon l'existence ou non d'un trouble du comportement alimentaire | 5 à 8 % |
| ● Hyposmie ; selon son intensité et son caractère uni- ou bilatéral | jusqu'à 3 % |

L'existence de parosmies peut justifier un taux spécifique supplémentaire de 2 %.

Le retentissement sur le goût ne s'ajoute pas aux taux proposés ci-dessus.

appareil locomoteur

PRÉHENSION

La fonction de préhension est assurée par les mains. La mobilité des autres segments des membres supérieurs a essentiellement pour effet de projeter le système de préhension dans l'espace entourant le corps. Les taux d'incapacité proposés pour la perte de mobilité de ces segments s'entendent donc comme traduisant une diminution des possibilités de projection d'une main valide.

Cependant, même si la main est peu ou pas valide, la mobilité volontaire du bras et de l'avant-bras n'est pas sans intérêt.

Bien qu'exigeant l'intégrité des deux membres supérieurs pour s'exercer dans sa plénitude, la capacité restante de préhension en cas de perte fonctionnelle d'un des deux membres supérieurs n'est pas négligeable, permettant le plus souvent une autonomie personnelle quasi complète dans les conditions de vie actuelles.

Compte tenu des progrès des techniques chirurgicales, les raideurs articulaires majeures de l'épaule, du coude ou du poignet sont de plus en plus rares. Les restrictions importantes de mobilité sont le plus souvent dues à des déficits neurologiques périphériques ou à des lésions d'origine inflammatoire et/ou articulaire dégénérative.

Même en l'absence de déficit articulaire ou musculaire, la fonction de préhension peut être plus ou moins gravement perturbée par des troubles de la coordination des mouvements. Il est rare que ces troubles soient isolés ; ils s'intègrent le plus souvent dans un ensemble de déficits neurologiques complexes et doivent être appréciés dans ce contexte (se reporter au chapitre « neurologie »).

L'évaluation précise du déficit fonctionnel de la main est particulièrement difficile, compte tenu de ses multiples composantes : mobilité des nombreuses articulations, force de mobilisation, sensibilité, trophicité des téguments. Plusieurs méthodes chiffrées ont été proposées pour apprécier la valeur fonctionnelle de la main à partir de tous ces éléments, en recherchant l'efficacité des différentes prises, des objets les plus fins aux objets les plus lourds et/ou les plus volumineux. En chiffrant précisément le pourcentage de diminution de la valeur fonctionnelle globale d'une main, elles peuvent être d'une aide précieuse pour proposer un taux d'incapacité à partir de celui retenu pour la perte fonctionnelle totale.

Dans les chapitres I et II, deux taux sont proposés, le plus élevé étant attribué au membre dominant. En cas d'atteinte bilatérale, l'évaluation devra se faire en référence à la perte totale de la fonction et non par addition des différents taux ou par application d'un coefficient prédéterminé de synergie

• Perte totale de la fonction de préhension	80 %
---	------

I - AMPUTATIONS

Dans l'état actuel de la pratique courante, les prothèses de substitution utilisées en cas d'amputation du bras ou de l'avant-bras ne pallient que très partiellement le déficit de la fonction de préhension. Elles n'influencent donc pas d'une manière significative le taux d'incapacité. Les prothèses mécaniques sont d'utilisation difficile et n'ont d'efficacité réelle que pour quelques gestes. Les prothèses myo-électriques offrent plus de possibilités, mais ne sont pas encore d'un usage courant.

	non dominant	dominant
● Désarticulation scapulo-thoracique	65 %	55 %
● Amputation ou perte totale de la fonction d'un membre supérieur	60 %	50 %
● Amputation du bras ; selon la qualité du moignon et la mobilité résiduelle de l'épaule	55 à 60 %	45 à 50 %
● Amputation de l'avant-bras ; selon la qualité du coude	45 à 55 %	35 à 45 %
● Amputation de la main ; en fonction de l'état du moignon et du coude	40 à 50 %	30 à 40 %

Concernant les amputations du pouce et des doigts, se reporter au chapitre III : « la main et les doigts »

II - SÉQUELLES ARTICULAIRES (hors main et doigts)

A. Épaule

	non dominant	dominant
● Perte totale de la mobilité de la gléno-humérale et de la scapulo-thoracique	30 %	25 %
● Limitation de l'élévation et de l'antépulsion à 60° fixée en rotation interne	25 %	20 %
● Élévation et antépulsion limitées à 85°	20 %	15 %
● Élévation antérieure, antépulsion entre 130° et 180°	jusqu'à 10 %	jusqu'à 8 %
● Déficit isolé de la rotation interne	6 à 8 %	4 à 6 %
● Déficit isolé de la rotation externe	3 à 5 %	1 à 3 %
● Épaule ballante	20 à 30 %	15 à 25 %

● Instabilité post-traumatique de l'épaule après discussion de l'imputabilité, étant donné l'existence d'instabilités constitutionnelles	jusqu'à 8 %	jusqu'à 5 %
--	-------------	-------------

● Prothèse articulaire

Du fait de la fiabilité des prothèses récentes, l'implantation d'une prothèse articulaire ne justifie pas en elle-même un taux d'IPP.

Son évaluation sera fondée sur le résultat fonctionnel de l'articulation après implantation.

B. Coude

Le secteur de mobilité utile de l'articulation du coude en flexion-extension est de 30 à 120°, prono-supination 0 à 45° de part et d'autre de la position neutre. L'évaluation des raideurs combinées du coude ne se fera pas par une addition des chiffres proposés mais par leur combinaison raisonnée.

	dominant	non dominant
● Arthrodèse autour de 90° en position de fonction		
– prono-supination conservée	20 %	15 %
– perte de la prono-supination	30 %	25 %
● Défaut d'extension hors secteur utile	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2 %
● Défaut de prono-supination hors secteur utile	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2 %
● Déficits de flexion-extension dans le secteur utile	3 à 10 %	2 à 8 %
● Raideur combinée prono-supination et flexion-extension	jusqu'à 20 %	jusqu'à 15 %
● Coude ballant		
– appareillable	15 à 20 %	10 à 15 %
– non appareillable	30 %	25 %

C. Poignet

La mobilité dans le secteur utile du poignet pour la flexion dorsale est de 0 à 45°, flexion palmaire 0 à 60°, prono-supination 0 à 45°, inclinaisons latérales présentes.

