

sumés contagieux et des déchets potentiellement contaminés ainsi qu'au transport des produits à visée thérapeutique, des produits de nettoyage et de désinfection ;

- réquisition de personnels de santé ainsi que de tous personnels techniques, civils ou militaires, nécessaires pour combattre l'épidémie.

4° Mesures d'ordre et de salubrité publique :

- substitution, sans mise en demeure préalable, dans la mise en œuvre des pouvoirs de police qui sont dévolus aux maires par l'article L. 2212-2 (5°) du code général des collectivités territoriales ;
- contrôle et fermeture d'établissements publics ou privés afin d'éviter la dissémination du virus ;
- annulation des rassemblements de masse ;
- limitation des déplacements de population ;
- renforcement des contrôles aux frontières ;
- saisie et destruction de tout objet, vêtement ou colis potentiellement contaminé.

5° Information et communication :

- réquisition de tous moyens de communication nécessaires pour rechercher les sujets contacts et pour informer les professionnels et le public.

Art. 2. - Les mesures sont maintenues pendant une période de deux mois à compter de la survenue du dernier cas.

Art. 3. - Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le garde des sceaux, ministre de la justice, la ministre de la défense et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 3 avril 2003.

JEAN-PIERRE RAFFARIN

Pur le Premier ministre :

*Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées,*

JEAN-FRANÇOIS MATTEI

*Le ministre de l'intérieur,
de la sécurité intérieure
et des libertés locales,*
NICOLAS SARKOZY

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

DOMINIQUE PERBEN

La ministre de la défense,
MICHÈLE ALLIOT-MARIE

Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique

NOR : SANS0321053D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire,

Vu le code de la santé publique, et notamment son article L. 1142-1 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 25 février 2003 ;

Vu l'avis de la commission de la réglementation de l'assurance en date du 6 mars 2003,

Décète :

Art. 1^{er}. - Le pourcentage mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique est fixé à 24 %.

Un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale présente également le caractère de gravité mentionné au II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique lorsque la durée de l'incapacité temporaire de travail résultant de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale est au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois.

A titre exceptionnel, le caractère de gravité peut être reconnu :

1° Lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale ;

2° Ou lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionnent des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence.

Art. 2. - Le barème d'évaluation des taux d'incapacité des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales mentionné au II de l'article L. 1142-1 est annexé au présent décret.

Art. 3. - L'expert médical appelé à évaluer l'incapacité de la victime d'une lésion à laquelle le barème ne comporte pas de référence informe, par avis motivé, la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente des références à l'aide desquelles il procède à cette évaluation.

Cette information est transmise à la Commission nationale des accidents médicaux ainsi qu'aux parties intéressées et, le cas échéant, à leurs assureurs.

La commission régionale fixe un taux d'incapacité sur la base de cette évaluation.

Art. 4. - Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 4 avril 2003.

JEAN-PIERRE RAFFARIN

Pur le Premier ministre :

*Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées,*

JEAN-FRANÇOIS MATTEI

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
FRANCIS MER

Le ministre délégué au budget

et à la réforme budgétaire,

ALAIN LAMBERT

ANNEXE

BARÈME D'ÉVALUATION DES TAUX D'INCAPACITÉ DES VICTIMES D'ACCIDENTS MÉDICAUX, D'AFFECTIONS IATROGÈNES OU D'INFECTIONS NOSOCOMIALES

I. - NEUROLOGIE

L'évaluation des déficits neurologiques ne doit se faire qu'après un délai suffisamment long (généralement de l'ordre de 2 à 3 ans et au terme d'un délai plus long chez l'enfant) afin de juger de leur permanence et des adaptations aux handicaps.

Il est souhaitable que l'intervalle entre le traumatisme initial et l'évaluation définitive soit mis à profit pour procéder régulièrement à des bilans médicaux fiables.

I. - Déficits sensitivo-moteurs
d'origine médullaire et centrale

A. - D'origine médullaire

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

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

B. - *D'origine hémisphérique, tronculaire ou cérébelleuse*

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

C. - *Troubles de la circulation du liquide céphalo-rachidien*

Les taux doivent être évalués en fonction des déficits constatés, essentiellement cognitifs.

La présence du matériel de dérivation ne justifie pas à elle seule un taux d'incapacité.

II. - **Déficits cognitifs**

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

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

A. - *Syndrome frontal vrai*

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

B. - *Atteinte isolée de certaines fonctions cognitives*

Langage :

- aphasie majeure avec jargonophilie, alexie, troubles de la compréhension.	70 %
- forme mineure : troubles de la dénomination et de la répétition, paraphasie. Compréhension conservée.	10 à 30 %

Mémoire :

- altération massive, syndrome de Korsakoff complet.	60 %
- altération modérée à grave : oublis fréquents, gênants dans la vie courante, fausses reconnaissances, éventuellement fabulations.	15 à 60 %
- altération légère : difficultés d'apprentissage, nécessité d'aide-mémoire dans la vie courante, troubles de l'évocation.	10 à 15 %

Perte totale ou partielle des connaissances didactiques : les taux correspondants seront appréciés selon la même échelle que les troubles de la mémoire.

C. - *Troubles cognitifs mineurs*

En l'absence de syndrome frontal vrai ou d'atteinte isolée d'une fonction cognitive, certains traumatismes crâniens, plus ou moins graves, peuvent laisser subsister un syndrome associant : labilité de l'attention, lenteur idéatoire, difficultés de mémorisation, fatigabilité intellectuelle, intolérance au bruit, instabilité de l'humeur, persistant au-delà de 2 ans : 5 à 15 %.

D. - *Démence*

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

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

III. - **Déficits mixtes cognitifs et sensitivo-moteurs**

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

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

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

Abolition de toute activité volontaire utile, perte de toute possibilité relationnelle identifiable	100 %
Déficits sensitivo-moteurs majeurs limitant gravement l'autonomie, associés à des déficits cognitifs incompatibles avec une vie relationnelle décente	80 à 95 %

Troubles cognitifs majeurs comportant, au premier plan, désinhibition et perturbations graves du comportement, compromettant toute socialisation, avec déficits sensitivo-moteurs mais compatibles avec une autonomie pour les actes essentiels de la vie courante..... 60 à 80 %

Troubles cognitifs associant perturbation permanente de l'attention et de la mémoire, perte relative ou totale d'initiative et/ou d'autocritique, **incapacité de gestion** des situations complexes, avec déficits sensitivo-moteurs patents mais compatibles avec une autonomie pour les actes de la vie courante. 40 à 65 %

Troubles cognitifs associant lenteur idéatoire évidente, déficit patent de la mémoire, difficulté d'élaboration des stratégies complexes **avec déficits sensitivo-moteurs** n'entraînant pas de réelles conséquences fonctionnelles.... 20 à 40 %

IV. - Déficiences sensitivo-moteurs d'origine périphérique

A. - Face

Paralysie faciale complète hypotonique :
- unilatérale 5 % à 15 %
- bilatérale (exceptionnelle)..... 15 % à 25 %
Hémispasme facial complet non amélioré par la thérapeutique..... jusqu'à 10 %

B. - Membres supérieurs

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

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

C. - Membres inférieurs

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

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

D. - Les douleurs de déafférentation

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

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

E. - Syndrome de la queue de cheval

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

V. - Déficiences neuro-sensorielles

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

VI. - Epilepsie

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

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

A. - Epilepsies avec troubles de conscience

(Epilepsies généralisées et épilepsies partielles complexes)

Epilepsies bien maîtrisées par un traitement bien toléré : 10 à 15 %

Epilepsies difficilement contrôlées, crises fréquentes (plusieurs par mois), effets secondaires des traitements : 15 à 35 %

B. - Epilepsies sans troubles de conscience

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

VII. - Cas particulier

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

II. - PSYCHIATRIE

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

I. - Névroses traumatiques

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

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

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

L'événement doit avoir été mémorisé.

