

**BARÈME INDICATIF DES TAUX D'INVALIDITÉ  
PERMANENTE RESULTANT DES ACCIDENTS  
DU TRAVAIL ET DES MALADIES  
PROFESSIONNELLES**

**Annexé à l'arrêté des Ministres de la Santé et des  
Affaires Sociales du 10 janvier 1995  
paru au JORT n°26  
en date du 29 Chaouel 1415 - 31 mars 1995**

# INTRODUCTION

---

La réparation des accidents du travail couvre non seulement l'incapacité temporaire et les prestations en nature, mais aussi l'incapacité permanente qui en résulte.

L'incapacité permanente est exprimée par un taux (dit taux d'incapacité permanente) dont la gradation va de 1 à 100%. Elle peut être soit partielle (on parle alors d'I.P.P), soit totale (quand le taux atteint 100%). Elle peut faire l'objet d'une révision en cas de modification de l'état de la victime, en aggravation ou en amélioration.

L'article 38 alinéa 3 de la loi n° 94-28 du 21-2-1994 dispose que le taux de l'incapacité permanente est évalué compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

Ce barème vise à fournir les éléments d'estimation du préjudice consécutif aux séquelles des accidents du travail et éventuellement des maladies professionnelles dans le cadre de l'article 3 alinéa 4 de la loi n° 94-28.

## 1. PRECAUTIONS D'UTILISATION

Ce barème ne présente qu'un caractère indicatif. Les taux d'incapacité proposés sont des taux moyens, et le médecin chargé de l'estimation garde, lorsqu'il se trouve devant un cas présentant des particularités, l'entière liberté de s'écarter des taux du barème ; il est alors dans l'obligation de fournir les arguments qui l'y ont conduit.

Avant de proposer le taux médical d'incapacité permanente, le médecin doit tenir compte de cinq éléments :

- la nature de l'infirmité,
- l'état général,
- l'âge,
- les facultés physiques et mentales de la victime,
- ainsi que ses aptitudes et sa qualification professionnelle.

### 1.1. La nature de l'infirmité

Elle représente l'atteinte physique ou mentale de la victime, la diminution de validité qui résulte de la perte ou de l'altération des organes ou des fonctions du corps humain.

Le présent barème sert à cette évaluation.

La nature de l'infirmité constitue la donnée de base d'où le médecin partira, en y apportant les correctifs en plus ou en moins, résultant des autres éléments.

### **1.2. L'état général**

Le médecin chargé de l'évaluation doit adapter le taux résultant de l'infirmité en fonction de l'état général.

Il n'est pas tenu compte dans l'estimation de l'état général des infirmités antérieures qu'elles soient consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Il en sera tenu compte lors du calcul du taux médical.

### **1.3. L'âge**

On peut être amené à majorer le taux théorique affecté à l'infirmité, en raison des obstacles que les conséquences de l'âge apportent à la réadaptation et au reclassement professionnel et aux possibilités de cicatrisation.

### **1.4. Facultés physiques et mentales**

Les taux moyens proposés dans le présent barème concernent le sujet normal, il y a lieu de les majorer si l'état physique ou mental de la victime paraît devoir être affecté plus fortement par les séquelles que celui d'un sujet normal.

### **1.5. Aptitudes et qualification professionnelle**

Cet élément est d'ordre médico-social.

Lorsque le médecin chargé de l'évaluation estime que les séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle sont susceptibles d'entraîner une modification dans la vie professionnelle de la victime ou un changement d'emploi, il lui appartient de bien mettre en relief ce point susceptible d'influer sur l'estimation.

## **2. METHODE DE CALCUL DU TAUX D'INCAPACITE**

La « consolidation » est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour prévenir une aggravation et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et de révision possibles.

La « guérison », ou reprise de l'état antérieur à l'accident à l'inverse, ne laisse subsister aucune séquelle fonctionnelle, donc aucune incapacité permanente.

### **2.1. Séquelles résultant de lésions isolées**

Ces séquelles sont appréciées en partant du taux moyen proposé par le barème éventuellement modifié par des estimations en plus ou en moins résultant de : l'âge, l'état général, les facultés physiques et mentales ainsi que les aptitudes et qualifications professionnelles.

## 2.2. Infirmités multiples résultant d'un même accident

Il s'agit d'infirmités intéressant des membres ou des organes différents.

Lorsque les lésions portant sur des membres différents intéressent une même fonction, les taux estimés doivent en principe s'ajouter sauf certains cas mentionnés au barème.

Pour des infirmités multiples ne portant pas sur une même fonction, il y a lieu d'estimer en premier lieu, l'une des incapacités. Le taux ainsi fixé sera retranché de 100 (qui représente la capacité totale) : on obtient ainsi la capacité restante. Sauf cas particulier prévu par le barème, l'infirmité suivante sera estimée elle-même, puis rapportée à la capacité restante.

**Exemple** : un même accident occasionne à deux fonctions différentes des taux respectifs de 10 et 20 %. Le taux global sera :  $10 + \frac{20 \times (100 - 10)}{100} = 10 + 18 = 28\%$

Cette manière de calculer l'incapacité globale résultant de lésions multiples ne présente qu'un caractère indicatif. Le médecin chargé de l'évaluation peut toujours y apporter des rectificatifs ou adopter une autre méthode de calcul à condition de justifier son évaluation.

## 2.3. Infirmités antérieures

L'évaluation médicale de l'incapacité doit faire la part de ce qui revient à l'état antérieur et de ce qui revient à l'accident. Les séquelles imputables à ce dernier sont seules en principe indemnisables. Mais il peut se produire des actions réciproques qui doivent faire l'objet d'une estimation particulière.

**2.3.1.** Un état pathologique antérieur asymptomatique peut être révélé à l'occasion de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, sans qu'il soit aggravé par les séquelles. Il n'en sera pas tenu compte dans l'estimation du taux d'incapacité.

**2.3.2.** L'accident ou la maladie professionnelle peut révéler et aggraver un état pathologique antérieur. Il faut alors indemniser totalement l'aggravation consécutive au traumatisme.

**2.3.3.** Un état pathologique antérieur connu avant l'accident se trouve aggravé par celui-ci. Etant donné que cet état était connu, il est possible d'en faire l'estimation.

## **3. REVISION**

En dehors des cas où les séquelles présentent dès le départ un caractère définitif, l'état de la victime est susceptible de subir, en aggravation ou en amélioration, une évolution spontanée ou du fait du résultat du traitement soit médical soit chirurgical ou de l'appareillage.

Il peut être alors indiqué de procéder à des révisions périodiques.

# BAREME INDICATIF

---

## I. MEMBRE SUPERIEUR

Le membre supérieur droit est dominant chez les droitiers et le membre supérieur gauche est dominant chez les gauchers.

La détermination de l'hémisphère cérébral dominant n'est pas toujours aisée. Cette recherche se fera sur la base de l'étude de la préférence gestuelle : manuelle, podale ou oculaire qui permettra de déterminer le caractère droitier ou gaucher ou ambidextre du sujet examiné.

L'ambidextrie professionnelle est la règle chez les travailleurs du bois : menuisiers, ébénistes...

### 1. MEMBRE SUPERIEUR A L'EXCLUSION DE LA MAIN

#### 1.1. Amputation :

		Dominant	Non dominant
<b>Epaule</b>	- Amputation interscapulothoracique .....	95	85
	- Désarticulation de l'épaule .....	95	85
<b>Bras</b>	- Au tiers supérieur .....	95	80
	- Au tiers moyen ou inférieur .....	90	80
	- Désarticulation du coude .....	90	80

## 1.2. Atteinte des fonctions articulaires :

		Dominant	Non dominant
<b>Epaule</b>	- Blocage de l'épaule, omoplate bloquée .....	55	45
	- Blocage de l'épaule, avec omoplate mobile .....	40	30
	- Limitation moyenne de tous les mouvements .....	20	15
	- Limitation légère de tous les mouvements .....	10 à 15	8 à 10
	- Périarthrite douloureuse : aux chiffres indiqués ci-dessus, selon la limitation des mouvements, on ajoutera	5	5
	- Formes graves de luxation récidivante de l'épaule avec récurrences fréquentes .....	40	30
	- Formes moyennes de luxation récidivante de l'épaule avec récurrences espacées... ..	20	15
	- Formes légères de luxation de l'épaule .....	10 à 15	8 à 10
<b>Coude</b>	- Blocage de la flexion-extension :		
	Angle favorable.....	25	22
	Angle défavorable (de 100° à 145° ou de 0° à 60°).....	40	35
	- Limitation des mouvements de flexion-extension :		
	Mouvements conservés de 70° à 145°.....	10	8
Mouvements conservés autour de l'angle favorable....	20	15	
Mouvements conservés de 0° à 70°.....	25	22	
<b>Poignet</b>	* Blocage du poignet :		
	- En rectitude ou extension, sans atteinte de la pronosupination .....	15	10
	- En flexion sans troubles importants de la pronosupination .....	35	30
	*Limitation de la pronosupination en fonction de la position et de l'importance .....	10 à 15	8 à 12
	(Ces 2 taux s'ajoutent aux taux précédents)		

### 1.3. Pseudarthroses et déformations :

		Dominant	Non dominant
<b>Clavicule</b>	- Cal difforme, sans compression nerveuse, selon gêne fonctionnelle .....	2 à 5	1 à 3
	- Compressions nerveuses (voir séquelles portant sur le système nerveux périphérique) - Pseudarthrose.....	5	3
<b>Epaule</b>	- Epaule ballante consécutive à des pertes de substance osseuse étendues, sans séquelles nerveuses, autres que celles conditionnant le ballant de l'épaule .....	70	60
<b>Bras</b>	- Déformation du bras avec atrophie musculaire (taux s'ajoutant aux séquelles articulaires, nerveuses, etc. éventuellement associées) .....	5 à 10	4 à 8
	- Pseudarthrose à la diaphyse humérale :		
	Serrée .....	20	15
	Lâche .....	50	40
	- Raccourcissement important (supérieur à 4 centimètres)..	5 à 10	4 à 8
<b>Coude</b>	- Coude ballant, consécutif à des pertes de substance osseuse.....	55	45
<b>Avant-bras</b>	Les deux os :		
	- Pseudarthrose serrée .....	20	15
	- Pseudarthrose lâche (avant-bras ballant) .....	50	40
	Un seul os :		
	- Pseudarthrose serrée du radius .....	8	6
	- Pseudarthrose lâche du radius .....	30	25
	- Pseudarthrose serrée du cubitus .....	5	4
	- Pseudarthrose lâche du cubitus .....	25	20
<b>Poignet</b>	- Poignet ballant, à la suite de perte de substance du carpe	40	25

