

RÉGLEMENTATION COMMUNE

relative à la couverture des risques d'accident et de maladie professionnelle
des fonctionnaires des Communautés européennes

L'INSTITUTION,

vu le statut des fonctionnaires des Communautés européennes ainsi que le régime applicable aux autres agents de ces Communautés, fixés par le règlement (CEE, Euratom, CECA) no 259/68¹ et modifiés en dernier lieu par le règlement (CE, Euratom) n° 31/2005², et notamment l'article 73 du statut des fonctionnaires des Communautés européennes, ci-après dénommé "statut" et l'article 28 du régime applicable aux autres agents de ces Communautés, ci-après dénommé "régime",

vu la réglementation commune relative à la couverture des risques d'accident et de maladie professionnelle des fonctionnaires des Communautés européennes, modifiée en dernier lieu le 18 juillet 1997,

vu l'avis du comité du statut,

vu le commun accord des institutions des Communautés européennes³,

¹ JO L 56 du 4.03.1968, p. 1

² JO L 8 du 12.1.2005, p. 1.

³ La présente réglementation a été arrêtée par toutes les institutions dont le commun accord fut constaté par le président de la Cour de Justice des Communautés européennes le 13 décembre 2005.

considérant qu'il appartient aux institutions des Communautés européennes d'arrêter, d'un commun accord, une réglementation relative à la couverture des risques d'accident et de maladie professionnelle applicable aux fonctionnaires de ces Communautés,

A ARRÊTÉ LA PRÉSENTE RÉGLEMENTATION:

CHAPITRE PREMIER
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier

Objet

La présente réglementation fixe, en exécution de l'article 73 du statut, les conditions dans lesquelles l'assuré est couvert dans le monde entier contre les risques d'accident et de maladie professionnelle.

Est assuré au titre de la présente réglementation:

- le fonctionnaire;
- l'agent temporaire;
- l'agent contractuel.

Article 2

Accident

1. Sous réserve de l'article 7, est considéré comme accident tout évènement soudain ayant porté atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'assuré et dont la cause ou l'une des causes est extérieur à l'organisme de la victime.

2. Sont considérés comme accidents, entre autres:
 - l'empoisonnement,

 - les infections, maladies et blessures et toutes autres suites de morsures d'animaux ou piqûres d'insectes,

 - les distorsions, déchirures, ruptures musculaires et tendineuses résultant d'un effort,

 - la disparition inexplicée de l'assuré si, à l'expiration d'un délai d'un an et après examen des circonstances de la disparition, l'assuré est présumé décédé à moins qu'il ne puisse être présumé que le décès n'a pas d'origine accidentelle.

Article 3

Maladies professionnelles

1. Sont considérées comme maladies professionnelles les maladies qui figurent à la "liste européenne des maladies professionnelles" annexée à la recommandation de la Commission du 19 septembre 2003¹ et à ses compléments éventuels, dans la mesure où l'assuré a été exposé, dans son activité professionnelle auprès des Communautés européennes, aux risques de contracter ces maladies.

¹ JO L 238 du 25.9.2003, p. 28.

2. Est également considérée comme maladie professionnelle toute maladie ou aggravation d'une maladie préexistante ne figurant pas à la liste visée au paragraphe 1, lorsqu'il est suffisamment établi qu'elle trouve son origine dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions au service des Communautés.

Article 4

Exclusion de la couverture

1. Ne sont pas couverts par l'article 73 du statut les accidents résultant:
 - a) de la participation volontaire de l'assuré à des rixes sous réserve du paragraphe 3;
 - b) d'actes notoirement téméraires, commis par l'assuré, ou de sa participation à l'aide d'engins motorisés à des compétitions sportives, à des épreuves sportives de vitesse et à des essais officiels,
 - c) d'un taux d'alcoolémie, chez l'assuré victime de l'accident, dépassant 0,5 mg/ml pour les accidents de conduite de tout véhicule à moteur, et un taux d'alcoolémie dépassant 1,4 mg/ml pour tout autre accident;
 - d) de l'usage, par l'assuré, de stupéfiants non prescrits médicalement, sauf erreur;
 - e) de la manipulation consciente, par l'assuré, d'engins ou de munitions de guerre, sauf état de nécessité.

- f) de la pratique des sports suivants, réputés dangereux: la boxe, le karaté, le parachutisme, le parapente, le saut à l'élastique, la spéléologie, la pêche ou l'exploration sous-marines avec équipement respiratoire comprenant des réservoirs d'alimentation d'air ou d'oxygène, l'escalade de parois ou d'aiguilles rocheuses ou de sommets de montagne hors des voies frayées, sauf état de nécessité, et sous réserve du paragraphe 2;
- g) d'un acte volontaire sanctionné pénalement qui a donné lieu à une condamnation définitive à une peine de prison ferme. Lorsque la condamnation a été prononcée dans un pays tiers, l'exclusion ne s'applique que si les droits fondamentaux de la défense ont été respectés au cours de la procédure judiciaire et à condition que le même acte eût été puni d'une peine de prison par la législation de l'État dont l'assuré est un ressortissant.
2. Les cas d'exclusion visés au paragraphe 1 doivent avoir une relation directe avec l'aggravation du ou des risques qu'ils entraînent.
3. Les accidents énumérés au paragraphe 1, point a), sont couverts lorsqu'ils sont survenus dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions ou sur le chemin du travail, lorsque l'assuré est pris à partie et se trouve en situation de légitime défense, sauf faute inexcusable de l'assuré.

Article 5

Suspension de la couverture

La couverture des risques prévus à l'article 73 du statut est suspendue dans les cas prévus par l'article 40 du statut et l'article 17 du régime.

Article 6

Déduction des prestations

En cas d'accident survenu ou de maladie contractée pendant la période durant laquelle l'assuré est placé en position de disponibilité ou en congé pour service militaire, en application respectivement des articles 41 et 42 du statut, les prestations de même nature versées par ailleurs viennent en déduction de celles dues en vertu de la présente réglementation.

Article 7

Exclusion des prestations

1. Les prestations prévues à l'article 73 du statut ne sont pas dues lorsque l'accident ou la maladie a été provoqué intentionnellement par l'assuré.

Aucune prestation n'est due à celui des ayants droit qui a intentionnellement provoqué le décès de l'assuré.

2. Sont toutefois considérés comme accidents, au sens de la présente réglementation:

- les suicides,
- les lésions physiques ou psychiques subies en état de nécessité ou de légitime défense ou en cas de sauvetage de personnes et de biens,
- les conséquences d'agressions ou d'attentats commis sur la personne de l'assuré, même au cours de grèves ou d'émeutes, sauf s'il est prouvé que cet assuré a pris volontairement une part aux actions violentes dont il a été victime, hors le cas de légitime défense,

Article 8
Subrogation

L'assuré ou ses ayants droit doivent fournir à l'institution dont relève l'assuré les renseignements et les preuves dont ils disposent, afin qu'elle puisse, le cas échéant, exercer un recours contre le tiers responsable et lui prêter tout le concours nécessaire à cette fin. L'assuré ou ses ayants droit doivent obtenir le consentement de l'institution dont relève l'assuré pour conclure un règlement à l'amiable de leurs droits et transiger avec le tiers responsable.

CHAPITRE II
PRESTATIONS

Article 9
Remboursement des frais

1. L'assuré victime d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit au remboursement de tous les frais nécessités pour le rétablissement aussi complet que possible de son intégrité physique ou psychique et pour tous les soins et traitements nécessités par les suites des lésions subies et leurs manifestations, et s'il y a lieu, des frais nécessités par la réadaptation fonctionnelle et professionnelle de la victime.

Toutefois, si l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'institution dont relève l'assuré considère certains frais comme excessifs ou non nécessaires, elle peut, sur avis du médecin désigné par elle, les réduire à un montant jugé raisonnable ou, le cas échéant, refuser le remboursement.

Les frais mentionnés aux premier et deuxième alinéas sont remboursés à l'assuré, au titre de la présente réglementation, par l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'institution dont relève l'assuré, après la prise en charge, par le régime d'assurance maladie prévu à l'article 72 du statut, de la part incombant à ce régime dans les conditions y prévues.

2. L'autorité investie du pouvoir de nomination de l'institution peut accorder à l'assuré, à la demande de celui-ci et après avis du médecin désigné par elle, le remboursement des frais de voyage lorsqu'il apparaît nécessaire que l'assuré se fasse traiter ou passe sa période de convalescence ou fasse sa cure dans son pays d'origine.

Dans des cas exceptionnels, lorsque l'état de santé de l'assuré l'exige, l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'institution peut accorder à celui-ci, après avis du médecin désigné par elle, le remboursement des frais de voyage pour permettre à l'assuré de suivre dans un pays autre que son pays d'origine les traitements nécessités par son état.

Ces frais de voyage sont remboursés conformément à l'article 12 de l'annexe VII du statut.

Article 10

Versement du capital

1. En cas de décès d'un assuré résultant d'un accident ou d'une maladie professionnelle, l'institution dont relevait l'assuré verse le capital prévu à l'article 73, paragraphe 2, point a), du statut aux ayants droit y désignés.

Si, après le versement aux ayants droit, dans le cas visé à l'article 2, paragraphe 2, quatrième tiret, de tout ou partie de ce capital, l'assuré était retrouvé en vie, toutes les sommes versées doivent être remboursées par les ayants droit. Des facilités de remboursement peuvent être accordées.

2. Au cas où après le versement du capital prévu à l'article 11, l'assuré décéderait des suites du même accident ou de la même maladie professionnelle, le capital visé au présent article n'est dû que pour la différence, si ce capital dépasse le capital versé en vertu de l'article 11.

Article 11

Invalidité permanente

1. L'invalidité permanente totale ou partielle est mesurée par l'atteinte à l'intégrité physico-psychique (AIPP) telle que fixée par le barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique, figurant en annexe A.

Les modalités pratiques d'utilisation du barème figurant en annexe B sont d'application.

La recommandation du Conseil concernant l'adoption d'un barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique et ses compléments éventuels, à l'exclusion de son préambule, remplace l'annexe A de la présente réglementation du jour de sa publication au Journal Officiel de l'Union européenne.

2. En cas d'invalidité permanente totale de l'assuré résultant d'un accident ou d'une maladie professionnelle, l'atteinte à l'intégrité physico-psychique est de 100% et le capital prévu à l'article 73, paragraphe 2, point b), du statut lui est versé.

3. En cas d'invalidité permanente partielle de l'assuré résultant d'un accident ou d'une maladie professionnelle, le capital prévu à l'article 73, paragraphe 2, point c), du statut et déterminé en fonction des taux prévus au barème visé au paragraphe 1 du présent article lui est versé.