La symptomatologie comporte des troubles anxieux de type phobique, des conduites d'évitement, un syndrome de répétition et des troubles du caractère. Traitée très précocement, la névrose traumatique guérit avec retour à l'état antérieur sans laisser de séquelles constitutives d'une incapacité permanente. L'appréciation d'une névrose traumatique ne peut être envisagée qu'après environ 2 ans d'évolution.

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

Manifestations anxieuses discrètes spécifiques, quelques réminiscences pénibles, tension psychique jusqu'à 3 %.

Manifestations anxieuses phobiques spécifiques avec conduites d'évitement et syndrome de répétition 3 à 10 %.

Anxiété phobique généralisée avec attaques de panique, conduites d'évitement étendues, syndrome de répétition diurne et nocturne 10 à 15 %.

Exceptionnellement jusqu'à 20 %.

II. - Troubles de l'humeur persistants

Dans les cas de lésions orthopédiques et somatiques multiples dont l'évolution est longue et compliquée (brûlures étendues

(1) CIM : classification internationale des troubles mentaux.

avec soins prolongés, lésions orthopédiques avec interventions chirurgicales itératives, ostéite...), il peut persister un état psychique permanent douloureux correspondant à un :

Etat dépressif résistant pouvant justifier un taux d'incapacité permanente, allant jusqu'à 20 %.

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

III. - Troubles psychotiques aigus ou chroniques

Les affections psychotiques ne sont jamais d'origine traumatique.

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

Lors de la survenue, dans les suites immédiates d'un fait traumatique, d'un état dépressif majeur ou d'un accès maniaque chez un sujet, avec un trouble bipolaire de l'humeur, la prise en charge de l'accès est légitime, mais non les suites évolutives de la pathologie.

Certaines lésions temporales de l'hémisphère mineur peuvent réaliser des troubles pseudo-maniaques pris en charge au titre des séquelles neurologiques.

IV. - Aspects particuliers

A. - Troubles de conversion et somatoformes

Devant la difficulté à appréhender les troubles conversifs sans se référer à des théories étiopathogéniques non consensuelles, il est conseillé, pour ce type de symptôme, de se référer à la CIM X (F44) qui distingue : amnésie, fugue, stupeur, transe et possession, troubles de la motricité, de la sensibilité, (syndrome douloureux somatoforme persistant, F45.4), troubles des organes des sens.

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

- qu'ils ne correspondent pas à la perte systématisée de la fonction touchée ;
- que leur psychogenèse est admise dans la mesure où ils peuvent survenir en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques ;
- que la perte fonctionnelle aide la victime à éviter un conflit désagréable ou à exprimer indirectement une dépendance ou un ressentiment ;
- qu'ils sont associés à des éléments caractéristiques :
 - on note parfois une « belle indifférence », c'est-à-dire une attitude surprenante d'acceptation tranquille d'une incapacité grave ;

- la personnalité de base est le plus souvent histrionique et dépendante ;
- que leur évolution est imprévisible (ils pourraient être induits ou levés par hypnose) ;
- ils s'améliorent habituellement en quelques semaines ou quelques mois, en particulier quand la survenue est associée à un événement traumatisant ;
- l'évolution peut être plus prolongée (avec un début plus progressif) lorsqu'ils comportent des paralysies ou des anesthésies, lorsque leur survenue est associée à des problèmes ou à des difficultés interpersonnelles insolubles ;
- que les troubles de conversion ayant déjà évolué depuis plus d'un ou deux ans avant une consultation psychiatrique sont souvent résistants à tout traitement.

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

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

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

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

C. - Simulation

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

III. - OPHTALMOLOGIE

I. - Acuité visuelle

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

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

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

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

	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
1/20.....	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
< 1/20.....	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Cécité.....	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

Tableau I. – Vision de loin

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

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

C'est pourquoi, au tableau I, qui évalue l'incapacité visuelle de loin, il faut adjoindre le tableau II, qui évalue l'incapacité

visuelle de près (quantifiée à une distance normale de lecture – après correction éventuelle de la presbytie – avec le test de l'échelle de Parinaud).

L'utilisation du tableau II ne sera nécessaire que dans les rares cas d'importante dissociation entre les incapacités visuelles de loin et de près. Il conviendra alors de prendre la moyenne arithmétique des deux incapacités pour obtenir un taux correspondant à une plus juste détermination de l'incapacité.

	P1,5	P2	P3	P4	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	38	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).

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'enucléation avec mise en place d'une prothèse oculaire, le taux d'incapacité permanente reste le même car le

port de la prothèse n'a pas pour but d'améliorer la fonction mais l'aspect esthétique (la mobilité et la qualité de l'appareillage sont appréciées dans le cadre du préjudice esthétique).

II. – Champ visuel

L'examen sera pratiqué à l'aide de la coupole de Goldmann ou équivalent. Seules les manifestations apparentes au test III/4 seront considérées comme entraînant un réel retentissement fonctionnel et donc constitutives d'incapacité. Le champ visuel doit être étudié binoculairement, les deux yeux ouverts. La superposition du tracé sur le schéma 1 donne le taux d'incapacité.

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

Le schéma 1 donne le taux d'incapacité :