### 1.4. Séquelles musculaires et tendineuses :

		Dominant	Non dominant
	- Rupture du deltoïde .....	10 à 25	6 à 20
	- Rupture du biceps (il persiste souvent une déformation du muscle à la contraction et une diminution de la force) :		
	- Séquelles légères .....	4	3
	- Rupture de l'un des deux chefs non réparée .....	12	10
	- Rupture complète de l'insertion inférieure non réparée ...	25	20
	- Syndrome de Volkmann : selon l'importance de la répercussion sur la fonction de la main et selon les troubles trophiques .....	30 à 70	25 à 60

## 2- LA MAIN

### 2.1. Amputation :

		<b>Dominant</b>	<b>Non dominant</b>
<b>Main</b>	- Amputation métacarpienne conservant une palette Carpienne .....	70	60
<b>Pouce</b>	- Perte du pouce avec le premier métacarpien .....	35	30
	- Perte des deux phalanges .....	28	24
	- Perte de la phalange unguéale .....	14	12
<b>Index ou Médius</b>	- Trois phalanges (avec ou sans la tête du métacarpien)...	14	12
	- Deux phalanges ou la phalange unguéale seule .....	7	6
<b>Annulaire</b>	- Trois phalanges (avec ou sans la tête du métacarpien)...	6	5
	- Deux phalanges ou la phalange unguéale .....	3	3
<b>Auriculaire</b>	- Trois phalanges (avec ou sans la tête du métacarpien)...	8	7
	- Deux phalanges ou la phalange unguéale seule .....	4	4

## 2.2. Atteinte des fonctions articulaires :

		Dominant	Non dominant
<b>Articulation carpo-métacarpienne</b>	L'atteinte de l'articulation trapézo-métacarpienne est la plupart du temps consécutive à la fois à des lésions combinées des articulations, des muscles du 1 <sup>er</sup> espace interosseux et de la peau. Blocage de la colonne du pouce articulaire ou extra-articulaire (séquelles de fracture de Bennett ou de Rolando, par exemple) : - En position de fonction (anté-pulsion et opposition).. - En position défavorable (adduction, rétropulsion)..... - Luxation carpo-métacarpienne ancienne, non réduite, à l'exclusion du pouce .....	14 28 9 à 12	12 24 7 à 10
	Les lésions du carpe proprement dit intéressant surtout sur le plan traumatique le semi lunaire et le scaphoïde. Les besoins de l'articulation radio-lunarienne retentissent directement sur la fonction du poignet et les lésions du scaphoïde carpien entraînent un retentissement fonctionnel sur la mobilité de la colonne du pouce.		
<b>Pouce</b>	Articulation métacarpo-phalangienne : - Blocage en semi-flexion ou en extension .....	6 10	4 8
	- Blocage en flexion complète .....	15	12
	Articulation inter-phalangienne : - Blocage en flexion complète .....	10	8
	- Blocage en semi-flexion ou en extension ou luxation ancienne non réduite .....	6	4
<b>Autres doigts</b>	Le taux d'incapacité sera déterminé selon l'importance de la raideur.		
	- Index .....	7 à 14	6 à 12
	- Annulaire et médus .....	4 à 6	3 à 5
	- Auriculaire .....	4 à 8	3 à 6
	La destruction ou l'altération de l'appareil unguéal sera évaluée en raison de la gêne de la préhension.		

## 2.3. Pseudarthroses et déformations :

		Dominant	Non dominant
<b>Métacarpien</b>	- Cal saillant entraînant une gêne fonctionnelle ..... Les pseudarthroses ou les cals vicieux des métacarpiens et des phalanges seront appréciés selon le retentissement sur le fonctionnement général de la main.	2 à 4	2 à 4

#### **2.4. Ostéite et ostéomyélite :**

Venant s'ajouter aux éléments séquellaires :

- Fistule persistante unique ..... 10
- Fistule persistance avec déformation osseuse ..... 10 à 25

## II. MEMBRE INFÉRIEUR

### 1. AMPUTATION :

<b>Cuisse</b>	* Perte des deux membres inférieurs .....	100
	* Amputation inter-ilio-abdominale .....	100
	- Désarticulation de la hanche .....	100
	- Amputation inter-trochantérienne .....	100
	- Amputation sous-trochantérienne .....	100
<b>Genou</b>	- Amputation au tiers moyen ou au tiers inférieur .....	80
	- Désarticulation .....	80
<b>Jambe</b>	- Amputation au tiers supérieur .....	70
	- Amputation au tiers moyen ou inférieur .....	70
<b>Cheville</b>	- Désarticulation, tibio-tarsienne .....	50
	- Amputation du pied, avec conservation de la partie postérieure du calcanéum avec bon appui talonnier (avec mouvement du pied restant satisfaisant et sans bascule en varus).....	40
<b>Pied</b>	- Désarticulation, médico-tarsienne de Chopart .....	45
	- Amputation transmétatarsienne de l'avant-pied .....	30
<b>Orteils</b>	<p>L'amputation d'orteils prend surtout de l'importance, lorsqu'il s'agit du 1<sup>er</sup> orteil, ou de plusieurs orteils voisins.</p> <p>- Perte de 5 orteils .....</p> <p style="text-align: center;">Premier orteil :</p> <p>- Les deux phalanges avec le métatarsien .....</p> <p>- Les deux phalanges .....</p> <p>- Phalange distale .....</p> <p style="text-align: center;">Autres orteils :</p> <p>- Amputation d'un orteil .....</p> <p>- 2<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> orteil avec leur métatarsien .....</p> <p>- 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> orteil avec leur métatarsien .....</p> <p>L'incapacité résultant de la perte de plusieurs orteils sera évaluée en estimant la perte de chaque orteil séparément, et en faisant la somme. Le taux global ne pourra dépasser le taux fixé pour l'amputation de tous les orteils.</p>	<p>25</p> <p>20</p> <p>12</p> <p>5</p> <p>2</p> <p>10</p> <p>5</p>

## 2. ATTEINTES DES FONCTIONS ARTICULAIRES :

<b>Symphyse pubienne</b>	- Disjonction (selon le diastasis, la gêne à la marche, l'impossibilité des efforts, les douleurs éventuelles, compte non tenu des retentissements sacro-iliaques) .....	10 à 20
<b>Articulations sacro-iliaques</b>	- Diastasis (entraînant une mobilité anormale du sacrum, avec retentissement sur la marche accroupissement impossible, sacralgies).....	45
	- Arthropathies sacro-iliaque douloureuses chroniques d'origine traumatique .....	15
<b>Hanche</b>	- Blocage en rectitude (position la plus favorable) .....	55
	- Blocage en mauvaise position (flexion, adduction, abduction rotation).....	70
	- Blocage des deux hanches .....	100
	Limitation des mouvements de la hanche	
	- Mouvements favorables .....	10 à 25
- Mouvements très limités .....	25 à 40	
<b>Genou</b>	Blocage du genou :	
	- Rectitude (position favorable).....	30
	- De 5° à 25° .....	35
	- De 25° à 50° .....	40
	- De 50° à 80° .....	50
	- Au-delà de 80° .....	60
	Déviations en valgum ou en varum : en plus (la somme des taux ne pouvant dépasser le taux prévu pour l'amputation du tiers inférieur de la cuisse).....	10 à 15
	Limitation des mouvements du genou :	
	- Déficit d'extension de 5° à 25° .....	5
	- Déficit d'extension de 25° .....	15
	- Déficit d'extension de 45° .....	30
	- La flexion ne peut s'effectuer au-delà de 110°.....	5
	- La flexion ne peut s'effectuer au-delà de 90°.....	15
	- La flexion ne peut s'effectuer au-delà de 45° .....	25
	Mouvements anormaux :	
- Résultant d'une laxité ligamentaire (littéralité, tiroir, etc.)...	5 à 35	
- Blocage ou dérochement intermittent compte tenu des signes objectifs cliniques (notamment atrophie musculaire, arthrose et signes para-cliniques).....	5 à 15	
* Ces taux s'ajoutent éventuellement à ceux attribués pour les autres atteintes fonctionnelles du genou.		
- Rotule anormalement mobile (par rupture d'ailerons rotuliens).....	10	
- Luxation récidivante .....	15	
- Patellectomie .....	5	
A ce taux s'ajoutent les autres taux fixés pour l'atteinte fonctionnelle du genou.		

<b>Genou</b>	<p>Hydarthrose chronique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Légère ..... 5</li> <li>- Récidivante, entraînant une amyotrophie marquée ..... 15</li> </ul> <p>Corps étrangers traumatiques (A évaluer selon les pertes fonctionnelles et blocages constatés).</p>	
<b>Pied</b>	<p><b>Articulation tibio-tarsienne :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blocage de la cheville en bonne position (angle droit) avec mobilité conservée des autres articulations du pied) ..... 15</li> <li>- En bonne position, mais avec perte de la mobilité des autres articulations du pied..... 20 à 35</li> <li>- Blocage de la cheville, pied en talus..... 25</li> <li>- Blocage de la cheville, pied en équin prononcé..... 20 à 35</li> <li>- Déviation en varus : en plus..... 15</li> <li>- Déviation en valgus, en plus..... 10</li> </ul> <p><b>Limitation des mouvements de la cheville :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans le sens antéro-postérieur, le pied conservant un angle de mobilité favorable (15° de part et d'autre de l'angle droit)..... 5</li> <li>- Diastasis tibio-péronier important en lui-même..... 12</li> <li>- Déviation en varus, en plus..... 15</li> <li>- Déviation en valgus, en plus..... 10</li> </ul> <p><b>Articulation sous-astragaliennes et tarso-métatarsiennes :</b> Elles sont responsables de l'abduction (latéralité externe jusqu'à 20°), et de l'adduction (latéralité interne, jusqu'à 30°), de la pronation (plante du pied regardant en dehors), et de la supination (plante du pied regardant en dedans).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blocage ou limitation de la partie médiane du pied..... 15</li> </ul> <p><b>Articulation métatarso-phalangiennes :</b> Elles permettent aux orteils un angle flexion-extension de 90° environ la plus importante est la première, étant donnée l'importance du gros orteil dans la fonction d'appui et de grasping dans la locomotion. Blocage isolé de cette seule articulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gros orteil : <ul style="list-style-type: none"> <li>En rectitude (bonne position)..... 5</li> <li>En mauvaise position ..... 10</li> </ul> </li> <li>- Autres orteils : <ul style="list-style-type: none"> <li>En rectitude ..... 2</li> <li>En mauvaise position ..... 4</li> </ul> </li> </ul> <p>Limitation des mouvements :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gros orteil ..... 2 à 4</li> <li>- Autres orteils ..... 1 à 4</li> </ul> <p>Articulations interphalangiennes : seule à une importance, dans la fonction de locomotion, l'interphalangienne du gros orteil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blocage de l'interphalangienne du gros orteil ..... 3</li> <li>- Limitation de ses mouvements ..... 1</li> </ul>	

