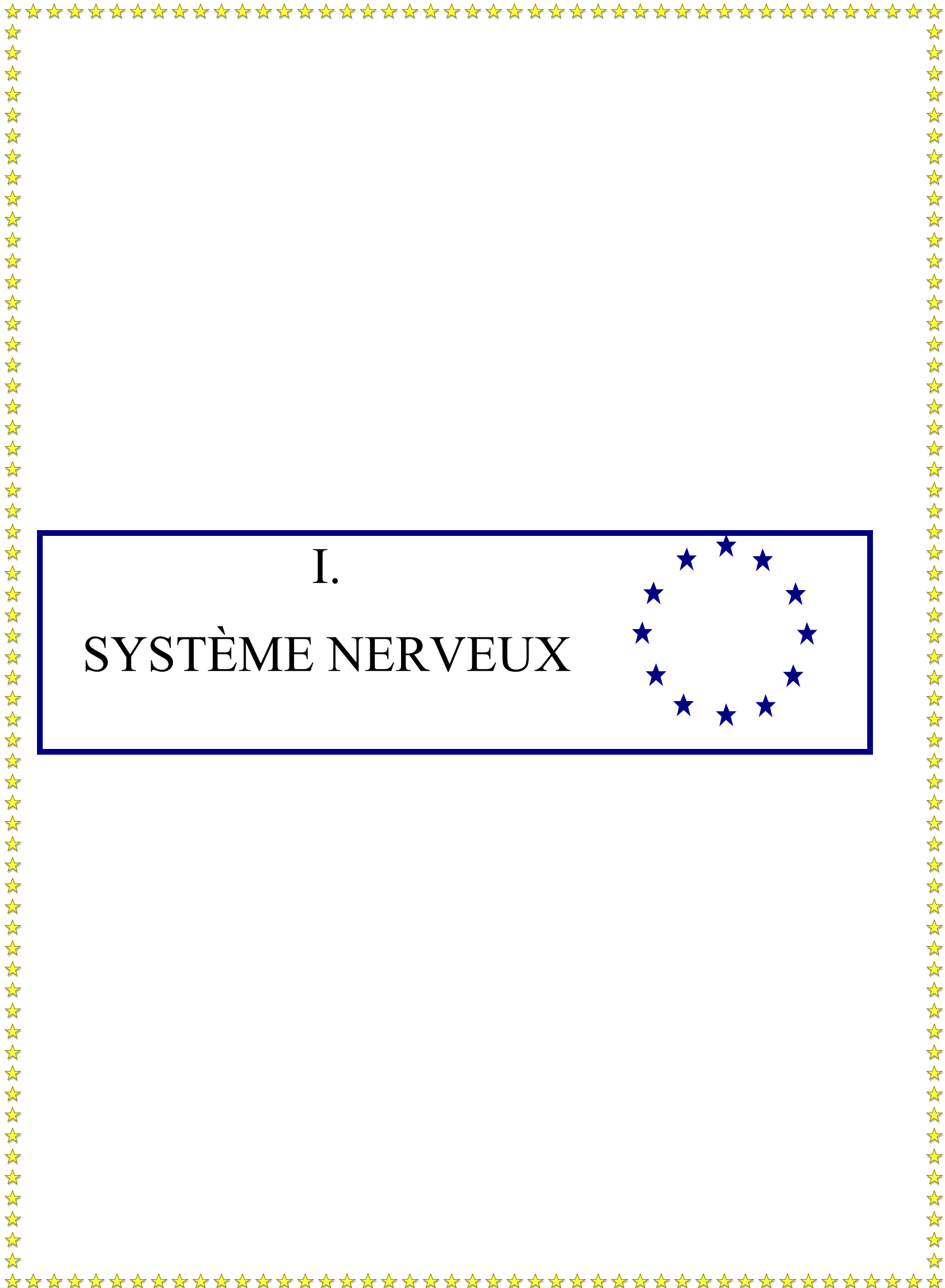


Barème européen  
d'évaluation à des fins  
médicales des atteintes à  
l'intégrité physique et  
psychique