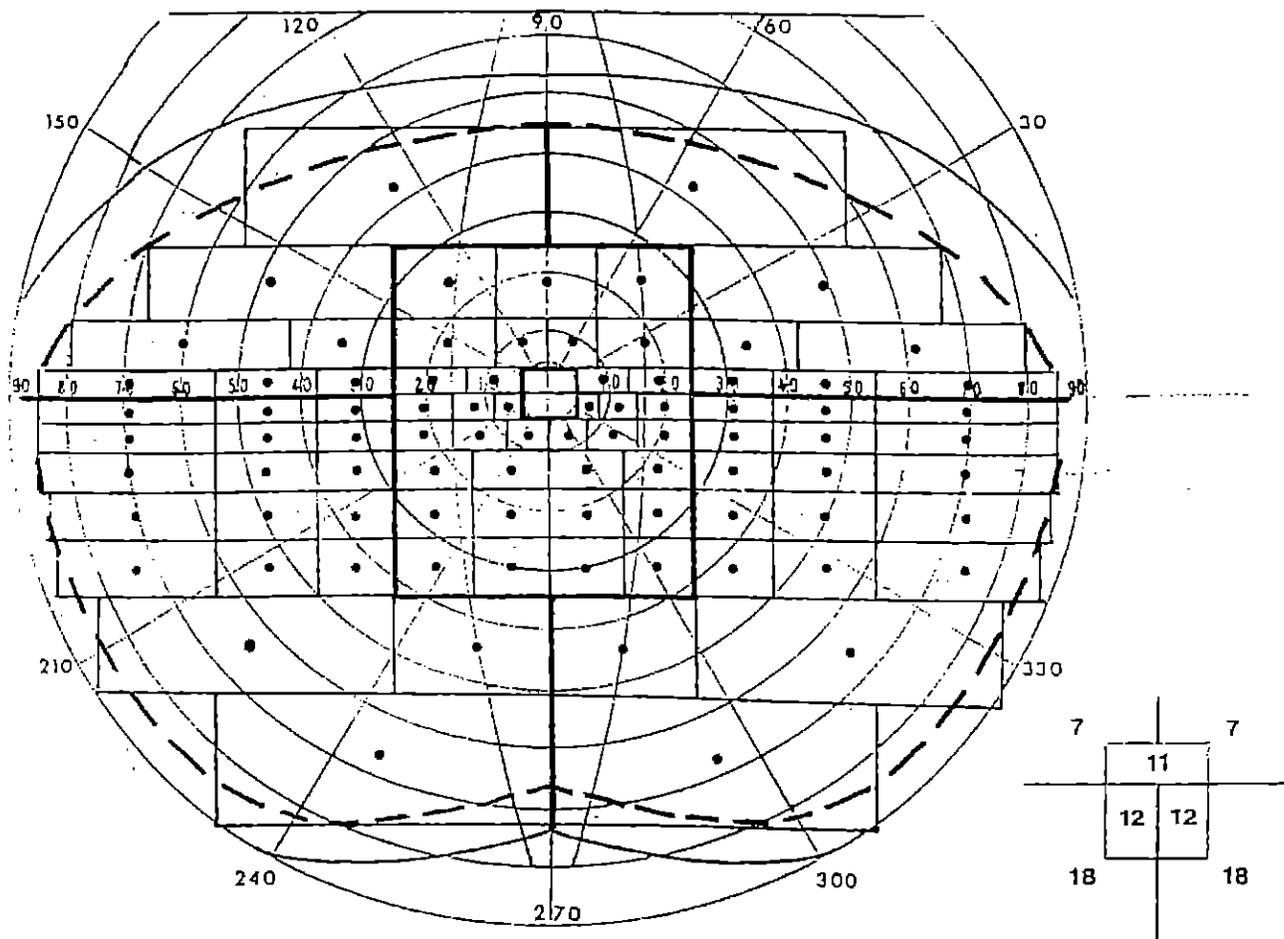


Schéma 1 : approche de l'évaluation du champ visuel (la ligne brisée représente la limite du champ visuel binoculaire normal pour l'isoptère III/4). Chaque point correspond à une lacune non perçue et à 1 % d'IPP. On procède par addition de points. Le rectangle en marge correspond au champ central.

A. - Hémianopsies

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

Hémianopsie latérale homonyme complète :

- avec épargne maculaire : 42 % ;
- avec perte de la vision centrale : si l'épargne maculaire est partielle, calculer le déficit de l'acuité centrale à l'aide du tableau I, puis la rapporter à la capacité visuelle restante post-hémianopsique ($85 - 42 = 43$ %), et l'ajouter au taux de 42 %.

Hémianopsie latérale homonyme incomplète :

- à évaluer en fonction du schéma 1 ;
- tenir compte de l'épargne maculaire partielle comme précédemment.

Hémianopsie altitudinale :

- supérieure : jusqu'à 25 % (schéma 1) ;
- inférieure : jusqu'à 60 % (schéma 1).

Double hémianopsie latérale complète ou bitemporale (en fonction du schéma 1 et de la vision centrale) : jusqu'à 85 %.

Les hémianopsies à type de négligence ont un champ visuel normal au périmètre. La réalité de la négligence visuelle et l'estimation de ses conséquences fonctionnelles seront appréciées avec le neurologue.

B. - Quadransies

- Supérieure : jusqu'à 12 % (schéma 1).
- Inférieure : jusqu'à 30 % (schéma 1).

C. - Rétrécissements concentriques

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

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

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

D. - Scotomes centraux et paracentraux

En cas de perte de la vision centrale : utiliser les tableaux I et II (acuité visuelle).

Les scotomes paracentraux et juxta-centraux avec acuité visuelle conservée (à apprécier en fonction de leur étendue, précisée à la grille d'Amsler en vision binoculaire, et de leur retentissement sur la lecture de près) :

- s'ils ne touchent qu'un œil : jusqu'à 5 % ;
- s'ils touchent les deux yeux : 2 à 10 %.

Les scotomes hémianopsiques latéraux homonymes des lésions occipitales 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 :

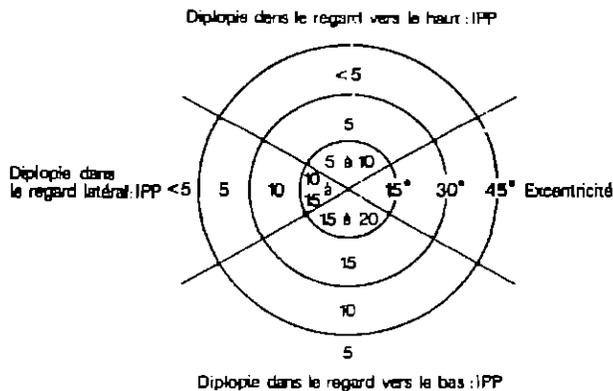


Schéma 2

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

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

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

C. - Paralysies de fonction du regard

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

D. - Déficiences de la motricité intrinsèque

Paralysie unilatérale de l'accommodation chez le sujet jeune	5 %
Mydriase aréactive	5 %
Aniridie totale	10 %
Myosis du syndrome de Claude Bernard-Horner complet : en cas de gêne fonctionnelle	1 à 3 %

E. - Atteinte des saccades et des poursuites

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

IV. - Lésions cristalliniennes

L'œil aphaque, c'est-à-dire privé de son cristallin, ne peut retrouver une vision utilisable qu'après compensation par un

équipement optique. L'incapacité est très variable suivant que cette compensation a été réalisée par lunettes, lentilles de contact ou implantation d'un cristallin artificiel.

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

Compensation optique assurée par un cristallin artificiel (pseudo-phakie) : 5 %.

Chez l'enfant jusqu'à 16 ans, il sera porté à 7 % pour tenir compte du retentissement de la perte de l'accommodation sur la vision binoculaire.

A ce taux de base résultant des seuls inconvénients de la pseudophakie, il convient d'ajouter éventuellement celui résultant de la perte d'acuité visuelle et des autres séquelles associées (larmoiement, photophobie...).

Si l'équipement optique est réalisé par lunettes ou lentilles de contact (aphakie) :

- aphakie unilatérale :	
- si l'acuité de l'œil opéré est inférieure à celle de l'œil sain	10 %
- si l'acuité de l'œil opéré est supérieure à celle de l'œil sain	15 %
- aphakie bilatérale	20 %

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

V. - Annexes de l'œil

Larmoiement, ectropion, entropion	jusqu'à 5 %
Oblitération des voies lacrymales :	
- unilatérale	2 à 5 %
- bilatérale	4 à 10 %
Cicatrices vicieuses (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 %
Hypœsthésie ou anesthésie dans le territoire du nerf sous-orbitaire avec dysesthésie	3 à 5 %

VI. - Séquelles visuelles multiples

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

IV. - 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 %.

Ces taux seront diminués de moitié en cas de remplacement par prothèse mobile et des deux tiers en cas de remplacement par prothèse fixe.

En cas de perte complète d'une dent remplacée par une prothèse implanto-portée	0 %.
Mortification pulpaire d'une dent	0,50 %.

B. - Dysfonctionnements mandibulaires

Limitation permanente de l'ouverture buccale (mesurée entre le bord libre des incisives centrales) :

- Limitée à 30 mm 5 % ;
- Limitée à 20 mm 17 %.
- Limitée à 10 mm 25 %.
- Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire :
- Forme légère :
- unilatérale 3 %.
- bilatérale 5 %.
- Forme sévère 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 dysesthésies dans le territoire du **nerf sus-orbitaire** jusqu'à 3 %.
- Hypoesthésie ou anesthésie avec dysesthésies dans le territoire du **nerf sous-orbitaire** comprenant le déficit gingivo-dentaire jusqu'à 5 %.
- Hypoesthésie ou anesthésie avec dysesthésies 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 dysesthésies 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 ophthalmologiques) :
- unilatérale 5 à 15 % ;
- bilatérale 15 à 25 %.