### **3. Pseudarthroses, Déformations et Raccourcissements :**

<b>Cuisse</b>	- Angulation, déformation, selon le retentissement sur la marche ..... - Pseudarthrose du fémur .....	10 à 30 70
<b>Genou</b>	- Pseudarthrose consécutive à une résection du genou..... - Genou ballant .....	50 60
<b>Jambe</b>	- Angulation, déformation en baïonnette, etc. , selon le retentissement sur la marche ..... - Pseudarthrose du tibia ou des deux os .....	5 à 25 70
<b>Pied</b>	- Affaissement de la voûte plantaire ..... - Pieds creux post-traumatique ..... - Exostose sous-calcaneenne ..... - Cal vicieux, exubérant. Selon répercussion sur la marche ...	5 à 15 5 à 10 15 5 à 15
<b>Raccourcissements</b> Le taux évalué pour le raccourcissement post-traumatique s'ajoutera aux autres taux ayant pu être éventuellement estimés par ailleurs pour d'autres séquelles. - Moins de 2 cm ..... - De 2 à 3 cm ..... - De 4 cm ..... - De 5 cm ..... - De 6 cm ..... - De 7 cm ..... - De 8 cm ..... - De 9 cm ..... - De 10 cm .....  Le raccourcissement sera toujours soigneusement mesuré entre repères osseux (par exemple : épine iliaque antéro-supérieure-malléole interne).		0 2 à 4 9 15 18 21 24 27 30

### **4. Séquelles Musculaires et Tendineuses :**

- Rupture musculaire complète (triceps, adducteurs, etc.) .....	10 à 15
- Maladie de Pellegrini Stieda (à évaluer selon les séquelles fonctionnelles)	
- Rupture du tendon rotulien ou quadricipital :	
Non réparée .....	30
Réparée (à évaluer selon le déficit fonctionnel résidu du genou).	
- Rupture d'un aileron rotulien, avec mobilité anormale de la rotule .....	15
- Rupture du tendon d'Achille :	
Non réparée .....	30
Réparée (à évaluer selon limitation des mouvements de la cheville et l'atrophie du mollet).	
- Rupture des péroniers latéraux :	
Complète .....	20
Incomplète .....	10
- Luxation des tendons péroniers (l'origine traumatique étant démontrée).....	10

## 5. Ostéites et Ostéomyélites :

(Venant s'ajouter aux autres éléments séquellaires)	
- Fistule persistante unique .....	10
- Fistules persistantes multiples, avec déformation osseuse résistant à la cure chirurgicale .....	15 à 25

### III. RACHIS

<b>Rachis cervical</b>	<p>La flexion en avant porte le menton sur le sternum :  l'hypertension : 45 ° ; rotations droite et gauche : 70 ° ;  inclinaisons droite et gauche (l'oreille touche l'épaule) : 45° .  Persistance de douleurs et gêne fonctionnelle, qu'il y ait ou non séquelles de fracture d'une pièce vertébrale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discrètes .....</li> <li>- Importantes .....</li> <li>- Très importantes séquelles anatomiques et fonctionnelles ...</li> </ul> <p>A ces taux s'ajouteront éventuellement les taux fixés pour les séquelles neurologiques pouvant coexister.</p>	<p>5 à 15  15 à 30  40 à 50</p>
<b>Rachis Dorso-Lombaire</b>	<p>C'est l'observation de la flexion qui donne les meilleurs renseignements sur la raideur lombaire. Le test de Schober peut être utile : des repères sont tracés à trois niveaux différents du rachis lombaire (jonction lombo-sacrée, 5 cm plus bas et 10 cm plus haut), la distance entre les points supérieur et inférieur est mesurée lors de la flexion antérieure extrême, normalement l'étirement doit dépasser 5 cm. Toute réduction de cette distance au dessous de 5 cm atteste une raideur lombaire réelle.</p> <p>Persistance des douleurs notamment et gêne fonctionnelle (qu'il y ait ou non séquelles de fractures) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discrètes .....</li> <li>- Importantes .....</li> <li>- Très importantes séquelles fonctionnelles et anatomiques ...</li> </ul> <p>A ces taux s'ajouteront éventuellement les taux estimés pour les séquelles nerveuses coexistantes.</p>	<p>5 à 15  15 à 25  25 à 40</p>
<b>Sacrum ; Coccyx</b>	<p>Les fractures du sacrum laissent en général peu de séquelles. Il peut exister cependant une certaine gêne aux mouvements du tronc, des douleurs à la station assise, une gêne plus ou moins importante à l'usage de la bicyclette :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sacrum .....</li> <li>- Coccygodynie : avec tiraillements à l'accroupissement, douleurs en position assise, etc .....</li> </ul>	<p>5 à 15  5 à 15</p>

## IV. CRANE ET SYSTEME NERVEUX

### 1. Séquelles osseuses

Embarrure crânienne persistante, selon le degré d'enfoncement :	
- ½ centimètre .....	2
- 1 centimètre .....	5
- Plus de 1 centimètre .....	10
Perte de substance osseuse (avec battements duremériens et impulsion à la toux) :	
- Diamètre : 3 centimètres .....	2
- De 4 à 9 centimètres .....	20 à 40
- 10 centimètres .....	40 à 60
- Perte de substance réparée par plastie, mal tolérée : le taux sera apprécié selon l'importance des troubles fonctionnels.	
Les séquelles de trépanation ne donnent plus lieu en elles-mêmes à une indemnisation, même s'il y a quatre ou cinq trous de trépan, sauf cicatrices douloureuses.	
- Volet cicatrisé en mauvaise position .....	5 à 10
Corps étranger intracrânien :	
Quand il entraîne des troubles fonctionnels, il convient de fixer le taux d'incapacité en fonction de ces troubles (hémiplégie, aphasie, troubles endocriniens, ou neurologiques divers).	

### 2. Séquelles portant sur le névraxe :

Les incapacités résultant d'une atteinte du névraxe seront évaluées non pas à partir de la lésion initiale elle-même, mais en fonction des séquelles réduisant l'activité de l'intéressé.

L'examen neurologique clinique s'attachera à mettre en évidence :

#### **\* Les troubles moteurs :**

- Limitation totale ou partielle des mouvements volontaires ;
- Trouble du tonus ;
- Trouble des mouvements associés à la coordination ;
- Mouvements involontaires (tremblement, mouvements athétosiques ou choréiques, etc.) ;
- Akinésie ou dyskinésie ;
- Ataxie, etc.

#### **\* Les troubles sensitifs :**

- Anesthésie ;
- Douleurs, dysesthésies ;
- Astéréognosie ;

- Perte du sens de position et atteinte de la sensibilité discriminative ;
- Paresthésies, etc.

L'examen clinique gagnera, le cas échéant, à s'appuyer sur des examens complémentaires : électroencéphalogramme, examen ophtalmologique, examen oto-vestibulaire, examen neuroradiologique, échographe, T.D.M, .... etc

## **2.1 Séquelles propres au crâne et l'encéphale :**

### **2.1.1. Syndrome post-commotionnel des traumatisés au crâne :**

Les traumatisés du crâne se plaignent souvent de troubles divers constituant le « syndrome subjectif ». On ne doit conclure à la réalité d'un tel syndrome qu'avec prudence. Il ne sera admis que s'il y a eu à l'origine un traumatisme crânien ou une commotion cérébrale par l'intermédiaire de l'axe cérébral plus particulièrement du rachis cervical.

Ce syndrome se manifeste par des céphalées, des étourdissements ou une sensation d'instabilité, une difficulté de la concentration intellectuelle et de l'association des idées. La victime peut accuser également une fatigabilité intellectuelle à la lecture (par hétérophorie), des troubles amnésiques portant sur les faits récents, une modification de l'humeur et du caractère ainsi que des troubles de sommeil.

Lors de l'interrogatoire, il y aura lieu de faire préciser au blessé les signes accusés, de les lui faire décrire. Cependant, le médecin évitera de « diriger » l'interrogatoire par des questions pouvant orienter les réponses.

- Syndrome subjectif post-commotionnel ..... 5 à 20

On ne doit pas additionner au taux du syndrome post-commotionnel les taux inhérents à des séquelles neurologiques, sans que celles-ci soient individualisées et objectivées par des examens para cliniques éventuels : bilans ophtalmologiques et O.R.L, E.C.G, tomodensitométrie, etc.

### **2.1.2. Syndrome cervico-céphalique :**

Il s'accompagne éventuellement de vertiges de position avec obnubilation visuelle, « arnoldagie », point d'Erb, contracture du trapèze, redressement de la lordose cervicale physiologique, limitation plus ou moins douloureuse de la mobilité du cou.

- Syndrome isolé ..... 5 à 15
- Syndrome associé à un syndrome post-commotionnel, le taux global n'excèdera pas .....25.

### **2.1.3. Epilepsie :**

Les séquelles épileptiques seront chiffrées d'après la fréquence des crises, un traitement étant régulièrement suivi. La plupart des épilepsies peuvent en effet être équilibrées par une médication appropriée. Si les crises surviennent après la fin de la première année, la relation avec le traumatisme sera établie ou non, après un examen approfondi du blessé.

Le médecin chargé de l'évaluation prendra connaissance du traitement suivi et demandera dans tous les cas un électroencéphalogramme, s'il n'a pas déjà été pratiqué. Il demandera au besoin une hospitalisation pour contrôle.

<b>Epilepsie Généralisée</b>	
- <b>Epilepsie légère</b> : contrôlée par le traitement et compatible avec l'activité professionnelle habituelle .....	10 à 15
- <b>Epilepsie mal contrôlée</b> par le traitement avec crises fréquentes et éventuellement, troubles du comportement associés, nécessitant des précautions spéciales au travail (dans ce cas) la nécessité d'un changement de profession ou de poste de travail doit être particulièrement mis en relief .....	30 à 70
- <b>Epilepsie incontrôlée</b> avec crises fréquentes nécessitant la surveillance du sujet et rendant impossible toute activité .....	100

<b>Epilepsie focalisée</b>	
- Epilepsie Bravais-Jacksonienne .....	10 à 40
- Epilepsie psycho-motrice .....	10 à 60
- Epilepsie frontale .....	10 à 40
- Epilepsie occipitale .....	10 à 40
- Epilepsie pariétale .....	10 à 40

#### 2.1.4. Syndrome parkinsoniens :

Trois étiologies sont possibles :

- Lésion cérébrale par corps étranger touchant les noyaux gris centraux (exceptionnelle) ;
- Traumatisme cranio-cérébral ;
- Origine toxique (oxyde de carbone, bioxyde de manganèse, etc...).

Pour les trois formes, le taux tiendra compte de la gravité et du caractère unilatéral ou bilatéral :	
- Syndrome parkinsonien léger, réagissant bien au traitement .....	10 à 20
- Syndrome plus accentué, avec gêne appréciable .....	20 à 40
- Syndrome important .....	40 à 90
- Syndrome excluant toute possibilité d'activité .....	100

**2.1.5. Torticolis spasmodiques, post-traumatiques :** ..... 10 à 20

**2.1.6. Tremblement volitionnel d'attitude post-traumatique, habituellement unilatéral :**

- Dominant .....
- Non dominant .....