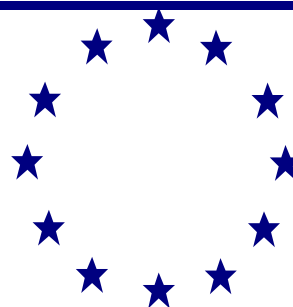
SOMMAIRE

- 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"><li>• unilatérale</li><li>• bilatérale</li></ul>	15% 30%
Article 2-1-b Paralysie du nerf facial <ul style="list-style-type: none"><li>• unilatérale</li><li>• bilatérale</li></ul>	20% 45%
Article 2-1-c Paralysie du nerf glosso-pharyngien <ul style="list-style-type: none"><li>• unilatérale</li></ul>	8%
Article 2-1-d Paralysie du nerf grand hypoglosse <ul style="list-style-type: none"><li>• unilatérale</li></ul>	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"> <li>• forme tronculaire haute (avec paralysie des fessiers)</li> <li>• forme basse, sous le genou</li> </ul>	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%

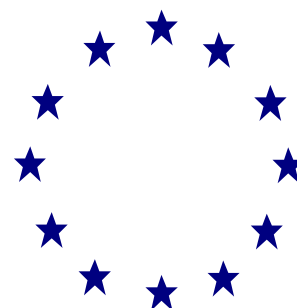
## Article 11

### 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"><li>selon les positions du regard, le caractère permanent ou non, la nécessité d'occlure un œil en permanence</li></ul>	jusqu'à 25%
Article 15-2 Paralysie oculomotrice <ul style="list-style-type: none"><li>selon le type</li></ul>	jusqu'à 15%
Article 15-3 Motricité intrinsèque <ul style="list-style-type: none"><li>selon le type (au maximum aniridie totale)</li></ul>	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"><li>• bilatérale</li><li>• unilatérale</li></ul> <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"><li>•</li></ul>	<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"><li>• bilatérale</li><li>• unilatérale</li></ul>	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.

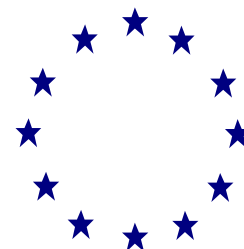
En cas d'appareillage mobile, diminuer de 1/2; en cas d'appareillage fixe, diminuer de 3/4.

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"><li>• incisive ou canine</li><li>• prémolaire ou molaire</li></ul>	1% 1.5%
Article 30 Dysfonctionnements mandibulaires <ul style="list-style-type: none"><li>• limitation de l'ouverture buccale égale ou inférieure à 10 mm</li><li>• limitation de l'ouverture buccale entre 10 mm et 30 mm</li></ul>	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"><li>avec perte totale des rotations</li><li>les autres mouvements étant complets</li></ul>	22 % 18 %	20 % 16 %
Limitation de l'élévation et de l'abduction à 90 ° <ul style="list-style-type: none"><li>avec perte totale des rotations</li><li>les autres mouvements étant complets</li></ul>	16 % 10 %	14 % 8 %
Limitation de l'élévation et de l'abduction à 130° <ul style="list-style-type: none"><li>les autres mouvements étant complets</li></ul>	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.