F. - Communication bucco-sinusienne ou bucco-nasale

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

G. - Pathologie salivaire

- Fistule cutanée salivaire d'origine parotidienne jusqu'à 15 %.
- Syndrome de Frei (éphydrose per-prandiale, latéro-faciale de la région pré-auriculaire et parotidienne) 6 à 8 %.

V. - OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

I. - Audition et otologie

A. - Déficit auditif

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

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

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

Perte complète et bilatérale de l'audition : 60 %.

Pertes partielles.

L'évaluation doit se faire en deux temps :

a) Evaluation de la perte auditive moyenne (PAM) par rapport au déficit tonal en conduction aérienne mesuré en décibels

sur le 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz en affectant des coefficients de pondération respectivement de 2, 4, 3 et 1. La somme est divisée par 10. L'on se reporte au tableau ci-dessous, à double entrée, pour l'appréciation des taux :

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

L'intensité ressentie n'est pas dépendante de l'importance du déficit de l'audition.

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

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

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

II. - Troubles de l'équilibration

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

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

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

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

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

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

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

A. - Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)

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

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

Selon l'importance des signes cliniques et des anomalies para-cliniques : jusqu'à 4 %.

B. - Atteinte vestibulaire périphérique unilatérale

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

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

Selon le résultat de ces explorations : 3 à 8 %.

C. - Atteinte vestibulaire destructive périphérique bilatérale

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

Le sujet ne dispose plus que de la vision et de la proprioception pour gérer son équilibre.

Le résultat des nouvelles stratégies utilisées par le sujet sera apprécié par la qualité du nystagmus opto-cinétique et par l'Equitest.

Selon le résultat de ces explorations : 10 à 20 %.

D. - Atteinte déficitaire otolithique

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

E. - Syndrome vestibulaire central

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

Il ne peut être proposé de taux spécifique ORL.

F. - Explorations complémentaires

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

III. - Atteintes de la motricité faciale

A. - Paralysie faciale

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

- unilatérale ; selon son degré : 5 à 15 % ;
- bilatérale (exceptionnelle) ; selon son degré : 15 à 25 %.

Les éventuelles complications ophtalmologiques sont à apprécier de façon complémentaire.

L'évaluation du dommage esthétique fera l'objet d'une évaluation indépendante.

B. - Hémispasme facial

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

IV. - Troubles de la phonation

La phonation met en jeu plusieurs effecteurs : soufflet pulmonaire, 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 étar antérieur.

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

A. - Gêne respiratoire

Unilatérale permanente (y compris l'éventuel retentissement sur l'odorat) suivant l'importance du retentissement nocturne : jusqu'à 3 %.

Bilatérale permanente suivant les mêmes critères : jusqu'à 6 %.

B. - Perforation septale

Elle peut engendrer une gêne fonctionnelle indépendante des troubles respiratoires.

En cas de persistance : jusqu'à 3 %.

C. - Sinusite

Les sinusites post-traumatiques sont exceptionnelles.

Selon l'uni ou la bilatéralité : jusqu'à 8 %.

VI. - Troubles de l'olfaction

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

Ces explorations doivent être effectuées sur chaque fosse nasale.

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

Anosmie totale (perte des fonctions d'alerte et d'agrément).

Selon l'existence ou non d'un trouble du comportement alimentaire : 5 à 8 %

Hyposmie selon son intensité et son caractère uni ou bilatéral : jusqu'à 3 %.

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

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

VI. - APPAREIL LOCOMOTEUR

PREMIÈRE PARTIE : PRÉHENSION

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

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

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

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

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

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

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

Perte totale de la fonction de préhension : 80 %.

I. - Amputations

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

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

Concernant les amputations du pouce et des doigts, se reporter au chapitre III : « La Main et les doigts ».

II. - Séquelles articulaires

(hors main et doigts)

A. - Epaule

La région de l'épaule se définit par les 5 articulations de la ceinture scapulaire : sterno-claviculaire, acromio-claviculaire, gléno-humérale, sous-deltoidienne et scapulo-thoracique.

L'amplitude de la mobilité active globale en élévation-abduction-antéimpulsion se situe pour moitié dans la scapulo-thoracique et pour moitié dans la gléno-humérale.

	Dominant	Non dominant
Perte totale de la mobilité de la gléno-humérale et de la scapulo-thoracique.....	30 %	25 %
Limitation de l'élévation-abduction-antéimpulsion active à 60° fixée en rotation interne.....	25 %	20 %
Limitation de l'élévation-abduction-antéimpulsion active à 85°.....	20 %	15 %
Limitation de l'élévation-abduction-antéimpulsion entre 130° et 180°.....	jusqu'à 10 %	jusqu'à 8 %
Déficit isolé de la rotation interne	6 à 8 %	4 à 6 %
Déficit isolé de la rotation externe	3 à 5 %	1 à 3 %
Epaule ballante	20 à 30 %	15 à 25 %
Instabilité post-traumatique de l'épaule après discussion de l'imputabilité, étant donné l'existence d'instabilités constitutionnelles	jusqu'à 8 %	jusqu'à 5 %

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.

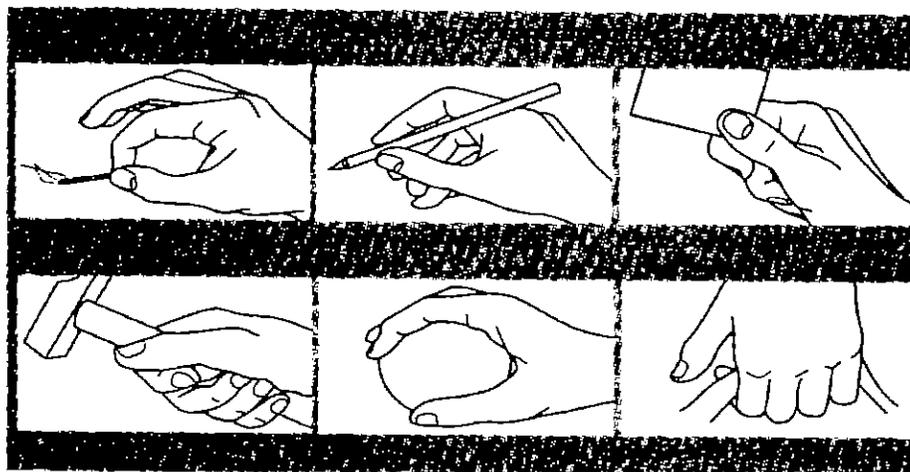
	Dominant	Non dominant
Arthrodèse en position de fonction en légère extension, prono-supination normale dans le secteur utile.....	10 %	8 %
Perte de la prono-supination	20 %	15 %
Raideur flexion-extension hors secteur utile.....	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2 %
Raideur combinée dans le secteur utile, flexion-extension, inclinaisons latérales (sans atteinte de la prono-supination).....	3 à 8 %	2 à 6 %
Raideur combinée dans le secteur utile, flexion-extension, inclinaisons latérales et prono-supination.....	4 à 15 %	3 à 12 %

III. - La main et les doigts

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

perte totale de la sensibilité peut entraîner quasiment la perte fonctionnelle du segment considéré.

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



A. - Atteintes motrices

B. - Troubles de la sensibilité

Les taux ne doivent pas s'additionner.