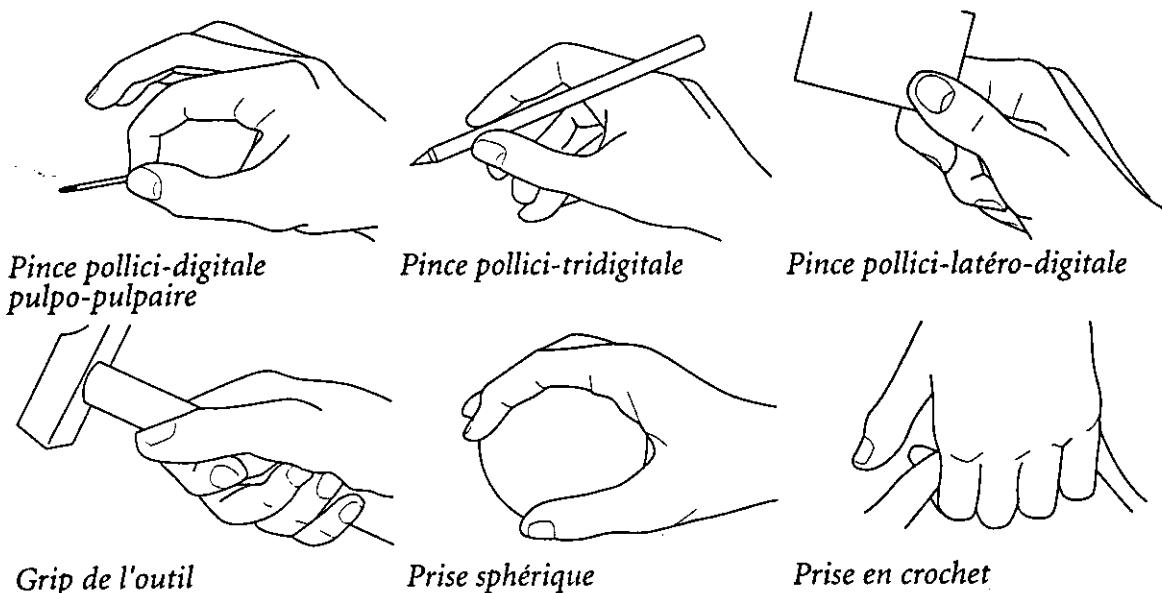
	dominant	non dominant
● Arthrodèse en position de fonction en légère extension		
– prono-supination normale dans le secteur utile	10 %	8 %
– pas de prono-supination	20 %	15 %
● Raideur flexion-extension hors secteur utile	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2 %
● Raideur combinée dans le secteur utile flexion-extension, inclinaison latérale et prono-supination	3 à 15 %	3 à 12 %

III - LA MAIN ET LES DOIGTS

La main est l'organe de la préhension. L'analyse séparée de la fonction de chacun de ses éléments constituants n'est pas suffisante, car il existe de multiples synergies fonctionnelles entre la main et les segments sus-jacents du membre supérieur, entre les doigts d'une main, et entre les différents segments d'une chaîne digitale. La main est de plus l'organe du toucher: la perte totale de la sensibilité peut entraîner quasiment la perte fonctionnelle du segment considéré.

L'examen de la main comporte nécessairement l'étude analytique des séquelles anatomofonctionnelles de chaque doigt, suivie de l'étude synthétique des principales prises par lesquelles s'effectue la fonction de préhension (opposition du pouce, enroulement des doigts, préhension fine, préhension forte, prise en crochet).

Les pinces et prises fondamentales



A. Atteintes motrices

Les taux ne doivent pas s'additionner.

	dominant	non dominant
● Perte totale du grip		
– fin	20 %	17 %
– grossier	15 %	12 %
● Perte de la prise sphérique	7 %	5 %
● Perte totale de la fonction de la main par amputation ou ankylose de toutes les articulations	40 à 50 %	30 à 40 %
● Raideur moyenne des articulations de la main	25 %	15 %

		non dominant	dominant
● Perte totale de la fonction d'un doigt par amputation ou ankylose de toutes les articulations			
– pouce			
colonne du pouce (2 phalanges et 1 ^{er} métacarpien)	20 %	15 %	
avec conservation métacarpienne	15 %	12 %	
– doigts longs			
index	7 %	5 %	
médius	8 %	6 %	
annulaire	6 %	4 %	
auriculaire	8 %	6 %	
– plusieurs doigts			
pouce et index	30 %	25 %	
pouce et médius	32 %	26 %	
pouce, index et médius	35 %	28 %	
– amputation des 4 derniers doigts, respect du pouce			
amputation transmétacarpienne	20 %	15 %	
avec conservation métacarpienne	15 %	12 %	
● Perte d'un segment de doigt			
– P3 du pouce	8 %	6 %	
– P3 de l'index ou de l'annulaire	3 %	2 %	
– P3 du médius ou de l'auriculaire	4 %	3 %	
– P2 + P3 de l'index ou de l'annulaire	4 %	3 %	
– P2 + P3 du médius ou de l'auriculaire	6 %	4 %	

B. Troubles de la sensibilité

Le défaut de sensibilité est d'autant plus gênant que l'activité manuelle est plus élaborée.

- **Sensibilité tactile thermo-algique de protection seule conservée** : perte de 50 % de la valeur fonctionnelle du doigt.

L'IPP retenue ne peut dépasser le niveau de la lésion totale incluant névrome, cicatrice dystrophique, trouble de la repousse de l'ongle.

- **Sensibilité discriminative médiocre** : perte de 10 à 20 % de la valeur fonctionnelle du doigt.

- **Anesthésie complète** : perte de la valeur fonctionnelle du doigt.

- **Réimplantation et transplantation digitales** : les bons résultats correspondent à une perte de 10 à 20 % de la valeur fonctionnelle du doigt, compte tenu de la persistance constante de douleurs et de l'hypersensibilité au froid.

Le taux est plus important lorsque s'ajoutent raideurs et déficits des sensibilités en fonction du résultat fonctionnel. Le taux ne peut pas être supérieur à celui de la perte digitale.

C. Raideurs articulaires

	non dominant	dominant
● Raideurs articulaires des quatre derniers doigts		
– métacarpo-phalangiennes : secteur de mobilité optimale, 20 à 80° pour II et III, 30 à 90° pour IV et V ; taux en fonction de la mobilité restante	jusqu'à 4 %	jusqu'à 3 %
– articulation P1-P2 : secteur de mobilité optimale, 20 à 80° pour II et III, 30 à 90° pour IV et V (gêne plus importante au niveau des deux derniers doigts)	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2 %
– articulation P2-P3	jusqu'à 2 %	jusqu'à 2 %
● Pouce		
– articulation trapézo-métacarpienne	jusqu'à 8 %	jusqu'à 6 %
– articulation métacarpo-phalangienne	jusqu'à 6 %	jusqu'à 4 %
– articulation interphalangienne	jusqu'à 2 %	jusqu'à 2 %
<i>Le taux est fonction de la qualité des pinces pollici-digitales.</i>		

IV - DÉFICITS SENSITIVO-MOTEURS

	non dominant	dominant
● Paralysie totale d'un membre supérieur par lésion majeure du plexus brachial y compris atteinte des stabilisateurs de l'omoplate	60 %	50 %
● Syndrome radiculaire supérieur : concerne les racines C5, C6. Il en résulte une paralysie du deltoïde (abduction, élévation du bras), du biceps brachial, du brachial antérieur et du brachio-radial (flexion et supination de l'avant-bras) et un déficit sensitif de l'épaule, de la face externe de l'avant-bras et du pouce	25 %	15 %
● Syndrome radiculaire moyen : intéresse la racine C7. Il en résulte une paralysie des extenseurs du coude (triceps brachial), du poignet et des doigts (extenseurs commun et propre). Le déficit sensitif est localisé à la face postérieure du bras et de l'avant-bras, à la face dorsale de la main et du médius	30 %	20 %
● Syndrome radiculaire inférieur : concerne les racines C8, Th1. Il en résulte une atteinte des muscles de la main (de type médio-ulnaire) et un déficit sensitif de la face médiale du bras et de l'avant-bras ainsi que du bord ulnaire de la main et des deux derniers doigts	45 %	35 %

	non dominant	dominant
● Paralysie du nerf radial		
– au-dessus de la branche tricipitale (avec perte de l'extension du coude)	40 %	30 %
– au-dessous de la branche tricipitale	30 %	20 %
– après transplantation tendineuse ; en fonction du résultat	15 à 20 %	10 à 15 %
● Paralysie du nerf ulnaire	20 %	15 %
● Paralysie du nerf médian		
– au bras	35 %	25 %
– au poignet	25 %	15 %
● Paralysie médio-ulnaire	40 à 45 %	30 à 35 %
● Paralysie du nerf circonflexe	15 %	10 %
● Paralysie du nerf musculo-cutané	10 %	8 %
● Paralysie du nerf spinal (déficit du trapèze et du sterno-cleïdo-mastoïdien, du soulèvement du moignon de l'épaule et de la rotation de la tête, élévation-abduction limitée à 85°)	10 à 15 %	8 à 12 %

