

BARÈME FONCTIONNEL DES INCAPACITÉS EN DROIT COMMUN

I. - FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Ces fonctions comprennent non seulement l'ensemble des fonctions intellectuelles et la plupart des fonctions sensorielles, mais aussi la commande et la coordination de toutes les fonctions.

A. - SYNDROME SUBJECTIF POST-COMMOTIONNEL

Syndrome caractérisé essentiellement par des céphalées, des sensations vertigineuses, des troubles du sommeil, de la mémoire, du caractère et de la libido. Il est de plus en plus souvent appelé syndrome post-commotionnel commun des traumatisés du crâne, car des techniques spécialisées peuvent parvenir à l'objectiver.

Il fait habituellement suite à un traumatisme crânien s'étant accompagné d'une perte de conscience dont la réalité et l'importance doivent être soigneusement analysées.

L'expert devra s'entourer de précautions pour dépister un véritable syndrome neurologique, une sinistrose ou une simulation. La plupart des syndromes post-commotionnels disparaissent ou s'atténuent notablement en 18 mois à 2 ans, leur persistance peut être analysée comme un signe de simulation.

Si l'existence réelle et l'imputabilité du syndrome sont admises, en fonction du nombre, de l'importance, de la périodicité des troubles et de l'influence du traitement, 2 à 10 %.

En cas d'évolution névrotique (voir I, C)

En cas de troubles associés, ceux-ci doivent être appréciés indépendamment (voir I, D et E).

B. - SYNDROMES DÉFICITAIRES

Comme les syndromes neurologiques dont ils sont artificiellement dissociés (voir I, C), ils nécessitent des examens neurologiques très complets et des examens complémentaires de plus en plus perfectionnés qui impliquent habituellement le recours aux spécialistes.

L'expert respectera toujours un délai suffisant avant de conclure définitivement, délai d'autant plus long que le sujet est plus jeune. Ce délai peut facilement atteindre 2 ans et même davantage.

L'expert devra également donner le maximum d'informations sur la nécessité de soins après consolidation et sur la prise en charge d'appareillages.

Il devra renseigner sur les modalités de recours éventuel à une tierce personne, en détaillant la nature et la périodicité de l'aide nécessaire.

Ce sont essentiellement le côté dominant, les possibilités de la préhension, de la marche et l'estimation de la capacité globale restante qui permettront d'évaluer équitablement le taux.

1° Monoparésie ou monoplégie

- membre supérieur droit (voir III - Fonction des membres supérieurs) 10 à 60 %
- membre supérieur gauche (voir III - Fonction des membres supérieurs) 6 à 50 %
- membre inférieur (voir IV - Fonction locomotrice) 10 à 75 %

2° Hémiparésie 10 à 40%

Hémiplégie spasmodique 50 à 70 %

- flasque (exceptionnellement définitive) 80 à 90 %
- avec troubles sphinctériens ou/et aphasie 80 à 100 %

3° Paraparésie et paraplégie

suivant le niveau de l'atteinte médullaire, les possibilités de déambulation, l'importance des troubles sphinctériens 30 à 90 %.

Il est difficile de donner une évaluation plus précise, le taux pouvant même, dans des cas particuliers, être inférieur ou supérieur à la "fourchette" indiquée.

4° Quadriparésie

Son degré peut être assez variable, mais les taux peuvent atteindre 70 à 85 %

Quadriplégie. Suivant les possibilités d'adaptation 85 à 100 %

5° Aphasie atteinte plus ou moins importante de l'expression verbale

Mais compréhension normale du langage parlé et écrit 10 à 35 %. Avec troubles de la compréhension pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de communication avec autrui 40 à 95 %

6° Syndrome de la queue de cheval complet...

avec troubles sphinctériens, anesthésie en selle (troubles sexuels non compris) 30 à 50 %

C. - SYNDROMES NEUROLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

L'importance des fonctions pouvant être atteintes ne permet pas de fixer un maximum.

Le recours au spécialiste psychiatre s'avère souvent nécessaire, non pour se substituer à l'expert en évaluation du dommage corporel qui devra effectuer la synthèse et fixer un taux global, mais pour préciser un diagnostic, situer l'état par rapport à l'état antérieur du sujet et renseigner sur l'évolution prévisible.

1° Epilepsie post-traumatique

La prudence s'impose avant d'affirmer le diagnostic d'épilepsie et de l'attribuer à un traumatisme cranio-encéphalique.

Le diagnostic repose sur un élément unique, exclusivement clinique et rigoureusement indispensable la survenue de crises indiscutables. Or, le plus souvent, il n'y a pas eu de témoin à formation médicale et certaines crises de nature hystérique sont parfois de diagnostic difficile avec une authentique crise épileptique.

L'imputabilité à un traumatisme nécessite qu'il y ait eu un traumatisme crânien d'une certaine importance, accompagné d'une perte de connaissance, et qu'il s'agisse d'une variété d'épilepsie pouvant avoir une origine traumatique.

L'EEG est un élément de valeur, mais certaines épilepsies authentiques comportent un EEG normal.

La majorité des épilepsies post-traumatiques se révèlent dans les trois ans qui suivent l'accident.

Le taux d'IPP ne peut s'évaluer qu'en tenant compte de multiples facteurs, aux premiers rangs desquels la fréquence des crises, l'importance du traitement anti-convulsivant, la psychologie du sujet et sa façon d'assumer sa nouvelle condition, en n'oubliant pas que certaines activités sont interdites aux épileptiques, l'âge enfin.

En lui-même, un EEG plus ou moins anormal ne justifie pas l'attribution d'une IPP

- Crises localisées : suivant la fréquence 5 à 20 %

- Crises généralisées

- 1 crise isolée et non suivie d'un traitement ne justifie pas d'IPP
- 1 ou 2 crises annuelles, avec traitement régulier 15 à 20 %
- 1 ou 2 crises mensuelles permettant, sous certaines précautions, une activité normale 20 à 30 %

- Crises plus fréquentes obligeant à réduire ou modifier les activités habituelles 30 à 40 %

- Crises fréquentes interdisant une activité régulière 40 à 50 %

Un barème peut difficilement rendre compte de ces divers éléments et c'est à l'expert qu'il revient finalement, tenant compte de son expérience et des données acquises en ce domaine, de déterminer l'importance du dommage subi, tant sur le plan fonctionnel que social.

2° Certains syndromes neurologiques post-traumatiques...

... tels que l'hydrocéphalie à pression normale, les fistules ostéodurales (hydrorrhées), les syndromes parkinsoniens, ne peuvent faire l'objet d'une indication chiffrée dans le cadre d'un barème. Ils nécessitent toujours l'avis d'un spécialiste et le taux doit tenir compte de la gêne fonctionnelle.

3° Névroses post-traumatiques

A base de réactions anxio-phobiques pouvant aller jusqu'à l'agoraphobie et parfois de réactions hystériques, elles réalisent souvent des formes masquées ou camouflées : réactions asthénodépressives, algies polymorphes. Un traumatisme ne peut jamais, à lui seul, être responsable d'une structure ou personnalité hystérique.

Si, après un accident, apparaissent des manifestations déficitaires telles qu'une paralysie, une cécité, dont la nature névrotique peut être affirmée, on ne peut considérer le traumatisme que comme ayant joué un rôle favorisant ou déclenchant de la manifestation hystérique, mais non comme responsable de la structure elle-même.