### 2.1.7. Syndrome cérébelleux :

<b>Atteinte bilatérale :</b>		
- Atteinte cérébelleuse globale incompatible avec une activité professionnelle .....		100
- Atteinte bilatérale mais incomplète .....		60 à 80
- Atteinte bilatérale légère avec marche peu perturbée et une certaine maladresse des mouvements .....		30 à 50
<b>Atteinte unilatérale :</b>	<b>Dominant</b>	<b>Non dominant</b>
- Complète .....	80	75
- Moyenne .....	30 à 70	25 à 65
- Légère .....	10 à 25	10 à 20
<b>Dysarthrie :</b>		
- Légère .....		5 à 15
- Importante .....		15 à 60

### 2.1.8. Atteinte de la fonction du langage :

<b>Atteinte complète de l'expression verbale :</b>	
Le blessé ne peut pas communiquer avec ses semblables ni en exprimant sa pensée ni en comprenant ce qui a été dit .....	100

### 2.1.9. Nerfs crâniens :

<b>Séquelles résultant d'une atteinte du Trijumeau</b>	
* <u>Séquelles sensitives</u> :	
. Anesthésie simple sans douleur .....	5 à 10
. Névralgie intense et persistante .....	10 à 60
* <u>Séquelles motrices</u> :	
Elles portent sur la mastication, l'élocution et la déglutition	
. Atteinte unilatérale .....	5
. Atteinte bilatérale .....	20 à 30
<b>Séquelles résultant d'une atteinte du facial</b>	
* <u>Troubles sensitifs</u> :	
Les troubles sensitifs n'entraînent aucune incapacité fonctionnelle	
* <u>Troubles moteurs</u> :	
. Paralyse de type périphérique totale et définitive .....	20 à 30
. Paralyse de type périphérique partielle et définitive .....	10 à 30
. Paralyse bilatérale suivant l'intensité et l'état des réactions électriques .....	20 à 30
. Contracture post paralytique ou hémispasme facial, suivant déformation du visage	10 à 20
<b>Séquelles résultant d'une atteinte du Glossopharyngien</b>	
. Paralyse unilatérale (fausse route) .....	10
. Paralyse bilatérale (exceptionnelle) .....	20

<b>Séquelles résultant d'une atteinte du Spinal</b> L'atteinte d'un nerf spinal peut déterminer une atrophie du trapèze et du sterno-cléidomastoïdien (chute de l'épaule, faiblesse de la main unilatérale) . Selon la gêne apportée dans l'activité du blessé et le côté atteint .....	15 à 30
---	---------

Les atteintes des autres nerfs crâniens sont étudiées dans les chapitres traitant de la fonction à laquelle ils participent (organes des sens en particulier).

En cas d'atteinte simultanée de plusieurs nerfs crâniens, les taux seront évalués selon le degré des troubles fonctionnels globaux sans que la somme des taux puisse dépasser 100 %.

### 2.1.10. Séquelles psychonévrotiques :

- Dans la majorité des cas, ces troubles sont les séquences de lésions cérébrales diffuses. En règle générale, les accidentés ont présenté un coma plus ou moins prolongé et ont présenté en général des troubles de la conscience ..... 30 à 100
- Syndrome psychiatrique post-traumatique ..... 20 à 100
- Névroses post-traumatiques..... 20 à 40

### 2.2. Séquelles provenant de l'atteinte diffuse des hémisphères ou du tronc cérébral

- Grande indifférence, passivité, absence de réactivité. Cette situation est secondaire à un coma prolongé avec réanimation respiratoire .....	100
- Le sujet a un aspect normal, mais il présente des troubles sévères de l'attention du jugement ; son activité est réduite .....	40 à 80
- Troubles amnésiques avec baisse considérable de l'affectivité, parfois une euphorie paradoxale ou au contraire un état de dépression est constaté.....	30 à 80

### 2.3. Séquelles propres à l'atteinte médullaire :

#### a. Syndromes atrophiques :

\* Au membre supérieur :

	Dominant	Non dominant
- Atteinte à prédominance proximale de la ceinture scapulaire et du bras, sans retentissement sur la fonction de la main .....	20 à 40	20 à 35
- Atteinte prédominante distale intéressant la fonction de la main ou de l'avant-bras.....	30 à 70	30 à 60
- Atteinte complète avec impotence totale d'un membre supérieur.....	90	80

\* Au membre inférieur :

- Atteinte à prédominance proximale de la ceinture pelvienne, sans retentissement sur la fonction du pied .....	40 à 50
- Atteinte prédominante aux muscles de la cuisse .....	20 à 40
- Atteinte à prédominance distale intéressant la fonction du pied et de la jambe .....	25 à 50
- Atteinte complète avec impotence absolue d'un membre inférieur .....	75

### b. Troubles sphinctériens et génitaux :

Rétention et incontinence d'urine (se reporter au système génito-urinaire).

Trouble de la défécation : si les troubles peuvent être corrigés par les thérapeutiques habituelles d'évacuation rectale, il n'y a pas lieu d'estimer d'incapacité partielle de travail.

- Rétention rebelle, entraînant des symptômes de coprostase .....	10
- Incontinence incomplète .....	10 à 25
- Incontinence complète .....	70
- Troubles génitaux, abolition des érections ou diminution considérable, ne permettant pas les rapports sexuels .....	10 à 20
- Syndrome de la queue de cheval plus ou moins accentué, selon les troubles sphinctériens et génitaux associés .....	30 à 50

## 2.4. Séquelles provenant indifféremment d'atteinte cérébrale ou médullaire :

### 2.4.1. Troubles moteurs

<b>Hémiplégie</b>	
- Impotence complète, avec troubles sphinctériens, avec ou sans aphasie, etc .....	100
- Conservation d'une activité réduite, avec marche possible, absence de troubles sphinctériens, langage peu ou pas perturbé, persistance d'une certaine autonomie :	
. Côté dominant .....	60 à 80
. Côté non dominant .....	50 à 70
<b>Monoplégie</b>	
* Atteinte isolée d'un membre inférieur :	
- Marche possible, mais difficile en terrain accidenté, pour monter des marches, longs trajets pénibles.....	30
- Marche difficile, même en terrain plat .....	40

* Atteinte isolée d'un membre supérieur :	<b>Dominant</b>	<b>Non dominant</b>
- Préhension possible, mais avec gêne de la dextérité digitale .....	10 à 25	8 à 20
- Préhension possible, mais sans aucune dextérité digitale .....	25 à 50	20 à 45
- Mouvements du membre supérieur très difficiles .....	50 à 75	45 à 65
- Mouvements du membre supérieur impossibles .....	85	75

**Atteinte de plusieurs membres (diplégie, triplégie, tétraplégie) :**  
(Les deux membres supérieurs ou les deux membres inférieurs, ou un membre supérieur et les deux membres inférieurs, etc.). Il y a lieu d'estimer séparément chaque incapacité, et d'en faire la somme. S'il s'agit des deux membres exerçant la même fonction, il y a lieu de majorer cette somme de 10 %, en raison de la synergie. De toute façon, le taux global ne peut en aucun cas dépasser 100 %.

#### 2.4.2. Troubles sensitifs :

\* Ils ne sont pratiquement jamais isolés, et accompagnent les séquelles motrices, qu'ils peuvent aggraver. L'anesthésie d'une main équivaut à une paralysie partielle. La perte de la sensibilité entraîne en effet la perte de la précision et le contrôle de la forme du geste.

L'incapacité sera donc évaluée globalement. En cas de troubles sensitifs isolés : on tiendra compte de leurs répercussions sur l'utilisation du membre considéré.

\* Douleurs de types spino-thalamique :

Douleur à type de brûlure permanente unilatérale plus ou moins étendue, exagérée par le frottement et les émotions ..... 20 à 60  
Avec impotence totale d'un membre ..... 80

#### 2.5. Séquelles portant sur le système nerveux périphérique :

Les taux d'incapacité indiqués s'appliquent à des paralysies totales et complètes et définitives.

En cas de paralysie incomplète, parésie ou simple affaiblissement musculaire, le taux d'incapacité subit naturellement une diminution proportionnelle.

On estime généralement six degrés de force musculaire :

- 0 : aucune contraction visible, mais n'entraînant aucun déplacement;
- 1 : ébauche de contraction visible, mais n'entraînant aucun déplacement ;
- 2 : mouvement actif possible, après élimination de la pesanteur ;
- 3 : mouvement actif possible contre la pesanteur;
- 4 : mouvement actif possible contre la pesanteur et résistance ;
- 5 : force normale.

Les atteintes correspondant aux degrés 0, 1, 2 et 3 entraîneront l'application du taux entier.

Pour le degré 4, le taux sera diminué de 25 à 50 % de sa valeur.

### a. Membre supérieur :

	Dominant	Non dominant
- Paralysie totale du membre supérieur (degré 0, 1, 2 et 3).....	90	80
<b>Plexus branchial :</b>		
- Paralysie radiculaire supérieure type Duchenne-Erb (déltoïde, sus-épineux, biceps, brachial antérieur, coraco-branchial, long supinateur et parfois sous-épineux, sous scapulaire, court supinateur et hémidiaphragme) (degré 0, 1, 2 et 3).....	55	45
- Paralysie radiculaire inférieure, type Déjerine-klumpke (fléchisseurs des doigts et muscles de la main) (degré 0,1, 2 et 3) .....	65	65
- Paralysie isolée au nerf sous-scapulaire (grand dentelé degré 0,1, 2 et 3) .....	10	5
- Paralysie du nerf circonflexe (deltoïde, petit rond) (degré 0,1,2 et 3) ..	35	30
- Paralysie du nerf musculo-cutané (biceps, brachial antérieur). La flexion de l'avant-bras sur le bras reste possible par l'action du long supinateur (degré 0,1, 2 et 3) .....	25	20
<b>Paralysie du nerf médian :</b>		
<b>a- Au bras :</b> (rond-pronateur, fléchisseur commun superficiel, grand et petit palmaires, chefs externes du fléchisseur commun profond, long fléchisseur du pouce, carré pronateur, court abducteur et opposant du pouce. 2 premiers lombricaux (degré 0,1, 2 et 3).....	55	45
<b>b- Au poignet :</b> (n'atteint que les muscles de la main énumérés ci-dessus (degré 0, 1, 2 et 3) .....	45	35
<b>Paralysie du nerf cubital :</b>		
<b>a- Au bras :</b> (cubital antérieur, chefs internes du fléchisseur commun profond, muscles hypothénariens et interosseux, deux lombricaux internes, adducteurs du pouce et chef interne de son court fléchisseur) (degré 0, 1, 2 et 3) .....	45	35
<b>b- Au poignet :</b> (ou muscles de la main ci-dessus, griffe cubitale) (degré 0, 1, 2 et 3) .....	35	25
<b>Paralysie du nerf radial :</b>		
<b>a- Au dessus du coude :</b> (triceps brachial, anconé, long supinateur, 1 <sup>er</sup> 2 <sup>ème</sup> radial, court supinateur, extenseur commun et extenseur propre du pouce, index, auriculaire, cubital postérieur ) (degré 0, 1, 2 et 3)...	55	45
<b>b- Au dessous du coude :</b> les mêmes muscles, sauf triceps et long supinateur (degré 0, 1, 2 et 3) .....	45	35

