



Annexe 1 au doc. AU 3087 (06/03)



**Guide barème
européen d'évaluation
des atteintes à
l'intégrité physique
et psychique**

25 MAI 2003



SOMMAIRE

	Préambule _____	3
	Remerciements _____	9
I.	Système nerveux _____	11
	Neurologie _____	13
	Psychiatrie _____	17
	Déficits sensitivo-moteurs _____	18
II.	Système sensoriel et stomatologie _____	21
	Ophtalmologie _____	23
	ORL _____	26
	Stomatologie _____	28
III.	Système ostéo-articulaire _____	29
	Membre supérieur _____	31
	Membre inférieur _____	40
	Rachis _____	46
	Bassin _____	48
IV.	Système cardio-respiratoire _____	49
	Coeur _____	51
	Appareil respiratoire _____	52
V.	Système vasculaire _____	55
	Artère _____	57
	Veines _____	57
	Lymphatiques _____	57
	Rate _____	58
VI.	Système digestif _____	59
	Hépto gastro-entérologie _____	61
VII.	Système urinaire _____	63
VIII.	Système de reproduction _____	67
IX.	Système glandulaire endocrinien _____	71
X.	Système cutané _____	75
	Brûlures profondes ou cicatrisations pathologiques _____	77
	Index _____	79

PREAMBULE

JUSTIFICATION DE L'EVALUATION BAREMIQUE

Aujourd'hui comme à chaque époque, l'évaluation et la réparation du dommage corporel sont basées, dans chacun des Etats de l'Union Européenne, sur des consensus sociaux et législatifs, reflets de la philosophie de sa société.

Généralement, les principes sont énoncés dans des lois ou des codes sous une forme lapidaire, et les modalités sont organisées par la jurisprudence et la doctrine.

Dans le cadre de la réparation intégrale, en droit commun de la responsabilité civile, on distingue les préjudices à caractère économique et les préjudices non économiques.

Les préjudices économiques, dont un volet est médical et l'autre ergologique, nécessitent une évaluation in concreto et ne sont donc pas barémisables.

Les préjudices non économiques sont ceux subis en-dehors de tout contexte lucratif. A caractère purement personnel, ils constituent une atteinte aux activités habituelles de la vie courante, à cette série de gestes et d'actes que chaque femme et chaque homme effectue depuis le moment où il quitte son lit le matin jusqu'à celui où il le regagne le soir, indépendamment de toute activité professionnelle. Ces préjudices génèrent une atteinte à la qualité de la vie quotidienne.

Les séquelles engendrant un préjudice à caractère personnel intéressent l'homme dans le cadre d'activités grossièrement identiques à celles de tout autre homme. Des séquelles identiques entraînent donc des répercussions quasi identiques dans la vie quotidienne : il est logique de penser qu'elles justifient une évaluation identique. Ces séquelles peuvent répondre à une logique barémique.

En pratique, le système actuel, satisfaisant malgré ses imperfections, autorise une évaluation relativement reproductible parce qu'elle est, de manière affirmée ou non, barémique.

Pourquoi, dans la majorité des Etats de l'Union Européenne, les experts ne se contentent-ils pas d'une simple description ? C'est que la transposition de cette description par le décideur sur le plan de l'indemnisation est une interprétation. Or toute interprétation comporte un risque d'altération, surtout si la description faite par l'expert dans un des Etats est utilisée par le décideur dans un autre Etat : les problèmes linguistiques et de terminologie spécifique ne peuvent être sous-estimés. Il semble donc souhaitable de fournir un effort de synthèse et de précision en caractérisant la situation séquellaire par un taux assorti d'une explication : « *expertiser, c'est écouter, observer, mesurer, comprendre, puis expliquer pour faire comprendre* ».

Le système des taux oblige à construire un barème dans un but d'égalité et de justice : à séquelles identiques, taux identique, réparation identique.

La critique la plus évidente des barèmes existant actuellement est l'absence de conception scientifique : ils colligent des taux acceptés par les jurisprudences. Ce sont des « barèmes coutumiers ».

Mais ils ont l'avantage d'être évolutifs avec les progrès des thérapeutiques, de la réadaptation, des techniques d'objectivation et de quantification, de nos connaissances du devenir des traumatisés.

En outre, un barème purement « scientifique » pourrait-il tenir compte, comme le font de manière inexprimée les barèmes nationaux actuels, de considérations socio-culturelles incontournables ? Celles-ci ne diffèrent pas de façon importante d'un Etat de l'Union Européenne à l'autre. Mais les Européens pourraient-ils concevoir un barème acceptable par d'autres civilisations et vice versa ?

NECESSITE D'UN BAREME EUROPEEN

La volonté européenne est de préserver la réparation intégrale des préjudices économiques et de promouvoir la réparation barémisée des préjudices à caractère personnel.

Il est inutile d'harmoniser le mode de réparation financière si, partout dans l'Union Européenne, la perte des mêmes organes et des mêmes fonctions n'est pas évaluée à la même valeur, si les mêmes séquelles ne sont pas quantifiées de manière identique.

L'évaluation reproductible par différents experts, dans différents pays, amenant à des conclusions identiques face à des bilans séquellaires identiques, impose l'utilisation d'un barème européen unique.

On ne pourrait gommer ce qui appartient à la culture d'un Etat pour harmoniser la réparation et l'évaluation qui y préside. Donc harmoniser est obligatoirement proposer des solutions dont aucune ne soit inacceptable pour l'un des acteurs du changement, en sachant qu'aucune ne satisfera entièrement tous ces acteurs.

Une association nationale ou une équipe universitaire unique ne pouvaient étudier la création du barème européen : il fallait en effet conjuguer la connaissance appliquée des différents barèmes nationaux et le respect des particularismes reposant sur la philosophie d'une société. Le choix fut donc fait d'un organisme à vocation européenne, soucieux d'un consensus et veillant à ne pas déstabiliser un système qui aujourd'hui, en dépit de ses imperfections, fonctionne. Le choix s'est porté sur la CEREDOC, Confédération Européenne d'Experts en Réparation et Evaluation du Dommage Corporel, qui réunit enseignants universitaires et professionnels de haut niveau émanant des différents Etats européens. Son équipe s'est assuré la collaboration d'éminents spécialistes des disciplines médicales concernées par l'expertise. Elle a en outre bénéficié de l'apport des compétences d'associations nationales et d'enseignants universitaires qui ont validé ses travaux.

BASES ET PRINCIPES DU BAREME EUROPEEN

Un barème unique suppose qu'il soit sous-tendu par des concepts acceptés par tous. Ils ont été définis lors du Colloque de Trèves I, en juin 2000, initié par Willi ROTHLEY, Vice-Président de la Commission Législative du Parlement Européen.

Les médecins imputent, objectivent, quantifient, sans dépasser les limites de leurs compétences spécifiques, en sachant qu'il n'y a pas toujours une parfaite adéquation entre la complexité de l'être humain et le cadre défini par les juristes.

Les rôles du médecin expert sont d'une part de quantifier les atteintes à la personne humaine médicalement constatables et/ou explicables, d'autre part de donner un avis technique sur une liste limitative de préjudices particuliers éventuels.

La base de l'évaluation est celle des atteintes à l'intégrité physique et/ou psychique médicalement constatables, donc mesurables.

L'évaluation reproductible des atteintes subjectives pures, médicalement explicables (plausibles mais non constatables donc non mesurables) n'est possible que si elle se fait par un seul et même taux : on ne module pas ce que l'on n'objective pas.

Evaluer nécessite une unité et un système. Pour ne pas modifier trop profondément les habitudes médico-légales des experts européens, le choix s'est fait sur un système en pourcentages.

Dans la mouvance de Trèves I, l'atteinte à l'intégrité physico-psychique (AIPP) est définie comme suit :

« la réduction définitive du potentiel physique et/ou psychique médicalement constatable ou médicalement explicable, à laquelle s'ajoutent les douleurs et les répercussions psychiques que le médecin sait normalement liées à la séquelle ainsi que les conséquences dans la vie de tous les jours habituellement et objectivement liées à cette séquelle.

Le taux d'AIPP est :

l'ordre de grandeur, rapporté à un maximum théorique de 100%, de la difficulté que ressent tout sujet dont les séquelles sont ainsi quantifiées à effectuer les gestes et actes habituels de la vie quotidienne extra-professionnelle, donc l'ordre de grandeur de son « incapacité personnelle ».

Le pourcent d'AIPP

n'est pas une unité de mesure mais une unité d'appréciation, résultat de l'intégration de mesures de phénomènes divers à l'aide d'instruments divers, donc exprimées en unités diverses, et par une opinion intuitive nourrie par l'expérience et l'art d'appréhender les impondérables.

Ainsi, la barémisation n'exclut pas une certaine personnalisation. Le médecin explique les répercussions des séquelles dans la vie de tous les jours puis fixe un taux. Ce taux ne quantifie pas seulement les lésions définitives mais intègre les paramètres divers pris en compte par l'unité composite qu'est le pourcent ; il inclut donc de manière inexprimée une part de « non mesurable qui est peut-être l'essentiel » qui reflète la spécificité, appréhendée par l'expert, du sujet expertisé.

En cas d'état antérieur pathologique modifié par l'accident objet de l'expertise, la description et l'explication sont d'indispensables compléments du taux, celui-ci n'ayant qu'une valeur relative. Chez un amputé de jambe bien appareillé devenant paraplégique suite à l'accident considéré, le dommage ne se résume pas à la soustraction des taux après et avant la paraplégie : le préjudice est la différence dans la vie quotidienne, différence qui doit être décrite.

Bien des situations séquellaires ont chacune des conséquences importantes dans la vie quotidienne : le taux de 100 % ne représente donc pas la disparition de toutes les fonctions de la personne humaine. Lorsqu'un taux a été fixé, la validité restante n'est certainement pas la différence entre 100 % et ce taux : elle est beaucoup plus importante.

Outre l'AIPP, des préjudices particuliers spécifiques à la victime considérée doivent parfois être reconnus : préjudice esthétique, préjudice sexuel (hormis la reproduction), les douleurs exceptionnelles, l'atteinte aux activités spécifiques de loisirs.

D'autres préjudices sont parfois sollicités : ils sont artificiels, faisant double emploi avec l'AIPP, ou ils ne requièrent en rien la compétence du médecin.

Ces préjudices particuliers ne sont pas l'objet de ce barème qui n'y fait aucune référence.