LOCOMOTION

Dans l'état actuel des techniques médico-chirurgicales, les séquelles de lésions traumatiques des membres inférieurs n'aboutissent qu'exceptionnellement à un déficit complet, inappareillable de la fonction de locomotion. Le taux maximal conventionnel retenu pour un tel déficit est néanmoins un repère indispensable pour évaluer les déficits partiels de la fonction.

● Perte totale de la fonction de locomotion compensée uniquement par l'utilisation d'un fauteuil roulant	65 %
--	------

I - AMPUTATIONS

Les techniques d'appareillage ont fait d'importants progrès; mais tous les amputés ne peuvent en bénéficier.

La qualité du résultat fonctionnel est liée à la hauteur de l'amputation, à la qualité du moignon, à la tonicité musculaire, à l'âge, à l'état général, à la technicité de la réadaptation et au degré de motivation de l'amputé.

Dans les meilleurs cas, certains amputés peuvent récupérer des possibilités de déambulation très satisfaisantes. Mais la qualité du résultat fonctionnel ne doit pas masquer la réalité du handicap que représente en elle-même l'amputation.

Il est illusoire de proposer des taux précis dégressifs en fonction de l'efficacité de l'appareillage, car chaque cas est un cas particulier.

L'expert appréciera la qualité de l'appareillage et, en cas de résultat insatisfaisant, il pourra se référer au taux d'IPP relatif à l'amputation sus-jacente.

Il pourra faire la même démarche en cas de troubles trophiques du moignon.

Donc, le taux d'incapacité devra être apprécié en fonction de critères cliniques précis et d'arguments techniques adéquats que l'expert doit clairement exposer dans son rapport, et à partir des taux maximaux indicatifs suivants:

● Désarticulation de hanche	55 %
● Amputation haute de cuisse non appareillable ou avec absence d'appui ischiatique	55 %
● Amputation haute de cuisse bien appareillée ; selon la longueur du moignon	45 à 50 %

● Amputation de cuisse 1/3 moyen avec conservation épiphysaire distale	40 %
● Amputation de jambe 1/3 moyen bien appareillée, genou intact, sans trouble trophique	30 %
● Amputation de pied médiotarsienne ou équivalente péritalienne – sans équin et bon talon	25 %
– avec équin et mauvais talon	30 %
● Amputation transmétatarsienne ; selon les qualités d'appui du moignon	18 à 20 %
● Perte des 5 orteils	15 %
● Amputation de tous les orteils avec conservation du gros orteil ; selon appui métatarsien	8 à 12 %
● Amputation du gros orteil (perte de la propulsion) – au 1 ^{er} rayon	10 à 12 %
– perte de la tête de la 1 ^{re} phalange (perte de la propulsion rapide)	7 à 8 %

II - SÉQUELLES ARTICULAIRES

A. Bassin

Dans le cadre des séquelles des traumatismes du bassin, l'IPP sera fonction de l'éventuelle inégalité de longueur des membres inférieurs, de la modification de l'amplitude des mouvements des hanches, des troubles neurologiques et sphinctériens associés.

Les séquelles neurologiques avec troubles sphinctériens sont rares dans les fractures sacrées (se reporter à la partie consacrée au rachis p. 64).

a. Séquelles douloureuses de fractures extra-articulaires

● extrémités distales du sacrum et du coccyx : elles sont à différencier des anomalies congénitales avec intégrité des sacro-iliaques. – Séquelles douloureuses rebelles de la région sacrée	jusqu'à 5 %
● aile iliaque, branches ilio-pubiennes et ischio-pubiennes : ces fractures n'ont habituellement pas de retentissement sur la statique pelvienne ni sur la marche. Il est rare qu'elles laissent persister des douleurs ou une gêne fonctionnelle. – En cas de persistance de douleurs locales lors des mouvements d'abduction ou dans la position assise	jusqu'à 5 %

b. Séquelles douloureuses de fractures articulaires (cotyle exclu : se reporter au paragraphe « hanche »)

● Disjonctions pubiennes isolées :

– jusqu'à 4 cm jusqu'à 5 %

en cas de disjonction de plus de 4 cm, l'IPP est fonction des séquelles des lésions associées.

● Douleurs sacro-iliaques isolées

– en fonction des lésions ostéo-ligamentaires documentées 3 à 10 %

B. Hanche

La maîtrise des techniques d'implantation des prothèses de hanche et la qualité des matériaux, la constance d'une proportion très importante d'excellents résultats ont élargi suffisamment les indications de cette intervention pour que certains types de séquelles, telle « l'ankylose en position vicieuse », soient devenus exceptionnels.

Cependant, compte tenu de la durée de vie actuellement admise des prothèses (15 à 20 ans), de certains aléas de leur renouvellement, il est encore licite de retarder l'implantation d'une prothèse chez des sujets jeunes en attendant que douleurs et déficit fonctionnel deviennent difficilement supportables.

Il peut donc exister d'assez longues périodes pendant lesquelles l'état séquellaire n'est pas réellement stabilisé, les séquelles restant accessibles à une thérapeutique médicale qui peut les améliorer significativement. Ces situations se prêtent mal à la détermination d'un taux d'incapacité permanente.

Le résultat actuel de l'arthroplastie de hanche autorise une évaluation d'après le seul résultat fonctionnel de la hanche après implantation de la prothèse.

Hanche et secteur de mobilité utile: la flexion est le mouvement le plus important de la hanche. Pour marcher, il faut 30 à 45° de flexion. Pour se couper les ongles de pied, il faut 100° de flexion de hanche.

● Ankylose (c'est-à-dire raideur serrée sans fusion radiologique)	30 %
● Ankylose en attitude vicieuse	35 à 40 %
● Arthrodèse (c'est-à-dire fusion osseuse anatomique)	20 %
● Arthrodèse en attitude vicieuse	35 à 40 %
● Hanche ballante	40 %
● Limitation de la flexion, de l'abduction et de la rotation externe dans le secteur de mobilité utile de la hanche	8 à 15 %

● Raideur de hanche en attitude vicieuse : flexum, rotation interne adduction	20 à 25 %
● Raideur avec conservation uniquement de la flexion de hanche	15 %
● Limitation minime des amplitudes articulaires ; selon le secteur de mobilité atteint	jusqu'à 8 %

C. Les cals vicieux du fémur

- Un cal vicieux en valgus et rotation externe est bien toléré.
- Un cal vicieux en varus et rotation interne ou associant de grandes déformations est mal toléré.