**b. Membre inférieur :**

- Paralysie totale d'un membre inférieur (degré 0, 1, 2 et 3), flasque .....	75
- Paralysie complète du nerf sciatique (demi-tendineux, demi-membraneux, biceps fémoral, une partie du grand adducteur, auxquels se joignent les muscles innervés par le sciatique poplité externe et le sciatique poplité interne). Voir aussi, "Membre inférieur", séquelles vasculaires et nerveuses (degré 0, 1, 2 et 3).....	60
- Paralysie du nerf sciatique poplité externe (jambier antérieur, extenseur propre du gros orteil, extenseur commun, long et court péronier latéraux, pédieux) (degré 0,1, 2 et 3) .....	30
- Paralysie du nerf sciatique poplité interne (poplité, jumeaux, soléaire, plantaire grêle, jambier postérieur, fléchisseur commun, long fléchisseur du premier orteil, tous les muscles plantaires) (degré 0,1, 2 et 3) .....	30
- Paralysie du nerf crural (quadriceps) (degré 0,1, 2 et 3) .....	40
- Paralysie du nerf obturateur (pectiné, obturateur externe, adducteur) (degré 0,1, 2 et 3) .....	15

**c. Névralgies sciatiques :**

Pour les névralgies sciatiques l'I.P.P sera évaluée selon les perturbations fonctionnelles constatées (se reporter au chapitre III : "Rachis).

**2.6. Syndromes algodystrophiques :**

**a. Algodystrophie du membre supérieur :**

- Selon l'intensité des douleurs, des troubles trophiques et de l'atteinte articulaire :	
. Forme mineure sans troubles trophiques importants, sans troubles neurologiques et sans impotence .....	10 à 20
. Forme sévère avec impotence et troubles trophiques sans troubles neurologiques objectifs, selon l'importance.....	30 à 50
. Forme avec troubles neurologiques (voir le chapitre correspondant).	

**b. Algodystrophie du membre inférieur :**

- Selon l'intensité des douleurs, des troubles trophiques et de la gêne à la marche .....	10 à 30
. Forme mineure sans troubles trophiques importants, sans troubles neurologiques et sans impotence .....	10 à 20
. Forme sévère avec impotence et troubles trophiques sans troubles neurologiques objectifs, selon l'importance.....	30 à 50

## V. OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

### 1. NEZ :

#### 1.1. Sténose nasale :

Sténose unilatérale :	- Simple diminution du calibre de la narine ou de la fosse nasale .....	2
	- Formation de croûtes, rhino-pharyngite .....	4
	- Sténose total avec retentissement tubo-tympanique ou sinusien, sans sinusite suppurée...	6 à 10
Sténose bilatérale :	- Diminution de la perméabilité ne dépassant pas le tiers de la perméabilité physiologique .....	4
	- Diminution plus accentuée avec croûtes, rhinopharyngite, etc .....	8
	- Sténose serrée avec respiration exclusivement buccale et troubles à distance .....	15 à 20
	- Troubles fonctionnels entraînant une perturbation bilatérale intermittente de la perméabilité nasale .....	4 à 6

#### 1.2. Perforation de la Cloison Nasale :

En général, elle n'entraîne pas d'incapacité. Cependant, des phénomènes irritatifs peuvent se manifester autour de la perforation.

- Accompagnée de phénomènes irritatifs ..... 3

#### 1.3. Rhinites crouteuses : (après perte de substance endo-nasale étendue)

- Unilatérale ..... 4

- Bilatérale ..... 8

#### 1.4. Troubles olfactifs :

- Anosmie et troubles divers de l'olfaction ..... 5 à 8

#### 1.5. Troubles Esthétiques par mutilation ou déformation Nasale :

- Déformation de la pyramide nasale, post-traumatique, selon gêne à la respiration, défiguration .....5 à 20

## 2. SINUS :

### 2.1. Sinusite Maxillaire Chronique :

- Unilatérale ..... 5 à 8
- Bilatérale ..... 10 à 13

### 2.2. Sinusites Fronto-ethmoïdales ou Sphénoïdales :

- Sinusite unilatérale ..... 15 à 20
- Sinusite bilatérale ..... 25 à 30

### 2.3. Cranio-Hydrorrhée (voir "Neurologie"):

- Cranio-hydrorrhée non compliquée ..... 30
- Cranio-hydrorrhée compliquée de méningite à répétition ..... 60

## 3. PHARYNS :

- Gêne à la déglutition par rétrécissement ..... 5 à 35

## 4. LARYNX :

### 4.1. Troubles vocaux :

- Dysphonie seule ..... 5 à 8
- Aphonie sans dyspnée ..... 30

### 4.2. Troubles respiratoires :

- Trachéotomie sans port d'une canule ..... 50
- Trachéotomie avec port d'une canule ..... 80

## 5. OREILLES :

### 5.1. Vertiges et troubles de l'Équilibre :

- Vertiges sans signes labyrinthiques objectifs mais avec petite atteinte cochléaire à type de scotomes sur les aigus, attestant une légère commotion labyrinthique .....	5
- Vertiges s'accompagnant de signes labyrinthiques objectifs tel nystagmus spontané ou de position, ou asymétrie dans les réponses. Nécessité de certaines restrictions dans l'activité professionnelle et dans la vie privée .....	10 à 15
- Vertiges vestibulaires au cours des épreuves avec inexcitabilité unilatérale .....	20
- Vertiges avec inexcitabilité bilatérale .....	25
La surdité sera calculée à part.	

## **5.2. Surdité :**

L'I.P.P est fonction de la perception de la voix de conversation. Elle sera évaluée en tenant compte des données acoumétriques (voix haute, voie chuchotée, montre, diapason), des examens audiométriques et éventuellement de l'audition après prothèse.

Il faut être attentif à la fréquence de la simulation et l'exagération des troubles de l'audition. Leur dépistage n'est pas toujours aisé. On sera donc parfois amené à répéter les épreuves dites "de sincérité".

## OREILLE LA PLUS SOURDE

<b>OREILLE NORMALE OU LA MOINS SOURDE</b>	<b>Voix haute</b>									
	<b>Distance de perception en mètres</b>		<b>5</b>		<b>4</b>		<b>2</b>		<b>1 0,25 Contact Non perçue</b>	
	<b>Voix chuchotée</b>									
	<b>Distance de perception en mètres</b>		<b>0,80</b>		<b>0,50</b>		<b>0,25</b>		<b>0,10 contact Non perçue</b>	
		<b>Perte auditive en décibels</b>	<b>0 à 25</b>	<b>25 à 35</b>	<b>35 à 45</b>	<b>45 à 55</b>	<b>55 à 65</b>	<b>65 à 80</b>	<b>80 à 90</b>	
	<b>5</b>	<b>0 à 25</b>	0	3	5	8	12	15	20	
		<b>25 à 35</b>	3	8	12	15	20	25	30	
	<b>4</b>	<b>35 à 45</b>	5	12	18	24	30	35	40	
	<b>2</b>	<b>45 à 55</b>	8	15	24	35	40	45	50	
	<b>0,25</b>	<b>Contact</b>	<b>55 à 65</b>	12	20	30	40	50	60	60
<b>Contact</b>	<b>Non perçue</b>	<b>65 à 80</b>	15	25	35	45	60	70	70	
<b>Non perçue</b>		<b>80 à 90</b>	20	30	40	50	60	70	70	

### 5.3. Acouphènes :

- Acouphène gênant le sommeil, accompagnant une baisse de l'acuité auditive..... 2 à 5

### 5.4. Oreille Moyenne :

- Perforation du tympan, post-traumatique, sans suppuration .....	3 à 5
<b>Otorrhée chronique :</b>	
- Tubaire unilatérale .....	3 à 5
- Suppurée chronique unilatérale .....	5 à 10
- Suppurée chronique bilatérale .....	5 à 15

### 5.5. Oreille Externe :

* Sténose du conduit auditif externe favorisant la rétention dans le fond du conduit, ou entraînant son obstruction fréquente, sans surdité :	
- Unilatérale .....	2 à 3
- Bilatérale .....	3 à 6
* Sténose très serrée entraînant une surdité : il y a lieu de calculer la perte auditive, compte tenu des possibilités d'audioprothèse.	
* Déformation, cicatrice ou amputation du pavillon, suivant l'importance de la mutilation .....	2 à 10

## VI. OPHTALMOLOGIE

### 1. ALTÉRATION DE LA FONCTION VISUELLE :

#### 1.1. Cécité :

- Cécité complète (avec attribution de la tierce personne) ..... 100
- Quasi-cécité ..... 100
- Cécité professionnelle non récupérable ..... 100

#### 1.2. Scotome Central Bilatéral :

- Avec conservation des champs visuels périphériques selon la nature de l'activité..... 50 à 90

#### 1.3. Perte complète de la vision d'un œil (l'autre étant normal) :

- Perte de la vision d'un œil, sans difformité apparente ..... 30
- Ablation ou altération du globe avec possibilité de prothèse ..... 33
- Sans prothèse possible ..... 40

#### 1.4. Scotome Central Unilatéral :

- Sans perte du champ visuel périphérique ..... 15 à 18
- Avec perte du champ visuel périphérique ..... 30

#### 1.5. Diminution de la Vision des deux yeux :

Le degré de vision sera apprécié en fonction de la correction optique se reporter au tableau en fin du chapitre.