4. La lésion de membres ou organes déjà infirmes n'est indemnisée que par différence entre l'état avant et après l'accident.

5. L'évaluation des lésions de membres ou organes sains lésés par l'accident doit être effectuée en tenant compte de l'état d'infirmité d'autres membres ou organes que l'accident n'a pas atteints pour autant que ces membres ou organes fonctionnent en synergie avec ceux lésés par l'accident. Dans ce cas, l'indemnité porte sur la perte totale ou partielle de la fonction.

L'indemnisation de la perte partielle de la fonction est déterminée conformément à la formule de Gabrielli*.

6. L'indemnité totale résultant de plusieurs invalidités provenant du même accident s'obtient par addition, sans pouvoir dépasser ni le capital intégral assuré pour l'invalidité permanente totale, ni la somme partielle assurée pour la perte totale ou la perte complète de l'usage du membre ou de l'organe blessé.

Article 12

Rente viagère

A la demande de l'assuré ou des ayants droit, une rente viagère est substituée aux paiements prévus aux articles 10 et 11.

Cette demande doit être formulée dans les trois mois à compter de la notification de la décision prévue à l'article 18.

La conversion en rente viagère, à effet immédiat ou différé, se fait sur la base des tables prévues à l'article 8 de l'annexe VIII du statut, concernant les pensions. La rente est payée annuellement et à terme échu.

* $i = (V1 - V2) / V1 * 100$

i = invalidité à accorder pour l'accident tenant compte de l'état d'infirmité de l'organe synergique que l'accident n'a pas atteint.

V1 = validité restante avant l'accident.

V2 = validité restante après l'accident.

Article 13

Indemnité complémentaire

Sur avis des médecins désignés par les institutions ou de la commission médicale visée à l'article 22, une indemnité complémentaire à l'invalidité permanente partielle est accordée à l'assuré pour le préjudice esthétique, le préjudice sexuel (hormis la reproduction), les douleurs exceptionnelles non objectivées mais médicalement plausibles, l'atteinte aux activités de loisirs spécifiques à l'assuré.

Cette indemnité est déterminée en fonction de la grille d'évaluation des préjudices particuliers spécifiques figurant en annexe C.

Article 14

Indemnité forfaitaire

Lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle, l'assuré se trouve dans un état d'incapacité tel qu'il ne peut pas se passer de l'aide constante d'une autre personne, l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'institution peut lui allouer, sur avis du médecin désigné par elle ou de la commission médicale visée à l'article 22, une indemnité forfaitaire mensuelle égale aux charges justifiées et dont le montant ne peut pas excéder 150% du minimum vital visé à l'article 6 de l'annexe VIII du statut, compte tenu du coefficient correcteur prévu par l'article 64 du statut.

Cette indemnité forfaitaire n'est payée qu'après épuisement et en supplément des remboursements éventuellement dus, en application de l'article 72 du statut.

Dans les délais déterminés par l'institution et au moins tous les trois ans, la décision d'octroi de cette indemnité fait l'objet d'un réexamen.

CHAPITRE III PROCÉDURE

Article 15

Déclaration d'accident

1. L'assuré victime d'un accident ou ses ayants droit doivent déclarer l'accident à l'administration de l'institution dont relève l'assuré.

En cas d'accident suivi de décès, ainsi que dans tous les cas d'impossibilité pour l'assuré ou ses ayants droit de déclarer l'accident, cette déclaration peut être faite par tout membre de sa famille ou toute autre personne en ayant eu connaissance.

La déclaration d'accident doit indiquer de façon détaillée le jour et l'heure, les causes et les circonstances de l'accident, ainsi que les noms des témoins et du tiers responsable éventuels. Un certificat médical y sera joint, spécifiant la nature des lésions et les suites probables de l'accident.

2. La déclaration doit être faite dans les dix jours ouvrables suivant la date à laquelle l'accident s'est produit. Toutefois, ce délai peut être dépassé en cas de force majeure ou pour tout autre motif légitime, pour autant que l'assuré apporte la preuve de l'accident et établisse le lien de causalité entre cet accident et les atteintes à son intégrité physique et psychique.

3. L'administration peut ouvrir une enquête.

Article 16

Déclaration de maladies professionnelles

1. L'assuré qui demande l'application de la présente réglementation pour cause de maladie professionnelle doit faire une déclaration à l'administration de l'institution dont il relève dans un délai raisonnable suivant le début de la maladie ou la date de la première constatation médicale. Cette déclaration peut être introduite par l'assuré ou l'ancien assuré si la maladie présumée d'origine professionnelle se manifeste après la date de cessation définitive de ses fonctions; elle peut être introduite également par les ayants droit lorsque l'assuré est décédé à la suite d'une maladie présumée d'origine professionnelle.

La déclaration doit spécifier la nature de l'affection et doit être accompagnée des certificats médicaux ou de toute autre pièce.

En cas de maladie professionnelle reconnue, les prestations garanties à l'article 73, paragraphe 2, du statut sont calculées sur la base des traitements mensuels alloués pour les douze mois précédant la date du premier diagnostic de la maladie ou, à défaut, la date de la première incapacité de travail en relation avec la maladie ou, à défaut, la date de la déclaration.

Pour les assurés qui ne sont plus en activité dans les institutions, les prestations sont calculées sur la base du traitement perçu au cours de la dernière année d'activité. Ledit traitement est actualisé à la date prévue au troisième alinéa.

2. L'administration procède à une enquête en vue de recueillir tous les éléments permettant d'établir la nature de l'affection, son origine professionnelle ainsi que les circonstances dans lesquelles elle s'est produite.

Une enquête peut être ouverte par l'administration lorsqu'un assuré a contracté une maladie ou subi des lésions en s'exposant, du fait de l'exercice de ses fonctions, à l'action d'agents nocifs ou à des causes morbides exceptionnelles.

Au vu du rapport d'enquête, le ou les médecins désignés par les institutions émettent les conclusions prévues à l'article 18.

Article 17

Expertise médicale

L'administration peut solliciter toute expertise médicale nécessaire pour l'application de la présente réglementation.

L'absence de l'assuré à la convocation du médecin désigné par l'institution entraîne la clôture du dossier, sauf cas de force majeure ou tout autre motif légitime et sous réserve de l'application de l'article 21.

Article 18

Décisions

Les décisions relatives à la reconnaissance de l'origine accidentelle d'un événement, qu'il soit attribué aux risques résultant du travail ou de la vie privée, et les décisions qui y sont liées relatives à la reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie ainsi qu'à la fixation du degré d'invalidité permanente, sont prises par l'autorité investie du pouvoir de nomination suivant la procédure prévue à l'article 20:

- sur la base des conclusions émises par le ou les médecins désignés par les institutions

et

- si l'assuré le requiert, après consultation de la commission médicale prévue à l'article 22.

Article 19

Consolidation des lésions

1. L'assuré est tenu d'informer spontanément l'administration de l'évolution de son état de santé, par la présentation de certificats médicaux.

2. Si l'assuré ne donne aucune information au titre du paragraphe 1 du présent article pendant plus de 6 mois, il est présumé guéri et son dossier est clôturé, sous réserve de l'application de l'article 21.

3. La décision portant fixation du degré d'invalidité intervient après la consolidation des lésions de l'assuré. Les séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle sont consolidées lorsque ces séquelles sont stabilisées ou qu'elles ne s'atténueront que très lentement et d'une façon très limitée. À cet effet, l'assuré est tenu de transmettre un rapport médical constatant la consolidation de son état en y indiquant la nature des lésions. Toutefois, le ou les médecins désignés par l'institution ou la commission médicale prévue à l'article 22 peuvent se prononcer sur la consolidation même l'en absence de ce rapport médical.

Lorsque, après cessation du traitement médical, le degré d'invalidité ne peut pas encore être fixé définitivement, l'avis du ou des médecins visés à l'article 18 ou, le cas échéant, le rapport de la commission médicale prévue à l'article 22 doit préciser la date à laquelle le dossier de l'assuré doit être réexaminé au plus tard.

4. En cas de maladie professionnelle reconnue, l'autorité investie du pouvoir de nomination alloue une indemnité provisionnelle correspondant à la fraction non litigieuse du taux d'invalidité permanente. Cette indemnité est imputée sur les prestations définitives.

5. La disposition prévue au paragraphe 4 est d'application pour les décisions relatives aux accidents si le degré d'invalidité s'élève à 20% au moins.

Article 20

Projet de décision et recours à la commission médicale

1. Avant de prendre une décision en vertu de l'article 18, l'autorité investie du pouvoir de nomination notifie à l'assuré ou à ses ayants droit le projet de décision, accompagné des conclusions du ou des médecins désignés par l'institution. L'assuré ou ses ayants droit peuvent demander que le rapport médical complet soit transmis au médecin de leur choix ou que celui-ci leur soit communiqué.

2. L'assuré ou ses ayants droit peuvent, dans un délai de soixante jours, demander que la commission médicale prévue à l'article 22 donne son avis. La demande de saisine de la commission médicale doit préciser le nom du médecin représentant l'assuré ou ses ayants droit accompagnée du rapport de ce médecin précisant les questions médicales contestées au médecin ou aux médecins désignés par l'institution aux fins de l'application des dispositions de la présente réglementation.

3. Si, à l'expiration de ce délai, aucune demande de consultation de la commission médicale n'a été déposée, l'autorité investie du pouvoir de nomination prend la décision telle que le projet en a été notifié.

Article 21

Réouverture

L'aggravation des lésions ou de l'invalidité ainsi que les cas de clôture du dossier en application de l'article 17, deuxième alinéa, et de l'article 19, paragraphe 2, peuvent faire l'objet à tout moment, de la part de l'assuré, d'une déclaration accompagnée du rapport du médecin traitant.

Si l'existence de l'aggravation est reconnue par le médecin désigné par l'autorité investie du pouvoir de nomination, celle-ci prend une décision suivant la procédure prévue aux articles 18 et 20.

Article 22

Commission médicale

1. La commission médicale est composée de trois médecins désignés:

- le premier, par l'assuré ou ses ayants droit,
- le deuxième, par l'autorité investie du pouvoir de nomination,
- le troisième, du commun accord des deux médecins ainsi désignés.

À défaut d'accord sur la désignation du troisième médecin, dans un délai de deux mois à compter de la désignation du deuxième médecin, le troisième médecin est commis d'office par le président de la Cour de justice des Communautés européennes à l'initiative d'une des parties.

Quel que soit son mode de désignation, le troisième médecin doit disposer d'une expertise en matière d'évaluation et de réparation du dommage corporel.

2. L'institution établit le mandat confié à la commission médicale. Ce mandat couvre les questions d'ordre médical soulevées par le rapport du médecin représentant l'assuré ou ses ayants droit et d'autres rapports médicaux pertinents transmis au titre de l'article 20, paragraphe 2.