Pour procéder à la détermination du taux d'IPP, il faudra tenir compte des déformations articulaires et de la bascule du bassin (à vérifier et à quantifier)

● Lorsqu'il existe un raccourcissement	
– jusqu'à 10 mm compensé par une talonnette	pas d'incapacité
– entre 10 et 50 mm	jusqu'à 8 %
– au-delà de 50 mm	supérieur à 8 %

D- Genou

Pour monter les escaliers, il faut au minimum 90° de flexion ; pour les descendre il faut au minimum 105° de flexion ; pour conduire, il faut au minimum 30° de flexion ; pour être assis de manière confortable, il faut au minimum 60° de flexion.

● Ankylose (raideur serrée sans fusion radiologique)	25 à 30 %
● Arthrodèse (fusion osseuse anatomique)	25 %
● Limitation de la flexion du genou avec conservation de l'extension ; flexion possible	
– de 0 à 30°	20 %
– de 0 à 60°	15 %
– de 0 à 90°	10 %
– de 0 à 110°	5 à 8 %
– au-dessus	jusqu'à 5 %
● Flexum (déficit d'extension isolée) actif ou passif	
– de 0 à 10°	jusqu'à 5 %
– de 10 à 20°	5 à 10 %

● Laxité antérieure isolée	
– avec ressaut antéro-externe typique reproduisant la gêne alléguée	5 à 10 %
– sans ressaut	jusqu'à 5 %
● Laxité postérieure isolée bien tolérée	jusqu'à 5 %
● Laxité chronique mixte périphérique et antéro-postérieure	5 à 15 %
● Laxité chronique grave à la limite de l'arthrodèse	20 %

● Genou ballant appareillé y compris le raccourcissement (par exemple, après ablation de prothèse)	30 %
---	------

● **Genou instable.** Il faut tenir compte de l'épanchement, de l'amyotrophie, des laxités périphériques en extension.

L'état fonctionnel du genou est évalué qu'il ait été opéré ou non (ligamentoplastie ou ostéotomie ou arthroplastie).

● **La rotule et les syndromes rotulien**s

La pathologie post-traumatique de la rotule doit être différenciée de celle de la dysplasie congénitale de l'appareil extenseur (luxation récidivante de la rotule).

Par ailleurs, la classification arthroscopique des chondropathies n'est pas superposable à la classification radiologique de l'arthrose.

Les luxations vraies traumatiques sont rares; l'IPP est à évaluer selon les capacités résiduelles du genou.

Le syndrome rotulien ou fémoro-patellaire se définit par une douleur antérieure avec instabilité survenant à la descente des escaliers et par une douleur à la position assise prolongée: le signe de Smillie reproduit la gêne alléguée.

– post-contusif	jusqu'à 3 %
– après fracture de rotule (fracture ostéochondrale exceptée)	jusqu'à 8 %
● Rupture de l'appareil extenseur, lésion du tendon rotulien ou du tendon quadricipital ou de leurs insertions ; l'évaluation de l'IPP sera fonction du flexum actif persistant	jusqu'à 8 %

- La présence d'une prothèse n'est pas génératrice à elle seule d'une incapacité permanente partielle.
- Le plus souvent, la laxité latérale s'inscrit dans une symptomatologie globale de la fonction articulaire du genou. Lorsqu'elle est strictement isolée, elle est peu génératrice de troubles et, à ce titre, ne justifie pas en elle-même de taux d'IPP.
- Les déviations axiales (*genu varum*, *genu valgum*) ne sont pas en elles mêmes génératrices d'un taux d'incapacité: elles sont à intégrer dans l'évaluation globale de la fonction articulaire du genou.

D. Cheville

● Arthrodèse (fusion osseuse anatomique)	
– tibio-talienne (en bonne position)	10 à 12 %
– arthrodèse tibio-talienne, médio-talienne et sous-talienne associées	20 %
● Ankylose (raideur serrée sans fusion radiologique) tibio-talienne	10 à 15 %
● Perte de la flexion dorsale isolée mesurée genou fléchi	jusqu'à 5 %
● Équinisme résiduel post-traumatique	
– moins de 2 cm	5 %
– 2 cm et plus avec médio-tarsienne normale	5 à 10 %
– de plus de 2 cm avec une mobilité de la médio-tarsienne réduite	10 %
– de plus de 2 cm sans mobilité de la médio-tarsienne	15 %
– nécessitant un appareillage autre que la talonnette	supérieur à 12 %

E. Pied

Compte tenu de la complexité anatomique de la région et de la difficulté à analyser les différents segments fonctionnels, l'expert devra procéder à une évaluation globale en fonction des taux ci-dessous en tenant compte également de la douleur, de la stabilité du pied, des troubles circulatoires et trophiques, de la nécessité d'utiliser une ou deux cannes, des troubles des empreintes plantaires à l'appui.

● Hallux rigidus post-traumatique	4 %
● Modifications des appuis plantaires:	
– avec hyperkératose et déformations des orteils	3 à 10 %
– sans hyperkératose	3 %
● Ankylose de la sous-talienne et de la médio-tarsienne en bonne position	10 à 15 %

● Arthrodèse de la sous-taliennes, en bonne position	8 à 10 %
● Articulation tarso-métatarsienne (Lisfranc)	
– ankylose	8 à 15 %
– arthrodèse	8 à 12 %
● Laxité du cou de pied	
– séquelle « d'entorse » bénigne	0 à 3 %
– laxité chronique post-traumatique de la cheville (documentée)	3 à 6 %

III - ATTEINTES RADICULAIRES

● Paralysie sciatique totale	
– forme haute tronculaire avec paralysie des fessiers (boiterie de Tredelenbourg)	40 à 45 %
<i>Prévoir une réduction de 5 à 10 % selon la qualité de la compensation</i>	
– forme basse sous le genou, non appareillée	35 %
● Paralysie du nerf sciatique poplité externe (nerf fibulaire)	
– totale (releveurs et valgisants)	20 %
– compensée par appareillage ou interventions chirurgicales ; selon le résultat	10 à 15 %
● Paralysie totale du nerf sciatique poplité interne (nerf tibial)	20 %
● Paralysie fémorale (nerf crural)	
– totale	35 %
– appareillée ou partielle	jusqu'à 20 %
● Paralysie du nerf fémoro-cutané (ou mérâlgie)	inférieur à 5 %
● Paralysie du nerf obturateur	5 %

RACHIS

Les séquelles douloureuses des traumatismes vertébraux cervico-thoraco-lombaires ont en commun de ne pas être toujours proportionnelles à l'importance des lésions disco-costéoligamentaires initiales, de se greffer souvent sur un état antérieur arthrosique latent ou patent du rachis, d'avoir fait l'objet de nombreuses tentatives thérapeutiques.

Pour permettre une bonne évaluation des séquelles, il est impératif que l'expert associe systématiquement un examen neurologique à son examen locomoteur. Il complétera cet examen en prenant connaissance des données des examens complémentaires pratiqués, principalement l'imagerie.

En ce qui concerne le rachis préalablement arthrosique, seule une modification organique du processus évolutif autorise sa prise en compte dans l'évaluation de l'IPP.