Le vécu du blessé n'est que sa façon personnelle, dépendant largement des caractéristiques foncières de sa personnalité, de réagir à une agression. S'il est pathologique, il est pris en compte dans les IT et dans l'AIPP. S'il n'est pas pathologique, il n'est ni prouvé ni constatable, ni mesurable : il n'est pas « médical », et le médecin ne peut à son sujet apporter aucune donnée spécifique.

Enfin, certains taux proposés par le guide-barème (perte d'un œil, néphrectomie unilatérale...) supposent qu'une éventuelle détérioration de l'organe pair restant, que rien ne laisse présager lors de la consolidation, puisse être ultérieurement prise en compte. De la même manière, aucune endoprothèse n'a une durée de vie illimitée. La législation doit donc rendre possibles ou des réserves pour l'avenir ou une procédure d'aggravation, ce qui est aujourd'hui le cas dans certains Etats seulement.

S'il est impossible de soumettre ni l'anatomo-physiologie humaine ni la résistance des matériaux aux souhaits des lois et des juristes, il doit être possible d'adapter les textes législatifs aux réalités incontournables.

METHODOLOGIE DE CREATION DU BAREME EUROPEEN

Le principe de base retenu est que, dans tous les Etats, il convient que les mêmes organes, les mêmes fonctions, les mêmes dépréciations-types à ces fonctions aient une valeur identique. Ces valeurs, ces taux-pivots, sont l'infrastructure, le squelette du barème européen.

Il ne serait pas raisonnable de vouloir hiérarchiser la valeur des organes et des fonctions : ce serait une démarche purement empirique. Il est possible, en revanche, d'établir une hiérarchie des différents segments d'un organe et des dépréciations d'une même fonction en étudiant leurs répercussions objectives sur la vie de tous les jours.

L'observation amène à constater que le préjudice progresse par bonds et non en suivant une logique mathématique. Donc seules l'observation et la mesure peuvent conférer une valeur à un barème.

Les taux-pivots ont donc été déterminés en observant et en mesurant pour caractériser la séquelle puis la quantifier, grâce à un taux, par rapport à ses répercussions sur les actes habituels de la vie quotidienne. Cette recherche de l'incapacité fonctionnelle est une conception aisément accessible aux experts n'utilisant pas encore le système barémique, sans modifier l'approche médico-légale habituelle de ceux qui l'utilisent.

Ont ainsi été établies : la valeur des amputations, la valeur des pertes fonctionnelles totales (par exemple l'ankylose d'une articulation), des fourchettes correspondant à certaines pertes fonctionnelles partielles. Les taux correspondant ont été fixés en tenant compte des valeurs conventionnelles aujourd'hui reconnues dans les différents Etats, après une réflexion basée sur la comparaison avec d'autres situations séquellaires de même importance.

Les séquelles partielles doivent être évaluées en fonction du déficit observé, en tenant compte du taux de la perte totale.

Certaines atteintes, en particulier de la sphère sexuelle (mastectomie bilatérale, amputation de la verge), sont caractérisées par des taux qui pourraient sembler assez élevés. Mais ces taux tiennent compte du contexte socio-culturel européen que l'évaluation ne pourrait ignorer.

Il a été indispensable de veiller à une cohérence interne verticale dans chaque fonction étudiée, mais aussi à une cohérence horizontale en comparant, pour les taux de même hauteur, les situations cliniques et leur traduction dans la vie quotidienne afin d'éviter des disparités trop importantes.

MODE D'EMPLOI DU GUIDE-BAREME EUROPEEN

Le barème européen n'est ni un manuel de pathologie séquellaire ni un précis d'évaluation. Il est conçu à l'usage exclusif des experts, médecins connaissant les principes de la médecine légale civile et les règles d'usage en matière d'état antérieur et d'invalidités multiples.

Ce n'est pas un maxi-barème mais un guide donnant les taux-pivots importants pour les atteintes de chaque organe et de chaque fonction. Il est cependant suffisamment détaillé pour être, dans l'avenir, éventuellement utilisé comme barème de référence en assurances de personnes.

Certains types de séquelles (par exemple ophtalmologiques, ORL, stomatologiques, etc) nécessitent le recours à un spécialiste du domaine considéré. Le médecin expert doit trouver dans le rapport de son sapiteur toutes les données techniques et tous les éléments de réflexion qui permettront à l'évaluateur de se prononcer sur l'imputabilité et sur la quantification des séquelles.

Les taux proposés se rapportent à l'individu dans sa globalité et ne quantifient pas un déficit par rapport à l'intégrité, cotée 0 %, d'une fonction ou d'un organe.

Ces taux se rapportent à des séquelles considérées isolément.

En cas de séquelles multiples, le taux global n'est pas d'office l'addition des taux isolés ; son calcul diffère selon que les séquelles participent à la même fonction (séquelles synergiques) ou au contraire ne sont pas synergiques.

Le guide-barème ne contient pas de formule pseudo-mathématique mais fait appel au sens clinique, au bon sens et au réalisme du médecin évaluateur :

- en cas de lésions simultanées à divers niveaux du même membre ou organe, le taux global n'est pas la somme des taux isolés mais la résultante de leur synergie, ce taux ne pouvant dépasser celui de la perte totale du membre ou de l'organe ;
- s'il s'agit de lésions simultanées synergiques touchant des membres ou organes différents, c'est l'atteinte globale de la fonction qui doit être évaluée ;
- en cas d'invalidités multiples non synergiques, le taux global ne peut qu'être inférieur à la somme des taux isolés sans quoi le taux plafond de 100 % serait fréquemment dépassé, alors que le blessé conserve manifestement une capacité restante. Il faut alors comparer l'état de la victime à des situations cliniques types dont les taux d'AIPP sont connus. Il faut surtout, et c'est impératif, expliquer la situation concrète dont le polymorphisme ne peut être réduit à l'abstraction d'un taux isolé de son contexte.

Le guide-barème ne fournit pas de « chiffres tout faits » mais impose une approche clinique des séquelles et l'analyse de leurs conséquences objectives dans la vie quotidienne. Cette appréhension globale du bilan séquellaire oblige à une explication d'où ressort le taux d'AIPP.

Par exemple, il n'offre pas un taux pour la laryngectomie : il faut quantifier globalement l'impact dans la vie de tous les jours de la dyspnée ainsi que de l'aphonie ou de la dysphonie (un taux dans le barème correspondant à chacune de ces séquelles).

Dans le cas d'une ankylose post-traumatique du coude chez un amputé de la main homolatérale, le taux ne sera évidemment pas celui que l'on accorderait pour la même ankylose chez un sujet dont la main est présente.

Ayant opté pour une orientation autant que possible fonctionnelle, le guide-barème fournit, pour les amputations de membres inférieurs, des taux correspondant à des amputations correctement appareillées, situations le plus fréquemment rencontrées dans la pratique. En effet, sauf éventuellement lors d'une amputation du pied, le blessé ne peut marcher ou se tenir debout sans prothèse. Ces taux sont susceptibles d'être modifiés si l'appareillage est peu efficace ou au contraire exceptionnellement performant.

De la même manière, et quelle que soit la fonction envisagée, dès qu'une prothèse, une orthèse ou une aide technique fournie au patient améliore les troubles fonctionnels, l'évaluation de ces derniers s'effectue compte tenu du bénéfice apporté.

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

Les situations exceptionnelles et celles purement théoriques, devenues impensables dans l'état actuel de nos moyens thérapeutiques, n'ont délibérément pas été envisagées.

Le barème est un guide, sans caractère impératif.

Son caractère simplement indicatif doit être souligné lorsqu'il s'agit de fixer un taux d'AIPP très élevé.

Systématiquement, et impérativement en cas de séquelles graves, l'explication doit sous-tendre le taux.

PROSPECTIVE

Un Observatoire Européen du barème composé, pour une part, des membres de la CEREDOC, assurera sa révision permanente par en fonction des remarques, des critiques fondées, des problèmes d'utilisation, des méthodes d'appréciation, des progrès de nos connaissances.

Le barème européen sera, comme l'écrivait dès 1987 feu le Professeur Marino BARGAGNA à qui le groupe d'étude du barème rend un amical hommage : « *une sorte d'expérimentation sans fin* ».

Prof. Pierre LUCAS (Belgique)

Président de la CEREDOC

Coordonnateur du « Groupe ROTHLEY » d'étude du barème européen,

au nom des chevilles ouvrières

du groupe de travail et membres du comité exécutif de la CEREDOC ¹,

les Professeurs et Docteurs :

BOROBIA César, Espagne

CANNAVÓ Giovanni, Italie

GUISCAFFRE-AMER Juan, Espagne

HUGUES-BÉJUI Hélène, France

SAUCA Carlos, Espagne

STEHMAN Michel, Belgique

STRECK Walter, Allemagne

VIEIRA Duarte Nuno, Portugal

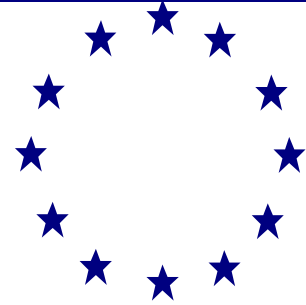
¹ Confédération Européenne d'Experts en Evaluation et Réparation du Dommage Corporel
Via Livenza, 25 PISA - ITALIA - Tel +39.0508312083 - Fax +39.0508310049 - e-mail

Nos remerciements vont aux spécialistes qui nous ont apporté une aide précieuse et une caution de qualité, les professeurs et docteurs

ÁLVAREZ Luis Miguel, Espagne
ALVARO DIAS João, Portugal
ANCIAUX Pierre, France
ARBARELLO Paolo, Italie
AVATO Francesco, Italie
BEAUTHIER Jean-Pol, Belgique
BEINE Lucien, Belgique
BÉJUI-HUGUES Jacques, France
BUCCELLI Claudio, Italie
BUU-HOÏ Patrick, France
CANALE Marcello, Italie
CANDAELE Patrick, Belgique
CANTALOUBE Daniel, France
CASTELLA Josep, Espagne
CHIKHANI Luc, France
CHODKIEWICZ Jean-Paul, France
CHOUAIB Raymond, France
CHOUTY Fabrice, France
COBO Germán, Espagne
CORDIER Bernard, France
CORTE-REAL Francisco, Portugal
COURTAT Philippe, France
DALPHIN Jean-Charles, France
DAUPLEIX Denis, France
DE FERRARI Francesco, Italie
DEVOS René, Belgique
DIONOT Thierry, France
DUPUY Pierre, France
ELBAZ Pierre, France
FIORI Angelo, Italie
FOELS Alain, France
FOYATIER Jean-Louis, France
GANDJBAKHCH Iradj, France
GERONA José Luis, Espagne
GHERON Gérard, France

GUEGUEN Bernard, France
HAERTIG Alain, France
HAMARD Henry, France
JANOT Christian, France
JENOUDÉT Louis-Pierre, France
JONCKHEER Ludo, Belgique
KEMPENEERS Philippe, Belgique
KLEIN Marcel, France
LATIL Gérard, France,
LATINI Elide, Italie
LEFEVRE Raymond, France
LEFRANC Jean-Pierre, France
LERUT Hugo, Belgique
LESMES Rafael, Espagne
LEVY Gilbert, France
MAGALHÃES Teresa, Portugal
MALADJIAN Jacques, France
MARIGO Mario, Italie
MÉTREAU Roselyne, France
NORELLI Aristide, Italie
NORTH Pierre, France
PANARESE Fernando, Italie
PEYTRAL Claude, France
PIRONE Giovanni Maria, Italie
REBELLO Ascenção, Portugal
RICCI Pietrantonio, Italie
RUMILLY André- Georges, France
SEPULCHRE Marc-Antoine, Belgique
SOLIGUER Juan, Espagne
SULMAN Thierry, France
TRICOT Jean-Pierre, Belgique
UMANI-RONCHI Giancarlo, Italie
VANKERKEM Charles, Belgique
VIGNERON Jean-Robert, Belgique

I.
**SYSTÈME
NERVEUX**





I – SYSTEME NERVEUX

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

Là où le barème n'envisage que le déficit complet, les séquelles partielles doivent être évaluées en fonction du déficit observé en tenant compte du taux de la perte totale.