	Dominant	Non dominant
Perte totale du grip :		
- fin	20 %	17 %
- grossier	15 %	12 %
Perte de la prise sphérique.....	7 %	5 %
Perte totale de la fonction de la main par amputation ou ankylose de toutes les articulations	40 à 50 %	30 à 40 %
Raideur moyenne des articulations de la main.....	25 %	15 %
Perte totale de la fonction d'un doigt par amputation ou ankylose de toutes les articulations.		
Pouce :		
- colonne du pouce (2 phalanges et 1 ^{er} métacarpien)	20 %	15 %
- avec conservation métacarpienne.....	15 %	12 %
Doigts longs :		
- index.....	7 %	5 %
- médus.....	8 %	6 %
- annulaire.....	6 %	4 %
- auriculaire.....	8 %	6 %
Plusieurs doigts :		
- pouce et index.....	30 %	25 %
- pouce et médus.....	32 %	26 %
- pouce, index et médus.....	35 %	28 %
Amputation des 4 derniers doigts, respect du pouce :		
- amputation trans-métacarpienne.....	20 %	15 %
- avec conservation métacarpienne.....	15 %	12 %
Perte d'un segment de doigt :		
- P2 du pouce.....	8 %	6 %
- P3 de l'index ou de l'annulaire.....	3 %	2 %
- P3 du médus, de l'auriculaire.....	4 %	3 %
- P2 + P3 de l'index ou de l'annulaire.....	4 %	3 %
- P2 + P3 du médus et de l'auriculaire.....	6 %	4 %

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

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

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

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

Anesthésie complète : perte de la valeur fonctionnelle du doigt.

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

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

C. - Raideurs articulaires

	Dominant	Non dominant
Raideurs articulaires des quatre derniers doigts :		
- métacarpo-phalangiennes : secteur de mobilité optimal, 20 à 80° pour II et III, 30 à 90° pour IV et V ; taux en fonction de la mobilité restante.....	jusqu'à 4 %	jusqu'à 3 %
- articulation P1-P2 : secteur de mobilité optimal, 20 à 80° pour II et III, 30 à 90° pour IV et V (gêne plus importante au niveau des deux derniers doigts).....	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2 %
- articulations P2-P3.....	jusqu'à 2 %	jusqu'à 2 %
Pouce :		
- articulation trapézo-métacarpienne.....	jusqu'à 8 %	jusqu'à 6 %
- articulation métacarpo-phalangienn.....	jusqu'à 6 %	jusqu'à 4 %
- articulation interphalangienne..	jusqu'à 2 %	jusqu'à 2 %

Le taux est fonction de la qualité des pinces pollici-digitales.

IV. - Déficiences sensitivo-moteurs

	Dominant	Non dominant
Paralysie totale d'un membre supérieur par lésion majeure du plexus brachial y compris atteinte des stabilisateurs de l'omoplate.....	60 %	50 %
Syndrome radiculaire supérieur : concerne les racines C5, C6. Il en résulte une paralysie du deltoïde (abduction, élévation du bras), du biceps brachial, du brachial antérieur et du brachio-radial (flexion et supination de l'avant-bras) et un déficit sensitif de l'épaule, de la face externe de l'avant-bras et du pouce.....	25 %	15 %
Syndrome radiculaire moyen : intéresse la racine C7. Il en résulte une paralysie des extenseurs du coude (triceps brachial), du poignet et des doigts (extenseurs commun 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 médus.....	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 %
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 musculocutané	10 %	8 %
Paralysie du nerf spinal (déficit du trapèze et du sterno-cléidomastoidien, du soulèvement du moignon de l'épaule et de la rotation de la tête, élévation-abduction limitée à 85°).....	10 à 15 %	8 à 12 %

DEUXIÈME PARTIE. - LOCOMOTION

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

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

I. - Amputations

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

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

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

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

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

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

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

Désarticulation de hanche	55 %
Amputation haute de cuisse non appareillable ou avec absence d'appui ischiatique	55 %
Amputation haute de cuisse bien appareillée : selon la longueur du moignon.....	45 à 50 %
Amputation de cuisse 1/3 moyen avec conservation épiphysaire distale.....	40 %
Amputation de jambe 1/3 moyen bien appareillé, genou intact, sans trouble trophique....	30 %
Amputation de pied médio-tarsienne ou équivalente péritarsienne :	
- sans équin et bon talon.....	25 %
- avec équin et mauvais talon.....	30 %
Amputation trans-métatarsienne : selon les qualités d'appui du moignon.....	18 à 20 %
Perte des 5 orteils	15 %
Amputation de tous les orteils avec conservation du gros orteil : selon appui métatarsien	8 à 12 %
Amputation du gros orteil (perte de la propulsion) :	
- au 1 ^{er} rayon.....	10 à 12 %
- perte de la tête de la 1 ^{re} phalange (perte de la propulsion rapide).....	7 à 8 %

II. - Séquelles articulaires

A. - Bassin

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

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

a) Séquelles douloureuses de fractures extra-articulaires :

Extrémités distales du sacrum et du coccyx : elles sont à différencier des anomalies congénitales avec intégrité des sacro-iliaques.

Séquelles douloureuses rebelles de la région sacrée : jusqu'à 5 %.

Aile iliaque, branches ilio-pubiennes et ischio-pubiennes : ces fractures n'ont habituellement pas de retentissement sur la statique pelvienne ni sur la marche. Il est rare qu'elles laissent persister des douleurs ou une gêne fonctionnelle.

En cas de persistance de **douleurs locales** lors des mouvements d'abduction ou dans la position assise : jusqu'à 5 %.

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

Disjonctions pubiennes isolées :

Jusqu'à 4 cm : jusqu'à 5 %,
 en cas de disjonction de plus de 4 cm, l'IPP est fonction des
 séquelles des lésions associées.

Douleurs sacro-iliaques isolées :

En fonction des lésions ostéo-ligamentaires documentées : 3 à
 10 %.

B. - Hanche

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

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

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

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

Hanche et secteur de mobilité utile : la flexion est le mou-
 vement 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 anatomi- que).....	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 mobi- lité utile de la hanche.....	8 à 15 %
Raideur de hanche en attitude vicieuse : flexum, rotation interne, adduction.....	20 à 25 %
Raideur avec conservation uniquement de la flexion de hanche	15 %
Limitation minimale des amplitudes articulaires ; selon le secteur de mobilité atteint.....	jusqu'à 8 %

C. - Les cals vicieux du fémur

Un cal vicieux en valgus et rotation externe est bien toléré.

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

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

Lorsqu'il existe un raccourcissement :

- jusqu'à 10 mm compensé par une talonnette : pas d'incapa-
cité ;
- entre 10 et 50 mm : jusqu'à 8 % ;
- au delà de 50 mm : supérieur à 8 %.

D. - Genou

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

Ankylose (raideur serrée sans fusion radiologique) : 25 à
 30 %.

Arthrodèse (fusion osseuse anatomique) : 25 %.

**Limitation de la flexion du genou avec conservation de
l'extension ; flexion possible :**

- de 0 à 30° : 20 % ;
- de 0 à 60° : 15 % ;
- de 0 à 90° : 10 % ;
- de 0 à 110° : 5 à 8 % ;
- au-dessus : jusqu'à 5 %.

Flexum (déficit d'extension isolée) actif ou passif :

- de 0 à 10° : jusqu'à 5 % ;
- de 10 à 20° : 5 à 10 %.

Laxité antérieure isolée :

- avec ressaut antéro-externe typique reproduisant la gêne
alléguée : 5 à 10 % ;
- sans ressaut : jusqu'à 5 %.

Laxité postérieure isolée bien tolérée : jusqu'à 5 %.

Laxité chronique mixte périphérique et antéro-postérieure : 5
 à 15 %.

Laxité chronique grave à la limite de l'arthrodèse : 20 %.