I - RACHIS CERVICAL

A. Sans complication neurologique

Plusieurs éventualités peuvent schématiquement être distinguées :

- | | | |
|--|--|-------------|
| ● Sans lésion osseuse ou disco-ligamentaire initiale documentée | <ul style="list-style-type: none">– douleurs intermittentes déclenchées par des causes précises, toujours les mêmes, nécessitant à la demande la prise de médicaments antalgiques et/ou anti-inflammatoires, avec diminution minime de l'amplitude des mouvements actifs | jusqu'à 3 % |
| ● Avec lésions osseuses ou disco-ligamentaires initiales documentées | <ul style="list-style-type: none">– Douleurs fréquentes avec limitation cliniquement objectivable de l'amplitude des mouvements, contrainte thérapeutique réelle mais intermittente– Douleurs très fréquentes avec gêne fonctionnelle permanente requérant des précautions lors de tous mouvements, sensations vertigineuses fréquentes et céphalées postérieures associées, raideur importante de la nuque | 3 à 10 % |
| | | 10 à 15 % |

B. Avec complications neurologiques ou vasculaires

Les séquelles étant essentiellement neurologiques, se reporter au chapitre concerné.

II - RACHIS THORACO-LOMBAIRE ET LOMBAIRE

A. Sans séquelle neurologique (syndrome rachidien)

-
- Douleurs déclenchées de façon intermittente par des causes précises, nécessitant à la demande une thérapeutique appropriée, imposant la suppression d'efforts importants et/ou prolongés, associées à une discrète raideur segmentaire active jusqu'à 3 %
 - Raideur active et gêne douloureuse pour tous les mouvements, en toutes positions nécessitant une thérapeutique régulière 5 à 10 %
 - Gêne permanente avec douleurs inter-scapulaires, troubles de la statique, dos creux, perte de la cyphose thoracique radiologique, contraintes thérapeutiques 10 à 20 %
-

B. Avec complications neurologiques médullaires ou radiculaires déficitaires

- Se reporter au chapitre « neurologie ».

appareil cardio-vasculaire

Quelles que soient la nature et l'origine de la lésion cardio-vasculaire, l'évaluation du déficit imputable doit se baser d'abord sur les manifestations fonctionnelles dont il est possible de graduer l'importance en se référant à la classification NYHA (New York Heart Association).

Ce bilan fonctionnel sera validé par un examen clinique et l'analyse de l'ensemble des examens paracliniques déjà pratiqués (ECG, échographie transthoracique voire transœsophagienne, Holter, Doppler, épreuve d'effort, cathétérisme, angiographie...) ou que l'expert pourra demander ou réaliser s'ils ne sont pas invasifs.

Il conviendra de tenir compte également de la contrainte thérapeutique et de la surveillance qu'elle impose.

I - SÉQUELLES CARDIOLOGIQUES

● Pas de limitation fonctionnelle. Bonne tolérance à l'effort. Aucun signe de dysfonction myocardique ou d'ischémie à l'effort	jusqu'à 5 %
● Idem, avec contraintes thérapeutiques et surveillance	5 à 8 %
● Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts substantiels (sport). Aucun signe de dysfonction ou d'ischémie myocardique. Contrainte thérapeutique, surveillance cardiological régulière	8 à 15 %
● Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts patents. Signes de dysfonction myocardique (échodoppler, cathétérisme,...). Contrainte thérapeutique, surveillance cardiological rapprochée	15 à 25 %

● Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts ordinaires (2 étages) (classe fonctionnelle II), confirmée par l'ECG d'effort ou l'existence de signes de dysfonction myocardique. Contre-indication des efforts physiquement contraignants et contrainte thérapeutique avec surveillance cardiolologique rapprochée	25 à 35 %
● Limitation fonctionnelle entravant l'activité ordinaire (marche rapide : classe fonctionnelle II + ou III), altération franche des paramètres échographiques ou échodoppler. Intolérance à l'effort avec anomalies à l'ECG d'effort	35 à 40 %
● Idem, avec contrainte thérapeutique importante (quadri-ou penta-thérapie) et/ou troubles du rythme symptomatiques et documentés	40 à 50 %
● Limitation fonctionnelle pour les efforts modestes (classes fonctionnelles III et III +) associée à des manifestations d'incompétence myocardique (œdème pulmonaire) ou à des complications vasculaires périphériques ou à des troubles du rythme complexes avec contrainte thérapeutique lourde et surveillance étroite	50 à 60 %
● Symptomatologie fonctionnelle majeure même au repos (classe fonctionnelle IV) confirmée par les données cliniques (déshabillage, examen clinique) et paracliniques. Contrainte thérapeutique majeure, hospitalisations fréquentes	60 % et plus

Les taux supérieurs à 60 % sont exceptionnels en cardiologie et résultent de complications notamment neuro-vasculaires.

Transplant

L'éventualité d'un transplant prend en compte la contrainte thérapeutique lourde et la surveillance particulièrement étroite de ces patients.

Selon le résultat fonctionnel et la tolérance aux immuno-supresseurs 25 à 30 %

II - SÉQUELLES VASCULAIRES

A. Séquelles artérielles

Les principes d'évaluation des séquelles sont identiques à ceux exposés au chapitre des séquelles cardiaques prenant pour référence fonctionnelle le degré de claudication. Pour les amputations, se reporter au chapitre « appareil locomoteur. »

B. Séquelles veineuses

Il s'agit de séquelles objectives de phlébite indiscutable et imputable qui doivent être appréciées en prenant en compte un éventuel état antérieur.

● **Sensation de jambe lourde**, pas de restriction de l'activité, œdème allégué en fin de journée. Pas de troubles trophiques objectifs **jusqu'à 3 %**

● **Gêne à la marche prolongée**. Œdème permanent mesurable nécessitant de façon définitive le port d'un bas de contention.
Dermite ocre **4 à 10 %**

● Idem avec **ulcères récidivants** et contrainte thérapeutique (traitement anticoagulant, filtre cave,...) **10 à 15 %**

En cas de séquelles permanentes et objectives d'embolie pulmonaire (scintigraphie pulmonaire de perfusion-ventilation, HTAP), prendre en considération l'impact sur la fonction respiratoire.

III - LES PROTHÈSES

Les taux proposés en cas de prothèse vasculaire, valvulaire ou d'endoprothèse (stent,...) doivent ressortir de la même analyse, la prothèse n'étant pas, par elle-même, motif à augmentation du taux.

Il en va de même de l'éventualité d'un stimulateur ou d'un défibrillateur automatique implantable.

IV - SÉQUELLES PARIÉTALES

● Séquelles pariétales douloureuses persistantes (thoracotomie, sternotomie) **0 à 5 %**

appareil respiratoire

Qu'il s'agisse de séquelles de traumatismes thoraciques (fractures pluricostales, épanchements pleuraux, lésions diaphragmatiques, exérèses pulmonaires), d'atteinte de la trachée (sténose), d'atteinte broncho-pulmonaire (asthme, BPCO, emphysème, fibrose pulmonaire) ou d'atteinte tumorale (cancer bronchopulmonaire, mésothéliome,...), l'évaluation de l'incapacité permanente doit se baser sur l'importance de l'insuffisance respiratoire.

L'insuffisance respiratoire s'évalue d'après :

- *l'importance de la dyspnée qu'il est possible de graduer en se référant à l'échelle des dyspnées de Sadoul;*
- *l'examen clinique;*
- *l'analyse des différents examens paracliniques déjà pratiqués (imagerie, endoscopie, gazométrie,...) ou que l'expert pourra demander ou réaliser s'ils ne sont pas invasifs (VEMS/CV, DEM, CPT, CV, TlCO/V_A, Sa O₂,...').*

L'existence de douleurs thoraciques invalidantes sera prise en compte en modulant les taux proposés.

I - INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE

L'évaluation devra toujours tenir compte de l'état préexistant de la fonction respiratoire.

En cas de discordance entre les plaintes respiratoires et les paramètres fonctionnels de repos normaux, un test de marche de 6 minutes peut être effectué et/ou une épreuve d'effort (avec VO₂ max) en l'absence de contre-indication.

• Dyspnée pour des efforts importants avec altération mineure d'une des épreuves fonctionnelles	2 à 5 %
• Dyspnée à la montée d'un étage, à la marche rapide ou en légère pente avec: <ul style="list-style-type: none">– soit CV ou CPT entre 70 et 80 %– soit VEMS entre 70 et 80 %– soit TlCO/V_A entre 60 et 70 %	5 à 15 %

● Dyspnée à la marche normale à plat avec:	
– soit CV ou CPT entre 60 et 70 %	
– soit VEMS entre 60 et 70 %	
– soit T_{lCO}/V_A inférieur à 60 %	15 à 30 %
● Dyspnée à la marche sur terrain plat à son propre rythme avec:	
– soit CV ou CPT entre 50 et 60 %	
– soit VEMS entre 40 et 60 %	
– soit hypoxémie de repos ($Pa O_2$) entre 60 et 70 mmHg	30 à 50 %
● Dyspnée au moindre effort (déshabillage) avec	
– soit CV ou CPT inférieure à 50 %	
– soit VEMS inférieur à 40 %	
– soit hypoxémie inférieure à 60 mmHg associée ou non à un trouble de la capnie ($Pa CO_2$), avec éventuelle contrainte d'une oxygénothérapie de longue durée (>16 h/jour) ou d'une trachéotomie ou d'une assistance ventilatoire intermittente	50 % et plus

II - ASTHME

L'asthme peut entraîner un handicap, alors que la fonction respiratoire intercritique reste normale. Il s'agit d'asthme intermittent:

● Ne nécessitant pas de traitement de fond	jusqu'à 5 %
● Nécessitant un traitement de fond	5 à 10 %

En cas d'anomalie permanente des EFR, on se reportera à l'évaluation de l'insuffisance respiratoire.

III - SÉQUELLES PARIÉTALES

● Séquelles douloureuses persistantes de thoracotomie	jusqu'à 5 %
---	-------------

1. CV: capacité vitale

CPT: capacité pulmonaire totale

$Pa O_2$: pression partielle d'oxygène dans le sang artériel

$Pa CO_2$: pression partielle de gaz carbonique dans le sang artériel

VEMS : volume expiratoire maximal par seconde

$Sa O_2$: saturation en oxygène de l'hémoglobine du sang artériel

DEM: débits expiratoires maximaux

T_{lCO}/V_A : mesure de la capacité de transfert de monoxyde de carbone par rapport au volume alvéolaire

hépato-gastro-entérologie

Ce n'est qu'au terme d'un examen médical comportant un interrogatoire détaillé, un examen clinique complet et une étude méthodique des résultats des différentes explorations paracliniques (radiographies, endoscopies, échographies, bilans biologiques,...) que l'expert peut juger du retentissement sur la fonction digestive d'une lésion traumatique, d'une infection ou d'une agression toxique et en évaluer l'importance.

I - LÉSIONS PARIÉTALES

A. Calcifications cicatricielles (os de seiche)

jusqu'à 5 %

B. Éventrations

En cas d'inaccessibilité à une thérapeutique chirurgicale communément admise:

• Éventration de petite taille, responsable de quelques douleurs sans répercussion sur la fonction digestive

jusqu'à 5 %

• Éventration de taille plus importante entraînant douleurs et troubles du transit (parfois phénomènes subocclusifs), nécessitant le port d'un appareillage, selon la taille et l'importance des troubles

5 à 20 %

Il est exceptionnel de rencontrer, dans le cadre de l'évaluation médico-légale, des éventrations majeures avec retentissement respiratoire et viscéral pouvant justifier des taux supérieurs à 20 %.

II - TROUBLES COMMUNS AUX DIFFÉRENTES ATTEINTES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Bien que chaque étage de l'appareil digestif (œsophage, estomac, foie, vésicule biliaire, pancréas, intestin) possède une symptomatologie spécifique, l'expert se fondera, pour évaluer le taux d'incapacité, sur l'importance et l'association des troubles (douleurs, dysphagies, nausées, vomissements, flatulences, constipation, diarrhée), sur les contraintes qu'ils imposent et sur leur retentissement sur l'état général.

● Sans contrainte diététique ou thérapeutique permanente	jusqu'à 5 %
● Nécessitant un suivi médical irrégulier, un traitement intermittent, des précautions diététiques, sans retentissement sur l'état général	5 à 10 %
● Nécessitant un suivi médical régulier, un traitement quasi permanent, une contrainte diététique stricte avec incidence sociale	10 à 20 %
● Nécessitant un suivi médical fréquent, un traitement constant, une contrainte diététique stricte avec retentissement sur l'état général	20 à 30 %

III - STOMIES CUTANÉES

● Colostomies gauches	10 à 20 %
● Colostomies droites, iléostomies, gastrostomies	20 à 30 %

IV - INCONTINENCES

● Aux gaz avec conservation d'une continence aux matières	5 à 10 %
● Avec fuites inopinées, conservation d'un contrôle sphinctérien	10 à 15 %
● Sans possibilité de contrôle sphinctérien	20 à 30 %

V - HÉPATITES VIRALES

A. Aiguës

Quel que soit le virus en cause, elles guérissent habituellement sans séquelles, y compris les formes prolongées.

Les formes fulminantes entraînent la mort dans 90 % des cas. Cette incidence ne peut être réduite que par une transplantation hépatique (se reporter au paragraphe VII).

B. Chroniques

Qu'elles soient dues au virus B (avec ou sans association avec le virus Delta) ou au virus C, elles ont pour risque commun la possibilité d'évolution vers la cirrhose au terme d'un délai très variable (de moins de 10 ans à 40 ans).

L'évaluation s'appuiera sur 3 ordres de constatations:

- **Les constatations sérologiques et histologiques permettant d'apprécier l'importance des risques et la vitesse d'évolution vers la cirrhose**

– pour l'hépatite B

- taux sérique de DNA viral
- existence d'un antigène HBe

– pour l'hépatite C

- importance de la charge virale en ARNC
- génotype du virus

– pour les deux formes

- les données du score de métavir, apprécié par la biopsie hépatique (ce score est plus précis que le score de Knödell dans la mesure où il permet de différencier précisément le degré de fibrose)

- **Les constatations cliniques et les manifestations fonctionnelles**

- **Les possibilités et les résultats du traitement médical**

Si un traitement a été appliqué, l'évaluation doit se faire au moins 6 mois après l'arrêt du traitement, quelle qu'en ait été la durée.

La réponse soutenue au traitement est caractérisée par la normalisation de la biologie (ALAT) et la non-détection de l'ARNC sérique.

Trois possibilités :

- réponse soutenue au traitement ;
- patient répondeur au traitement mais rechuteur ;
- patient non répondeur.