A) NEUROLOGIE

a) Séquelles motrices et sentivo-motrices

Tétraplégie complète selon le niveau <ul style="list-style-type: none">• de C2- C6• en dessous de C6	95 % 85 %
Hémiplégie complète <ul style="list-style-type: none">• avec aphasie• sans aphasie	90 % 75 %
Paraplégie complète selon le niveau	70 à 75 %
Queue de cheval atteinte complète, selon le niveau	25 à 50 %

b) Troubles cognitifs

L'analyse des syndromes déficitaires neuro psychologiques doit faire référence à une séméiologie précise. Le syndrome dit "frontal" correspond en fait à des entités maintenant bien définies dont les déficits associés, plus ou moins importants, réalisent des tableaux cliniques très polymorphes. L'évaluation du taux d'incapacité doit donc se baser impérativement sur des bilans médicaux précis et spécialisés, corrélant les lésions initiales et les données des examens cliniques et para cliniques

1) Syndrome frontal vrai

Forme majeure avec apragmatisme avec troubles graves de l'insertion sociale et familiale	60 à 85 %
Forme sévère avec altération des conduites instinctives, perte de l'initiative, troubles de l'humeur, insertions sociale et familiale précaires	35 à 60 %
Forme moyenne avec bradypsychie relative, difficulté de mémorisation, troubles de l'humeur et répercussions sur l'insertion sociale et familiale	20 à 35 %
Forme mineure avec distractibilité, lenteur, difficultés de mémorisation et d'élaboration des stratégies complexes. Peu ou pas de troubles de l'insertion sociale et familiale	10 à 20 %

2) Troubles de la communication

Aphasie majeure avec jargonaphasie, alexie, troubles de la compréhension	70 %
Forme mineure: troubles de la dénomination et de la répétition, paraphasie. Compréhension conservée	10 à 30 %

3) Troubles de la mémoire

Syndrome de Korsakoff complet	60 %
Troubles associant : oublis fréquents, gênants dans la vie courante avec nécessité d'aides mémoire dans la vie courante, fausses reconnaissances, éventuellement fabulations difficultés d'apprentissage, troubles de l'évocation	10 à 60 %
Perte totale ou partielle des connaissances didactiques : <i>Les taux correspondant seront appréciés selon la même échelle que les troubles de la mémoire.</i>	

4) 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 des plaintes objectivables formant un syndrome différent du syndrome post commotionnel, associant :

Labilité de l'attention , lenteur idéatoire, difficultés de mémorisation, fatigabilité intellectuelle, intolérance au bruit, instabilité de l'humeur, persistant au-delà de 2 ans	5 à 10 %
--	-----------------

5) Démence

La preuve de démences post-traumatiques n'est pas apportée. Les démences dites "de type Alzheimer" et les démences séniles ne sont jamais post-traumatiques

c) **Déficits mixtes cognitifs et sensitivo-moteurs**

Ces déficits mixtes constituent les séquelles caractéristiques des traumatismes crâniens graves. Ils 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	85 à 95 %
Troubles cognitifs majeurs comportant au premier plan désinhibition et perturbations graves du comportement, compromettant toute socialisation, avec déficits sensitivo-moteurs compatibles avec une autonomie pour les actes essentiels de la vie courante	60 à 85 %
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 60 %
Troubles cognitifs associant lenteur idéatoire évidente, déficit patent de la mémoire, difficulté d'élaboration des stratégies complexes avec déficits sensitivo-moteurs mineurs	20 à 40 %

d) **Épilepsie**

On ne peut proposer un taux d'incapacité sans preuve de la réalité du traumatisme cranio-encéphalique et de la réalité des crises, ni avant le recul indispensable à la stabilisation de l'évolution spontanée des troubles et à l'adaptation au traitement.

1) Epilepsies avec troubles de conscience

(Epilepsies généralisées et epilepsies partielles complexes)

Epilepsies non contrôlables malgré une thérapeutique adaptée et suivie avec crises quasi quotidiennes avérées	35 à 70 %
Epilepsies difficilement contrôlées , avec crises fréquentes (plusieurs par mois), et effets secondaires des traitements	15 à 35 %
Epilepsies bien maîtrisées par un traitement bien toléré	10 à 15 %

2) Epilepsies sans troubles de conscience

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

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

e) Syndrome post-commotionnel

Plaintes non objectivées suite à une perte de connaissance avérée	2 %
---	------------

f) Les douleurs de déafférentation :

Ce sont des douleurs liées à une lésion du système nerveux périphérique, perçue en dehors de toute stimulation nociceptive et pouvant affecter plusieurs types cliniques :

anesthésie douloureuse, décharges fulgurantes, hyperpathies (douleur du moignon de type membre fantôme des amputations ou névralgies trigéminées par exemple)

Ce sont les « douleurs exceptionnelles » qui ne font pas partie du tableau séquentiel habituel et ne sont donc pas incluses dans le taux d'AIPP. Elles constituent un préjudice annexe.

*Il semble cependant justifier de les évaluer en majorant le taux d'AIPP du déficit concerné de **5 à 10 %***

B) PSYCHIATRIE

(Par référence aux classifications CIM X et DSM IV)

a) Troubles persistants de l'humeur

Dans le cas de lésions physiques post-traumatiques nécessitant un traitement complexe et de longue durée engendrant des séquelles graves, il peut subsister un état psychique permanent douloureux consistant en des troubles persistants de l'humeur (*état dépressif*) :

Suivi médical fréquent par un spécialiste, contraintes thérapeutique majeur avec ou sans hospitalisation	10 à 20 %
Suivi médical régulier par un spécialiste avec thérapeutique spécifique sporadique	3 à 10 %
Nécessitant un suivi médical irrégulier avec traitement intermittent	Jusqu'à 3 %

b) Névroses traumatiques (État de stress post-traumatique, névrose d'effroi)

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

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

L'événement doit avoir été mémorisé.

La symptomatologie comporte des troubles anxieux de type phobique, des conduites d'évitement, un syndrome de répétition et des troubles du caractère. Traitée très précocement, son appréciation ne peut être envisagée qu'après environ deux ans d'évolution.

Grand syndrome phobique	12 à 20 %
Anxiété phobique avec attaques de paniques, avec conduites d'évitement et syndrome de répétition	8 à 12 %
Manifestations anxieuses phobiques avec conduites d'évitement et syndrome de répétition	3 à 8 %
Manifestations anxieuses phobiques mineures	Jusqu'à 3 %

c) Troubles psychotiques

Ils ne sont pas développés dans ce barème, leur imputabilité à un traumatisme n'étant quasi jamais démontrée.

C) DÉFICITS SENSITIVO-MOTEURS

L'atteinte nerveuse entraîne une paralysie (lésion totale) ou une parésie. Celle-ci doit être évaluée selon sa répercussion clinique et technique objectives

a) Face

Paralysie du nerf trijumeau <ul style="list-style-type: none"> • unilatérale • bilatérale 	15 % 30 %
Paralysie du nerf facial <ul style="list-style-type: none"> • unilatérale • bilatérale 	20 % 45 %
Paralysie du nerf glosso-pharyngé <ul style="list-style-type: none"> • unilatérale 	8 %
Paralysie du nerf grand hypoglosse <ul style="list-style-type: none"> • unilatérale 	10 %

b) Membre supérieur

	D	ND
Paralysie totale (lésion complète du plexus brachial)	65 %	60 %
Paralysie médio ulnaire	45 %	40 %
Paralysie du nerf radial <ul style="list-style-type: none"> • au dessus de la branche tricipitale • au dessous de la branche tricipitale 	40 % 30 %	35 % 25 %
Paralysie du nerf médian <ul style="list-style-type: none"> • au bras • au poignet 	35 % 25 %	30 % 20 %
Paralysie du nerf ulnaire	20 %	15 %
Paralysie du nerf circonflexe	15 %	12 %
Paralysie du nerf musculo-cutané	10 %	8 %

Compte tenu de leurs conséquences sur le membre supérieur, les atteintes suivantes ont été placées dans ce chapitre :

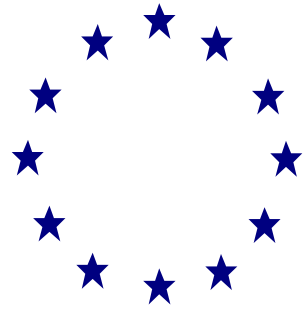
	D	ND
Paralysie du nerf spinal	12 %	10 %
Paralysie du nerf thoracique supérieur	5 %	4 %

c) Membre inférieur

Paralysie sciatique totale (lésion complète) <ul style="list-style-type: none"> • forme tronculaire haute (avec paralysie des fessiers) • forme basse, sous le genou 	45 % 35 %
	35 %

Paralysie du nerf fémoral	
Paralysie du nerf fibulaire	22 %
Paralysie du nerf tibial	22 %
Paralysie du nerf obturateur	5 %

II.
SYSTÈME SENSORIEL
et
STOMATOLOGIE



II. SYSTÈME SENSORIEL ET STOMATOLOGIE

1 - OPHTALMOLOGIE

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

A) ACUITÉ VISUELLE

a) Perte totale de la vision

Perte de la vision des deux yeux (cécité)	85 %
Perte de la vision d'un œil	25 %

b) Perte de l'acuité visuelle des deux yeux, vision de loin et de près

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

Tableau I: vision de loin.