Genou ballant appareillé y compris le raccourcissement (par
 exemple après ablation de prothèse) : 30 %.

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

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

**La patella (rotule) et les syndromes rotuliens (fémoro-
patellaires) :**

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

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

Les **luxations vraies** traumatiques sont rares ; l'IPP est à éva-
 luer selon les capacités résiduelles du genou.

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

- post-contusif : jusqu'à 3 %.
- après fracture de la patella (fracture ostéochondrale
exceptée) : jusqu'à 8 %.

Rupture de l'appareil extenseur, lésion du tendon rotulien
 ou du tendon quadricepsal ou jusqu'à 8 % de leurs insertions :
 l'évaluation de l'IPP sera fonction du flexum actif persistant.

La présence d'une prothèse n'est pas génératrice à elle
 seule d'une incapacité permanente partielle.

Le plus souvent, la **laxité latérale** s'inscrit dans une sympto-
 matologie globale de la fonction articulaire du genou. Lors-
 qu'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 **déviation 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 arti-
 culaire du genou.

E. - Cheville**Arthrodèse** (fusion osseuse anatomique) :

- tibio-talienne (en bonne position) : 10 à 12 % ;
- arthrodèse tibio-talienne, médio-talienne et sous-talienne
associées : 20 %.

Ankylose (raideur serrée sans fusion radiologique) :

- tibio-talienne : 10 à 15 %.

Perte de la flexion dorsale isolée mesurée genou fléchi :
 jusqu'à 5 %.

Equinisme résiduel post-traumatique :

- moins de 2 cm : 5 % ;
- 2 cm et plus avec médio-tarsienne normale : 5 à 10 % ;
- de plus de 2 cm avec une mobilité de la médio-tarsienne
réduite : 10 % ;
- de plus de 2 cm sans mobilité de la médio-tarsienne :
15 % ;
- nécessitant un appareillage autre que la talonnette :
> 12 %.

F. - Pied

Compte tenu de la complexité anatomique de la région et de
 la difficulté à analyser les différents segments fonctionnels,

l'expert devra procéder à une évaluation globale en fonction des taux ci-dessous en tenant compte également de la douleur, de la stabilité du pied, des troubles circulatoires et trophiques, de la nécessité d'utiliser une ou deux cannes, des troubles des empreintes plantaires à l'appui.

Hallux rigidus post-traumatique : 4 %.

Modifications des appuis plantaires :

- avec hyperkératose et déformations des orteils : 3 à 10 % ;
- sans hyperkératose : 3 %.

Ankylose de la sous-talienne et de la médio-tarsienne en bonne position : 10 à 15 %.

Arthrodèse de la sous-talienne en bonne position : 8 à 10 %.

Articulation tarso-métatarsienne (Lisfranc) :

- ankylose : 8 à 15 % ;
- arthrodèse : 8 à 12 %.

Laxité du cou-de-pied :

- séquelle d'« entorse » bénigne : 0 à 3 % ;
- laxité chronique post-traumatique de la cheville (documentée) : 3 à 6 %.

III. - Atteintes radiculaires

Paralysie sciatique totale :

- forme **haute** tronculaire avec paralysie des fessiers (boiterie de Tredelenbourg). *Prévoir une réduction de 5 à 10 % selon la qualité de la compensation* : 40 à 45 % ;
- forme **basse** sous le genou, non appareillée : 35 %.

Paralysie du nerf sciatique poplité externe (nerf fibulaire) :

- **totale** (releveurs et valgisants) : 20 % ;
- **compensée** par appareillage ou interventions chirurgicales, selon le résultat : 10 à 15 %.

Paralysie totale du nerf sciatique poplité interne (nerf tibial) : 20 %.

Paralysie du nerf fémoral (nerf crural) :

- **totale** : 35 % ;
- **appareillée ou partielle** : jusqu'à 20 %.

Paralysie du nerf fémoro-cutané (ou méralgie) : inférieur à 5 % ;

Paralysie du nerf obturateur : 5 %.

TROISIÈME PARTIE : RACHIS

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

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

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

I. - Rachis cervical

A. - Sans complication neurologique

Plusieurs éventualités peuvent schématiquement être distinguées :

Sans lésion osseuse ou disco-ligamentaire initiale documentée ;

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

Avec lésions osseuses ou disco-ligamentaires initiales documentées ;

Douleurs fréquentes avec limitation cliniquement objectivable de l'amplitude des mouvements, contrainte thérapeutique réelle mais intermittente : 3 à 10 % ;

Douleurs très fréquentes avec gêne fonctionnelle permanente requérant des précautions lors de tous mouvements, sensations vertigineuses fréquentes et céphalées postérieures associées, raideur importante de la nuque : 10 à 15 %.

B. - Avec complications neurologiques ou vasculaires

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

II. - Rachis thoracique, thoraco-lombaire et lombaire

A. - Sans séquelles neurologiques (syndrome rachidien)

Douleurs déclenchées de façon intermittente par des causes précises, nécessitant à la demande une thérapeutique appropriée, imposant la suppression d'efforts importants et/ou prolongés associées à une discrète raideur segmentaire active : jusqu'à 3 %.

Raideur active et gêne douloureuse pour tous les mouvements, en toutes positions nécessitant une thérapeutique régulière : 5 à 10 %.

Gêne permanente avec douleurs inter-scapulaires, troubles de la statique, dos creux, perte de la cyphose thoracique radiologique, avec contraintes thérapeutiques : 10 à 20 %.

B. - Avec complications neurologiques médullaires ou radiculaires déficitaires

Se reporter au chapitre « Neurologie ».

VII. - APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

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

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

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

I. - Séquelles cardiologiques

Pas de limitation fonctionnelle. Bonne tolérance à l'effort. Aucun signe de dysfonction myocardique ou d'ischémie à l'effort..... jusqu'à 5 %

Idem, avec contraintes thérapeutiques et surveillance..... 5 à 8 %

Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts substantiels (sport). Aucun signe de dysfonction ou d'ischémie myocardique. Contrainte thérapeutique, surveillance cardiologique régulière..... 8 à 15 %

Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts parents. Signes de dysfonction myocardique (échodoppler, cathétérisme,...). Contrainte thérapeutique, surveillance cardiologique rapprochée..... 15 à 25 %

Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts ordinaires (2 étages) (classe fonctionnelle II), confirmée par l'ECG d'effort ou l'existence de signes de dysfonction myocardique. Contre-indication des efforts physiquement contraignants et contrainte thérapeutique avec surveillance cardiologique rapprochée.... 25 à 35 %

Limitation fonctionnelle entravant l'activité ordinaire (marche rapide : classe fonctionnelle II+ ou III), altération franche des paramètres échographiques ou échodoppler. Intolérance à l'effort avec anomalies à l'ECG d'effort..... 35 à 40 %

Idem, avec contrainte thérapeutique importante (quadri ou pentathérapie) et/ou troubles du rythme symptomatiques et documentés..... 40 à 50 %

Limitation fonctionnelle pour les efforts modestes (classes fonctionnelles III et III+) associée à des manifestations d'incapacité 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 para-cliniques. Contrainte thérapeutique majeure, hospitalisations fréquentes 60 % et plus

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

Transplant :

L'éventualité d'un transplant prend en compte la contrainte thérapeutique lourde et la surveillance particulièrement étroite de ces patients. Selon le résultat fonctionnel et la tolérance aux immuno-suppresseurs 25 à 30 %

II. - Séquelles vasculaires

A. - Séquelles artérielles

Les principes d'évaluation des séquelles sont identiques à ceux exposés au chapitre des séquelles cardiologiques prenant pour référence fonctionnelle le degré de claudication.