#### 1.6. Vision périphérique – Champs visuel :

##### a- Lacune unilatérale du champ visuel :

- Déficit en îlot (localisation centrale ou périphérique, temporale ou nasale, supérieure ou inférieure) .....	5 à 15
- Rétrécissement sensiblement concentrique du champ visuel (taux à ajouter à celui attribué éventuellement à la diminution de l'acuité visuelle centrale)	
A 30°	
- Un seul œil .....	3 à 5
- Les deux yeux .....	5 à 20
Moins de 10° :	
- Un seul œil .....	10 à 15
- Les deux yeux .....	70 à 80

**b- Scotomes centraux :**

- Un seul œil (suivant le degré de vision) ..... 15 à 20
- Les deux yeux (suivant le degré de vision) ..... 50 à 90

**c- Hémianopsie :**

<p>* Hémianopsie avec conservation de la vision centrale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Homonyme droite ou gauche ..... 30 à 35</li> <li>- Hétéronyme binasale ..... 15 à 20</li> <li>- Hétéronyme bitemporale ..... 40 à 80</li> <li>- Horizontale supérieure ..... 10 à 15</li> <li>- Horizontale inférieure ..... 30 à 50</li> </ul> <p>* Les quadranopsies peuvent être évaluées en assignant à chaque quadrant une valeur de</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">O.D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Tempe droite :</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </table> <span style="margin: 0 20px;">Nez</span> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">O.G</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Tempe gauche</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">2</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">15</td> <td></td> </tr> </table> </div>		O.D					5		2		Tempe droite :	5		2			15		8			O.G					2		5		Tempe gauche	2		5			8		15		
	O.D																																								
	5		2																																						
Tempe droite :	5		2																																						
	15		8																																						
	O.G																																								
	2		5																																						
Tempe gauche	2		5																																						
	8		15																																						
<p>* Scotomes paracentraux hémianopsiques :</p> <p>Quoique respectant la vision centrale qu'ils affleurent par leur limite, ils peuvent être très gênants lorsqu'ils ont la forme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'un scotome paracentral bitemporal ..... 10 à 15</li> <li>- D'un scotome hémianopsique latéral droit qui entrave la lecture ..... 10 à 30</li> </ul> <p>Hémianopsie avec perte de la vision centrale : uni ou bilatérale (ajouter à ces taux celui indiqué par le tableau ci-après sans que le total puisse dépasser 100)</p>																																									

**1.7. Vision binoculaire :**

Le déséquilibre de la fonction qui permet aux deux yeux de fixer le même objet entraîne une diplopie persistante non améliorée par le traitement ..... 5

**1.8. Troubles du sens chromatique et du sens lumineux :**

Ces troubles, dont l'origine traumatique isolée est très rare, sont des symptômes de lésion de l'appareil nerveux sensoriel, ils entrent en ligne de compte dans l'appréciation de l'incapacité due à ces lésions.

**1.9. Cas particuliers :**

**1.9.1. Taies de cornée :**

L'évaluation est faite d'après le tableau d'évaluation de l'acuité visuelle, mais elle sera minorée en fonction de la conservation du champ visuel périphérique.

### 1.9.2. Taie centrale :

La vision diminue lorsque la pupille se rétrécit : (travail en pleine lumière, travail de près).

En cas de photophobie entraînant l'éblouissement de l'autre œil, il sera ajouté un taux de 5 %.

- Paralysie de l'accommodation et du sphincter irien :

- Ophthalmoplégie interne unilatérale .....	10
- Bilatérale .....	20
Mydriase existant seule et déterminant des troubles fonctionnels :	
- Unilatérale .....	5
- Bilatérale .....	10

### 1.10. Cataractes : traumatiques ou professionnelles

#### 1.10.1. Unilatérales :

Non opérées ou inopérables : le taux d'incapacité sera fixé d'après le degré de vision.

Opérées ou résorbées : si la vision, après correction, est égale ou inférieure à celle de l'œil non cataracté, ajouter, en raison de l'impossibilité de fusion des images et de la nécessité de porter un verre; 10 %, sans que le taux médical puisse dépasser 20%.

#### 1.10.2. Bilatérales :

L'aphakie bilatérale comporte une incapacité de base de 20 %, laquelle on ajoutera le taux d'incapacité correspondant à la diminution de la vision centrale, sans que le taux puisse dépasser 100 %.

### 1.11. Cas divers :

Les hypertopies oculaires, les luxations du cristallin, les hémorragies intraoculaires, les troubles du vitré, les altérations de la rétine, seront évaluées selon le degré de la vision.

## 2. ANNEXE DE L'ŒIL :

### 2.1. Orbite :

- <b>Nerfs moteurs</b> : paralysie d'un ou plusieurs nerfs oculo-moteurs (voir diplopie) En cas de paralysie consécutive à une affection du système nerveux central, se reporter à l'affection causale.	
- <b>Nerfs sensitifs</b> : névrites, névralgies très douloureuses, en particulier douleurs glaucomateuses, lésions du nerf trijumeau (symptôme neuro-paralytique, y compris les troubles de la sécrétion lacrymale, ou sa perte) à ajouter au taux correspondant aux troubles visuels .....	10 à 20

- <b>Altérations vasculaires</b> : (anévrisme, etc) ; indemniser les troubles fonctionnels (voir barème spécial)	
--	--

## **2.2. Paupières :**

- Déviation des bords palpébraux (entropion, trichiasis, ectropion, cicatrices vicieuses, symblépharon, ankyloblépharon), suivant étendue ; ajouter à la diminution de la vision et à la défiguration éventuelle .....	5 à 10
- Ptosis ou blépharospasme non volontaire : taux fondé sur le degré de vision et suivant que, en position primaire (regard horizontal de face), la pupille est plus ou moins découverte :	
- Un œil .....	5 à 15
- Les deux yeux .....	20 à 40
- Lagophthalmie cicatricielle ou paralytique ; ajouter aux troubles visuels 10 % pour un œil.	
- Voies lacrymales : larmolement par lésion des voies lacrymales (atrésie, sténose) .....	5 à 10
- Fistules (résultat par exemple de dacryocystite ou de lésions osseuses) ; Pour chaque œil .....	10 à 15

## **2.3. Squelette orbitaire :**

- Déformation importante (+ éventuellement les séquelles ophtalmologiques..... 5 à 15

**TABLEAU D'ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ  
EN RAPPORT AVEC UN TROUBLE DE LA VISION**

La vision d'un œil est indiquée par une colonne horizontale, la vision de l'autre par une colonne verticale. Le point de rencontre donne le taux médical d'incapacité.

<b>Degré de vision</b>	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20 et moins 1/20	Énucléation
9/10	0	0	0	1	2	4	8	15	19	30	33
8/10	0	0	1	2	4	5	12	17	21	30	33
7/10	0	1	3	4	6	7	14	19	22	32	35
6/10	1	2	4	6	8	9	18	21	24	35	40
5/10	2	4	6	8	10	11	20	23	26	40	45
4/10	4	5	7	9	11	13	22	25	30	45	50
3/10	8	12	14	18	20	22	25	35	45	55	60
2/10	15	17	19	21	23	25	35	50	60	75	80
1/10	19	21	22	24	26	30	45	60	80	90	95
1/20 et moins 1/20	30	30	32	35	40	45	55	75	90	100	100
Énucléation	33	33	35	40	45	50	60	80	95	100	100

Tous ces taux pourraient être diminués, en raison de la conservation du champ visuel périphérique, cette diminution ne pouvant dépasser 20 %.

## VII. STOMATOLOGIE SPHERE MAXILLO-FACIALE

### 1. FACE :

En dehors de la fonction elle-même, le médecin expert pourra avoir à tenir compte des défigurations entraînées par les cicatrices. Dans ce cas, il se reportera au chapitre "Téguments".

Le taux résultant des lésions sera estimé en fonction des pertes de dents (évaluée à part), de l'état de l'articulé dentaire et de la possibilité d'une prothèse susceptible de rétablir un coefficient de mastication suffisant.

Le coefficient de mastication se calcule en attribuant aux dents un coefficient particulier : 1 pour une incisive, 2 pour une canine, 3 pour une prémolaire, 5 pour une molaire, et en faisant le total des dents existantes ayant une homologue sur la mâchoire opposée.

### 2. MAXILLAIRE : (MAXILLAIRE SUPÉRIEUR)

2.1. Mobilité d'une partie importante du maxillaire supérieur avec mastication difficile, le déficit dentaire étant estimé en sus .....	30 à 40
2.2. Mobilité d'un petit fragment du maxillaire supérieur (ablation en général).....	10 à 30
2.3. Enfoncement et bascule postérieure (faux prognathisme). Troubles sérieux de l'articulé dentaire, pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de prothèse et défiguration ...	15 à 40
2.4. Trouble léger de l'articulé dentaire par consolidation vicieuse d'une fracture du maxillaire supérieur .....	5 à 15
2.5. Enfoncement de malaire : apprécié en raison de la défiguration et des phénomènes nerveux .....	5 à 15
En cas de troubles oculaires, ceux-ci devront être évalués par un ophtalmologiste	
2.6. Perte de substance de la voûte palatine, respectant l'arcade dentaire et permettant une prothèse .....	5 à 10
2.7. Perte de substance du voile du palais (non opéré), entraînant des troubles de la parole et de la déglutition .....	15 à 30
2.8. Perte de substance partielle du maxillaire ne permettant pas une prothèse fonctionnellement satisfaisante .....	5 à 20
Les pertes de substance permettant une prothèse fonctionnellement satisfaisante seront évaluées par référence aux pertes de dents.	

### **3. MANDIBULE : (MAXILLAIRE INFÉRIEUR)**

- Consolidation vicieuse avec troubles de l'articulé dentaire, non compris une défiguration éventuelle permettant une prothèse .....	5 à 15
- Consolidation vicieuse avec troubles graves pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de prothèse .....	15 à 40
- Perte de substance et pseudarthrose avec gêne de la mastication ou impossibilité de prothèse, selon son siège et son degré de mobilité .....	5 à 40
- Perte de substance partielle de la mandibule, sans interruption de la continuité osseuse, et ne permettant pas une prothèse fonctionnellement satisfaisante .....	5 à 20
- Les pertes partielles permettant une prothèse fonctionnellement satisfaisante seront évaluées par référence aux pertes de dents.	

### **4. CONSTRICTION DES MÂCHOIRES :**

L'ouverture de la bouche est considérée comme gênante en-dessous de 3 cm entre les arcades. Pour apprécier le degré d'incapacité, on mesurera soigneusement la distance séparant les incisives, quelle que soit la cause de la constriction.

- Écartement inférieur à 10 mm ..... 20 à 50
- Écartement inférieur à 20 mm mais supérieur à 10 mm ..... 10 à 20
- Écartement supérieur à 20 mm ..... 5 à 10

### **5. LUXATION TEMPORO-MAXILLAIRE :**

- Irréductible avec ouverture permanente de la bouche ..... 10 à 20
- Récidivante ..... 5 à 10
- Syndrome de Costen (craquements, douleurs contro-latérales, difficulté d'ouverture, latéro-déviations possibles)..... 2 à 15

### **6. LANGUE :**

- Amputation partielle entraînant une gêne à la mastication et à la déglutition .....	10 à 20
- Amputation étendue avec troubles plus accusés .....	20 à 75
- Amputation totale .....	80
Paralysie de la langue :	
- Incomplète .....	5 à 15
- Complète .....	50

## **7. FISTULE SALIVAIRE :**

A la peau ..... 20

## **8. NÉVRALGIES :**

Névrалgie du sous-orbitaire, du mentonnier, etc... ; se reporter aux "Nerfs crâniens".

## **9. DENTS :**

Perte de dents, les taux proposés ci-dessous sont ceux correspondant à la perte de dents, sans possibilité de prothèse.