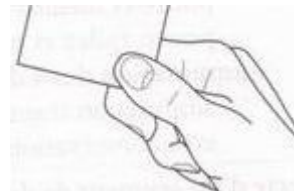
PRINCIPALES PINCES ET PRISES



Grip de l'outil



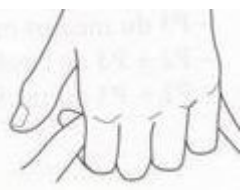
Pince pollici digitale pulpo-pulpaire



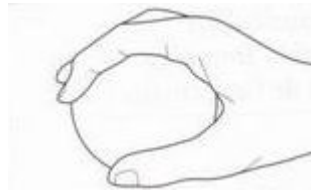
Pince pollici latero-digitale



Pince pollici tridigitale



Prise en crochet



Prise sphérique

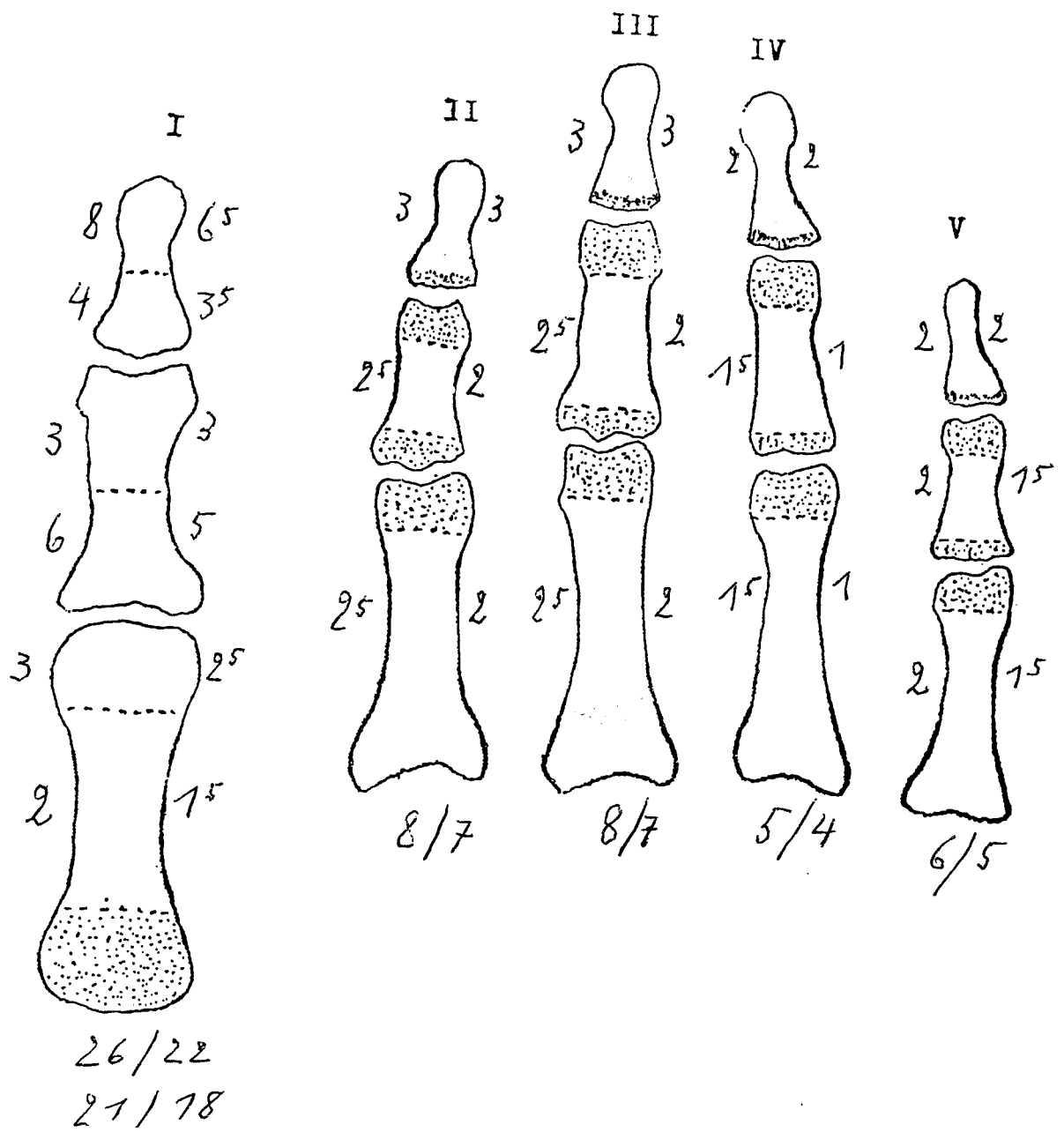


SCHÉMA DE LA MAIN  
(voir article 35-2: Amputation des doigts)

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 <sup>er</sup> métatarsien	12 %
Article 38-9 Amputation du 1 <sup>er</sup> orteil et 1 <sup>er</sup> métatarsien	10 %
Article 38-10 Amputation des deux phalanges du 1 <sup>er</sup> 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"><li>• en bonne position</li></ul>	25 %

Article 39-2-b

Raideurs

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

Article 39-2-c  
Laxités (non appareillées)

Latérale <ul style="list-style-type: none"><li>• de moins de 10°</li><li>• de plus de 10°</li></ul>	0 à 5 % 5 à 10 %
Antérieure <ul style="list-style-type: none"><li>• isolée</li><li>• rotatoire</li></ul>	2 à 5 % 5 à 10 %
Postérieure <ul style="list-style-type: none"><li>• isolée</li><li>• rotatoire</li></ul>	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"><li>• de moins de 10°</li><li>• de 10 à 20°</li><li>• de plus de 20°</li></ul>	0 à 3 % 3 à 10 % 10 à 20 %
Genu varum <ul style="list-style-type: none"><li>• de moins de 10°</li><li>• de 10 à 20°</li><li>• de plus de 20°</li></ul>	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"><li>• en position de fonction avec avant pied souple</li></ul>	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 <sup>er</sup> 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"><li>avec raideur très serrée pluri-étagée, selon le nombre de niveaux</li><li>laissant persister quelques mouvements de la nuque</li></ul>	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"><li>• raideur active et gêne douloureuse pour tous les mouvements en toutes positions nécessitant une thérapeutique régulière</li><li>• gêne permanente avec douleurs inter-scapulaires, troubles de la statique, dos creux, perte de la cyphose thoracique radiologique, contraintes thérapeutiques</li></ul>	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"><li>• raideur active et gêne douloureuse pour tous les mouvements en toutes positions nécessitant une thérapeutique régulière</li><li>• douleurs très fréquentes avec gêne permanente requérant des précautions lors de tous les mouvements avec raideur segmentaire importante des mouvements, limitation cliniquement objectivable</li><li>• situations cliniques et radiologiques exceptionnellement sévères</li></ul>	3 à 10 %  10 à 15 %  jusqu'à 25 %