Pour les amputations, se reporter au chapitre « Appareil locomoteur ».

B. - Séquelles veineuses

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

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

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

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

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

III. - Les prothèses

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

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

IV. - Séquelles pariétales

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

VIII. - APPAREIL RESPIRATOIRE

Qu'il s'agisse de séquelles de traumatismes thoraciques (fractures pluricostales, épanchements pleuraux, lésions diaphragmatiques, exérèses pulmonaires), d'atteinte de la trachée (sténose), d'atteinte broncho-pulmonaire (asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BCPO), emphyème, fibrose pulmonaire, autres affections), l'évaluation de l'incapacité permanente doit se baser sur l'importance de l'insuffisance respiratoire chronique.

L'insuffisance respiratoire s'apprécie à distance d'un épisode aigu d'après :

L'importance de la dyspnée qu'il est possible de graduer en se référant à l'échelle (de 1 à 5) des dyspnées de Sadoul ;

L'examen clinique ;

L'analyse des différents examens paracliniques déjà pratiqués (imagerie, endoscopie, gazométrie,...) ou que l'expert pourra demander ou réaliser s'ils ne sont pas invasifs (VEMS/CV, DEM, CPT, CV, TLCO/VA, Sa O₂,...) (1).

I. - Insuffisance respiratoire chronique

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

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

Dyspnée pour des efforts importants avec altération mineure d'une des épreuves fonctionnelles : 2 à 5 %.

Dyspnée à la montée d'un étage, à la marche rapide ou en légère pente avec :

- soit CV ou CPT entre 70 et 80 % ;
- soit VEMS entre 70 et 80 % ;
- soit TLCO/VA entre 60 et 70 % : 5 à 15 %.

Dyspnée à la marche normale à plat avec :

- soit CV ou CPT entre 60 et 70 % ;
- soit VEMS entre 60 et 70 % ;
- soit TLCO/VA inférieur à 60 % : 15 à 30 %.

Dyspnée à la marche sur terrain plat à son propre rythme avec :

- soit CV ou CPT entre 50 et 60 % ;
- soit VEMS entre 40 et 60 % ;
- soit hypoxémie de repos (Pa O₂) entre 60 et 70 mm Hg : 30 à 50 %.

Dyspnée au moindre effort (déshabillage) avec :

- soit CV ou CPT inférieure à 50 % ;
- soit VEMS inférieure à 40 % ;
- soit hypoxémie inférieure à 60 mm Hg associée ou non à un trouble de la capnie (Pa CO₂), avec éventuelle contrainte d'une oxygénothérapie de longue durée (> 16 h/jour) ou d'une trachéotomie ou d'une assistance ventilatoire intermittente : 50 % et plus.

II. - Asthme

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

Ne nécessitant pas de traitement de fond : jusqu'à 5 %.

Nécessitant un traitement de fond : 5 à 10 %.

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

III. - Séquelles pariétales

Séquelles douloureuses persistantes de thoracotomie : jusqu'à 5 %.

IV. - Pathologies tumorales

(cancer broncho-pulmonaire, mésothéliome...)

Les séquelles seront appréciées en fonction de l'insuffisance respiratoire résiduelle, de l'acte chirurgical éventuel (thoracoscopie, pleurectomie, exérèses segmentaire lobaire ou d'un poumon) et en tenant compte de l'existence de douleurs thoraciques invalidantes et des symptômes attachés à l'étiologie.

Taux indicatif : 15 à 60 %.

IX. - HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Ce n'est qu'au terme d'un examen médical comportant un interrogatoire détaillé, un examen clinique complet et une étude

(1) CV : capacité vitale ; CPT : capacité pulmonaire totale ; VEMS : volume expiratoire maximum seconde ; Pa O₂ : pression partielle d'oxygène dans le sang artériel ; Pa CO₂ : pression partielle de gaz carbonique dans le sang artériel ; Sa O₂ : saturation en oxygène de l'hémoglobine dans le sang artériel ; DEM : débit expiratoire moyen ; TLCO/VA : mesure de la capacité de transfert de monoxyde de carbone par rapport au volume alvéolaire.

méthodique des résultats des différentes explorations para-cliniques (radiographies, endoscopies, échographies, bilans biologiques,...) que l'expert peut juger du retentissement sur la fonction digestive d'une lésion traumatique, d'une infection ou d'une agression toxique et en évaluer l'importance.

I. - Séquelles pariétales

A. - Calcifications cicatricielles (os de seiche)

Jusqu'à 5 %.

B. - Événtrations

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

Événtration de petite taille, responsable de quelques douleurs sans répercussion sur la fonction digestive : jusqu'à 5 %.

Événtration 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 événtrations 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 %
Oesophagogastréctomie totale avec oesophago-plastie colique, atteinte de l'état général, importantes contraintes alimentaires	15 à 25 %

IV. - Incontinences

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

V. - Hépatites virales

A. - Aiguës

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

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

B. - Chroniques

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

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

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

- pour l'hépatite B :
 - taux sérique de DNA viral ;
 - existence d'un antigène H Be ;
- pour l'hépatite C :
 - importance de la charge virale en ARNC ;
 - génotype du virus ;
- pour les deux formes :
 - les données du score de métavir, apprécié par la biopsie hépatique (ce score est plus précis que le score de Knödel dans la mesure où il permet de différencier précisément le degré de fibrose).

Les constatations cliniques et les manifestations fonctionnelles.

Les possibilités et les résultats du traitement médical.

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

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

Trois éventualités :

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

Avant le stade de la cirrhose :

- score métavir égal ou inférieur à A1 F1 : jusqu'à 5 % ;
- score métavir supérieur à A1 F1, inférieur à F4 : 5 à 10 % ;
- score métavir égal ou supérieur à F4 : l'évolution est celle de la cirrhose.

En cas d'atteintes pathologiques concomitantes **documentées** dont l'origine pourrait être rapportée à l'hépatite chronique C (arthralgies, neuropathies périphériques, vascularite), il convient de se reporter aux appareils concernés.

Pour certaines manifestations extra-hépatiques également **documentées**, une majoration éventuelle du taux initial est possible.

Au stade de cirrhose :

Les taux se basent sur la classification de Child :

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

VI. - Hépatites d'autres origines

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

VII. - Transplants

En prenant en compte la contrainte thérapeutique lourde, la nécessité d'une surveillance médicale étroite, la tolérance au traitement : 30 à 40 %.

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

X. - ENDOCRINOLOGIE. - MÉTABOLISME

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

I. - Hypophyse

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

Panhypopituitarisme (antérieur et postérieur) nécessitant un traitement substitutif et une surveillance clinique et biologique contraignante ; selon l'efficacité du traitement : 25 % à 40 %.

Hypopituitarisme postérieur : diabète insipide bien contrôlé par un traitement adéquat ; selon l'efficacité du traitement substitutif : 5 % à 15 %.

II. - Thyroïde

A. - Hyperthyroïdie (maladie de Basedow)

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

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

B. - Hypothyroïdie

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

Si bien équilibrée par un traitement substitutif : 5 %.

III. - Parathyroïde

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

Selon la difficulté d'équilibrer l'hypocalcémie : 5 à 15 %.

IV. - Surrénales

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

Selon les contraintes liées à la thérapeutique et à la surveillance : 10 à 25 %.

V. - Pancréas-diabète

A. - Diabète non insulino-dépendant

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

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

B. - Diabète insulino-dépendant

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

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

Si l'imputabilité est acceptée :

Diabète simple, bien équilibré par un traitement insulinique simple : 15 à 20 % ;

Diabète instable malgré la surveillance et les tentatives thérapeutiques avec gêne fonctionnelle quotidienne : 20 à 35 %.