	P 1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	< 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.

Tableau II à n'utiliser qu'en cas de distorsion importante entre la vision de près et la vision de loin. Dans ce cas, il convient de faire la moyenne arithmétique des 2 taux.

B) CHAMP VISUEL

Hémianopsie <ul style="list-style-type: none"> selon le type, l'étendue, l'atteinte ou non de la vision centrale 	jusqu'à 85 %
Quadransopie <ul style="list-style-type: none"> selon le type 	jusqu'à 30 %
Scotome central <ul style="list-style-type: none"> bilatéral unilatéral 	jusqu'à 70 % jusqu'à 20 %
Scotomes juxtaoculaires ou paracentraux <ul style="list-style-type: none"> selon le caractère uni ou bilatéral avec acuité visuelle conservée 	jusqu'à 15 %

C) OCULOMOTRICITÉ

Diplopie <ul style="list-style-type: none"> selon les positions du regard, le caractère permanent ou non, la nécessité d'occlure un œil en permanence 	jusqu'à 25 %
Paralysie oculomotrice <ul style="list-style-type: none"> selon le type 	jusqu'à 15 %
Motricité intrinsèque <ul style="list-style-type: none"> selon le type (au maximum aniridie totale) 	jusqu'à 10 %
Hétérophorie; paralysie complète de la convergence	5 %

D) CRISTALLIN

Perte (aphakie) corrigée par un équipement optique externe <ul style="list-style-type: none"> bilatérale unilatérale 	20 % 10 %
---	----------------------------

<p><i>A quoi il convient d'ajouter le taux correspondant à la perte de l'acuité visuelle corrigée, sans dépasser 25 % pour une lésion unilatérale et 85 % en cas d'atteint bilatérale.</i></p> <p>Perte corrigée par un implant cristallinien (pseudophakie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>ajouter 5 % par œil pseudophake au taux correspondant à la perte de l'acuité visuelle</i> 	
---	--

E) ANNEXES DE L'OEIL

<p>Selon l'atteinte, la plus grave étant le ptôsis avec déficit campimétrique et l'alacrymie bilatérale</p>	<p>jusqu'à 10 %</p>
---	----------------------------

2 - ORL

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

A) AUDITION

a) Acuité auditive

1) Surdité total

Bilatérale	60 %
Unilatérale	14 %

2) Surdité partielle

L'évaluation se fait en 2 temps :

- Perte auditive moyenne

Elle se fait par rapport au déficit tonal en conduction aérienne mesurée en décibels sur le 500, 1000, 2000, et 4000 hertz en affectant des coefficients de pondération respectivement de 2,4,3 et 1.

La somme est divisée par 10. On se reporte au tableau ci-après

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

- Distorsions auditives

L'évaluation doit se faire par confrontation de ce taux brut aux résultats d'une audiométrie vocale pour apprécier d'éventuelles distorsions auditives (recrutement en particulier) qui aggrave la gêne fonctionnelle.

Le tableau suivant propose les taux d'augmentation 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

En cas d'appareillage, l'amélioration sera déterminée par la comparaison des courbes auditives sans appareillage et avec appareillage ; elle permet ainsi de réduire le taux, qui doit cependant considérer la gêne engendrée par la prothèse, en particulier en milieu bruyant.

b) Acouphènes isolés

Si l'imputabilité à un traumatisme est retenue	jusqu'à 3 %
--	--------------------

B) ÉQUILIBRATION

Atteinte vestibulaire bilatérale, avec troubles destructifs objectivés, selon son importance	10 à 25 %
Atteinte vestibulaire unilatérale	4 à 10 %
Vertiges paroxystiques bénins	jusqu'à 4 %

C) VENTILATION NASALE

Obstruction non accessible à la thérapeutique <ul style="list-style-type: none"> • bilatérale • unilatérale 	jusqu'à 8 % jusqu'à 3 %
---	--

D) OLFACTION

y compris altération des perceptions gustatives

Anosmie	8 %
Hyposmie	Jusqu'à 3 %

E) PHONATION

Aphonie	30 %
Dysphonie isolée	jusqu'à 10 %

3 - STOMATOLOGIE

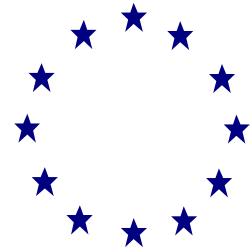
Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

En cas d'appareillage mobile diminuer de 1/2 ; en cas d'appareillage fixe, diminuer de 3/4.

La pose d'un implant supprime l'AIPP.

Edentation complète démontrée inappareillable <i>compte tenu du retentissement sur l'état général</i>	28 %
Perte d'une dent non appareillable <ul style="list-style-type: none">• incisive ou canine• prémolaire ou molaire	1% 1,5 %
Dysfonctionnements mandibulaires <ul style="list-style-type: none">• limitation de l'ouverture buccale égale ou inférieure à 10 mm• limitation de l'ouverture buccale entre 10 mm et 30 mm	25 à 28 % 5 à 25 %
Troubles de l'articulé dentaire post-traumatique, <i>selon répercussion sur la capacité masticatoire</i>	2 à 10 %
Amputation de la partie mobile de la langue, <i>compte tenu de la répercussion sur la parole, la mastication et la déglutition, selon l'importance des troubles.</i>	3 à 30 %

III.
SYSTEME
OSTEOARTICULAIRE





III - SYSTEME OSTEOARTICULAIRE

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

Qu'il s'agisse d'une articulation ou du membre lui-même, le taux global n'est pas la somme des taux isolés mais la résultante de leur synergie et la somme des taux correspondant à l'ankylose en bonne position de toutes les articulations du membre ne peut valoir plus que sa perte totale anatomique ou fonctionnelle.

Les taux justifiés par les raideurs très importantes non envisagées de manière systématique doivent s'inspirer du taux de l'ankylose de l'articulation concernée.

Concernant les endoprothèses des grosses articulations, il faut admettre qu'aucune ne rétablit la proprioception et que toutes s'accompagnent de certaines contraintes dans la vie du sujet. De ce fait, la présence d'une endoprothèse justifie un taux de principe de 5 %.

Lorsque le résultat fonctionnel objectif n'est pas satisfaisant, ces inconvénients de principe de l'endoprothèse sont d'office recouverts par ceux liés au déficit fonctionnel, et ce taux complémentaire ne se justifie pas.

A) MEMBRE SUPÉRIEUR

(hormis la main et les doigts)

a) Amputations

Les possibilités prothétiques au niveau des membres supérieurs ne sont généralement pas de nature, aujourd'hui, à rendre au patient une fonction véritable, la sensibilité restant absente. Dans les cas où une amélioration existe, l'expert en tiendra compte in concreto pour diminuer raisonnablement le taux suggéré ci-dessous

	D	ND
Amputation totale du membre supérieur	65 %	60 %
Amputation du bras (épaule mobile)	60 %	55 %
Amputation de l'avant-bras	50 %	45 %

b) Ankyloses et raideurs

1) Epaule

Il existe 6 mouvements purs de l'épaule qui se combinent pour en assurer la fonction. Chacun de ces mouvements a une importance relative dans les gestes de la vie quotidienne. Les 3 mouvements essentiels sont l'élevation antérieure, l'abduction et la rotation interne suivis par la rotation externe, la rétropulsion et l'adduction. Les atteintes à la rétropulsion et à l'adduction ne justifient que des taux trop faibles pour être repris dans le tableau ci-dessous. Elles amènent à pondérer le taux calculé pour les limitations des autres mouvements.

- **Ankylose**

	D	ND
Arthrodèse ou ankylose en position de fonction <ul style="list-style-type: none"> • omoplate fixée • omoplate mobile 	30 % 25 %	25 % 20 %

- **Raideurs**

	D	ND
Limitation de l'élevation et de l'abduction à 60 ° <ul style="list-style-type: none"> • avec perte totale des rotations • les autres mouvements étant complets 	22 % 18 %	20 % 16 %
Limitation de l'élevation et de l'abduction à 90 ° <ul style="list-style-type: none"> • avec perte totale des rotations • les autres mouvements étant complets 	16 % 10 %	14 % 8 %
Limitation de l'élevation et de l'abduction à 130° <ul style="list-style-type: none"> • les autres mouvements étant complets 	3 %	2 %
Perte isolée de la rotation interne	6 %	5 %
Perte isolée de la rotation externe	3 %	2 %

2) Coude

Seule la mobilité entre 20 et 120 degrés de flexion a une utilité pratique. Les mouvements en dehors de ce secteur utile n'ont qu'un très faible retentissement sur la vie quotidienne. Les taux ci-dessous ne s'adressent donc qu'aux déficits dans le secteur utile.

L'expert prendra en compte le déficit d'extension et le déficit de flexion, les taux y afférant étant obligatoirement intégrés mais non additionnés. S'y ajoute éventuellement le taux d'un déficit de la pronosupination.

- **Ankyloses**

	D	ND
Arthrodèse ou ankylose en position de fonction		
<ul style="list-style-type: none"> • pronosupination conservée • pronosupination abolie 	<p>24 % 34 %</p>	<p>20 % 30 %</p>

- **Raideurs**

	D	ND
Flexion complète et extension		
<ul style="list-style-type: none"> • limitée au delà de 90° • limitée à 90° • limitée à 20° 	<p>15 % 12 % 2 %</p>	<p>12 % 10 % 1 %</p>
Extension complète et flexion		
<ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à 120° • jusqu'à 90° • au-delà 	<p>2 % 12 % 15 %</p>	<p>1 % 10 % 12 %</p>

3) Atteinte isolée de la pronosupination

- **Ankyloses**

	D	ND
Ankylose en position de fonction	10 %	8 %

- **Raideurs**

	D	ND
Raideur dans le secteur de la pronation	0 à 6 %	0 à 5 %
Raideur dans le secteur de la supination	0 à 4 %	0 à 3 %

4) Poignet

Le secteur utile s'étend de 0 à 45 degrés pour la flexion et de 0 à 45 degrés pour l'extension. Les mouvements en dehors de ce secteur utile n'ont qu'un très faible retentissement sur la vie quotidienne. Il en est de même de la déviation radiale.