- **Avant le stade de la cirrhose**

– score métavir égal ou inférieur à A1 F1 jusqu'à 5 %

– score métavir supérieur à A1 F1, inférieur à F4 5 à 10 %

– score métavir égal ou supérieur à F4: *l'évolution est celle de la cirrhose*

Certaines complications peuvent justifier un taux supplémentaire:

– arthromyalgies jusqu'à 10 %

– neuropathies périphériques voir chapitre « neurologie »

– vascularite 10 à 50 %

- **Au stade de cirrhose**

Les taux se basent sur la classification de Child :

– classe 1 : bonne fonction hépatique Child A	de 10 à 20 %
– classe 2 : altération modérée de la fonction hépatique Child B	20 à 40 %
– classe 3 : insuffisance hépatique avancée Child C	60 % et plus

VI - HÉPATITES D'AUTRES ORIGINES

En cas de passage à la chronicité, l'évaluation se fera en fonction des troubles cliniques et histologiques (voir ci-dessus).

VII - TRANSPLANT

- En prenant en compte la contrainte thérapeutique lourde, la nécessité d'une surveillance médicale étroite, la tolérance au traitement 60 % et plus

Pour les transplantations à la suite d'une hépatite B ou C, le risque doit être apprécié de façon différente, compte tenu des récidives (25 % pour l'hépatite B ; plus de 90 % pour l'hépatite C)

endocrinologie métabolisme

En droit commun, l'évaluation médico-légale d'un dommage corporel uniquement constitué par un déficit endocrinien est une éventualité rare. Elle se heurte souvent à des problèmes difficiles d'imputabilité, compte tenu de l'existence possible, préalablement au fait incriminé, de déficits biologiques ignorés dont ce fait a précipité l'évolution.

I - HYPOPHYSE

Les hypopithuitarismes persistants sont une complication rare des traumatismes crâniens graves (de l'ordre de 1 %). Ces déficits ne sont pratiquement jamais isolés, s'inscrivant dans un tableau séquellaire complexe.

- | | |
|--|-----------|
| ● Panhypopithuitarisme (antérieur et postérieur) nécessitant un traitement substitutif et une surveillance clinique et biologique contraignante ; selon l'efficacité du traitement | 25 à 40 % |
| ● Hypopithuitarisme postérieur : diabète insipide bien contrôlé par un traitement adéquat ; selon l'efficacité du traitement substitutif | 5 à 15 % |

II - THYROÏDE

A. Hyperthyroïdie (maladie de Basedow)

L'évaluation définitive ne pourra être faite qu'après traitement adapté (antithyroïdiens de synthèse pendant 18 mois, chirurgie, iode radioactif...).

- | | |
|--|-----------|
| ● S'il persiste des signes cliniques de dysfonctionnement thyroïdien et selon le retentissement sur les autres appareils | 10 à 30 % |
|--|-----------|

B. Hypothyroïdie

En dehors des hypothyroïdies idiopathiques, une hypothyroïdie peut survenir après traitement d'une hyperthyroïdie par chirurgie ou iode radioactif.

- | | |
|--|-----|
| ● Si bien équilibrée par un traitement substitutif | 5 % |
|--|-----|

III - PARATHYROÏDE

Il s'agit essentiellement d'hypoparathyroïdie qui peut se rencontrer après une thyroïdectomie.

• Selon la difficulté d'équilibrer l'hypocalcémie	5 à 15 %
---	----------

IV - SURRÉNALES

Une insuffisance surrénale iatrogène, secondaire à un traitement corticothérapique (parfois intempestif), peut apparaître lors du sevrage. L'insuffisance surrénale ainsi constituée nécessite une corticothérapie adaptée.

• Selon les contraintes liées à la thérapeutique et à la surveillance	10 à 25 %
---	-----------

V - PANCRÉAS-DIABÈTE

A. Diabète non insulino-dépendant

Il n'est jamais consécutif à un fait traumatique. Mais cet événement peut extérioriser un état méconnu latent ou aggraver transitoirement un état connu jusqu'alors compensé.

Une prise en charge adaptée doit permettre le retour à l'état antérieur. Un taux d'incapacité permanente n'est jamais justifié.

B. Diabète insulino-dépendant

Il peut apparaître au décours d'un fait traumatique chez des sujets qui n'en présentaient auparavant aucun signe clinique ou biologique connu. L'imputabilité est toujours difficile à établir, sauf en cas de lésions pancréatiques majeures ayant nécessité une résection de 80 à 90 % de la glande (hypothèse exceptionnelle).

Aucune observation de diabète sucré consécutif à un traumatisme crânien grave n'a été rapportée.

Si l'imputabilité est acceptée:

• Diabète simple, bien équilibré par un traitement insulinique simple	15 à 20 %
• Diabète instable malgré la surveillance et les tentatives thérapeutiques avec gêne fonctionnelle quotidienne	20 à 35 %

En cas de complications laissant des séquelles définitives, se reporter aux spécialités concernées.

hématologie et maladies du sang

A. Rate

• Splénectomie sans anomalie hématologique	jusqu'à 5 %
• Splénectomie avec anomalies hématologiques définitives	5 à 10 %

Chez l'enfant, l'existence d'épisodes infectieux ou de greffes infectieuses doit inciter à reporter la consolidation.

B. Autres anomalies hématologiques

Elles peuvent exceptionnellement faire l'objet d'une demande d'évaluation en droit commun. Elles sont presque toujours réversibles et ne sont donc pas constitutives d'un taux d'incapacité permanente partielle. Dans les rares cas où ces anomalies sont définitives et nécessitent un suivi médical, il conviendra de se reporter, pour l'évaluation du taux d'incapacité, aux propositions concernant la ou les spécialités concernées par les déficits constatés.

néphrologie urologie¹

Lorsque les troubles de la fonction urinaire font partie d'un ensemble pathologique, par exemple, les « vessies neurologiques » consécutives à des lésions médullaires, l'évaluation du taux d'IPP se fera globalement au titre de l'entité clinique en cause. Ils ne feront l'objet d'une évaluation spécifique que s'ils constituent l'essentiel du déficit physiologique donnant lieu à évaluation médico-légale.

I - NÉPHROLOGIE

A. Néphrectomie

• Unilatérale – Fonction rénale normale	3 %
---	-----

B. Insuffisance rénale

• Clearance de la créatinine entre 60 et 80 ml/mn avec HTA $\leq 16/9$	jusqu'à 10 %
• Clearance de la créatinine entre 30 et 60 ml/mn. HTA avec minima ≤ 12 . Nécessité d'un régime et d'un traitement médical stricts	10 à 25 %
• Clearance de la créatinine < 30 ml/mn. Altération de l'état général. Régime très strict et contraintes thérapeutiques lourdes	25 à 35 %
• Clearance de la créatinine inférieure à 10 ml/mn. Nécessité de mise en hémodialyse en centre ou autodialyse ; selon complications	35 à 50 %

C. Transplantation rénale

• Selon tolérance aux traitements corticoïdes et immuno-dépresseurs	20 à 30 %
---	-----------

1. Chapitre inspiré des travaux du Pr Alain Haertig, Paris, avec son aimable autorisation.

II - UROLOGIE

Les taux proposés prennent en considération les complications et contraintes thérapeutiques.