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

XI. - HÉMATOLOGIE ET MALADIES DU SANG

A. - Rate

Splénectomie sans anomalie hématologique : jusqu'à 5 %.

Splénectomie avec anomalies hématologiques définitives : 5 à 10 %.

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

B. - Autres anomalies hématologiques

Elles peuvent exceptionnellement faire l'objet d'une demande d'évaluation. Elles sont presque toujours réversibles et ne sont

donc pas constitutives d'un taux d'incapacité permanente partielle. Dans les rares cas où ces anomalies sont définitives et nécessitent un suivi médical, il conviendra de se reporter, pour l'évaluation du taux d'incapacité, aux propositions concernant la ou les spécialités concernées par les déficits constatés.

XII. - NÉPHROLOGIE-UROLOGIE

Lorsque les troubles de la fonction urinaire font partie d'un ensemble pathologique, comme par exemple les « vessies neurologiques » consécutives à des lésions médullaires, l'évaluation du taux d'IPP se fera globalement au titre de l'entité clinique en cause.

Ils ne feront l'objet d'une évaluation spécifique que s'ils constituent l'essentiel du déficit physiologique donnant lieu à évaluation médico-légale.

I. - Néphrologie

A. - Néphrectomie

Unilatérale - Fonction rénale normale : 3 %.

B. - Insuffisance rénale

Clearance de la créatinine entre 60 et 80 ml/mn avec HTA $\leq 16/9$: 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 immunodépresseurs : 20 à 30 %.

II. - Urologie

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

A. - Rétention d'urines

(hors pathologies médullaires ou centrales)

Auto ou hétéro-sondages (3 à 6 par jour) : jusqu'à 15 %.

Sonde à demeure : 20 à 25 %.

Stimulateur implanté : jusqu'à 5 %.

B. - Incontinence urinaire

Quelques fuites ne nécessitant pas de protection : jusqu'à 5 %.

Envies impérieuses : jusqu'à 10 %.

Fuites régulières à l'effort, à la toux. Nécessité de protection : 5 à 10 %.

Forme sévère nécessitant garniture permanente : 20 à 25 %.

Sphincter artificiel : 5 à 10 %.

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

Nécessitant 1 à 2 dilatations par an : jusqu'à 5 %.

Nécessitant plus de 10 dilatations par an : jusqu'à 10 %.

D. - Dérivations urinaires définitives

Néphrostomie unilatérale : 10 à 20 %.

Néphrostomie bilatérale : 20 à 30 %.

Urétérostomie transiléale ou transcolique ; cystostomie : 10 à 20 % ;

Urétérostomie unilatérale avec sonde urétérale, collecteur et poche : 15 à 20 %.

Urétérostomie bilatérale avec sonde urétérale, collecteur et poche : 20 à 30 %.

XIII. – PROCRÉATION-SEXUALITÉ

Les atteintes à la fonction de reproduction peuvent résulter d'une anomalie anatomique, d'un déficit physiologique, d'un dysfonctionnement dans la réalisation de l'acte sexuel.

Les anomalies anatomiques et les déficits physiologiques peuvent être validés par des arguments cliniques relevant de la technique médicale habituelle. Ces conséquences s'expriment par un taux d'IPP. Certaines peuvent être palliées aussi bien chez l'homme que chez la femme par les techniques d'assistance médicale à la procréation que l'expert devra expliciter.

A. – Ablation d'organe

Hystérectomie : 6 %.

Ovariectomie :

- unilatérale : 3 % ;
- bilatérale : 6 %.

Salpingectomie :

- unilatérale : 3 % ;
- bilatérale : 6 %.

Orchidectomie :

- unilatérale : 3 % ;
- bilatérale : 6 %.

Amputation de la verge :

(en tenant compte de l'ensemble de l'atteinte des troubles de la fonction) : 20 à 25 %.

B. – Stérilité

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

C. – Sexualité

Les troubles dans la réalisation de l'acte sexuel ne peuvent s'exprimer en un taux d'IPP.

Pour se prononcer sur la nature et l'imputabilité de troubles de cet ordre, l'expert devra les décrire en détail, en se reportant aux doléances exprimées, aux données de l'interrogatoire, aux résultats des éventuels examens cliniques ou paracliniques spécialisés pratiqués. Il confrontera ces éléments avec les lésions initiales et donnera son avis sur l'existence du dommage sans se prononcer sur l'éventuel préjudice qui peut en résulter.

D. – Cas particuliers

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

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

En cas de répercussion :

- sur l'équilibre rachidien, se reporter au chapitre « Rachis » ;
- sur la mobilité de l'épaule, se reporter au chapitre « Appareil locomoteur-préhension ».

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

- mammectomie **unilatérale** : 5 % ;
 - mammectomie **bilatérale** : 10 %.
- Lymphœdème : 10 %.

XIV. – SÉQUELLES CUTANÉES DES BRÛLURES GRAVES ET ÉTENDUES

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

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

- de la surface des lésions, mais également ;
- du mode de réparation (greffes autologues, cultures) ;

- des anomalies des zones greffées :
- du dysfonctionnement dans les échanges habituels de la peau (thermo-régulation, sudation...);
- de la fragilité cutanée (ulcérations, fissures au port des vêtements, intolérance au soleil) ;
- du prurit, de l'eczématisation, hyperkératose.

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

Selon le pourcentage de la surface des lésions :

- inférieur à 10 % : jusqu'à 5 % ;
- de 10 à 20 % : 5 à 10 % ;
- de 20 à 60 % : 10 à 25 % ;
- plus de 60 % : 25 à 50 %.

Arrêté du 12 mars 2003 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux

NOR : SANS0320923A

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 1994 pris pour l'application de l'article R. 163-2 du code de la sécurité sociale et relatif aux spécialités remboursables ;

Vu l'arrêté du 17 novembre 1997 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux ;

Vu l'avis de la Commission de la transparence ;

Après avis du Haut Comité médical de la sécurité sociale,

Arrête :

Art. 1^{er}. – La liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux est modifiée conformément aux dispositions qui figurent aux annexes I et II.

Art. 2. – L'annexe II de l'arrêté du 17 novembre 1997 susvisé est abrogée et remplacée par l'annexe II du présent arrêté.

Art. 3. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 12 mars 2003.

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur
de la sécurité sociale :

*Le directeur général
de la santé,*

*Le sous-directeur du financement
du système de soins,*

L. ABENHAÏM

S. SEILLER

ANNEXE I

(Extension d'indication)

La prise en charge de la spécialité ci-dessous est étendue à l'indication suivante :

Traitement des patients ayant présenté un seul événement démyélinisant :

- accompagné d'un processus inflammatoire actif s'il est suffisamment sévère pour nécessiter un traitement par corticostéroïdes par voie intraveineuse,
- si les diagnostics différentiels possibles ont été exclus et,
- si ces patients sont considérés à haut risque de développer une sclérose en plaques cliniquement définie.

CODE CIP	PRÉSENTATION
343 232-6	Avonex 30 µg (6 M UI) (interféron bêta-1a), poudre et solvant pour solution injectable, poudre en flacon + 1 ml de solvant en seringue préremplie (B/4) (laboratoires Biogen Franca SA).

Cette spécialité est prescrite conformément à la fiche d'information thérapeutique figurant en annexe II.

ANNEXE II

FICHE D'INFORMATION THÉRAPEUTIQUE
MÉDICAMENT D'EXCEPTION

Interféron bêta-1a

AVONEX

AVONEX 30 µg (6 M UI)/1 ml, poudre et solvant pour solution injectable IM (B/4).