- **Ankyloses**

	D	ND
Arthrodèse ou ankylose en position de fonction		
• prono supination conservée	10 %	8 %
• prono supination abolie	20 %	16 %

- **Raideurs**

	D	ND
Raideurs dans le secteur utile		
• déficit de flexion	0 à 4 %	0 à 3 %
• déficit d'extension	0 à 6 %	0 à 5 %
Perte de la déviation cubitale	1,5 %	1 %

B MAIN

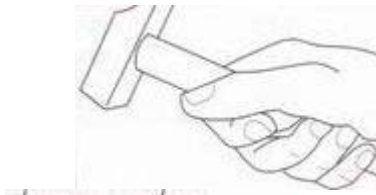
La fonction essentielle de la main est la préhension qui est conditionnée par la réalisation efficace des prises et des pinces. Celles-ci supposent la conservation à la fois d'une longueur, d'une mobilité et d'une sensibilité suffisantes des doigts.

L'expert devra avant tout procéder à un examen analytique de la main.

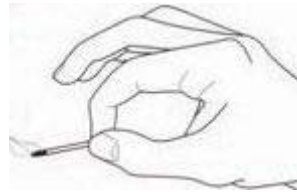
Ensuite, il devra vérifier si les données de son examen sont corroborées par la possibilité de réaliser les six pinces et prises fondamentales (voir figure).

Une discordance mériterait une étude attentive de ses causes et une éventuelle correction du taux d'AIPP envisagé, la limite absolue étant la perte de la valeur des doigts concernés.

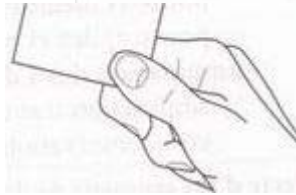
PRINCIPALES PINCES ET PRISES



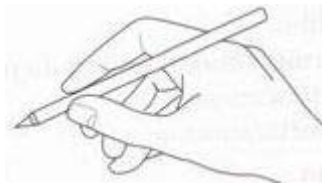
Grip de l'outil



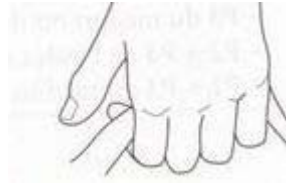
Pince pollici digitale pulpo-pulpaire



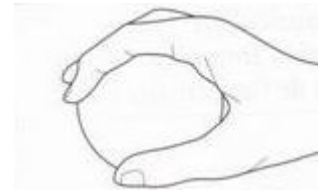
Pince pollici latero-digitale



Pince pollici tridigitale



Prise en crochet



Prise sphérique

a) Amputations

1) Amputation totale de la main

	D	ND
Amputation totale de la main	50 %	45 %

2) Amputation des doigts

Schéma à venir

Dans ce schéma:

- les parties pointillées ont une valeur nulle
- le taux attribué à chaque segment couvre la totalité de celui-ci
- la perte partielle d'un segment se calcule au pro rata de la perte totale
- les taux prévus tiennent compte des troubles sensitifs, vasculaires et trophiques léger que le médecin sait accompagner habituellement une amputation digitale

Ici schema à venir

- Amputation du **pouce (et de son métacarpien)** ou des doigts longs : voir schéma de la main
- Amputation d'un **doigt long en tout ou en partie** : voir le taux sur le schéma.
- Amputation de **plusieurs doigts longs** (pertes combinées) : l'addition simple des taux unidigitaux calculés ne tient pas compte de la synergie entre les doigts longs. Cette synergie est différente selon le nombre de doigts concernés :
 - atteinte de 2 doigts longs : majorer l'addition simple de 45 % du taux calculé
 - atteinte de 3 doigts longs : majorer l'addition simple de 65 % du taux calculé
 - atteinte des 4 doigts longs : majorer l'addition simple de 45 % du taux calculé
- Amputation du **pouce** :

	D	ND
perte de MC + P1 + P2	26 %	22 %
perte de P1 + P2	21 %	18 %
perte de P2	12 %	10 %

- Amputation du pouce et d'un ou des doigt(s) long(s) : ici, le terme « pouce » s'applique uniquement à P1 + P2.

L'addition simple des taux respectivement du pouce et de l'ensemble des doigts longs atteints (ce dernier taux calculé en tenant compte de la synergie interdigitale des doigts longs) fournirait un taux global trop élevé. En effet, la valeur accordée au pouce dans le schéma de la main ne vaut qu'en regard de doigts longs intacts. S'ils ne le sont plus, le pouce s'en trouve déprécié dans son action synergique.

Ainsi, au taux calculé par addition simple (taux du pouce + taux des doigts longs majoré pour synergie), il convient d'appliquer un coefficient de réduction de :

- perte touchant le pouce et 1 doigt : 0 % (dépréciation trop faible pour entrer en ligne de compte dans le calcul)
- perte touchant le pouce et 2 doigts : - 5 %
- perte touchant le pouce et 3 doigts : - 10 %
- perte touchant le pouce et 4 doigts : - 20 %

En cas de perte supplémentaire de 1er métacarpien, le taux final sera peu affecté : en effet, le premier métacarpien isolé n'a qu'une faible valeur.

Quant aux autres métacarpiens, leur influence sur le taux global est faible mais variable, leur résection étant, selon le cas, souhaitable ou légèrement péjorative.

b) Ankyloses, arthrodèses et raideurs

Dans les atteintes combinées de plusieurs doigts, il convient d'appliquer les coefficients prévus d'une part pour la synergie des doigts longs, d'autre part pour les atteintes touchant à la fois le pouce et un ou des doigt(s) long(s) : voir plus haut.

1) Ankyloses

Par convention, nous appelons A0 l'articulation trapézo-métacarpienne du pouce ; pour tous les doigts : A1 signifie métacarpo-phalangienne, A2 inter phalangienne proximale, A3 inter phalangienne distale.

Pour les doigts longs, la position de fonction est une flexion de 20 à 30°.

Pour le pouce, la position de fonction est une abduction et antépulsion de A0 et une légère flexion de A1 et A2.

- Ankylose du **pouce en position de fonction**

L'ankylose de A0, A1 et A2 donne un taux inférieur à 75 % de la valeur du doigt retenue pour les ankyloses des doigts longs, ceci tenant compte de la fonction particulière du pouce. En effet, cette ankylose permet encore une certaine opposition.

	D	ND
A0 + A1 + A2	16 %	14 %
A0	8 %	7 %
A1	4 %	3,5 %
A2	4 %	3,5 %
A1 + A2	8 %	7 %

- Ankylose de **toutes les articulations d'un doigt long**

En *position de fonction*: équivaut à 75 % de la valeur de la perte du doigt étant donné la persistance de la sensibilité et d'une possibilité d'utilisation restreinte du doigt

	D	ND
Index	6 %	5 %
Médus	6 %	5 %
Annulaire	4 %	3 %
Auriculaire	4,5 %	4 %

En *position défavorable*

trop fléchie	D	ND
Index	8 %	7 %
Médus	8 %	7 %
Annulaire	5 %	4 %
Auriculaire	6 %	5 %

trop étendue	D	ND
Index	7 %	6 %
Médus	7 %	6 %
Annulaire	4,5 %	3,5 %
Auriculaire	5 %	4%

- Ankylose **d'une ou deux articulations d'un doigt long**

L'expert se référera au taux d'ankylose complète du doigt concerné réduit d'1/3 ou de 2/3.

2) Raideurs

Le taux accordé pour la raideur est au pro rata du taux prévu pour l'ankylose, compte tenu du secteur de mobilité utile de chaque articulation.

Le secteur de mobilité utile est, pour les doigts longs :

- *A1 et A2 : index et médus : 20 à 80° ; annulaire et auriculaire : 30 à 90°*
- *A3 : 20 à 70°*

Le secteur de mobilité utile pour les articulations du pouce se situe autour de leur position de fonction.

c) Troubles de la sensibilité palmaire

Les troubles de la sensibilité du dos de la main n'ont pas de retentissement fonctionnel et ne justifient donc pas un taux d'AIPP.

Les taux prévus comprennent les légères paresthésies et les discrets troubles trophiques que le médecin sait accompagner normalement le petit névrome succédant à une section nerveuse.

Dans les atteintes combinées de plusieurs doigts, il convient d'appliquer les coefficients prévus d'une part pour la synergie des doigts longs, d'autre part pour les atteintes touchant à la fois le pouce et un ou des doigt(s) long(s) : voir plus haut.

1) Anesthésie: le taux accordé correspond à 75 % du taux prévu pour la perte anatomique du ou des segment(s) de doigt (s) concerné(s).

2) Hypoesthésie: le taux accordé est de à 50 % à 75 % du taux prévu pour la perte anatomique du ou des segment(s) de doigt (s) concerné(s) selon l'importance et la localisation de l'hypoesthésie et le doigt atteint (réalisation des pinces) .

B) MEMBRE INFÉRIEUR

a) Amputations

Une amputation au niveau du membre inférieur, sauf si elle siège au niveau du pied, n'autorise chez le patient ni la marche ni la station. Les taux proposés sont ceux correspondant à un sujet correctement appareillé. Si l'appareillage n'est pas aussi satisfaisant, l'expert appréciera le taux en fonction de la tolérance de la prothèse et de son résultat. Le taux ne pourra pas dépasser celui de l'amputation sus-jacente.

Désarticulation de hanche ou amputation haute de cuisse non appareillable	65 %
Désarticulation unilatérale de hanche ou amputation haute de cuisse sans appui ischiatique	60 %
Amputation de cuisse	50 %
Désarticulation du genou	40 %
Amputation de jambe	30 %
Amputation tibio-tarsienne	25 %
Amputation médio ou trans métatarsienne	20 %
Amputation des 5 orteils et du 1 ^{er} métatarsien	12 %
Amputation du 1 ^{er} orteil et 1 ^{er} métatarsien	10 %
Amputation des deux phalanges du 1 ^{er} orteil	6 %

b) Ankyloses et raideurs

1) Hanche

Flexion : 90° autorisent la grande majorité des actes de la vie quotidienne ; 70° autorisent la position assise et la pratique des escaliers ; 30° autorisent la marche.

Abduction : 20° permettent pratiquement tous les actes de la vie quotidienne.

Adduction : elle a très peu d'importance pratique.

Rotation externe : seuls les 30 premiers degrés sont utiles.

Rotation interne : 10° suffisent à la majorité des actes de la vie quotidienne.

Extension : 20° sont utiles à la marche et à la pratique des escaliers

La douleur est un élément essentiel conditionnant l'utilisation dans la hanche dans la vie quotidienne (marche et station) : les taux proposés en tiennent compte.