Les symptômes spécifiques sont la labilité émotionnelle, le blocage des fonctions du « moi » (indifférence, inhibition de la libido) et les phénomènes répétitifs (ruminations mentales, cauchemars).

L'organisation névrotique de la personnalité se révèle par une attitude ambiguë faite à la fois d'une dépendance à l'égard de l'entourage et d'une revendication. La note revendicatrice peut prendre le devant du tableau.

L'évaluation de l'incapacité doit faire la part de l'état antérieur, apprécier le caractère permanent des troubles et tenir compte de leur retentissement sur la vie quotidienne de la victime, les taux pouvant varier habituellement entre 5 et 20 %

Le syndrome dépressif est relativement fréquent après un traumatisme. Il est le plus souvent résolutif après traitement.

4° Psychoses post-traumatiques

Les véritables psychoses post-traumatiques sont exceptionnelles.

L'origine traumatique de la démence précoce (schizophrénie) est le plus souvent rejetée. Quant à la psychose maniaco-dépressive, son origine traumatique n'est jamais admise. Mais le traumatisme peut déclencher une poussée et parfois même révéler la maladie.

L'expert doit s'attacher à dépister une éventuelle atteinte organique post-traumatique (hydrocéphalie, atrophie).

5° Démence post-traumatique

Le taux peut atteindre 100 %

D. - FONCTION VISUELLE (OPHTALMOLOGIE)

Inspiré du projet présenté par J. Jonquères à la Société de médecine légale en mars 1980 (Revue Française du Dommage Corporel, 1980, 6, n° 3, 223-229), ce chapitre tient compte de la différence de conception de l'incapacité en droit commun et en accident du travail. La perte totale de la fonction visuelle est arbitrairement évaluée à 85 % pour tenir compte de la capacité restante. L'expert devra toujours expliquer le retentissement de l'état séquellaire sur les activités de la victime, permettant ainsi de corriger le caractère « arbitraire » du plafond proposé, susceptible de varier selon l'âge et l'adaptation.

Si l'œil non atteint par le traumatisme avait une acuité réduite, l'incapacité sera calculée en fonction de celle-ci et de la nouvelle atteinte, les deux yeux étant indissociables pour la vision (suivant le

tableau ci-dessous), mais l'expert précisera l'état antérieur à l'accident et l'incapacité qui en résultait, afin d'en dégager le taux d'aggravation.

1° Diminution de l'acuité visuelle

- perte de la vision des deux yeux 85 %
- perte de la vision d'un œil 25 %

Plusieurs degrés sont à envisager dans l'état de cécité. Ces degrés sont fonction de données quantitatives et qualitatives. De la variabilité de ces données résulte une variabilité des capacités visuelles restantes.

Il convient donc de distinguer:

- a) Cécité totale: acuités nulles ou inférieures à 1/20 85 %
- b) Cécité relative: acuités égales à 1/20.
- c) Possibilité de quitter le lieu où il se trouve en cas de sinistre 75 %
- d) Quasi-cécité: acuités comprises entre moins de 1/10 et 1/20 ODG mais champs visuels réduits à moins de 30° 70 %

En cas d'énucléation ou d'atteintes esthétiques associées, il en sera tenu compte dans l'évaluation du préjudice esthétique.

Le tableau ci-après, établi en fonction du maximum de 85%, permet d'évaluer le pourcentage d'incapacité en fonction de l'acuité visuelle (mesurée en dixièmes) de chacun des deux yeux. Si le chiffre d'acuité se situe dans une fourchette, on se reportera à la limite inférieure du tableau.

L'examen doit être fait après correction, la nécessité du port de lunettes ou de lentilles étant précisée par l'expert. Elle peut faire l'objet d'une indemnisation, mais non au titre de l'incapacité.

2° Rétrécissement du champ visuel

Les taux ci-dessous sont à ajouter à celui qui correspond à la baisse d'acuité visuelle, sans pouvoir dépasser les maximums prévus pour la perte de la vision d'un œil ou des deux yeux.

Rétrécissement concentrique

- atteignant un œil (30 à 100 du point de fixation) 0 à 5 %
- atteignant un œil (moins de 100) 5 à 10%
- atteignant les deux yeux (30 à 100) 10 à 40 %
- atteignant les deux yeux (moins de 100) 40 à 65 %

Scotome para-central de petites dimensions

- un œil 5 à 10 %
- les deux yeux 10 à 30 %

Si le scotome est de plus grandes dimensions, la gêne fonctionnelle se confond avec la baisse de la vision.

Hémaniopsie avec conservation de la vision centrale

- Homonyme droite ou gauche 20 à 25 %
- Nasale 5 à 10 %
- Bitemporale 50 à 60 %
- Supérieure 5 à 10 %
- Inférieure 20 à 40 %
- en quadrant supérieur 3 à 8 %
- en quadrant inférieur 10 à 20 %

Hémianopsie avec perte de la vision centrale

La gêne fonctionnelle se confond habituellement avec la baisse de la vision.

3° Troubles de la vision binoculaire

- Diplopie dans les positions hautes du regard 3 à 10 %
- Diplopie dans la partie inférieure du champ 10 à 20 %
- Diplopie dans le champ latéral 10 à 15 %
- Diplopie par décompensation d'une hétérophorie antérieure 1 à 5 %

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

Le tableau ci-dessus donne le pourcentage d'incapacité de la fonction visuelle globale Si un seul œil est atteint, il convient de calculer aussi le taux correspondant à l'acuité visuelle antérieure à l'accident et d'en déduire le taux d'aggravation.

4° Troubles de l'accommodation

Défaut d'adaptation à l'obscurité, mydriase entraînant une gêne fonctionnelle 2 à 10 %

5° Aphakie

En cas d'aphakie unilatérale, il est nécessaire d'adopter pour l'acuité visuelle de l'oeil aphake le chiffre obtenu à l'aide des verres correcteurs conventionnel ou de prothèses pré-cornéennes.

Celui-ci détermine le taux :

- Si l'acuité de l'œil opéré demeure inférieure à l'œil adelphe, il convient de majorer ce taux de 10 %;
- Si au contraire l'acuité de cet œil adelphe est inférieure à celle de l'œil opéré, ce taux devra alors être porté à 15 %.

En cas d'aphakie bilatérale, l'invalidité de base est de 20 %, invalidité à ajouter à celle résultant des chiffres d'acuité visuelle, sans que l'on puisse bien évidemment dépasser le taux de 85 %.

6° Annexes de l'œil

Lagophtalmie, larmolement, ectropion ou entropion.

S'il existe une gêne fonctionnelle en plus du préjudice esthétique 0 à 5 %

Pour les séquelles douloureuses, voir F 5.

E. - AUDITION, ÉQUILIBRE, OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

L'expertise ORL peut être difficile les troubles objectifs sont souvent peu marqués, les réponses du blessé parfois imprécises.

L'étude des fonctions sensorielles doit être abordée avec une grande rigueur clinique et instrumentale.

1° Mutilations de l'oreille externe

Des déformations portant sur le pavillon n'entraînent pas d'incapacité (dommage esthétique).

Sténose du conduit auditif externe, indépendamment du retentissement éventuel sur l'audition 0 à 4%.

2° Lésions tympaniques

Si des modifications tympaniques sont souvent notées, elles sont loin d'être toujours la conséquence même du traumatisme.