A. Rétention d'urines (hors pathologies médullaires ou centrales)

• Auto- ou hétéro-sondages (3 à 6 par jour)	jusqu'à 15
• Sonde à demeure	20 à 25 %
• Stimulateur implanté	jusqu'à 5 %

B. Incontinence urinaire

• Quelques fuites ne nécessitant pas de protection	jusqu'à 5 %
• Envies impérieuses	jusqu'à 10 %
• Fuites régulières à l'effort, à la toux. Nécessité de protection	5 à 10 %
• Forme sévère nécessitant garniture permanente	20 à 25 %
• Sphincter artificiel	5 à 10 %

C. Sténose de l'urètre avec diminution du débit urinaire

• Nécessitant 1 à 2 dilatations par an	jusqu'à 5 %
• Nécessitant plus de 10 dilatations par an	jusqu'à 10 %

D. Dérivations urinaires définitives

• Néphrostomie unilatérale	10 à 20 %
• Néphrostomie bilatérale	20 à 30 %
• Urétérostomie transiléale ou transcolique; cystostomie	10 à 20 %
• Urétérostomie unilatérale avec sonde urétérale, collecteur et poche	15 à 20 %
• Urétérostomie bilatérale avec sonde urétérale, collecteur et poche	20 à 30 %

procréation sexualité

Les atteintes à la fonction de reproduction peuvent résulter d'une anomalie anatomique, d'un déficit physiologique, d'un dysfonctionnement dans la réalisation de l'acte sexuel. Les anomalies anatomiques et les déficits physiologiques peuvent être validés par des arguments cliniques relevant de la technique médicale habituelle. Ces conséquences s'expriment par un taux d'IPP. Certaines peuvent être palliées aussi bien chez l'homme que chez la femme par les techniques d'assistance médicale à la procréation que l'expert devra expliciter.

A. Ablation d'organe

● Hystérectomie	6 %
● Ovariectomie	
– unilatérale	3 %
– bilatérale	6 %
● Salpingiectomie	
– unilatérale	3 %
– bilatérale	6 %
● Orchidectomie	
– unilatérale	3 %
– bilatérale	6 %
● Amputation de la verge	
(en tenant compte de l'ensemble de l'atteinte des troubles de la fonction)	20 à 25 %

B. Stérilité

● Stérilité inaccessible (quelle qu'en soit la cause) aux techniques d'assistance médicale à la procréation (taux incluant l'ablation de l'organe)	20 à 25 %
--	-----------

C. Sexualité

Les troubles dans la réalisation de l'acte sexuel ne peuvent s'exprimer en un taux d'IPP. Pour se prononcer sur la nature et l'imputabilité de troubles de cet ordre, l'expert devra les décrire en détail, en se reportant aux doléances exprimées, aux données de l'interrogatoire, aux résultats des éventuels examens cliniques ou paracliniques spécialisés pratiqués. Il confrontera ces éléments aux lésions initiales et donnera son avis sur l'existence du dommage sans se prononcer sur l'éventuel préjudice qui peut en résulter.

D. Cas particuliers

De même que d'autres atteintes à l'intégrité corporelle, la mammectomie uni- ou bilatérale (exceptionnelle en matière traumatique) peut avoir une répercussion sur la vie sexuelle.

Cette répercussion devra faire l'objet d'une description précise par l'expert.

- En ce qui concerne uniquement la perte de l'organe:

Mammectomie unilatérale	5 %
Mammectomie bilatérale	10 %

séquelles cutanées des brûlures graves et étendues

Les brûlures graves et étendues peuvent être à l'origine de séquelles spécifiques en dehors de celles d'ordre purement esthétique, psychologique, des amputations d'organes et/ou des graves altérations de régions anatomiques, des atteintes des fonctions articulaires ou sensitivo-motrices, qui font l'objet d'une évaluation distincte

Le taux d'IPP proposé pour ces séquelles spécifiques doit tenir compte essentiellement

- *de la surface des lésions, mais également*
- *du mode de réparation (greffes autologues, cultures)*
- *des anomalies des zones greffées*
 - *dysfonctionnement dans les échanges habituels de la peau (thermo-régulation, sudation...)*
 - *fragilité cutanée (ulcérations, fissures au port des vêtements, intolérance au soleil)*
 - *prurit, eczématisation, hyperkératose*

Un taux d'IPP n'est justifié que lorsqu'il s'est agi de brûlures profondes avec greffe ou cicatrisation pathologique.

Selon le pourcentage de la surface des lésions:

• inférieur à 10 %	jusqu'à 5 %
• de 10 à 20 %	5 à 10 %
• de 20 à 60 %	10 à 25 %
• plus de 60 %	25 à 50 %

Le Concours médical, 2, cité Paradis, 75010 Paris.

Responsable de la rédaction et Directeur de la publication: Dr P. Leduc. — ISBN : 2-912176-96-4
Février 2001 — Impression: Berger-Levrault Graphique, Z.I. Croix-de-Metz, 54200 Toul.

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication sans autorisation est illicite et constitue une contrefaçon. L'autorisation de reproduire un article dans une autre publication doit être obtenue auprès de l'éditeur, le Concours médical. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reproductrice doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (C.F.C.).

Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun

«... Un barème étant un instrument de mesure, les barèmes d'incapacité physique servent à mesurer l'étendue de la diminution des aptitudes de la personne à la suite de lésions corporelles. Le barème des incapacités en droit commun que publie le Concours médical depuis 1959 a plus précisément pour objet de favoriser une évaluation médico-légale uniforme du dommage corporel et de permettre au juriste, qu'il soit juge ou régleur, de traiter de façon égalitaire les victimes pour l'évaluation pécuniaire des préjudices qui en résultent. »

P. Jourdain,
Professeur à l'université de Paris-I

«... La finalité essentielle de cette 6^e édition est de tenir compte de l'évolution de la pathologie séquellaire depuis 10 ans dans une approche toujours concrète des déficits. L'objectif n'est pas de remettre fondamentalement en cause les références barémiques consensuelles acceptées depuis de nombreuses années ni d'abandonner le contenu de la notion d'incapacité permanente, afin de ne pas déstabiliser le système actuel d'indemnisation. »

C. Fournier,
Président du comité scientifique du Centre de documentation sur le dommage corporel

«... En présence d'une telle situation, il est apparu opportun et même indispensable de

conserver des repères simples et précis de la pratique médico-légale concernant, en particulier, la définition de l'incapacité permanente partielle et l'évaluation des préjudices. Cette mission que s'étaient expressément fixée — avec le succès que l'on sait — les auteurs des précédents barèmes dits barèmes du Concours médical, demeure aussi exigeante que son actualisation apparaît indispensable en fonction des nouvelles données de la science. »

J.-P. Chodkiewicz,
Professeur de neurochirurgie, Paris

«... Le travail mené à bien par le Centre de documentation sur le dommage corporel en concertation avec les praticiens, selon une méthode claire et logique, est de nature à éviter d'excessives distorsions qui risquent de rester incomprises. Il ne peut que contribuer encore davantage à la cohérence du travail des experts et à la pertinence des jugements et arrêts. »

J. Michaud,
Conseiller doyen honoraire à la Cour de cassation

«... Ce barème constitue la référence, élaborée par des professionnels de l'expertise, pour des professionnels de l'expertise, quels que soient le cadre ou l'origine de leurs missions. »

A. Papelard,
Président d'honneur de la Fédération française des associations de médecins-conseils experts.

200 F
30,49 €

ISBN 2-912176-96-4



9 782912 176967