Les honoraires et frais des médecins composant la commission médicale sont fixés conformément à un barème arrêté par les Chefs d'administration des institutions communautaires, selon la complexité du dossier confié à la commission médicale.

Avant de confirmer le mandat donné à la commission médicale, l'institution informe l'assuré ou ses ayants droit des honoraires et frais qui sont susceptibles de rester à leur charge en application du paragraphe 4. En aucun cas l'assuré ou ses ayants droit peuvent récuser le troisième médecin à cause du montant des honoraires et frais demandés par celui-ci. Toutefois, et à tout moment il leur est loisible de renoncer à la procédure de saisine de la commission médicale. Dans ce cas, les honoraires et frais du médecin choisi par l'assuré ou ses ayants droit, et la moitié des honoraires et frais du troisième médecin, restent à leur charge pour la partie des travaux accomplis.

L'assuré ou ses ayants droit demeurent redevables envers son médecin des sommes convenues avec lui, indépendamment de ce qu'accepte de payer l'institution.

3. La commission médicale examine de manière collégiale la totalité des documents disponibles et susceptibles de lui être utiles pour ses appréciations et toute décision est adoptée à la majorité. Il appartient à la commission médicale de régler sa propre procédure et de fixer les modalités de son fonctionnement. Le troisième médecin est chargé du secrétariat et de la rédaction du rapport. La commission médicale peut demander des examens complémentaires et consulter des experts afin de compléter le dossier ou obtenir des avis utiles pour mener à bien sa mission.

La commission médicale ne peut émettre des avis médicaux que sur les faits qui sont soumis à son analyse ou qui sont portés à sa connaissance.

Si la commission médicale, dont la mission se limite à l'aspect purement médical du dossier, estime qu'elle se trouve en présence d'un litige d'ordre juridique, elle se déclare incompétente.

Au terme de ses travaux, la commission médicale consigne ses conclusions dans un rapport qui est adressé à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Sur la base de ce rapport, l'autorité investie du pouvoir de nomination notifie à l'assuré ou ses ayants droit sa décision accompagnée des conclusions de la commission médicale. L'assuré ou ses ayants droit peuvent demander que le rapport complet de la commission soit transmis au médecin de leur choix ou que celui-ci leur soit communiqué.

4. Les frais des travaux de la commission médicale sont supportés par l'institution dont relève l'assuré.

Toutefois, lorsque l'avis de la commission médicale est conforme au projet de décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, l'assuré ou ses ayants droit doivent supporter les honoraires et frais accessoires du médecin qu'ils ont choisi et la moitié des honoraires et frais accessoires du troisième médecin, le solde étant à la charge de l'institution.

5. Dans des cas exceptionnels et par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination prise après avis du médecin désigné par celle-ci, tous les frais visés aux paragraphes 1 à 4 peuvent être pris à charge par l'institution.

Article 23

Consultation d'un autre médecin

1. Dans les cas autres que ceux visés à l'article 18, lorsqu'une décision est à prendre après avis du médecin désigné par l'autorité investie du pouvoir de nomination, celle-ci, préalablement à cette décision, en notifie le projet à l'assuré ou à ses ayants droit, accompagné des conclusions du médecin. L'assuré ou ses ayants droit peuvent, dans un délai de trente jours, demander la consultation d'un autre médecin, à choisir de commun accord par le médecin désigné par cette autorité et par celui désigné par l'assuré ou ses ayants droit. Si, à l'expiration de ce délai, aucune demande de consultation n'a été déposée, ladite autorité prend la décision telle que le projet en a été notifié.

L'avis émis par le médecin visé au premier alinéa est transmis par l'autorité à l'assuré ou à ses ayants droit.

2. Les frais de consultation du médecin choisi d'un commun accord sont supportés par l'institution dont relève l'assuré.

Toutefois, lorsque l'avis émis par ce médecin est conforme au projet de décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, l'assuré ou ses ayants droit supportent les honoraires et frais accessoires entraînés par cette consultation.

Article 24

Secret médical

Les agents affectés à la gestion de la présente réglementation sont astreints au secret médical quant aux pièces et/ou frais dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Ils restent soumis à cette obligation après avoir cessé leurs fonctions au titre de la présente réglementation.

Article 25

Indépendance de l'article 73

La reconnaissance d'une invalidité permanente totale ou partielle, en application de l'article 73 du statut et de la présente réglementation, ne préjuge en aucune façon de l'application de l'article 78 du statut et réciproquement.

CHAPITRE IV

LIQUIDATION DES DROITS ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 26

Liquidation des droits

La liquidation des droits pouvant découler de la présente réglementation en faveur d'un assuré victime d'un accident ou d'une maladie professionnelle, ou de ses ayants droit, incombe à l'institution dont relevait l'assuré au moment de l'accident ou de la maladie professionnelle. Le décompte de cette liquidation est notifié à l'assuré ou à ses ayants droit et à la Commission des Communautés européennes chargée d'assurer le service des prestations prévues par la présente réglementation.

Article 27

Paiement des prestations

Les capitaux visés aux articles 10 et 11, ainsi que la rente viagère prévue à l'article 12, sont payées en euro.

CHAPITRE V

VOIES DE RECOURS

Article 28

Recours

Les décisions prises en application de la présente réglementation peuvent faire l'objet d'une réclamation par l'assuré ou ses ayants droit auprès de l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'institution dont relève l'assuré, en application de l'article 90 du statut, et d'un recours par ces mêmes personnes devant la Cour de justice des Communautés européennes dans les conditions prévues aux traités instituant les Communautés et à l'article 91 du statut.

CHAPITRE VI

DISPOSITIONS FINALES

Article 29

Concertation régulière

L'application de la présente réglementation fait l'objet d'une concertation régulière au sein du comité du statut.

Article 30

Abrogation

La réglementation commune relative à la couverture des risques d'accident et de maladie professionnelle des fonctionnaires des Communautés européennes, modifiée en dernier lieu le 18 juillet 1997, est abrogée.

Toutefois, elle demeure applicable pour tout projet de décision adopté en vertu de l'article 20, paragraphe 1, avant le 1^{er} janvier 2006, sauf en cas de réouverture du dossier en application de l'article 21.

Article 31

Entrée en vigueur

La présente réglementation entre en vigueur le premier jour du mois suivant celui au cours duquel le commun accord des institutions prévu à l'article 73, paragraphe 1, du statut aura été constaté par le président de la Cour de justice des Communautés européennes.

Elle est applicable à partir de la même date.

Barème européen
d'évaluation à des fins
médicales des atteintes à
l'intégrité physique et
psychique

SOMMAIRE

- I. Système nerveux -----
 - A) Neurologie -----
 - B) Déficits sensitivo-moteurs -----
 - C) Psychiatrie -----

- II. Système sensoriel et stomatologie -----
 - 1) Ophthalmologie -----
 - 2) ORL -----
 - 3) Stomatologie -----

- III. Système ostéo-articulaire -----
 - A) Membre supérieur -----
 - B) Membre inférieur -----
 - C) Rachis -----
 - D) Bassin -----

- IV. Système cardio-respiratoire -----
 - 1) Cœur -----
 - 2) Appareil respiratoire -----

- V. Système vasculaire -----
 - Artères -----
 - Veines -----
 - Lymphatiques -----
 - Rate -----

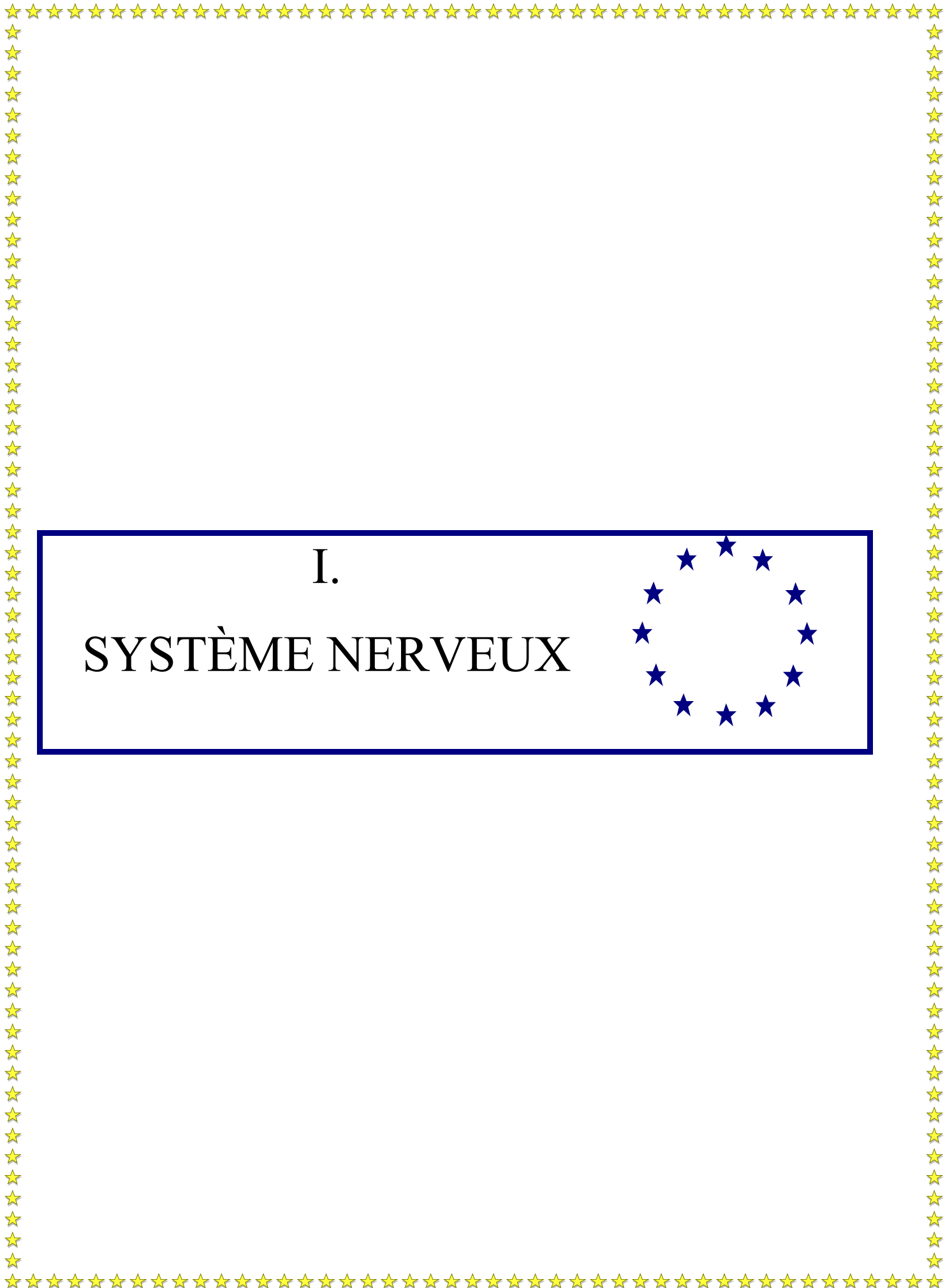
- VI. Système digestif -----
 - Hépatogastro-entérologie -----

- VII. Système urinaire -----

- VIII. Système de reproduction -----

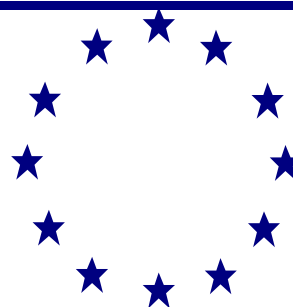
- IX. Système glandulaire endocrinien -----

- X. Système cutané -----
 - Brûlures profondes ou cicatrisations pathologique -----



I.