S'il n'y a pas eu d'otorragie initiale, pas d'otorrhée, la constatation d'une perforation sèche ou d'un écoulement doit mener à une étude soigneuse de l'anamnèse.

Si l'otorrhée est admise comme traumatique, au taux d'invalidité résultant de la diminution de l'acuité auditive, on ajoutera 2 à 6 %

3° Diminution de l'acuité auditive

La détermination de l'importance de la perte auditive entraînée par l'accident et du taux d'incapacité ne peut être établie qu'après un bilan clinique et audiométrique.

Le taux d'incapacité doit tenir compte:

- de l'âge du sujet (correction de la presbyacousie),
- de l'état antérieur seule l'aggravation éventuelle due à l'accident doit être indemnisée.
- une hypoacousie unilatérale peut entraîner une IPP de 0 à 12%
- une hypoacousie bilatérale peut entraîner une IPP de 0 à 60%

Ce maximum de 60 % correspond à une cophose bilatérale. Représentant le taux arbitraire fixé pour la fonction auditive, il peut varier suivant l'âge auquel l'atteinte est intervenue et les possibilités de communication. Les conditions d'existence et d'activité devront être précisées.

Le tableau suivant peut être utilisé, pour autant que l'hypoacousie soit bien la conséquence de l'accident.

VOIE HAUTE			5	4	2	1	CONTACT	NON PERU	
DISTANCE DE PERCEPTION EN METRES									
	VOIE CHUCHOTEE DE		0,80	0,50	0,25	CONTACT	NON PERU		
		PERTE AUDITIVE EN DECIBELS	0 A 25	25 A 35	35 A 45	45 A 55	55 A 65	65 A 80	80 A 90
		0 A 25	0	2	4	6	8	10	12
5	0,80	25 A 35	2	4	6	8	10	12	15
4	0,50	35 A 45	4	6	10	12	15	20	25
2	0,25	45 A 55	6	8	12	15	20	25	30
1	CONTACT	55 A 65	8	10	15	20	30	35	40
CONTACT	NON PERU	65 A 80	10	12	20	25	35	45	50
NON PERU		80 A 90	12	15	25	30	40	50	60

Lorsqu'il y a possibilité d'appareillage, le taux doit être calculé en tenant compte du résultat apporté par la prothèse.

4° Acouphènes

Ils sont souvent associés à un déficit auditif.

Si l'on admet leur existence et leur imputabilité, l'IPP peut être de 1 à 3 %

5° Vertiges et troubles de l'équilibre

L'interrogatoire est parfois difficile beaucoup de malades décrivent mal.

Sous le terme général de «vertiges», sont englobés:

- de véritables vertiges de type rotatoire avec sensation de rotation ou de déplacement par rapport au monde environnant;
- des déséquilibres lors des mouvements brusques de la tête, au lever, au coucher, à la marche.

L'analyse des sensations décrites par le blessé est importante, il sera utile de préciser, selon son mode de vie, la manière dont elles apparaissent.

L'interprétation des signes labyrinthiques spontanés doit être minutieuse une déviation des index, un signe de Romberg, une déviation dans la marche aveugle, un nystagmus spontané ou de position doivent être interprétés dans un contexte oto-neurologique.

Les résultats de l'épreuve calorique doivent être également interprétés avec soin. En particulier, la constatation d'une inégalité des réactions nystagmiques obtenues par l'épreuve calorique est un signe intéressant.

Devant la constatation d'anomalies labyrinthiques, l'expert doit évoquer la possibilité d'étiologies anciennes différentes et tenir compte de l'âge et de l'éventuelle possibilité d'une amélioration un certain nombre de séquelles vestibulaires s'atténuent à distance des faits.

Ainsi, de nombreuses composantes variables interviennent dans la fixation du taux éventuel d'IPP : la fréquence et l'intensité des vertiges, les constatations de l'examen labyrinthique et le pronostic rapporté au tableau.

Les taux sont donc très variables:

Si l'examen labyrinthique est normal, les troubles ne relèvent plus de l'ORL et doivent être appréciés dans le cadre du syndrome subjectif post-commotionnel.

Dissymétrie vestibulaire, suivant l'intensité et la fréquence des troubles fonctionnels 2 à 12 %

Il est rare que les vertiges entraînent une IPP plus élevée. Cependant, dans les cas exceptionnels où le blessé présenterait de grands vertiges, suffisamment violents pour gêner la marche, entraîner des difficultés de travail, les troubles étant objectivés par la constatation de signes vestibulaires spontanés et de signes vestibulaires dysharmonieux importants, l'IPP pourrait atteindre un chiffre de l'ordre de 20 à 25 %

Des taux plus élevés ne sont pratiquement jamais justifiés par des séquelles purement vestibulaires. Ils ne seraient à envisager qu'en cas de troubles neurologiques associés.

Dans tous les cas, il importe de veiller à ce que les vertiges et les troubles de l'équilibre, lorsqu'ils sont associés à un syndrome post-commotionnel, ne soient pas appréciés sous les deux rubriques.

Intervenant pour objectiver un trouble fonctionnel, par exemple un vertige, les variations de l'excitabilité labyrinthique ne doivent en aucun cas constituer par elles-mêmes un facteur d'IPP.

6° Sténoses trachéales

Leurs séquelles sont évaluées en fonction du retentissement respiratoire (voir V) et du retentissement sur la parole (voir ci-après).

L'évolution très lente du processus exige un délai d'appréciation qui peut atteindre 3 ans.

7° Lésions des cordes vocales

Les troubles de la voix et du langage peuvent affecter la fonction de « communication » du sujet avec son entourage.

On distingue classiquement dysphonies, les dysarthries (troubles de l'articulation verbale - voir I, F) et les aphasies (troubles de la compréhension et de l'utilisation du langage - voir I, B).

- Dysphonie : perturbation de la parole, laissant possibles les contacts avec les tiers (troubles de l'intensité de la voix, de l'articulation, fatigabilité vocale) 0 à 10 %

- Aphonie perturbation de l'expression orale qui devient incompréhensible même pour l'entourage 30 %

F - SÉQUELLES MAXILLO-FACIALES

Les séquelles maxillo-faciales peuvent être divisées en plusieurs groupes correspondant à des fonctions distinctes.

1° Région orbito-malaire

Qu'elles intéressent la cavité orbitaire, le globe oculaire ou les annexes de l'œil (paupières, voies lacrymales, muscles et nerfs), ces séquelles retentissent sur la fonction visuelle avec laquelle elles sont étudiées (voir I, D).

La fracture du malaire ne donne lieu à l'évaluation d'une IPP que s'il existe un retentissement sur les fonctions visuelle (I, D), masticatoire (F 3) ou sensitive (F 5).

2° Région ethmoïdo-nasale (fonctions olfactive et respiratoire).

Les hyposmies et anosmies, dont le diagnostic est parfois délicat, justifient, lorsqu'elles sont permanentes, un taux de 2 à 5%

L'éventuel retentissement professionnel est décrit par l'expert, mais non chiffré.

Les troubles de la respiration nasale par déformation osseuse ou cartilagineuse justifient le plus souvent des taux faibles 0 à 5%

Les exceptionnelles sténoses narinaires retentissant sur la fonction respiratoire justifient des taux plus élevés (voir V). La plupart des fractures des os propres du nez consolident avec une petite gêne esthétique, sans incapacité permanente.