• Ankylose

Hanche <ul style="list-style-type: none">• en bonne position	30 %
---	------

- Raideurs

Raideur serrée de plusieurs mouvements

avec ses signes d'accompagnement (signes radiologiques, amyotrophie...), c'est une situation plus sévère qu'une ankylose	Jusqu'à 40 %
--	---------------------

En supposant les autres mouvements complets

Perte totale de la flexion	17 %
Flexion	
• limitée à 30°	13 %
• limitée à 70°	7 %
• limitée à 90°	4 %
Perte totale de l'extension	2 %
Flessum irréductible de 20°	4 %
Perte totale de l'abduction	6 %
Perte totale de l'adduction	1 %
Perte totale de la rotation externe	3 %
Perte totale de la rotation interne	1 %

2) Genou

Flexion : 90° permettent la moitié et surtout les plus importants des actes de la vie courante (marcher, s'asseoir, utiliser les escaliers...); 110° autorisent les ¾ des actes de la vie courante et 135° les autorisent tous.

Extension : un déficit d'extension inférieur à 10° est compatible avec ¾ des actes de la vie courante.

- Ankylose

Genou	
• en bonne position	25 %

- **Raideurs**

Flexion <ul style="list-style-type: none"> • limitée à 30° • limitée à 50° • limitée à 70° • limitée à 90° • limitée à 110° 	20 % 15 % 10 % 5 % 2 %
Déficit d'extension <ul style="list-style-type: none"> • inférieur à 10° • de 10° • de 15° • de 20° • de 30° 	0 % 3 % 5 % 10 % 20 %

- **Laxités (non appareillées)**

Latérale <ul style="list-style-type: none"> • de moins de 10° • de plus de 10° 	0 à 5 % 5 à 10 %
Antérieure <ul style="list-style-type: none"> • isolée • rotatoire 	2 à 5 % 5 à 10 %
Postérieure <ul style="list-style-type: none"> • isolée • rotatoire 	3 à 7 % 7 à 12 %
Rotatoire complexe	10 à 17 %

- **Déviations axiales**

Genu valgum <ul style="list-style-type: none"> • de moins de 10° • de 10 à 20° • de plus de 20° 	0 à 3 % 3 à 10 % 10 à 20 %
Genu varum <ul style="list-style-type: none"> • de moins de 10° • de 10 à 20° • de plus de 20° 	0 à 4 % 4 à 10 % 10 à 20 %

- **Syndromes femoro-patellaires**

Syndromes femoro-patellaires	0 à 8 %
------------------------------	----------------

- **Séquelles de lésions méniscales**

Séquelles de lésions méniscales	0 à 5 %
---------------------------------	----------------

3) Cheville et pied

- **Articulation tibio-talienne**

Avec 20° de flexion plantaire, on réalise plus de la moitié des actes de la vie courante ; avec 35°, on les réalise tous.

Avec 10° de flexion dorsale, on réalise pratiquement tous les actes de la vie courante.

La perte de quelques degrés de la flexion dorsale est plus gênante qu'une perte de même amplitude de la flexion plantaire étant donné la faible course en flexion dorsale

- **Ankylose**

<ul style="list-style-type: none"> • en position de fonction avec avant pied souple 	10 %
--	-------------

- **Raideurs**

Perte totale de la flexion plantaire	5 %
Perte totale de la flexion dorsale	5 %
Flexion plantaire <ul style="list-style-type: none"> • allant de 0 à 10° • allant de 0 à 20° • allant de 0 à 30° 	5 % 4 % 2 %
Flexion dorsale <ul style="list-style-type: none"> • allant de 0 à 5° • allant de 0 à 10° • allant de 0 à 15° 	5 % 3 % 1 %
Equinisme irréductible	Jusqu'à 15 %

- **Laxité**

Laxité	2 à 6 %
--------	----------------

- **Articulation sous talienne**

Valgus : avec 5°, on réalise pratiquement tous les actes de la vie quotidienne ;

Varus : avec 5°, on réalise plus de la moitié des actes de la vie quotidienne ; avec 15°, on les réalise tous.

La perte du valgus est plus invalidante que celle du varus car l'ankylose en varus est moins bien tolérée que celle en valgus.

- **Ankylose**

• en bonne position	7 %
• en varus	9%
• en valgus	8%

- **Raideurs**

Limitation de moitié	3 %
Limitation d'un tiers	2 %

- **Articulations medio-tarsienne (CHOPART) et tarso-métatarsienne (LISFRANC)**

- **Ankyloses**

Medio-tarsienne (Chopart)	2%
Tarso-métatarsienne (Lisfranc)	4%

- **Raideurs**

Limitation de moitié	3 %
----------------------	-----

- **Articulations metatarso phalangienne - orteils**

- **Ankyloses**

Metatarso phalangienne du 1 ^{er} orteil, selon position	2 à 3%
Ankyloses des orteils 2 à 5, en bonne position	0 à 2%

- **Raideurs**

Pour déterminer le taux des raideurs, l'expert s'inspirera des taux proposés pour les ankyloses.

4) Ankyloses combinées

Ankyloses combinées	
• tibio-talienne et sous talienne, médio tarsienne et avant pied souples	17%
• tibio talienne et sous talienne avec mobilité réduite de la medio tarsienne et de l'avant pied	20%
• sus talienne et médio tarsienne en bonne position, autres articulations libres	9%
• tibio talienne, sous talienne et médio tarsienne, avant pied souple	19%
• tibio talienne, sous talienne, medio tarsienne et tarso metatarsienne	23%
• idem avec ankylose des orteils	25%

5) Raccourcissements non compensés

Jusqu'à 5 cm	8 %
Jusqu'à 4 cm	6 %
Jusqu'à 2 cm	2 %
Jusqu'à 1cm	0 %

D) RACHIS

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

a) Rachis cervical

1) Sans complication neurologique

- Sans lésion osseuse ou disco-ligamentaire documentée

Douleurs intermittentes déclenchées par des causes précises, toujours les mêmes, nécessitant à la demande la prise de médicaments antalgiques et/ou anti-inflammatoires avec diminution minimale des mouvements	jusqu'à 3 %
---	-------------

- Avec lésions osseuses ou disco-ligamentaires documentées

Douleurs très fréquentes avec gêne fonctionnelle permanente requérant des précautions lors de tous les mouvements, vertiges avérés et céphalées postérieures associées, <ul style="list-style-type: none">• avec raideur très serrée pluri étagée, selon le nombre de niveaux• laissant persister quelques mouvements de la nuque	15 à 25 % 10 à 15 %
Douleurs fréquentes avec limitation cliniquement objectivable de l'amplitude des mouvements, contrainte thérapeutique réelle mais intermittente	3 à 10 %
Arthrodèse ou ankylose sans symptômes d'accompagnement, selon le nombre de niveaux	3 à 10 %

2) Avec complications neurologiques ou vasculaires

Voir le chapitre concerné (système nerveux)

b) Rachis thoracique, lombaire et charnière lombo-sacrée

1) Sans complication neurologique

- Sans lésions osseuses ou disco-ligamentaires documentées

Douleurs intermittentes déclenchées par des causes précises, nécessitant à la demande une thérapeutique appropriée, imposant la suppression d'efforts importants et/ou prolongés, associés à une discrète raideur segmentaire	jusqu'à 3%
---	-------------------

- Avec lésions osseuses ou disco-ligamentaires documentées

<i>Rachis thoracique :</i> <ul style="list-style-type: none">• raideur active et gêne douloureuse pour tous les mouvements en toutes positions nécessitant une thérapeutique régulière• gêne permanente avec douleurs inter scapulaires, troubles de la statique, dos creux, perte de la cyphose thoracique radiologique, contraintes thérapeutiques	3 à 10 % 10 à 15 %
<i>Rachis lombaire et charnières thoraco-lombaire et lombo-sacrée :</i> <ul style="list-style-type: none">• raideur active et gêne douloureuse pour tous les mouvements en toutes positions nécessitant une thérapeutique régulière• douleurs très fréquentes avec gêne permanente requérant des précautions lors de tous les mouvements avec raideur segmentaire importante des mouvements, limitation cliniquement objectivable• situations cliniques et radiologiques exceptionnellement sévères	3 à 10 % 10 à 15 % jusqu'à 25 %

2) Avec complication neurologique

Voir le chapitre concerné (Atteintes médullaires)

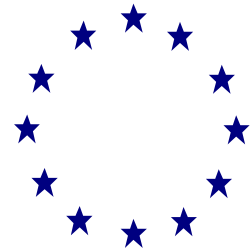
c) Coccyx

Coccygodynies	jusqu'à 3%
---------------	-------------------

E) Bassin

Douleurs post fracturaires d'une branche ischio-pubienne	Jusqu'à 2%
Douleurs et/ou instabilité de la symphyse pubienne	2 à 5%
Douleurs post disjonction ou fracture sacro-iliaque	2 à 5%
Douleurs et instabilité de la symphyse pubienne et de l'articulation sacro-iliaques associées <ul style="list-style-type: none">• sans altération statique du bassin ni atteinte de la marche• avec altération statique du bassin et atteinte de la marche	5 à 8% 8 à 18%

IV.
**SYSTEME CARDIO-
RESPIRATOIRE**





IV - SYSTEME CARDIO-RESPIRATOIRE

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

I - COEUR

En se référant à la classification ci-dessous, inspirée de celle de la New York Heart Association (NYHA), l'expert se base sur les manifestations fonctionnelles exprimées par le patient, sur son examen clinique et sur les divers examens complémentaires (ECG, écho doppler, épreuve d'effort, échographie trans œsophagienne, cathétérisme...).

Parmi les données techniques, la fraction d'éjection a une importance primordiale pour la quantification objective des séquelles.