SYSTÈME NERVEUX



I. – SYSTEME NERVEUX

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

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

A) NEUROLOGIE

Article 1

Séquelles motrices et sentivo-motrices d'origine centrale ou médullaire

Article 1-1 Tétraplégie complète selon le niveau de C2 à C6 en dessous de C6	95% 85%
Article 1-2 Hémiplégie complète avec aphasie sans aphasie	90% 75%
Article 1-3 Paraplégie complète, selon le niveau	70 à 75 %
Article 1-4 Queue de cheval atteinte complète, selon le niveau	25 à 50%

B) DEFICITS SENSITIVO-MOTEURS

Article 2

Séquelles motrices et sentivo-motrices d'origine périphérique

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

Article 2-1

Face

Article 2-1-a Paralysie du nerf trijumeau <ul style="list-style-type: none">• unilatérale• bilatérale	15% 30%
Article 2-1-b Paralysie du nerf facial <ul style="list-style-type: none">• unilatérale• bilatérale	20% 45%
Article 2-1-c Paralysie du nerf glosso-pharyngien <ul style="list-style-type: none">• unilatérale	8%
Article 2-1-d Paralysie du nerf grand hypoglosse <ul style="list-style-type: none">• unilatérale	10%

Article 2-2
Membre supérieur

	D*	ND**
Article 2-2-a		
Paralysie totale (lésion complète du plexus brachial)	65%	60%
Article 2-2-b		
Paralysie médio ulnaire	45%	40%
Article 2-2-c		
Paralysie du nerf radial		
• au-dessus de la branche tricipitale	40%	35%
• au-dessous de la branche tricipitale	30%	25%
Article 2-2-b		
Paralysie du nerf médian		
• au bras	35%	30%
• au poignet	25%	20%
Article 2-2-e		
Paralysie du nerf ulnaire	20%	15%
Article 2-2-f		
Paralysie du nerf circonflexe	15%	12%
Article 2-2-g		
Paralysie du nerf musculo-cutané	10%	8%

* Côté dominant.

** Côté non dominant.

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

	D*	ND**
Article 2-2-h		
Paralysie du nerf spinal	12%	10%
Article 2-2-i		
Paralysie du nerf thoracique supérieur	5%	4%

Article 2-3
Membre inférieur

Article 2-3-a	
Paralysie sciatique totale (lésion complète)	
<ul style="list-style-type: none"> • forme tronculaire haute (avec paralysie des fessiers) • forme basse, sous le genou 	45% 35%
Article 2-3-b	
Paralysie du nerf fémoral	35%
Article 2-3-c	
Paralysie du nerf fibulaire	22%
Article 2-3-d	
Paralysie du nerf tibial	22%
Article 2-3-e	
Paralysie du nerf obturateur	5%

* Côté dominant.

** Côté non dominant.

Article 3
Troubles 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 impérativement sur des bilans médicaux précis et spécialisés, corrélant les lésions initiales et les données des examens cliniques et para-cliniques.

Article 3-1
Syndrome frontal vrai

Article 3-1-a Forme majeure avec apragmatisme avec troubles graves de l'insertion sociale et familiale	60 à 85%
Article 3-1-b Forme sévère avec altération des conduites instinctives, perte de l'initiative, troubles de l'humeur, insertions sociale et familiale précaires	35 à 60%
Article 3-1-c Forme moyenne avec bradypsychie relative, difficulté de mémorisation, troubles de l'humeur et répercussions sur l'insertion sociale et familiale	20 à 35%
Article 3-1-d Forme mineure avec distractibilité, lenteur, difficultés de mémorisation et d'élaboration des stratégies complexes. Peu ou pas de troubles de l'insertion sociale et familiale	10 à 20%

Article 3-2
Troubles de la communication

Article 3-2-a Aphasie majeure avec jargonaphasie, alexie, troubles de la compréhension	70%
Article 3-2-b Forme mineure: troubles de la dénomination et de la répétition, paraphasie. Compréhension conservée	10 à 30%

Article 3-3
Troubles de la mémoire

Article 3-3-a Syndrome de Korsakoff complet	60%
Article 3-3-b Troubles associant: oublis fréquents, gênants dans la vie courante avec nécessité d'aide-mémoire dans la vie courante, fausses reconnaissances, éventuellement fabulations, difficultés d'apprentissage, troubles de l'évocation	10 à 60%
Article 3-3-c Perte totale ou partielle des connaissances didactiques: Les taux correspondants seront appréciés selon la même échelle que les troubles de la mémoire.	

Article 3-4
Troubles cognitifs mineurs

En l'absence de syndrome frontal vrai ou d'atteinte isolée d'une fonction cognitive, certains traumatismes crâniens plus ou moins graves peuvent laisser subsister des plaintes objectivables formant un syndrome différent du syndrome post-commotionnel, associant:

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

Article 3-5
Démence

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

Article 4
Déficits mixtes cognitifs et sensitivo-moteurs

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

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

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

Article 4-1 Abolition de toute activité volontaire utile, perte de toute possibilité relationnelle identifiable	100%
Article 4-2 Déficits sensitivo-moteurs majeurs limitant gravement l'autonomie, associés à des déficits cognitifs incompatibles avec une vie relationnelle décente	85 à 95%
Article 4-3 Troubles cognitifs majeurs comportant au premier plan désinhibition et perturbations graves du comportement, compromettant toute socialisation, avec déficits sensitivo-moteurs compatibles avec une autonomie pour les actes essentiels de la vie courante	60 à 85%
Article 4-4 Troubles cognitifs associant perturbation permanente de l'attention et de la mémoire, perte relative ou totale d'initiative et/ou d'autocritique, incapacité de gestion des situations complexes, avec déficits sensitivo-moteurs patents mais compatibles avec une autonomie pour les actes de la vie courante	40 à 60%
Article 4-5 Troubles cognitifs associant lenteur idéatoire évidente, déficit patent de la mémoire, difficulté d'élaboration des stratégies complexes avec déficits sensitivo-moteurs mineurs	20 à 40%

Article 5

Épilepsie

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

Article 5-1

Epilepsies avec troubles de conscience

(Epilepsies généralisées et épilepsies partielles complexes)

Article 5-1-a Epilepsies non contrôlables malgré une thérapeutique adaptée et suivie avec crises quasi quotidiennes avérées	35 à 70%
Article 5-1-b Epilepsies difficilement contrôlées, avec crises fréquentes (plusieurs par mois), et effets secondaires des traitements	15 à 35%
Article 5-1-c Epilepsies bien maîtrisées par un traitement bien toléré	10 à 15%

Article 5-2

Epilepsies sans troubles de conscience

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

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

Article 6

Syndrome post-commotionnel

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

Article 7

Les douleurs de déafférentation:

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

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

Il s'agit de "douleurs exceptionnelles", qui ne font pas partie du tableau séquellaire habituel et ne sont donc pas incluses dans le taux d'AIPP. Elles constituent un préjudice annexe.

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

Article 8
Névralgies

En cas d'atteinte d'un nerf crânien ou périphérique, lorsque les douleurs exprimées par le patient sont étayées par des éléments objectifs d'ordre clinique ou technique mais que l'établissement d'un diagnostic précis nécessite l'avis d'un spécialiste, l'évaluation devrait prendre en compte la fréquence des attaques et l'efficacité thérapeutique.

Article 8-1 Trigémينية	Jusqu'à 25%
Article 8-2 Faciale	Jusqu'à 8%
Article 8-3 Cervico-brachiale	Jusqu'à 12%
Article 8-4 Intercostale	Jusqu'à 3%
Article 8-5 Fémoro-cutanée	Jusqu'à 3%
Article 8-6 Crurale	Jusqu'à 8%
Article 8-7 Sciatique	Jusqu'à 15%

C) PSYCHIATRIE

(Par référence aux classifications CIM X et DSM IV)

Article 9

Troubles persistants de l'humeur

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

Article 9-1 Suivi médical fréquent par un spécialiste, contraintes thérapeutiques majeures avec ou sans hospitalisation	10 à 20%
Article 9-2 Suivi médical régulier par un spécialiste avec thérapeutique spécifique sporadique	3 à 10%
Article 9-3 Nécessitant un suivi médical irrégulier avec traitement intermittent	Jusqu'à 3%

Article 10

Névroses traumatiques

(état de stress post-traumatique, névrose d'effroi)

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

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

L'événement doit avoir été mémorisé.

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

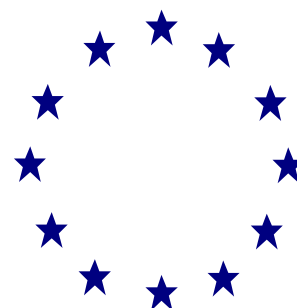
Article 10-1	
Grand syndrome phobique	12 à 20%
Article 10-2	
Anxiété phobique avec attaques de paniques, avec conduites d'évitement et syndrome de répétition	8 à 12%
Article 10-3	
Manifestations anxieuses phobiques avec conduites d'évitement et syndrome de répétition	3 à 8%
Article 10-4	
Manifestations anxieuses phobiques mineures	Jusqu'à 3%

Article 11

Troubles psychotiques

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

II.
SYSTÈME SENSORIEL
et
STOMATOLOGIE



II. SYSTÈME SENSORIEL ET STOMATOLOGIE

1)- OPHTALMOLOGIE

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

ACUITÉ VISUELLE

Article 12

Perte totale de la vision

Article 12-1 Perte de la vision des deux yeux (cécité)	85%
Article 12-2 Perte de la vision d'un œil	25%

Article 13

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

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

Tableau I
Vision de loin.

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

Tableau II
Vision de près.