- Perte d'une dent, quelle qu'elle soit .....	1,50
- Perte de toutes les dents, sans possibilité d'appareillage .....	48
En cas de possibilité d'appareillage, les taux seront diminués, compte tenu de la qualité du mode de restauration :	
Prothèse fixe, réduction de 75 %, Prothèse mobile, réduction de 50 %	
- Perte de toutes les dents, correctement appareillées :	
Par une prothèse fixe .....	10,5
Par une prothèse mobile .....	21
- Perte de substance osseuse accompagnant la perte d'une ou plusieurs dents :	
Le taux retenu sera augmenté de 10 à 20 % selon l'importance de la perte de substance	
- Perte de vitalité d'une ou plusieurs dents : par dent .....	0,50

## **10. PHARYNX :**

- Gêne à la déglutition par rétrécissement ..... 5 à 35

## **11. CICATRICES DU VISAGE, DES LÈVRES ET DE LA MUQUEUSE BUCCALE :**

Voir Chapitre 15 : "Téguments".

## VIII. APPAREIL DIGESTIF

### 1. BOUCHE ET PHARYNX :

Se reporter à "Stomatologie ; sphère maxillo-faciale".

### 2. ŒSOPHAGE :

L'estimation de l'incapacité se fera d'après la dysphagie, les douleurs, les vomissements pouvant exister. Il importe également de prendre en considération le retentissement sur l'état psychiatrique.

- Trouble léger avec dysphagie intermittente sans sténose avec dyskinésie ..... 10
- Séquelles avec sténose organique partielle nécessitant des traitements prolongés .....30 à 50
- Sténose totale s'opposant à l'alimentation orale ..... 80

### 3. ESTOMAC-DUODÉNUM :

Ce seront souvent les séquelles de lésions traumatiques, elles sont souvent des séquelles chirurgicales pour l'estimation prendre en considération le volume de l'estomac et la perméabilité du duodénum :

- Troubles légers ..... 10
- Troubles moyens ..... 20 à 30
- Troubles graves ..... 50 à 70

### 4. INTESTIN GRÊLE (JÉJUNUM, ILÉON) :

Très souvent, il s'agit d'une atteinte directe, avec contusion ou rupture, désinsertion mésentérique ; cela peut-être la révélation ou l'aggravation d'un état antérieur : angiopathie, angiomatose, maladie de Crohn, Jéjuno iléite, assez souvent ce sont des séquelles post opératoires.

- Troubles légers .....	10
- Troubles moyens avec nécessité d'une diététique particulière .....	20 à 30
- Troubles graves : troubles de l'absorption avec diarrhée, nécessité de bilan d'hépatologie, d'études des selles et du transit répétés .....	50 à 70
- Fistule du grêle (duodénum, jéjunum, iléon). Le retentissement général et digestif est à apprécier selon le barème ci-dessus.	
- Assujettissement propre de la fistule .....	25

## 5. COLON :

Résultat d'une atteinte directe ou d'une aggravation d'un état antérieur (diverticulose, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, etc.).

Les séquelles sont caractérisées par des troubles du transit, du météorisme et une alternance de constipation et de diarrhée, un écoulement (glaires), des éléments hémorragiques, des poussées douloureuses. Il existe un problème de diététique, un retentissement sur l'état général et sur la capacité de travail. Un bilan biologique et un transit sont indispensables fréquemment.

- Troubles légers .....	10
- Troubles moyens .....	20 à 30
- Troubles graves .....	50 à 70
- Fistule stercorale intermittente .....	25
- Anus contre-nature .....	60
- En cas d'addition à d'autres troubles .....	10 à 30

## 6. RECTUM ET ANUS :

Les lésions sont en général occasionnées par un empalement ou un éclatement par air comprimé.

On tiendra compte de la rectite, de la colostomie éventuelle (voir plus haut), de la sténose rectale, de l'incontinence anale, y compris les séquelles de l'opération de Babcock, prolapsus, retentissement génital (surtout chez l'homme).

- Troubles légers ..... 10
- Troubles moyens ..... 30 à 50
- Troubles graves ..... 50 à 70

<b>Fistules anales</b>	- Fistules intra sphinctérienne sous-cutanée .....	5
	- Fistules trans ou extra sphinctérienne à trajet simple avec incident évolutif mineur et rare .....	10 à 15
	- Fistule complexe avec nombreux accidents évolutifs .....	20 à 30

## 7. PAROI ABDOMINALE :

- Cicatrices vicieuses ou cheloïdes (imposant une protection au cours du travail)..... 5 à 10
- Rupture isolée du grand droit ..... 10

## 8. HERNIES :

Il y a lieu de s'assurer qu'il s'agit des hernies traumatiques avec signes d'effraction tissulaire à savoir : douleurs, reflexes syncopaux et nauséux-échymose.

- Hernie peu volumineuse, non douloureuse, non scrotale, facilement réductible ...	5
- Hernie scrotale plus ou moins réductible .....	8
- Hernie volumineuse, douloureuse, difficilement réductible ou irréductible .....	20
- Hernie bilatérale, selon caractère, taux maximum .....	25

Éventration	- Petite .....	5
	- Moyenne .....	15
	- Grande .....	30 à 40

### Hernies Diaphragmatiques :

L'estimation se fera d'après les troubles digestifs, respiratoires et généraux présentés par la victime :

- Troubles modérés ..... 10 à 20
- Troubles importants ..... 20 à 40

## 9. FONCTION HEBATO-BILIAIRE :

Les traumatismes du foie ne lèsent pas habituellement les fonctions hépatiques.

Une éventuelle hépatite virale imputable au traitement nécessité par l'accident ne peut justifier l'attribution d'une I.P.P que dans la mesure où les examens biologiques objectivent des séquelles intéressant les fonctions hépatiques.

## 10. FONCTION PANCRÉATIQUE EXOCRINE (pour la fonction pancréatique endocrine, voir le chapitre « Glandes endocrines » :

Des lésions pancréatiques peuvent être provoquées par des traumatismes abdominaux, contusion, hématome, déchirure, rupture, d'où peuvent résulter des troubles digestifs et des fistules. Il est d'autre part admis qu'une pancréatite aiguë puisse apparaître dans les heures ou les jours suivants le choc initial.

A distance, la formation d'un pseudo-kyste ou la constitution d'une pancréatite chronique peuvent être rattachés à un traumatisme antérieur.

Pour la réparation, on tiendra compte des répercussions, de l'atteinte pancréatique sur l'état général, des problèmes nutritionnels qu'elle pose, des douleurs qui en résultent et des séquelles chirurgicales éventuelles (fistule pancréatique, suppuration chronique, etc ...).

La coexistence de troubles de la régulation glycémique entraîne, par ailleurs, une diminution de la capacité de la victime et doit être évaluée à part, les deux taux s'additionnant.

## IX. APPAREIL RESPIRATOIRE

### 1. PAROI THORACIQUE :

- Fracture de côtes, selon l'intensité de la douleur ..... 2 à 5
- Fracture de côtes à type de volet thoracique avec déformation ..... 5 à 10
- Fracture du sternum :
  - Avec gêne et douleur à l'effort ..... 2 à 5
  - Avec enfoncement et douleurs à l'effort ..... 5 à 15

### 2. ATTEINTES DE LA FONCTION RESPIRATOIRE :

<b>Insuffisance respiratoire légère</b>	- Dyspnée d'effort, quelques anomalies radiologiques, à l'exploration fonctionnelle respiratoire : déficit léger (capacité vitale entre 60 et 70 % de la valeur théorique, indice de Tiffeneau entre 60 et 70 %) .....	10 à 30
---	--	---------

<b>Insuffisance respiratoire moyenne</b>	- Dyspnée disproportionnée à l'effort, anomalies radiologiques (principalement diminution notable de la cinématique thoracodiaphragmatique). A l'exploration fonctionnelle respiratoire, déficit notable (capacité vitale en-dessous de 60 % de la valeur théorique, indice de Tiffeneau en-dessous de 60 %) .....	30 à 50
--	---	---------

<b>Insuffisance respiratoire importante</b>	- Dyspnée marquée au repos, cyanose plus ou moins prononcée, tachycardie, toux productive, diminution importante du jeu thoracodiaphragmatique, augmentation de l'aire cardiaque avec débord des cavités droites, à l'électrocardiogramme cœur pulmonaire chronique, altération plus ou moins importante de l'état général, à l'exploration fonctionnelle respiratoire, déficit important .....	50 à 100
---	---	----------

### 2. CAS PARTICULIERS :

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuberculose pulmonaire stabilisée, lorsqu'elle a été imputée à un traumatisme ou reconnue aggravée par celui-ci. Le taux d'I.P.P devra être fixé en fonction des séquelles définitives (voir chapitre IX.2)</li> <li>- Pneumothorax par rupture de bulles : l'estimation des séquelles des 2 affections précédentes sera faite en fonction des critères généraux, en tenant compte en particulier de l'importance de l'insuffisance respiratoire (on recourra avec prudence aux épreuves fonctionnelles en cas de pneumothorax récidivant).</li> <li>- Fistule d'un pyothorax selon la taille de la cavité pleurale résiduelle et l'importance de la suppuration .....</li> </ul>	10 à 20
--	---------

- Rétrécissement de la trachée .....	10 à 20
A ces taux s'ajoutera éventuellement le taux estimé pour les troubles de la fonction respiratoire de lésions pleuro-pulmonaires associées.	
- Trachéotomie :	
-Sans port de canule .....	50
-Avec port de canule .....	80



## **2. ATTEINTES VASCULAIRES :**

### **2.1. Artères :**

#### **2.1.1. Aorte :**

- Anévrisme aortique (si l'imputabilité a été admise) ..... 80 à 100
- Anévrisme aortique opéré, bien contrôlé ..... 30 à 40
- Anévrisme aortique opéré, mal contrôlé, les séquelles seront appréciées selon l'importance des troubles, en tenant compte des séquelles pariétales.

#### **2.1.2. Autres artères :**

<b>a-</b> Anévrisme des artères périphériques succédant à des traumatismes ouverts ou fermés. L'évaluation de l'incapacité se fera d'après les troubles constatés (voir ci-dessous « Oblitération artérielle »).	
<b>b-</b> Anévrisme artério-veineux, selon le siège, l'importance des vaisseaux concernés et les manifestations périphériques .....	10 à 20
En cas de retentissement cardiaque à ce taux, sera ajouté le taux correspondant au degré d'insuffisance cardiaque.	
<b>c-</b> Oblitération artérielle (si l'imputabilité est admise), y compris celle résultant d'une ligature secondaire à une blessure. Le taux d'incapacité sera estimé selon les signes cliniques, oscillométriques et angiographiques. L'oblitération artérielle se traduit par des signes fonctionnels à l'effort ou au repos (douleurs, crampes), des troubles trophiques et même des ulcérations ; On distinguera (aussi bien au membre inférieur qu'au membre supérieur) :	
- Une forme légère .....	20 à 30
- Une forme moyenne.....	30 à 50
- Une forme grave .....	50 à 70

### **2.2. Veines et Lymphatiques :**

Les varices par elles-mêmes ne donnent pas lieu à une évaluation d'invalidité.

