



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

25 MAI 2003



# SOMMAIRE

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

# PREAMBULE

## JUSTIFICATION DE L'EVALUATION BAREMIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **NECESSITE D'UN BAREME EUROPEEN**

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

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

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

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

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

## **BASES ET PRINCIPES DU BAREME EUROPEEN**

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

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

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

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

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

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

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

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

Le taux d'AIPP est :

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

Le pourcent d'AIPP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **METHODOLOGIE DE CREATION DU BAREME EUROPEEN**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **MODE D'EMPLOI DU GUIDE-BAREME EUROPEEN**

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

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

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

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

Ces taux se rapportent à des séquelles considérées isolément.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le barème est un guide, sans caractère impératif.

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

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

### **PROSPECTIVE**

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

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

Prof. Pierre LUCAS (Belgique)

Président de la CEREDOC

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

au nom des chevilles ouvrières

du groupe de travail et membres du comité exécutif de la CEREDOC <sup>1</sup>,

les Professeurs et Docteurs :

BOROBIA César, Espagne

CANNAVÓ Giovanni, Italie

GUISCAFFRE-AMER Juan, Espagne

HUGUES-BÉJUI Hélène, France

SAUCA Carlos, Espagne

STEHMAN Michel, Belgique

STRECK Walter, Allemagne

VIEIRA Duarte Nuno, Portugal

\*\*\*

---

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

[info@ceredoc.it](mailto:info@ceredoc.it) - [www.ceredoc.it](http://www.ceredoc.it)

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

ÁLVAREZ Luis Miguel, Espagne  
ALVARO DIAS João, Portugal  
ANCIAX Pierre, France  
ARBARELLO Paolo, Italie  
AVATO Francesco, Italie  
BEAUTHIER Jean-Pol, Belgique  
BEINE Lucien, Belgique  
BÉJUI-HUGUES Jacques, France  
BUCELLI Claudio, Italie  
BUU-HOÏ Patrick, France  
CANALE Marcello, Italie  
CANDAELE Patrick, Belgique  
CANTALOUBE Daniel, France  
CASTELLA Josep, Espagne  
CHIKHANI Luc, France  
CHODKIEWICZ Jean-Paul, France  
CHOUAIB Raymond, France  
CHOUTY Fabrice, France  
COBO Germán, Espagne  
CORDIER Bernard, France  
CORTE-REAL Francisco, Portugal  
COURTAT Philippe, France  
DALPHIN Jean-Charles, France  
DAUPLEIX Denis, France  
DE FERRARI Francesco, Italie  
DEVOS René, Belgique  
DIONOT Thierry, France  
DUPUY Pierre, France  
ELBAZ Pierre, France  
FIORI Angelo, Italie  
FOELS Alain, France  
FOYATIER Jean-Louis, France  
GANDJBAKHCH Iradj, France  
GERONA José Luis, Espagne  
GHERON Gérard, France  
GUEGUEN Bernard, France  
HAERTIG Alain, France  
HAMARD Henry, France  
JANOT Christian, France  
JENOUDET Louis-Pierre, France  
JONCKHEER Ludo, Belgique  
KEMPENEERS Philippe, Belgique  
KLEIN Marcel, France  
LATIL Gérard, France,  
LATINI Elide, Italie  
LEFEVRE Raymond, France  
LEFRANC Jean-Pierre, France  
LERUT Hugo, Belgique

LESMES Rafael, Espagne  
LEVY Gilbert, France  
MAGALHÃES Teresa, Portugal  
MALADJIAN Jacques, France  
MARIGO Mario, Italie  
MÉTREAU Roselyne, France  
NORELLI Aristide, Italie  
NORTH Pierre, France  
PANARESE Fernando, Italie  
PEYTRAL Claude, France  
PIRONE Giovanni Maria, Italie  
REBELLO Ascensão, Portugal  
RICCI Pietrantonio, Italie  
RUMILLY André- Georges, France  
SEPULCHRE Marc-Antoine, Belgique  
SOLIGUER Juan, Espagne  
SULMAN Thierry, France  
TRICOT Jean-Pierre, Belgique  
UMANI-RONCHI Giancarlo, Italie  
VANKERKEM Charles, Belgique  
VIGNERON Jean-Robert, Belgique