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

Article 14

Champ visuel

Article 14-1 Hémianopsie • selon le type, l'étendue, l'atteinte ou non de la vision centrale	jusqu'à 85%
Article 14-2 Quadranopsie • selon le type	jusqu'à 30%
Article 14-3 Scotome central • bilatéral • unilatéral	jusqu'à 70% jusqu'à 20%
Article 14-4 Scotomes juxtacentraux ou paracentraux • selon le caractère uni ou bilatéral avec acuité visuelle conservée	jusqu'à 15%

Article 15

Oculomotricité

Article 15-1 Diplopie <ul style="list-style-type: none">selon les positions du regard, le caractère permanent ou non, la nécessité d'occlure un œil en permanence	jusqu'à 25%
Article 15-2 Paralysie oculomotrice <ul style="list-style-type: none">selon le type	jusqu'à 15%
Article 15-3 Motricité intrinsèque <ul style="list-style-type: none">selon le type (au maximum aniridie totale)	jusqu'à 10%
Article 15-4 Hétérophorie; paralysie complète de la convergence	5%

Article 16

Cristallin

<p>Article 16-1</p> <p>Perte (aphakie) corrigée par un équipement optique externe</p> <ul style="list-style-type: none">• bilatérale• unilatérale <p>A quoi il convient d'ajouter le taux correspondant à la perte de l'acuité visuelle corrigée, sans dépasser 25 % pour une lésion unilatérale et 85 % en cas d'atteinte bilatérale.</p> <ul style="list-style-type: none">•	<p>20%</p> <p>10%</p>
<p>Article 16-2</p> <p>Perte corrigée par un implant cristallinien (pseudophakie): ajouter 5 % par œil pseudophake au taux correspondant à la perte de l'acuité visuelle</p>	

Article 17

Annexes de l'œil

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

2) ORL

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

A) AUDITION

Article 18

Acuité auditive

Article 18-1

Surdité totale

Article 18-1-a Bilatérale	60%
Article 18-1-b Unilatérale	14%

Article 18-2

Surdité partielle

L'évaluation se fait en deux temps:

Article 18-2-a

Perte auditive moyenne

Elle se fait par rapport au déficit tonal en conduction aérienne mesurée en décibels sur le 500, 1000, 2000 et 4000 hertz en affectant des coefficients de pondération respectivement de 2, 4, 3 et 1. La somme est divisée par 10.

On se reporte au tableau figurant ci-après.

Perte auditive moyenne en dB	0 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 +
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 +	14	18	25	30	35	45	55	60

Article 18-2-b
Distorsions auditives

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

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

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

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

Article 19

Acouphènes isolés

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

B) ÉQUILIBRATION

Article 20 Atteinte vestibulaire bilatérale, avec troubles destructifs objectivés, selon son importance	10 à 25%
Article 21 Atteinte vestibulaire unilatérale	4 à 10%
Article 22 Vertiges paroxystiques bénins	jusqu'à 4%

C) VENTILATION NASALE

Article 23 Obstruction non accessible à la thérapeutique <ul style="list-style-type: none">• bilatérale• unilatérale	jusqu'à 8% jusqu'à 3%
--	--------------------------

D) OLFACTION

(y compris altération des perceptions gustatives)

Article 24 Anosmie	8%
Article 25 Hyposmie	Jusqu'à 3%

E) PHONATION

Article 26 Aphonie	30%
Article 27 Dysphonie isolée	jusqu'à 10%

3) STOMATOLOGIE

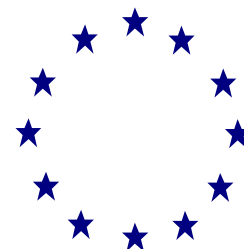
Les situations non décrites doivent s'évaluer par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

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

La pose d'un implant supprime l'AIPP.

Article 28 Édentation complète démontrée inappareillable compte tenu du retentissement sur l'état général	28%
Article 29 Perte d'une dent non appareillable <ul style="list-style-type: none">• incisive ou canine• prémolaire ou molaire	1% 1.5%
Article 30 Dysfonctionnements mandibulaires <ul style="list-style-type: none">• limitation de l'ouverture buccale égale ou inférieure à 10 mm• limitation de l'ouverture buccale entre 10 mm et 30 mm	25 à 28% 5 à 25%
Article 31 Troubles de l'articulé dentaire post-traumatique, selon répercussion sur la capacité masticatoire	2 à 10%
Article 32 Amputation de la partie mobile de la langue, compte tenu de la répercussion sur la parole, la mastication et la déglutition, selon l'importance des troubles.	3 à 30%

III.
SYSTÈME
OSTÉOARTICULAIRE



III. SYSTÈME OSTÉOARTICULAIRE

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

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

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

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

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

A) MEMBRE SUPÉRIEUR

(hormis la main et les doigts)

Article 33

Amputations

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

	D*	ND**
Article 33-1 Amputation totale du membre supérieur	65 %	60 %
Article 33-2 Amputation du bras (épaule mobile)	60 %	55 %
Article 33-3 Amputation de l'avant-bras	50 %	45 %

*
côté dominant

**
côté non dominant

Article 34

Ankyloses et raideurs

Article 34-1

Épaule

Il existe 6 mouvements purs de l'épaule qui se combinent pour en assurer la fonction. Chacun de ces mouvements a une importance relative dans les gestes de la vie quotidienne.

Les 3 mouvements essentiels sont l'élévation antérieure, l'abduction et la rotation interne, suivis par la rotation externe, la rétropulsion et l'adduction. Les atteintes à la rétropulsion et à l'adduction ne justifient que des taux

trop faibles pour être repris dans le tableau ci-dessous. Elles amènent à pondérer le taux calculé pour les limitations des autres mouvements.

Article 34-1-a

Ankylose

	D*	ND**
Arthrodèse ou ankylose en position de fonction		
• omoplate fixée	30 %	25 %
• omoplate mobile	25 %	20 %

* Côté dominant.

** Côté non dominant.

Article 34-1-b

Raideurs

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

Article 34-2

Coude

Seule la mobilité entre 20 et 120 degrés de flexion a une utilité pratique. Les mouvements en dehors de ce secteur utile n'ont qu'un très faible retentissement sur la vie quotidienne.

Les taux figurant ci-dessous ne s'adressent donc qu'aux déficits dans le secteur utile.

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

* Côté dominant.

** Côté non dominant.

Article 34-2-a

Ankyloses

	D*	ND**
Arthrodèse ou ankylose en position de fonction		
• pronon supination conservée	24 %	20 %
• pronon supination abolie	34 %	30 %

Article 34-2-b

Raideurs

	D*	ND**
Flexion complète et extension		
• limitée au delà de 90°	15 %	12 %
• limitée à 90°	12 %	10 %
• limitée à 20°	2 %	1 %
Extension complète et flexion		
• jusqu'à 120°	2 %	1 %
• jusqu'à 90°	12 %	10 %
• au-delà	15 %	12 %

Article 34-3

Atteinte isolée de la pronon-supination

* Côté dominant.

** Côté non dominant.

Article 34-3-a

Ankyloses

	D*	ND**
Ankylose en position de fonction	10 %	8 %

Article 34-3-b

Raideurs

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

Article 34-4

Poignet

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

Article 34-4-a

Ankyloses

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

* Côté dominant.

** Côté non dominant.

Article 34-4-b

Raideurs

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

MAIN

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

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

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

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

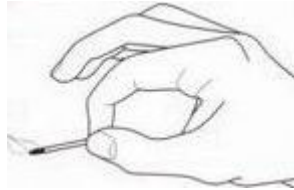
* Côté dominant.