Article 43

Coccyx

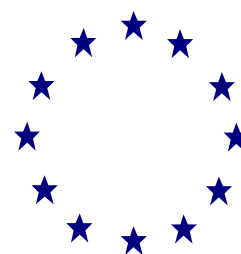
Coccygodynies	jusqu'à 3%
---------------	------------

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 &gt; 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 <sup>e</sup> étage
2	Dyspnée à la marche en pente légère, ou à la marche rapide, ou au 1 <sup>er</sup> 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, SaO<sub>2</sub>, CPT, CV, TLCO/VA, Pa O<sub>2</sub>, Pa CO<sub>2</sub>:

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 O<sub>2</sub>:

Pression partielle d'oxygène dans le sang artériel; Pa CO<sub>2</sub>: Pression partielle de gaz carbonique dans le sang artériel; Sa O<sub>2</sub>: 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

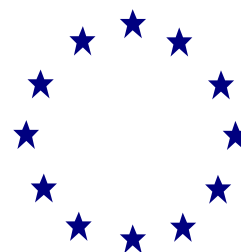
Article 51-1 Dyspnée au moindre effort (déshabillage) avec <ul style="list-style-type: none"><li>▪ soit CV ou CPT inférieure à 50 %</li><li>▪ soit VEMS inférieur à 40 %</li><li>▪ soit hypoxémie de repos (PaO<sub>2</sub>) inférieure à 60 mm Hg, associée ou non à un trouble de la capnie (PaCo<sub>2</sub>) avec éventuelle contrainte d'une oxygénothérapie de longue durée (&gt; 16 h/j) ou d'une trachéotomie ou d'une assistance ventilatoire intermittente</li></ul>	50 % et plus
Article 51-2 Dyspnée à la marche sur terrain plat à son propre rythme avec <ul style="list-style-type: none"><li>▪ soit CV ou CPT entre 50 et 60 %</li><li>▪ soit VEMS entre 40 et 60 %</li><li>▪ soit hypoxémie de repos (PaO<sub>2</sub>) entre 60 à 70 mm Hg</li></ul>	30 à 50 %
Article 51-3 Dyspnée à la marche normale à plat avec <ul style="list-style-type: none"><li>▪ soit CV ou CPT entre 60 et 70 %</li><li>▪ soit VEMS entre 60 et 70 %</li><li>▪ soit TLCO/VA inférieur 60 %</li></ul>	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"><li>▪ soit CV ou CPT entre 70 et 80 %</li><li>▪ soit VEMS entre 70 et 80 %</li><li>▪ soit TLCO/VA entre 60 et 70 %</li></ul>	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"><li>▪ Plaintes à l'effort (claudication intermittente avérée)</li><li>▪ Plaintes au repos (douleurs ischémiques spontanées avérées)</li><li>▪ Idem avec nécrose tissulaire pouvant aller jusqu'à l'amputation</li></ul>	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)

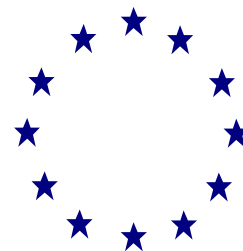
Les taux se basent sur la classification de Child-Pugh:

Désignation du groupe	A	B	C
Bilirubine sérique ( $\mu\text{mol/l}$ )	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 %
------------------------------	------

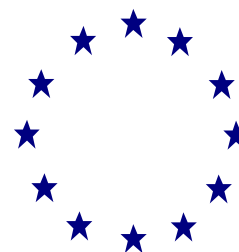
#### Article 62

##### 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"><li>• bilatérale</li><li>• unilatérale</li></ul>	12 % 6 %
Article 63-3 Mammectomie <ul style="list-style-type: none"><li>• bilatérale</li><li>• unilatérale</li></ul>	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