3° Région maxillo-mandibulaire (fonction masticatoire)

Avec les éléments ostéo-articulaires, les dents et leurs annexes, les parties molles que sont la langue, les lèvres et les joues, cette région participe au premier temps de la fonction digestive dont l'atteinte constitue l'essentiel des séquelles.

Les pertes de dents peuvent faire l'objet d'évaluations distinctes.

a) Au cas où les dents ne seraient pas remplacées

- incisives 1,00 %
- prémolaire 1,25 %
- canine et molaire 1,50 %

avec un maximum de 30 % en cas d'édentation totale inappareillable.

b) En cas de prothèse, on tiendra compte des indications ci-dessous.

Perte de la vitalité pulpaire d'une dent 0,5%

Perte totale, y compris racine, d'un organe dentaire préalablement sain les taux indiqués dans le tableau ci-dessus (a) doivent être réduits de 1/2 en cas de prothèse mobile et des 2/3 en cas de prothèse fixe, avec un maximum de 15 % en cas d'édentation totale appareillée.

L'entretien et le renouvellement éventuel de la prothèse sont évidemment indépendants du taux de l'IPP.

Les troubles de l'articulé dentaire, les limitations ou déséquilibres de l'ouverture buccale (latéro-déviations, dysfonctionnement temporo-mandibulaire, etc.), les atteintes de la langue (indépendamment du trouble de la phonation, voir 4), sont évalués en fonction de leur retentissement sur la mastication et la persistance de phénomènes douloureux:

- Gêne à la mastication des aliments solides, mais leur prise restant possible, écart interdentaire de 20 à 30 mm, troubles de l'articulé limités à une demi-arcade 2 à 10 %
- Alimentation limitée aux aliments mous, édentation partielle, écart interdentaire de 10 à 20 mm, régime spécial 10 à 15 %
- Alimentation liquide, constriction permanente des mâchoires, écart interdentaire inférieur à 10 mm 35 %

Les pseudarthroses mandibulaires, les pertes de substance osseuse, les brides cicatricielles sont évaluées principalement en fonction de leur retentissement sur la mastication et la phonation. En cas

de communications bucco-nasales et sinusiennes, l'expert doit également tenir compte de l'élément infectieux éventuel.

4° Langue

Les troubles de la phonation en rapport avec une atteinte de la cavité buccale et de ses éléments sont rares et peuvent justifier une IPP de 0 à 10 %

C'est seulement lorsque les troubles de la phonation perturbent gravement la fonction de communication qu'un taux supérieur sera envisagé (voir E 7).

Les perturbations du goût sont souvent associées aux troubles de l'odorat (voir F 2).

5° Séquelles sensitives et motrices (algies, paralysies faciales)

Les atteintes motrices (nerf facial) peuvent s'accompagner de spasmes faciaux. Les taux ci-dessous ne tiennent pas compte d'éventuels troubles oculaires associés.

- Paralysie faciale unilatérale totale et définitive 20 %
- Paralysie faciale unilatérale partielle 5 à 15 %

Il convient de faire la part entre la gêne fonctionnelle et l'atteinte esthétique qui ne seront pas confondues, mais analysées chacune pour elle-même.

Les atteintes sensitives concernent le nerf trijumeau et ses branches.

- nerf sous-orbitaire 1 à 5 %
- nerf dentaire inférieur (avec ou sans incontinence labiale) 1 à 5 %
- nerf lingual (face dorsale de la langue, avec fréquentes morsures de celle-ci et algies) 1 à 5 %

G - CRÂNE, VOÛTE

En l'absence d'atteinte dure-mérienne Ou de contusion cérébrale, les séquelles d'une fracture de la voûte crânienne peuvent être nulles. Ce n'est pas la fracture qui, par elle-même, justifie un pourcentage d'incapacité, mais les troubles associés (syndrome déficitaire, syndrome subjectif).

Rappelons qu'en droit commun les réserves Sont implicites, la victime pouvant toujours demander une nouvelle évaluation de son dommage en cas d'aggravation de celui-ci. Un «risque» d'épilepsie ou de complication infectieuse ne saurait justifier un taux d'incapacité, mais un risque peut être préjudiciable lorsqu'il entraîne une contre-indication à l'exercice d'une activité bien précise.

Toutefois, la perte de substance non comblée, avec battements dure-mériens et impulsion à la toux, peut, pour les contraintes qu'elle entraîne, justifier un taux de 5 à 10 %

H - CUIR CHEVELU

Il est exceptionnel que les séquelles justifient une IPP et elles devront être le plus souvent appréciées dans le cadre du préjudice esthétique.

Des cicatrices douloureuses ou des névralgies (sus-orbitaire, occipitale) peuvent justifier un taux de 1 à 4 %

II. - FONCTION DE SOUTIEN (RACHIS)

Soutenant l'axe du corps et servant de canal protecteur à une partie du système nerveux central, le rachis joue un rôle essentiel et il est classique d'insister sur le vécu psychologique de ses atteintes.

Ce sont en pratique l'atteinte médullaire et le retentissement sur la fonction des membres inférieurs qui peuvent permettre de définir un maximum, le rachis n'assurant pas une fonction indépendante.

Ici encore, l'expert ne doit pas être influencé par la lésion anatomique, mais guidé par l'analyse du retentissement des séquelles.

Les séquelles des traumatismes médullaires et les séquelles neurologiques des lésions rachidiennes sont étudiées ailleurs (voir I, B - III et IV).

Les critères d'appréciation des séquelles rachidiennes sont la nature des lésions (atteinte du mur postérieur), les déformations (rares et le plus souvent discrètes), les douleurs (spontanées ou provoquées, avec ou sans irradiations), les raideurs (souvent accompagnées de contractures, limitant les mouvements actifs ou passifs) et les signes d'irritation ou de déficit radiculaire :

- Poussée évolutive douloureuse sur une arthrose connue, avec retour à l'état antérieur 0 % (à prendre en considération dans l'incapacité temporaire et les « souffrances endurées».)
- Décompensation d'une arthrose connue ou méconnue qui se trouve aggravée 2 à 6 %
- Rachialgie segmentaire avec lésions ligamentaires ou osseuses légères, raideur, sans complication neurosensorielle
- Colonne cervicale 5 à 12 %
- Colonne dorsale 5 à 10 %
- Colonne lombaire 5 à 12 %
- Raideur cervicale douloureuse et importante consécutive à une luxation ou à une fracture vertébrale authentifiée radiologiquement 15 à 25 %
- Raideurs dorsales ou lombaires importantes consécutives à des fractures vertébrales authentifiées radiologiquement 10 à 20 %
- Lombalgies tenaces avec troubles de la statique lombo-sacrée 10 à 15 %
- Coccygodynie (voir IV, B).

III - FONCTION DES MEMBRES SUPÉRIEURS (PRÉHENSION)

Les membres supérieurs assurent la fonction de préhension dont le développement perfectionné est un privilège de l'espèce humaine. La perte des deux membres supérieurs, correspondant à la perte de la fonction, et fixée dans ce barème au maximum de 90 %.

Chacun des segments joue un rôle dans cette fonction globale, rôle plus ou moins important mais non détachable de l'ensemble.

L'amputation du membre supérieur droit chez le droitier est évaluée à 60 % (50 % pour le gauche). Ce plafond doit permettre d'analyser l'incapacité du sujet examiné en tenant compte de la gêne fonctionnelle appréciée cliniquement, mais aussi des possibilités d'appareillage et de la répercussion sur la vie quotidienne du sujet.