** Côté non dominant.

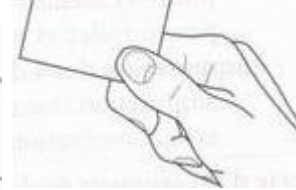
PRINCIPALES PINCES ET PRISES



Grip de l'outil



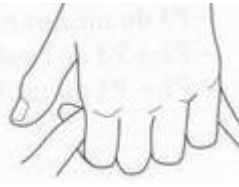
Pince pollici digitale pulpo-pulpaire



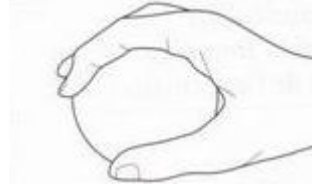
Pince pollici latero-digitale



Pince pollici tridigitale



Prise en crochet



Prise sphérique

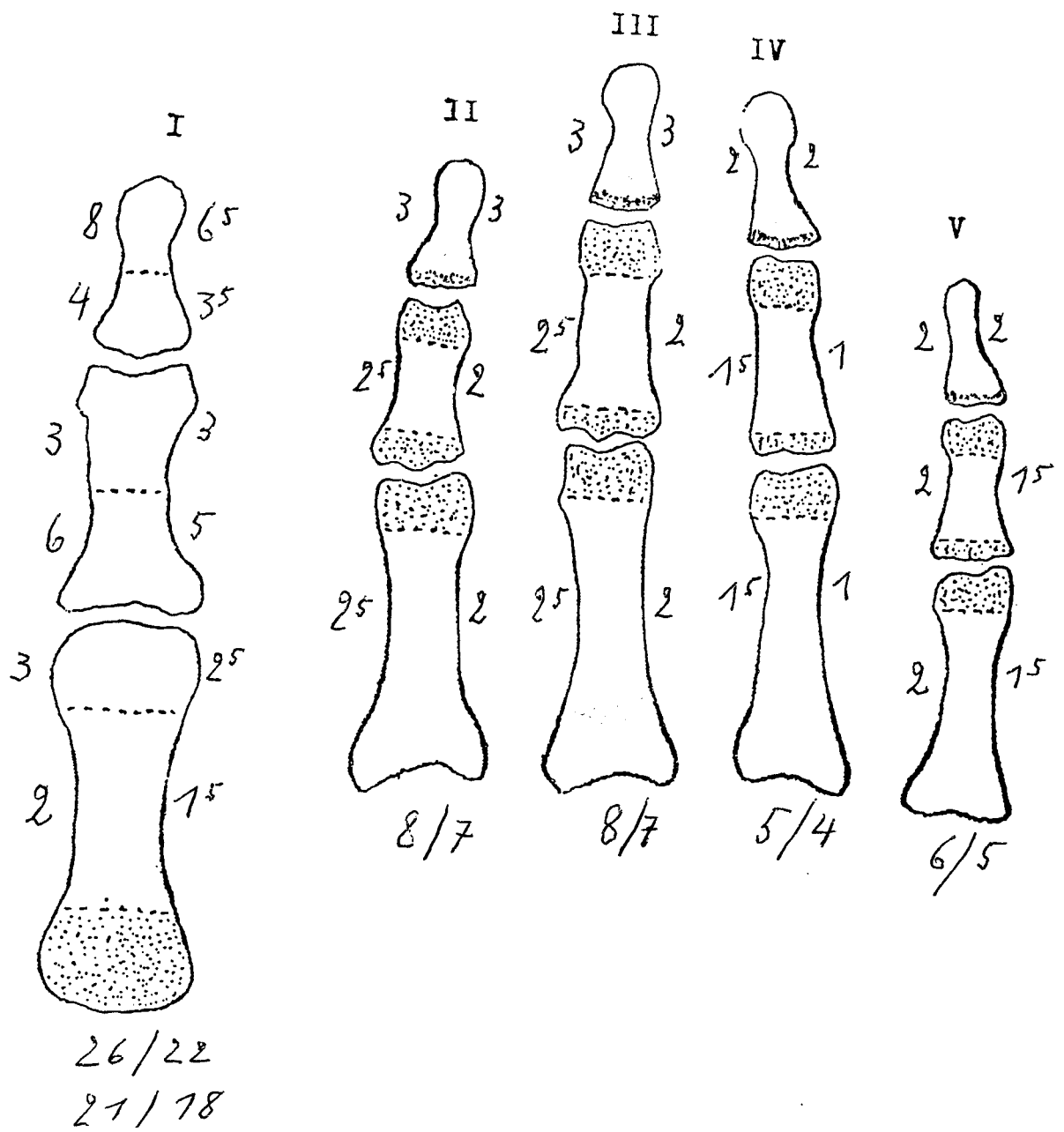


SCHÉMA DE LA MAIN
(voir article 35-2: Amputation des doigts)

Dans ce schéma:

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

Article 35

Amputations

Article 35-1

Amputation totale de la main

	D*	ND**
Amputation totale de la main	50 %	45 %

Article 35-2

Amputation des doigts

Voir schéma à la page précédente

* Côté dominant.

** Côté non dominant.

Article 35-2-a

Amputation du pouce (et de son métacarpien) ou des doigts longs: voir schéma de la main

Exemple en cas d'amputation du pouce	D*	ND**
perte de MC + P1 + P2	26 %	22 %
perte de P1 + P2	21 %	18 %
perte de P2	12 %	10 %

Article 35-2-b

Amputation d'un doigt long en tout ou en partie: voir le taux sur le schéma.

Article 35-2-c: Amputation de plusieurs doigts longs (pertes combinées): l'addition simple des taux unidigitaux calculés ne tient pas compte de la synergie entre les doigts longs. Cette synergie est différente selon le nombre de doigts concernés:

- atteinte de 2 doigts longs: majorer l'addition simple de 45 % du taux calculé
- atteinte de 3 doigts longs: majorer l'addition simple de 65 % du taux calculé
- atteinte des 4 doigts longs: majorer l'addition simple de 45 % du taux calculé

Article 35-2-d

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

* Côté dominant.

** Côté non dominant.

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

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

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

Ainsi, le taux prévu pour la perte des quatre doigts longs du côté dominant est de 27 % ($8 + 8 + 5 + 6$), valeur à laquelle il convient d'ajouter, pour tenir compte de la synergie, 45 % de 27 % = 12 %. Le taux total est par conséquent de 39 %.

S'il y a, en outre, perte du pouce (le pouce considéré isolément étant affecté d'un taux de 21 %), il convient de réduire le total obtenu pour le pouce et les quatre doigts longs ($39 + 21$) = 60 % en retranchant 20 % de 60 %, c'est-à-dire 12 %, pour tenir compte de la perte d'utilité dans la fonction de préhension.

Le taux pour l'amputation du pouce (P1 et P2) et des quatre doigts longs est par conséquent de $60 - 12$ % = 48 %.

Le taux pour la perte totale de la main dominante étant de 50 %, il subsiste un taux de 2 % pour le métacarpe, qui n'a qu'une faible utilité.

Suivant le même principe, le taux pour la perte du pouce et des quatre doigts longs du côté non dominant est de 44 %.

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

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

Article 36

Ankyloses, arthrodèses et raideurs

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

Article 36-1

Ankyloses

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

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

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

Article 36-1-a

Ankylose du pouce en position de fonction

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

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

Article 36-1-b

Ankylose de toutes les articulations d'un doigt long

Article 36-1-b1: En position de fonction: équivaut à 75 % de la valeur de la perte du doigt étant donné la persistance de la sensibilité et d'une possibilité d'utilisation restreinte du doigt

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

* Côté dominant.

** Côté non dominant.

Article 36-1-b2
En position défavorable

Trop fléchie	D*	ND**
Index	8 %	7 %
Mé dius	8 %	7 %
Annulaire	8 %	4 %
Auriculaire	6 %	5 %

Trop étendue	D*	ND**
Index	7 %	6 %
Mé dius	7 %	6 %
Annulaire	4,5 %	3,5 %
Auriculaire	5 %	4%

Article 36-1-c
Ankylose d'une ou deux articulations d'un doigt long

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

Article 36-2
Raideurs

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

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

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

* Côté dominant.

** Côté non dominant.

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

Article 37

Troubles de la sensibilité palmaire

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

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

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

Article 37-1

Anesthésie

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

Article 37-2

Hypoesthésie

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

B) MEMBRE INFÉRIEUR

Article 38

Amputations

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

Article 38-1 Désarticulation de hanche ou amputation haute de cuisse non appareillable	65 %
Article 38-2 Désarticulation unilatérale de hanche ou amputation haute de cuisse sans appui ischiatique	60 %
Article 38-3 Amputation de cuisse	50 %
Article 38-4 Désarticulation du genou	40 %
Article 38-5 Amputation de jambe	30 %
Article 38-6 Amputation tibio-tarsienne	25 %
Article 38-7 Amputation médio ou trans métatarsienne	20 %
Article 38-8 Amputation des 5 orteils et du 1 ^{er} métatarsien	12 %
Article 38-9 Amputation du 1 ^{er} orteil et 1 ^{er} métatarsien	10 %
Article 38-10 Amputation des deux phalanges du 1 ^{er} orteil	6 %

Article 39

Ankyloses et raideurs

Article 39-1

Hanche

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

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

Adduction: elle a très peu d'importance pratique.

Rotation externe: seuls les 30 premiers degrés sont utiles.

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

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

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

Article 39-1-a

Ankylose

Hanche	
• en bonne position	30 %

Article 39-1-b

Raideurs

Article 39-1-b1

Raideur serrée de plusieurs mouvements

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

Article 39-1-b2

En supposant les autres mouvements complets

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

Article 39-2

Genou

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

Extension: un déficit d'extension inférieur à 10° est compatible avec $\frac{3}{4}$ des actes de la vie courante.

Article 39-2-a

Ankylose

Genou	
<ul style="list-style-type: none">• en bonne position	25 %

Article 39-2-b

Raideurs

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

Article 39-2-c
Laxités (non appareillées)

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

Article 39-2-d
Déviations axiales

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

Article 39-2-e
Syndromes femoro-patellaires

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

Article 39-2-f
Séquelles de lésions méniscales

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

Article 39-3
Cheville et pied

Article 39-3-a
Articulation tibio-talienne

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

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

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

Article 39-3-a1
Ankylose

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

Article 39-3-a2

Raideurs

Perte totale de la flexion plantaire	5 %
Perte totale de la flexion dorsale	5 %
Flexion plantaire	
• allant de 0 à 10°	5 %
• allant de 0 à 20°	4 %
• allant de 0 à 30°	2 %
Flexion dorsale	
• allant de 0 à 5°	5 %
• allant de 0 à 10°	3 %
• allant de 0 à 15°	1 %
Equinisme irréductible	Jusqu'à 15 %

Article 39-3-a3

Laxité

Laxité	2 à 6 %
--------	---------

Article 39-3-b

Articulation sous-talienne

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

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

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

Article 39-3-b1

Ankylose

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

Article 39-3-b2

Raideurs

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

Article 39-3-c

Articulations médio-tarsienne (CHOPART) et tarso-métatarsienne (LISFRANC)

Article 39-3-c1

Ankyloses

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

Article 39-3-c2

Raideurs

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

Article 39-3-d:

Articulations metatarso-phalangiennes - orteils

Article 39-3-d1

Ankyloses

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

Article 39-3-d2

Raideurs

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

Article 39-3-e

Ankyloses combinées

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

Article 40
Raccourcissements non compensés

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

C) RACHIS

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

Article 41

Rachis cervical

Article 41-1

Sans lésion osseuse ou disco-ligamentaire documentée

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

Article 41-2

Avec lésions osseuses ou disco-ligamentaires documentées

Article 41-2-a Douleurs très fréquentes avec gêne fonctionnelle permanente requérant des précautions lors de tous les mouvements, vertiges avérés et céphalées postérieures associées, <ul style="list-style-type: none">avec raideur très serrée pluri-étagée, selon le nombre de niveauxlaissant persister quelques mouvements de la nuque	15 à 25 % 10 à 15 %
Article 41-2-b: Douleurs fréquentes avec limitation cliniquement objectivable de l'amplitude des mouvements, contrainte thérapeutique réelle mais intermittente	3 à 10 %
Article 41-2-c: Arthrodèse ou ankylose sans symptômes d'accompagnement, selon le nombre de niveaux	3 à 10 %

Article 42

Rachis thoracique, lombaire et charnière lombo-sacrée

Article 42-1

Sans lésions osseuses ou disco-ligamentaires documentées

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

Article 42-2

Avec lésions osseuses ou disco-ligamentaires documentées

Article 42-2-a: Rachis thoracique: <ul style="list-style-type: none">• raideur active et gêne douloureuse pour tous les mouvements en toutes positions nécessitant une thérapeutique régulière• gêne permanente avec douleurs inter-scapulaires, troubles de la statique, dos creux, perte de la cyphose thoracique radiologique, contraintes thérapeutiques	3 à 10 % 10 à 15 %
Article 42-2-b Rachis lombaire et charnières thoraco-lombaire et lombo-sacrée: <ul style="list-style-type: none">• raideur active et gêne douloureuse pour tous les mouvements en toutes positions nécessitant une thérapeutique régulière• douleurs très fréquentes avec gêne permanente requérant des précautions lors de tous les mouvements avec raideur segmentaire importante des mouvements, limitation cliniquement objectivable• situations cliniques et radiologiques exceptionnellement sévères	3 à 10 % 10 à 15 % jusqu'à 25 %