L'expert doit en outre tenir compte de la contrainte thérapeutique et de la surveillance qu'elle impose.

a) Séquelles cardiologiques

Symptomatologie fonctionnelle même au repos , confirmée par les données cliniques (déshabillage, examen clinique) et para cliniques. Contrainte thérapeutique majeure, hospitalisations fréquentes Fraction d'éjection < 20 %	55 % et plus
Limitation fonctionnelle pour les efforts modestes avec manifestations d'insuffisance myocardique (œdème pulmonaire) ou associée à des complications vasculaires périphériques ou à des troubles du rythme complexes avec contrainte thérapeutique lourde et surveillance étroite Fraction d'éjection 20 % à 25 %	45 à 55 %
Idem avec contrainte thérapeutique importante et/ou en cas de troubles du rythme associés Fraction d'éjection 25 % à 30 %	40 à 45 %
Limitation fonctionnelle entravant l'activité ordinaire (marche rapide), altération franche des paramètres échographiques ou écho doppler. Intolérance à l'effort avec anomalies à l'ECG d'effort avec contrainte thérapeutique. Fraction d'éjection 30 % à 35 %	35 à 40 %
Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts ordinaires (2 étages), confirmée par l'ECG d'effort ou l'existence de signes de dysfonctionnement myocardique. Contre indication des efforts physiquement contraignants et contrainte thérapeutique avec surveillance cardiologique rapprochée Fraction d'éjection 35 % à 40 %	25 à 35 %

<p>Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts patents (significatifs) avec des signes de dysfonction myocardique (échodoppler, cathétérisme...) avec contraintes thérapeutiques et surveillance rapprochée</p> <p>Fraction d'éjection 40 % à 50 %</p>	<p>15 à 25 %</p>
<p>Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts substantiels (sport) sans signe de dysfonction ou d'ischémie myocardique avec contraintes thérapeutiques et surveillance régulière</p> <p>Fraction d'éjection 50 % à 60 %</p>	<p>8 à 15 %</p>
<p>Pas de limitation fonctionnelle. Bonne tolérance à l'effort ; selon contraintes thérapeutiques et/ou surveillance régulière</p> <p>Fraction d'éjection > 60 %</p>	<p>jusqu'à 8 %</p>

b) Transplant

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

<p>Selon le résultat fonctionnel et la tolérance aux immuno-suppresseurs</p>	<p>25 à 30 %</p>
--	-------------------------

II) APPAREIL RESPIRATOIRE

Quelle soit l'origine de l'atteinte pulmonaire, l'évaluation devra se baser sur l'importance de l'insuffisance respiratoire chronique qui sera appréciée d'après :

- L'importance de la dyspnée, graduée en référence à l'échelle clinique des dyspnées de Sadoul :

STADE OU CLASSE	DESCRIPTION
1	Dyspnée pour les efforts importants au-delà du 2 ^o étage
2	Dyspnée à la marche en pente légère, ou à la marche rapide, ou au 1 ^o étage
3	Dyspnée à la marche normale en terrain plat
4	Dyspnée à la marche lente
5	Dyspnée au moindre effort

- l'examen clinique pratiqué par un spécialiste pneumologue,
- les examens complémentaires déjà pratiqués ou demandés dans le cadre de l'expertise, ces derniers étant obligatoirement non invasifs.

Ce sont par exemple l'imagerie, l'endoscopie, la gazométrie, la spirométrie, les épreuves fonctionnelles respiratoires et les prélèvements sanguins comme VEMS/CV, DEM, SaO₂, CPT, CV, TLCO/VA, Pa O₂, Pa CO₂:

C.V. : Capacité Vitale ; **C.P.T.** : Capacité Pulmonaire totale ; **V.E.M.S.** : Volume Expiratoire Maximum Seconde ; **D.E.M.** : Débit Expiratoire Moyen ; **Pa O₂** : Pression partielle d'oxygène dans le sang artériel ; **Pa CO₂** : Pression partielle de gaz carbonique dans le sang artériel ; **Sa O₂** : saturation en oxygène de l'hémoglobine dans le sang artériel ; **TLCO/VA** : Mesure de la capacité de transfert de monoxyde de carbone par rapport au volume alvéolaire.

a) Perte anatomique totale ou partielle d'un poumon

Perte totale	15 %
Perte lobaire	5 %

Ces taux sont cumulables avec le taux d'AIPP correspondant à l'éventuelle insuffisance respiratoire associée.

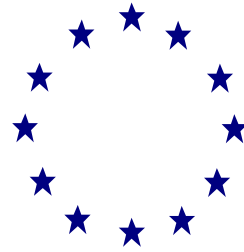
b) Insuffisance respiratoire Chronique

Dyspnée au moindre effort (déshabillage) avec <ul style="list-style-type: none"> ▪ soit CV ou CPT inférieure à 50 % ▪ soit VEMS inférieur à 40 % ▪ soit hypoxémie de repos (PaO₂) inférieure à 60 mm Hg. associée ou non à un trouble de la capnie (PaCo₂) avec éventuelle contrainte d'une oxygénothérapie de longue durée (> 16 h/j) ou d'une trachéotomie ou d'une assistance ventilatoire intermittente 	50 % et plus
Dyspnée à la marche sur terrain plat à son propre rythme avec <ul style="list-style-type: none"> ▪ soit CV ou CPT entre 50 et 60 % ▪ soit VEMS entre 40 et 60 % ▪ soit hypoxémie de repos (PaO₂) entre 60 à 70mmHg 	30 à 50 %
Dyspnée à la marche normale à plat avec <ul style="list-style-type: none"> ▪ soit CV ou CPT entre 60 et 70 % ▪ soit VEMS entre 60 et 70 % ▪ soit TLCO/VA inférieur 60 % 	15 à 30 %
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/VA entre 60 et 70 % 	5 à 15 %
Dyspnée pour des efforts importants avec altération mineure des épreuves fonctionnelles	2 à 5 %

c) Séquelles douloureuses persistantes de thoracotomie

Jusqu'à 5 %

V.
**SYSTEME
VASCULAIRE**





V - SYSTEME VASCULAIRE

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

A. Séquelles artérielles, veineuses et lymphatiques

Le taux tiendra compte des éventuelles contraintes thérapeutiques et/ou de la surveillance médicale par exemple en cas de prothèse qui ne justifie pas, en soi, un taux d'AIPP.

a) Artérielles

Membre inférieur <ul style="list-style-type: none">▪ Plaintes à l'effort (claudication intermittente avérée)▪ Plaintes au repos (douleurs ischémiques spontanées avérées)▪ Idem avec nécrose tissulaire pouvant aller jusqu'à l'amputation	5 à 15 % 15 à 25 % 25 % et plus
Membre supérieur <i>Selon troubles fonctionnels (par exemple perte de force, hypothermie...)</i>	5 à 10 %

b) Veineuses

Il s'agit de séquelles de phlébite indiscutable, qui doivent être appréciés en prenant en compte un éventuel état antérieur

Gêne à la marche prolongée œdème permanent mesurable nécessitant définitivement le port de bas de contention ; dermite ocre et ulcères récidivants	10 à 15 %
Gêne à la marche prolongée œdème permanent mesurable nécessitant définitivement le port de bas de contention ; dermite ocre	4 à 10 %
Sensation de jambe lourde avec œdème vespéral vérifiable	Jusqu'à 4 %

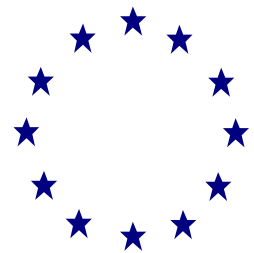
c) Lymphatiques (le lymphoedème)

Membre supérieur	Jusqu'à 10 %
Membre inférieur	<i>Voir séquelles veineuses</i>

B. Splénectomie totale

Avec contraintes thérapeutiques sévères	15 %
Asymptomatique	5 %

VI.
SYSTEME
DIGESTIF





VI- SYSTEME DIGESTIF

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

A) STOMIES CUTANÉES DÉFINITIVES ET INCONTINENCES TOTALES

a) Stomies appareillées

Colostomie, iléostomie	30 %
------------------------	------

b) Incontinence fécale

Sans possibilité de contrôle	45 %
------------------------------	------

B) TROUBLES COMMUNS AUX DIFFÉRENTES ATTEINTES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Le taux incluant celui inhérent à la perte organique.

Grand syndrome de malabsorption	60 %
Nécessitant un suivi médical fréquent , un traitement constant, une contrainte diététique stricte avec retentissement sur l'état général	30 %
Nécessitant un suivi médical régulier , un traitement quasi-permanent, une contrainte diététique stricte avec incidence sociale	20 %
Nécessitant un suivi médical périodique , un traitement intermittent, des précautions diététiques, sans retentissement sur l'état général	10 %

C) HEPATITES

a) Sans cirrhose.

Les taux se basent sur le score METAVIR qui présente l'avantage d'avoir été élaboré spécifiquement pour l'hépatite.

Il est calculé à partir de 2 paramètres le score d'activité et le score de fibrose :

Score d'activité	Score de fibrose
A0 : activité absente	F0 : absence de fibrose
A1 : activité minimale	F1 : fibrose portale sans septum
A2 : activité modérée	F2 : fibrose portale avec quelques septa
A3 : activité sévère	F3 : fibrose portale avec nombreux septa sans cirrhose
	F4 : cirrhose

Les taux proposés sont alors les suivants

Hépatite persistante (chronique active)	20 %
Score métavir supérieur à A1 F1, inférieur à F4	10 %
Score métavir égal ou inférieur à A1 F1	5 %

b) Avec cirrhose (*c'est-à-dire score métavir supérieur à F4*)

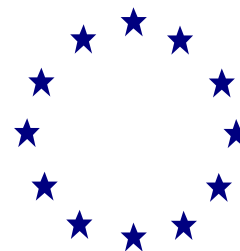
Les taux se basent sur la classification de Child-Pugh :

Désignation du groupe	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
Bilirubine sérique (µmol/l)	Moins de 34,2	De 34,2 à 51,3	Plus de 51,3
Albumine sérique (g/l)	Plus de 35	De 30 à 35	Moins de 30
Ascite	Aucune	Facilement maîtrisée	Mal maîtrisée
Troubles neurologiques	Aucun	Minimes	Coma avancé
Etat nutritionnel	Excellent	Bon	Médiocre, fonte musculaire

Les taux proposés sont les suivants :

Classe 3 : insuffisance hépatique avancée Child C	70 % et plus
Classe 2 : Child B	40 %
Classe 1 : Child A	20 %

VII.
SYSTEME
URINAIRE



VII- SYSTEME URINAIRE

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

a) Perte d'un rein, non remplacé, fonction rénale normale ou restée à son état antérieure

Taux de la perte d'un organe interne dans son contexte psychologique et culturel particulier	15 %
--	------

b) Insuffisance Rénale

Clearance de la créatinine inférieure à 10 ml/mn. Nécessité de mise en dialyse en centre ou auto dialyse; selon complications	35 à 65 %
Clearance de la créatinine entre 10 et 30 ml/mn. Altération de l'état général. Régime très strict et contraintes thérapeutiques lourdes	25 à 35 %
Clearance de la créatinine entre 30 et 60 ml/mn. TA minima inférieure à 12. Asthénie, nécessité d'un régime et d'un traitement médical stricts	15 à 25 %
Clearance de la créatinine entre 60 et 80 ml/mn avec TA < ou = 16/9, en fonction du régime, de l'altération de l'état général et des traitements	5 à 15 %

Dans le cas particulier où la fonction rénale est altérée chez un néphrectomisé unilatéral, le taux de la perte anatomique n'est pas cumulable, mais le taux minimum proposé pour l'altération de la fonction rénale est de 15 %.

c) Transplantation

Selon tolérance aux traitements corticoïdes et immunodépresseurs	10 à 20 %
<i>En cas d'insuffisance rénale surajoutée, imputable, se rapporter au tableau ci-dessus</i>	

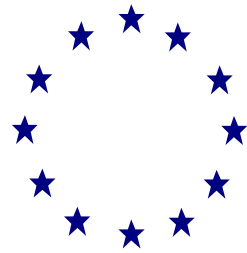
d) Incontinence

Sans possibilité de contrôle	30 %
------------------------------	------

d) Stomie

Appareillée	15 %
-------------	------

**VIII.
SYSTEME
DE REPRODUCTION**



VIII - SYSTEME DE REPRODUCTION

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

Les répercussions endocriniennes éventuelles ne sont pas incluses dans les taux.