L'atteinte anatomique ne justifie pas un pourcentage d'incapacité par elle-même, mais c'est son retentissement fonctionnel qui est déterminant (raideurs articulaires, troubles nerveux et trophiques, force musculaire). Celui-ci servira de guide et l'expert n'oubliera pas que la fonction des membres supérieurs est essentiellement la préhension. Une fracture de la clavicule ou de l'humérus bien consolidée ne laisse souvent aucune séquelle, donc aucune IPP.

Les pourcentages indiqués pour le côté droit sont valables pour le membre dominant <gauche chez le gaucher).

Les taux peuvent être majorés jusqu'au tiers environ de leur valeur par des facteurs ajoutés tels que la mauvaise position d'une ankylose, une mobilité dans un angle défavorable, des douleurs, des troubles trophiques.

L'expert tiendra compte de la capacité restante.

1° Perte totale par amputation ou paralysie

	DROIT	GAUCHE
Bras	60 %	50 %
Avant-bras	55 %	45 %
Main	5 %	40 %

L'adaptation d'une prothèse fonctionnelle efficace peut justifier une diminution d'un quart environ.

2° Ankylose en position de fonction

	DROIT E	GAUCHE
épaule	30 %	25 %
Coude	20 %	15 %
Poignet (et prono-supination)	20%	15 %
Main (toutes articulations)	50%	40 %

3° Raideurs articulaires

Elles peuvent être évaluées par rapport aux maximums définis pour l'ankylose et aux taux indiqués pour une raideur moyenne, étant entendu que les taux varieront en plus ou en moins par rapport à cette raideur moyenne, selon l'importance de la raideur et surtout l'utilité du secteur d'amplitude atteint.

<i>Raideurs articulaires</i>	DROIT E	GAUCHE
Raideur moyenne de l'épaule	15 %	12 %
Raideur moyenne du coude	10 %	8 %
Raideur moyenne du poignet (y compris prono-supination)	10 %	8 %
Raideur moyenne - de la main - de la prono-supination isolé	25 % 8 %	20 % 6 %

4° Paralysies

	DROIT E	GAUCHE
Radiculaire, type Duchenne-Erb	45 %	35 %
Radiculaire, type Dejerine- Klumpke	55 %	45 %
Nerf circonflexe	15 %	10 %
Nerf musculo-cutané	12 %	10 %
Nerf sous-scapulaire	8 %	6 %
Nerf médian au bras	35 %	30 %
Nerf médian au poignet	15 %	10 %
Nerf cubital au bras	25 %	20 %
Nerf cubital au poignet	15 %	10 %
Nerf radial au-dessus de la branche tricipitale	30 %	25 %
Nerf radial au-dessous de la branche tricipitale	20 %	15 %

5° Main

a) Perte de segments de doigts:

- Perte totale de la fonction par amputation ou ankylose de toutes les articulations
- Perte partielle ou raideur moyenne

	DROIT E	GAUCHE
Pouce (y compris le 1er métacarpien)	22 %	18 %
Pouce (deux phalanges)	15 %	12 %
Index	12 %	10 %
Médus	8 %	7 %
Annulaire	6 %	5 %
Auriculaire	5 %	4 %

b) En pratique, la diminution de la valeur fonctionnelle de la main, organe aussi complexe qu'essentiel, nécessite une étude clinique minutieuse.

On peut utiliser avec profit la Fiche de valeur fonctionnelle de la main établie par J. P. Razemon (Méd. légale et dom. corp., 1974, 7, n0 1, 62-69).

La méthode permet de dégager un chiffre qu'il suffit de multiplier par un coefficient correspondant à la perte totale de la main (0,5 pour la main droite - 0,4 pour la main gauche).

IV. - FONCTION LOCOMOTRICE MEMBRES INFÉRIEURS, BASSIN)

A - MEMBRES INFÉRIEURS

Les membres inférieurs assurent la fonction de locomotion dont la perte, Si l'on respecte une certaine harmonie avec l'économie générale, représente une incapacité évaluée à 90 %. C'est dans cet esprit que le maximum suggéré pour l'amputation d'un membre inférieur est de 75 %, mais il est évident que le taux doit essentiellement tenir compte des possibilités qu'a la victime de se déplacer et de vaquer à ses occupations habituelles, les appareillages apportant, lorsqu'ils sont efficaces, de sensibles modifications aux taux proposés ci-dessous.

Leur fonction essentielle étant la marche, les critères d'appréciation concernent avant tout la stabilité et la mobilité, l'équilibre statique et dynamique entre les deux membres inférieurs jouant un rôle capital. D'où l'intérêt de l'étude de la station debout et de la marche qui conditionnent l'incapacité. Une fracture du fémur ou du tibia bien consolidée peut ne laisser aucune séquelle, donc aucune incapacité.

Des atteintes circulatoires post-traumatiques des membres inférieurs, des hypodermes, des ulcérations trophiques prolongées et récidivantes, des infections chroniques ou des fistulisations récidivantes peuvent justifier une majoration du taux.

1° Raccourcissement

S'il est isolé, il peut être compensé par le port d'une talonnette ou d'une semelle orthopédique.

- inférieur à 3cm 0 à 3 %
- 3 à 6 cm 3 à 10 %
- 6 à 10 cm 10 à 20 %

Ces taux ne doivent pas être ajoutés mathématiquement aux taux en rapport avec une éventuelle raideur articulaire associée.

2° Perte totale par amputation ou paralysie

- Au niveau de la hanche 75 %
- Au niveau de la cuisse 65 %
- Au niveau du genou 60 %
- Au niveau de la jambe 40 à 50 %
- Au niveau de la cheville 30 %
- Amputation tarso-métatarsienne 25 %
- Amputation de tous les orteils 15 %
- Amputation du gros orteil 10 %

Les taux indiqués ci-dessus peuvent être réduits de 1/3 à 1/2 en cas de prothèse ou d'orthèse bien supportée et donnant un résultat fonctionnel satisfaisant.

3° Ankylose en position de fonction

- Hanche 40 %
- Genou 25%
- Cheville (tibio-tarsienne + sous-astragalienne) 15 %
- Sous-astragalienne isolée 8 %
- Médio-tarsienne 8 %

Ces taux doivent être majorés de 1/4 à 1/2 en cas de position vicieuse, de raccourcissement ou désaxations associés, de troubles trophiques.

4° Raideur moyenne

- Hanche 20 %
- Genou 10%
- Tibio-tarsienne 6 %
- Sous-astragalienne 3 %
- Médio-tarsienne 3 %

Ces taux doivent être majorés de 1/4 à 1/2 s'il existe des troubles associés tels qu'instabilité articulaire, douleurs, mauvaise position, raccourcissement, troubles trophiques.

5° Instabilité articulaire

- Hanche 30 à 50 %
- Genou
- Laxité ligamentaire bien compensée permettant une activité normale 3 à 5 %
- Laxité ligamentaire franche bien compensée lors de la marche mais entravant certaines activités 5 à 15 %
- Laxité ligamentaire (tiroir, latéralité) ayant un retentissement sur la marche 15 à 25 %
- Cheville
- Petit diastasis isolé entraînant un discret ballotement astragalien, mais sans retentissement clinique 0 à 3 %
- Diastasis responsable d'entorses à répétition 3 à 8 %
- Diastasis gênant la marche de façon permanente 8 à 12 %

6° Paralysie complète d'un membre inférieur 75 %

- Sciatique (tronc) 30 à 40 %
- Sciatique postérieur externe 18 à 25 %
- Crural 30 à 40 %

Le taux doit tenir compte, en minoration, des possibilités et de l'efficacité d'un appareillage type orthèse.