Article 43

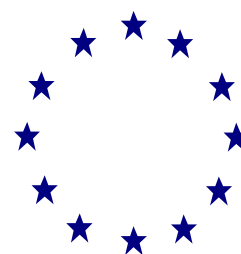
Coccyx

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

D) BASSIN

Article 44 Douleurs post fracturaires d'une branche ischio-pubienne	Jusqu'à 2%
Article 45 Douleurs et/ou instabilité de la symphyse pubienne	2 à 5%
Article 46 Douleurs post disjonction ou fracture sacro-iliaque	2 à 5%
Article 47 Douleurs et instabilité de la symphyse pubienne et de l'articulation sacro-iliaque associées	
• sans altération statique du bassin ni atteinte de la marche	5 à 8%
• avec altération statique du bassin et atteinte de la marche	8 à 18%

IV.
SYSTÈME CARDIO-
RESPIRATOIRE



IV. SYSTÈME CARDIO-RESPIRATOIRE

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

1) COEUR

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

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

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

Article 48

Séquelles cardiologiques

Article 48-1 Symptomatologie fonctionnelle même au repos confirmée par les données cliniques (déshabillage, examen clinique) et paracliniques. Contrainte thérapeutique majeure, hospitalisations fréquentes Fraction d'éjection < 20 %	55 % et plus
Article 48-2 Limitation fonctionnelle pour les efforts modestes avec manifestations d'insuffisance myocardique (œdème pulmonaire) ou associée à des complications vasculaires périphériques ou à des troubles du rythme complexes avec contrainte thérapeutique lourde et surveillance étroite Fraction d'éjection 20 % à 25 %	45 à 55 %
Article 48-3 Idem avec contrainte thérapeutique importante et/ou en cas de troubles du rythme associés Fraction d'éjection 25 % à 30 %	40 à 45 %
Article 48-4 Limitation fonctionnelle entravant l'activité ordinaire (marche rapide), altération franche des paramètres échographiques ou échodoppler. Intolérance à l'effort avec anomalies à l'ECG d'effort avec contrainte thérapeutique Fraction d'éjection 30 % à 35 %	35 à 40 %
Article 48-5 Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts ordinaires (2 étages), confirmée par l'ECG d'effort ou l'existence de signes de dysfonctionnement myocardique. Contre-indication des efforts physiquement contraignants et contrainte thérapeutique avec surveillance cardiologique rapprochée Fraction d'éjection 35 % à 40 %	25 à 35 %

<p>Article 48-6</p> <p>Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts patents (significatifs) avec des signes de dysfonction myocardique (échodoppler, cathétérisme...) avec contraintes thérapeutiques et surveillance rapprochée Fraction d'éjection 40 % à 50 %</p>	<p>15 à 25 %</p>
<p>Article 48-7</p> <p>Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts substantiels (sport) sans signe de dysfonction ou d'ischémie myocardique avec contraintes thérapeutiques et surveillance régulière Fraction d'éjection 50 % à 60 %</p>	<p>8 à 15 %</p>
<p>Article 48-8</p> <p>Pas de limitation fonctionnelle. Bonne tolérance à l'effort; selon contraintes thérapeutiques et/ou surveillance régulière Fraction d'éjection > 60 %</p>	<p>jusqu'à 8 %</p>

Article 49

Transplantation

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

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

2) APPAREIL RESPIRATOIRE

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

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

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

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

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

C.V.: Capacité vitale; C.P.T.: Capacité pulmonaire totale ; V.E.M.S.: Volume expiratoire maximum seconde; D.E.M.: Débit expiratoire moyen; Pa O₂:

Pression partielle d'oxygène dans le sang artériel; Pa CO₂: Pression partielle de gaz carbonique dans le sang artériel; Sa O₂: saturation en oxygène de l'hémoglobine dans le sang artériel; TLCO/VA: Mesure de la capacité de transfert de monoxyde de carbone par rapport au volume alvéolaire.

Article 50

Perte anatomique totale ou partielle d'un poumon

Perte totale	15 %
Perte lobaire	5 %

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

Article 51

Insuffisance respiratoire chronique

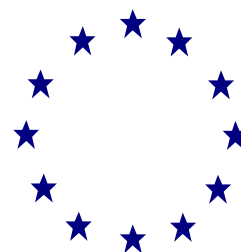
Article 51-1 Dyspnée au moindre effort (déshabillage) avec <ul style="list-style-type: none">▪ soit CV ou CPT inférieure à 50 %▪ soit VEMS inférieur à 40 %▪ soit hypoxémie de repos (PaO₂) inférieure à 60 mm Hg, associée ou non à un trouble de la capnie (PaCo₂) avec éventuelle contrainte d'une oxygénothérapie de longue durée (> 16 h/j) ou d'une trachéotomie ou d'une assistance ventilatoire intermittente	50 % et plus
Article 51-2 Dyspnée à la marche sur terrain plat à son propre rythme avec <ul style="list-style-type: none">▪ soit CV ou CPT entre 50 et 60 %▪ soit VEMS entre 40 et 60 %▪ soit hypoxémie de repos (PaO₂) entre 60 à 70 mm Hg	30 à 50 %
Article 51-3 Dyspnée à la marche normale à plat avec <ul style="list-style-type: none">▪ soit CV ou CPT entre 60 et 70 %▪ soit VEMS entre 60 et 70 %▪ soit TLCO/VA inférieur 60 %	15 à 30 %
Article 51-4 Dyspnée à la montée d'un étage à la marche rapide ou en légère pente avec <ul style="list-style-type: none">▪ soit CV ou CPT entre 70 et 80 %▪ soit VEMS entre 70 et 80 %▪ soit TLCO/VA entre 60 et 70 %	5 à 15 %
Article 51-5 Dyspnée pour des efforts importants avec altération mineure des épreuves fonctionnelles	2 à 5 %

Article 52

Séquelles douloureuses persistantes de thoracotomie

Jusqu'à 5 %

V.
SYSTÈME
VASCULAIRE



V. SYSTÈME VASCULAIRE

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

Article 53

Séquelles artérielles, veineuses et lymphatiques

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

Article 53-1

Artérielles

Article 53-1-a	
Membre inférieur <ul style="list-style-type: none">▪ Plaintes à l'effort (claudication intermittente avérée)▪ Plaintes au repos (douleurs ischémiques spontanées avérées)▪ Idem avec nécrose tissulaire pouvant aller jusqu'à l'amputation	5 à 15 % 15 à 25 % 25 % et plus
Article 53-1-b	
Membre supérieur Selon troubles fonctionnels (par exemple perte de force, hypothermie...)	5 à 10 %

Article 53-2

Veineuses

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

Article 53-2-a Gêne à la marche prolongée œdème, permanent mesurable nécessitant définitivement le port de bas de contention; dermite ocre et ulcères récidivants	10 à 15 %
Article 53-2-b Gêne à la marche prolongée œdème permanent mesurable nécessitant définitivement le port de bas de contention; dermite ocre	4 à 10 %
Article 53-2-c Sensation de jambe lourde avec œdème vespéral vérifiable	Jusqu'à 4 %

Article 53-3

Lymphatiques (le lymphoedème)

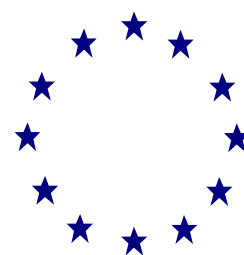
Article 53-3-a Membre supérieur	Jusqu'à 10 %
Article 53-3-b Membre inférieur	Voir séquelles veineuses

Article 54

Splénectomie totale

Article 54-1	
Avec contraintes thérapeutiques sévères	15 %
Article 54-2	
Asymptomatique	5 %

VI.
SYSTÈME
DIGESTIF



VI. SYSTÈME DIGESTIF

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

Article 55

Stomies cutanées définitives et incontinences totales

Article 55-1

Stomies appareillées

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

Article 55-2

Incontinence anale

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

Article 56

Troubles communs aux différentes
atteintes de l'appareil digestif

Le taux inclut celui inhérent à la perte organique.

Article 56-1 Grand syndrome de malabsorption	60 %
Article 56-2 Nécessitant un suivi médical fréquent, un traitement constant, une contrainte diététique stricte avec retentissement sur l'état général	30 %
Article 56-3 Nécessitant un suivi médical régulier, un traitement quasi-permanent, une contrainte diététique stricte avec incidence sociale	20 %
Article 56-4 Nécessitant un suivi médical périodique, un traitement intermittent, des précautions diététiques, sans retentissement sur l'état général	10 %

Article 57

Hépatites

Article 57-1

Sans cirrhose

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

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

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

Les taux proposés sont alors les suivants:

Article 57-1-a Hépatite persistante (chronique active)	20 %
Article 57-1-b Score métavir supérieur à A1 F1, inférieur à F4	10 %
Article 57-1-c Score métavir égal ou inférieur à A1 F1	5 %

Article 57-2

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

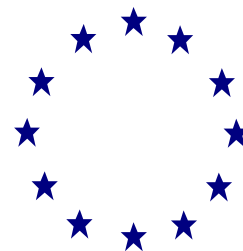
Les taux se basent sur la classification de Child-Pugh:

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

Les taux proposés sont les suivants:

Article 57-2-a Classe 3: insuffisance hépatique avancée Child C	70 % et plus
Article 57-2-b Classe 2: Child B	40 %
Article 57-2-c Classe 1: Child A	20 %

VII.
SYSTÈME
URINAIRE



VII. SYSTEME URINAIRE

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

Article 58

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

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

Article 59

Insuffisance rénale

Article 59-1 Clearance de la créatinine inférieure à 10 ml/mn. Nécessité de mise en dialyse en centre ou autodialyse; selon complications	35 à 65 %
Article 59-2 Clearance de la créatinine entre 10 et 30 ml/mn. Altération de l'état général. Régime très strict et contraintes thérapeutiques lourdes	25 à 35 %
Article 59-3 Clearance de la créatinine entre 30 et 60 ml/mn. TA minima inférieure à 12. Asthénie, nécessité d'un régime et d'un traitement médical stricts	15 à 25 %
Article 59-4 Clearance de la créatinine entre 60 et 80 ml/mn avec TA < ou = 16/9, en fonction du régime, de l'altération de l'état général et des traitements	5 à 15 %

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

Article 60

Transplantation

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

Article 61

Incontinence

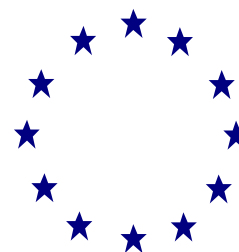
Sans possibilité de contrôle	30 %
------------------------------	------

Article 62

Stomie

Appareillée	15 %
-------------	------

VIII.
SYSTÈME
DE REPRODUCTION



VIII. SYSTÈME DE REPRODUCTION

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

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

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

Certains de ces taux caractérisent la perte de l'organe dans son contexte socioculturel.