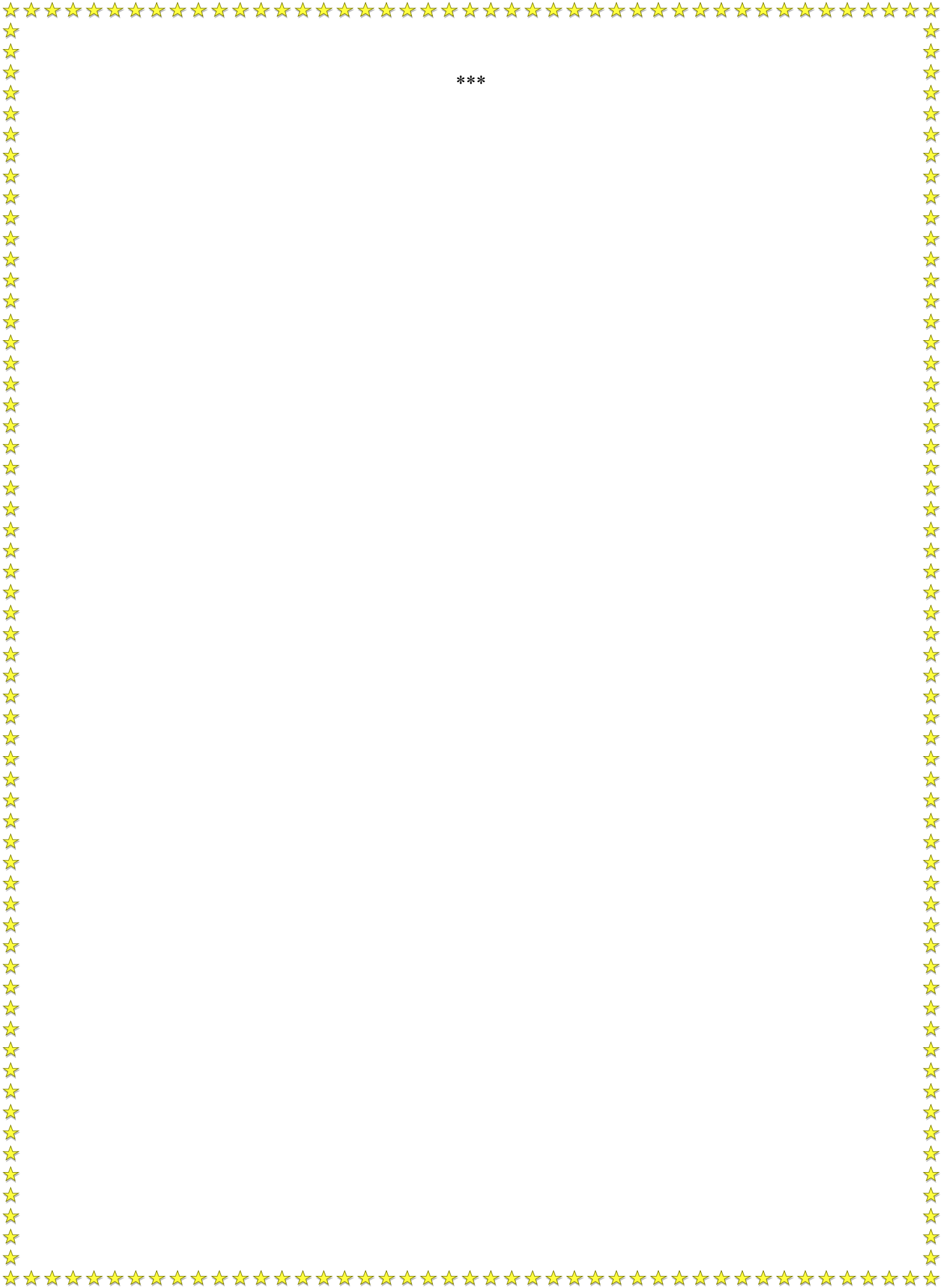
Article 65-1 Orchidectomie <ul style="list-style-type: none"><li>• bilatérale</li><li>• unilatérale</li></ul>	15 % 6 %
Article 65-2 Perte de la verge	40 %

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>
--	------------------

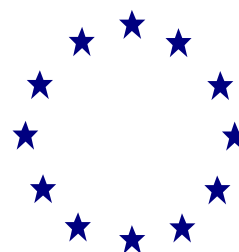
Article 72

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 %

\*\*\*