Les taux n'incluent pas les conséquences sur la différenciation sexuelle lorsque l'atteinte survient avant la puberté.

Certains de ces taux caractérisent la perte de l'organe dans son contexte socio-culturel.

I- FEMME

a) Perte d'organe

Hystérectomie	6 %
Ovariectomie <ul style="list-style-type: none">• bilatérale• unilatérale	12 % 6 %
Mammectomie <ul style="list-style-type: none">• bilatérale• unilatérale	25 % 10 %

b) Stérilité

Inaccessible définitivement à toutes techniques médicales d'assistance à la procréation chez un sujet qui était apte à la procréation taux incluant la perte des organes	25 %
--	------

II- HOMME

Perte d'organe

Orchidectomie <ul style="list-style-type: none">• bilatérale• unilatérale	15 % 6 %
Perte de la verge	40 %

a) Stérilité

Chez un sujet qui était apte à la procréation taux incluant la perte des testicules	25 %
---	------

S'il existe en outre une perte de la verge, le taux combiné de la perte des organes et de la stérilité est de 45 %

IX.

**SYSTEME
GLANDULAIRE
ENDOCRINIEN**





IX. SYSTEME GLANDULAIRE ENDOCRINIEN

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

Les problèmes d'imputabilité sont ici parmi les plus difficiles. En effet, il est extrêmement rare d'observer en évaluation, un dommage corporel uniquement constitué par un déficit endocrinien isolé.

Ici encore plus que dans les autres chapitres, il convient de se déterminer en fonction des examens cliniques et des épreuves complémentaires effectuées auprès d'un spécialiste.

L'évaluation se fera en fonction de l'adaptation au traitement, de son contrôle et de son efficacité.

a) Hypophyse

Panhypopituitarisme , (représenté par un déficit total des fonctions hypophysaires antérieure et postérieure) nécessitant un traitement substitutif et une surveillance clinique et biologique régulière, selon l'efficacité du traitement	20 à 45 %
Diabète insipide , apprécié en fonction du contrôle de la polyurie par la thérapeutique et son efficacité	5 à 20 %

b) Thyroïde

Hyperthyroïdie , avec altération des constantes biologiques, tremblements, exophtalmie sans répercussion sur la vision.	5 à 8 %
Idem, avec répercussions sur d'autres organes et/ou fonctions.	8 à 30 %
Hypothyroïdie (exceptionnellement post traumatique)	Jusqu'à 5 %

c) Parathyroïde

Hypoparathyroïdie , essentiellement, selon perturbations des dosages biologiques (calcémie, phosphorémie, parathormone) et la gêne engendrée par la persistance des signes cliniques	5 à 15 %
---	-----------------

b) Pancréas –Diabète

<p>Diabète non insulino-dépendant</p> <p>Il n'est jamais directement post traumatique. Lorsque l'imputabilité est établie, en fonction de la nature des signes cliniques, des contraintes de surveillance et de traitement</p>	<p>5 à 10 %</p>
<p>Diabète insulino-dépendant</p> <p><i>L'apparition d'un tel diabète pose souvent des problèmes d'imputabilité, sauf lorsqu'il est la conséquence de lésions pancréatiques majeures.</i> <i>Le taux sera apprécié en fonction de sa stabilité, du retentissement sur la vie sociale et des contraintes thérapeutiques ainsi que de la surveillance</i></p> <p>- Diabète mal équilibré, avec malaises, retentissement sur l'état général, nécessitant une surveillance biologique étroite</p> <p>- Diabète bien équilibré par un traitement insulinique simple, en fonction des contraintes de surveillance</p> <p><i>En cas de complications laissant des séquelles définitives, se reporter aux spécialités concernées.</i></p>	<p>20 à 40 %</p> <p>15 à 20 %</p>

c) Surrénales

<p>Insuffisance surrénalienne : en fonction de la contrainte liée à la thérapeutique et à la surveillance</p>	<p>10 à 25 %</p>
--	-------------------------

d) Gonades

<p>Selon le résultat du traitement substitutif</p>	<p>10 à 25 %</p>
--	-------------------------

X.

SYSTEME

60

CUTANÉ





X. BRULURES PROFONDES OU CICATRISATIONS PATHOLOGIQUES

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

Les taux proposés prennent essentiellement en compte les séquelles cutanées et n'incluent pas les conséquences esthétiques et les limitations des mouvements.

Selon le pourcentage de surface corporelle des lésions

Inférieur à 10 %	5 %
De 10 à 20 %	10 %
De 20 à 60 %	10 à 25 %
Plus de 60 %	25 à 50 %

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Acouphènes	27
Acuité (visuelle)	23
Acuité (auditive)	26
Alexie	14
Alzheimer (démences de type)	15
Amputations (membre supérieur)	31
Amputations (membre inférieur)	40
Ankylose (membre supérieur)	32
Ankylose (membre inférieur)	40
Annexes de l'œil	25
Annulaire	38
Anosmie	27
Aphakie	25
Aphasie	13
Aphonie	27
Apragmatisme	14
Artérielles (séquelles)	57
Articulé dentaire (troubles de l')	28
Audition	26
Auriculaire	38

B

Bassin	48
Brûlures	77

C

Cécité	23
Cervical (rachis...)	46
Champ visuel	24
Cheville	43
Circonflexe (nerf)	18
Cirrhose	62
Cognitifs (déficits, troubles)	13,15
Coude	32
Cristallin (lésions du)	25
Cœur	51
Coccyx	47

D

Déafférentation (douleurs de)	16
Déficits mixtes	15
Démence	15
Dents	23
Dépressif (état)	17
Diabète	74
Didactiques (perte des connaissances)	14
Digestif (système)	61
Diplopie	24
Distractibilité	14
Doigts	35
Dysphonie	27
Dyspnée	52

E

Edentation	28
Endocrinien (système glandulaire)	73
Épaule	32
Endoprothèse (articulaires)	31
Épilepsie	15
Équilibration (troubles de)	27
Equinisme	43
Epreuves fonctionnelles respiratoires	53

F

Facial (paralysie du nerf)	18
Fémoral (nerf)	19
Fémoro-patellaire (syndrome)	43
Fibulaire (nerf)	19
Fibrose (hépatique)	62
Frontal (syndrome)	14

G

Genou	40,41
Glandulaire (système)	73
Gonade	76

H		Nerf glosso-pharyngien	18
Hanche	40	Nerf médian	18
Hémianopsie	24	Nerf musculo-cutané	18
Hémiplégie	13	Nerf obturateur	19
Hépatites	62	Nerf radial	18
Hétérophorie	25	Nerf sciatique	19
Humeur (troubles de)	17	Nerf spinal	18
Hypophyse	73	Nerf tibial	19
Hyposmie	27	Nerf thoracique supérieur	18
Hyperthyroïdie	73	Nerf trijumeau	18
Hypothyroïdie	73	Nerf ulnaire	18
Hystérectomie	69	Névrose traumatique	17
I J K		O	
Incontinence anale	61	Obturateur (nerf)	19
Incontinence urinaire	65	Oculo-motricité (troubles de)	24
Index	38	Oeil (perte de la vision)	23
Initiative (perte de l')	14	Olfaction (troubles de)	25
Jargonophasie	14	Ophthalmologie	23
Korsakoff (syndrome de)	14	Orchidectomie	69
		Ovariectomie	69
		Oxygénothérapie	53
L		P	
Langue	28	Paraphasie	14
Laxité (cheville)	43	Paraplégie	13
Laxité (genou)	42	Parathyroïdes	73
Lombaire (rachis)	47	Phlébite (séquelles veineuses)	57
Lombo sacrée (charnière)	47	Pied	43
Lymphoedème	57	Pincés fondamentales	35
		Plexus brachial	18
		Poignet	34
		Post-commotionnel (syndrome)	16
		Pouce	37
		Poumon	53
		Préhension	34
		Prises fondamentales	35
		Procréation	69
		Prothèse articulaire	31
		Prothèse vasculaire	57
		Pseudophakie	25
		Psychiatrie	17
		Psychotiques (troubles)	17
		Q	
		Quadransopie	24
		Queue de cheval (syndrome de la)	13
M			
Main	34		
Mammectomie	69		
Mandibulaire (dysfonctionnement)	28		
Médian (nerf)	18		
Médius	38		
Mémoire	14		
N			
Nasale (troubles de la ventilation)	27		
Nerf circonflexe	18		
Nerf facial	18		
Nerf fémoral	19		
Nerf fibulaire	19		
Nerf grand hypoglosse	18		

R

Raccourcissement	45
Rachis	46
Radiale(paralyse)	18
Rate (voir splénectomie)	58
Rénale (insuffisance)	65
Respiratoire (épreuve fonctionnelle, insuffisance, système)	51

S

Sciatique (paralyse du nerf)	19
Scotome	24
Sensitivo-moteurs (déficits)	18
Splénectomie	58
Stérilité	69
Stomatologie	28
Stomie cutanée digestive	61
Stomie cutanée urinaire	65
Stress post-traumatique	17
Surrénales	74
Syndrome de Korsakoff	14
Syndrome de la queue de cheval	13
Syndrome fémoro-patellaire	43
Syndrome frontal	14
Syndrome post-commotionnel	16

T

Tétraplégie	13
Thoracique (rachis)	47
Thoracique supérieur (nerf)	18
Thoracotomie (séquelles)	53
Thoraco-lombaire (charnière)	47
Thyroïde	73
Transplant cardiaque	52
Transplantation rénale	65

U

Ulcères (de jambe récidivants)	57
Ulnaire (paralyse du nerf)	18
Urinaires (système, incontinence)	65

V

Veineuses (séquelles)	57
Ventilation nasale (trouble de)	27
Verge (amputation)	69
Vertige (positionnel paroxystique)	27
Vestibulaire (atteinte destructive)	27
Visuel (champ)	23
Visuelle (acuité)	24