1) FEMME

Article 63

Perte d'organe

Article 63-1 Hystérectomie	6 %
Article 63-2 Ovariectomie <ul style="list-style-type: none">• bilatérale• unilatérale	12 % 6 %
Article 63-3 Mammectomie <ul style="list-style-type: none">• bilatérale• unilatérale	25 % 10 %

Article 64

Stérilité

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

2) HOMME

Article 65

Perte d'organe

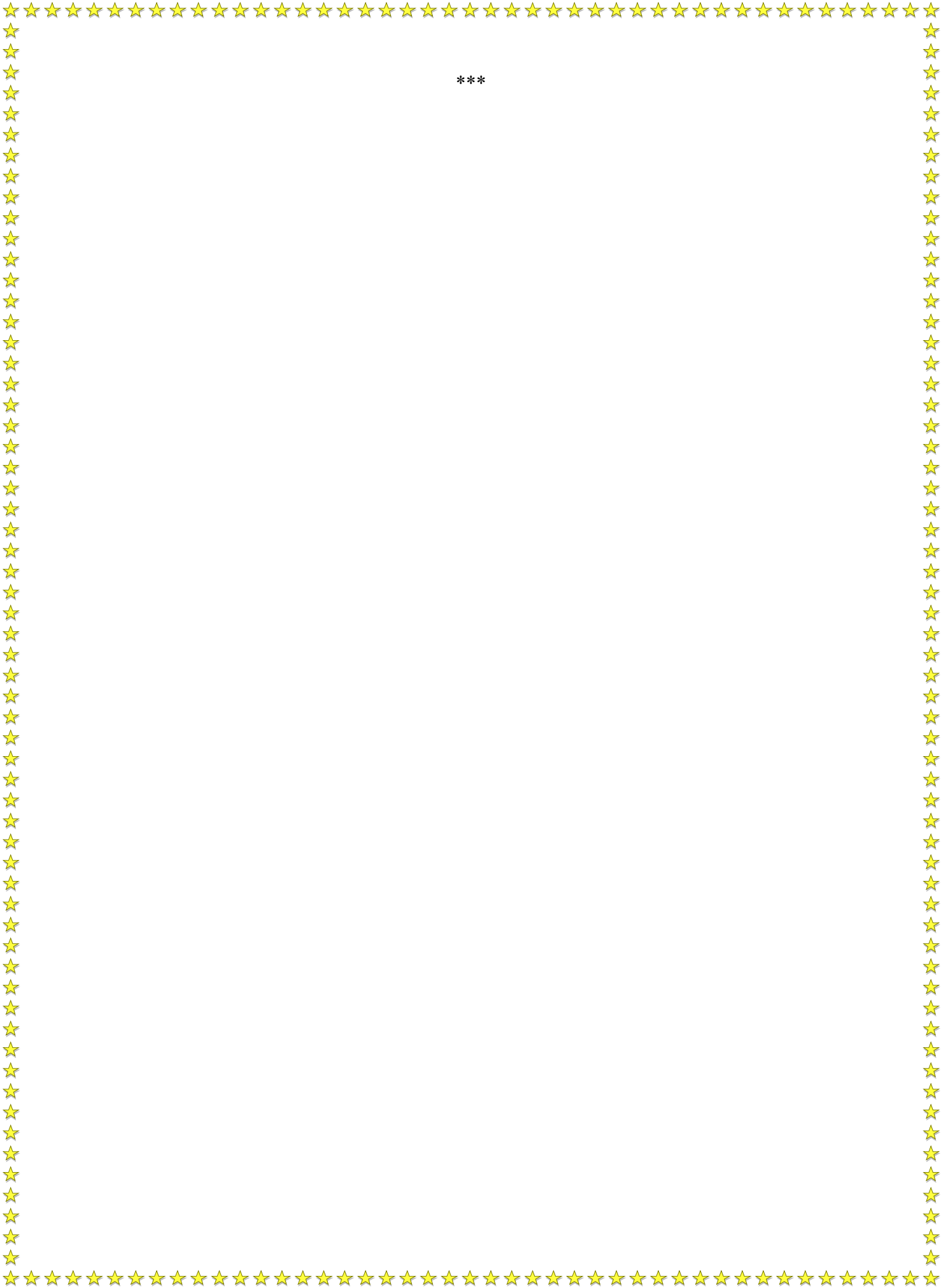
Article 65-1 Orchidectomie <ul style="list-style-type: none">• bilatérale• unilatérale	15 % 6 %
Article 65-2 Perte de la verge	40 %

Article 66

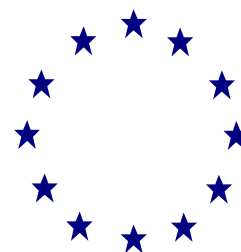
Stérilité

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

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



IX.
SYSTÈME
GLANDULAIRE
ENDOCRINIEN



IX. SYSTÈME GLANDULAIRE
ENDOCRINIEN

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

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

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

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

Article 67

Hypophyse

Article 67-1 Panhypopituitarisme, (représenté par un déficit total des fonctions hypophysaires antérieure et postérieure) nécessitant un traitement substitutif et une surveillance clinique et biologique régulière, selon l'efficacité du traitement	20 à 45 %
Article 67-2 Diabète insipide, apprécié en fonction du contrôle de la polyurie par la thérapeutique et son efficacité	5 à 20 %

Article 68

Thyroïde

Article 68-1	
Hyperthyroïdie, avec altération des constantes biologiques, tremblements, exophtalmie sans répercussion sur la vision	5 à 8 %
Idem, avec répercussions sur d'autres organes et/ou fonctions	8 à 30 %
Article 68-2	
Hypothyroïdie (exceptionnellement post traumatique)	Jusqu'à 5 %

Article 69

Parathyroïde

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

Article 70

Pancréas – Diabète

<p>Article 70-1</p> <p>Diabète non insulino-dépendant Il n'est jamais directement post-traumatique. Lorsque l'imputabilité est établie, en fonction de la nature des signes cliniques, des contraintes de surveillance et de traitement</p>	<p>5 à 10 %</p>
<p>Article 70-2</p> <p>Diabète insulino-dépendant L'apparition d'un tel diabète pose souvent des problèmes d'imputabilité, sauf lorsqu'il est la conséquence de lésions pancréatiques majeures. Le taux sera apprécié en fonction de sa stabilité, du retentissement sur la vie sociale et des contraintes thérapeutiques ainsi que de la surveillance</p> <p>- Article 70-2-a Diabète mal équilibré, avec malaises, retentissement sur l'état général, nécessitant une surveillance biologique étroite</p> <p>- Article 70-2-b Diabète bien équilibré par un traitement insulinique simple, en fonction des contraintes de surveillance</p> <p>En cas de complications laissant des séquelles définitives, se reporter aux spécialités concernées.</p>	<p>20 à 40 %</p> <p>15 à 20 %</p>

Article 71

Surrénales

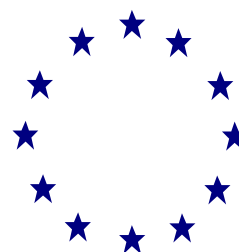
<p>Insuffisance surrénalienne: en fonction de la contrainte liée à la thérapeutique et à la surveillance</p>	<p>10 à 25 %</p>
--	------------------

Article 72

Gonades

Selon le résultat du traitement substitutif	10 à 25 %
---	-----------

X.
SYSTÈME
CUTANÉ



X. SYSTÈME CUTANÉ

Brûlures profondes ou cicatrisations pathologiques

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

Article 73

Séquelles cutanées

(Les taux proposés n'incluent pas les conséquences esthétiques
et les limitations des mouvements)

Selon le pourcentage de surface corporelle des lésions

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

MODALITÉS PRATIQUES D'UTILISATION DU BARÈME EUROPÉEN D'ÉVALUATION
DES INVALIDITES PERMANENTES

Principes

Le médecin évaluateur quantifie les invalidités, atteintes à l'intégrité physique et/ou psychique médicalement constatables donc mesurables, en se référant au barème européen.

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

Quelle que soit la fonction envisagée (marche, audition, vision...), dès qu'une prothèse, une orthèse ou une aide technique fournie au patient améliore les troubles fonctionnels présentés, l'évaluation de ces derniers s'effectue compte tenu du bénéfice apporté.

Définitions

Pour l'application du barème européen, l'invalidité permanente 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'invalidité 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.

Généralités

Les taux proposés par le barème se rapportent à l'individu dans sa globalité. Un taux ne quantifie donc pas un déficit d'une fonction ou d'un organe par rapport à l'intégrité, cotée 0 %, de cette fonction ou de cet organe.

Les taux concernent des séquelles considérées isolément.

La perte fonctionnelle totale est assimilée à la perte anatomique du membre ou de l'organe considéré.

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

Caractère impératif du barème

Le barème européen est d'application impérative.

Il est contraignant s'il fixe un taux prédéterminé; s'il prévoit une fourchette de taux, l'expert est tenu au taux minimum et au taux maximum.

Les séquelles anatomiques et/ou fonctionnelles partielles doivent être évaluées en fonction du déficit observé, en tenant compte du taux barémique de la perte totale dans les cas où le barème ne fixe pas de taux précis.

Sont également d'application impérative les modalités d'utilisation décrites pour certains chapitres du barème (par exemple pour calculer la synergie des doigts d'une même main).

Pour un gaucher, les taux relatifs au membre supérieur droit seront appliqués au membre gauche, et inversement.

Les séquelles multiples

En cas de séquelles multiples dépendant du même accident, le calcul du taux global s'obtient par addition simple,

- sans pouvoir dépasser le taux de la perte totale du membre ou de l'organe en cas de lésions multiples de ce membre ou de cet organe;
- sans pouvoir dépasser 100 %.

Cas particuliers

Symptomatologie polymorphe

Par exemple, le barème n'offre pas un taux pour la laryngectomie: le médecin évaluateur doit 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 correspond à chacune de ces séquelles).

En cas d'état antérieur

L'état antérieur est défini comme un état avéré, ayant eu avant l'accident considéré une traduction clinique et ayant été perceptible dans la vie quotidienne du sujet.

En cas d'état antérieur latent ou de prédisposition

L'état antérieur latent, sans traduction clinique perceptible ni répercussion sur la vie quotidienne du sujet, est assimilé à la prédisposition pathologique ou réceptivité.

Dans l'un ou l'autre cas, le sujet est réputé ne pas avoir été porteur d'un état antérieur, et rien ne peut être soustrait de l'évaluation finale.

GRILLE D'ÉVALUATION
Indemnité complémentaire- article 13

Echelle qualitative	Très léger	Léger	Modéré	Moyen	Assez important	Important	Très important
Echelle chiffrée	1	2	3	4	5	6	7
Taux pour l'indemnité complémentaire	0,5%	1%	1,5%	2%	2,5%	4%	7%