7° Névralgie sciatique

Suivant la fréquence des crises et surtout le retentissement sur le sommeil, la marche et les activités en général 10 à 30 %

8° Prothèse totale de la hanche

Indépendamment de la gêne fonctionnelle due à l'état de la hanche, pour l'atteinte infraclinique et les contraintes dues à la présence de la prothèse 10 %

9° Hydarthrose du genou

Ce n'est pas l'hydarthrose elle-même qui justifie une incapacité, mais les troubles qui en sont l'origine (raideurs, instabilité, troubles trophiques). Si l'hydarthrose chronique ne s'accompagne que d'une amyotrophie, sans limitation des mouvements ni laxité 2 à 5 %

10° Patellectomie totale

Comptent essentiellement le retentissement sur la fonction du genou et la qualité fonctionnelle du muscle quadriceps. Taux de base 5 %

11° Lésions méniscales

En l'absence d'intervention, les réserves sont obligatoires et l'évaluation peut difficilement être définitive.

Suivant la fréquence des blocages et le retentissement sur l'activité 5 à 15 %

Après intervention, c'est le retentissement sur la fonction du genou qui conditionne l'incapacité, le taux se situant habituellement entre 3 et 6 %

12° Cas particulier du pied

Compte tenu de la complexité anatomique de la région, il est impossible d'en dissocier des segments fonctionnels.

Les critères d'appréciation sont la douleur, la mobilité et la stabilité, les exemples ci-dessous situant quelques associations pour permettre d'évaluer par assimilation (pour plus de détails, voir Galland M. et Pennetier R., Critères d'appréciation d'une incapacité fonctionnelle en rapport avec un pied traumatique, Rev. franç. dommage corp., 1980, 6, n0 1, 37-39).

- Quelques douleurs à la marche, mouvements normaux ou légèrement freinés, absence de claudication 0 à 3 %
- Douleurs intermittentes, limitation modérée des mouvements des diverses articulations, légère claudication mais stabilité du pied 3 à 8 %
- Douleurs à la marche cédant au repos, limitation modérée des mouvements, quelques troubles circulatoires, claudication limitant la marche, laquelle peut s'effectuer sans canne 9 à 15 %

- Ankylose des articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne en position de fonction, n'entraînant pas de douleurs 15%
- Douleurs assez vives, raideur importante ou léger équinisme, troubles trophiques modérés, marche limitée nécessitant l'usage d'une canne 15 à 25 %
- Douleurs vives à la marche ou à l'appui, raideur importante ou équinisme, troubles trophiques, nécessité de 2 cannes pour la marche 25 à 30 %
- Douleurs vives pouvant gêner le sommeil, ankylose en position vicieuse ou déformation importante, troubles trophiques, marche avec cannes-béquilles 30 à 35 %
- Douleurs très vives et continues, déformation importante du pied, appui impossible nécessitant l'usage de cannes-béquilles 35 %

B - BASSIN

Formant la ceinture pelvienne, le bassin relie l'axe vertical rachidien du corps aux membres inférieurs. Il participe donc à la fonction locomotrice et certaines de ses atteintes sont à analyser à travers celle-ci.

Un cas particulier est réalisé par les séquelles pouvant avoir un retentissement obstétrical. Ce dernier ne peut être évalué en pourcentage d'incapacité, mais doit faire l'objet de réserves particulières et motivées.

Les séquelles des fractures du bassin (os iliaques, sacrum, coccyx) sont le plus souvent évaluées en fonction de leur retentissement sur le rachis lombosacré (voir II), sur l'articulation de la hanche (voir IV), sur l'appareil urinaire (voir VII), ou en fonction de l'atteinte neurologique (voir I, B).

L'éventuel retentissement obstétrical (chez la femme jeune) nécessite une radiopelvimétrie et justifie des réserves motivées, mais non un taux d'incapacité spécifique.

Les arthropathies post-traumatiques ou disjonctions pubiennes ou sacro-iliaques sont appréciées en fonction de la douleur et de la gêne fonctionnelle, l'IPP étant évaluée en fonction du retentissement sur la statique vertébrale et la fonction locomotrice, pouvant atteindre 5 à 20 %

Coccygodynie post-traumatique, avec ou sans fracture objectivée par la radiographie 2 à 8 %

Névrалgie obturatrice 2 à 5 %

V. - THORAX: FONCTIONS RESPIRATOIRE ET CIRCULATOIRE

Le thorax comprend essentiellement l'appareil broncho-pulmonaire, qui assure la fonction respiratoire, et l'essentiel de l'appareil cardiovasculaire, qui assure la fonction circulatoire et dont dépendent toutes les autres fonctions.

L'une et l'autre fonctions peuvent être atteintes au niveau de leur commande nerveuse, la gêne fonctionnelle étant en définitive appréciée par son retentissement périphérique.

Plus qu'ailleurs peut-être ce ne sont pas les lésions qui justifient le pourcentage d'incapacité, mais leur retentissement. L'évaluation dépend donc des modifications imposées à la vie quotidienne et du résultat des explorations fonctionnelles.

Les limites de ce barème ne permettent pas d'entrer dans les détails. Seules sont donc données des indications schématiques permettant une évaluation par extrapolation.

A - ATTEINTES DE LA FONCTION RESPIRATOIRE

Les critères cliniques d'appréciation sont la dyspnée, la cyanose, la tachycardie, l'ampliation thoracique, accessoirement la diminution de la sonorité ou du murmure vésiculaire.

Des examens complémentaires sont le plus souvent indispensables:

- examens spirométriques: capacité vitale, V.E.M.S., coefficient de Tiffeneau, volume résiduel;
- examen radiologique avec, dans certains cas, des épreuves dynamiques mettant en évidence des troubles de la cinétique thoraco-diaphragmatique et un épaissement pleural;
- éventuellement test de transfert du CO pour apprécier le retentissement d'une amputation parenchymateuse ou plus exceptionnellement d'origine pleurale;
- électrocardiogramme lorsqu'existent des signes cliniques de retentissement cardiaque.

L'interprétation du déficit fonctionnel objectivé par les explorations fonctionnelles respiratoires n'a de valeur que s'il est fait référence aux tables de valeurs théoriques utilisées (en général tables de la CECA).

Le pourcentage chiffré du déficit mesuré par les épreuves fonctionnelles respiratoires ne doit pas être confondu avec le pourcentage d'incapacité partielle permanente.

L'expert doit savoir distinguer ce qui appartient à l'état antérieur et ce qui résulte de l'accident. Les séquelles traumatiques réalisent le plus souvent un syndrome restrictif. Tout syndrome obstructif est à interpréter avec prudence (état pathologique antérieur, sauf en cas de sténose trachéale ou bronchique).

1° Insuffisance respiratoire légère 0 à 5 %

Dyspnée n'apparaissant qu'aux efforts importants. Activités habituelles conservées.