- Troubles phlébitiques et troubles trophiques veineux et lymphatiques : Troubles des tissus cutanés et sous-cutanés, œdème, hypodermite nodulaire, induration cellulitique, lymphœdème, éléphantiasis, ulcère variqueux persistant, etc:	
- Forme légère .....	5 à 10
- Forme moyenne.....	10 à 20
- Forme grave .....	20 à 30

## **3. HYPERTENSION ARTÉRIELLE:**

- Élévation de la tension artérielle en soi ..... 10 à 20
- Retentissement viscéraux (indemnisés pour leur propre compte). Voir chapitres particuliers du barème ;
- Hypertension secondaire à une lésion rénale traumatique (voir « Appareil urinaire »).

## X. APPAREIL URINAIRE

### 1. REIN :

#### 1.1. Néphrectomie :

- Séquelles de néphrectomie sans insuffisance rénale significative ..... 15 à 20
- Séquelles de néphrectomie sans insuffisance rénale significative, mais avec une grande éventration lombaire ..... 30 à 40

#### 1.2. Hématurie :

- Hématurie isolée ou protéinurie isolée ..... 5 à 10

#### 1.3. Insuffisance rénale :

- <b>Insuffisance rénale légère</b> : clairances supérieures aux trois quarts de la normale ; vie professionnelle normale .....	10 à 20
- <b>Insuffisance rénale moyenne</b> : clairances entre un quart et trois quarts ; peu de retentissement sur la vie professionnelle .....	20 à 40
- <b>Insuffisance rénale importante</b> : clairances au dessous du quart de la normale, anémie, goutte éventuelle, modification humorale, nécessité en particulier de mesures diététiques ou autres plus ou moins astreignantes, retentissement professionnel ne permettant pas un travail régulier ou à temps complet .....	40 à 60
- <b>Insuffisance rénale avancée</b> , nécessitant un traitement de suppléance (hémodialyse), l'appréciation tiendra compte de l'anémie, des autres manifestations et des difficultés éventuelles d'application de la méthode et des incidences sur l'activité professionnelle .....	50 à 100

#### 1.4. Transplantation Rénale :

Séquelles de transplantation rénale, selon les conséquences du traitement immuno-dépresseur, et de la valeur fonctionnelle du rein greffé.

#### 1.5. Traumatisme Rénal :

Séquelles anatomique de traumatisme rénal ..... 15 à 30

**1.6. Hypertension secondaire à une lésion rénale traumatique** : (Voir appareil cardio-vasculaire).

### 2. BASSINET-URETÈRE :

#### 2.1. Hydronéphrose :

- Hydronéphrose bien tolérée ..... 10 à 20
- Hydronéphrose compliquée (crises douloureuses, infection) ..... 20 à 40

En cas de bilatéralité, ces taux ne s'additionnent pas et l'expert appréciera en fonction, en particulier, de l'insuffisance rénale.

## **2.2. Lithiase :**

On ajoutera éventuellement le taux de l'insuffisance rénale ou de l'infection urinaire associée.

## **2.3. Séquelles de lésions urétérales :**

- Séquelles de rupture d'uretère bien tolérée ..... 10 à 20
- Mal tolérée ou avec fistule ou péri néphrite ..... 40 à 50
- Urétérostomie cutanée, permanente ou chirurgicale :
  - Unilatérale..... 60
  - Bilatérale ou sur rein unique ..... 80

## **3. VESSIE ET URETÈRE :**

### **3.1. Tumeur :**

- Tumeur vésicale selon le type histologique, l'étendue des lésions et les thérapeutiques nécessitées .....30 à 80
- Tumeur vésicale maligne avec infiltration de la muqueuse ..... 100

### **3.2. Infection :**

- Infection chronique ou à répétition du bas appareil ..... 10 à 30

### **3.3. Rétention :**

- Rétention d'urine chronique : Sondage pluri-hebdomadaire ou sonde à demeure..... 50

### **3.4. Fistule :**

- Incontinence permanente des urines, nécessitant le port d'un appareil collecteur ..... 60

(Sera ajouté, éventuellement, le taux estimé pour d'autres manifestations en cas de blessures médullaires et, éventuellement, les taux correspondant à un retentissement rénal).

### **3.5. Pollakiurie :**

- Pollakiurie simple, avec réduction de la capacité vésicale objectivée par des examens complémentaires ..... 10 à 25

### **3.6. Entérocystoplastie :**

- Entérocystoplastie d'agrandissement (y compris les complications infectieuses) 30 à 50
- Entérocystoplastie (type Bricker) .....60

### **3.7. Dysurie :**

- Dysurie : débit mictionnel supérieur à 10 ml/seconde ..... 10

### **3.8. Rétrécissement :**

- Rétrécissement, sans retentissement sur le bas ou le haut appareil, sans infection, ne nécessitant que quelques dilatations annuelles ..... 20

- Rétrécissement avec retentissement sur le bas ou haut appareil ..... 30 à 50

Ce taux sera éventuellement majoré en raison des complications éventuelles :  
insuffisance rénale, lithiase, abcès du périnée, fistules, impuissance, etc.

- Séquelles de rétrécissement, urétral ayant nécessité une chirurgie réparatrice 15 à 20

### **4. ÉVENTRATION :**

Éventration hypogastrique après intervention sur le système urinaire :

Petite ..... 5

Moyenne ..... 15

Grande ..... 30 à 40

## XII. APPAREIL GÉNITAL

### 1. APPAREIL GÉNITAL MASCULIN :

- Perte de la verge, compte tenu du méat périnéal et des troubles psychiatriques en résultant .....	50 à 60
- Perte d'un testicule (atrophie, destruction ou orchidectomie).....	10 à 20
- Castration bilatérale, selon les résultats du traitement substitutif ou du traitement hormonal .....	30 à 50
- Émascation totale (perte des testicules et du pénis) .....	60 à 80

### 2. APPAREIL GÉNITAL FÉMININ :

- Prolapsus utérin (dans les cas exceptionnels où l'origine traumatique sera reconnue) Cas légers .....	2 à 10
Cas graves (avec incontinence d'urine à l'effort) .....	30
- Cicatrices vulvaires ou vaginales gênantes (taux pouvant être majoré en cas de retentissement fonctionnel important) .....	5 à 10
- Perte anatomique ou fonctionnelle des deux ovaires, chez une femme en période d'activité génitale .....	50 à 20
- Hystérectomie .....	50 à 20

- Amputation d'un sein .....	50 à 20
- Amputation des seins .....	60 à 30

### **XIII. LA RATE**

#### **1. SÉQUELLES DES SPLÉNECTOMIE :**

- Cicatrice de bonne qualité, pas de modification de la formule sanguine .....10
- Modification de la formule sanguine .....15 à 30

#### **2. TÉTANOS :**

Quand il guérit, le tétanos laisse rarement des séquelles, mais il faut prendre en charge les séquelles définitives laissées parfois par la thérapeutique (voir chapitre correspondants du barème).

## XIV. GLANDES ENDOCRINES

Les glandes endocrines se trouvent assez rarement lésées lors des traumatismes, du fait de leur situation anatomique protégée. En outre, une faible partie du parenchyme endocrinien suffit à maintenir la fonction hormonale, ce qui, en particulier dans le cas d'organes pairs, évite les perturbations importantes des métabolismes.

### 1. SÉQUELLES HYPOPHYSAIRES :

- Diabète insipide post-traumatique .....10 à 30
- Syndrome d'hypopituitarisme antérieur (selon le degré de déficit et le résultat du traitement).....60 à 70

### 2. SÉQUELLES SURRÉNALIENNES :

- Maladie d'Addison post-traumatique, selon le résultat du traitement ..... 40 à 70

### 3. SÉQUELLES THYROÏDIENNES :

- Maladie de Basedow, selon l'intensité des symptômes .....5 à 40

A ce taux, s'ajoutera éventuellement un taux pour complications cardiaques (voir appareil cardio-vasculaire), sans que la somme des deux puisse dépasser 100 %.

### 4. SÉQUELLES PARATHYROÏDIENNES :

- Hypo parathyroïdie légère, crises tétaniques et spasmes viscéraux rares.  
Peu de modifications des épreuves biologiques. Retentissement léger dans la vie professionnelle ..... 10 à 30
- Hypo parathyroïdie compliquée ; aux taux précédents, il convient d'ajouter les taux résultant de l'atteinte fonctionnelle des organes concernés.

### 6. SÉQUELLES DU PANCRÉAS ENDOCRINE :

- Diabète sucré équilibré par un régime et la prise d'hypoglycémifiants oraux ... 5 à 10
- Diabète sucré nécessitant un régime strict et l'emploi de l'insuline ..... 30 à 40
- Diabète sucré avec incidence d'acidose ou de coma. Régime strict, amaigrissement, difficulté d'un régime équilibré par l'insuline .....40 à 70

Lors des révisions, les complications (artérite, rétinite, atteinte rénale, etc.), seront évaluées selon le déficit fonctionnel de l'organe atteint (voir « Appareil cardio-vasculaire », « Séquelles ophtalmologiques », « Appareil urinaire », etc.) et s'ajouteront aux taux ci-dessus, le taux global ne pouvant excéder 100 %.

## XIII. TÉGUMENTS

### 1. CICATRICES :

#### 1.1. Cicatrices du cuir chevelu, perte des cheveux :

- Scalp total, ou brûlures étendues du cuir chevelu, avec phénomènes douloureux .... 30
- Scalp ou brûlure partielle du cuir chevelu, selon l'étendue des cicatrices douloureuses (névrome) ou de l'alopecie post-traumatique ..... 5 à 20

#### 1.2. Cicatrices Disgracieuses du visage gênant la mimique :

Selon déformation, étendue, gêne aux mouvements du visage, selon le siège des déformations, notamment de l'atteinte des orifices naturels ..... 5 à 30

#### 1.3. Cicatrices des mains :

Disgracieuses, chéloïdiennes du dos de la main, indépendamment des raideurs ou rétractions :

- une main .....5
- Les deux mains .....10

#### 1.4. Cicatrices vicieuses et chéloïdes :

- Imposant une protection au cours du travail, suivant le siège et l'extension ... .. 5 à 10
- De la plante du pied, gênant la marche .....10 à 20
- De la plante du pied, très importante et rendant impossible le port de chaussure.....  
..... 20 à 25

### 2. CANCER SE DÉVELOPPANT SUR UNE CICATRICE :

Si l'état peut être considéré comme fixé, on estimera le taux d'incapacité selon le déficit fonctionnel subsistant (aspect, amputations, limitations, etc.).

### 3. DERMO-ÉPIDERMITE :

Consécutives à une atteinte accidentelle des téguments, non compris les éléments qui peuvent être retenus pour l'évaluation de l'incapacité (étendue de la lésion, fréquence des poussées, prurit, nécessité d'un traitement, répercussions professionnelles) ..... 5 à 10

### 4. FISTULE A LA PEAU :

Consécutives à une mauvaise résorption de fils de suture ou à toute autre cause avec écoulement, et suivant le nombre ..... 1 à 8