2° Insuffisance respiratoire modérée 5 à 30 %

Dyspnée pouvant apparaître dans les activités nécessitant un certain effort, mais n'entravant pas sensiblement la vie quotidienne. Gêne due aux précautions que le sujet doit prendre pour éviter certaines activités.

3° Insuffisance respiratoire notable 30 à 60 %

Dyspnée dans les activités quotidiennes. Fréquence ventilatoire supérieure à 20. Signes d'irritation bronchique. Signes cliniques d'hypertension artérielle pulmonaire. Gêne importante dans la vie courante.

4° Insuffisance respiratoire importante > a 60%

Dyspnée permanente. Toux plus ou moins productive. Signes d'hypertension artérielle pulmonaire. Gêne importante dans tous les gestes de la vie courante.

B - ATTEINTES DE LA FONCTION CIRCULATOIRE

Les critères cliniques et paracliniques d'évaluation sont:

- la dyspnée, la cyanose,
- l'œdème pulmonaire aigu ou chronique,
- les œdèmes périphériques,
- les signes électriques, biologiques, radiologiques,
- les contraintes dues aux traitements continus ou non.

Exemples de tableaux séquellaires:

- Infarctus post-traumatique avec traitement anti-coagulant permanent ou discontinu.
- Lésions valvulaires, ruptures de cordages,
- Péricardie constrictive avec ou sans insuffisance cardiaque.

1° Pas d'insuffisance cardiaque 5 à 10%

Nécessité d'un traitement et de certains ménagements, mais le sujet peut mener une vie normale à cette condition.

2° Insuffisance cardiaque légère 10 à 30 %

Nécessité d'un traitement, d'un régime et de précautions. Apparition de troubles à l'effort. Le sujet doit réduire certaines activités mais peut mener une vie sensiblement normale.

3° Insuffisance cardiaque modérée 30 à 60 %

Traitement et régime continus. Nécessité d'éviter tous les efforts. Vie quotidienne perturbée.

4° Insuffisance cardiaque grave > a 60 %

Nécessité du traitement, du régime, du repos. Impossibilité de tout effort, même minime. Vie très perturbée.

- Prothèse aortique 15 %
- Prothèse valvulaire 20 %

Taux de base tenant compte des contraintes de vie imposées à la victime, indépendants des réserves et du retentissement cardiaque éventuel.

VI. - FONCTION DIGESTIVE ET ABDOMEN

A - FOIE ET VOIES BILIAIRES

En cas d'hépatectomie partielle, il existe une régénération tissulaire et l'incapacité ne saurait être en rapport avec la perte en poids de la masse hépatique.

Les séquelles cliniques des traumatismes hépatobiliaires (douleurs, ictère, anorexie, nausées et vomissements, prurit, asthénie, amaigrissement, hémorragies, ascite, œdèmes, troubles de la conscience) peuvent être appréciées par les nombreux tests fonctionnels hépatiques.

1° Troubles mineurs des tests hépatiques ou désordre primitif de la bilirubine ou épisodes passagers de dyskinésie biliaire, mais pas de troubles nutritionnels ou généraux, pas d'ascite, d'ictère ou de varices œsophagiennes 0 à 10 %

2° Atteinte hépatique nette aux différents tests ou atteinte répétée des voies biliaires malgré un traitement correct, mais sans troubles nutritionnels ou généraux, sans ascite, ictère ou varices œsophagiennes 10 à 20 %

3° Troubles nutritionnels ou généraux. Antécédents d'ascite ou d'hémorragies liées à des varices œsophagiennes. Signes intermittents d'encéphalopathie porto-cave. Obstruction des voies biliaires avec angiocholite à répétition.. 20 à 50 %

4° Atteinte hépatique évolutive: ascite, ictère, hémorragies. Manifestations d'encéphalopathie porto-cave. Troubles nutritionnels 50 à 80 %

B - RATE

Indépendamment des séquelles cicatricielles et pariétales, la seule séquelle peut être une hyperplaquettose (taux supérieur à 500 000/mm³) et toute expertise doit comporter une numération des plaquettes.

On ne doit pas consolider avant un an chez l'adulte, deux ans chez l'enfant de moins de 15 ans, en raison des complications infectieuses possibles.

Séquelles de splénectomie sans complication 10 %

Si persistance d'une hyperplaquettose sans traduction clinique, maintenir des réserves.

C - PAROI ABDOMINALE

Hernies. Événtration : en fonction de la taille et surtout de la gêne fonctionnelle qui en résulte 5 à 20%

D - ESTOMAC, GRÈLE, PANCRÉAS

Ce n'est pas la lésion anatomique qui conditionne un pourcentage d'IPP mais les troubles fonctionnels (douleurs, troubles du transit, difficultés de digestion), le retentissement sur l'état général (aspect, poids, tonus>, les modalités du traitement médical et du régime, les altérations

radiologiques, notamment fonctionnelles, les perturbations biologiques et surtout les incidences sur la vie quotidienne du sujet.

1° Pas de séquelles opératoires. Maintien du poids sans régime ni traitement 0 à 5 %

2° Troubles du transit contrôlés par régime ou traitement. Perte de poids inférieure à 10 % 5 à 15%

3° Troubles du transit mal contrôlés par régime ou traitement. Perte de 10 à 20 % du poids moyen. Légère anémie. Perturbations électrolytiques peu intenses. Troubles légers de l'absorption 15 à 30 %

4° Même amaigrissement. 4 à 6 selles diarrhéiques par jour. Crampes fréquentes. Stéatorrhée et perturbations électrolytiques relativement importantes 30 à 40 %

5° Troubles du transit incontrôlables. Perte de poids supérieure à 20 %. Anémie. Hypoprotéinémie. Déficit électrolytique. Stéatorrhée. Tétanie. Avitaminose 40 à 60 %

E - CÔLON

1° Pas de désordre fonctionnel. Activité normale. Poids normal 0 à 5 %

2° Troubles occasionnels du transit. Douleurs modérées. Régime ou traitement, mais pas de troubles nutritionnels 5 à 15 %

3° Troubles du transit. Douleurs intermittentes ou continues. Activité réduite. Régime et traitement. Anémie. Amaigrissement 15 à 30 %

4° Troubles permanents du transit. Douleurs. Nécessité d'un régime et d'un traitement. Troubles de l'état général 30 à 50 %

VII. - FONCTION RÉNALE. EXCRÉTION

La fonction rénale est dite «vitale » en ce sens que sa perte totale est incompatible avec la vie. Toutefois, les progrès depuis les années 60 ont permis la survie grâce à la dialyse ou à la greffe rénale. C'est donc un domaine dans lequel les éléments d'appréciation de l'incapacité ont le plus évolué.

Difficile à fixer de façon définitive, le taux d'incapacité doit dépendre surtout du retentissement sur la vie du sujet et les contraintes du traitement.

Les indications qui suivent peuvent aider l'expert.

A - REIN ET HAUT-APPAREIL

Les séquelles des contusions (lésions du parenchyme rénal, des voies urinaires et du pédicule vasculaire) sont l'altération de la fonction rénale et l'hypertension artérielle post-traumatique.

Il existe une hypertrophie compensatrice constante après perte anatomique ou fonctionnelle d'une portion du parenchyme rénal.

La résection partielle d'un rein ne saurait justifier par elle-même un pourcentage d'incapacité.

La valeur fonctionnelle du rein peut être appréciée par l'étude de la clairance de la créatinine endogène (normalement 130 ml/mn \pm 3,9 pour 1,73 m² de surface corporelle), l'épreuve de la phénol-sulfonephtaléine (50 à 60 % en 30 mn, 10 à 15 % entre 30 et 60 mn), l'urographie intraveineuse.

Néphrectomie (ou atrophie rénale)

Attendre 6 à 12 mois avant de fixer le taux.

Sujet de moins de 50 ans avec fonction rénale normale, sans hypertension, menant une vie normale
10 %

En cas d'atteinte de la fonction du rein restant, apprécier selon les critères ci-dessous.

Insuffisance rénale imputable

1° Néphrectomie ou atrophie partielle. Pas de traitement. Vie normale 0 à 10 %

2° Vie normale sans troubles sublectits, mais insuffisance rénale mineure (clairance créatinine entre 80 et 100 ml), syndrome néphrotique mineur contrôlé par régime faiblement désodé, tension inférieure à 16/9 5 à 15 %

3° Vie quotidienne normale, mais avec régime et traitement. Clairance entre 40 et 80 ml. Régime hypoazoté. Syndrome néphrotique nécessitant régime désodé strict et thérapeutique spécifique. Hypertension entre 18-20/10-11 15 à 25 %

4° Vie quotidienne possible mais avec restriction des activités (mi-temps...), asthénie, anémie, régime et traitement sévères. Créatinine entre 15 et 40 ml. Œdèmes irréductibles. Minima supérieure à 12 25 à 50 %

5° Vie quotidienne perturbée, travail régulier impossible. Insuffisance rénale grave. Syndrome néphrotique grave. Hypertension sévère > 50 %

L'épuration extra-rénale offre des possibilités d'amélioration qui rendent difficile une évaluation définitive.

- Coliques néphrétiques, suivant fréquence des crises 2 à 20 %

Évaluation habituellement provisoire, compte tenu de l'aspect évolutif.

B - VESSIE ET BAS-APPAREIL

Indépendamment de l'éventuel retentissement sur le haut-appareil qui est apprécié à part (voir A), l'atteinte des voies urinaires peut entraîner une gêne dans la vie quotidienne du sujet. Un maximum de 40 % est envisagé pour celle-ci, correspondant à la cystostomie.

- Cystite chronique ou à répétition 5 à 20 %
- Rétention chronique d'urines
- sondage hebdomadaire 10 à 15 %
- sondage pluri-hebdomadaire 20 à 25 %
- sonde à demeure 30 à 35 %
- Événtration hypogastrique après cystostomie 15 %
- Rétrécissement de l'urètre stabilisé, sans infection urinaire ni insuffisance rénale, ne nécessitant que quelques sondages ou dilatations annuels 10 %
- Rétrécissement avec accidents infectieux et nécessité de dilatations mensuelles 15 à 30 %
- Cystostomie 40 %

VIII. - FONCTION DE REPRODUCTION ET APPAREIL GÉNITAL

La part de cette fonction peut faire l'objet de discussions, car elle varie avec l'âge, le tempérament, le psychisme, l'éthique individuelle et les aspirations familiales.

Aussi, plus qu'ailleurs, les chiffres ci-dessous ne donnent qu'une moyenne qui peut varier sensiblement.

Un maximum théorique de l'ordre de 50 % peut situer le plafond pour un sujet jeune qui serait privé de ses fonctions sexuelles, une telle incapacité étant rarement isolée.

La «fonction sexuelle» est une des fonctions de l'organisme. Elle ne peut faire l'objet de l'évaluation d'un préjudice particulier. Ses critères d'appréciation sont l'imprégnation endocrinienne, la réalisation de l'acte sexuel et la fécondité.

Impossibilité mécanique des rapports sexuels maximum 30 %

L'appréciation en est difficile, les conséquences en sont variables. Il faut distinguer la véritable impuissance organique des impuissances psychogènes qui sont plus fréquentes et le plus souvent passagères.

Le taux doit être éventuellement ajouté au taux prévu pour la stérilité.

- Perte d'un ovaire ou d'un testicule fonctionnellement actif 5 %
- Castration bilatérale ou stérilité (en période d'activité génitale) 30 %

Les lésions traumatiques des organes génitaux externes, indépendamment des troubles urinaires associés, sont évaluées en fonction de la gêne mécanique aux rapports sexuels.

IX. - ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SOUFFRANCES ENDURÉES

- 1/7 - Très léger
- 2/7 - Léger
- 3/7- Modéré
- 4/7- Moyen
- 5/7 - Assez important
- 6/7 - Important
- 7/7- Très important

Les exemples ci-dessous, empruntés au travail de M. Thierry et B. Nicourt (Gazette du Palais, 28 octobre 1981), concernent quelques tableaux évolutifs de blessures classiques.

2/7 - Traumatisme cranio-cervical avec brève perte de connaissance. Suture d'une plaie du cuir chevelu. Hospitalisation de courte durée. Douleurs cervicales sans fracture traitées par antalgiques, avec régression des symptômes en 15 à 20 jours.

3/7 - Fracture du poignet sans déplacement notable, immobilisée dans un plâtre pendant trois semaines à un mois, suivie de 10 à 15 séances de rééducation.

4/7 - Fracture fermée des deux os de la jambe traitée par ostéosynthèse ou immobilisation plâtrée. Appui progressif après trois mois. 20 à 30 séances de rééducation.

5/7 - Traumatisme cranio-facial avec fracture des maxillaires traitée par ostéosynthèse et blocage bimaxillaire pendant un mois + fractures de la diaphyse des deux os de l'avant-bras traitées par plaques vissées puis immobilisation plâtrée. Hospitalisation maintenue pendant 30 jours. 30 séances de rééducation.

6/7 - Traumatisme thoracique avec volet costal et hémopneumothorax, ayant nécessité réanimation, drainage pleural, rééducation respiratoire 20 séances. Fracture de l'humérus droit avec paralysie radiale, ostéosynthèse, suture nerveuse, récupération progressive de la paralysie radiale. Luxation de la hanche traitée par réduction sanglante. Nécrose secondaire de la tête fémorale ayant nécessité secondairement la mise en place d'une prothèse totale. Fracture ouverte de la jambe traitée par ostéosynthèse par enclouage centro-médullaire. Plusieurs hospitalisations totalisant 90 jours. Long traitement de rééducation, environ 100 séances au rythme de 3 puis 2 séances par semaine.

A partir de ces cinq exemples (2 à 6), il est facile d'extrapoler les douleurs qui pourraient se classer en 1/7 douleur très légère, ou en 7/7 douleur très importante.

L'échelle classique à 7 valeurs paraît une bonne base d'appréciation Si l'on définit bien ce qui entre dans le cadre de la valeur 4 moyenne. Il est facile de nuancer davantage par des appréciations intermédiaires qui, dans la pratique, sont loin de constituer toujours une sorte d'hésitation ou de compromis entre deux appréciations, mais correspondent vraiment, après une analyse approfondie, à une modulation en accord avec la réalité.

Dans un tel cadre, le qualificatif lui-même n'a plus qu'une valeur relative. Il conserve une signification Si la même échelle demeure utilisée par tous les experts, et aux extrêmes, on peut toujours faire état de douleurs minimales ou pratiquement inexistantes, ou de souffrances exceptionnellement

importantes (par exemple, chez les polyblessés demeurés alités des années, opérés 12 à 15 fois ou chez de grands brûlés).